

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

L'influence d'une atteinte des fonctions exécutives sur la réadaptation
socioprofessionnelle chez l'adulte cérébrolésé: au-delà des apparences

Par

Stéphanie Plante

Essai présenté à la Faculté d'éducation

En vue de l'obtention du grade de

Maîtrise ès sciences

Orientation

Mars 2015

© Stéphanie Plante 2015

« Et si comme moi, vous n'avez pas de grandes idées – je ne suis pas une théoricienne, je suis une empirique -, vous pouvez faire beaucoup en restant attentifs et curieux, en observant bien les patients, car même les petits détails peuvent être très importants. »

Brenda Milner¹

¹ Brenda Milner, Ph.D., chercheuse à l'Institut neurologique de l'Université de McGill à Montréal, est reconnue comme l'une des fondatrices des neurosciences cognitives. De son œuvre est ressortie les fonctions exécutives au lobe frontal (Gervais, 2009).

RÉSUMÉ

Le retour à l'activité productive (emploi) peut être gravement affecté dans certaines situations d'accident de parcours de vie, tel que dans le cas d'un traumatisme crânien (TC). Une des conséquences majeures réservées à la clientèle TC se situe dans les séquelles résiduelles d'une atteinte des fonctions cognitives de haut niveau, dites fonctions exécutives (FE). Les FE jouent un rôle de coordination de l'ensemble des fonctions cognitives entrant en jeu lors de situations nouvelles non routinières. L'objectif de cet essai est d'exposer l'état des connaissances scientifiques sur l'impact d'un syndrome dysexécutif sur la réadaptation socioprofessionnelle d'une clientèle cérébrolésée adulte. Les résultats démontrent un facteur d'échec important à la réinsertion socioprofessionnelle causée par la persistance, entre autres, des symptômes dysexécutifs, et ce de manière plus prononcée et parfois permanente chez le TC modéré à sévère. Les études démontrent également un facteur bénéfique sur la réinsertion de la clientèle lors de son passage dans des programmes de réadaptation et de rééducation professionnelle conduits par des équipes multidisciplinaires.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	3
TABLE DES MATIÈRES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	6
LISTE DES TABLEAUX.....	8
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION.....	11
PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE.....	14
1 QUE SONT LES FONCTIONS EXÉCUTIVES?	14
1.1 Les troubles des fonctions exécutives.....	17
1.1.1 Qu'est-ce qu'une atteinte ou trouble des FE?	18
1.2 Les conséquences d'une atteinte des FE sur la réadaptation socioprofessionnelle de l'individu	20
1.2.1 Formation scolaire et apprentissages	21
1.2.2 Insertion professionnelle et maintien en emploi	22
1.2.3 Mesures d'aide en employabilité	25
1.3 Le rôle des c.o. et les préoccupations contemporaines.....	26
1.4 Le traumatisme crânien.....	30
1.5 Problématiques.....	32
DEUXIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	33
2 OBJECTIF VISÉ PAR LA MÉTHODE DE RECHERCHE SÉLECTIONNÉE.....	33
2.1 La démarche.....	34
2.2 Méthodologie de la recension.....	34
2.2.1 Recension approfondie liée à la question de recherche	34
2.3 Les critères de sélection.....	37
2.3.1 L'examen critique des sources	39
TROISIÈME CHAPITRE RÉSULTATS.....	40
3 ÉTUDES RETENUES	40

3.1	Les résultats	41
QUATRIÈME CHAPITRE DISCUSSION		57
4.	OBJECTIFS	57
4.1	Les exposants : État de la situation.....	57
4.1.1	Observations différentielles selon les incapacités ou déficiences.....	58
4.1.2	Les fonctions exécutives et la comorbidité	58
4.1.3	Répercussion sur le développement de carrière	59
4.2	Les tenants : champ d'expertise en orientation.....	61
4.2.1	Le c.o. et les secteurs de pratique.....	62
4.2.2	Recommandations et recherches futures	63
4.3	Les sortants : les limites de la recherche.....	64
CONCLUSION.....		66
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		67
ANNEXE A MODÈLE DE SHALLICE.....		74
ANNEXE B LE C.O. DU SECTEUR DE LA RÉADAPTATION.....		76

**LISTE DES ABRÉVIATIONS,
DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

ANFE :	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
AVC :	Accident vasculaire cérébral (ou ACV)
AVQ :	Acte (activité) de la vie quotidienne
c.o. :	Conseiller ou conseillère d'orientation
CERIC :	<i>Canadian Education and Research Institute/ Institut Canadien</i> d'éducation et de recherche en orientation
CRÉVIAT :	Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail
CSST :	Commission de la Santé Sécurité au Travail
Dc :	Développement de carrière
ÉCT :	Évaluation des capacités reliées au travail
FE :	Fonctions exécutives
GREFEX :	Groupe de Réflexion sur l'Évaluation des fonctions exécutives
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
MdT :	Mémoire de travail
MELS :	Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sports
MESS :	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OCCOQ :	Ordre des conseillers conseillères d'orientation
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
REPAR	Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation
SAAQ :	Société d'Assurance Automobile du Québec
SAS :	Système attentionnel de supervision
SQPTO :	Société Québécoise de Psychologie du Travail et des Organisations
TCC :	Traumatisme craniocérébral ou TC traumatisme (traumatisé) crânien

TDA/(H) (I) : Trouble du déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité ou impulsivité)

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Quelques exemples des concepts et mots clés.....	p. 32
--	-------

REMERCIEMENTS

D'abord, merci à M. Yann Le Coff, mon directeur de recherche, pour son intérêt et ses connaissances du domaine de la neuroscience. Il n'a pas hésité à reconnaître la légitimité d'un tel sujet de fin de maîtrise et la portée pour de futures considérations en orientation. Puisque le counseling est au cœur de notre pratique, merci Yann de m'avoir accompagné dans cette aventure parfois houleuse mais au combien passionnante. Merci également d'avoir su encadrer/restreindre mon sujet. Tu m'auras ouvert l'appétit afin de vouloir poursuivre à un autre niveau.

Je remercie également l'université de Sherbrooke. En particulier, le département d'orientation professionnelle, pour l'excellence de la formation ainsi que le souci du développement continu et en règle pour tous les niveaux de formation. Merci au corps professoral dans son ensemble, pour m'avoir transmis leur savoir en autant de portraits différents et intéressants, léguant un tout riche de votre pratique et de vos intérêts individuels. Je suis très fière d'arborer les couleurs de l'USherb!!

Merci à mes enfants Ève, Jade, Pierre-Antoine et Charles, qui ont été une source d'inspiration et de soutien à leur manière. À l'origine, alors que cet essai n'était qu'une esquisse, j'avais établi ma gratitude à leur égard en ajoutant ceci « ... en s'abstenant des pressions sociales que sont la drogue et le décrochage scolaire afin de m'épargner des tracas inutiles et m'ouvrant la voie pour accomplir mon projet d'étude-carrière en toute quiétude ». Ce contenu précoce m'a tout de même mené à dire ceci aujourd'hui : merci à mes enfants, ma famille, mon centre et malgré les tribulations de ma vie de mère avec quatre ados, vous êtes mon moteur et je ressens votre amour à travers notre lien indélébile...précieux.

Enfin, merci à ma famille élargie, mes amis ainsi que mes collègues de maîtrise et de travail pour leurs encouragements, et surtout à Sébastien Dewez, c.o., partenaire-collègue, ami et complice dans l'humour, pour la constance de son regard constructif posé sur moi lorsque je faillis à la tâche.

INTRODUCTION

Le début des années 2000 a été marqué par l'intérêt voué au cerveau. Dès lors, l'approche de la neuroscience est de plus en plus utilisée dans différents secteurs tel que l'éducation (Campanella et Streel, 2008). Par ailleurs, selon le rapport du comité d'experts touchant la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relation humaine or, depuis le projet de loi 21², les professionnels de l'orientation se doivent d'approfondir leurs connaissances théoriques et pratiques sur la portion du champ de pratique qui leur est maintenant réservé (Gouvernement du Québec, 2005).

L'étude de l'impact d'une atteinte des fonctions exécutives (FE) revêt pour le domaine du développement de carrière (particulière en ce qui a trait aux enjeux de réadaptation) une importance de premier ordre. L'étendue des problématiques touchées par de telles atteintes va du traumatisme crânien (TC) à certains troubles de santé mentale dont par exemple, la dépression (Campanella et Streel, 2008; Deslandre, Lefebvre, Girard, Lemarchand et Mimouni, 2004; Lechevalier, Eustache et Viader, 2008). Parfois cachée sous l'apparat d'une rémission complète de l'incident d'origine, l'atteinte des FE est insidieuse tel un handicap invisible faisant entrave à la gestion de la vie quotidienne. Du coup et à divers degrés, ses victimes se voient en difficulté de réinsertion socioprofessionnelle. Une atteinte des FE touche tout le registre de la planification, la prise de décision, l'adaptation au changement et de la résolution de problème.

² Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Assemblée nationale, 2009).

Cet essai vise à dégager une compréhension clinique scientifique des enjeux liés par la mise en commun de notions théoriques et empiriques relatives à la fois aux FE, au TC et à la réinsertion socioprofessionnelle. Cette recherche convoite à accroître les connaissances neuroscientifiques afin d'ajouter des éléments à la compréhension des difficultés encourues par la clientèle venant consulter en orientation. D'ailleurs, les théories et recherches sur la biologie du cerveau ne sont pas si étrangères à l'orientation. Pensons à la théorie de Paul McLean sur les trois cerveaux et la biologie des comportements sociaux de Henri Laborit dans les années 1950-60.

En 2010, l'institut Canadien d'éducation et de recherche en orientation (CERIC) publiait un rapport portant sur un modèle d'éducation et de formation des praticiens en orientation au Canada. Les auteurs de cette étude soulignent la promotion de l'éducation comme preuve des meilleures pratiques en orientation ainsi qu'un regard sur le champ de compétence lié à chaque niveau d'éducation (ex. certificat, baccalauréat, maîtrise, etc.) (Burwell, Kalbfleisch, Arbor et Woodside, 2010). Le contenu des cours de counseling, de psychopathologie et de psychométrie ne comporte par contre, aucune notion relevant de la neurologie (en référence à la consultation de plusieurs plans de cours universitaires de l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Sherbrooke et de McGill).

La pertinence scientifique de cet essai prend tout son essor dans les cadres théorique et empirique qui ont mené à étayer la problématique puis, la question de recherche ainsi que le cadre méthodologique. Il est de l'avis de l'auteure de cette recherche, que les connaissances qui se dégagent des publications scientifiques rapportées, permettent de mettre en lien l'impact des FE sur le développement de carrière des individus particulièrement, leur réinsertion socioprofessionnelle. Ces connaissances se devant être incluses à la pratique des c.o. L'étendue des possibilités de l'occurrence d'une atteinte des FE devient une réalité à ce point probable que les conseillers conseillères d'orientation ne peuvent rester peu informés quant à leur impact sur la capacité à se réadapter au plan professionnel.

Cet essai comportera dans un premier temps, la problématique de l'impact de l'atteinte des FE particulièrement chez la clientèle ayant subi un traumatisme crânien. De la question de recherche s'y dégageant, seront démontrés la méthodologie de recherche préconisée ainsi que les résultats obtenus. Le tout colligé dans une discussion arrimant le sujet des FE au champ de pratique des c.o.

PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE

Le premier chapitre de cet essai présentera d'abord la définition de ce que sont les fonctions exécutives, ainsi que l'étendue des atteintes et leur impact sur le développement de carrière de l'individu tant sur le plan scolaire que professionnel, en incluant les questions de maintien et d'insertion socioprofessionnelle (employabilité surtout). Ensuite, il sera question de la pertinence pour la pratique des conseillers conseillères d'orientation d'avoir des connaissances sur les FE. Finalement, un regard plus approfondi sera porté sur l'ampleur de la problématique de l'atteinte des FE pour la clientèle ayant un traumatisme crânien et les répercussions sur le retour en emploi après le trauma.

1. QUE SONT LES FONCTIONS EXÉCUTIVES?

Les fonctions exécutives (FE) constituent les fonctions cognitives les plus élaborées. Selon Olivier Godefroy (2008), professeur de neurologie et membre du Groupe de Réflexion sur l'Évaluation des fonctions exécutives (GREFEX), les connaissances sur les FE évoluent encore et c'est à cause des nombreuses incertitudes dues à l'insuffisance de la définition et des critères servant à décrire le syndrome dysexécutif, que leur approche est restée longtemps descriptive et leur exploration clinique via des tests et questionnaires, posaient des problèmes conceptuels. Meulemans (2006) soutient que l'un des axes les plus importants des recherches des dernières années en neuropsychologie clinique repose sur le développement d'outils d'évaluation pertinents ainsi que des méthodes de rééducation adaptées pour les personnes ayant une atteinte des FE.

La définition la plus répandue et acceptée désigne les FE comme étant l'ensemble des processus permettant à un individu de réguler de façon intentionnelle sa pensée et ses actions afin d'atteindre des buts (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter et Wager 2000). À cela, soulignons quelques variantes par exemple, certains auteurs ajoutent également le contrôle des émotions dans le processus exécutif (Marcovitch, Jacques, Boseovski et Zelazo, 2008).

Les fonctions exécutives nous permettent de résoudre des problèmes plus ou moins complexes du quotidien (Deslandre *et al.*, 2004). Allain et Le Gall (2008) expliquent que la notion de FE fait référence à des fonctions de direction permettant, lors de la réalisation d'une tâche, la définition d'un but ou des objectifs à atteindre, l'élaboration d'une stratégie pour y parvenir, ainsi que le contrôle de sa mise en œuvre et des résultats. En outre, elles correspondent à des fonctions cognitives de haut niveau impliquées dans de nombreuses formes de processus cognitifs (activités mentales). Quant à eux, Gioia, Isquith et Guy (2001) décrivent les FE comme étant un construit en forme de parapluie reflétant l'action organisatrice de ces fonctions qui autorégulent et gouvernent les autres activités cognitives, les réponses émotionnelles ainsi que les comportements observables. De façon générale, la plupart des auteurs s'entendent pour définir les FE par

{U}n rôle de contrôle intervenant dans les situations non familières ou complexes nécessitant la coordination de différentes actions vers un but finalisé. Il s'agit de capacités de contrôle de haut niveau impliquant la prise de décision et l'inhibition de comportements inappropriés. (Pradat-Diehl, Azouvi et Brun, 2006, p. V).

Par ailleurs, ces auteurs associent les mots clés tels que contrôle, initiative, planification, inhibition, flexibilité, émotion, prise de décision, comportement aux FE.

Meulemans, Coyette, et van der Linden (2004) reconnaissent que l'étude du fonctionnement exécutif relève non seulement du fonctionnement cognitif, mais est étroitement liée à des notions fondamentales et complexes de la psychologie en

général telles que l'intelligence, les capacités de contrôle (de haut niveau), la prise de décision, l'inhibition de comportements inappropriés, la perception et l'expression des émotions, la régulation de l'humeur et des comportements, etc. Les fonctions exécutives jouent donc un rôle important dans l'adaptation du sujet aux situations de la vie quotidienne. Meulemans *et al.* (2004) recensent plusieurs mécanismes entrant en action dans les processus cognitifs de haut niveau tels que l'inhibition de réponses prédominantes, l'initiation de comportements nouveaux, la planification de l'action, l'anticipation, la génération d'hypothèses, la flexibilité cognitive, le jugement, la prise de décision, le contrôle des effets de l'action, le changement de stratégie, la résolution de problème, le raisonnement logique, la pensée abstraite, la motivation, ne sont que quelques exemples. Ils précisent qu'à ce jour, l'étendue de l'inventaire n'est pas clairement établie. Ces mécanismes sont interpellés alors que l'individu est confronté à des situations non routinières qui l'obligent à s'adapter à la nouveauté.

En fait, chaque fois que le répertoire de nos habiletés apprises, de nos habitudes, de nos réflexes ne nous permet pas d'affronter adéquatement une situation, le fonctionnement exécutif est susceptible d'intervenir. (Meulemans, 2006, p. 2)

Soulignons un fait très important, il est difficile d'observer directement une atteinte des FE, car l'exploitation du système exécutif devient moins évidente, car la demande ou la sollicitation est plus subtile et diffuse en comparaison aux fonctions de moins hauts niveau tel le langage ou les habiletés visuo-spatiales et motrices (Holmes-Bernstein et Waber, 1990)³. Pradat-Diehl, Azouvi et Brun (2006) ajoutent le rôle important de l'intégration des émotions et de la conscience de soi dans les diverses théories couvrant l'atteinte des FE. Par ailleurs, ils signalent que les troubles du comportement sont souvent dissociés des troubles cognitifs. Or, ils sont pourtant le

³ Traduction libre de l'anglais « *the structured, well-organized nature of the typical assessment situation often does not place sufficiently high demands on the executive functions, reducing the opportunity for directly observing this important domain compared to the more domain-specific functions of language, motor and visuospatial abilities* » (Holmes-Bernstein et Waber, 1990 p. 3).

siège secondaire, mais fondamental aux problèmes rencontrés dans le trouble des FE. Par conséquent, l'ancienne nomenclature de syndrome frontal qui était trop restrictive a fait place avec le temps et les recherches, au trouble des FE.

1.1 Les troubles des fonctions exécutives

Sont regroupées sous le terme de troubles des FE ou troubles dysexécutifs ou syndrome dysexécutif toutes les anomalies des FE quel que soit le mécanisme les ayant provoqués (Campanella et Streel, 2008). Plus précisément, une dysfonction exécutive peut être produite (ou la conséquence de) par des mécanismes et/ou des maladies portant atteinte à l'intégrité physique des lobes frontaux ou empêchant leur bon fonctionnement. Par conséquent, l'interconnectivité reliée à d'autres régions du cerveau apporte comme résultat une atteinte des FE dont le locus est diffusé à travers le cortex cérébral et sous-cortical d'où l'appellation de syndrome exécutif et non plus syndrome frontal. Ce qui engendre par le fait même l'affectation d'autres fonctions (autres que spécifiquement frontales) sous la gouverne du système exécutif.

Parmi les manifestations apparentes possibles, on décrit dans certains cas l'agitation, l'impulsivité, la difficulté à trouver des solutions adaptées et efficaces, mais aussi dans d'autres cas, la lenteur, l'apathie et le repli sur soi (Campanella et Streel, 2008; Deslandre *et al.*, 2004).

Les maladies en causes sont extrêmement variées. Il est possible de déceler une atteinte des FE après un traumatisme crânien et certaines maladies infectieuses ou inflammatoires du cerveau telles que la méningite et l'encéphalite auto-immune (Campanella et Streel, 2008; Deslandre *et al.*, 2004; Lechevalier, Eustache et Viader, 2008).

Il y a aussi certaines maladies du métabolisme telle que la maladie de Wilson, certaines tumeurs cérébrales, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC), tel qu'un anévrisme cérébral, les suites de diverses maladies neurologiques

et génétiques telles que l'épilepsie, la sclérose tubéreuse ou en plaque et la neurofibromatose (Campanella et Streel, 2008; Deslandre *et al.*, 2004; Lechevalier, Eustache et Viader, 2008).

Plusieurs études ont suggéré que la dépression était caractérisée par un déficit des FE (Merriam, Thase, Haas, Keshavan, et Sweeney, 1999). Notons également le registre des troubles psychopathologiques comme la schizophrénie, l'alcoolisme, l'Alzheimer, la démence, le Parkinson, les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ex : Asperger (Atwood, 2010; Campanella et Streel, 2008; Deslandre *et al.*, 2004; Lechevalier, Eustache et Viader, 2008). La vulnérabilité aux conduites suicidaires serait également un signe de la résultante d'un syndrome dysexécutif. Selon Jollant, Bellivier, Leboyer, Astruc, Torres, Verdier *et al.*, (2005), le recours récurrent aux idéations suicidaires serait le produit d'une difficulté de la prise de décision. Ainsi, le sujet suicidaire ferait constamment le mauvais choix (mauvaise décision) ce qui laisserait supposer le déficit cognitif exécutif.

Finalement, soulignons les troubles de l'apprentissage ainsi que les troubles de l'attention (TDA/H-I) parmi les problèmes ayant comme conséquence une atteinte des FE (Moulton Sarkis, 2011).

1.1.1 Qu'est-ce qu'une atteinte ou trouble des FE?

Selon les neuropsychologues Degiorgio, Fery, Polus et Watelet (s.d.), les personnes avec une atteinte des FE sont confrontées sur une base quotidienne à des difficultés à s'adapter dans les sphères familiale, sociale et professionnelle. Par ailleurs, il est possible de souffrir des conséquences d'une atteinte des FE sans avoir de lésion cérébrale. Par contre, ces auteurs indiquent que les altérations du système exécutif se présentent dans une moindre mesure. De plus, chez une personne saine, les dysfonctionnements du système exécutif sont moins invalidantes car elles surviennent beaucoup moins fréquemment et leur intensité est moins élevée.

La différence entre une action routinière et une nouvelle situation est le caractère automatique de l'exécution dans le premier cas versus la demande à faire une sélection d'action parmi un ensemble d'actions possibles dans le second cas. Il peut aussi s'agir de choisir une action lorsque plusieurs activités sont présentées en même temps. La personne doit alors choisir l'action appropriée et « bloquer » les activités inappropriées. Les auteurs mentionnent plusieurs systèmes en cause, dont le « résolveur de conflit » et/ou le « système attentionnel de supervision » (SAS) dans la mécanique de l'action exécutive (voir en annexe le modèle de Shallice pour fin d'illustration explicite du fonctionnement des FE). L'atteinte des FE (ou d'une FE) peut être caractérisée lorsque par exemple dans une situation où il s'agirait de prendre une décision rapide et qu'il serait impossible de freiner tout geste inapproprié selon le contexte. L'atteinte serait décrite comme la difficulté à s'empêcher de produire des actions inadaptées voire, rigidité de la réponse ou du comportement (c'est l'inhibition). Un autre exemple d'atteinte serait l'incapacité à traiter des nouvelles informations entrant dans la mémoire de travail à cause du manquement à remplacer la vieille information (on peut parler de changement de consigne pour bien comprendre) par une nouvelle information. La flexibilité mentale quant à elle demande la capacité de passer d'un comportement à un autre en fonction des exigences du contexte tel qu'être capable de suivre le fil d'une conversation lors d'une réunion d'équipe. Finalement, comme dernier exemple, la planification est la capacité à orchestrer une suite d'actions en un continuum menant à l'atteinte d'un objectif précis tout en tenant compte du temps. Ce qui requiert de prioriser les actions, prévoir et anticiper le résultat et transiger avec les imprévus qui arrivent en cours d'exécution.

Pour leur part, Tcherniack, Barielle, Kasprzak et Martinod (2007) exposent la diversité des domaines de compétences liés aux fonctions exécutives tels que le contrôle et l'inhibition à la fois cognitifs, verbaux et comportementaux, les capacités de résolution de problèmes, la flexibilité mentale, les capacités d'action, de vérification, l'adaptation au changement et la prise de décision. Les auteurs

mentionnent l'impossibilité à accéder à tous les outils nécessaires pour mener à bien un projet est la grande difficulté des patients affectés par les FE.

1.2 Les conséquences d'une atteinte des FE sur la réadaptation socioprofessionnelle de l'individu

L'intérêt pour le domaine du développement de carrière est clairement apporté entre autres, par les travaux de Damasio (1995) qui ont démontré qu'au-delà des problèmes cognitifs ou de mémoire, demeurent chez certaines personnes atteintes des FE, des difficultés d'ordre professionnel et personnel à cause des obstacles à s'engager adéquatement dans des activités de vie quotidienne, à ajuster leurs comportements sociaux ou à réagir de façon adaptée à diverses situations personnelles et professionnelles. Pour cet auteur ces comportements inadaptés seraient le résultat de problèmes résiduels de l'ordre de la prise de décision ne prenant pas en considération les intérêts personnels, les conventions sociales ou les principes moraux de la personne. Damasio (1995) soutient qu'aux problèmes de prise de décision stratégique s'ajoutent des réactions émotionnelles inappropriées. Ce qui rejoint également les travaux de Jollant *et al.* (2005) portant sur le suicide et la capacité à prendre des « bonnes » décisions. Dans le même sens, Degiorgio *et al.*, (s.d.) décrivent que les personnes ayant une atteinte ou un trouble (altération) des FE rencontrent de la difficulté à s'adapter à de nouvelles situations pouvant toucher les sphères familiales, sociales et professionnelles. Les FE entrent en jeu lorsque la situation exige une réflexion et une attention particulière. Alors, il sera nécessaire de faire des choix, prendre des décisions et élaborer un plan pour passer à l'action. Par conséquent, toutes des actions indispensables et demandant à être mobilisées lors de situations intimement liées aux six enjeux de l'orientation soit, orientation, réorientation, insertion, réinsertion, adaptation, réadaptation (Savard, 2009) voire même en contexte de programme de préemployabilité (nous y reviendrons) (Gouvernement du Québec, 2008).

Par ailleurs, Deslandre *et al.*, (2004) maintiennent que l'intérêt clinique de l'évaluation des FE permet de comprendre le déficit cognitif spécifique présenté par le patient et les répercussions dans la vie quotidienne en situation de vie complexe. Ces auteurs précisent que les conséquences d'un dysfonctionnement du système exécutif peuvent être très lourdes au niveau de l'activité scolaire, professionnelle, sociale ou affective et nécessiter la mise en place d'adaptations et de recommandations particulières. Étant donné que les FE sont mis en jeu dans de nombreuses activités complexes de la vie quotidienne (en référence au travail professionnel ou académique en lien avec l'intérêt principal de cet essai), c'est pour cette raison que l'autonomie de la personne dépend fortement de leur intégrité. Citons par exemple, les travaux d'Attwood (2010) sur les étudiants atteints du syndrome d'Asperger mettant en lumière l'importance des FE comme étant un concept fondamental. Il insiste sur le besoin de considérer les lacunes provenant d'une atteinte des FE, car elles auront une influence sur la façon dont les candidats vont vivre la démarche d'orientation suggérée et comment les clients vont intégrer l'information et l'expérience vécue en counseling.

1.2.1 Formation scolaire et apprentissages

Comme il a été présenté précédemment, les FE agissent comme superviseurs de la plupart des autres fonctions cognitives. Elles sont par le fait même, très impliqués lors des apprentissages. Une atteinte des FE peut limiter énormément la capacité d'un étudiant à être attentif lors d'un cours ou à résoudre des problèmes de tout ordre et même engendrer une difficulté à rédiger un texte. En somme, une atteinte des FE entrave la capacité à s'adapter au milieu scolaire (Chevalier, 2010).

Les conséquences d'une atteinte du fonctionnement exécutif sur la vie scolaire des enfants varient selon la gravité des symptômes et d'un individu à l'autre. Les difficultés peuvent prédominer sur un symptôme en particulier, tel que sur la planification, sur la capacité à recevoir de nouvelles consignes ou sur l'attention. Sur

le plan social, un élève qui aurait un manque d'inhibition dans le contrôle de certains comportements inadéquats peut le mener à vivre de l'isolement puisqu'il aura par conséquent une incapacité à s'adapter facilement aux règles de convenances sociales et aux situations demandant des changements constants tels que des jeux en équipe (Campanella et Streel, 2008; Lechevalier, Eustache et Viader, 2008). Les dysfonctions exécutives tendent à s'améliorer lorsque l'enfant a pu bénéficier d'une rééducation (lors d'atteinte) et par la simple maturation du système exécutif (sur le plan développemental) dans le cas où il n'y a pas d'atteinte (Chevalier, 2010). Par contre, certains troubles peuvent persister à l'âge adulte et l'orientation professionnelle devra prendre en compte les capacités et les difficultés de l'individu. Les difficultés pouvant être rencontrées lors de dysfonctions exécutives peuvent provoquer un sentiment de tristesse chez l'élève allant jusqu'à la dépression et d'autodépréciation ainsi que des difficultés pour l'intégration sociale et professionnelle future (Chevalier, 2010).

Le plan d'action du Conseil supérieur de l'éducation souligne l'augmentation des élèves nécessitant un suivi pour les besoins particuliers quant à des problèmes (diagnostics) de santé mentale souffrant entre autres de dépression, syndrome d'Asperger, de trouble du comportement, d'un TDA/H, etc. Toutes des affectations se liant à une atteinte des FE, d'où la nécessité de voir à augmenter les services complémentaires dont ceux en orientation, à l'élève du primaire au collégial et à l'université (Gouvernement du Québec, 2010).

1.2.2 Insertion professionnelle et maintien en emploi

Rappelons que les FE jouent un rôle au niveau des aptitudes adaptatives de l'individu au changement, à la prise de décision, la capacité à faire face à l'imprévu sortant du quotidien usuel. Par conséquent, Tcherniack *et al.*, 2007, illustrent le lien certain entre la clientèle atteinte des FE et l'insertion socioprofessionnelle à savoir,

{L}orsqu'on se penche sur les indicateurs cognitifs pour la réinsertion socioprofessionnelle, le trouble des fonctions exécutives est l'indicateur le plus consensuel de l'inadaptation et de l'autonomie dans le travail et en société [...]. Un syndrome dysexécutif est un facteur prédictif de la non-réinsertion socioprofessionnelle. (Tcherniack *et al.*, 2007, p.9)

Par ailleurs, soulignons que plusieurs théories en sciences de l'orientation font état de la capacité d'adaptation au changement de l'individu. Pensons aux modèles classiques de Lazarus et Folkman, celui de Savard ou de Prochaska. D'ailleurs, Michaud, Dionne et Beaulieu (2006) soulèvent aussi l'importance accordée à la capacité d'adaptation de la personne, car le marché du travail actuel exige qu'au-delà du maintien en emploi, il est nécessaire pour assurer sa voie professionnelle de s'adapter aux nombreuses transitions que l'individu traversera tout au long de sa carrière.

Fasotti et Spikman (2004) font la différence entre fonctions cognitives et fonctions exécutives. Les premières réfèrent à ce qu'une personne sait (connaissances) et ce qu'elle sait faire (habilités) tandis que les FE sont quant à elles, responsables du bon emploi de ces compétences. Les auteurs précisent que lorsqu'il y a atteinte du processus cognitif, une personne peut avoir des difficultés à porter attention à ou avoir des problèmes de langage par contre, on ne dénote aucune altération à la direction et le sens que le patient donne à sa vie. À l'inverse, une atteinte du processus exécutif a des répercussions sur toute la sphère comportementale. Il devient donc difficile de mener une vie productive et autonome. À titre d'exemple afin d'illustrer l'impact d'une atteinte des FE, Fasotti et Spikman (2004) relatent le cas d'un jeune médecin légiste, victime d'un traumatisme crânien. Le patient avait tenté à quelques reprises de reprendre son travail (d'avant l'accident) en vain. Les rapports de ses employeurs indiquaient que le jeune médecin avait tendance à vaquer aux activités routinières et n'était plus en mesure de résoudre des problèmes demandant des solutions multiples ni de s'adapter à des nouvelles conditions de travail. Le jeune médecin faisait souvent des diagnostics erronés et

formulait des hypothèses toutes aussi déroutantes, car il avait de la difficulté à distinguer les informations pertinentes des non pertinentes au dossier de ses patients. Bref, cet exemple démontre bien comment se traduit un déficit des fonctions exécutives en situation réelle de travail.

Un second exemple, Schnitzler, D'apolito et Vallat (2006) nous permet de cerner la problématique vécue en milieu de travail en rapportant certains cas cliniques. Par exemple, une patiente de 45 ans, victime d'un AVC, employée de bureau dont la tâche se résume essentiellement à traiter des demandes téléphoniques de clients aux profils de besoins multiples et différents. Il s'agit d'un travail qui requiert le traitement d'informations verbales en direct (au téléphone) puis d'accueillir simultanément les clients sur place. Le bilan des difficultés relate que malgré une parfaite récupération motrice, sur le plan neuropsychologique, la patiente démontrait un manque de flexibilité, un déficit de la mémoire de travail et une tendance à l'anosognosie (manque de conscience soi), toutes des composantes du système exécutif. En fait, sa réintégration sur le poste qu'elle occupait avant l'incident était difficile. De cet exemple se résume les conclusions suivantes : les conséquences de tels troubles sur l'activité professionnelle est souvent sous-estimées et difficiles à évaluer. L'anosognosie du patient n'aidant pas à la prise d'information ainsi que nous le verrons plus loin, les tests classiques neuropsychologiques ne réussissent pas toujours à refléter une atteinte des FE. De plus, il est important de miser sur une équipe multidisciplinaire telle que le médecin du travail et les médecins spécialistes. On mentionne l'importance de l'employeur dans le projet de réinsertion. L'exemple se termine en précisant que les problèmes liés à la réinsertion socioprofessionnelle sont relégués à la rééducation dans la majorité des cas, ce qui permet de retrouver une autonomie en vie quotidienne (hygiène personnelle, mobilité, prise de repas, etc.) et non de réadaptation professionnelle (le travail = étant une activité complexe de la vie quotidienne) (Pradat-Diehl, Peskine et Chevignard, 2006).

1.2.3 Mesures d'aide en employabilité

Les rapports des dernières années dans les organismes d'aide à l'emploi démontrent clairement l'alourdissement de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale, des atteintes physiques et neurologiques et autres limitations à l'emploi. Le sentiment d'efficacité des intervenants œuvrant en employabilité ou en orientation se trouve amoindri par le manque de connaissance et de formation pour la clientèle présentant des problématiques d'ordre de la santé (dont la clientèle atteinte des FE). En 2004, la *Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique (DGARES)* a mené une étude qui avait pour but d'établir les facteurs limitant l'intégration à l'emploi des adultes sans contraintes à l'emploi à partir de huit caractéristiques principales, dont notamment avoir été longtemps absente ou absent du marché du travail (34 %) et présenter des épisodes de contraintes attribuables à la santé (13 %). Ces personnes ont besoin d'une aide de longue durée qui leur permettra de se reconstruire psychologiquement, afin de retrouver la motivation et la confiance en soi essentielles à la poursuite d'un effort durable d'insertion sur le marché du travail. Dans son rapport, le Ministère de l'emploi et de la Solidarité sociale (2008), indique que les spécialistes rencontrés reconnaissent la nécessité de bien connaître la situation globale des personnes éloignées du marché du travail afin de les orienter vers une intervention appropriée (Gouvernement du Québec, 2008). Selon une spécialiste interrogée,

Les détenteurs d'une maîtrise sont une ressource essentielle pour l'intervention, parce que leur formation leur permet de mener à bien des tâches demandant un haut niveau d'expertise, comme l'évaluation de besoins, le counseling individuel [...] difficultés d'insertion en emploi réservent souvent les activités de counseling individuel à leurs intervenantes ou intervenants les plus expérimentés. (Gouvernement du Québec, 2008, p.27).

D'autre part, en référence à la loi obligeant l'accès à de la formation, l'individu et l'organisme deviennent des clientèles visées au niveau des manques en matière d'accès aux services ce qui amène la question des attentes en matière de

justice sociale et de diminution des inégalités dans les droits humains et dans l'accès et la distribution des ressources. Les années d'expérience de l'auteure de cet essai dans le domaine de l'employabilité l'ont mené à penser que la clientèle mal référée soit par manque d'information ou pris dans un système (Emploi Québec) dont l'expertise et le temps limité consacré à recevoir et bien identifier les enjeux fait en sorte que celle-ci se voit mutée vers des services ne pouvant pas répondre à ses besoins. Cette clientèle n'a de choix autre que de se maintenir dans des programmes non spécifiques à sa condition ou envoyée vers d'autres organismes dont la liste d'attente excède l'impératif ponctuel à répondre à la situation. Toutes ces raisons faisant en sorte de stigmatiser davantage cette strate de la société, d'enfoncer le gouffre du découragement et du manque de solution.

Les programmes en employabilité utilisent, des façons de faire qui reposent sur l'idée selon laquelle les personnes doivent avoir un minimum de motivation pour qu'une activité puisse donner des résultats. (Gouvernement du Québec, 2008).

De là se pose le problème du besoin d'évaluation et d'intervention subséquentes appropriées. Que ce soit par manque d'accès à l'information ou d'outils de travail spécifiques (ex. : certaines banques de ressources externes, des subventions gouvernementales, la possibilité d'évaluer via des tests psychométriques l'état de la personne, etc.), ces ressources sont souvent limitées aux organismes assurant une spécialité. Malheureusement, dans ces cas, les effectifs humains pour y répondre sont insuffisants et la porte d'entrée n'est pas gagnée d'avance. Car même avec un diagnostic, l'attente va de deux à six mois pour une première rencontre d'évaluation, laissant pendant ce temps, l'individu pour compte (Gouvernement du Québec 2008).

1.3 Le rôle des c.o. et les préoccupations contemporaines

La modernisation des pratiques, le changement constant du marché du travail ne font que confirmer le besoin de se pencher sur la grande question de la santé au travail (Villeneuve, Corbière, Mercier et Lesage, 2007). La problématique de

l'atteinte des FE et la réinsertion socioprofessionnelle n'échappe pas à cette préoccupation. Considérant également la prévalence élevée de comorbidité (en particulier avec la dépression) chez la clientèle ayant un syndrome dyséxecutif, la question du retour au travail et le maintien en emploi interpellent directement les c.o. La clientèle ayant une atteinte des FE devient une population à risque relativement élevé (selon la gravité de l'atteinte) d'exclusion sociale donc, vulnérable (St-Arnaud, 2015).

En 2008, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale publiait un ouvrage sur la mobilisation des personnes éloignées du marché du travail marquant entre autres, l'évolution de la profession de conseiller d'orientation qui a connu un élargissement des préoccupations sur le plan de la pratique ainsi que la recherche au cours des 10 dernières années. Par conséquent, autrefois limité surtout aux problèmes d'orientation des jeunes, l'univers s'est étendu progressivement aux problèmes de réinsertion en emploi des personnes en chômage et aux conditions de maintien en emploi. Le processus d'exploration des intérêts, valeurs, aptitudes et croyances (IVAC) s'adresse à toute personne désireuse de trouver sa voie de carrière. Malgré un diagnostic, celui-ci ne devient pas l'identité principale (ni personnelle ni professionnelle) d'un individu, mais plutôt une autre facette de sa dynamique (ressources internes et externes) pouvant être mobilisée au service d'un cheminement professionnel (Gouvernement du Québec, 2008)

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2010) dont le rayonnement s'étend à travers plusieurs continents, veille sur les enjeux majeurs en matière de service d'orientation professionnelle. L'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté revêtent une signification de grande importance quant à la clientèle dite vulnérable (incluant les clientèles ayant des atteintes physiques ou mentales, dont les FE). Selon l'OCDE (2004) l'orientation désigne les activités visant à venir en aide aux personnes de tous âges à n'importe quel moment de leur vie pour faire un choix de formation ou d'emploi ainsi que gérer leur carrière. Par ailleurs, un processus d'orientation amène la personne à réfléchir sur ses aspirations,

ses intérêts et ses capacités. Les enjeux de l'OCDE en lien avec la clientèle ayant une atteinte des FE sont : l'accès à l'éducation pour tous, la réussite du plus grand nombre possible et l'accès à l'apprentissage tout au long de la vie. L'OCDE statue le rôle des conseillers d'orientation à savoir qu'ils sont les seuls spécialistes devant et pouvant évaluer les besoins, indiquer les moyens et services répondant aux besoins de la population. Toujours selon l'OCDE, les sphères de préoccupation s'étendent sur trois grandes catégories: l'apprentissage, l'emploi et l'équité sociale. L'employabilité représenterait l'ensemble des attributs d'un individu, tels que sa capacité à trouver et à conserver un emploi et à s'adapter à l'évolution du marché du travail et des conditions de recrutement. D'où l'importance imputable à la pratique de l'orientation.

Par ailleurs, les politiques publiques sont un ensemble de principes et d'objectifs qui guident l'état dans ses décisions et actions, les lois, les mesures et services en fonction des attentes sociales. S'ensuit que l'orientation devient une utilité incontournable afin de combler les besoins d'insertion socioprofessionnelle de la société incluant les communautés vulnérables ou minoritaires, de contribuer à la justice sociale par l'intégration équitable des personnes à la société par le travail via une formation (selon le cas), sans égard à leur culture, leur genre, leur niveau de capacités, statut socio-économique, etc. (Gouvernement du Québec, 2010).

En outre, les personnes atteintes d'un déficit des FE sont susceptibles à divers degrés et selon la nature de l'atteinte, de rencontrer des difficultés d'insertion socioprofessionnelle, d'adaptation et par conséquent des problèmes de santé mentale tel que la dépression découlant de l'isolement et la perte d'estime de soi. Dans un rapport publié dans le cadre d'un projet financé par la CERIC faisant état des difficultés rencontrées par les professionnels du développement de carrière et l'emploi de personnes ayant des problèmes de santé mentale, l'auteur (s.a.) souligne entre autres que l'emploi est la pierre angulaire de l'inclusion sociale. Il procure une identité, un but, une raison d'être et des relations sociales, de même que les ressources financières requises pour être un membre actif au sein de sa communauté.

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale connaissent le taux de chômage le plus élevé au Canada et pour plusieurs d'entre elles, le travail demeure un objectif illusoire. D'où l'importance d'augmenter ses connaissances et compétences en tant que professionnel de l'orientation (CERIC, 2013). Quant à elle, l'énoncé de la pertinence sociale vient renforcer cette position illustrant clairement l'apport des conseillers conseillères d'orientation :

« Les c.o., par leur expertise de la relation individu-travail-formation, visent le mieux-être personnel et professionnel en mobilisant le potentiel des personnes et en les aidant à prendre leur place dans la société tout au long de leur vie. » (OCCOQ, 2006).

Venant renforcer ce constat est la mise en action de la réglementation relative à l'adoption du projet de loi-21 en septembre 2012 stipulant le rôle d'expert des conseillers conseillères d'orientation comme étant des professionnels aptes à intervenir auprès d'une clientèle dite plus vulnérable de la société ajoutée à la compétence d'être en mesure d'évaluer la clientèle ayant une atteinte neurologique. De plus, le rapport du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines permet de positionner la profession de conseiller d'orientation comme étant un acteur important en santé mentale et en relations humaines. Le conseiller d'orientation qui évalue une personne atteinte d'un trouble neuropsychologique attesté au préalable d'un diagnostic prodigué par un professionnel habilité à le faire, peut procéder à l'évaluation des ressources internes et externes de la personne et l'aider à élaborer un plan d'action lui permettant de s'adapter à un contexte socioprofessionnel. Or, Deslandre *et al* (2004) précisent que l'évaluation des FE débute dès l'observation clinique afin de repérer des difficultés comportementales.

Dans leur article, Borgen et Maglio (2007) font état de l'importance de l'activité des c.o. dans l'accompagnement à l'élaboration de plan d'action incluant des objectifs et des stratégies. En outre, les c.o. sont présents à travers une diversité

de contexte tel que les personnes faisant le deuil de capacités physiques ou mentales. Ces auteurs font état des facteurs aidants ou favorisant la réalisation d'un plan d'action et les éléments pouvant y faire entrave mettant en lumière la nature des gestes impliqués dans la préparation de la clientèle participant à une démarche de counseling de carrière.

La politique de la santé et du bien-être a mis sur pied des stratégies permettant la bonification des services à l'individu favorisant l'intégration et le maintien socioprofessionnel des clientèles ayant une incapacité modérée ou grave. Dans son rapport, 19 objectifs de la Politique ont été élaborés dont ceux qui retiennent notre intérêt sont les traumatismes crâniens et la santé mentale. Le document fait état des six grandes stratégies de la politique : 1ère favoriser le renforcement du potentiel des personnes; 2e soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires entre autres, soutenir le milieu de travail; 3e améliorer les conditions de vie ex : l'emploi; 4e agir pour et avec les groupes vulnérables ex : les personnes qui ont une incapacité modérée ou grave, etc. ne sont que quelques exemples retenus ayant une incidence pour la pratique en développement de carrière (Gouvernement du Québec, 2004).

En somme, la clientèle présentant une atteinte des FE s'insère (selon le degré de l'atteinte) dans la catégorie de la population dite vulnérable dues aux nombreuses difficultés rencontrées à recevoir des services répondant à leurs besoins et surtout à cause des difficultés parfois majeures, à la réinsertion socioprofessionnelle. Plusieurs rapports et réglementations font état du besoin de professionnels compétents pour leur venir en aide ce qui s'applique au champ de compétence des conseillers conseillères d'orientation.

1.4 Le traumatisme crânien

Dans le souci de circonscrire le sujet et d'illustrer les conséquences d'une atteinte des FE sur le développement de carrière chez l'adulte, nous traiterons plus spécifiquement cette problématique suite à un traumatisme crânien ou traumatisme

craniocérébral (TCC). Plusieurs recherches ont mis en lumière le lien entre traumatisme crânien et le syndrome dysexécutif. En fait, tel que présenté dans les sections précédentes, l'atteinte des FE est une des problématiques résiduelles du TC menaçant grandement la capacité à opérer dans les activités complexes de vie quotidienne comme le travail ou le bénévolat (Pradat-Diehl et Peskine, 2006).

On distingue trois degrés de sévérité du TCC soit, léger (ou commotion cérébrale), modéré et sévère. Quelques études rapportent un rapport de 80 % TC léger, 11 % TC modéré et 9 % TC sévère. L'ensemble des chercheurs s'entendent pour affirmer qu'il y a présence d'atteinte des FE dans tous les types de traumatisme par contre la gravité des séquelles allant de limitations à un handicap souvent permanent se situe davantage chez la clientèle atteinte d'un TC modéré à sévère. Pour les raisons évoquées dans la problématique, il est difficile de chiffrer la représentativité des atteintes des FE en terme de proportion ou pourcentage à cause très souvent de présence de comorbidité (ex : dépression) ainsi que parce que les FE sont souvent étudiées dans un contexte d'échec à la réinsertion socioprofessionnelle alors que l'évaluation des médecins (suite à un examen physique et la passation de tests neuropsychologiques échappant à identifier l'atteinte des FE) passaient complètement à côté de cet handicap invisible. Finalement, les FE sont souvent évaluées en fonction de leurs composantes spécifiques telles que l'attention, les problèmes de régulation émotionnelle, le comportement ce qui a pour effet de chiffrer ces symptômes et non le syndrome dysexécutif dans son ensemble.

Les personnes ayant un TCC représentent une vraie préoccupation de santé publique (Institut canadien d'information sur la santé ICIS, 2007). Au Québec, quelque 13 000 personnes sont victimes chaque année d'un traumatisme crânien. De manière générale, il s'agit pratiquement de trois fois plus d'hommes que de femmes toutes causes et catégories d'âge confondues. Le traumatisme craniocérébral constitue une des raisons majeures d'incapacités chez les moins de 35 ans. Les causes du traumatisme crânien varient en fonction de l'âge et se répartissent comme suit : les accidents de la route (45 %) et les chutes (30 %), les accidents de travail (10 %), les

sports et loisirs (10 %) et les agressions physiques (5 %). Les accidents de la route entraînent des traumatismes plus graves en raison du dommage cérébral diffus qu'ils causent. À la Société d'assurance automobile du Québec, on enregistre 40 % de traumatisés cranio-cérébraux modérés et graves et 60 % de traumatisés cranio-cérébraux mineurs et légers. (Gouvernement du Québec SAAQ, 2012).

À peine 20 % à 35 % des personnes ayant subi un TCC retournent au travail, et plusieurs ne gardent pas leur poste longtemps selon une étude sur l'évaluation des programmes de réinsertion professionnelle auprès des traumatisés cranio-cérébraux, (Dutil, 1998). Parce que le traumatisme crânien peut modifier la chimie du cerveau et entraîner la dépression, on estime que la dépression touche 40 % des victimes d'un traumatisme crânien. La dépression est un des facteurs de comorbidité important venant affecter considérablement les capacités de la clientèle cérébrolésée ayant atteinte des FE à surmonter les impasses du retour à l'emploi (Institut canadien d'information sur la santé ICIS, 2007).

1.5 Problématiques

Une dysfonction exécutive limite ou handicape considérablement la personne atteinte dans sa capacité à faire face aux situations nouvelles non routinières. Or, l'atteinte des FE est un des indicateurs le plus prédictifs des difficultés de réinsertion socioprofessionnelle de la clientèle cérébrolésée.

Ces constats quant à la problématique des personnes atteintes d'un TC et par conséquent des FE, nous mènent à formuler la question de recherche suivante :

Quel est l'état actuel des connaissances sur les conséquences et les implications d'un déficit des FE sur la réinsertion socioprofessionnelle, en particulier chez la clientèle ayant un traumatisme cranio-cérébral? Cet enjeu n'est pas assez traité en orientation.

DEUXIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce second chapitre a pour but de présenter la méthodologie de recherche choisie afin répondre à la question de recherche de cet essai. Dans un premier temps, sera présenté l'objectif principal en lien avec la méthode retenue. Ensuite, la démarche et la méthode de sélection des publications. Et pour terminer, les critères d'inclusion et d'exclusion.

2. OBJECTIF VISÉ PAR LA MÉTHODE DE RECHERCHE SÉLECTIONNÉE

Afin de se faire une idée précise de l'état actuel des connaissances sur l'impact d'une atteinte des fonctions exécutives sur la réinsertion socioprofessionnelle des individus ayant subi un TCC, le sujet n'ayant pas été étayé de manière spécifique et exclusive dans le domaine de la pratique en orientation, une recension des écrits scientifiques a été effectuée. Par définition, Fortin (2010) situe la recension des écrits comme étant un choix méthodologique pertinent à la découverte de sujets peu ou pas explorés (documentés) dans un champ de pratique scientifique prescrit. Cette méthode permet d'étayer de nouveaux sujets scientifiques appliqués dans une pratique ne les ayant pas mis en relation (ou considérés) auparavant. Cette recension des écrits s'appuie également sur les données probantes relatives à d'autres disciplines connexes dont il est possible d'extraire une relation d'utilité au champ d'expertise des c.o. Ainsi « L'information ou la pratique fondée sur des données probantes est un enjeu important pour les disciplines professionnelles » (Fortin, 2010 p. 154). Les données probantes sont en fait des résultats de recherches scientifiques à caractère clinique. « La recension des écrits est le véhicule privilégié pour relever,

dans les études pertinentes, l'information factuelle susceptible de mener à des prises de décisions éclairées pour la pratique » (Fortin, 2010 p. 154).

2.1. La démarche

Quel est l'état actuel des connaissances sur les conséquences et les implications d'un déficit des FE sur le développement de carrière, en particulier chez la clientèle ayant un traumatisme crânien? Sur quoi reposerait l'importance de tenir compte d'une atteinte des FE en tant que c.o. sur l'employabilité (ou la réinsertion socioprofessionnelle) et le maintien en emploi des traumatisés crâniens.

En outre, il est important de mentionner que les recherches faisant un lien direct entre une atteinte des FE et la réinsertion socioprofessionnelle sont inexistantes ou du moins ont échappé à la connaissance et aux compétences de l'auteure de cet essai. De là la nécessité de raffiner la problématique en s'adressant à une population très ciblée qu'est la clientèle ayant subi un traumatisme crânien.

2.2. Méthodologie de la recension

Cette section a comme objectif de présenter les démarches qui ont été effectuées pour la recension des écrits scientifiques. Les principales sources consultées, l'édification des concepts et mots clés s'y rattachant, les critères d'inclusion et d'exclusion témoignent de la rigueur scientifique utilisée pour justifier la pertinence et la qualité de ce travail. Ces éléments feront tous l'objet de cette section de chapitre.

2.2.1. Recension approfondie liée à la question de recherche

Le principal catalogue de bibliothèques universitaires utilisé a été Crésus, représentant la banque de données du Service des bibliothèques de l'Université

Sherbrooke. Les bases de données bibliographiques consultées sont essentiellement, Proquest une banque répertoriant des dissertations et des thèses, ERIC une base de données en science de l'éducation et les domaines liés, FRANCIS pour les publications en sciences humaines et sociales, MEDLINE pour celles en science de la santé puis finalement, PsycINFO renfermant les publications portant sur la psychologie.

En ce qui a trait au vocable utilisé pour la recherche de sources scientifiques, le sujet à l'étude a été divisé en trois concepts centraux : les fonctions exécutives, le traumatisme crânien et la réinsertion professionnelle. De ces trois concepts de base en lien avec la question de recherche s'en est suivi un ensemble de mots clés et de synonymes qui ont été tour à tour jumelés et interchangés afin de produire une recension des écrits scientifiques la plus large, la plus concise et la plus systématique possible pour couvrir le sujet à l'étude. Ainsi, dans la littérature, un certain nombre de types de mots clés et/ou de synonymes peuvent être utilisés pour rencontrer la couverture d'un certain nombre à la fois de concepts initiaux (termes) décuplant les résultats quant au nombre de source pouvant être trouvées (Fortin 2010). Les opérateurs de recherche AND et OR et la troncature * aux préfixes des mots clés utilisés, par exemple (fonct*ex*) OR (ex*funct*) AND (traum*cran*) AND (réins*prof*) ont permis d'aller chercher le maximum de publications sans se soucier des particularités des suffixes (ex : le pluriel, dans les termes utilisés par les chercheurs).

En lien avec les fonctions exécutives, les mots clés suivants ont été utilisés : syndrome dysexécutif (volet cognitif et comportemental), atteinte (ou trouble) des fonctions exécutives, fonctions de contrôle, syndrome frontal (exécutif), fonctions frontales, mémoire de travail, déficit exécutif, attention, fonctions de direction ou d'organisation, fonctions (troubles) cognitives, *executives functions*, *executive control*, *cognition disorders*, *dysexecutive syndrome*, *executive disorder*, *executive syndrome*, *frontal syndrome*, *work memory*, *executive deficit*, *attention*, *direction function*.

Pour ce qui est du traumatisme crânien, les mots clés suivants ont été utilisés : traumatisme crânio-cérébral (TCC), *brain injury*, *traumatic brain injury*, *head injury*. En ce qui a trait aux traumatismes qualifiés selon les niveaux allant de léger, modéré, à sévère, voir les critères d'exclusion pour plus de précision sur la pertinence des sources retenues dans cette recension des écrits.

Finalement, pour la réinsertion professionnelle, les mots clés suivants ont été utilisés : travail, réadaptation professionnelle, qualité de vie (*quality of life*), évaluation des capacités de travail, reprise du travail, vie quotidienne, devenir professionnel, *vocational rehabilitation*, participation sociale.

Tableau 1
Quelques exemples des concepts et mots clés

	CONCEPTS			SOURCES
	Fonctions exécutives	Traumatisme crânien	Réinsertion professionnelle	FRANCIS
MOTS CLÉS OU SYNONYMES	Syndrome exécutif Synd. dysexécutif Fonctions Cognitives Troubles cogn., etc.	<i>Brain injury</i> , <i>traumatic brain injury</i> , <i>head injury</i> , traum. Cranio- cérébral, etc.	Réadaptation professionnelle Travail Qualité de vie Capacités travail Reprise travail, etc.	Proquest
				PsycINFO
				MEDLINE
				ERIC

2.3. Les critères de sélection

Les critères d'inclusion informent sur les caractéristiques souhaitées et retenues pour sélectionner les publications retrouvées dans cette recension des écrits. Les études consultées portent strictement sur la clientèle ayant une atteinte des fonctions exécutives suite à TCC. Par ailleurs les activités dites professionnelles (retour au travail ou aux études) sont attribuées à une population adulte (le domaine scolaire est surtout réservé aux jeunes en général dans la littérature sur ce sujet). La période minimale de publication considérée s'échelonne de 1995 à ce jour. La récurrence arborée par les dix dernières années, offrait des résultats insuffisants pour les besoins de cette recherche. L'auteure de cet essai a échelonné les recherches sur une période de 20 ans.

Les critères d'exclusion quant à eux, sont nombreux à avoir servi à délimiter les paramètres d'identification des éléments devenant non souhaitables dans la quête de répondre avec rigueur à la question de recherche et dans le respect d'une certaine cohérence en lien avec le domaine du développement de carrière. Premièrement, tous les articles décrivant l'impact d'une atteinte des fonctions cognitives autres qu'exécutives ont été exclus. Même en utilisant des mots clés ayant un sens plus large, toutes les recherches mentionnant des difficultés d'ordre cognitif sur le plan du langage ou de la motricité par exemple, n'ont pas été considérées puisque ces fonctions ne sont pas des fonctions cognitives de haut niveau s'apparentant avec les fonctions dites exécutives.

Deuxièmement, quant aux mots clés « activité liée à la vie quotidienne », sont exclus de cette recension des écrits toutes les références n'ayant pas trait aux activités complexes de la vie quotidienne. Cette catégorie s'illustre par les activités professionnelles ou l'intégration scolaire et professionnelle, la gestion d'un budget, etc. (Pradat-Diehl, Peskine et Chevignard, 2006). C'est-à-dire que les activités de la vie quotidienne plus routinière faisant appel davantage à l'hygiène de vie habituelle (*activity of daily life*) par exemple : se vêtir, se nourrir, la mobilité, etc. sont exclues

de cette recension des écrits. Il va de soi qu'une personne ayant de la difficulté à se brosser les dents, s'habiller ou se déplacer à l'intérieur de la maison ne sera pas une clientèle considérée pour la réinsertion professionnelle (même éloignée du marché du travail). Cette clientèle devra d'abord faire face à une réhabilitation plus profonde demandant l'implication de professionnels autres que des conseillers en orientation ou du développement de carrière, ce qui n'est pas de l'ordre d'intérêt de cet essai. Ce deuxième critère d'exclusion peut aussi aller de soi avec la clientèle TCC sévère, en ce sens que les publications traitant ce sujet ont été soigneusement choisies ou exclues selon le contenu explicite qui se doit faire un lien plausible avec la pratique des co.

Troisièmement, les publications portant exclusivement sur la satisfaction de la qualité de vie (qu'elle soit perçue par la personne elle-même ou un de ses proches) ont également été exclues de cette recherche. C'est-à-dire que les résultats menant au simple constat que la personne soit satisfaite ou pas et/ou que cet effet soit corrélé ou pas avec le degré d'handicap ou de limitations est de moindre importance s'ils ne sont pas accompagnés d'autres aspects descriptifs en lien avec la réinsertion socioprofessionnelle.

Finalement, toutes les recherches au contenu s'adressant quasi exclusivement à des spécialistes d'autres domaines professionnelles ont été exclues de la recension des écrits. C'est-à-dire, les contenus dont malgré une recherche par mots clés pertinente, qui a fourni des résultats dont le caractère s'éloigne de la pratique des co, ont été exclus. Par exemple, les recherches portant sur des descriptions détaillées de l'évaluation neuropsychologique (critiques des tests psychométriques papier-crayon) des FE. Autre exemple, des interventions réservées à d'autres actes professionnels (ex : neurologie, neuropsychologie, ergothérapie, médecine, etc.) autres que celles transférables au champ d'expertise des conseillers et conseillères d'orientation, ont été exclues.

2.3.1 L'examen critique des sources

Un amalgame de considérations des aspects évaluatifs tels que la pertinence, la cohérence, l'actualité, la quantité, la représentativité sont autant d'éléments faisant partie de la rigueur dans l'examen critique des sources convoitées pour la recension des écrits. La lecture critique permet de cerner ce qui convient ou pas pour mener à bien un projet de recherche à teneur scientifique (Fortin, 2010).

TROISIÈME CHAPITRE RÉSULTATS

Ce chapitre a pour objectif d'exposer l'état des connaissances quant aux troubles des fonctions exécutives vécus par des patients cérébraux lésés dans le contexte de la vie quotidienne en situation complexe et particulièrement en lien avec une tentative de réinsertion socioprofessionnelle. L'analyse de contenu sera présentée de la manière suivante : dans un premier temps, les recherches exposant des résultats quant à la situation vécue par les personnes ayant subi un TCC, soient les difficultés en lien avec leurs limitations des FE, rencontrées lors de diverses conditions d'évaluation. Deuxièmement, les recherches apportant des pistes d'intervention pouvant être mises en lien avec le champ de pratique des c.o.

En premier lieu, voici la présentation brève des recherches retenues dans le cadre de ce travail.

3. ÉTUDES RETENUES

La première section de ce chapitre a pour but de présenter un portrait global des publications retenues quant aux démarches de recherches effectuées. Seront précisés le nombre et le type d'articles et leur apport dans la présente recherche.

Au total, 14 articles ont été retenus. De ces 14 articles, 11 ont été gardés pour leur lien direct (mots clés et contenus) avec l'intérêt principal de cet essai. Trois de ces recherches ont été recueillies en liste de référence des études consultées. Sept articles ont été rejetés de la présente recherche due principalement au contenu qui arborait des constats s'éloignant du champ de pratique des c.o. tel que par exemple, les articles portant sur l'évaluation des FE suite à un traumatisme crânien dont le sujet

central étaient l'utilisation technique de tests psychométriques neuropsychologiques (comparaisons) s'adressant davantage aux neuropsychologues ou sur des types d'intervention non transférables à la pratique (surtout réservées aux ergothérapeutes ou neuropsychologue ou encore aux médecins traitants).

Il est à noter que le concept de réinsertion professionnelle a procuré un degré de difficulté considérable à l'auteure de cette étude. Puisqu'il n'existe aucun lien entre la pratique professionnelle en développement de carrière (orientation) et la réinsertion socioprofessionnelle des adultes TC ayant une atteinte des fonctions exécutives, plusieurs synonymes ont été considérés et interchangeés afin de produire une revue de littérature scientifique pouvant servir à couvrir le sujet convoité et transposé par la suite au champ de pratique des conseillers conseillères d'orientation.

La plupart des études retrouvées font état du traumatisme crânien sévère plus que léger et modéré. Une vue d'ensemble des publications consultées, permet le constat suivant : la présence d'une atteinte au niveau des FE est un des facteurs le plus déterminant de l'échec d'une réinsertion socioprofessionnelle post-traumatisme.

3.1 Les résultats

La recherche de Dutil (1998) avait pour objectif de faire une description des programmes de réadaptation offerts entre autres à la clientèle TC, au Québec et ailleurs dans le monde. Des recommandations furent apportées sur l'utilisation d'outils d'évaluation destinés à la clientèle conservant des séquelles importantes. Il en ressort qu'afin d'obtenir une évaluation fiable et valide pour favoriser un retour au travail, celle-ci doit reposer sur une approche globale d'évaluation des séquelles résiduelles de la clientèle TC. Il est important de souligner que les difficultés qui demeurent se répercutent sur tous les domaines d'activités de la personne, dont les activités reliées au travail. Par ailleurs, il est recommandé d'amorcer le processus de réadaptation tôt (i.e. dès que la condition de la personne est stabilisée) après le trauma pour contrer les effets d'une perte d'identité professionnelle lorsque la réadaptation

professionnelle arrive tardivement. Dutil (1998) souligne que l'absence d'une occupation significative affecte la récupération et l'intégration communautaire. Lors de l'évaluation, la participation active de la personne est nécessaire. Les intérêts et valeurs du traumatisé crânien doivent guider l'évaluation. Un des éléments clés de certaines approches est de considérer le droit au client de faire ses propres choix afin de maximiser le retour et le maintien en emploi et le tout supporté par une équipe d'intervention socio-professionnelle et ce, même 10 ans après le traumatisme.

Certains modèles de programmes de réadaptation sont inspirés des théories de la personnalité et des théories développementales. D'autres programmes considèrent les théories et modèles en réadaptation professionnelle qui visent à comprendre les comportements dessous l'ajustement professionnel, nécessaires suite à la présence d'une incapacité. Cette théorie comprend que l'adaptation au travail est la résultante de l'individu et les caractéristiques de son emploi d'où l'importance d'axer sur la satisfaction de la personne et de l'employeur pour une adaptation réussie (Dutil, 1998). Le rapport souligne le peu de présence de spécialistes en emploi dans les équipes multidisciplinaires. Par ailleurs, le manque d'outils standardisés pour évaluer la relation dynamique entre la personne et son environnement de travail est expliqué par la faiblesse au niveau de la formation universitaire des intervenants composants les équipes. Ainsi, «En effet, la formation en regard du travail au sien des programmes de formation des différentes disciplines représentées dans les équipes est quasi absente au Québec. » (Dutil 1998, p. 112). Or, il est souligné que la présence de conseillers en main-d'œuvre dans les équipes, apporte une connaissance du marché du travail ce qui favoriserait le choix et le maintien en emploi. En comparaison, les intervenants actuels jouant un rôle de décideur par rapport aux choix en se pliant aux contingences des programmes subventionnés qui eux reposent sur l'évaluation des incapacités au travail en fonction de l'emploi antérieur (on parle de pairage d'emploi trouvé avec l'outil Repères) au lieu de considérer l'aspect actuel et évolutif de la personne. Finalement, l'auteure revendique le fait d'embaucher des intervenants dont l'expertise n'est pas spécifique au travail tel que le domaine de l'intégration et la

réintégration au travail, une grande lacune des programmes de formation universitaire (voir aussi la formation continue sur le marché du travail, la législation et les outils d'évaluation) au Québec.

Suite à la recherche financée par la SAAQ de l'équipe trauma présidée par Élisabeth Dutil, une étude d'envergure dix années plus tard, fut mise de l'avant à la demande de la SAAQ, le MSSS et le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR). L'étude de Lefebvre, Vanier, Swaine, Dutil, Pépin, Fougeryollas, *et al.*, (2004) a pour but de rapporter la situation des traumatisés crâniens et leur proche quant à leur participation sociale. Les auteurs relatent que depuis l'amélioration des soins d'urgence, l'espérance de vie des TC se voit rallonger par contre l'absence (ou le manque de qualité) des services en réadaptation (ajustés) risque de plonger la clientèle dans des problèmes de dépression, suicide, toxicomanie, divorce, etc. à cause des difficultés d'intégration sociale. En somme, l'objectif est de dresser un portrait de la participation sociale 10 ans après le trauma et de récolter les impressions des personnes TC et leurs proches sur les services reçus. L'échantillon consiste en 22 personnes ayant un TC modéré ou sévère dont l'âge moyen est 42 ans ainsi que 21 personnes proches. La méthode de récolte est sous forme d'entrevues semi-dirigées et la passation de quelques questionnaires. Les résultats démontrent que des personnes satisfaites de leur participation sociale, cette portion attribue le succès à leur propre capacité d'adaptation, au fait d'avoir le support d'une famille et d'avoir reçu de l'aide via des services et à un travail. À l'inverse, ceux qui ont vécu l'échec de leur projet professionnel ont aussi vécu l'échec de leurs relations familiales et sociales ainsi que des problèmes de dépression et de toxicomanie, tous des facteurs qui représentent les barrières principales à une participation sociale satisfaisante. Globalement, on regarde une insuffisance des services de suivi à long terme pour expliquer cet état de non-satisfaction. La majorité des participants à l'étude montre des difficultés d'intégration sociale. En l'absence de service entre autres, à l'intégration socioprofessionnelle, les personnes qui arrivent à combler le manque sont celles ayant une plus grande capacité d'adaptation et un très bon soutien familial,

mais à quel prix. Bon nombre de membres de la famille se plaignent d'impuissance et d'épuisement.

Parmi les recommandations, on dénote de revoir les programmes d'aide à l'intégration socioprofessionnelle afin de contrer l'isolement et la pauvreté mais aussi, de s'attarder tôt à la participation sociale (travail et loisirs) et voir à bonifier les équipes multidisciplinaires afin de suivre le client dans son besoin et son évolution (encore dans cette étude, il n'est question que d'équipe multidisciplinaire formées de médecin, d'éducateurs spécialisés, neurologue, psychiatres, etc., et non de conseillers en main-d'œuvre) (Lefebvre *et al.*, 2004).

L'étude d'Érikson, Kottorp, Borg et Tham (2009) a pour objectif d'explorer la relation entre l'échec ou le retard au retour à des activités de la vie quotidienne dont le travail, la vie sociale, les loisirs, etc. (*occupationnel gaps*), l'humeur dépressive et la satisfaction de vie des personnes ayant un TC depuis les 4 dernières années. Plusieurs questionnaires et inventaires ont été administrés aux 116 participants. Il en résulte une forte relation entre la période de temps d'inactivité (échec de reprise des activités) et la satisfaction perçue par les TC. Les auteurs concluent à une forte corrélation entre le désir de participation sociale et la satisfaction. L'humeur dépressive semble être liée à l'inactivité (ou l'échec de reprise des activités). En conclusion, Érikson *et al.* suggèrent des interventions ajustées sur mesure afin d'améliorer la satisfaction de vie de la clientèle TC.

L'étude de Truelle, Fayada et Montreuil (2005) positionne les désordres liés au comportement comme facteurs invalidants principaux chez les TC sévères. Cette étude repose sur 3 assises étiologiques soit les facteurs neuropsychologiques (lésions), psychopathologiques et sociaux environnementaux. La méthode consiste en la prise en compte lors d'entrevues semi-structurées des plaintes verbalisées par les patients et leurs proches, considérer l'historique (avant et après trauma) du patient, le style de vie et les séquelles résiduelles. Les résultats suggèrent que le désordre principal se reflète par la perte d'initiative, de contrôle émotif, plaintes somatiques,

dépression et anxiété, des conséquences sur la vie en famille et toutes les difficultés relevant de l'acceptation de l'état actuel et de reconstruction de l'identité. Les auteurs mentionnent le traitement pharmacologique est pauvre s'il n'est pas accompagné de psychothérapie ou d'approche holistique avec une équipe multidisciplinaire.

Erez, Rothschild, Katz, Tuchner et Hartman-Maeir (2009) font état de la participation à la vie quotidienne suite à un traumatisme crânien Léger. Ils mentionnent que le taux de traumatismes légers parmi tous les TC se monte à 80 %. L'objectif de cette étude était d'investiguer la relation entre l'atteinte des FE et la conscience de ses déficits dans la poursuite d'activités quotidiennes du TC léger suite à la participation à un programme en ergothérapie après la phase aigüe du trauma. Pour ce faire, ils ont recueilli 13 participants ayant un TC léger (estimation de 4,7 mois après l'incident) dont la moyenne d'âge se situe à 43,4 ans. Une batterie de tests psychométriques (accompagné d'entrevues) mesurant le niveau et la nature des atteintes exécutives en lien avec la conscience de soi face aux déficits (*self-awareness*) furent administrées. Un des critères d'exclusion de la recherche était les antécédents de santé du patient sur le plan de la démence, désordre psychiatrique ou neurologique, avoir déjà souffert d'un TC ou abuser de drogues et/ou d'alcool. Les résultats démontrent que les atteintes des FE se retrouvent parmi les problèmes les plus communément rencontrés. Les symptômes tendent à être plus accentués dans la phase aigüe suite au traumatisme, mais se résorbent dans 80 % à 90 % des cas dans les mois qui suivent l'incident. Malgré ses chiffres, les auteurs signalent que 10 % à 20 % des TC légers persistent à avoir des problèmes exécutifs d'où l'importance de se pencher sur l'examen du profil cognitif quant à l'impact d'un TC léger dans un contexte de participation dans des rôles de vie significatifs (*meaningful life roles*). Les atteintes des FE se révèlent comme étant de l'ordre de la planification, l'utilisation de stratégies, la flexibilité mentale (*shifting*), les difficultés de régulation émotionnelle, l'attention et la prise de décision. Toutes des composantes primordiales à la réinsertion socioprofessionnelle. Ce constat est renforcé par le fait que les personnes manifestants des problèmes exécutifs éprouvent des difficultés à se

remettre au travail et à s'y maintenir, augmentant du coup le taux de demande pour prestations d'assistance sociale ou d'assurance-emploi (Erez *et al.*, 2009). De plus, l'hypothèse selon laquelle les patients pouvaient ne pas avoir la conscience de leurs déficits procurant ainsi la persistance des difficultés ne s'est pas révélée fondée. Suite aux entrevues réalisées, les auteurs soulignent que les participants semblent d'une part très conscients de leurs difficultés et d'autre part, démontrent la capacité à se fixer des objectifs très réalistes. Les auteurs soulèvent que ce n'est pas le cas chez les TC modérés à sévères. Ils ajoutent que la conscience de ses déficits serait un des prédicateurs les plus favorables à la participation avec bons résultats à des programmes de réhabilitation socioprofessionnelle. Les auteurs rapportent également l'importance de se pencher sur la question de la minorité ayant des symptômes résiduels persistants (le 10 % à 20 %) à cause des risques trop élevés quant à la possibilité d'entraver la participation significative à la vie quotidienne. Ils terminent en indiquant les limites de leur étude s'étendant à un échantillon trop petit ainsi qu'un manque au niveau de la mesure de symptômes dépressifs chez les participants, ce qui a un impact certain sur les capacités cognitives.

Tandis que pour certaines études, le lien entre satisfaction de vie et travail (ou difficultés à la réinsertion professionnelle) est directement observable, pour d'autres auteurs, ce lien ne semble pas aussi automatique. L'étude de Dehail, Rouleaud, Debelleix, Destailats, Petit, Le Chapelain (1996) a pour objectif d'évaluer l'influence du retour au travail sur la qualité de vie d'un groupe de traumatisés crâniens sévères ayant participé à une mesure d'aide à la réinsertion professionnelle. Au total 19 patients ont été retenus pour cette étude. Ils ont participé (entre 1992 et 1993) à une structure d'orientation et d'aide à l'insertion professionnelle offerte à la Tour-de-Gassies en France (division de l'unité UEROS : Unités d'évaluation, réentraînement et orientation socioprofessionnelle, en Aquitaine). La première phase de l'étude représente la prise d'information quant aux antécédents du patient à savoir, son niveau de scolarité, compétences en emploi, aptitudes manuelles ou autres ainsi que les séquelles physiques et psychologiques. Notons que cette évaluation est

assurée par une équipe multidisciplinaire composée d'éducateurs, de psychologues, de psychiatres, d'ergothérapeutes et de psychométriciens. La seconde phase consiste en l'élaboration d'un projet professionnel (reprise de l'ancien travail ou réorientation) si toutes les conditions évaluées préalablement confirment la capacité suffisante au retour au travail. Puis, la troisième et dernière phase consiste à la vérification de la faisabilité du projet par des exercices ou des stages en milieu ordinaire de travail. La fin du programme est marquée par l'entrée sur le marché du travail selon l'orientation choisie ou un retour à l'ancien emploi ou un retour aux études ou une réinsertion professionnelle en milieu protégé. Il est à noter qu'au moment de l'accident, 11 patients étaient en emploi, 4 étaient chômeurs et 4 étaient étudiants. Les résultats obtenus démontrent que 7 patients ont réussi à se trouver un emploi : 2 en milieu protégé, 5 en milieu ordinaire. De ces 7 patients, 2 sont retournés à leur ancien emploi. Une auto-évaluation et une évaluation des proches selon quelques échelles mesurant la satisfaction de vie confirment l'impact favorable du retour à l'emploi sur plusieurs aspects par contre, le lien de cause à effet entre travail et amélioration de la qualité de vie est difficile à déterminer. Les différences observées quant retour au travail sont-elle la cause d'une meilleure satisfaction ou leur conséquence? Selon le cas, si elles en sont la cause, cela voudrait dire qu'elles sont plutôt les facteurs favorisant un retour à l'emploi. Les auteurs suggèrent des études ultérieures avec un échantillon plus grand incluant des critères de jugements supplémentaires pour parvenir à répondre adéquatement à cette question.

L'étude de Quintard, Croze, Mazaux, Rouxel, Joseph, Richer *et al.* (2002) a comme objectif d'étudier la satisfaction de vie et le devenir psychosocial suite à un TC grave neuf années suivant l'accident et la participation à un programme de réadaptation et rééducation en Aquitaine (France). Le but de cette étude se veut de chercher des données précises quant aux besoins et attentes des patients et leur famille afin de mieux encadrer le développement de programmes d'aide à la réinsertion. Au total 79 patients (sur 158 ayant été hospitalisés dans une des unités en Aquitaine en 1993) font partie de l'échantillon. L'échantillon comporte 71 %

d'hommes et 29 % de femmes. L'âge moyen est de 40,5 ans et la durée moyenne du coma est de 29 jours (les extrêmes allant de 1 à 180 jours). Les données recueillies pour l'enquête sont de nature qualitative touchant principalement la satisfaction de vie et face à la prise en charge puis sur des données médicales et sociodémographiques. Elles ont été obtenues par entrevues téléphoniques et entrevues non-dirigées auprès des patients en plus de l'administration d'un questionnaire à l'entourage du blessé. En somme, l'enquête recense, 35 % des participants ont repris, une activité professionnelle par contre, seulement 18 % travaillent à temps plein en milieu ordinaire (versus milieu adapté avec ou sans supervision). Les scores d'autonomie sont relativement élevés par contre, on décèle que le vrai problème se situe davantage dans les activités complexes de la vie sociale. Malgré le fait que les patients aient démontré une satisfaction face à la vie en général, la majorité (72 %) demeure insatisfaite de son statut professionnel. Les auteurs tentent d'expliquer en reflétant la persistance de l'anosognosie (manque de conscience de soi) des années après le traumatisme, ce qui provoque peut-être l'illusion du sentiment de bien-être afin de se protéger contre la dépression. Un autre facteur pouvant influencer l'insatisfaction quant au travail était le rapport de nombreux inconvénients liés aux difficultés de communication, à la fatigabilité, les problèmes physiques et la détresse psychologique en lien. La situation professionnelle est un des facteurs évalués comme étant le plus important pour la personne et c'est aussi un des objectifs prisé par les programmes voués à la réadaptation et la réinsertion sociale. Les auteurs rapportent que les TCC graves sont un problème majeur de santé publique à cause du coût médicosocial faramineux. Les perturbations multiples sur le plan psychologique, humain ainsi que sur la qualité de vie sont trop souvent définitives. La mesure de la qualité de vie étant complexe en soi à cause de son caractère très subjectif et multidimensionnel, allant de la capacité à se fixer des buts en lien avec son rôle social et les réaliser à un sentiment de bien-être physique, moral et social. En conclusion, les auteurs mentionnent l'importance de mettre en priorité les facteurs tels que les loisirs, l'activité professionnelle et le statut social dans les programmes d'aide à l'insertion. L'amélioration de la qualité de vie des personnes aidantes (la famille proche) devrait

aussi être une priorité à cause des inconvénients majeurs et souvent durables sur l'équilibre matériel et moral.

Le Gall, Lamothe, Mazaux, Muller, Debelleix, Richer, *et al.* (2007) ont voulu décrire le devenir et la satisfaction de vie de patients avec traumatisme crânien suivant la participation à la mesure d'aide offerte par le réseau UEROS en Aquitaine (France) mise en place pour faciliter la réadaptation cognitive, l'autonomie sociale et le retour au travail. Cette étude représente la première recherche avec résultats descriptifs à long terme d'un programme pour des sujets dont la réinsertion professionnelle faisait échec depuis une longue période. L'échantillon est constitué de 75 adultes dont l'âge moyen se situe à 28,5 ans et dont 85 % sont victimes d'un traumatisme crânien avec séquelles modérées ou sévères (des admissions initiales, 10 patients ne sont pas inclus dans cette étude, car ils présentaient une pathologie significativement moins sévère). Le portrait de l'échantillon se résume comme suit : jeune homme dans la trentaine célibataire, inactif au moment de l'admission au programme, mais ancien employé, ouvrier ou scolarisé avec un niveau d'études faible. En moyenne, les résultats démontrent qu'au départ, à 49 mois de la lésion, 33 % des patients sont entièrement autonome sur le plan physique et cognitif. Par contre, aucun d'eux ne travaille. Cinq années après la participation au programme (entre 1997 à 1999), 50 % sont autonomes, 4 % sont en formation, 10.6 % travaillent à temps plein, 26,7 % travaillent dans des conditions aménagées et un certain pourcentage occupe une activité bénévole. Il est à souligner ici que Le Gall *et al.* (2007) font la distinction entre activité rémunérée et non génératrice d'un salaire. Le bénévolat et les activités occupationnelles sont également à considérer, car elles font aussi partie du concept de productivité. Par contre, tous les traumatisés crâniens n'accordent pas la même valeur à ce type d'activité. Pour certains, seule une activité avec salaire est perçue comme une réinsertion réussie par le travail tandis que pour d'autres, la reconnaissance sociale et la productivité sont gage de réussite. Les auteurs concluent que le devenir professionnel à cinq ans est corrélé significativement au parcours UEROS. Par contre, les patients semblent demeurés insatisfaits de leurs

conditions de vie. Or, il est établi que le réseau UEROS permet d'améliorer l'autonomie et le passage de l'inactivité à l'activité à près de 50 % des participants. Les auteurs rapportent que le traumatisme crânien est la première cause de handicap résiduel. Au-delà de la récupération satisfaisante des déficiences physiques et motrices, les patients présentent souvent des difficultés de réinsertion socioprofessionnelle. On mentionne que l'activité professionnelle est un des principaux facteurs de la réinsertion, car elle procure une indépendance financière, augmente l'estime de soi, marque une intégration sociale, joue un rôle sur l'amélioration de l'état fonctionnel et la qualité de vie des patients. « La reprise du travail est donc souvent vécue comme la concrétisation du retour à la norme psychosociale, l'achèvement de la reconstruction post-traumatique, et fait l'objet d'une demande importante de la part des patients. » (Le Gall *et al.* p 6). Notons également que les auteurs décrivent les équipes pluridisciplinaires comme étant constituées de médecins de réadaptation, d'ergothérapeutes, de neuropsychologues, de conseillers du travail et d'assistantes sociales. Les auteurs terminent en identifiant certains biais et limites méthodologiques en lien avec l'absence de groupe témoin. Ils qualifient d'attitude éthiquement critiquable le fait d'étudier un échantillon ou aucune mesure d'aide ou de support n'aurait été offerte à un groupe de TC présentant un contexte de détresse psychologique et sociale. L'étude n'inclut pas d'évaluation selon les proches ce qui a un impact considérable sur la conscience de la satisfaction de vie et des difficultés vécues réellement par le patient (en référence à l'anosognosie). Finalement, l'étude ne tient pas compte des changements (dépression, conflits familiaux, modifications des conditions de vie et la motivation à vouloir retravailler) qui aurait pu avoir lieu dans le laps de temps écoulé (5 ans) pouvant ainsi modifier la contribution du programme. Par ailleurs, plusieurs conclusions sont à noter. D'abord, rien ne prouve que les sujets n'aient pas pu évoluer de façon similaire. Il est toutefois bien établi dans la littérature qu'au-delà de trois ans après le traumatisme, le retour au travail volontaire sans la participation à un programme de soutien à la réinsertion professionnelle demeure très faible. Finalement, les auteurs recensent d'autres programmes offrant des résultats encore plus efficaces en Amérique du Nord comme

le soutien en emploi (*supported employment*) qui consiste à offrir de l'entraînement en emploi ou du soutien et conseil par un collègue (*job coach*). Le taux de succès atteindrait dans ce cas 71 % pour des traumatismes sévères et 84 % pour TCC modérés ayant entre autres, une ou des atteintes des FE résiduelle (s). Les programmes holistiques (nous y reviendrons) atteindraient quant à eux, 83 % de réussite. Il est à noter que l'UEROS est proposé pour la clientèle faisant l'objet d'échecs récurrents de tentatives de reprises de travail (d'où les scores plus bas). L'UEROS permet d'établir les séquelles résiduelles et la nécessité de les accepter. D'où l'importance de clarifier les objectifs de la clientèle dès le début du processus.

L'étude de Crépeau, Scherzer, Belleville et Desmarais (1997) adresse le problème de la performance des personnes atteintes d'un TC en contexte réel de travail (*real-life work situation*).⁴ Quatre critères ont été étudiés : la capacité d'analyse, la capacité à formuler des solutions, la planification et le *monitoring*⁵. Les auteurs soulignent qu'une des conséquences majeures du TC est la situation de chômage, et ce, même plusieurs années après le traumatisme.⁶ Les déficits exécutifs entravent le processus d'un retour au travail. Les auteurs insistent sur l'importance de bien comprendre l'impact d'un désordre exécutif dans une optique de travail et d'accomplissement de tâches. Par ailleurs, les difficultés rencontrées lors d'un retour au travail ne peuvent être expliquées par un déficit cognitif au sens général. Les auteurs mentionnent le mauvais arrimage (*matching*) entre les incapacités résiduelles et les demandes quant à la tâche au travail (*work demands*) semblent aussi être

⁴ Dans une méta-analyse antérieure, Crépeau et Scherzer (1993), ont trouvé une forte corrélation entre atteinte des fonctions exécutives et le statut de travailleur (*work status*).

⁵ *Monitoring* réfère à la capacité de modifier son comportement durant l'exécution de tâche ou faire des approximations successives (traduction libre). (Crépeau, Scherzer, Belleville et Desmarais, 1997 p.154).

⁶ Crépeau et Scherzer (1993) recensent une trentaine de prédicteurs et d'indicateurs qui influencent la reprise du travail des traumatisés crâniens. Les plus importants chez les TC graves semblent être l'âge, le sexe, la situation professionnelle au moment de l'accident (type de travail et niveau de qualification), la gravité du traumatisme (durée du coma, lésions cérébrales et associées), les séquelles physiques, les séquelles cognitives dont les troubles de la mémoire et des fonctions exécutives, l'état affectif, les troubles du comportement avec perte de l'autocritique. On souligne que la réinsertion professionnelle des TC graves semble être un phénomène complexe et multifactoriel, difficilement prévisible et très variable d'un individu à un autre.

imputables de l'échec à la remise en emploi. Au total 7 personnes TC participants à un programme de réintégration communautaire (*community re-integration programme*) sont jumelées à 7 personnes « normales » du groupe contrôle. Les personnes TC ont été sélectionnées en s'inspirant des mêmes critères retrouvés dans les groupes d'aide en employabilité ex : tous les candidats étaient considérés comme ayant un potentiel d'employabilité, être capable de collaborer avec des collègues et être raisonnablement productif. Le groupe contrôle quant à lui, se présentait comme ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques que les TC (âge, sexe, niveau de scolarité) et devait témoigner de l'estimation d'une performance normale pour la tâche demandée. Les participants doivent exécuter une tâche complexe de photocopie. Les résultats montrent que les difficultés ou erreurs dans l'accomplissement de la tâche complexe ne peuvent relever de limitations des fonctions cognitives générales telles que la motricité, les émotions, le langage, etc., mais plutôt de l'ordre des fonctions exécutives. Les auteurs soulignent également l'importance d'utiliser et de comprendre non pas des scores globaux, mais des résultats permettant de mettre en relief la ou les difficultés spécifiques de l'atteinte des FE en jeu dans la réalisation d'une tâche ex : est-ce davantage la planification ou la recherche de solution qui résulte de conséquences résiduelles?

L'étude de Chevignard, Taillefer, Picq et Pradat-Diehl (2008) rapporte un cas unique soit, celui d'un patient âgé de 32 ans, anciennement technicien. Suite à une demande en consultation par ses proches 18 mois après l'accident, les observations se résument comme suit : troubles majeurs et persistants de l'adaptation comportementale avec anosognosie majeure et manque total d'initiative. Il n'avait pas de trouble moteur. Les tests neuropsychologiques démontraient un syndrome dysexécutif et des troubles mnésiques massifs. Le patient avait des difficultés majeures d'adaptation et de gestion de situations complexes. En somme, il était incapable de multitâches, d'élaborer des stratégies et de faire des choix, même l'utilisation d'un agenda représente une difficulté. L'expérimentation pour une tâche de cuisine de Chevignard *et al.* se veut être une illustration de la pertinence de

l'évaluation écologique versus les tests classiques neuropsychologique papier-crayon ayant des lacunes certaines sur le plan de prédire le fonctionnement de la personne hors de la situation de test donc, en situation réelle de vie (ou d'exécution de tâche). Les auteurs soulignent la contribution des évaluations écologiques apportant plus de détails descriptifs sur les difficultés rencontrées lors de syndrome dysexécutif qui sont très fréquent après le TCC. La clientèle ayant un TCC avec atteinte des FE, démontre des limitations d'activité sévères à travers des actes complexes de la vie quotidienne. Voici quelques résultats: absence de prise en compte du contexte ou d'adhérence à l'environnement ex : ne pas utiliser les ustensiles mis à sa disposition ou s'installer sur le classeur à recette pour faire le gâteau ou ne pas consulter la recette. Un autre exemple est l'anosognosie démontrée lorsque le patient a justifié toutes ses erreurs. Il croyait avoir réussi la tâche attendue alors qu'il était en échec. La durée de réalisation de la tâche en dépassement est un autre exemple d'anosognosie. Finalement, la difficulté à planifier l'action et de se référer au plan préétabli. En somme, cette étude a permis de mettre en lumière la présence du handicap invisible résultant sept ans après l'accident du TCC sévère. Les tests classiques neuropsychologiques ainsi que la rencontre de suivi avec le médecin n'avaient pu identifier d'indices de séquelles persistantes pouvant trahir une difficulté à la réinsertion professionnelle, son bilan étant près de la normale. Le fait d'être capable de conversation simple et d'avoir élaboré des mécanismes de compensation par l'apprentissage de routines d'actions ex : faire de vieilles recettes simples plutôt qu'apprendre une nouvelle recette plus complexe. Démontre bien une forme de rigidité mentale caractéristique d'une atteinte des FE. Le patient se vouait même à une activité bénévole simple. Finalement, par son contexte d'activité ouverte en multitâche, l'évaluation écologique permet de différencier les incapacités (handicaps) des limitations d'activités (classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) afin de mieux enligner la rééducation et la réadaptation nécessaire. Les auteurs maintiennent que malgré certaines difficultés à cerner l'interprétation des erreurs dans l'exécution de la tâche de cuisine, les conclusions de plusieurs études ont maintes fois mis en lien l'évaluation écologique et les erreurs relevant d'une atteinte

des fonctions exécutives. Ce qui est important de comprendre est qu'à défaut d'avoir bien statué les capacités du patient au retour à une activité de production (travail), les évaluations écologiques mettent davantage l'accent sur les difficultés en contexte réel de tâche quant aux atteintes des FE.

La recherche de Rosenthal, Christensen et Ross (1998) présente une revue de littérature faisant état de l'incidence de la dépression suivant un traumatisme crânien. Selon les auteurs, la réhabilitation des TC fait l'objet des programmes et mesures depuis que les chercheurs se sont penchés sur les conséquences sur la vie quotidienne de cette clientèle. Rosenthal, Christensen et Ross mentionnent que la dépression chez les TC représente une barrière importante d'une réadaptation optimale dont l'objectif principal est le succès lié à une réinsertion sociale et professionnelle. Les études recensées portent à conclure que la dépression se manifeste dans la plupart des cas de TC. La dépression est une conséquence fréquente et demeure une barrière considérable à l'atteinte d'objectif de réalisation de soi (fonctionnement optimal) et ce, peu importe la phase de rémission après le trauma. Finalement, ils soulèvent l'importance de bien évaluer et /ou diagnostiquer la présence de dépression.

L'objectif de la recherche de 1997 de Mazaux, Masson, Levin et Alaoui était de faire le bilan des séquelles neuropsychologiques 5 ans après le trauma. Au total, 79 patients ayant été suivis dans l'UEROS en Aquitaine ont été sélectionnés pour l'étude. Les résultats montrent que la fragilité mentale avec humeur dépressive, les problèmes de mémoire et le trouble des fonctions exécutives est le plus souvent retrouvée chez le TC graves. Pour ce qui est des TC modérés, le portrait semble se rapprocher de celui des TC légers à savoir, problèmes d'anxiété et d'humeur dépressive, labilité émotionnelle donc, davantage concentrés sur l'aspect affectif et émotif.

Quant à elle, l'étude de 2004 de Alaoui, Mazaux, Masson, Vecsey, Destailats, Maurette, Vanier, Levin, Joseph, Barat, a pour objectif de faire le bilan des activités dites sociales toujours en défaillance même 5 ans après le trauma la

moyenne d'âge se situe à 31 ans dont 72 % (de l'échantillon) d'hommes et la plupart n'avaient pas dépassé la formation scolaire primaire ou secondaire. La proportion de TC léger était en grande partie des femmes (55 % de l'échantillon) et 5 patients souffraient d'un traumatisme grave. Les résultats démontrent que 16 patients manifestaient des difficultés de l'ordre des habilités sociales. Les auteurs décrivent que les activités les plus affectées sont les tâches administratives telles que de la gestion financière, écrire des lettres, faire des calculs, conduire un véhicule ou utiliser les transports en communs, planifier l'agenda de la semaine. La perte d'autonomie était surtout observée chez les TC sévères. S'ajoutent aux types d'activités mentionnées les inconvénients liés à la fatigue mentale, le ralentissement d'exécution (atteinte des FE), les problèmes de mémoire et le fait d'être sans emploi. Les résultats indiquent également le lien indéniable entre l'échec au retour en emploi et les difficultés accrues rencontrées pour les activités sociales en lien avec la sévérité des lésions (trauma).

La recherche descriptive de Hamonet-Torny, Fayol, Faure, Carrière et Dumond (2013) met l'accent sur le programme UEROS en Aquitaine fondé en 1996. Précisément (ce qui nous intéresse), est l'expérience dans une de ces unités (30 au total), celle de Limoges qui utilise la réhabilitation holistique. Spécifiquement, la méthode holistique convoitée se centre sur la psychoéducation et une approche de la réinsertion professionnelle.⁷ Les auteurs soulignent que les UEROS sont des dispositifs fondamentaux pour la réinsertion socioprofessionnelle des patients cérébrolésés.

⁷ Mazaux, North, Bilz, Muller, Belio et Joseph 2006, décrivent amplement les diverses écoles appliquant la méthode holistique. En somme, l'approche consiste en la restauration de la conscience de soi, l'identité et l'acceptation de nos limites. Le modèle américain, est illustré par une sorte de pyramide ou d'entonnoir ayant à son sommet l'identité puis, l'acceptance, la maîtrise des processus de compensation, la malléabilité, prise de conscience et engagement (Nous faisons ici un parallèle avec l'approche E-C-A en orientation. Voir la discussion).

En somme, toutes les études consultées rapportent unanimement que suite à un traumatisme crânien qu'il soit léger, modéré ou sévère, il y a bien présence de trouble exécutif. Rappelons que les FE sont des fonctions cognitives de haut niveau entrant en action dans les situations complexes où la personne se doit de planifier, d'anticiper et prévoir une tâche et ses retombées à plus ou moins long terme. Il s'agit d'être en mesure de résoudre des problèmes, d'être en position de multitâches, d'organiser ses actions vers un but tout en considérant les alternatives possibles lors de nouvelles tâches ou tâches complexes (voir le modèle de Shallice en annexe).

QUATRIÈME CHAPITRE DISCUSSION

4. OBJECTIFS

Ce chapitre a pour objectif d'arrimer les résultats rapportés dans la section précédente et d'alimenter le lien et la réflexion à faire avec la pratique de conseiller conseillère d'orientation. Dans un premier temps, un rappel des principaux éléments qualitatifs et quantitatifs des conséquences d'une atteinte des FE chez le client TC sera fait. Dans un deuxième temps, seront traités les éléments transférables au champ d'expertise des c.o., tels que les considérations sur le plan clinique, le rôle des c.o., les recommandations pour des recherches futures. Finalement, les limites de cette recension des écrits.

4.1 Les exposants : État de la situation

Le constat d'un rapport invalidant entre la reprise du travail et l'atteinte des fonctions exécutives n'est pas un lien simple à faire. À la lumière des résultats rapportés, nous pouvons avancer que suite à un traumatisme crânien, qu'il soit léger, modéré ou sévère, la présence d'un syndrome exécutif est plus que probable. C'est ce que nous révèle l'ensemble des publications consultées. En outre, l'observation des difficultés résiduelles repose sur plusieurs critères, dont le type d'évaluations, la gravité du traumatisme, les antécédents et les ressources internes et externes du traumatisé, la rééducation en milieu spécialisé ne sont que quelques exemples. Les prochaines sections visent à mettre en lumière les éléments essentiels à prendre en compte.

4.1.1 Observations différentielles selon les incapacités ou déficiences

Une distinction importante à faire repose sur la notion d'incapacité (ou handicap) versus déficience (ou limitation). En fait, plusieurs études ont rapporté que comparativement aux incapacités, les déficiences démontrent un caractère plus permanent et plus lourd quant aux séquelles liées au FE. Il est à considérer pour une réinsertion dans la vie active voire, productive, de mettre en place des dispositifs nécessaires à l'atteinte de cet objectif. Des nuances au niveau de l'importance des séquelles sont également à apporter lorsque l'on considère certains éléments prédictifs du succès ou d'échec de la reprise du travail. Crépeau et Scherzer (1993) recensent une trentaine de facteurs qui influencent la reprise du travail des traumatisés crâniens. Les plus importants chez les TC graves avec atteinte des FE semblent être l'âge, le sexe, la situation professionnelle au moment de l'accident (type de travail et niveau de qualification), la gravité du traumatisme (durée du coma, lésions cérébrales et associées), les séquelles physiques, les séquelles cognitives dont les troubles de la mémoire et des fonctions exécutives, l'état affectif, les troubles du comportement avec perte de l'autocritique. On souligne que la réinsertion professionnelle des TC graves avec atteinte des FE semble être un phénomène complexe et multifactoriel, difficilement prévisible et très variable d'un individu à un autre.

4.1.2 Les fonctions exécutives et la comorbidité

Une des limitations paralysantes des conséquences d'un traumatisme crânien dont l'occurrence est plus que monnaie courante est la présence de comorbidité. Plusieurs études ont relaté la dépression comme éléments majeurs et très présents suite au trauma. L'atteinte des FE se trouvant à être doublement affectée. Avec la prévalence certaine de la dépression, il est quasi impossible de ne pas traiter la clientèle TC comme ayant des problèmes à la fois de santé mentale. Les travaux de Villeneuve, Corbière, Mercier et Lesage (2007) sur l'intégration et le maintien en

emploi des personnes aux prises avec des problèmes de santé soulignent l'aspect peu marginal de cet état de fait, de ne jours. Un problème de santé mentale devient une difficulté lorsqu'il y a entrave à la poursuite des activités quotidiennes de la vie se répercutant dans la satisfaction et la qualité de vie. Un tableau qui rejoint la clientèle TC.

4.1.3 Répercussion sur le développement de carrière

L'équation entre un sentiment d'efficacité personnelle élevé vient d'une estime de soi et d'une motivation tous aussi élevées. Ces concepts sont fondamentaux en orientation et bien véhiculés dans les programmes d'aide en employabilité afin d'assurer la réussite d'une démarche (Reavley et Ghanam, 2013). Cependant, lorsque les ingrédients résiduels n'ont rien à voir avec la problématique, il faut savoir se tourner vers d'autres méthodes ou connaissances pour faire avancer le client. Tant dans les milieux de travail qu'en société, les mentalités sont lentes à transgresser de vieilles conceptions enfermant le rôle des c.o. à de simples administrateurs de tests psychométriques, voire même, à celui d'agent administratif, plutôt qu'à des intervenants qualifiés à plusieurs niveaux (Vivier, 2014). La modification du Code des professions du Québec par le projet de loi-21, qui réserve dorénavant certaines activités professionnelles aux c.o., ne semble pas encore avoir changé de manière importante les mœurs à l'intérieur de la profession. Seuls les c.o. peuvent évaluer et intervenir en orientation auprès d'une clientèle ayant un diagnostic de trouble neurologique ou de santé mentale. Pourtant, seulement 2 % des c.o. exercent en réadaptation. Peut-on supposer que la raison est liée au manque d'intérêt des c.o. pour ce secteur d'activité? Ou à la lenteur des changements idéologiques sur la conception du rôle des c.o. en santé mentale ou en santé neurologique. Rappelons qu'une des conclusions rapportée par Dutil en 1998 (et qui demeure encore actuelle dans les études consultées) concerne la lacune des équipes multidisciplinaires dans le réseau à avoir des conseillers en main d'œuvre (c.o.) ayant également reçu une formation spécifique au secteur de la réadaptation au Québec.

C'est aux c.o. de faire valoir leur champ d'expertise auprès des clientèles vulnérables et de la population afin de changer la conception du rôle d'expert en évaluation, de l'identité, de la prise de décision, et l'adaptation aux changements, tous des éléments en lien avec le fait de recevoir une clientèle avec atteinte (certaine ou possible) des FE. Les résultats présentés par Pradat-Diehl *et al.* (2006) rapportent que la rééducation analytique des fonctions déficitaires ne peut pas à elle seule résumer la prise en charge complexe des patients souffrant de troubles des FE. Ces auteurs avancent qu'une prise en charge « holistique », encadrée par des modèles théoriques des FE, permet un accompagnement du patient dans les phases de rééducation, de réadaptation et de réinsertion sociale. (Pradat-Diehl *et al.*, 2006 p.V-VI).

Par ailleurs, la santé psychologique au travail n'a jamais été un sujet aussi important des dernières années. La question d'un retour au travail après un congé de maladie est largement abordée par St-Arnaud (2015). L'auteur souligne le besoin de bien évaluer la situation, les besoins (tant de l'employé que de l'employeur) et d'assurer un suivi assurant la réussite et le maintien en emploi (St-Arnaud, 2015; St-Arnaud et Pelletier, 2013). En outre, la rééducation des FE peut demander un suivi assuré par une équipe de soignants directement concernés par le diagnostic et la revalidation neurologique ex : neurologues, neuropsychologues. Par contre, les conseillers et conseillères d'orientation peuvent à la mesure du mandat et de la réserve de l'acte qui leurs est donné, contribuer à la réadaptation de la personne atteinte. Voici quelques exemples de recherches et préoccupations actuelles dans le milieu des sciences de l'orientation pouvant répondre à cette question. Dans la recherche portant sur la clientèle éloignée du marché du travail, plusieurs chercheurs et spécialistes rencontrés ont insisté sur le fait que les milieux de travail ont également une responsabilité majeure à cet égard. Une intégration professionnelle réussie n'est en effet possible que si la personne connaît des conditions favorables (Gouvernement du Québec, 2008).

Certains spécialistes considèrent que de plus grands efforts devraient en outre être faits par les organismes publics et communautaires pour

assurer l'accompagnement des personnes qui essaient de s'intégrer dans un nouveau milieu de travail. Ils pensent que des stratégies concertées d'accompagnement impliquant les organismes publics, les organismes communautaires voués au développement de l'employabilité et les entreprises devraient être mises en œuvre, afin de favoriser une intégration durable pour le plus grand nombre. Les personnes qui ont des difficultés particulières à se maintenir en emploi pourraient bénéficier d'une aide adaptée grâce à l'implication d'autres organismes du milieu, afin d'avoir accès rapidement aux ressources nécessaires. (Gouvernement du Québec, 2008, p.28)

4.2 Les tenants : champ d'expertise en orientation

En fonction des compétences relatives au champ de pratique des c.o., l'Ordre des conseillers conseillères d'orientation précise les rôles d'évaluation, d'intervenir directement ou d'agir en tant qu'expert-conseil auprès de tierces personnes et finalement de référer l'individu vers des services appropriés selon la situation et le besoin ressenti. Or, ces compétences sont mises en pratique qu'il s'agisse ou non d'un contexte de réadaptation. Considérant qu'une atteinte des FE peut échapper à l'examen de suivi médical (Chevignard *et al.*, 2008), il devient d'autant plus légitime que les c.o. développent et mettent en pratique ce qui revient à leur champ d'expertise dans le contexte d'une consultation en réinsertion socioprofessionnelle.

Il est aussi important à souligner que selon Savard (2009), ce qui constitue les prémisses d'un processus d'orientation sont l'exercice en trois phases de l'exploration, la compréhension des enjeux de réinsertion en cause pour finalement pouvoir passer à l'action (repandre une activité professionnelle). L'évaluation clinique rigoureuse n'échappe pas à cette équation.

La clientèle présentant une atteinte des FE passe par les mêmes rouages que n'importe quel individu nécessitant le recours à des services professionnels en développement de carrière. Le fait de pouvoir passer à côté d'un diagnostic menant à l'accès vers des services spécialisés (selon le cas et la gravité de l'atteinte des FE), requiert plus que tout que le c.o. agisse en conformité à son champ de pratique, dans

l'évaluation concise de la situation. Par ailleurs, sans enfermer les besoins des personnes avec atteinte des FE dans un contexte strictement de réadaptation (et considérant que seulement 2 % des c.o. y pratiquent), de recourir à un processus d'orientation c'est aussi travailler l'identité de la personne, d'augmenter la capacité à prendre des décisions, à passer à l'action dans une réinsertion professionnelle et de s'y maintenir.

4.2.1 Le c.o. et les secteurs de pratique

S'il appert une nécessité de bien connaître la nature des diagnostics et les tenants et aboutissants de la réadaptation (pour les c.o. dans ce secteur de pratique) en ce qui a trait à la clientèle avec atteinte des FE, il est peut-être moins automatique de s'attendre à ce qu'un c.o. pratiquant en employabilité ou en pratique privée (également dans le secteur organisationnel), se dote de connaissances ne serait-ce que large sur les notions de santé mentale et va sans dire des atteintes neurologiques (tout aussi répandues). En ce sens que même dans le cadre de la formation universitaire, et ce, d'autant plus depuis l'amendement de la loi-21, des notions telles qu'abordée en santé mentale ou en psychopathologie vont davantage couvrir les troubles de personnalité, de l'humeur ou le retard mental (Savard, 2009). Par contre, qu'en est-il des atteintes neuropsychologiques? Force majeure est de constater à l'instar de ce qui vient d'être présenté, qu'une dysfonction exécutive survient chez la population des traumatisés crâniens dans la plupart des cas avec un impact important sur la capacité à réintégrer un travail productif. Considérons maintenant que ce type d'atteinte se déclare tel que décrit ultérieurement, dans d'autres maladies ou incidents ex : dépression, TDA, syndrome d'asperger, etc. voire même à des atteintes plus modestes lors de moments difficiles de la vie courante affectant le sujet à la disposition à s'organiser, faire face au changement, prendre des décisions, planifier une action, résoudre des problèmes... Selon l'avis de l'auteure basé sur sa pratique en employabilité, nous savons que c'est une portion des individus qui se retrouvent dans des services spécialisés en réadaptation et que beaucoup de clients se retrouvent dans

des groupes en préemployabilité. Puisque l'atteinte des fonctions exécutives revêt des conséquences directes sur la réinsertion socioprofessionnelle, l'orientation voire, le développement de carrière de l'individu, les c.o. se doivent de bien connaître les particularités et les suites afin de mieux intervenir, mieux évaluer les ressources internes et externes et ce, peu importe le secteur de pratique.

Certains troubles sont des obstacles qu'il faut savoir repérer pour ne pas mettre en échec les sujets et d'autre part, certaines difficultés doivent être bien évaluées pour orienter au mieux, ceux-ci. Les FE retentissent de façon significative sur les possibilités de reprise professionnelle et d'adaptation sociale et de loisirs.

L'évaluation des FE apporte des indices importants quant à la capacité de réinsertion socioprofessionnelle des individus mais aussi, permet de bien cerner la disposition à se mobiliser dans diverses exigences que demande la participation à des groupes de pré-employabilité (Tcherniack, 2007).

4.2.2 *Recommandations et recherches futures*

S'il est difficile, voire même impossible, d'isoler l'observation d'une atteinte des FE sans considérer l'ensemble (la nature complète) du mal initial, un manque évident d'observation clinique et de dépistage serait bénéfique à combler dans notre champ de pratique professionnelle propre à l'orientation. Trop de questions manquent à être élucidées afin de pouvoir de un, bien documenter la problématique et de deux, d'en retirer une bonification concrète de la pratique.

Une autre considération serait de prendre des modèles d'intervention déjà existants par exemple le modèle IPS (*individual placement and support*) de soutien à l'emploi utilisé par l'Institut de recherche Doulgas et Louis-H. Lafontaine, avec une clientèle ayant une atteinte lourde en santé mentale (schizophrénie) et de s'inspirer des bases pour en faire une adaptation pour la clientèle avec atteintes modérées à sévères des FE. Ce qui nous mène à suggérer la modification de programmes

gouvernementaux tels que PAAS-Action : programme d'aide et d'accompagnement social pour clientèle avec atteinte neurologique traduit au champ d'expertise en orientation. L'orientation étant absente de la littérature avec cette clientèle, il est difficile de connaître ce qui se fait ou non.

Dans une portée plus large, d'ajouter plus de recherches sur l'impact lié aux problèmes neurologiques serait bénéfique à la pratique. L'auteure considère difficile de classer les atteintes neurologiques. Est-ce un problème physique (handicap) ou santé mentale? Il n'y a pas de catégorie de considération neurologique en orientation. Selon l'auteure, les atteintes neurologiques seraient un troisième axe de considération. Elles devraient être présentées dans les cours de psychopathologie, de counseling et de psychométrie.

Les conseillers et les conseillères d'orientation ont la responsabilité d'évaluer la qualité de leurs interventions en développant une pratique réflexive, en analysant leurs besoins de formation continue et en élaborant un plan de développement professionnel. L'OCCOQ a revu sa politique de formation et offre à ses membres de la formation continue pour favoriser la mise à jour et le développement de nouvelles compétences notamment pour bien répondre aux exigences de la loi 21.

4.3.Les sortants : les limites de la recherche

Étant donné l'absence du sujet des FE en orientation et dans le domaine du développement de carrière, il est manifestement beaucoup moins évident de faire des liens directs avec le champ de pratique. Il serait intéressant d'avoir des données statistiques sur l'étendue réelle d'une atteinte des FE. Il serait également intéressant de regrouper les FE en fonction de leurs causes étiologiques et de voir s'il y a des différences sur le plan de la réinsertion professionnelle. Enfin, il serait pertinent d'étudier certaines approches en lien avec la réadaptation des FE voire même, des

descriptions pouvant mieux répondre aux préoccupations relatives à notre champ de pratique.

L'auteure de cet essai suggère l'étude et le dépistage de la clientèle ayant « potentiellement » une atteinte des FE dans les groupes d'aide à l'emploi (employabilité) des organismes spécialisés à recevoir une clientèle diagnostiquée et ceux recevant de la clientèle régulière. L'évaluation des besoins mettant en lumière des antécédents d'accidents ou des épisodes (et/ou diagnostic) de santé mentale, TDAH, etc., en fait, n'importe quel indice indiquant une problématique en lien avec une possible atteinte des FE. Puis, une fois décelée, faire passer un test comme le Brief-A⁸ à la clientèle afin d'identifier les types de fonctions atteintes pour répertorier les difficultés encourues lors de certaines étapes du processus d'orientation. L'objectif serait de créer une approche spécialisée pour la clientèle ayant une atteinte des FE.

Partant des données recueillies, les c.o. pourraient ainsi se pencher sur la réadaptation des FE spécifiquement en peaufinant une démarche en lien avec leur champ de pratique. Par ailleurs, les c.o. en tant qu'experts-conseil peuvent agir comme agents de liaison dans les situations où la référence vers des services spécialisés deviennent nécessaire en fonction du degré de difficulté vécu par le client. Une référence bien documentée est la pierre angulaire d'un service plus rapide et approprié.

⁸ L'auteure est d'avis que l'on devrait ajouter l'utilisation d'un test psychométrique tel que le Brief pour fin d'évaluation et de dépistage et non de diagnostic. La complexité liée à la passation et l'interprétation du test demeure d'égale degré de difficulté au CPI et moindre que le WAIS ou la BGTA. Également, un dossier bien documenté avec observations cliniques et incluant certains rapport de test est très apprécié dans les situations de référence vers des services spécialisés. Cela permet d'accélérer l'attente et d'avoir le même langage clinique.

CONCLUSION

À première vue, il serait un automatisme de croire que les questions de santé relève quasi exclusivement du secteur de l'orientation opérant davantage en réadaptation. Cette ligne de pensée est erronée, car tant le c.o. scolaire que le c.o. organisationnel ou en pratique privée peut et sera interpellé la plupart du temps à une clientèle ayant eu affaire avec des problèmes de santé mentale ou physique et même neurologique. Il est important pour le c.o. de voir à l'importance d'avoir de bonnes connaissances cliniques et théoriques sur des maux dont la fréquence d'apparition dans la société est plus importante qu'il ne peut le penser de prime abord.

En lien spécifique au sujet de cet essai, ce qu'il faut surtout retenir est l'aspect décentralisé du syndrome dysexécutif i.e. qu'une affection relevant d'autres régions corticales et sous-corticales nonobstant au lobe frontal peuvent entrer en cause. Ce qui oblige l'élargissement des considérations quant aux problématiques liées à l'atteinte des FE et par extension, l'étendue des possibilités de la population pouvant en être atteinte (diagnostiquée ou pas). Bien que le sujet de l'atteinte des FE soit bien documenté dans la sphère scientifique neuropsychologique (ou neurologique) plus particulièrement, la relation entre l'atteinte des fonctions exécutives et l'orientation est inexistante dans la littérature. Le but de cet essai est de présenter cette problématique en profondeur dans le contexte du domaine de l'orientation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alaoui, P., Mazaux, J.-M., Masson, F., Vecsey, J., Destailats, J.M., Maurette, et al. (2004). Devenir neuropsychologique à long terme des traumatisés crâniens. Évaluation à 5 ans des troubles neuropsychologiques et comportementaux par l'échelle neurocomportementale révisée (à propos de 79 cas). *Annales de Réadaptation Médecine Physique*, 41, 171-181.
- Allain, P. et Le Gall, D. (2008). Approche théorique des fonctions exécutives. In O, Godefroy (dir.) et le GREFEX, *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques: Évaluation en pratique clinique* (p. 9-42). Marseille: Solal.
- Assemblée nationale. (2009). *Projet de loi no 21. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>>.
- Attwood, T. (2010). *Le syndrome d'Asperger : Guide complet* (Trad. par J. Schovanec), Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Borgen, W.A., Maglio, A.-S. (2007). Putting action back into action planning : experiences of career clients. *Journal of Employment Counseling*. 44, 173-184.
- Burwell, R., Kalbfleisch, S., Arbor, A., Woodside, J. (2010). A Model for the education of career practioners in Canada. *Canadian Journal of Career Development*, 9(1), 44-52.
- Campanella, S., Streel, E. (dir.) (2008). *Psychopathologie et neurosciences questions actuelles de neuroscience cognitives et affectives*. Bruxelles : Éditions De Boec.
- CERIC (2013). *Les professionnels du développement de carrière et l'emploi des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale*. Documente téléaccessible à l'adresse <<http://www.ceric.ca/?q=fr/node/615>>.
- Chevalier, N. (2010). Les fonctions exécutives chez l'enfant : concepts et développement. *Psychologie Canadienne*, 51(3), 149-163.

- Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C. et Pradat-Diehl, P. (2008). Ecological assessment of executive functions in a patient with acquired brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(2), 74-83.
- Crépeau, F., Scherzer, B.P. (1993). Predictors and indicators of work status after traumatic brain injury: A meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3(1), 5-35.
- Crépeau, F., Scherzer, B.P., Belleville, S., Desmarais, G. (1997). A qualitative analysis of central executive disorders in real-life work situation. *Neurological Rehabilitation*, 7(2), 147-165.
- Damasio, A.R. (1995). *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob.
- Degiorgio C., Fery P., Polus B. et Watelet A. (s.d.). *Comprendre les fonctions exécutives*. Bruxelles : Brochure du Centre de Réadaptation Fonctionnelle Neurologique C.R.F.N.
- Dehail, P., Rouleaud, S., Debelleix, X., Destailats, H., Petit, L., Le Chapelain, L. (1996). Reprise du travail et qualité de vie des traumatisés crâniens graves: L'expérience d'une section d'observation et d'aide à l'insertion professionnelle. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 41, 133-138.
- Deslandre, E., Lefebvre, G., Girard, C., Lemarchand, M., Mimouni, A. (2004). Évaluation neuropsychologique. *Les fonctions exécutives*, 4(19), 8-10.
- Dutil, E. (1998). *Programme conjoint FRSQ-SAAQ en recherche évaluative en réadaptation 1994-1998: Évaluation fonctionnelle des capacités de travail*. (s.l.) : Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Société de l'Assurance Automobile du Québec.
- Erez, A. B., Rothschild, E., Katz, N., Tuchner, M. et Hartman-Maeir, A. (2009). Executive functioning, awareness, and participation in daily life after mild traumatic brain injury: A preliminary study. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 634-640.
- Eriksson, G., Kottorp, A., Borg, J., Tham, K. (2009). Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 41(3), 187-194.
- Fasotti, L. et Spikman, J. (2004). Prise en charge des troubles exécutifs. In T. Meulemans, F. Collette et M. van der Linden (dir.) *Neuropsychologie des fonctions exécutives* (p. 155-163). Marseille: Solal.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation (1re éd. 2006).

- Gervais, L.-M. (2009). L'entrevue – Le privilège de survivre. *Le Devoir*. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/263935/l-entrevue-le-privilege-de-survivre>. (n.p.). Consulté le 22 décembre 2011.a
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., et Guy, S.C. (2001). Assessment of executive function in children with neurological impairments. In R. Simeonsson et S. Rosenthal (dir.) *Psychological and developmental assessment* (p. 317-356). New York : Guilford Press.
- Godefroy, O. (dir.) et le GREFEX. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques: Évaluation en pratique clinique*. Marseille: Solal.
- Gouvernement du Québec (2004). *La politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en oeuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992-2002*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument>>
- Gouvernement du Québec. (2005). *Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*. Québec : Comité d'experts - Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport-Sante-ment.pdf>
- Gouvernement du Québec (2008). *La mobilisation des personnes éloignées du marché du travail. Entrevue avec des spécialistes et recension d'écrits*. Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.emploiquebec.gouv.qc.ca/publications/pdf/00_etude_mobilisation_personnes_eloignees_sept08.pdf>
- Gouvernement du Québec (2010). *Le Québec mobilisé contre la pauvreté : plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*. Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN_Plan_de_lutte_2010-2015.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2010). *Regards renouvelés sur la transition entre le secondaire et le collégial*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Conseil supérieur de l'éducation du Gouvernement du Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<https://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/Avis/500471.pdf>>

- Gouvernement du Québec (2012). *Société de l'Assurance Automobile du Québec : Bilan routier*. Québec : Société d'Assurance Automobile du Québec. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/prevention/bilan_routier.php>.
- Hamonet-Torny, J., Fayol, P., Faure, P., Carrière, H., Dumond, J.-J. (2013). Traumatic Brain injury rehabilitation, the programs applied in French UERLOS units, and the specificity of the Limoges experience. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 56, 174-192.
- Holmes-Bernstein, J., et Waber, D.P. (1990). Developmental neuropsychological assessment: the systemic approach. In A. A. Boulton, G. B. Baker, et M. Hiscock (dir.) *Neuropsychology : Neuromethods*, (p. 311-371).
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2007). *Le fardeau des maladies troubles et traumatismes neurologiques au Canada*. Ottawa : ICIS, Fédération des sciences neurologiques du Canada.
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., et al. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry* 162(2), 304-10.
- Le Gall, C., Lamothe, G., Mazaux, J. -, Muller, F., Debelleix, X., Richer, E., et al. (2007). Outcome of the Aquitaine Unit for Evaluation, Training and Social and Vocational Counselling (UEROS) at 5-year follow-up in young adults with brain damage. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50(1), 5-13.
- Lechevalier, B., Eustache, F. et Viader, F. (dir.) (2008). *Traité de neuropsychologie clinique neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Lefebvre, H., Vanier, M., Swaine, B., Dutil, É., Pépin, M., Fougeryrollas, P. et al. (2004). *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme*. Montréal : Université de Montréal.
- Marcovitch, S., Jacques, S., Boseovski, J.J., et Zelazp, P.D. (2008). Self-reflection and the cognitive control of behavior: Implications for learning. *Mind, Brain, and Education*, 2, 136-141.
- Mazaux, J-M., Masson, F., Levin H. S. and Aloui, P. (1997). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 1316-1320.

- Mazaux, J.M., North, P., Bilz, L., Muller, F., Belio, C., Joseph, P.A. (2006). L'approche holistique dans la prise en charge des syndromes dysexécutifs. *Journal de Réadaptation Médicale*, 26(1), 29-33.
- Merriam, E.P., Thase, M.E., Haas, G.L., Keshavan, M.S. et Sweeney, M.S. (1999). Prefrontal cortical dysfunction in depression determined by Wisconsin Card Sorting Test performance. In, S., Campanella, E. et Streel, E. (2008). *Psychopathologie et neurosciences questions actuelles de neuroscience cognitives et affectives*. Bruxelles : Éditions De Boec.
- Meulemans, T. (2006). Les fonctions exécutives : approche théorique. In P. Pradat-Diehl, P. Azouvi, et V. Brun (dir.), *Fonctions exécutives et rééducation* (p. 1-10). Paris: Masson.
- Meulemans, T., Coyette, F., van der Linden, M. (2004). *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Marseille : Solal.
- Michaud, G., Dionne, P., Beaulieu, X. (2006). *Le bilan de compétences : regards croisés entre la théorie et la pratique*. Québec : Septembre éditeur.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., et Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex «frontal lobe » tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Moulton Sarkis, S. (2011). *Le trouble de déficit de l'attention chez l'adulte*. Québec. Broquet.
- OCDE. (2004). L'orientation professionnelle : Guide pratique pour les décideurs. Paris : OCDE. Document téléaccessible à l'adresse : <http://www.oecd.org/dataoecd/53/54/34060825.pdf>
- OCDE (2010). *Maladie, invalidité et travail. Surmonter les obstacles - Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. Édition OCDE
- Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2006). *Principaux enjeux du Rapport du comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines concernant la profession de conseiller d'orientation*. Québec.
- Ordre des Conseillers Conseillères d'Orientation du Québec (s.d.). *Le c.o. du secteur de la réadaptation*. Document téléaccessible à l'adresse <http://orientation.qc.ca/informations-pour-le-public/le-conseiller-dorientation/ses-services-par-secteurs-de-pratique>. Consulté le 2 décembre 2014.

- Pradat-Diehl, P., Azouvi, P., & Brun, V. (dir.) (2006). *Fonctions exécutives et rééducation*. Paris: Masson.
- Pradat-Diehl, P., Peskine, A. (2006). *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris : Springer.
- Pradat-Diehl, P., Peskine, A. et Chevignard M. (2006). Avant-propos : Pourquoi évaluer les troubles neuropsychologiques en vie quotidienne. In P. Pradat-Diehl et A. Peskine (dir.), *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p.1-5). Paris : Springer.
- Quintard, B., Croze, P., Mazaux, J. M., Rouxel, L., Joseph, P. A., Richer, E. *et al.* (2002). Satisfaction of life and late psychosocial outcome after severe brain injury : a nine-year follow-up study in Aquitaine. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(8), 456-465.
- Reavley, M., Ghanam, D. (2013). The impact of providing labour market information training on trainees perceptions of job related self-efficacy: a comparison of the influence of two delivery methods on expressions of competence and confidence. *The Canadian Journal of Career development*, 12(2), 19-34.
- Rosenthal, M., Christensen, B.K. and Ross, T.P. (1998). Depression following traumatic brain injury. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 79, 90-103.
- Savard., R. (2009). Notes de cours, CCO 701 Counseling de carrière individuel, (p.24-25), département d'orientation professionnelle, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke. Sherbrooke, Canada
- Schnitzler, A., D'apolito, A.C. et Vallat, C. (2006). Troubles des fonctions cognitives et évaluation des conséquences sur l'activité professionnelle. In P. Pradat-Diehl et A. Peskine (dir.), *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris: Springer.
- St-Arnaud, L. (2015) *Retour au travail après un congé de maladie*. Montréal : Éditions Caractère.
- St-Arnaud, L. et Pelletier, M. (2013). Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi - Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique. *Études et recherches / Guide technique RG-758*, Montréal, IRSST.
- Tcherniack. V., Barielle. B., Kasprzak. S. et Martinod. R. (2007). *Travailler les fonctions exécutives*. Marseille : Solal.

- Truelle, J.-L., Fayada, C., et Montreuil, M. (2005). Psychopathologie et traumatisme craniocérébral sévère de l'adulte: Troubles de l'humeur et du comportement, principal facteur de handicap. *Pratiques Psychologiques*, 11(4), 329-341.
- Villeneuve, K., Corbière, M., Mercier, C. et Lesage, A. (2007). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé Mentale Au Québec*, 31(2), 215-235.
- Vivier, S. (2014). Souffrance identitaire de métier : des conseillers et des conseillères d'orientation s'interrogent sur le présent et l'avenir de leur profession en milieu scolaire. Québec : Université Laval.

ANNEXE A MODÈLE DE SHALLICE⁹

Le système attentionnel de supervision (SAS) est responsable de la prise de décision rapide qui permet un geste pour en inhiber un autre qui serait inapproprié selon le contexte. Ce système opère parfois avec une capacité limitée. Le SAS remplit plusieurs fonctions, Degiorgio, Fery, Polus, Watelet (s.d.) en dénombrent six : l'inhibition, la mise à jour, la flexibilité, la récupération active d'informations en mémoire, l'attention divisée et la planification.

En somme, l'inhibition « est la capacité à s'empêcher de produire une réponse automatique, à arrêter la production d'une réponse en cours et écarter les simulations non pertinentes pour l'activité en cours » (*Ibid.*, p. 10). L'atteinte serait décrite comme la difficulté à s'empêcher de produire des actions inadaptées. Rigidité de la réponse ou du comportement.

La mise à jour est « la capacité à rafraîchir le contenu de sa mémoire de travail (mémoire dans laquelle l'information est maintenue de manière temporaire, le temps de traiter d'autres informations) en tenant compte des informations nouvelles qui lui sont transmises » (*Ibid.*, p. 11). Ici l'atteinte se manifesterait par l'absence de remplacement d'une information ancienne par une information nouvelle.

La flexibilité mentale est « la capacité de passer d'un comportement à un autre en fonction des exigences de l'environnement ex : être capable de suivre le fil d'une conversation lors d'une réunion animée » (*Ibid.*, p. 12).

⁹ Modèle de Shallice tiré de Degiorgio, Fery, Polus et Watelet (s.d.)

La récupération active d'informations en mémoire quant à elle, représente « la capacité à rechercher de manière active et efficace des informations contenues en mémoire » (*Ibid.*, p. 13). Les altérations de la récupération active d'informations en mémoire à long terme se manifestent par des difficultés majeures à se rappeler d'événements survenus dans le passé. Cette dernière fonction demande un effort important.

L'attention divisée permet « d'être attentif à deux activités en même temps, ce qui permet de réaliser les deux simultanément ». (Degiorgio, Fery, Polus, Watelet, (s.d.), p.14).

Finalement, la planification réfère à « la capacité d'organiser une série d'actions en une séquence optimale visant à atteindre un but » (*Ibid.*, p. 15) et ceci en tenant compte du temps et donc, de décider de l'ordre des opérations ex : maintenir un but, planifier à l'avance, choisir le meilleur plan d'action, opérationnaliser le plan choisi en tenant compte des changements qui peuvent survenir en cours de route et qui sont à la fois nécessaires à l'atteinte du but fixé.

ANNEXE B LE C.O. DU SECTEUR DE LA RÉADAPTATION¹⁰

Voici un extrait d'une capsule web « Question d'orientation- les conseillers d'orientation en réadaptation professionnelle » (entrevue avec Éliane Bourassa c.o., Marie Ducharme c.o. et Louise Simard c.o.). Chaque type de déficience en réadaptation apporte sa particularité d'où l'importance de connaître le profil de capacité et d'incapacité relié au diagnostic et connaître les conditions du milieu. Plus précisément, le but est d'amener la personne à faire le lien sensé entre conditions du milieu, les exigences du programme d'étude convoité ou le poste de travail ainsi que le profil des capacités lié au diagnostic du client.

Le c.o. en réadaptation aura au sein de son champ d'expertise, un rôle d'expert-conseil très important à jouer tant avec son client qu'avec l'entourage familial, professionnel, scolaire enseignants et intervenants, etc. de celui-ci. Tout le défi du c.o. sera de travailler de concert avec les limitations fonctionnelles de la clientèle. Les défis sont nombreux pour le c.o. avec sa clientèle à savoir travailler d'abord le deuil et par la suite, l'arrimage des capacités résiduelles avec les exigences des divers milieux (travail, scolaire...).

Le rôle premier d'un c.o. est surtout et avant tout, être bien au courant des aléas liés à la problématique de son client. Ce qui entend, bien se doter de connaissances à la fois clinique et théorique sur la problématique centrale du client. Par la suite vient le travail avec une équipe multidisciplinaire, la rédaction de rapport ex : SAAQ, CSST, etc., établir l'alliance de travail rapidement. L'évaluation clinique

¹⁰ Ordre des Conseillers Conseillères d'Orientation (s.d.). Site téléaccessible à l'adresse <<http://orientation.qc.ca/informations-pour-le-public/le-conseiller-dorientation/ses-services-par-secteurs-de-pratique>> Consulté le 2 décembre 2014

suite à cette alliance se joue beaucoup sur l'écoute et la réception de la problématique vécu par le client ex : ses symptômes, ses difficultés en lien avec son cheminement professionnel...être à l'affût des détails relatés par son client tout en ayant une toile de fond au niveau des connaissances en lien avec le diagnostic. Aller chercher de l'information sur le diagnostic afin de se faire un portrait juste. Via les rencontres de counseling (écoute active), il s'agira de dresser un plan d'action créatif selon le cas par cas c'est-à-dire, selon la réalité vécu par l'individu qui diffère d'une personne à l'autre, voir l'inventaire des ressources personnelles, ses forces, accompagner parfois d'intervention en santé mentale en conformité avec la loi-21. Au-delà de l'investigation de l'IVAC (intérêts, valeurs, aptitudes et croyances), évaluer le niveau d'autonomie, le choix de carrière réaliste réalisable en fonction du temps écoulé entre « l'accident » et la connaissance du client de ses « nouvelles » capacités, le temps que la réadaptation fait place à de nouvelles méthodes ou stratégies de travail. Que le client s'ajuste au fur et à mesure de la réinsertion socioprofessionnelle et d'arriver à un choix de carrière le plus près possible de la nouvelle réalité. Les symptômes persistants dans le temps qui affectent grandement la capacité d'adaptation du client sont le niveau d'anxiété élevé, le risque suicidaire, la dépression, les troubles de comportement, etc. en lien avec la problématique (ou l'incident).

Sensibiliser le monde du travail, les employeurs à la réalité ex : absentéisme récurant à cause des rendez-vous à l'hôpital ou le médecin, jouer un rôle d'agent facilitateur à la réinsertion, développer le réflexe de lire des études, les découvertes ou de l'information liées à notre champ d'expertise de c.o. et la réadaptation, etc. ne sont que quelques exemples d'implication du c.o. du secteur de la réadaptation.