

MAGAZINE

L'orientation

RECUEIL D'ARTICLES TIRÉS DES ARCHIVES

Numéro spécial
Automne 2026



Santé mentale : au cœur de la pratique

Comprendre les réalités, ajuster
l'intervention, prendre soin de soi



Ordre des conseillers
et conseillères d'orientation
du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
Lorsque l'anxiété sociale conduit au refus scolaire (parties 1 et 2)	6
Nancy Dubois, c.o., Centre de pédopsychiatrie du CHUQ	
Santé mentale : considérations pour l'intervention en counseling de carrière	11
Francis Milot Lapointe, étudiant associé, Réginald Savard, Ph.D., c.o., professeur à l'Université de Sherbrooke	
Et si l'étudiant ayant un TDA/H était tout simplement de son temps	18
Marie Ducharme, c.o., conseillère à l'accueil et soutien aux étudiants en situation de handicap de l'UQAM	
Les défis d'une trajectoire plus fluide entre l'hôpital et les études	21
Émilie Bégin, c.o., avec la collaboration de Martine Viallet, c.o. au programme des troubles psychotiques, Institut universitaire de santé mentale de Montréal	
Démystifier la pratique de l'évaluation des troubles mentaux	23
Geneviève Brisebois, c.o., chargée d'affaires professionnelles et réglementaires, OCCOQ, Yann Le Corff, Ph.D., c.o., professeur, Université de Sherbrooke, Marie Ducharme, c.o. Service d'accueil et de soutien aux étudiants en situation de handicap de l'UQAM	
Travail et suicide : au-delà des chiffres	26
Vanessa Girardin, c.o. et conseillère en emploi, intervenante pour Accompagne ton emploi, Carrefour jeunesse-emploi de Sherbrooke, Patricia Dionne, c.o., professeure agrégée, Université de Sherbrooke	
Des interventions efficaces en counseling de carrière individuel pour réduire l'indécision de carrière et la détresse psychologique des clients	29
Francis Milot-Lapointe, Ph.D., c.o., professeur, Université de Sherbrooke, Réginald Savard, Ph.D., c.o., professeur, Université du Québec à Montréal, Yann Le Corff, Ph.D., c.o., professeur, Université de Sherbrooke	
Trauma vicariant et fatigue de compassion	33
Dre Pascale Brillon, psychologue, professeure au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, directrice du laboratoire Trauma et Résilience, fondatrice, Institut Alpha.	
L'omniprésence de l'émotion en orientation	37
Vicky Prévost, Ph.D., c.o., Collège Saint-Paul, Réginald Savard, Ph.D., c.o., psychothérapeute, professeur, UQAM, Liette Goyer, Ph.D., c.o., psychothérapeute, professeure, Université Laval	
Vers une culture de bienveillance : l'exemple du réseau des alliés pour la santé psychologique au travail	42
Martin Lauzier, Psychologue et professeur titulaire en gestion des ressources humaines, Université du Québec en Outaouais, Caroline Nicolas, Psychologue et professeure adjointe en psychologie du travail, Université de Sherbrooke, Mélina Andronicos, Psychologue et cheffe de projet de prévention, recherche et formation, Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse), Monique Séguin, Psychologue et professeure titulaire en psychologie, Université du Québec en Outaouais.	
Regards de la psychologie sur l'écoanxiété : comment accompagner	46
Christina Popescu, M.A., doctorante en psychologie sociale, Université du Québec à Montréal, chercheuse au laboratoire de recherche Culture, Identité et Langue (CIEL)	

TABLE DES MATIÈRES

Résumé des retombées du programme Hors-Piste Orientation sur la maîtrise de l'anxiété et le choix d'orientation 51

Myriam Vigneault, c.o., coordonnatrice aux appels et aux interventions, Brio PAE, Patricia Dionne, Ph.D., c.o., professeure agrégée au Département d'orientation professionnelle, Université de Sherbrooke

Une conception universelle de l'intervention auprès des personnes autistes : cinq clés d'intervention 55

Émilie Robert, c.o.

Partage et limite des champs de compétences et d'intervention dans un contexte de collaboration auprès d'une clientèle vivant avec une problématique de santé mentale 60

Steeven Bernier, inf., DESS, M.Sc., M.A.(c), chargé d'enseignement et responsable de stage en santé mentale FSI, Université Laval, chargé de cours, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, auxiliaire de recherche et étudiant-chercheur en sciences de l'orientation, FSE, Université Laval

Les titres et statuts professionnels indiqués correspondent à ceux des autrices et auteurs au moment de la publication originale des articles dans la revue *L'orientation*.

Les textes ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Ordre et n'engagent que leur auteur. Les articles peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source.

Coordonnées de l'OCCOQ : 1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, bureau 520, Montréal (Québec), Canada H3M 3E2 • 514 737-4717 / 1 800 363-2643 • orientation.qc.ca



INTRODUCTION

La santé mentale occupe une place croissante dans la pratique des conseillères et conseillers d'orientation. Elle influence entre autres la façon dont les personnes vivent leurs transitions personnelles, scolaires et professionnelles, prennent leurs décisions et se projettent dans l'avenir.

Ce recueil réunit des articles parus dans *L'orientation* au fil des années. Il ne porte pas sur l'encadrement déontologique de la pratique, qui constitue une dimension en soi, mais sur l'intervention : comprendre les réalités des clientèles, ajuster sa pratique, collaborer avec d'autres professionnels et préserver sa propre santé psychologique.

Certains textes éclairent des réalités particulières, comme l'anxiété, le TDAH, la psychose, l'autisme ou l'écoanxiété. D'autres portent sur l'efficacité du counseling de carrière, le rôle des émotions dans la décision, le lien entre travail et santé mentale, ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Un dernier aborde le trauma vicariant et la fatigue de compassion chez les professionnels de la relation d'aide.

En regroupant ces contributions, l'Ordre offre un portrait riche de la manière dont les c.o. soutiennent la santé mentale des personnes qu'ils accompagnent.



Offre Distinction

Une offre pour les membres de l'OCCOQ

Une gamme de produits et services financiers pour vos besoins :

Forfait transactionnel, carte de crédit, financement, solutions pour entreprises et plus encore.

desjardins.com/occoq

Certaines conditions et modalités peuvent s'appliquer.

 Ordre des conseillers
et conseillères d'orientation
du Québec

 **Desjardins**



ACTIVITÉ RÉSERVÉE ET INTERVENTION

Lorsque l'anxiété sociale conduit au refus scolaire

Nancy Dubois, c.o., Centre de pédopsychiatrie du CHUQ

Premier article d'une série de deux, celui-ci a pour objectif de dépeindre la réalité des adolescents aux prises avec une anxiété sociale suffisamment importante pour conduire à l'évitement ou à l'abandon scolaire. Avec les observations cliniques que j'ai notées auprès de cette clientèle au Centre de pédopsychiatrie du CHUQ, il m'a semblé pertinent de traduire aux conseillers et conseillères d'orientation comment se vit cette anxiété sociale chez les adolescents afin de suggérer des mesures de réintégration scolaire adaptées à leur réalité. Dans le deuxième article, je consacrerai mon propos à ces interventions qui pourraient justement favoriser le retour à l'école et traiterai également de certaines mesures à éviter.

Selon le DSM-IV-TR, l'anxiété sociale réfère à la peur intense liée aux situations sociales et de performance. La personne anxieuse a tendance à se sentir exclue, jugée et rejetée. Elle peut avoir des amis, mais, devant un malaise social réel ou imaginé, elle se sent souvent démunie et en tort. Elle aura tendance alors à s'isoler. Aux pauses ou sur l'heure du dîner, elle peut chercher à se cacher dans les toilettes, à demeurer en retrait, voire, dans les cas où l'anxiété est sévère, à fuguer de l'école. L'évitement devient une sorte de défense contre le « caractère excessif et irraisonnable » de sa peur, et ce, même si elle le reconnaît (DSM-IV, p. 483).

Les manifestations de l'anxiété sociale

Sur le plan physique

L'anxiété, lorsqu'elle est intense, agit comme un système d'alarme qui court-circuite l'accès au potentiel et aux capacités réflexives du jeune, le laissant souvent pantois et démunie devant une situation sociale ou de performance. Le malaise interne qui est alors vécu par l'adolescent peut s'exprimer par des symptômes physiques réels tels que les maux de tête, de ventre, la sudation, les tremblements, les palpitations cardiaques, l'hyperventilation, les difficultés d'attention et de concentration, le vomissement (ou la peur de vomir) et parfois même l'impression d'être déconnecté.

Sur le plan psychologique

L'anxiété sociale tend à se manifester sous la forme d'une hypervigilance et par des distorsions cognitives. La personne anxieuse portera son attention sur les moindres détails quant aux comportements, aux paroles et aux attitudes d'autrui, et elle les interprétera en défaveur de ses propres forces. La personne anxieuse verse facilement dans la dévalorisation et la dépréciation personnelle. Son jugement social s'avère conséquemment altéré et son estime de soi affaiblie. Compte tenu d'une grande insécurité intérieure, la personne anxieuse aura aussi tendance à anticiper les problèmes de nature sociale ou exigeant une certaine performance, à les amplifier et à conclure qu'elle ne les surmontera pas. Sa conviction d'être devant un réel danger à l'école l'incitera à opter pour la fuite et l'évitement.

Sur le plan scolaire (la performance)

L'anxiété peut devenir telle que la personne anxieuse refusera de quitter la maison, de prendre l'autobus, d'entrer dans l'école et d'intégrer ses cours. La réussite de son année scolaire peut être compromise par l'accumulation d'absences compromettant le rattrapage du retard cumulé. Également, il est possible que des difficultés d'apprentissage réelles ajoutent aux inquiétudes de réussite de l'adolescent et contribuent à justifier l'évitement scolaire.

La plupart des cours deviennent source d'anxiété. Cette anxiété s'explique en partie par la crainte de ne pas réussir ou de ne pas atteindre le niveau de performance souhaité. Le réconfort de l'entourage et du milieu scolaire réussit généralement peu à faire diminuer cette anxiété.

Chez les adolescents qui présentent une anxiété sociale importante, le cours d'éducation physique remporte généralement la palme des cours soulevant le plus d'anxiété en raison de la promiscuité interpersonnelle inhérente à ce cours : se changer dans les vestiaires, exposer des parties de son corps que l'on juge soi-même imparfait, être vu des autres. Parfois, le manque d'habileté sportive et la peur de ne pas être sélectionné dans une équipe (donc, de se sentir rejeté) peuvent expliquer le souhait des adolescents d'éviter ce cours.

En classe, les exposés oraux, les examens et les travaux d'équipe seront particulièrement anxiogènes. La personne anxieuse craint hautement que son anxiété soit remarquée de ses pairs si elle rougit, tremble, hésite. Elle a souvent peur de se faire poser des questions en classe et de ne pas connaître la réponse, de paraître ignare devant les autres. En équipe, elle peut considérer les autres comme étant meilleurs qu'elle. Elle a donc peur d'être jugée négativement et d'être incompetente. Elle craindra aussi d'échouer aux examens.

Dans une salle de cours, la personne anxieuse peut préférer s'asseoir près d'un mur, dans un coin, près de la porte ou dans la dernière rangée. Pour elle, il s'avère souvent difficile de tolérer le regard des autres dans son dos : elle choisira donc un endroit où il lui sera plus aisé de surveiller les autres discrètement.

En s'intéressant à l'histoire scolaire des adolescents anxieux, il est possible de remarquer que l'absentéisme a souvent débuté l'année, voire deux années précédant le refus ou l'abandon scolaire.

Sur le plan familial

À la maison, la personne anxieuse se sent particulièrement bien et en sécurité. Elle retire souvent plusieurs bénéfices secondaires à demeurer à la maison plutôt que d'être exposée au stress de l'école. Il n'est pas rare de constater que plusieurs parents, démunis devant la situation de leur enfant, acceptent de justifier les absences répétées afin de ne pas exacerber la détresse. L'anxiété sociale devient alors une anxiété généralisée à la famille, qui requiert assistance et soutien, et qui se sent aussi dépassée par la situation.

Conclusion

Au-delà de l'anxiété sociale que vit le jeune et, par ricochet, la famille, il importe de reconnaître la volonté de l'adolescent anxieux de s'en sortir et de faire taire sa souffrance. Cette volonté devient un tremplin pertinent pour mettre en place des mesures visant justement à le soutenir dans son souhait d'avancer. Pour l'instant, l'évitement demeure **son** moyen de régler partiellement la situation. Nous verrons, dans le prochain article, quels autres moyens peuvent être proposés pour l'aider à retourner à l'école. ←



SANTÉ MENTALE

Lorsque l'anxiété sociale conduit au refus scolaire

(2^e partie)

Nancy Dubois, c.o., Centre de pédopsychiatrie du CHUQ

NDLR : Veuillez noter que, même si vous n'êtes pas le porteur du dossier de la réintégration scolaire dans votre milieu de travail, cet article vise à vous éclairer également comme membre d'une équipe de professionnels qui doit faire valoir son expertise professionnelle.

À la suite du premier article décrivant les manifestations de l'anxiété sociale dans un contexte scolaire, l'objectif de ce nouvel article vise à suggérer aux conseillers d'orientation des interventions favorisant le retour à l'école d'adolescents aux prises avec ce problème.

Rappelons que l'adolescent anxieux souhaite fonctionner comme les autres étudiants. Son retrait de l'école dépeint d'avantage l'intensité de sa détresse qu'un entêtement volontaire à l'immobilisme. Force est d'admettre toutefois que, lorsque l'attitude de retrait s'avère particulièrement forte, elle peut provoquer chez les parents et les intervenants un sentiment d'impuissance tout aussi fort les conduisant ultimement à abdiquer. L'option d'une scolarisation à domicile peut alors sembler une intervention à proposer au jeune dans les circonstances.

Le conseiller d'orientation gagne à se rappeler que, dans le cas des problèmes d'anxiété, les interventions favorisant l'évitement de l'anxiété concourent à son maintien et à son exacerbation plutôt qu'à sa résolution. La scolarisation à domicile n'est donc pas recommandée.

Des techniques de gestion du stress, un suivi psychologique et un suivi médical s'avèrent des outils utiles pour le jeune anxieux. Le principal traitement demeure néanmoins celui de s'exposer de façon continue à son anxiété. Ce traitement peut paraître paradoxal considérant que pour en réduire les symptômes il faille les revivre!

Le conseiller d'orientation gagne à souscrire à la notion voulant que les symptômes anxieux s'amenuisent en cours d'exposition (sans pour autant disparaître). Cette notion représente le fondement sur lequel repose la démarche du retour scolaire.

Songer à un retour scolaire suppose donc que le jeune choisira de confronter son anxiété afin de reprendre un certain contrôle sur sa vie. Il requerra inévitablement guidance et soutien.

Si le jeune acquiesce à un retour scolaire, même minimale-ment, le conseiller d'orientation peut mettre en place un plan de réintégration. Ce plan vise à déterminer le cadre du retour et à faire équipe avec les partenaires et le jeune.

Si le jeune refuse toute forme d'aide et persiste à éviter l'école, une référence à l'urgence d'un hôpital pourrait être la première démarche à entreprendre. Une équipe évaluera la situation afin de comprendre les enjeux qui le maintiennent dans ce retrait.

Préparation du plan de réintégration scolaire

Compte tenu de la fragilité de la situation, une préparation rigoureuse du plan de réintégration est essentielle.

Première rencontre en présence des parents, des partenaires (ex. : éducateur du CLSC) et de l'équipe-école. Le but de cette rencontre consiste à homogénéiser les interventions et à offrir un cadre de retour clair et rassurant pour le jeune en s'attardant aux quatre groupes de questions qui suivent :

a) À quel moment se fera le retour scolaire et à quelle fréquence? Qui accueillera le jeune à son arrivée à l'école? Prendra-t-il ou non l'autobus au début du retour scolaire? Comment intervenir s'il refuse d'entrer dans l'école ou en classe¹? Intégrera-t-il immédiatement un cours ou rencontrera-t-il un intervenant au préalable? Son groupe-classe sera-t-il avisé de son arrivée? Qui préparera le jeune aux questions des étudiants par rapport à son absence? Comment occupera-t-il ses pauses? Où dînera-t-il et avec qui? Qui sera l'intervenant principal auprès du jeune? Quand pourra-t-il le rencontrer²?

b) À quels cours assistera-t-il? Quelles seront les exigences scolaires au début? Comment rattrapera-t-il son retard? Quelle aide recevra-t-il?

c) Quelle ligne directrice adopter s'il souhaite quitter un cours³? Y aura-t-il des récompenses pour ses efforts et des conséquences pour ses manquements? Si oui, lesquelles? Qui les appliquera et quand?

d) Comment favoriser son sentiment d'appartenance à l'école sachant que son premier réflexe sera l'évitement⁴? Pourra-t-il appeler ses parents⁵?

Avec ces questions, le conseiller d'orientation s'assure que tous partagent une vision commune et agissent avec le même objectif.

Deuxième rencontre en présence du jeune et de l'équipe-école.

Le but de cette rencontre consiste à exposer au jeune les grandes lignes du plan de réintégration. L'étudiant est invité à en bonifier le contenu. Il est possible que, à priori, les modalités de retour l'irritent. Cependant, de retour à l'école, elles seront des balises rassurantes pour lui.

Le conseiller d'orientation gagne à favoriser l'engagement du jeune, car cette intervention donne un sens intrinsèque à sa démarche.

Une prudence s'impose à cette étape-ci : le jeune peut se montrer très convaincant quant à la nécessité de ralentir la progression de son retour et de négocier des répit. Si tel est le cas, l'équipe aura à évaluer la justesse de ses requêtes. Bien que le jeune soit effectivement dans un état de grand stress, n'hésitons pas à croire en sa capacité à surmonter ses peurs. Plus il s'exposera, plus il apprivoisera son anxiété et avancera doucement vers la réussite.

Troisième rencontre uniquement entre le jeune et l'intervenant principal. Le but de cette rencontre particulièrement importante est de ficeler l'alliance et de prévenir la rechute. L'intervenant personnalise cette étape et mise sur cette alliance pour établir de bonnes bases. Il prépare le jeune aux possibles défis qu'ils rencontreront ensemble. L'humour, utilisé avec parcimonie, se révèle un moyen généralement efficace pour dédramatiser une situation sans pour autant en banaliser les faits.

Le conseiller d'orientation peut aiguiller l'intervenant sur la façon d'aborder cette étape avec le jeune. Pour cimenter l'alliance, il est favorable d'intégrer dans l'échange avec le jeune des phrases comme : « toi et moi », « ensemble, nous... », « en équipe, toi et moi aurons à... ».

De plus, l'intervenant pourra rappeler au jeune qu'il aura parfois à adopter une attitude un peu plus ferme envers lui lorsque celui-ci voudra éviter une situation. Il pourra aussi le rassurer sur le fait que cette attitude visera à l'aider plutôt qu'à lui nuire.

L'intervenant principal pourra enfin convenir d'avance des modalités de prévention de la rechute. Il pourrait être pertinent de préciser au jeune que son anxiété demeurera présente pendant sa réintégration scolaire, mais de façon moins intense qu'au début, et que venir à l'école pourrait demeurer un défi au quotidien. Enfin, si l'idée de quitter l'école ou d'appeler ses parents revenait, des stratégies doivent être déterminées avec le jeune pour surmonter cette situation.

L'implantation du plan de réintégration scolaire débute à partir du moment où tous y adhèrent (même si le jeune persiste à douter de sa capacité à réussir). C'est souvent pendant les premières présences de retour dans le milieu que surviennent les plus grands défis.

Le conseiller d'orientation, les parents et les partenaires gagnent à se référer aux modalités du cadre pour soutenir le jeune confronté à l'exacerbation de ses symptômes. C'est particulièrement à ce moment qu'il importe de se rappeler que ces manifestations sont nécessaires pour avancer vers un mieux-être ultérieur.

Un suivi régulier demeure particulièrement important dans les cas de problèmes d'anxiété, car les jeunes ont tendance à se faire oublier.

Afin d'assurer le maintien des acquis, le conseiller d'orientation (ou l'intervenant principal) gagne à garder un contact régulier avec le jeune et à surveiller étroitement sa présence en classe. Une seule absence, même justifiée par les parents, peut laisser présager un retour en arrière.

Conclusion

Dans un contexte scolaire où le temps demeure une denrée rare, il peut paraître audacieux de suggérer trois rencontres préparatoires pour un problème de type anxieux. Une telle démarche en vaut toutefois l'investissement. Individualiser le plan de réintégration scolaire en tenant compte des besoins et de la réalité du jeune prend tout son sens lorsque l'équipe voit naître sur le visage du jeune l'esquisse d'un sourire. ←

- 1 Suggestion : Une attitude de « fermeté-chaleureuse » envers le jeune s'avère parfois nécessaire pour maintenir le cadre et encourager la progression. Il importe de ne pas céder aux démonstrations des symptômes de l'anxiété (ce qui n'est pas toujours facile). Il est possible d'offrir au jeune un moment de repos pour se calmer tout en lui rappelant que le travail continuera ensuite.
- 2 Suggestion : Prévoir des périodes précises pour éviter que le jeune se présente à l'intervenant à tout moment.
- 3 Suggestion : L'école peut accepter, la première semaine, que le jeune quitte la salle de cours quelques minutes dans la mesure où il y retourne immédiatement après.
- 4 Suggestion : Laisser au jeune le choix d'une activité récréative sur l'heure du dîner. Parfois, les intervenants doivent imposer sa participation au début, car il peut chercher à éviter. Il est aussi possible de mettre en place des groupes de discussion sur différents thèmes : l'estime de soi, la gestion des conflits, l'acceptation de la différence, etc.
- 5 Suggestion : Il est peu recommandé que le jeune garde contact avec ses parents pendant les heures de cours. Cela retarde le développement de son autonomie et peut aussi maintenir l'anxiété chez les parents. Le jeune aura tout le loisir de raconter sa journée à ses parents à son retour.



TD Assurance
Meloche Monnex

**On est prêts
pour vous**



La confiance est au rendez-vous avec les tarifs préférentiels de TD Assurance.

Les membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec pourraient économiser sur l'assurance auto et pour propriétaire, copropriétaire et locataire.



Obtenez une soumission et découvrez combien vous pourriez économiser!

Allez à tdassurance.com/occoq

Le programme d'assurance habitation et auto TD Assurance Meloche Monnex est offert par Sécurité Nationale compagnie d'assurance. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. Agence en assurance de dommages, au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6. En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan.

MD Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou de ses filiales.



Santé mentale: considérations pour l'intervention en counseling de carrière

Francis Milot Lapointe, étudiant associé, Réginald Savard, Ph.D., c.o., professeur à l'Université de Sherbrooke

La santé mentale est vue comme un « état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté » (Organisation mondiale de la santé, 2007). En ce sens, « le travail lui-même constitue un moyen crucial de réalisation de soi, d'engagement et de valorisation sociale » pour la personne, mais il « peut également s'avérer une source importante de stress et susciter souffrance et déception : on parle alors de problèmes de santé mentale liés au travail » (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2013). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) affirme en 2013 que « la gestion des problèmes de santé mentale dans la population d'âge actif devient un enjeu essentiel pour les politiques sociales et du marché du travail ». Par ailleurs, Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011) rapportent que plus de 75 % des invalidités de courte et de longue durée recensées au travail au Canada sont imputables à des problèmes de santé mentale (Watson Wyatt, 2005). Qui plus est, en 2007-2008, on dénote que « 15 % des Québécois et 22 % des Québécoises en emploi présentaient un niveau élevé de détresse psychologique » (Vézina et coll., 2011). En somme, la santé mentale serait influencée par de nombreux facteurs de la vie quotidienne, y compris le stress lié à l'équilibre entre le travail, l'état de santé et les relations interpersonnelles, comme l'affirme l'Association canadienne pour la santé mentale (2008) :

La santé mentale est un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait en sorte que la personne est bien avec elle-même, qu'elle a des relations satisfaisantes avec autrui et qu'elle est capable de faire face aux exigences de la vie. Pour ce faire, tous les aspects de sa vie (sociale, physique, spirituelle, économique et mentale) doivent être en harmonie.

Dans cette perspective, le maintien de la santé mentale d'une personne implique qu'elle pose un regard interne favorable sur elle-même, qu'elle soit opérationnelle dans ses relations interpersonnelles et les différentes exigences de la vie considérées comme étant des éléments essentiels à la santé mentale.

1. Santé mentale et orientation professionnelle

Le Comité d'experts responsable de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (2005) reconnaît également que le travail joue un rôle crucial dans la préservation de la santé mentale et que les problèmes liés au travail perturbent l'équilibre des personnes. Ainsi ce même comité prévoyait-il que les conseillers d'orientation puissent être mis à contribution pour offrir des services de qualité pour toute personne qui souffre d'un trouble mental ou qui présente un risque de suicide élevé. Leur champ d'exercice vise à promouvoir la santé, à prévenir le risque suicidaire, la maladie, les accidents et les problèmes sociaux des individus.

Compte tenu de ce qui précède, on considère que les conseillères et conseillers d'orientation sont maintenant appelés à intervenir auprès d'individus aux prises avec des difficultés sur le plan de la santé mentale, qu'il s'agisse de l'anxiété, de la dépression ou de la détresse psychologique (Grégoire et coll., 2012). Cette affirmation semble d'autant plus vraie sachant qu'environ 50 à 60 % des adultes qui consultent en counseling de carrière seraient en état de détresse psychologique (Multon et coll., 2001 ; Multon et coll., 2007).

« Le travail lui-même constitue un moyen crucial de réalisation de soi, d'engagement et de valorisation sociale » pour la personne, mais il « peut également s'avérer une source importante de stress et susciter souffrance et déception : on parle alors de problèmes de santé mentale liés au travail » (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2013).

Une étude récente conduite par Multon et ses collaborateurs (2007) permet aussi de croire qu'une bonne proportion de la clientèle en orientation professionnelle éprouve des difficultés de santé mentale. Cette étude, qui s'appuie sur un échantillon total imposant ($n = 278$), s'avère la plus valide sur le plan méthodologique et scientifique. Les résultats de cette recherche permettent de classer les clientes et clients dans quatre groupes distincts en fonction de leur niveau de détresse psychologique et de leurs difficultés de carrière. On retient les résultats des deux groupes présentant un niveau élevé de détresse psychologique ($n = 143$). Ainsi constate-t-on que, à l'amorce de la consultation en counseling de carrière, plus de la moitié des clientes et clients présentaient un niveau élevé de détresse psychologique accompagné d'une indécision vocationnelle liée à la formation ou au travail ; d'un inconfort dans le processus de décision à la carrière ; ainsi que d'une faible connaissance de soi, du marché du travail et des professions. Des résultats semblables sont rapportés dans d'autres études où l'on constate également une détresse psychologique élevée chez les étudiantes et étudiants rapportant un haut niveau d'indécision de carrière (Fouad et coll., 2006). Cette observation serait aussi valable chez les étudiantes et étudiants immigrants (Constantine et Flores, 2006).

En s'appuyant sur les études antérieures conduites sur la prise de décision de carrière, Brown et Rector (2008) ont déterminé, à la suite d'une importante méta-analyse, les principaux facteurs liés aux difficultés dans la prise de décision de carrière, soit 1) l'indécision chronique, 2) le manque d'information, 3) les conflits interpersonnels et obstacles, ainsi que 4) l'identité confuse.

Facteur 1 : Indécision chronique

- Niveaux élevés d'anxiété (trait et état), de dépression et de névrosisme.
- Faible niveau d'estime de soi, de résilience psychologique et de confiance à résoudre des problèmes en général.
- Tendance à se concentrer sur ce qui va bien et peur de se tromper dans ses décisions (peur de l'engagement), tendance à éviter plutôt que de s'engager dans des efforts pour s'adapter et tendance à compter sur les autres pour prendre ses décisions importantes (style dépendant).
- Croyance que la vie est sous le contrôle de la chance, le pouvoir des autres ou d'autres facteurs externes (locus de contrôle externe).

Facteur 2 : Manque d'information

- Manque d'information sur soi.
- Manque d'information sur les professions et sur le marché du travail.
- Manque d'information sur le processus de résolution de problème.
- Indécision causée par un conflit entre différentes options de professions.

Facteur 3 : Conflits interpersonnels et obstacles

- Conflit concernant un désaccord avec des personnes importantes ; conflit entre ce qui est préféré par les autres et les préférences personnelles de la personne.
- Conflit entre les choix de carrière de la personne et les obstacles externes ou les contraintes situationnelles.
- Conflit entre une option idéale qui ne semble pas accessible et une option plus accessible, mais qui correspond moins à ses besoins.
- Conflit entre deux possibilités de carrière attractives et réalisables qui conduit à une certaine hésitation, mais rarement à une grande détresse.

Facteur 4 : Identité confuse

- Manque de compréhension de soi.
- Manque de confiance en ses compétences de prise de décision vocationnelle.
- Attitudes immatures par rapport à la carrière, objectifs de carrière instables ; manque de motivation ou de volonté à faire un choix professionnel ou à s'y engager.

Deux des principaux facteurs (indécision chronique ainsi que conflits interpersonnels et obstacles) sont directement liés à des éléments perturbateurs pour la santé mentale tels que la présence d'anxiété, de dépression et de relations interpersonnelles conflictuelles.

Il est également important de noter que la prise de décision quant à la carrière conduit très souvent à l'acquisition de nouveaux rôles sociaux (travailleur, conjoint, parent, étudiant et « loisiriste » ; Super, 1980). Ceux-ci se créent au moment de transitions de carrière telles que le passage de l'école au travail, ce qui peut provoquer de l'anxiété chez les personnes concernées (Palladino Schultheiss, 2005). On évoque dans la littérature l'importance pour une personne de bien concilier ses rôles sociaux pour maintenir une bonne santé mentale. À cet égard, le fait d'éprouver de la difficulté dans son rôle d'étudiant ou de travailleur peut causer des tensions et des difficultés à exceller dans les rôles familiaux, entre autres dans ses relations intimes avec les membres de sa famille (Super, 1980). À cet égard, Blustein et Spengler (1995) rapportent l'idée de Freud (1930), Erikson (1963) et Savickas (1991) selon laquelle la clé de la santé mentale d'un individu serait la capacité d'être satisfait au travail et dans les relations intimes. Pour expliquer cette relation, Savickas (1991) parle du besoin d'équilibre entre le succès dans la sphère du travail et la qualité des relations intimes dans la sphère familiale. Dans cette même veine, il semble que d'exceller dans un rôle facilite la performance dans les autres (Super, 1980), d'où l'intérêt d'accorder une importance similaire à l'engagement émotionnel et au temps consacré à chacun des rôles. Selon Super (1980), la séquence ou l'ordre des rôles joués par une personne est propre à chaque individu. C'est ainsi qu'il se peut

que pour une raison ou une autre une personne soit contrainte d'abandonner un rôle (ex. : travailleuse ou travailleur) temporairement en raison d'une perte d'emploi. La perte d'un emploi chez une personne peut entraîner des effets négatifs sur le plan physique ainsi que des symptômes liés à la détresse psychologique, à la dépression et aux troubles de santé mentale (Hanisch, 1999). Cette succession d'événements imprévisibles modifiant ces rôles est susceptible d'avoir un effet dommageable sur la santé mentale.

En somme, sachant qu'une bonne proportion de la clientèle en counseling de carrière éprouve des difficultés sur le plan de la santé mentale, il importe de s'en préoccuper et de trouver des pistes d'intervention à mettre en œuvre auprès de cette clientèle.

2. Conséquences pour l'efficacité de l'intervention en counseling de carrière

Lorsqu'il est question d'intervenir sur la santé mentale, il importe tout d'abord de détecter les difficultés de fonctionnement à ce sujet. Pour ce faire, il est suggéré d'évaluer l'effet des interventions, et ce, à chacune des rencontres (Ellsworth, Lambert et Johnson, 2006). Il est alors possible d'observer si la cliente ou le client progresse ou si au contraire son état de santé mentale se détériore. Dans cette veine, les travaux réalisés par Lambert et Hill (1994) suggèrent de déterminer dans quelle mesure l'intervention a de l'effet sur le fonctionnement global d'une personne selon trois dimensions : 1) les symptômes intrapsychiques de détresse (anxiété et dépression), 2) les relations interpersonnelles, et 3) la performance dans les rôles sociaux. Ces dimensions se retrouvent dans Wells et coll. (1996) et Lambert et coll. (2005).

Dimension 1

- Symptômes d'anxiété : maux de tête, problèmes digestifs, appréhension négative de plusieurs événements, palpitations et peur des espaces fermés.
- Symptômes de dépression : perte d'espoir en l'avenir, fatigabilité, insomnie et tristesse.
- Symptôme de risques suicidaires : désir d'en finir avec la vie.
- Symptôme d'abus d'alcool : besoin de boire de l'alcool pour commencer ses journées.

Dimension 2

- Relations interpersonnelles négatives en amitié, avec la famille, la conjointe ou le conjoint.
- Absence de relations interpersonnelles intimes.

Dimension 3

- Le fait de ne pas travailler ou de ne pas étudier aussi bien qu'avant.
- Être préoccupé par des problèmes familiaux.
- Le fait de ne pas apprécier ses loisirs.
- Présence de symptômes d'abus d'alcool, de drogue ou de violence en milieu professionnel, scolaire ou familial.

Selon Shimokawa, Lambert et Smart (2010), il importe de se préoccuper de l'effet de l'intervention sur ces trois dimensions pour prévenir le risque de détérioration de la clientèle. Cette évaluation permet de déterminer les difficultés de fonctionnement global de la cliente ou du client afin d'en arriver à effectuer les interventions appropriées pour l'aider.

Au final, on peut constater que plus de la moitié des individus qui amorcent un processus de counseling de carrière éprouvent de la détresse psychologique. On voit également qu'une qualité de vie satisfaisante et le bien-être dépendent d'un fonctionnement interpersonnel positif et d'un fonctionnement efficace dans les rôles sociaux exercés à l'école, au travail, au foyer et dans les loisirs (Lambert, 2012). De ce fait, il est important de s'en préoccuper tout en s'appuyant sur des études qui proposent des principes d'intervention qui ont été vérifiés empiriquement pour s'assurer d'une intervention en counseling de carrière efficace. Dans les lignes qui suivent, on présente des pistes d'intervention auprès d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

Dans le but de définir des principes pouvant être utilisés pour guider l'intervention, un groupe d'étude a passé en revue la vaste documentation sur le traitement de quatre catégories de troubles mentaux, dont les troubles dysphoriques et les troubles anxieux (Beutler, 2010). Le rapport de ce groupe d'étude (Castonguay et Beutler, 2006) présente les caractéristiques des participantes et des participants (cliente, client, intervenante, intervenant), les caractéristiques de la relation d'aide et les caractéristiques des méthodes dont le rôle dans l'amélioration de l'efficacité a été validé empiriquement.

En s'inspirant des conclusions de ce groupe de travail, le présent article propose des principes d'intervention en counseling de carrière pour intervenir auprès des clientes et des clients aux prises avec des situations qui influent sur leur santé mentale.

À propos de la démarche globale d'intervention

- 1 Faire une évaluation initiale et déterminer des profils de comportements, de sentiments et de pensées liés à la persistance du problème.
- 2 Effectuer une évaluation continue pour déterminer si l'intervention répond aux objectifs établis en collaboration avec la cliente ou le client.

- 3 Utiliser une démarche non directive, par exemple, la validation de l'expérience subjective de soi et des autres.
- 4 Inciter les clients à l'autoexploration de soi. Utiliser des interventions qui favorisent l'attachement interpersonnel, la prise de conscience, la compréhension de soi et l'estime de soi.
- 5 Expliquer aux clients la nature de leur problème et justifier le type de traitement de ce problème.
- 6 Faciliter les changements par étapes accroît l'amélioration de la situation des clients, entre autres parce qu'ils profitent ainsi au fur et à mesure des bénéfices de ces changements et en tirent un encouragement qui les motive à continuer. En outre, le découpage en étapes favorise une perception moins imposante des changements à effectuer, les rendant du même coup plus accessibles.
- 7 Utiliser des techniques d'intervention qui mettent l'accent directement sur les problèmes et les soucis des clients. Par exemple, il est important de confronter les clients, lorsque nécessaire, de les aider à diriger leurs efforts vers les cibles déterminées et de ne pas éviter les sujets importants par peur d'accroître leur détresse psychologique.
- 8 Utiliser l'autodévoilement qui vise à rassurer et à appuyer les clients plutôt qu'à les confronter.

À propos des attitudes des conseillers d'orientation

- 9 Démontrer un haut degré d'empathie, car il est lié à de meilleurs résultats pour plusieurs types de clients, et ce, dans une vaste gamme de problèmes de santé mentale.
- 10 Maintenir une attitude positive (ex. : faire confiance aux ressources de la cliente ou du client, susciter l'espoir en un dénouement favorable) améliore les bienfaits de l'intervention auprès des clients.
- 11 Éviter les interprétations relationnelles excessives, mais lorsqu'elles sont employées, l'amélioration n'est possible que si elles sont exactes.
- 12 Modifier ses stratégies et s'adapter en fonction des symptômes, de la tolérance et de la créativité des clients, en particulier dans le cas de la dépression.

À propos de l'alliance de travail

- 13 Établir des objectifs et le processus d'atteinte de ces objectifs en collaboration avec les clients. L'établissement et l'atteinte d'objectifs d'une manière collaborative, claire et explicite favorisent le changement.

- 14 Considérer les attentes des clients, en particulier pour ceux qui sont aux prises avec un trouble anxieux.
- 15 Appliquer des méthodes ou des techniques d'intervention uniquement dans le contexte d'une bonne relation d'aide et d'une bonne alliance de travail.
- 16 Aborder les ruptures d'alliance d'une façon empathique et flexible, ce qui accroît la probabilité de résolution de ces ruptures.
- 17 Répondre d'une manière non défensive aux attaques, à l'hostilité et aux critiques négatives des clients (ex. : ne pas blâmer).
- 18 Prendre l'initiative dans l'exploration de ce qui se passe au moment de ruptures d'alliance.
- 19 Accepter la responsabilité de notre contribution en situation de rupture d'alliance.

À propos des stratégies d'adaptation ou d'autorégulation de soi

- 20 Analyser les stratégies de soutien social réel ou perçu des clients parce qu'elles représentent un prédicteur positif du bien-être psychologique.
- 21 Inciter les clients à entretenir des contacts sociaux dans le but de créer et de maintenir des stratégies adaptatives efficaces.
- 22 Aider les clients à modifier leurs mécanismes d'auto-protection qui ne sont pas adaptés pour ressentir, se comporter ou répondre psychologiquement, et ce, pour augmenter leur capacité d'adaptation.
- 23 Déceler et confronter des pensées dysfonctionnelles particulières et des croyances fondamentales négatives.
- 24 Aider les clients à augmenter leur sentiment de contrôle tout en diminuant leur tendance à s'attribuer à eux seuls ce qui leur arrive, en particulier pour ceux aux prises avec un trouble anxieux.
- 25 Intervenir afin d'aider les clients à améliorer leur maîtrise émotionnelle, par exemple, la maîtrise de leurs impulsions.
- 26 Aider les clients à reconnaître, à accepter, à tolérer et parfois à ressentir pleinement leurs émotions est propice au changement.
- 27 Sensibiliser les clients à la relation entre leur environnement (interpersonnel et physique) et la façon dont ils pensent, ressentent et se comportent.

28 Utiliser des interventions qui ne provoquent pas de résistance chez les clients. Les interventions directives devraient être inversement proportionnelles au degré manifeste de résistance des clients.

Conclusion

Étant donné le contexte de l'entrée en vigueur du projet de loi n° 21, on jugeait important dans cet article de mettre au premier plan le rôle que les conseillers d'orientation peuvent jouer en matière de santé mentale en counseling de carrière. C'est ainsi qu'on a pu définir les principales dimensions de la santé mentale dont on doit tenir compte pour s'assurer de l'efficacité de l'intervention. Dans la même veine, des principes d'intervention dont l'efficacité a été démontrée empiriquement auprès de cette clientèle ont été présentés pour l'application en counseling de carrière. En outre, il a été possible de souligner l'importance de mesurer l'effet des interventions en counseling de carrière sur le fonctionnement global d'une personne comme moyen d'améliorer les résultats de nos interventions. À cet effet, les conseillers d'orientation pourraient utiliser un questionnaire tel que l'OQ-30.2 de Lambert et ses collaborateurs (2005), qui s'avère un outil d'évaluation de l'efficacité de l'intervention sur le fonctionnement global de la clientèle dans les trois dimensions fondamentales de la santé mentale exposées dans cet article. Cet instrument athéorique peut être utilisé pour gérer le fonctionnement mental actuel des clients. Toutefois, comme il n'a pas encore été utilisé dans le contexte du counseling de carrière, nous menons actuellement un projet de recherche dans lequel ce questionnaire est soumis à des clients qui consultent en counseling de carrière. À notre connaissance, il s'agit de la première recherche québécoise qui s'intéresse à l'effet d'une démarche en counseling de carrière sur la santé mentale des clients. Les résultats seront publiés au cours de l'année 2013. ◀

Références

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. 2008. *Le premier guide québécois de la santé mentale*. www.acsm.qc.ca/ACSM_SNSM/Document_pdf/guide_quebecois.pdf. Accès 2013-03-10.
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. 2013. *Santé mentale*. www.cmha.ca/fr/sante-mentale/. Accès 2013-03-15.
- BEUTLER, L.E. 2010. « Les facteurs thérapeutiques des troubles de l'humeur ». *Cahier recherche et pratique*, vol. 1, n° 2, pp. 10-3.
- BLUSTEIN, D.L. ET P.M. SPENGLER. 1995. « Personal adjustment : Career counseling and psychotherapy ». Dans W.B. Walsh et S.H. Osipow (éd.). *Handbook of Vocational Psychology : Theory, Research, and Practice*, 2^e éd. Mahwah, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, pp. 295-329.
- BROWN, S.D. ET C.C. RECTOR. 2008. « Conceptualizing and diagnosing problems in career decision-making ». Dans S.D. Brown et R.W. Lent (éd.), *Handbook of Counseling Psychology*, 4^e éd. New York, John Wiley & Sons, pp. 392-407.
- CASTONGUAY, L.-G. ET L.E. BEUTLER. 2006. « Common and unique principles of therapeutic change : What do we know and what do we need to know? » Dans L.G. Castonguay et L.E. Beutler (dir.), *Principles of Therapeutic Change That Work*. New York, Oxford University Press pp. 353-69.
- CONSTANTINE, M.G. ET L.Y. FLORES. 2006. « Psychological distress, perceived family conflict, and career development issues in college students of color ». *Journal of Career Assessment*, vol. 14, n° 3, pp. 354-69.
- ELLSWORTH, J.R., M.J. LAMBERT ET J. JOHNSON. 2006. « A comparison of the Outcome Questionnaire-45 and Outcome Questionnaire-30 in classification and prediction of treatment outcome ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 13 no 6, pp. 379-92.
- ERIKSON, E.H. 1963. *Childhood and Society*, 2^e éd. New York, Norton.
- FREUD, S. 1930. *Civilization and Its Discontents*. Londres, G.B., Hogarth.
- FOUAD, N.A., A. GUILLEN, E. HARRIS-HODGE, C. HENRY, A. NOVAKOVIC, S. TERRY ET N. KANTAMNENI. 2006. « Need, awareness, and use of career services for college students ». *Journal of Career Assessment*, vol. 14, pp. 407-20.
- GILBERT, M.-H., V. DAGENAI-DESMARAIS ET A. SAVOIE. 2011. « Validation d'une mesure de santé psychologique au travail ». *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol. 61, n° 4, pp. 195-203.
- GRÉGOIRE, S., C. BARON ET L. BARON. 2012. « Pleine conscience et counseling ». *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, vol. 46, n° 2, pp. 161-77.
- HANISCH, K.A. 1999. « Job loss and unemployment research from 1994 to 1998 : A review and recommendations for research and intervention ». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 55, n° 2, pp. 188-220.
- LAMBERT, M.J. 2012. « L'Outcome questionnaire-45 ». *Cahier recherche et pratique*, vol. 2, n° 2, pp. 25-29.
- LAMBERT, M.J. ET C.E. HILL. 1994. « Assessing psychotherapy outcomes and processes ». Dans A.E. Bergin et S.L. Garfield (éd.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Oxford, G.-B., John Wiley & Sons, pp. 72-113.
- LAMBERT, M.J., A.M. FINCH, J. OKIISHI ET G.M. BURLINGAME. 2005. *Administration and Scoring Manual for the OQ-30.2*. Brigham Young University.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2013. *Santé mentale au travail*. www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail. Accès 2013-03-24.
- MULTON, K.D., M.J. HEPPNER, N.C. GYSBERS, C. ZOOK ET C.A. ELLIS-KALTON. 2001. « Client psychological distress : An important factor in career counseling ». *Career Development Quarterly*, vol. 49, pp. 324-35.
- MULTON, K.D., R. WOOD, M.J. HEPPNER ET N.C. GYSBERS. 2007. « A cluster-analytic investigation of subtypes of adult career counseling clients : Toward a taxonomy of career problems ». *Journal of Career Assessment*, vol. 15, n° 1, pp. 66-86.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. 2013. *Le projet de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi*. www.oecd.org/fr/emploi/emp/leprojetdelocdesurlasante mentaleetlemploi.htm. Accès 2013-03-24.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2007. *Qu'est ce que la santé mentale ?* www.who.int/features/qa/62/fr/index.html. Accès 2013-03-07.
- PALLADINO SCHULTHEISS, D.E. 2005. « Le rôle des relations socio-émotionnelles dans les transitions scolaires et professionnelles ». *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 34, n° 3, pp. 353-73.
- SAVICKAS, M.L. 1991. « The meaning of work and love : Career issues and interventions ». *The Career Development Quarterly*, vol. 39, n° 4, pp. 315-24.
- SHIMOKAWA, K., M.J. LAMBERT ET D.W. SMART. 2010. « Enhancing treatment outcome of patient at risk of treatment failure : Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, no 3, pp. 298-311.
- SUPER, D.E. 1980. « A life-span, life-space approach to career development ». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 16, n° 3, pp. 282-98.
- VÉZINA, M., E. CLOUTIER, S. STOCK, K. LIPPEL, É. FORTIN, A. DELISLE ET COLL. 2011. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité au travail*. Montréal, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- WELLS, M.G., G.M. BURLINGAME, M.J. LAMBERT, M.J. HOAG ET C.A. HOPE. 1996. « Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy : Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire ». *Psychotherapy*, vol. 33, n° 2, pp. 275-83.



Suggestions de Septembre éditeur sous le thème de la santé mentale



Pour oeuvrer à rendre les organisations **psychologiquement sécuritaires** en cohérence avec la **Loi sur la santé et la sécurité du travail**.



Pour inviter les enseignant-es et le personnel scolaire à **miser sur leurs forces** et à développer une **identité professionnelle positive** avec la psychopédagogie du bien-être.



Pour **prendre soin de soi** afin d'être plus disponible pour la clientèle, créer une **meilleure alliance de travail** et enseigner cette pratique dans son milieu de travail.

Nouveauté!



Pour les parents qui cherchent la **sérénité** face aux **défis d'apprentissage**. Un livre qui, au-delà des descriptions et des conseils, **apaise les parents**.



Pour aider les clientes devant la **conciliation travail-famille**, les compromis et les choix, mais surtout **l'identité**, la **satisfaction**, les **désirs**, la recherche de **sens** et **l'accomplissement** personnel et professionnel.



Pour amener **l'enfant** à comprendre **l'épuisement professionnel** et surtout, à voir la situation **positivement**.

Ces titres et d'autres sur

septembre.com



SANTÉ MENTALE

Et si l'étudiant ayant un TDA/H était tout simplement de son temps

Marie Ducharme, c.o., conseillère à l'accueil et soutien aux étudiants en situation de handicap de l'UQAM

NDLR : Cet article et le suivant sont publiés une deuxième fois avec l'autorisation de l'association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap (AQICESH).

Cet article fait suite à une première publication au printemps dernier dans le *Bulletin* de l'AQICESH (aqicesh.ca) et portant sur la prise de médication chez les étudiants ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Cette fois-ci, ma réflexion porte sur les défis que doivent surmonter ces étudiants au cours de leur vie, notamment durant leurs études universitaires, ainsi que sur les ressources sur lesquelles ils peuvent compter pour relever ces défis.

Le TDA/H provoque chez l'enfant des problèmes neurologiques importants qui peuvent se poursuivre à l'âge adulte. Dans son livre sur le trouble de déficit de l'attention chez l'adulte, Moulton Sarkis (2013) rapporte que selon Kessel et coll. (2005), ce trouble touche 4,4 % de la population des États-Unis et de 3 à 5 % de la population québécoise, selon le document CSSMI (Lebel-Sansoucy 2011). Ce trouble entraîne des difficultés d'adaptation importantes chez l'adulte pour près de 80 % des gens qui en sont atteints (Guay et coll., 2013). Il n'est donc pas inutile d'examiner comment cette situation touche le jeune adulte dans les différentes sphères de sa vie : familiale, sociale, scolaire, professionnelle, etc., et comment ce même adulte pourra combler certains de ses besoins malgré ce trouble.

Dans le nouveau *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition (DSM-5), le TDA/H se répartit en deux domaines de principaux symptômes : l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité. Le TDA/H chez le jeune adulte entraîne surtout des problèmes cognitifs d'attention, comme la distractivité, la bougeotte dans les idées et la désorganisation. La personne peut avoir de la difficulté à commencer une tâche ou bien à la finir ; elle peut s'éparpiller, attendre à la dernière minute pour accomplir une tâche et être facilement distraite. Au travail, comme dans la vie privée, l'impulsivité fera des ravages (Vincent, 2014), et, qui plus est, les enfants ayant un TDA/H

seront plus à risque, à mesure qu'ils vieillissent, de développer d'autres troubles en comorbidité, par exemple, des troubles de l'humeur, présents dans 25 % des cas à l'adolescence, et des risques de toxicomanie (Sauriol et Till, 2004). Stephanie Moulton Sarkis (2013) illustre bien l'ampleur des répercussions du TDA/H chez le jeune adulte et l'adulte :

Les adultes souffrant du TDA ont un statut socio-économique significativement plus bas, un taux de réussite scolaire inférieur et des frais médicaux plus élevés que leurs pairs qui n'en souffrent pas (Kleinman et al., 2009 ; Bernfort, Nordfeldt et Persson, 2008). Les adultes ayant le TDA adoptent aussi des comportements plus à risque (comme le jeu), ont un taux d'abus de substances plus élevé et ont plus d'accidents de voiture (Breyer et coll., 2009 ; Wilens et Upadhyaya, 2007). Ils ont aussi un taux plus élevé de naissances non planifiées et d'infections transmises sexuellement par rapport aux personnes ne souffrant pas de TDA (Flory et coll., 2006 ; Barkley et coll., 2005).

Les adultes souffrant du TDA ont aussi plus de chances d'être sans emploi. Une étude a révélé que seulement 24 % des adultes ayant le TDA avaient un emploi, par rapport à 79 % chez les adultes non affectés. Ce taux d'emploi croît avec le traitement des symptômes (Halmey et coll., 2009).

Tous s'entendent pour dire que le passage de l'adolescence au début de l'âge adulte correspond à une période de développement critique d'où émergent les changements sociaux et psychologiques. Le jeune adulte désire prendre une distance par rapport à la famille en s'identifiant plus à ses pairs. Il développe des intérêts, des habiletés et des loisirs qui lui sont propres. Il découvre l'intimité et la sexualité. Il forme et maintient autour de lui des relations d'amitié et de collégialité. C'est un moment important pour choisir une carrière, commencer un emploi ou poursuivre des études supérieures. Toute son énergie psychologique est sollicitée afin de consolider sa personnalité et définir son projet de vie (Abdel-Baki, 2005). M^{me} Gaudet (2001) souligne quant à elle qu'« entre l'enfance et l'âge adulte survient l'acquisition de l'autonomie, de l'indépendance et de la responsabilité, et les processus qui se développent au cours

de la socialisation de l'enfance vers l'âge adulte sont toujours construits autour d'événements ».

Or, le jeune adulte ayant un TDA/H est durement touché dans son estime, sa confiance et son affirmation de soi. Les échecs répétés qui débutent très tôt dans le cheminement de l'enfance se poursuivent à l'âge adulte, lui conférant souvent l'étiquette de paresseux, de mauvais élève, et finalement celle de mauvais travailleur. Fauvert et Cournoyer (2012) ont réalisé une recherche sur des constats faits par des conseillers d'orientation qui rencontrent dans leur pratique des adolescents ayant un TDA/H : « Ils sont insécures et plus anxieux pour l'avenir, ils ne se voient pas dans le futur ; ils sont beaucoup dans le présent. »

Sur le plan des relations sociales, les comportements impulsifs, désorganisés, le niveau d'activité élevé et la sensibilité à la frustration de l'enfant TDA/H marquent déjà négativement les relations familiales (Massé et coll., 2006). Dans le témoignage d'un c.o., Fauvert et Cournoyer (2012) relèvent ce commentaire qui montre bien cet état de fait :

J'avais une famille qui avait de grosses, grosses attentes envers le jeune et puis le jeune était complètement démotivé, attristé de voir qu'il faisait de la peine aux parents parce qu'il ne performait pas à l'école, il n'avait pas les notes pour rentrer aux études supérieures [...] C'est surtout au niveau de l'estime de soi du jeune, le jugement, les attentes des parents [...].

Pour le jeune adulte ayant un TDA/H, ces problèmes se répercutent sur sa vie sociale et rendent difficile la mise en place de relations interpersonnelles avec ses pairs et au moment des premières tentatives de relations amoureuses. Les symptômes et comportements suivants (Moulton Sarkis, 2013) sont fréquents et nous en disent long sur les répercussions relationnelles du trouble pouvant rendre difficile une étape importante dans la vie du jeune adulte :

- ▶ Mettre trop d'activités à l'horaire ou faire des listes qui ne seront pas utilisées ;
- ▶ Remettre des tâches à plus tard ;
- ▶ Ressentir une agitation intérieure et avoir une faible estime de soi ;
- ▶ Avoir de la difficulté à gérer l'argent ;
- ▶ Changer d'emploi ou souvent perdre des emplois ;
- ▶ Dérégler aux règles et se mettre en colère rapidement ;
- ▶ Avoir de la difficulté à faire un suivi auprès des amis, interrompre les gens et parler plus fort que les autres dans un contexte social.

L'inattention et le manque de concentration font obstacle à la capacité de s'organiser. Dès ce moment, mener à terme un projet devient quelque chose de presque irréalisable. S'ensuivent une multitude d'échecs qui s'accumulent et une dévalorisation personnelle importante. « Des fois, c'est des élèves qui n'ont pas de projets [...] c'est comme s'ils avaient vécu trop d'échecs ou trop de difficultés qu'ils ne sont même pas capables de se projeter dans autre chose plus tard » (Fauvert et Cournoyer, 2012). Pour ceux qui éprouvent des problèmes de sommeil, de consommation d'alcool ou de drogue, le maintien d'un emploi ou la poursuite des études est souvent compromis.

Plus près de nous, nous connaissons bien les défis que doivent relever les étudiants universitaires en général. Outre qu'ils doivent acquérir plus d'autonomie et prendre davantage leur apprentissage en charge, la structure de l'enseignement sollicite plusieurs habiletés cognitives de haut niveau, entre autres l'organisation, la planification et l'effort mental soutenu, habiletés qui semblent être touchées chez l'étudiant ayant un TDA/H (Landry et Goupil, 2010).

Plus largement, le jeune adulte ayant un TDA/H évolue dans un contexte social en pleine mutation, notamment par une transformation du marché du travail (croissance de l'emploi à temps partiel, contrats de durée déterminée, baisse des revenus et offres d'emploi protégés) ainsi que par des étapes conduisant à l'autonomie parfois désynchronisées (scolarisation, emploi, décohabitation, constitution d'une famille). L'éclatement des valeurs et des repères rend floues les limites qui différencient les jeunes en difficulté de ceux qui ne le sont pas et fait obstacle aux tentatives pour mieux cerner et décrire leur cheminement.

Les caractéristiques personnelles liées aux TDA/H nous permettent de croire que ces jeunes adultes, malgré leurs problèmes d'ordre affectif, social ou d'insertion socioprofessionnelle déjà mentionnés précédemment, sont, paradoxalement, bien de leur temps et armés pour mieux s'adapter à la dynamique de la jeunesse. Leur créativité, leur polyvalence, leur bon sens de l'humour, l'amour de la nature et du plein air, leur attention extrême, leur convivialité, leur sens de la justice, leur empathie, leur capacité de persuasion et leur joie de vivre (Moulton Sarkis, 2013) sont des traits reconnus chez les jeunes adultes atteints d'un TDA/H qui les rendent réceptifs à devenir des citoyens engagés, comme le mentionnent les membres de l'Observatoire jeunes et société (OJS, 2005) sur les dynamiques de la jeunesse :

Les dynamiques de la jeunesse se révèlent dans ses stratégies d'insertion sociale par les études et par diverses formes de participation à la vie civique, dans sa capacité de mobilité géographique et d'apprentissages que cela permet, dans sa sensibilité à l'environnement, aux questions internationales et au rapport avec les autres cultures ici et ailleurs.

En ce qui a trait au monde du travail, ces mêmes caractéristiques du TDA/H, énumérées précédemment, pourraient bien correspondre aux nouveaux besoins du monde du travail. Les jeunes adultes TDA/H obéissent à un rythme rapide, à des tâches variées, à de nombreux déplacements, aux tâches stimulantes et motivantes, aux projets sans date d'échéances ferme, aux rétroactions fréquentes, aux attentes claires et aux horaires flexibles (Moulton Sarkis, 2013).

Toutefois, la conception de la jeunesse actuelle apporte aussi un contexte social fondé sur la compétition et la performance (Desmarais et coll., 2000). La stigmatisation et les difficultés sociales altèrent nécessairement la construction identitaire du jeune adulte, car elles touchent inévitablement sa place dans la société. Si le rapport entre les jeunes et les autres âges de la vie est bouleversé par l'aplanissement de l'autorité et l'éclatement des repères, il est compréhensible que le jeune adulte atteint d'un TDA/H ait besoin de soutien et d'écoute afin de s'arrimer aux nouvelles valeurs dominantes, entre autres le monde de la consommation, la culture de l'immédiateté, la valeur du savoir et de la compétition (Roy, 2014).

La conception de la jeunesse actuelle apporte des changements notables aussi sur le plan du contexte social, des valeurs dominantes, de la quête identitaire et du sujet qui nous intéresse, soit la place du jeune adulte atteint d'un TDA/H. Les répercussions de ses symptômes rendent difficile le passage à la vie adulte en ce qui a trait aux besoins d'accéder à l'autonomie, à la responsabilité, à la socialisation ainsi qu'à l'insertion scolaire et professionnelle. Le jeune adulte atteint d'un TDA/H nécessitera du soutien médical, social et institutionnel afin d'espérer satisfaire ces besoins. Paradoxalement, il nous paraît clair que cette personne possède des ressources personnelles intéressantes, qui semblent représenter des aptitudes importantes pour faire face aux transformations sociales actuelles.

Encore une fois, nous devons nous interroger sur nos démarches et nos interventions, mais surtout sur nos représentations de ces jeunes adultes. Nous devons nous concentrer sur l'apport multidisciplinaire et la concertation des différents professionnels et institutions en éliminant le plus possible le clivage des services, la médicalisation du problème ou la mise de côté de professionnels complémentaires. Il faut surtout prendre le temps de souligner, dans notre évaluation des besoins, l'apport des forces de l'étudiant et de s'en servir pour faciliter sa réussite scolaire. Il y va de la participation citoyenne des jeunes adultes aux prises avec un problème de TDA/H.

Pour approfondir votre réflexion, vous pouvez consulter : <http://premierepisode.ca/la-psychose/la-psychose-cest-quoi> et <http://premierepisode.ca/la-psychose/les-etapes-dune-psychose>.

Références

- ABDEL-BAKI, A. 2005. « L'émergence de la psychose chez l'adolescent et le jeune adulte : réflexions sur l'intervention précoce et l'expérience australienne ». *Prisme*, n° 45, pp. 30-44.
- DESMARAIS, D. ET COLL. 2000. « Vivre la détresse psychologique ». Dans D. Desmarais et coll. 2000. *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*. Québec, Les Publications du Québec, chap. 8, pp. 107-30.
- FAUVEL, M. ET L. COURNOYER. 2012. *Le rôle-conseil des c.o. et la clientèle TDA/H*. Colloque de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ).
- GAUDET, S. 2001. « La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte ». *Lien social et Politiques*, RIAC, n° 46, pp. 71-83.
- GUAY, M.-C. ET COLL. 2011-2013. « Impacts d'une thérapie comportementale sur les comportements d'opposition et de provocation d'enfants d'âge préscolaire qui présentent un TDAH, un trouble oppositionnel et un retard de langage ». *Perspectives Psy*, vol. 50, pp. 256-62.
- LANDRY, F. ET G. GOUPIL. 2010. « Le trouble déficitaire de l'attention à l'université ». *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, vol. 26, n° 2, pp. 2-11.
- MASSÉ, L., C. LANARIS ET C. COUTURE. 2006. « Interventions auprès des parents de jeunes présentant un TDAH ». Dans N. Chevalier et coll. (réd.). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer et surtout valoriser*. Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 256-80.
- MOULTON SARKIS, S. 2013. *Le trouble de déficit de l'attention chez l'adulte*. Ottawa, Éditions Broquet, p. 18.
- OJS. 2005. Mémoire de l'OJS adressé au gouvernement du Québec. Dans M. Gauthier. 2005. « Les représentations de la jeunesse : un chantier ouvert ». *Revue internationale d'études québécoises*, vol. 8, n° 2, pp. 23-40.
- ROY, J. 2014. Conférence sur la quête identitaire des étudiants, valeurs sociétales et lecture sociologique de l'échec. Rencontre annuelle des professionnels en orientation et en psychologie des cégeps et universités. *L'échec, petite fin du monde ou occasion de dépassement ?*, Université Laval.
- SAURIOL, D. ET D. TILL. 2004. « Concentrons-nous sur le TDAH : Nouveau traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ». *Action clinique*. Montréal, Éditions Santé et finance.
- VINCENT, A. 2014. *Mon cerveau a ENCORE besoin de lunettes : Le TDAH chez l'adulte*. Montréal, Les Éditions Québec-Livres.



SANTÉ MENTALE

Les défis d'une trajectoire plus fluide entre l'hôpital et les études

Émilie Bégin, c.o., avec la collaboration de **Martine Viallet, c.o.** au programme des troubles psychotiques, Institut universitaire de santé mentale de Montréal

Magalie a 20 ans, elle est en première année au baccalauréat en informatique à l'université. C'est sa première session, et elle se prépare pour ses examens de fin de trimestre. Son niveau de stress est à son plus haut ; elle ne se sent pas prête pour l'examen. Elle a de la difficulté à se concentrer. Elle dort de moins en moins. En fait, elle ne dort plus depuis maintenant quelques jours. Elle entend des voix lui disant qu'elle va échouer et critiquant ce qu'elle fait. Et voilà ! Elle qui était en pleine préparation de ses examens de fin de session à l'université se retrouve dans un lit d'hôpital, dans une unité psychiatrique avec d'autres personnes qu'elle ne connaît pas. Il est 11 h 30, plus qu'une heure et demie avant l'examen. Magalie n'ira pas faire son examen. Elle restera à l'hôpital un peu plus de trois semaines. Elle se sent perdue, confuse, comme si elle n'était pas vraiment là... On lui dira qu'elle a fait une psychose.

L'exemple de Magalie vient illustrer une « rupture scolaire » que nos clients sont amenés à vivre dans certains cas. Le mot *psychose* fait référence à « une maladie causée par un mauvais fonctionnement du cerveau et qui perturbe le contact avec la réalité » (CHUM, 2012a). Sans entrer dans les détails, juste un mot pour dire que la psychose peut être liée à plusieurs problèmes de santé mentale, dont la schizophrénie, la dépression, le trouble bipolaire, etc. De plus, ces problèmes s'accompagnent bien souvent de troubles liés, comme l'anxiété et l'abus de substances, pour ne nommer que ceux-là.

Trois étapes peuvent caractériser la plupart des psychoses : le prodrome (période précédant la psychose franche), la phase aiguë (où les symptômes liés à la psychose sont clairs : pensées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée) et la phase de rémission (où les symptômes peuvent être encore présents, mais de moindre intensité). Pour certaines personnes, les symptômes peuvent se poursuivre sur une longue période (phase résiduelle) (CHUM, 2012b).

Lorsque la personne est en phase de rémission, il est possible pour elle d'envisager un retour à la vie active, que ce soit au travail, à l'école ou dans un autre projet. Mais comme il a été mentionné précédemment, la personne est souvent aux prises avec des symptômes qui demeurent présents et avec lesquels elle a à s'adapter. Et c'est alors que des questions se posent, par exemple :

Je me sens ralenti avec la médication, est-ce que je vais pouvoir reprendre mes études dans mon domaine ?

Ça fait deux sessions que j'échoue mes cours, et je suis menacée d'expulsion, que puis-je faire ?

On dirait que je n'ai plus d'intérêts, vers quoi vais-je me diriger ?

Je voudrais retourner travailler comme préposée aux bénéficiaires, mais mon médecin n'est pas d'accord en raison des fluctuations d'horaires liées à mon type d'emploi. Qu'est-ce que je pourrais faire d'autre ?

La maladie pousse très souvent les individus à revoir leurs projets scolaires et professionnels. Pour certains, le projet scolaire va se poursuivre en y ajoutant certains aménagements. Pour d'autres, le projet scolaire change complètement. Une autre possibilité, parfois envisagée, est celle de remettre le projet scolaire à plus tard pour aller travailler. Avec l'arrivée de la maladie, c'est parfois difficile pour le client de se redéfinir, compte tenu de sa nouvelle réalité et du fait qu'il ne veut pas voir ou qu'il a de la difficulté à évaluer, et qui le place dans une situation de vulnérabilité qui est, le plus souvent, très souffrante. Cette nouvelle réalité sera accompagnée de deuils, de nouveaux choix, de prises de décision. À l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, la discipline d'orientation et de réadaptation professionnelle a le mandat de favoriser l'intégration scolaire et professionnelle des personnes ayant un problème de santé mentale, et ce, depuis 1974. Cette pratique « novatrice » est pourtant en train de se perdre au sein de l'établissement en raison, entre autres, des compressions budgétaires.

Pour nous, pratiquer comme c.o. au sein d'équipes multidisciplinaires demeure une expérience riche et extrêmement plaisante. Il est vrai que plusieurs « zones grises » en ce qui a trait au champ d'exercice de chacun peuvent se présenter. Un enjeu comme le deuil peut être abordé en travail social, en psychologie, mais également en orientation. Et le volet travail peut être partagé dans l'aspect de l'adaptation en contexte de travail sur le plan fonctionnel par nos collègues ergothérapeutes. Mais, personnellement, nous croyons que l'apport de chaque professionnel, lorsque nos collègues et nous sommes sensibilisés à notre rôle respectif et à la façon d'offrir des services en continuité, permet d'en améliorer la qualité et de rendre nos interventions beaucoup plus efficaces.

Selon nous, trois éléments viennent confirmer la valeur ajoutée d'avoir accès à une démarche assurée par un c.o. au sein de l'équipe médicale :

1) Concernant le client

Le psychiatre, dès que l'état du client s'est amélioré, peut lui suggérer de rencontrer un c.o. s'il envisage de retourner à l'école ou au travail. Il est donc possible, en fonction de la demande du client, de faire le point sur sa situation. Cela nous permet de prendre le temps, conjointement avec le client, de cerner les meilleures options qui s'offrent à lui, compte tenu de sa réalité. Il est important de souligner que l'alliance de travail est parfois complexe à créer et à maintenir, mais qu'elle vient jouer un rôle important sur les résultats de la démarche. L'évaluation continue offerte par le c.o. au sein de l'équipe médicale permet de faire les modifications nécessaires au fur et à mesure de son parcours scolaire ou professionnel. Étant donné que l'équipe médicale offre généralement un suivi de longue durée, il est possible pour le c.o. d'accompagner le client dans les différentes étapes de son parcours et de réévaluer, au besoin, le projet en plus d'obtenir plus facilement les informations pertinentes quant à sa situation (ex. : un déménagement, un changement de médication, une rechute, la transition entre l'école et le marché du travail).

2) Concernant l'équipe médicale

Le travail du c.o. en milieu hospitalier avec un client ayant un trouble mental grave se fait également par l'intermédiaire de notre rôle-conseil. Dans le cas d'un retour ou de l'entrée au cégep ou à l'université, il est possible d'être en mesure de partager les informations obtenues de nos partenaires du milieu scolaire (ex. : intervenants scolaires, enseignants) et de l'équipe traitante. Dans certains cas, les éléments permettent une modification de la médication ou un changement dans le moment de la prise de la médication. Dans d'autres situations, les éléments soulevés permettent d'établir des aménagements plus adaptés à la réalité que vit le client (ex. : horaire à temps partiel). Le lien direct avec l'équipe médicale permet donc d'avoir des modifications plus efficaces. Ce lien privilégié nous permet d'informer l'équipe médicale, par exemple, s'il y a inadéquation

concernant ses attentes par rapport au client compte tenu des exigences du milieu scolaire.

3) Concernant les intervenants du milieu scolaire

Pour différentes raisons, certains de nos clients refusent d'aller chercher de l'aide auprès des services offerts par l'établissement scolaire. Les raisons évoquées diffèrent d'un à l'autre, mais une tendance peut facilement se dégager, soit celle d'être stigmatisé. Il arrive également que le client refuse certains aménagements de peur d'être « étiqueté ». Par exemple, un client refusera d'avoir un preneur de notes, prétextant que le professeur devra être mis au courant qu'il a un handicap. Un autre refusera d'enregistrer son cours, bien que ses voix l'empêchent d'entendre ce que le professeur dit, prétextant « ne pas en être rendu là ». Comme si les mesures d'aide devenaient « la béquille visible » confirmant la maladie que le client porte avec une charge de honte, de stigmatisation et parfois de déni. Malheureusement, certains collègues de classe, certains professeurs et certains intervenants, par méconnaissance ou par ce qui peut être véhiculé encore aujourd'hui par les médias, entretiennent des préjugés par rapport aux troubles de santé mentale. Une collègue expliquait qu'un professeur, par peur que l'étudiant soit violent, l'avait refusé à son cours, prétextant qu'il avait à se servir de ciseaux. Cela met en lumière les craintes que suscite la psychose et l'importance de mieux être informé sur ses signes précurseurs. Ce travail en partenariat permet souvent d'éviter que ces situations se produisent et qu'elles aient comme conséquence d'isoler encore plus la personne.

En somme, la présence d'un c.o. au sein de l'équipe médicale est selon nous une pratique sur laquelle il serait important d'investir davantage pour favoriser une intégration socio-professionnelle optimale des individus aux prises avec des troubles de santé mentale. Toutefois, comme il n'est pas possible, dans la plupart des cas, d'avoir accès à des services d'orientation scolaire et professionnelle au sein de l'équipe médicale, nous invitons nos partenaires du réseau scolaire à ne pas hésiter à proposer des services d'orientation lorsque cela s'avère pertinent, et de ne pas hésiter à établir des partenariats avec les professionnels du réseau de la santé pour qu'il puisse y avoir une transition plus fluide pour le patient entre un épisode de soin à l'hôpital et une session à l'université. ←

Références

CHUM. 2012a. « La psychose, c'est quoi ? ». *Premier épisode*. <http://premierepisode.ca/la-psychose/la-psychose-cest-quoi>.

CHUM. 2012b. « Les étapes d'une psychose ». *Premier épisode*. <http://premierepisode.ca/la-psychose/les-etapes-dune-psychose>.



DÉONTOLOGIE

Démystifier la pratique de l'évaluation des troubles mentaux

Geneviève Brisebois, c.o., chargée d'affaires professionnelles et réglementaires, OCCOQ, et **Yann Le Corff, Ph.D., c.o.**, professeur, Université de Sherbrooke

Dans ce deuxième article sur l'évaluation des troubles mentaux, nous abordons le contexte de pratique des conseillers d'orientation pratiquant cette activité. Depuis l'entrée en vigueur du projet de loi n° 21 en 2012, l'attestation de formation à l'évaluation des troubles mentaux a été délivrée à une vingtaine de c.o. Quelques-uns ont partagé avec nous leur expérience pour décrire leur contexte de pratique ainsi que l'apport des c.o. détenant cette attestation. Nous vous présentons dans cet article un premier portrait ainsi qu'une réflexion sur les enjeux observés par les conseillers d'orientation consultés.

Marie Ducharme, c.o.

Service d'accueil et de soutien aux étudiants en situation de handicap de l'UQAM

Contexte de l'implantation de l'évaluation des troubles mentaux

Les universités québécoises connaissent une augmentation de la présence d'étudiants ayant des troubles mentaux, d'apprentissage, de déficit de l'attention, de la personnalité et du spectre de l'autisme. Conséquemment, elles font face à un accroissement des demandes adressées par ces derniers aux services d'accueil et de soutien aux étudiants en situation de handicap, plus particulièrement à l'UQAM, qui se définit comme une université accessible. Le service de l'UQAM souhaitait donc, en l'absence d'une clinique de services de santé, étoffer son expertise en évaluation des troubles mentaux afin d'obtenir des évaluations à moindres coûts.

Mon expérience de c.o.

Je suis arrivée à l'UQAM à titre de conseillère aux étudiants en situation de handicap avec une vaste expérience d'évaluation en orientation avec une clientèle présentant des problèmes de santé mentale. Mon entrée en fonction au service et mon désir d'obtenir l'attestation de formation à l'évaluation des troubles mentaux ont permis de justifier un poste de conseiller

d'orientation spécialisé auprès des étudiants en situation de handicap et, ainsi, d'offrir un service de démarche d'orientation adapté à cette clientèle – puisque ces situations de handicap ont des répercussions importantes sur la trajectoire développementale et le processus identitaire de la personne.

Clientèle évaluée

L'UQAM connaît une forte augmentation de demandes de mesures de soutien provenant d'étudiants qui ne possèdent pas d'évaluation formelle, mais qui ressentent des symptômes qui causent une situation de handicap dans leur parcours universitaire. Ces étudiants font des recherches sur les symptômes et cherchent à s'autodiagnostiquer. On notait donc le besoin d'une personne capable de dresser un profil d'étudiant comprenant ses forces et ses limites, de les mettre en lien avec les difficultés évoquées et d'évaluer un possible trouble mental pour en tirer des hypothèses afin d'orienter les étudiants souffrants vers les ressources médicales en lien avec leur problème.

La clientèle la plus souvent évaluée dans le cadre de ma pratique est fortement représentée par des étudiants en crise, ceux présentant des difficultés scolaires (sans diagnostic) et ceux envoyés parfois par les autres professionnels ou par les professeurs. Au fil des années, une collaboration s'est développée avec les professeurs.

Exemples d'évaluation :

- ▶ Trouble du TDAH
- ▶ Troubles de personnalité (ex. : TPL)
 - Une étudiante très symptomatique est arrivée en urgence dans mon bureau. Une évaluation a été réalisée et quelques points ont été validés avec la psychologue consultée par l'étudiante. Un rapport a été produit pour le médecin, accompagné d'une discussion qui a permis d'avoir une rétroaction de sa part sur l'évaluation et le rapport. Ne pas oublier que, pour des cas complexes comme celui-ci, j'ai besoin de validation avec mon superviseur clinique. Je trouve essentiel de garder ce lien de supervision, même une fois ma formation achevée.
- ▶ Troubles anxieux (ex. : trouble d'anxiété généralisée)

- Troubles du spectre de l'autisme
 - *Je ne me sens pas assez à l'aise avec le formulaire officiel et je n'ai pas encore reçu la formation. Je préfère transférer le cas à un psychologue. Par conséquent, je suis plus dans le dépistage que l'évaluation.*
- Troubles de l'apprentissage
 - *Je suis aussi parfois moins certaine lorsqu'il y a absence d'un trouble conjoint du déficit de l'attention. Comme je me sens moins en confiance, je préfère effectuer une évaluation conjointe ou diriger l'individu vers un orthophoniste ou un neuropsychologue.*

À noter que les étudiants de l'UQAM bénéficient d'un remboursement de 80 \$ par séance, jusqu'à un maximum de 800 \$, par les assurances de l'Université. Ils ne sont souvent pas au courant. Cela peut aussi permettre de payer une évaluation en privé. J'ai ainsi développé un partenariat avec une clinique d'évaluation en neuropsychologie à Montréal, qui accepte nos étudiants à ce tarif lorsque je n'ai pas le temps de faire les évaluations. Par ailleurs, je les consulte aussi pour des validations.

Apport particulier du c.o. dans la pratique par rapport aux autres professionnels habilités

Mes dernières années de pratique au service m'ont sensibilisée à l'importance du projet professionnel des étudiants en situation de handicap. Ces derniers sont plus souvent touchés par le deuil à faire de certains aspects de ce projet et des défis qui s'imposent à leur situation de handicap, un problème abordé par les conseillers d'orientation. Dans mon milieu, il y a souvent un ménage à faire entre les difficultés scolaires et le manque de motivation, qui peut mener à une demande de changement de programme. Le conseiller d'orientation est donc le mieux placé pour répondre à ce problème.

Dans ma pratique, ma formation à l'évaluation des troubles mentaux m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement et les répercussions cognitives de la maladie sur le parcours et le choix de carrière, et de pouvoir par la suite faire le lien avec la vie universitaire et professionnelle. Quand je découvre une caractéristique particulière chez un client, je la nomme et je fais des liens avec le marché du travail. J'observe quelle peut en être l'incidence dans le monde du travail ainsi que dans son mode de fonctionnement d'étudiant. Ce sera très utile dans le développement identitaire de l'individu.

Avantages perçus pour ma pratique et pour mon milieu

Grâce à mes compétences en évaluation des troubles mentaux, j'estime être en mesure de mieux analyser les répercussions des affections cliniquement significatives des clients et d'y donner

un sens en lien avec leurs symptômes et leur situation de vulnérabilité scolaire et professionnelle.

Pour le service, cette activité a nettement permis la reconnaissance de l'apport d'un poste de c.o. dans l'équipe. Le fait de pouvoir effectuer une évaluation du fonctionnement psychologique de la personne en prenant en compte la présence de troubles mentaux ou neuropsychologiques, d'un retard mental, de situations de handicap, de difficultés d'adaptation en contexte scolaire ou professionnel, ou d'autres troubles décelés par des référentiels reconnus en santé mentale raffine la mise en place d'aménagements et donne une crédibilité auprès des différents membres de la communauté universitaire (professeurs, chargés de cours, direction, personnel), et bien sûr auprès de la clientèle.

Difficulté principale que vous rencontrez dans l'exercice de cette activité réservée

Comme pour mes autres fonctions, le manque de temps nuit à ma capacité d'effectuer l'évaluation des troubles mentaux. En effet, il s'agit d'un processus qui demande du temps de rencontre, de consultation interprofessionnelle ainsi que de rédaction de rapports. Il est impossible de prédire le temps nécessaire à chaque évaluation...

Préoccupation liée au diagnostic et au rapport final d'évaluation

Pour chaque évaluation, je produis un rapport assez détaillé. Si la situation est urgente, le rapport peut parfois être plus succinct, et je recommande un recours aux services d'urgence. Bien souvent, les étudiants n'ont pas de médecin. Je les guide alors vers une clinique sans rendez-vous s'ils ont besoin d'un suivi et peut-être d'une médication. Lorsqu'ils ont un médecin de famille, le plus souvent possible, je fais un suivi – avec leur consentement – auprès du professionnel de la santé.

Ce que ça prend pour exercer l'évaluation des troubles mentaux

Pour procéder à l'évaluation des troubles mentaux, je crois que ça prend un intérêt pour la recherche et l'investigation, de même que pour la santé, ainsi que de la curiosité et le goût d'en savoir plus sur le fonctionnement psychologique et la psychopathologie.

À mon avis, il faut avoir la conviction que les troubles mentaux ne sont pas un obstacle à la réussite d'un projet d'études. Il faut y croire véritablement, car l'analyse sera effectuée en globalité. Par exemple, un « ménage » doit être fait entre les symptômes aigus en raison du stress des études (stress induit par les études) versus le développement du trouble mental. Ainsi, on peut mieux aider la personne à se comprendre et à poursuivre son projet d'études.

Par ailleurs, dans ma pratique, je vois l'évaluation comme une intervention, un instrument qui va m'aider dans mon travail avec l'étudiant. Comme cette étape change sa vie et sa vision

de lui-même, je m'assure alors de lui donner des éléments de plus à prendre en considération pour se comprendre mieux et réussir dans sa vie.

« Quand je suis convaincue, je suis capable de le transmettre. »

Enjeux et constats issus des discussions et du témoignage

Augmentation des clientèles émergentes

Plusieurs constats intéressants ressortent des témoignages de conseillers d'orientation qui détiennent une attestation de formation à l'évaluation des troubles mentaux et qui travaillent dans des institutions d'ordres d'enseignement différents. D'abord, on retient que le contexte actuel, marqué par l'augmentation des clientèles dites émergentes, crée des besoins d'évaluation et d'intervention accrus auxquels doivent répondre les établissements. Il devient donc avantageux pour les établissements que les c.o. puissent réaliser des évaluations des troubles mentaux, particulièrement en contexte de pénurie de personnel spécialisé (ex. : psychologues scolaires).

Avantage organisationnel et travail interdisciplinaire

Détenir l'expertise à l'interne entraîne des coûts moindres pour l'organisme ainsi que la possibilité pour les c.o. d'exercer un rôle-conseil auprès des autres intervenants, entre autres auprès des enseignants. En ce sens, les c.o. soulignent l'importance de travailler en interdisciplinarité avec d'autres professionnels (ex. : neuropsychologue, orthophoniste) pour bénéficier des expertises respectives et en faire profiter les clients.

Connaissance de ses forces et de ses limites

L'évaluation des troubles mentaux est un domaine vaste, et personne ne peut être un expert de l'ensemble des problématiques rencontrées. Il importe alors que le professionnel reconnaisse les limites de ses compétences et qu'il sache consulter d'autres spécialistes et référer au besoin. Il se dégage également de ces témoignages que la présence du c.o. parmi les professionnels pratiquant l'évaluation des troubles mentaux apporte une plus-value aux équipes multidisciplinaires, car il permet d'approfondir la dimension vocationnelle de l'évaluation. En ce sens, dans l'équipe, le c.o. est bien souvent le mieux placé pour évaluer les répercussions des troubles sur le fonctionnement scolaire et professionnel de la personne ainsi que sur son développement identitaire.

Valeur ajoutée pour les c.o.

L'attestation de formation à l'évaluation des troubles mentaux donne lieu à plusieurs avantages pour les c.o. Le plus important est probablement que cette compétence permet de faire une évaluation psychologique plus complète des clients rencontrés. En outre, dans certains milieux, cette reconnaissance formelle

donnera plus de crédibilité aux évaluations réalisées par le c.o. ainsi qu'aux recommandations, aux plans d'action ou aux mesures d'accommodement proposées.

Défi de trouver de la formation continue adaptée

Les c.o. font toutefois face à des défis. En particulier, il existe à ce jour très peu d'activités de formation initiale et continue en évaluation des troubles mentaux qui s'adressent spécifiquement aux conseillères et aux conseillers d'orientation. Si plusieurs professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines sont habilités à évaluer les troubles mentaux, chacun exerce cette activité dans le cadre de son champ de pratique, ce qui entraîne des particularités qui donnent une couleur différente à la manière dont les évaluations sont conduites.

Enjeu du temps accordé à la pratique

Un autre enjeu qu'il importe de souligner est le temps nécessaire à la réalisation des évaluations. L'évaluation des troubles mentaux constitue un processus complexe qui exige un certain temps. En effet, le plus souvent, l'évaluation nécessitera une ou plusieurs entrevues avec la personne évaluée, des discussions ou des entrevues avec des personnes proches (ex. : parent, enseignant), la passation et l'interprétation de tests psychométriques, la consultation du dossier de la personne (ex. : dossier médical ou scolaire), la consultation de collègues (travail en interdisciplinarité), la formulation du jugement clinique, des recommandations et du plan d'intervention, et enfin la rédaction du rapport. Il importe donc que les employeurs qui demandent aux c.o. de réaliser ce type d'évaluation soient sensibilisés à la lourdeur de cette tâche. Les témoignages recueillis semblent indiquer que les directions des établissements concernés ont créé des postes de c.o. spécifiquement pour le travail auprès des clientèles éprouvant des problèmes de santé mentale, ce qui crée un contexte favorable à la réalisation de cette activité complexe.

En conclusion

Comme communauté professionnelle, nous ne pouvons que nous réjouir que les c.o. s'affirment de plus en plus comme des professionnels détenant une expertise dans le domaine de la santé mentale, et dont les compétences particulières (développement de carrière, identité, etc.) ont un apport important dans les équipes multidisciplinaires et pour le mieux-être des clients. L'exercice compétent de cette activité nouvellement réservée par le Code des professions ne peut que contribuer à la reconnaissance sociale de la profession.

Pour plus d'information sur la démarche permettant d'obtenir l'attestation de formation à l'évaluation des troubles mentaux et la pratique de cette activité réservée, vous pouvez dès maintenant consulter la communauté virtuelle dans l'espace compétence. Les renseignements seront mis à jour régulièrement. Par ailleurs, le forum vous permettra de poser des questions.



Vanessa Girardin,
c.o. et conseillère en emploi,
intervenant pour Accompagne ton
emploi, Carrefour jeunesse-emploi
de Sherbrooke



Patricia Dionne,
c.o., professeure agrégée,
Université de Sherbrooke

CLIENTÈLES

Travail et suicide :

Le travail peut-il faire au point où l'on en vient à penser à mourir ? L'absence de travail¹ peut-elle mener à un geste suicidaire ? Quelle est la nature du lien unissant le travail, l'absence de travail et la santé mentale ? À partir de données recueillies pour un mémoire (Girardin, 2019), le présent article fera état d'une approche novatrice pour tenter de répondre à ces questions.

Depuis quelques années, la santé mentale occupe une place de choix dans les enjeux préoccupant l'OCDE (2015).

Santé mentale et travail

Il est en effet possible de constater l'adoption de plusieurs politiques mettant à l'avant-plan la promotion de la santé mentale et du bien-être psychologique. Certaines visent également à assurer une meilleure protection de la population aux prises avec des troubles de santé mentale. Nommons, par exemple, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, adoptée en juin 2009 (connue sous le nom de projet de loi n° 21).

Au Canada seulement, une personne sur cinq vivra, au cours de sa vie, un problème de santé mentale (ACSM, 2018), ou 21,4 % de la population active (CSMC, 2017). Les études démontrent également un lien étroit entre la santé mentale et le travail (p. ex. : Paul et Moser, 2009; Vézina et coll., 2011). Le travail peut être la cause de la détresse psychologique ressentie par la personne ou, du moins, grandement y contribuer.

Suicide et travail

Par ailleurs, le travail exerce une fonction identitaire pour plusieurs personnes. Nous nous définissons majo-

ritairement par le travail que nous occupons (Costalat-Founeau et Guillen, 2009; Raffaitin et Raffaitin-Bodin, 2008). L'une des premières questions que nous posons lorsque nous rencontrons une nouvelle personne n'est-elle pas, après tout : « Que faites-vous dans la vie ? » Le travail joue donc un rôle important dans la vie de la personne, et ce, à bien des égards. Les difficultés vécues dans cette sphère de la vie peuvent avoir de graves conséquences sur la santé de la personne (Savickas et coll., 2010). Or, lorsque le travail ne répond pas correctement au besoin d'intégration sociale et de développement identitaire, cela peut provoquer une détresse psychologique (Masdonati et Zittoun, 2012; Raffaitin et Raffaitin-Bodin, 2008), voire une crise suicidaire (Dejours, 2007; Girardin, 2019). Ainsi, depuis les années 1990, il est possible de constater, notamment en France, le phénomène du suicide sur les lieux de travail (Dejours et Bègue, 2009; Luauté, 2013).

Parcours suicidaire

Nombre d'études mettent en relation le travail, le chômage et le suicide, mais peu d'entre elles ont cherché à comprendre comment cette relation se construit dans le temps et selon les événements significatifs présents dans les différentes sphères de la vie d'une personne. Dès lors, il est possible de se questionner sur

¹ Nous entendons par « absence de travail » le fait de ne plus exercer, à un moment donné, un travail rémunéré. Ce terme comprend non seulement le chômage, mais également les arrêts de travail (maladies ou autres) et les périodes où les personnes bénéficient de l'aide de dernier recours.

la nature biographique de ce lien. En effet, on en sait peu sur l'influence du travail et de l'absence de travail dans le parcours suicidaire de la personne. À quel point un événement tel que la perte d'un emploi peut-il agir comme un élément déclencheur du geste suicidaire ? Quelle est l'influence exercée par les autres sphères de la vie lorsqu'un tel événement survient ? L'utilisation de l'approche des parcours de vie (Elder, 1998), ou plus spécifiquement du parcours suicidaire, pourrait contribuer à cette compréhension en permettant de prendre connaissance de l'ensemble des événements marquants présents dans la vie de la personne et ayant mené à un éventuel geste suicidaire.

Cette approche permet d'aborder la prévention du suicide sous un nouvel angle et, par le fait même, contribue à la compréhension de ce phénomène. Ainsi, son utilisation permet de mettre en relation les événements marquants liés au suicide présents dans chaque sphère de la vie. De cette manière, cela peut soutenir la compréhension de leurs interactions ainsi que de leur influence sur la finalité de la crise suicidaire.

Répercussions sur la pratique en orientation

Selon nos données de mémoire, recueillies au cours de quatre entrevues semi-dirigées², trois sphères de la vie semblent particulièrement jouer un rôle capital dans les parcours suicidaires étudiés, soit la sphère professionnelle, la sphère familiale et la sphère santé. Les événements présents dans ces sphères ont influé sur la détresse psychologique, plus particulièrement au cours des six derniers mois de la crise suicidaire. C'est toutefois le cumul et l'interrelation des événements présents dans toutes les sphères de la vie qui revêtent une incidence sur la détresse psychologique vécue par la personne (Bidart et Brochier, 2010) ainsi que sur son parcours suicidaire (Girardin, 2019). La mise en lumière des événements marquants présents dans chacune des sphères de la vie de la personne a permis de mieux comprendre les éléments ayant contribué à la crise suicidaire, ainsi que ceux l'ayant précipitée.

En ce qui concerne la sphère professionnelle, le travail semble avoir un effet notable dans le parcours suicidaire des personnes interrogées en plus d'avoir un double rôle dans la finalité de la crise suicidaire. Il semble contribuer à la détresse psychologique vécue, mais également agir comme source de protection. Des personnes soulignent que le travail a contribué

à prévenir le geste suicidaire dans les moments de crise de leur parcours, notamment en contribuant au sentiment d'utilité dans la société ou en permettant un moment de répit d'une sphère familiale. En effet, certaines personnes participantes de l'échantillon ont expérimenté, au sein de cette sphère, des relations qui s'étaient détériorées (Girardin, 2019). À l'instar de ce que soulignent plusieurs travaux du domaine de l'orientation, le travail participe à la construction de l'identité sociale des personnes (Costalat-Founeau et Guillen, 2009; Masdonati et Zittoun, 2012).

Ce serait plutôt le chômage ou l'absence de travail qui agirait, et ce, pour l'ensemble de l'échantillon étudié, comme élément principal ayant contribué à la crise suicidaire, notamment en favorisant un isolement social important et en entraînant des difficultés financières. Ces résultats viennent soutenir ceux des études précédentes montrant que le chômage suscite une augmentation du risque suicidaire (Gournay et coll., 2004). À l'instar de ce que soutiennent les résultats de la méta-analyse de Paul et Moser (2009), le chômage a créé, chez les personnes participantes, une anxiété importante, une baisse de la satisfaction concernant la vie ou une diminution déclarée de l'estime de soi. L'absence de travail peut également accentuer les tensions relationnelles déjà présentes dans la sphère familiale (Girardin, 2019). Finalement, la recherche d'emploi peut provoquer une détresse psychologique, car elle peut être une source de stress et faire vivre une situation d'échec (McKee-Ryan et coll., 2005).

Le construit du parcours suicidaire permet d'aborder la problématique du suicide et de sa prévention sous un regard novateur en offrant une solution de rechange à la notion de facteurs de risque et de facteurs de protection. Ainsi, prendre connaissance de l'interinfluence entre les sphères de la vie de la personne pourrait permettre aux conseillères et conseillers d'orientation de mieux comprendre la détresse psychologique vécue. De plus, mieux comprendre le rôle du travail et de l'absence de travail dans le parcours suicidaire de l'adulte pourrait aider à détecter les personnes qui vivent une période d'absence de travail et qui risquent davantage de traverser une crise suicidaire. L'utilisation des ressources en orientation permettrait, par exemple, d'agir en prévention au cours d'une période difficile au travail ou d'une période d'absence de travail. Nous avons, comme c.o., un rôle de prévention important, entre autres dans nos interventions avec des personnes sans emploi pour évaluer le

² Les participants ont été sélectionnés en partenariat avec JÉVI, un organisme en employabilité de l'Estrie. Le rôle du travail dans la crise suicidaire n'a pas été pris en considération au moment de la sélection. Toutefois, les personnes participantes devaient présenter une absence de risque suicidaire; ce qui a été réévalué avant l'entrevue. L'échantillon était composé de deux hommes et de deux femmes âgées de 19 à 51 ans, tous originaires du Québec. Le plus haut degré de scolarité complété varie de la première secondaire au baccalauréat.

risque suicidaire. Nous pouvons être amenés à collaborer avec d'autres ressources de la santé, notamment les CIUSSS et les organismes de prévention du suicide, pour aider les personnes à s'engager dans des projets éducatifs et professionnels qu'elles valorisent et qui sont porteurs d'espoir et de santé pour elles.

Références

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. 2018. *Information*. <https://acsmquebec.org/services/informations>. Accès le 15 octobre 2018.
- BIDART, C. et D. BROCHIER. 2010. « Les bifurcations comme changements d'orientation dans un processus ». Dans Mendez, A. (dir.), *Processus : concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales* (pp. 171-90). Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. 2017. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ontario, Canada.
- COSTALAT-FOUNEAU, A.-M. et S. GUILLEN. 2009. « Identité sociale et capacité pour un sujet en quête de reconnaissance ». *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 38, n° 4, pp. 521-44. doi : 10.4000/osp.2344.
- DEJOURS, C. 2007. « Une nouvelle forme d'aliénation qui tue ». *Santé et travail*, vol. 60, pp. 2-28.
- DEJOURS, C. et F. BÈGUE. 2009. *Suicide et travail : que faire ?* Paris, Presses universitaires de France.
- ELDER, G.H., Jr. 1998. « The life course as developmental theory ». *Child Development*, vol. 69, n° 1, pp. 1-12.
- GIRARDIN, V. 2019. *Le travail et l'absence de travail : leur influence sur le parcours suicidaire de l'adulte*. Mémoire de maîtrise inédit. Sherbrooke, Québec, Université de Sherbrooke.
- GOURNAY, M., F. LANIÈRE et I. KRYVENAC. 2004. « Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie ». *Travailler*, vol. 2, n° 12, pp. 91-8. doi : 10.3917/trav.012.0091.
- LUAUTÉ, J.-P. 2013. « Utilisation-récupération du suicide au travail à des fins politiques. Première partie : un déterminisme social pur ». *Annales médico-psychologiques*, vol. 172, n° 1, pp. 71-5. doi : 10.1016/j.amp.2013.11.007.
- MASDONATI, J. et T. ZITTOUN. 2012. « Les transitions professionnelles : processus psychosociaux et implications pour le conseil en orientation ». *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 41, n° 2, pp. 1-21. doi : 10.4000/osp.3776.
- McKEE-RYAN, F.M., Z. SONG, C.R. WANBERG et A.J. KINICKI. 2005. « Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study ». *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, n° 1, pp. 53-76. doi : 10.1037/0021-9010.90.1.53.
- ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION DU QUÉBEC. 2015. *Projet de loi 21*. www.orientation.qc.ca/informations-pour-le-public/le-projet-de-loi-21. Accès le 10 août 2015.
- PAUL, K.I. et K. MOSER. 2009. « Unemployment impairs mental health: Meta-analyses ». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 74, n° 3, pp. 264-82. doi : 10.1016/j.jvb.2009.01.001.
- RAFFAITIN, F. et C. RAFFAITIN-BODIN. 2008. « Travail et dépression ». *L'encéphale*, n° 34, pp. 434-49. doi : 10.1016/j.encep.2008.06.006.
- SAVICKAS, M. et coll. 2010. « Construire sa vie (life designing) : un paradigme pour l'orientation au 21^e siècle ». *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 39, n° 1, pp. 5-39. doi : 10.4000/osp.2401.
- VÉZINA, M. et coll. 2011. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Rapport R-691. Montréal, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

SUIVEZ L'OCCOQ SUR SA PAGE FACEBOOK | @OCCOQ

 Ordre des conseillers
et conseillères d'orientation
du Québec



Pour voir mes possibilités, les C.O. sont là !



Francis Milot-Lapointe,
Ph.D., c.o., professeur,
Université de Sherbrooke



Réginald Savard,
Ph.D., c.o., professeur,
Université du Québec à Montréal



Y
Ph.D., c.o., professeur,
Université de Sherbrooke

RECHERCHE

en counseling de carrière individuel pour réduire l'indécision de carrière et la détresse psychologique des clients

Environ 50 % des clients qui consultent en counseling de carrière individuel manifestent un niveau élevé d'indécision de carrière et de détresse psychologique à l'amorce d'un processus (Milot-Lapointe et coll., accepté, 2020; Multon et coll., 2007). Les recherches montrent qu'en moyenne les clients voient leur niveau d'indécision de carrière et de détresse psychologique diminuer de manière importante au cours d'un processus de counseling de carrière individuel (p. ex. : Multon et coll., 2007). Bien que du counseling de carrière individuel soit démontrée on constate qu'une certaine proportion des clients ne voit pas son niveau de diminuer de manière importante au cours de cette démarche (p. ex. : Covali et coll., 2012; Milot-Lapointe et coll., 2016, 2019; Multon et coll., 2007). Ce phénomène, également constaté dans des domaines apparentés (p. ex. : psychothérapie), invite à s'interroger sur les facteurs qui expliquent que certains processus de counseling de carrière individuel conduisent à des avantages plus importants que d'autres pour les clients. d'apporter des réponses à ce questionnement, cet article synthétise les principaux résultats d'une recherche (Milot-Lapointe et coll., 2018, 2020) portant sur 114 processus de counseling de carrière individuel réalisés par 18 c.o. membres de l'OCCOQ. Plus cette recherche s'est intéressée aux du counseling de carrière individuel sur l'indécision de carrière et sur la détresse psychologique, ainsi qu'à des composantes d'intervention et de l'alliance de travail entre le c.o. et le client (lien émotionnel et entente sur les buts et tâches d'intervention).

Description de la collecte de données

Les processus de counseling de carrière étudiés dans cette recherche sont d'une durée de 2 à 11 rencontres pour une moyenne de 3,17. Les clients ayant participé à cette recherche sont 93 étudiantes et 21 étudiants âgés de 18 à 37 ans ($M = 22$ ans) ayant formulé une demande de consultation au service d'orientation profession-

nelle de leur université (trois universités québécoises ont participé à la recherche). Les clients ont rempli deux questionnaires mesurant : 1) l'indécision de carrière, et 2) la détresse psychologique, avant la première rencontre de counseling de carrière ainsi qu'au début de la dernière rencontre. Ils ont également rempli un questionnaire mesurant leur perception de l'alliance de travail avec leur c.o. à la fin de chaque rencontre¹. Les

¹ En raison d'une forte attrition à partir de la deuxième rencontre, seules les données de la première rencontre ont été utilisées dans nos analyses afin de pouvoir fournir des résultats valides.

18 c.o. participants ont pour leur part rempli un questionnaire mesurant leur perception de l'alliance de travail avec leur client à la fin de chaque rencontre², de même qu'un questionnaire³ dans lequel ils indiquaient, à l'aide d'une échelle dichotomique (oui/non), les composantes d'intervention (32 au total) mobilisées pendant la rencontre.

Résultats

Description générale des processus de counseling de carrière individuel

Au moment de leur consultation en counseling de carrière, les clients rapportent que les principales causes au sujet de leur difficulté à atteindre leur situation souhaitée étaient : a) un manque de connaissance de soi ; b) un manque de connaissance des options de carrière ; c) un manque de connaissance des procédés pouvant leur permettre d'apparier leurs caractéristiques personnelles et celles des options de carrière ; et d) de l'indécision par rapport à la carrière. Presque tous les processus de counseling de carrière (de 80 % à 91 %) ont comporté des interventions de clarification des champs d'intérêt, des valeurs, des aptitudes ou des traits de personnalité des clients. Très peu de processus (11 %) ont fait appel à des instruments psychométriques. Les autres composantes d'intervention (p. ex. : transmission d'informations, exercices écrits, restructuration cognitive des pensées de carrière, soutien émotionnel) ont été utilisées dans au moins le quart (25 %) ou au plus les trois quarts (75 %) des processus. À titre d'exemple, 53 % des processus ont comporté de la transmission d'informations sur les options de carrière au cours des rencontres.

individuel

Dans l'ensemble, on observe une diminution de grande ampleur de l'indécision de carrière et de la détresse psychologique des clients au cours des processus de counseling de carrière. On constate que certains clients ont vu leur niveau d'indécision de carrière et de détresse psychologique diminuer de manière plus importante que d'autres au cours des processus. Nos données montrent que cette diminution plus grande pour ces clients n'est pas attribuable à des variables potentiellement confondantes (p. ex. : consultation en parallèle d'autres professionnels de la santé mentale, nombre d'années d'expérience du c.o.). Dans la section qui suit, on s'intéresse à l'influence des composantes d'intervention et de l'alliance de travail pour expliquer la variabilité observée dans les effets du counseling de carrière.

et de l'alliance de travail

Les analyses montrent que quatre composantes d'intervention de même que l'alliance de travail perçue par les clients expliquent une proportion importante (près de 40 %) de la variabilité dans les effets observés. De manière plus concrète, **les processus de counseling de carrière individuel au cours desquels une plus grande diminution de l'indécision de carrière et de la détresse psychologique des clients a été observée étaient caractérisés par les aspects suivants :**

- Les processus ont inclus les quatre composantes d'intervention suivantes : 1) un exercice écrit visant à comparer les options de carrière des clients (p. ex. : matrice de prise de décision) ; 2) une rétroaction sur le choix de carrière envisagé par les clients ; 3) une transmission d'informations sur les options de carrière des clients ; et 4) des interventions visant à gérer les obstacles (p. ex. : difficultés financières) à l'atteinte des objectifs de carrière des clients ;
- La qualité de l'alliance de travail (en particulier l'entente sur les tâches et les buts) était perçue très positivement par les clients.

Nos résultats montrent que la perception de l'alliance de travail par le c.o. n'est pas un indicateur des effets du counseling de carrière individuel, alors que la perception des clients en est un indicateur important. Par ailleurs, nos résultats suggèrent que les composantes d'intervention influencent directement la diminution de l'indécision de carrière des clients, alors que la diminution de la détresse psychologique est influencée directement par la diminution de l'indécision de carrière. En d'autres mots, on constate que c'est en diminuant l'indécision de carrière des clients qu'un processus de counseling de carrière individuel permet de réduire leur détresse psychologique. Bien que ce constat soit observable dans la pratique, il importe de noter que cette recherche est la première à en faire la démonstration.

Quant à l'alliance de travail, elle serait une condition essentielle pour que les composantes d'intervention puissent avoir un effet bénéfique sur l'indécision de carrière. En effet, nos résultats indiquent que l'effet bénéfique des exercices écrits et des rétroactions individualisées sur l'indécision de carrière des clients est conditionnel à la perception d'une forte alliance de travail par les clients. Autrement dit, lorsque l'alliance perçue par les clients est forte, les interventions des c.o. s'avèrent plus efficaces.

² Idem.

³ Les personnes souhaitant avoir accès au contenu du questionnaire peuvent communiquer avec le premier auteur de cet article.

Retombées et implications des résultats pour la pratique

Nos résultats démontrent qu'en moyenne les étudiantes et étudiants universitaires voient leur niveau d'indécision de carrière et de détresse psychologique diminuer de manière considérable au cours d'un processus de counseling de carrière individuel. Ces résultats soutiennent le rôle important des services de counseling de carrière individuel offerts par les conseillères et conseillers d'orientation puisque plus de la moitié de la clientèle étudiante (56 %) faisant appel à ces services au Québec présente un niveau élevé d'indécision de carrière et de détresse psychologique à l'amorce des processus (Milot-Lapointe et coll., accepté, 2020). Le fait qu'une diminution importante de la détresse psychologique des étudiantes et des étudiants survient au cours d'interventions centrées sur l'indécision de carrière permet également d'apprécier la contribution importante des conseillères et conseillers d'orientation dans le domaine de la santé mentale.

Nos résultats entraînent plusieurs implications pour la pratique en counseling de carrière individuel. L'espace disponible nous permet d'aborder de manière sommaire cinq de ces implications.

1. Le fait d'utiliser un exercice écrit (p. ex. : matrice de prise de décision; avantages et inconvénients) visant à comparer les options de carrière envisagées constitue la composante d'intervention étant la plus fortement associée à la diminution de l'indécision de carrière et de la détresse psychologique des clients. L'effet bénéfique de cette composante d'intervention pourrait s'expliquer par le fait qu'elle constitue un moyen pour les clients de cibler les options de carrière qui sont les plus susceptibles de répondre à leurs critères de décision (p. ex. : vouloir un emploi permettant d'aider les autres). La réalisation de cet exercice par écrit offre l'avantage de permettre d'analyser de manière fine et systématique chacune des options envisagées. À titre d'exemple, dans une matrice de prise de décision, les clients peuvent : 1) inscrire leurs principaux critères de décision; 2) leur attribuer un degré d'importance (p. ex. : une valeur quantitative); et 3) évaluer dans quelle mesure chacune des options envisagées pourrait répondre à ces critères en s'appuyant sur une recherche d'informations (p. ex. : sources informatisées ou humaines) approfondie sur chacune d'elles. Enfin, il importe de noter que nos données suggèrent que cet exercice est généralement plus efficace lorsqu'il est effectué en interaction avec le c.o.
2. Le fait d'offrir une rétroaction sur le choix de carrière envisagé constitue la deuxième composante qui contribue le plus à des effets bénéfiques pour les clients. Certains clients peuvent ressentir ou exprimer le besoin de recevoir une validation de la part de leur c.o. quant aux probabilités que le choix de carrière envisagé réponde à leurs attentes. Bien que ce type de demande puisse parfois faire vivre un certain inconfort aux c.o., il semble important d'accorder de la valeur à ce besoin de validation, en tentant toutefois de ne pas y répondre trop rapidement. Au moment de mobiliser cette composante d'intervention, nous recommandons aux c.o. de diriger leur rétroaction sur la qualité du processus sur lequel s'appuie le choix envisagé plutôt que directement sur la pertinence du choix envisagé. En effet, étant donné que les c.o. ne peuvent pas garantir aux clients qu'ils seront satisfaits à long terme du choix qu'ils feront à l'issue de la démarche, ils peuvent néanmoins en augmenter les chances en les invitant à appuyer ce choix sur un processus de réflexion rigoureux. De plus, le fait de revalider avec les clients la pertinence des critères de décision sur lesquels ils ont appuyé ce choix peut contribuer à faire diminuer leur indécision et leur anxiété. Enfin, ce retour sur le processus peut également permettre aux clients de regagner du pouvoir sur leur décision en leur donnant la possibilité de redéfinir, si nécessaire, les critères sur lesquels ils souhaitent appuyer leur choix.
3. Le fait de transmettre de l'information sur les options de carrière envisagées par les clients constitue la troisième composante d'intervention la plus fortement associée aux effets du counseling de carrière. Cette transmission par le c.o. permet notamment de s'assurer de la qualité de l'information, de sa compréhension par les clients et qu'elle s'avère suffisamment contextualisée à leur situation actuelle. En assumant la responsabilité de transmettre certaines informations, le c.o. peut également déterminer les moments les plus propices à cette transmission. Bien que plusieurs moments puissent être pertinents, nos données suggèrent que cette composante d'intervention est encore plus efficace lorsqu'elle est mobilisée pendant la réalisation d'un exercice écrit visant à comparer les options de carrière envisagées. Enfin, nous tenons à préciser que nos résultats ne suggèrent pas que la consultation d'informations sur les options de carrière à l'extérieur des rencontres n'est pas une pratique aidante pour les clients, mais bien qu'une transmission personnalisée de certaines informations par les

c.o. augmente les effets d'un processus de counseling de carrière individuel.

4. Les interventions qui visent à gérer les obstacles (p. ex. : résultats scolaires, difficultés financières) à l'atteinte des objectifs de carrière des clients sont la quatrième composante d'intervention la plus fortement associée aux effets du counseling de carrière. Ces interventions peuvent consister en la réalisation d'un plan d'action systématique visant à outiller les clients à l'égard des obstacles potentiels à leurs objectifs de carrière et ainsi à augmenter leur sentiment de compétence quant à leur capacité à les surmonter. À l'issue du plan d'action, les c.o. peuvent évaluer le degré de confiance des clients quant à leurs probabilités d'atteindre leur situation souhaitée et réviser le plan d'action (ou le choix envisagé) au besoin si les obstacles ne leur semblent pas surmontables.
5. La diminution de la détresse psychologique des clients serait attribuable en grande proportion (25 %) à la diminution de leur indécision de carrière. Ce constat met en évidence l'importance que les c.o. centrent leurs interventions sur l'indécision de carrière des clients afin de faire diminuer leur détresse psychologique. Cependant, comme la diminution de la détresse psychologique des clients ne dépend pas entièrement de la diminution de leur indécision de carrière, il importe également que les c.o. évaluent si d'autres cibles d'intervention relevant de leur champ d'exercice (p. ex. : développer et maintenir des stratégies adaptatives visant l'atteinte de la situation souhaitée) devraient être envisagées, et également si la contribution d'autres professionnels de la santé mentale pourrait être nécessaire.

Dans l'ensemble, nos résultats montrent qu'un processus de counseling de carrière individuel conduisant à une diminution considérable de l'indécision de carrière et de la détresse psychologique des clients relève aussi bien de l'importance accordée par les c.o. aux composantes de l'intervention qu'à l'alliance de travail. Ainsi, le fait de mobiliser les quatre composantes d'intervention soulevées dans cette recherche dans un contexte où l'alliance de travail perçue par les clients est faible ou moyenne ne mènera probablement pas à des bénéfices optimaux pour les clients. Au même titre, un processus de counseling de carrière individuel dans lequel la perception de l'alliance de travail par le client est élevée, mais ne comportant pas les quatre composantes d'intervention, pourrait avoir des effets minimaux. Ces constats mettent en évidence l'importance de structurer le processus de counseling de carrière individuel de manière à y inté-

grer, en plus des interventions visant la connaissance de soi (et autres composantes d'intervention pouvant être utiles pour les clients), les quatre composantes d'intervention ciblées dans cette recherche tout en s'assurant que les clients ont une perception positive de l'alliance de travail.

Pour conclure, nous tenons à remercier chaleureusement les conseillères et les conseillers d'orientation ayant généreusement participé à cette recherche. Cet investissement de temps a permis de faire des avancées importantes concernant l'efficacité des services de counseling de carrière individuel offerts au Québec.

Références

- COVALI, T., J.-L. BERNAUD et A. DI FABIO. 2011. « Processus de changement et variabilité individuelle au cours des consultations d'orientation ». *Swiss Journal of Psychology*, vol. 70, pp. 175-83.
- MILOT-LAPOINTE, F., R. SAVARD et Y. LE CORFF. 2016. « Effet du counseling de carrière sur la santé mentale : utilisation d'une méthode du changement clinique ». *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, vol. 50, pp. 278-89.
- MILOT-LAPOINTE, F., R. SAVARD et Y. LE CORFF. 2018. « Intervention components and working alliance as predictors of individual career counseling effect on career decision-making difficulties ». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 107, pp. 15-24.
- MILOT-LAPOINTE, F., Y. LE CORFF et R. SAVARD. 2019. « A study of clinical change in individual career counseling ». *The Career Development Quarterly*, vol. 67, pp. 357-64.
- MILOT-LAPOINTE, F., R. SAVARD et Y. LE CORFF. 2020. « Effect of individual career counseling on psychological distress: Impact of career intervention components, working alliance, and career indecision ». *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, vol. 20, pp. 243-62.
- MILOT-LAPOINTE, F., Y. LE CORFF et R. SAVARD. 2020. « Process and outcome of career counseling for different types of clients: A latent profile analysis replication and extension ». *British Journal of Guidance and Counselling*.
- MULTON, K.D., R. WOOD, M.J. HEPPNER et N.C. GYSBERS. 2007. « A cluster-analytic investigation of subtypes of adult career counseling clients: Toward a taxonomy of career problems ». *Journal of Career Assessment*, vol. 15, pp. 66-86.



D^{re} Pascale Brillon,
psychologue, professeure au
Département de psychologie,
Université du Québec
à Montréal; directrice
du laboratoire Trauma
et Résilience; fondatrice,
Institut Alpha

Trauma vicariant et fatigue de compassion

« Pourquoi suis-je si bouleversé par ce travail, alors que mes collègues semblent si bien aller? Comment se fait-il que je me sente plus fragile actuellement qu'au début de ma carrière? » Cet article tentera de mieux comprendre les processus explicatifs sous-jacents à la détresse professionnelle chez les professionnels de la relation d'aide. Nous avons regroupé les divers modèles existants en cinq grandes conceptualisations².

1. Processus de surcharge émotionnelle

« C'est trop lourd, trop dur, je n'en peux plus. »

Cette conceptualisation considère le potentiel fragilisant d'encaisser physiquement les révélations de notre clientèle, de soutenir la détresse souvent intense de l'autre, d'écouter des récits quelquefois bouleversants et de traiter des charges émotives de façon répétée. Elle met l'accent sur les aspects émotionnellement difficiles de notre métier et en précise certains processus sous-jacents.

L'importance d'une bonne posture d'intervention et de frontières claires^{17,21,23,28}

Pour bien intervenir tout en conservant notre vitalité, notre posture relationnelle doit rester empathique et éviter certains écueils. Or, il peut arriver que, sans nous en rendre compte, nous ne soyons plus positionnés en zone empathique. Nous nous retrouvons plutôt en mode sympathique ou de distanciation, en situation de contre-transfert ou d'identification projective. Un tel problème de positionnement en intervention peut nous rendre très fragiles: la distance saine entre l'expérience de notre client et la nôtre est devenue vague ou a même disparu. Nous avons perdu notre regard professionnel sur l'autre, sur la relation et sur nous-mêmes. Cela nous rend particulièrement vulnérables à la fatigue de compassion et au trauma vicariant.

Le rôle du mimétisme corporel et des neurones miroirs^{4,5,10,22,29}

Nous avons naturellement et inconsciemment tendance à adopter les expressions faciales et posturales des personnes que nous observons ou avec lesquelles nous sommes en interaction. Ce mimétisme est souvent aidant et puissant, car il renforce l'alliance thérapeutique et contribue au processus empathique. Or, il peut devenir fragilisant lorsque nous ne réalisons pas que nous encaissons et que nous restons imprégnés par une charge émotionnelle qui ne nous appartient pas, lorsque nous restons contaminés, sans nous en rendre compte, par des expressions faciales, des gestuelles et des émotions de personnes en détresse. Au fil des semaines, nous adoptons malgré nous les postures corporelles (anxieuses, voûtées, crispées, fébriles, abattues, désespérées, etc.) de notre clientèle, ce qui pourrait induire en nous des émotions associées de détresse fragilisantes.

2. Contamination d'une structure de peur post-traumatique

« Je réagis maintenant de la même façon que les victimes que j'aide. »

Lors d'un événement traumatique, toute victime se crée automatiquement une structure de peur^{9,20}. Il s'agit d'une représentation virtuelle qui regroupe des associations entre la victime elle-même, les gestes que celle-ci a posés lors du trauma, les stimuli qui étaient présents pendant le trauma (les bruits, les odeurs, les couleurs, les objets, les personnes, etc.), ainsi que les significations de danger. Les associations au sein de cette structure influenceront l'intensité de la détresse post-traumatique. Comme professionnels de la relation d'aide, nous sommes constamment exposés aux structures de peur des victimes que nous aidons. La plupart du temps, cette exposition à ces associations est anodine, mais, dans certains cas, la structure de peur d'un client devient la nôtre et entraîne une détresse similaire. Nous réagissons alors négativement à des stimuli associés à des traumatismes que nous avons entendus et traités.

3. Confrontation de croyances fondamentales et blessures morales

« Ce à quoi j'ai assisté au travail m'a bouleversé. »

Cette conceptualisation illustre combien ce métier a le potentiel d'ébranler de nombreuses certitudes^{6,15,16,19} : il expose l'intervenant à des récits, à des événements et à des systèmes sociaux qui peuvent heurter de plein fouet des croyances antérieures. Ce modèle considère que plus nous sommes exposés à des remises en question de nos croyances fondamentales positives sur la vie (« la vie a un sens »), la nature humaine (« les gens sont bienveillants »), la société (« le monde est juste ») et notre valeur personnelle (« je suis utile »), plus nous serons vulnérables au trauma vicariant et à la fatigue de compassion. Cette conceptualisation prend aussi en considération le rôle néfaste de blessures morales vécues au travail^{12,14,25}. Il s'agit d'événements qui éprouvent violemment notre code moral et qui induisent des remises en question profondes sur le sens de notre travail et notre valeur personnelle.

4. Mauvaise application des autosoins

« Je comblais sans cesse les besoins d'autrui, mais je trouvais égoïste de penser aux miens. »

Ce quatrième modèle considère que c'est surtout une

mauvaise mise en place des stratégies d'adaptation et de vitalisation qui fragilise l'intervenant. Cette conceptualisation touche souvent des intervenants qui se sont perdus de vue, qui présentaient une mauvaise connexion émotionnelle ou une méconnaissance de leurs besoins essentiels. Un surinvestissement professionnel, des objectifs de travail trop ambitieux et des horaires surchargés constituent aussi des facteurs qui favorisent cette mauvaise application des autosoins. Nous sommes piégés dans un tourbillon axé sur le devoir, la performance ou l'abnégation et nous délaissions la mise en place d'autosoins sans réaliser que cela se fait au détriment de notre santé physique et émotionnelle (et quelquefois même au prix de la qualité de notre présence relationnelle). Nous avons l'impression que cette situation douloureuse ne sera que temporaire. Or, cette attitude quant au travail tend à se cristalliser et se transforme trop souvent en façon d'être qui nous fragilise à l'égard du trauma vicariant et de la fatigue de compassion.

5. Événement précipitant fragilisant et conjugaison de facteurs de risque

« Je me sens plus fragile depuis cet événement. Sur le coup, je n'y ai pas porté attention, mais cela a constitué un stress de trop. »

Ce dernier modèle considère que c'est le rôle d'un événement déclencheur perturbant conjugué à l'accumulation de facteurs de risque qui fragilise l'intervenant^{1,3,11,24,30}.

L'événement déclencheur fragilisant

Il peut s'agir d'un contact houleux avec une cliente, d'une plainte d'un patient, d'un geste agressif de la part d'un usager, de comportements d'automutilation chez notre clientèle, d'un rapport négatif d'un supérieur, d'une poursuite du syndic, d'une réaffectation imposée, d'une scène qui nous a bouleversés, etc. Tout particulièrement, le suicide d'une personne dont nous nous occupions constitue un événement très perturbant et malheureusement assez fréquent dans la vie des professionnels de la relation d'aide^{13,26,27}.

Facteurs aggravants pré-événement

Cet événement précipitant noté précédemment ne se présente pas dans un terrain vierge. Il se produit alors que nous sommes plus ou moins vitalisés, plus ou moins en équilibre, plus ou moins en sentiment de contrôle et de compétence. Notre état antérieur à cet événement va donc compromettre notre capacité à gérer ce dernier. Notre état physique et psychologique sera teinté par nos

fragilités et nos enjeux antérieurs non résolus, par nos traits de personnalité, mais aussi par les stressseurs vécus antérieurement sur le plan personnel (familial, conjugal, financier, etc.) et professionnel (clientèle complexe, résistante ou capable de violence, surcharge de travail, manque de soutien organisationnel, etc.).

Facteurs aggravants post-événement

Des éléments aggravants peuvent aussi se présenter à la suite de l'événement perturbateur déclencheur et amoindrir notre résilience. Ainsi, les caractéristiques de l'intervenant (capacités d'adaptation, modes de gestion du stress, rapports aux émotions, tendances à l'évitement, capacités à demander de l'aide, etc.) et des stressseurs supplémentaires (poursuites judiciaires, processus d'enquête, soutien social ou professionnel déficient, etc.) nuiront à sa gestion de l'événement perturbateur.

FACTEURS AGGRAVANTS PRÉ-ÉVÉNEMENT	ÉVÉNEMENT PRÉCIPITANT	FACTEURS AGGRAVANTS POST-ÉVÉNEMENT
Stresseurs circonstanciels Sur les plans personnel, familial, conjugal	Événement fragilisant sur le plan professionnel Clientèle (lourdeur, violence, suicide, plainte, scène bouleversante, etc.)	Stresseurs circonstanciels Sur les plans personnel, familial, conjugal
Stresseurs liés au travail Clientèle lourde et réfractaire Violence verbale ou physique Isolement et manque de soutien Faible niveau d'expérience	Organisation (climat de travail, réaffectation, poursuite, manque de soutien ou de supervision, etc.) Zones de fragilité éveillées Ressemblances avec des traumas passés	Stresseurs liés à l'entourage Faible soutien social Manque d'activités de supervision Manque de soutien professionnel
Stresseurs liés à l'intervenant Traits de personnalité Fragilités antérieures Conception et attentes absolues face à la vie, aux autres ou au métier		Stresseurs liés à l'intervenant Gestion émotionnelle entravée Interprétations cognitives absolues blâmantes ou dénigrantes Tendance à l'évitement des autres ou de situations liées Absence d'autosoins Piètres mécanismes d'adaptation

Ces cinq conceptualisations nous permettent de mieux saisir les enjeux propres au développement et au maintien de la fatigue de compassion et du trauma vicariant chez les professionnels de la relation d'aide. Mais surtout, elles mettent en évidence des pistes de prévention fascinantes : comment mieux ménager notre posture relationnelle afin que celle-ci conserve son potentiel d'efficacité mais aussi de vitalité ? Comment mieux nous prémunir de l'effet de certaines blessures morales ? Est-ce que nous aurions minimisé l'impact cumulatif et délétère de certains facteurs de stress ? Pourrions-nous concevoir la supervision ou les activités de formation continue non pas seulement comme des mécanismes d'amélioration de notre expertise, mais aussi comme des façons d'augmenter notre sentiment de maîtrise et de vitalité ? Pourrions-nous augmenter l'usage de stratégies d'auto-soins et nous exposer davantage à des expériences de nature, de beauté, de grandeur et d'émerveillement ? ■

Références

1. BREWIN, C.R., A. BERNICE et D.A. JOHN. 2000. « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder among trauma-exposed adults ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, pp. 748-66.
2. BRILLON, P. 2020. *Entretenir ma vitalité d'aidant : guide de prévention de la fatigue de compassion et de la détresse professionnelle*. Montréal, Éditions de l'Homme.
3. BRILLON, P. 2017. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* (6^e éd.). Montréal, Éditions Québec-Livres.
4. DECETY, J. et T. CHAMINADE. 2003. « Neural correlates of feeling sympathy ». *Neuropsychologia*, vol. 41, pp. 127-38.
5. DIMASCIO, A., R.W. BOYD et M. GREENBLATT. 1957. « Physiological correlates of tension and antagonism during psychotherapy: A study of interpersonal physiology ». *Psychosomatic Medicine*, vol. 19, n° 20, pp. 99-104.
6. EHLERS, A. et D.M. CLARK. 2000. « A cognitive model of post-traumatic stress disorder ». *Behavior Research and Therapy*, vol. 38, pp. 319-45.
7. ELMAN, N.S. 2007. « Who needs self-care anyway? We all do! ». *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 38, pp. 608-10.
8. FIGLEY, C.R. 2002. « Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care ». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, pp. 1433-41.
9. FOA, E.B., G. STEKETEE et B.O. ROTHBAUM. 1989. « Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder ». *Behavior Therapy*, vol. 20, pp. 155-76.
10. GARNERS, S.T. 2006. « Imitation, mirror neurons and mimetic desire ». *Contagion: Journal of Violence, Mimesis and Culture*, vol. 12, n° 13, pp. 47-86.
11. GUAY, S., A. MARCHAND et V. BILLETTE. 2006. « Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention », dans S. GUAY et A. MARCHAND (éd.). *Les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitements* (chap. 14). Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

12. HAIGHT, W. et coll. 2016. « A scoping study of moral injury: Identifying directions for social work research ». *Children and Youth Services Review*, vol. 70, pp. 190-200.
13. HENRY, M., M. SÉGUIN et M.-S. DROUIN. 2008. « L'impact du suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale : différences entre les femmes et les hommes ». *Frontières*, vol. 21, n° 1, pp. 53-63.
14. HUNT, M.R. 2011. « Establishing moral bearings: Ethics and expatriate health care professionals in humanitarian work ». *Disasters*, vol. 35, n° 3, pp. 606-22.
15. JANOFF-BULMAN, R. 1992. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York, The Free Press.
16. JOSEPH, S., R. WILLIAMS et W. YULE. 1995. « Psychosocial perspectives on post-traumatic stress ». *Clinical Psychology Review*, vol. 15, n° 6, pp. 515-44.
17. KOHUT, H. 1959. « Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationships between modes of observation and theory ». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 7, pp. 459-83.
18. MARANZAN, K.A. et coll. 2018. « Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology ». *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, vol. 59, pp. 361-68.
19. MCCANN, I.L. et L.A. PEARLMAN. 1990. « Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, pp. 131-49.
20. PETERSON, A.L., E.B. FOA et D.S. RIGGS. 2019. « Prolonged exposure therapy », dans B.A. MOORE et W.E. PENK (réd.). *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook*, pp. 46-62. New York, The Guilford Press.
21. ROGERS, C.R. 1951. *Client Centered Therapy*. Boston, Houghton-Mifflin.
22. ROTHSCCHILD, B. et M. RAND. 2006. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York, Norton and Company.
23. SAFRAN, J. et Z.V. SEGAL. 1996. *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Maryland, Jason Aronson.
24. SAYED, S., B.M. IACOVIELLO et D.S. CHARNEY. 2015. « Risk factors for the development of psychopathology following trauma ». *Current Psychiatry Reports*, vol. 17, n° 8, p. 612.
25. SHAY, J. 2014. « Moral injury ». *Psychoanalytic Psychology*, vol. 31, n° 2, pp. 182-91.
26. THORMAR, S.B. et coll. 2014. « The impact of disaster work on community volunteers: The role of peri-traumatic distress, level of personal affectedness, sleep quality and resource loss, on PTSD symptoms and subjective health ». *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 28, pp. 971-77.
27. TRIMBLE, L., K. JACKSON et D. HARVEY. 2000. « Client suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists ». *Australian Psychologist*, vol. 35, n° 3, pp. 227-32.
28. WAGAMAN, M.A. et coll. 2015. « The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers ». *Social Work*, vol. 60, n° 3, pp. 201-19.
29. WOLF, N.S., M. GALES et E. SHANE. 2000. « Mirror neurons, procedural learning and the positive new experience: A developmental systems selfpsychology approach ». *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, vol. 28, n° 3, pp. 409-30.
30. ZEIDNER, M. et coll. 2013. « Personal factors related to compassion fatigue in health professionals ». *Anxiety, Stress, and Coping*, vol. 26, pp. 595-609.



Vicky Prévost,
Ph.D., c.o., Collège Saint-Paul



Réginald Savard,
Ph.D., c.o., psychothérapeute,
professeur, UQAM



Liette Goyer,
Ph.D., c.o., psychothérapeute,
professeure, Université Laval

L'omniprésence de l'émotion en orientation

Les personnes qui consultent en orientation vivent émotions qu'elles partagent tout au long du processus d'orientation. Toutefois, la présence des émotions au cours du processus décisionnel de carrière demeure un sujet peu documenté dans la littérature. Pourtant, les émotions sont des sources d'informations qui s'avèrent importantes à prendre en considération dans le contexte de counseling de carrière¹. L'expérience émotionnelle au cours d'un processus de décision de carrière gagne à être approfondie. À partir des résultats de notre recherche, cet article propose de situer les émotions au sein du processus décisionnel de carrière et d'examiner comment elles guident les actions favorisant la du choix de carrière.

Les émotions font partie intégrante de la vie des gens, que ce soit par leurs dimensions biologique, psychologique ou sociologique. Elles permettent à la personne de percevoir une réalité, guident sa prise de décision² et peuvent teinter ses décisions. Il est d'ailleurs démontré, par des études en neuroscience, que les émotions interviennent dans le processus décisionnel^{3,4}.

En ce qui concerne les décisions liées à la carrière, peu d'études offrent un éclairage sur la contribution des émotions comparativement à celle de la rationalité. Il est pourtant soulevé qu'une approche rationnelle, logique et objective ne peut pas tenir compte de la complexité du processus décisionnel dans un monde où le marché du travail est en constante évolution⁵. Les mécanismes rationnels à eux seuls ne peuvent prendre en compte toutes les informations nécessaires au traitement de l'information lors d'une décision de carrière⁶. Si les émotions constituent une composante fondamentale de la vie des gens, devrait-on également leur porter attention au moment de l'évaluation en orientation en développant et en favorisant le maintien de stratégies actives d'adaptation? Dans notre recherche, menée auprès de 674 élèves de 5^e secondaire, les élèves ont été interrogés sur leur perception du choix de carrière⁷. La moitié (50 %) indique que le choix de carrière représente une décision qui est autant émotive que rationnelle. Ces résultats viennent appuyer l'importance de se soucier des émotions dans le développement et le counseling de carrière tout comme l'ont relevé Young et ses collaborateurs⁸. De plus, au cours d'un atelier offert au dernier colloque de l'OCCOQ portant sur les émotions inhérentes aux décisions de carrière, les 50 c.o. participants à l'atelier ont également été sondés sur leur perception du choix de carrière. Ces derniers ont répondu dans la même proportion précisant que 50 % d'entre eux considèrent que le choix de carrière est une décision autant émotive que rationnelle. Ils étaient même plus nombreux que les adolescents à percevoir que cette décision pouvait être surtout émotive.

Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de 12 élèves provenant de l'échantillon des 674 élèves afin d'analyser leur expérience émotionnelle au cours du processus décisionnel de carrière. Les élèves ont été invités à relever les actions posées qui les ont aidés à clarifier leur choix de carrière, les émotions associées à ce moment ainsi que leur interprétation de celles-ci. Une analyse thématique réalisée à partir des transcriptions des entrevues concernant spécifiquement les actions posées révèle que les émotions sont présentes tout au long du choix de carrière et qu'elles y occupent une place importante. On peut les repérer par différentes actions des élèves afin de clarifier leur choix : 1) s'intéresser, 2) s'informer, 3) constater, 4) réfléchir, 5) consulter, et 6) choisir. Celles-ci ne sont pas organisées de façon séquentielle puisqu'elles surviennent à des moments différents dans le processus décisionnel de l'élève. D'ailleurs, ces actions peuvent même se produire à plusieurs reprises. Ainsi, chaque action est décrite, expliquée à l'égard de la recherche réalisée et soutenue par des liens théoriques afin d'en offrir une compréhension.

S'intéresser

L'action de **s'intéresser** renvoie à la manifestation de préférences, d'intérêts vifs ou de passions envers une activité, un loisir, une profession, etc. Les résultats de l'analyse qualitative mettent en perspective que, lorsque les élèves sont intéressés, des émotions positives sont ressenties avec plus d'intensité. Ces émotions leur procurent un bonheur et deviennent un élément déclencheur qui les met sur la piste d'un domaine professionnel. Ils se sentent spontanément attirés vers des activités ou des domaines. On y distingue deux caractéristiques importantes des émotions qui sont l'intensité et la valence. D'une part, dans la vie quotidienne, nous éprouvons de nombreuses émotions à des niveaux différents. Plusieurs d'entre elles surviennent et passent sans que l'on y porte attention. L'intensité de ces émotions est faible ou moyenne. Cependant, certaines émotions ont une intensité plus élevée et semblent plus marquantes⁹. D'autre part, de nombreux auteurs qualifient les émotions selon leur valence ou leur polarité positive ou négative. Les émotions positives correspondent à des émotions agréables, alors que

les émotions négatives renvoient à des émotions désagréables^{10,11}. D'ailleurs, les intérêts seraient en quelque sorte les réponses à des émotions de plaisir¹². Le fait de s'intéresser invite la personne à se mobiliser vers ce qui lui semble intéressant, pouvant même mener à une implication de sa part (ex. : suivre des cours de dessin, se joindre à un comité ou faire du bénévolat). C'est entre autres en ressentant avec intensité une émotion positive que la personne réalise l'action de s'intéresser.

S'informer

L'action de **s'informer** renvoie essentiellement au fait de recueillir des informations relatives au sujet du monde scolaire et du monde du travail, et d'en prendre connaissance. Les sources d'information sont nombreuses : Internet, événements spéciaux (salon de la formation, journées portes ouvertes, stage d'exploration professionnelle), discussion avec des travailleurs, présentation en classe, livres, journaux, etc. On constate que les élèves utilisent également leurs émotions lorsqu'ils effectuent l'action de s'informer. Selon les émotions ressenties, ils sélectionnent l'information qu'ils décident de consulter ou de ne pas consulter. Ils utilisent leurs émotions pour filtrer l'information qu'ils souhaitent recueillir, conserver et approfondir. Les émotions positives plus intenses sont perçues comme une source de motivation. D'ailleurs, il est soulevé dans la littérature que les émotions sont motivationnelles^{13,14}. Elles motivent une personne vers l'atteinte potentielle de ses objectifs, de son bien-être et de sa quête de sens¹¹. Lorsque les élèves se sentent accrochés émotionnellement, ils sont portés à exercer l'action de s'informer.

Constater

L'action de **constater** concerne le fait de tenir compte, de découvrir et de prendre connaissance de certains éléments qui ont du sens pour les élèves et qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur leur processus décisionnel de carrière. L'analyse des résultats indique que, menant diverses actions, les élèves réalisent certains constats qui les aident à se reconnaître et à voir plus clair dans leur démarche. Ils utilisent leurs émotions en déterminant ce qui est significatif ou non pour eux. On remarque que les émotions sont des expériences subjectives^{10,15} et que la compréhension des émotions est tout aussi subjective. Les émotions fournissent à la personne des informations concernant sa relation avec lui-même¹⁶ ainsi que sa relation avec les autres¹⁷. C'est en effectuant une interprétation à partir du choix de certaines informa-

tions, de leurs expériences personnelles et de leur vécu émotionnel que les élèves en arrivent à des conclusions en accomplissant l'action de constater.

L'action de **réfléchir** fait référence à une activité cognitive d'évaluation, de comparaison, de questionnement et de raisonnement. Les résultats obtenus révèlent qu'il s'agit d'une action intrapersonnelle qui laisse place à la réflexion et à l'introspection. En réfléchissant, les élèves tiennent compte de leurs émotions puisqu'elles accompagnent leurs expériences subjectives et leur perception de leur réalité. Les élèves rencontrés ont indiqué réfléchir en évaluant différentes informations à partir de la connaissance qu'ils ont d'eux-mêmes, ainsi que des avantages et des inconvénients pour eux. Les émotions sont impliquées dans le raisonnement puisqu'elles marquent les souvenirs d'une personne lorsqu'elle réfléchit¹⁸. Elles ne perturbent pas le raisonnement puisqu'elles en font partie¹⁹. De plus, les émotions sont porteuses de sens pour la personne qui les ressent²⁰, ce qui fait en sorte qu'elles orientent ses réflexions. Le raisonnement des élèves est empreint d'émotions, et ils approfondissent certains aspects parce qu'ils sentent que cela les interpelle davantage en commettant l'action de réfléchir.

Consulter

L'action de **consulter** implique des rencontres avec des spécialistes du développement de carrière, que ce soit dans le cadre d'activités en classe, de rencontres d'information scolaire et professionnelle ou de séances de counseling d'orientation (individuelle ou groupale). Les élèves sont libres de bénéficier d'un accompagnement plus personnalisé afin d'évaluer les enjeux et les conséquences de leur choix, d'intégrer et d'adapter l'information à leur situation ainsi que de progresser dans leur processus décisionnel de carrière. Les émotions sont présentes au cours de ces rencontres, étant même souvent la source de la consultation. D'ailleurs, la recherche réalisée a permis de mettre en relief le fait que les élèves sont enclins à consulter en orientation lorsqu'ils ressentent des émotions négatives comme le stress, l'anxiété, la peur, la confusion et l'incertitude. En consultant, ils cherchent à se dégager de ces émotions sans nécessairement les exprimer clairement au c.o. Elles sont sous-jacentes à la demande d'aide ou aux questions posées. La consultation en orientation permet aux élèves de se sentir plus confiants, apaisés, rassurés. Pour certains, l'émotion est implicite, voire cachée, alors que

d'autres sont plus à l'aise de l'exprimer. La reconnaissance des émotions facilite leur partage, qui fait partie des interactions et de la communication avec autrui¹⁴. En recevant un service professionnel qui les aide à clarifier les émotions sous-jacentes à leur choix de carrière, les élèves peuvent ainsi bénéficier d'un soutien émotionnel lorsqu'ils réalisent l'action de consulter.

Choisir

L'action de **choisir** se rapporte à faire un choix entre différentes options, à prendre une décision qui semble la plus appropriée. Le choix de carrière comporte plusieurs décisions (choix de cours, de programme, d'établissement, de métier ou de profession, etc.). Les résultats de l'analyse qualitative soulèvent le fait que les élèves se basent sur leurs émotions lorsqu'ils effectuent des choix menant vers leur choix de carrière puisqu'elles peuvent les guider dans leur décision. Elles leur permettent de sentir qu'ils sont en accord ou non avec une décision, compte tenu de leur niveau de confort ou d'inconfort ressenti en fonction des objectifs qu'ils poursuivent. Il est également démontré par une étude menée auprès d'étudiants universitaires que le bien-être émotionnel est lié à la décision de carrière²¹. Les émotions contribuent également à la prise de décision en signalant à une personne ce qui est important pour elle²². La capacité de ressentir et d'exprimer des émotions indique à la personne la bonne direction à prendre¹⁹. Les émotions aident également à fixer les priorités d'action²³. Les élèves recherchent des émotions positives et tiennent compte du sentiment de bien-être et du bonheur escompté en exerçant l'action de choisir.

Conclusion

Les six actions relevées par les élèves dans le cadre de cette recherche témoignent de l'omniprésence des émotions au cours du processus décisionnel de carrière. La prise en compte des émotions au moment du choix de carrière gagne à être considérée avec plus d'attention puisque le degré d'écoute et le degré de compréhension des émotions sont également liés au degré de certitude du choix de carrière des élèves⁷.

Cet article a relevé que les émotions ressenties par les élèves avec plus d'intensité guident les élèves dans les six actions et contribuent à leurs décisions relatives à la carrière. Elles leur permettent de distinguer ce qui est important pour eux et habitent leurs réflexions et décisions. Il semble opportun, comme c.o., de se questionner sur notre sensibilité aux émotions au cours des consultations en orientation. Laisse-t-on suffisamment la possibilité aux personnes qui nous consultent

d'exprimer leurs émotions? Accorde-t-on suffisamment d'importance aux émotions dans notre travail auprès des personnes qui nous consultent? Bien que la recherche ait été effectuée auprès d'élèves du secondaire, on peut constater que l'état des connaissances montre que les émotions font partie de l'expérience humaine. Alors, quel que soit l'enjeu (orientation, insertion ou adaptation), les émotions sont une partie intégrante de l'expérience pluridimensionnelle de la personne à prendre en considération en counseling de carrière²⁴. De plus, il est possible de croire qu'elles sont encore plus présentes lorsque les personnes vivent des difficultés liées à leur santé mentale ou physique au cours de leur développement de carrière.

L'étude des émotions offre un éclairage pour la pratique de l'orientation de carrière. La compréhension de l'expérience émotionnelle permet de saisir des nuances dans le fonctionnement psychologique d'une personne, dans les ressources personnelles qu'elle mobilise ou non, ainsi que dans son expérience des enjeux liés aux conditions de son milieu. Les émotions offrent des indications de l'état de la personne concernant sa situation du moment. Elles peuvent être mises à contribution au cours de l'élaboration de l'intervention en orientation. Notamment, elles peuvent s'intégrer aux contenus en orientation scolaire et professionnelle (COSP), où on peut inviter les élèves à être attentifs à leurs émotions afin qu'ils explorent et comprennent ce qui s'en dégage. Les émotions pourraient constituer un levier en counseling de carrière, considérant qu'elles permettent à la personne qui les ressent d'effectuer une lecture rapide, condensée et économique de la situation¹⁶. Par ailleurs, la mise en dialogue de l'émotivité et de la rationalité d'une personne gagne à être prise en considération par les c.o., tout en tenant compte de la complexité et de la singularité de la personne. On constate donc que la prise en compte des émotions dans le processus décisionnel de carrière offre une occasion d'actualiser trois compétences générales des c.o., soit 1) évaluer la situation de manière rigoureuse; 2) concevoir l'intervention en orientation; et 3) intervenir directement²⁵. Il est possible que notre intervention permette à la personne d'apprendre à réguler ses émotions tout en prenant conscience de leur influence tout au long du processus décisionnel de carrière ainsi que dans sa quête de bien-être, d'une qualité de vie et du bonheur pour un épanouissement personnel et professionnel. ■

Références

1. OLRÉ-LOUIS, I. 2018. « Expression and management of emotions in career counseling interactions ». *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 46, n° 5, pp. 616-31.
2. MASMOUDI, S. 2010. « Percept-concept-décision : les secrets d'un cheminement émotif et motivé », dans S. MASMOUDI et A. NACEUR (réd.). *Du percept à la décision : intégration de la cognition, l'émotion et la motivation* (pp. 53-98). Bruxelles, De Boeck, 436 p.
3. BERTHOZ, A. 2012. « Bases neurales de la décision. Une approche de neurosciences cognitives ». *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 170, pp. 115-19.
4. DAMASIO, A.R. 1999. *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris, Odile Jacob, 479 p.
5. PHILIPPS, S.D. 1997. « Toward an expanded definition of adaptive decision making ». *The Career Development Quarterly*, vol. 45, pp. 275-87.
6. KRIESHOK, T.S., M.D. BLACK et R.A. McKAY. 2009. « Career decision making: The limits of rationality and the abundance of non-conscious processes ». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 75, pp. 275-90.
7. PRÉVOST, V. 2021. *Étude de l'expérience émotionnelle des élèves de la dernière année des études secondaires au cours du processus décisionnel de carrière*. (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke, 418 p.
8. YOUNG, R.A., L. VALACH et A. COLLIN. 1996. « A contextual explanation of career », dans D. BROWN et L. BROOKS (réd.). (3^e éd.). *Career choice and development* (pp. 477-512). San Francisco, Jossey-Bass. (Ouvrage original publié en 1984).
9. PANKSEPP, J. 1994. « The clearest physiological distinctions between emotions will be found among the circuits of the brain », dans P. EKMAN et R.J. DAVIDSON (réd.). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 258-60). New York, Oxford University Press, 496 p.
10. COTTRAUX, J. et F.M. DATTILIO. 2007. *Thérapies cognitives et émotions : la troisième vague*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 205 p.
11. FRIJDA, N.H. 1994. « Varieties of affects: Emotions and episodes, moods, and sentiments », dans P. EKMAN et R.J. DAVIDSON (réd.). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 59-67). New York, Oxford University Press, 496 p.
12. SAVICKAS, M.L. 1999. « The psychology of interests », dans M.L. SAVICKAS et A.S. SPOKANE (réd.). *Vocational Interests* (pp. 19-56). Palo Alto, Davies-Black Publishing, 434 p.
13. IZARD, C.E. et B.P. ACKERMAN. 2000. « Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions », dans M. LEWIS et J.M. HAVILAND-JONES (réd.). *Handbook of Emotions* (pp. 253-64). New York, The Guilford Press.
14. KOTSOU, I. 2009. « La compréhension des émotions », dans M. MIKOLAJCZAK et coll. (réd.). *Les compétences émotionnelles* (pp. 117-32). Paris, Dunod.
15. BERKOWITZ, L. 2000. *Causes and Consequences of Feelings*. New York, Cambridge University Press, 255 p.
16. SAFRAN, J.D. et L.S. GREENBERG. 1991. *Emotion, Psychotherapy, and Change*. New York, Guilford Press, 372 p.
17. SHIOTA, M.N. et coll. 2004. « Positive emotion and the regulation of interpersonal relationships », dans P. PHILIPPOT et R.S. FELDMAN (réd.). *The Regulation of Emotion* (pp. 33-70). Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 415 p.
18. LEVIN, L.J. et D.A. PIZARRO. 2006. « Emotional valence, discrete emotions, and memory », dans B. UTTL, N. OHTA et N.A. SIEGENTHALER (réd.). *Memory and Emotion: Interdisciplinary Perspectives* (pp. 37-58). Malden, Blackwell Pub, 310 p.
19. DAMASIO, A.R. 1995. *L'erreur de Descartes : la raison des émotions* (M. Blanc, trad.). Paris, Odile Jacob, 396 p.
20. MIKOLAJCZAK, M. 2009. *Les compétences émotionnelles*. Paris, Dunod, 308 p.
21. ZHOU, M. et Y. XU. 2013. « University students career choice and emotional well-being ». *Journal of Educational and Social Research*, vol. 3, n° 7, pp. 243-48.
22. GREENBERG, L.S. et S.C. PAIVIO. 1997. *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York, The Guilford Press, 303 p.
23. AVERILL, R. 1994. « In the eyes of the beholder », dans P. EKMAN et R.J. DAVIDSON (réd.). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 7-14). New York, Oxford University Press, 496 p.
24. LECOMPTE, C. et R. SAVARD. 2004. « Entretien conseil et bilan de compétences », dans C. PELLOIS et coll. (réd.). *Bilan de compétences et mutations : l'accompagnement de la personne* (pp. 189-204). Actes du colloque de Caen, 18-19 octobre 2001, New York, Peter Lang.
25. Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec. 2010. *Le profil des compétences générales des conseillers et conseillères d'orientation*. Montréal, OCCOQ.



Martin Lauzier,
Psychologue et professeur
titulaire en gestion
des ressources humaines,
Université du Québec
en Outaouais



Caroline Nicolas,
Psychologue et professeure
adjointe en psychologie
du travail, Université
de Sherbrooke.



Mélina Andronicos,
Psychologue et cheffe
de projet de prévention,
recherche et formation,
Centre hospitalier universitaire
vaudois (Suisse).



Monique Séguin,
Psychologue et professeur
titulaire en psychologie,
Université du Québec
en Outaouais.

Vers une culture de bienveillance : l'exemple du réseau des alliés pour la santé psychologique au travail

Avec la pandémie de la COVID-19, les organisations et les travailleurs ont été contraints de s'adapter très rapidement à des exigences inattendues, variées et changeantes (Darouei et Pluut, 2021; Wang et coll., 2020). Les gens ont parfois fourni de gros efforts sur les plans émotif et professionnel dans un contexte déjà anxiogène (Troll et coll., 2021). Si nombreuses sont celles à avoir su et pu s'adapter assez aisément, certaines personnes ont souffert de détresse psychologique. À cet égard, on relève que la prévalence à l'échelle mondiale des troubles dépressifs et anxieux a augmenté de 25 % la première année de la pandémie (Organisation mondiale de la santé, 2022a). Au Québec, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2020-2021 révèle que la pandémie a accru la solitude, les inquiétudes et la détresse psychologique (Institut de la statistique du Québec, 2021). Les professionnels peuvent être touchés par la détresse psychologique, qu'elles et ils aient ou non contracté le virus; ainsi, au Québec, les travailleurs de la santé atteints par le virus en deuxième vague rapportent pour près de la moitié (48,1 %) une détresse psychologique élevée à très élevée, et le pourcentage grimpe à 55,9 % parmi ceux n'ayant pas été atteints (Pelletier, 2021). Par ailleurs, en raison de la saturation des services de santé et de la perturbation des soins dispensés en santé psychologique (parfois réorganisés à distance), la pandémie a pu restreindre l'accès à des soins (OMS, 2022a et 2022b).

Favoriser une culture de bienveillance

La préservation du bien-être psychologique des travailleurs constitue un enjeu important pour toute organisation (Gilbert et coll., 2017; Memish et coll., 2017). Aujourd'hui, pour une réappropriation saine des milieux de travail, les entreprises sont amenées à mettre en œuvre des stratégies de bienveillance tournées vers la compréhension et l'empathie. Ces stratégies favorisent les comportements prosociaux, c'est-à-dire qui ne sont liés ni

au système de récompense ni aux postes occupés et qui permettent de fonctionner (Bernaud et coll., 2021) entre les travailleurs, notamment l'entraide. Ce texte discute des origines, des fondements et des conditions nécessaires au bon déploiement d'une stratégie de prévention inspirée de la psychologie clinique et de la suicidologie (Hawgood et coll., 2021; Lipson, 2014; Mann et coll., 2005; Yonemoto et coll., 2019). Une telle démarche concerne l'établissement d'un réseau d'alliés pour la santé psychologique au travail (comme cela est fait présentement à l'Université du Québec en Outaouais). Selon une logique préventive, cette stratégie a pour principal objectif de faciliter le repérage de travailleurs vivant de la détresse psychologique et de les guider rapidement vers des services professionnels adaptés.

Bien naturellement, cette stratégie doit être intégrée à une approche globale à laquelle s'ajoutent d'autres actions simples et ciblées, comme des formations offertes aux membres de l'entreprise (par exemple pour la prévention de conflits) ou des politiques déjà existantes (par exemple pour la gestion de l'assiduité au travail), lesquelles visent à promouvoir la santé et le bien-être au travail (Goetzel et coll., 2014). La mise en œuvre d'un réseau d'alliés doit répondre à certaines conditions, notamment le déploiement d'actions qui réduisent les facteurs de risque et augmentent les facteurs de protection, ainsi que l'inclusion des actions individuelles ou organisationnelles (Memish et coll., 2017). Bien que la description d'une approche plus complète dépasse le cadre de cet article, l'exemple du réseau des alliés pour la santé psychologique au travail répond à plusieurs de ces critères tout en permettant une synergie avec d'autres pratiques.

Origines et fondements

Le réseau des alliés pour la santé psychologique au travail (aussi parfois appelé « réseau des sentinelles ») s'inspire de travaux issus de la prise en charge de personnes en souffrance (Mann et coll., 2005) et plus particulièrement d'initiatives visant à prévenir le suicide (Isaac et coll., 2009). Le terme « sentinelle » est utilisé initialement dans le vocabulaire militaire et signifie « entendre ». Repris dans plusieurs domaines, il indique le rôle tenu par une personne de relais entre le danger que constitue une forme de détresse psychologique et les ressources disponibles pour une personne souffrante. La personne dite sentinelle est ainsi une employée ou un employé qui s'est engagé (bénévolement) pour contribuer activement à aider les personnes évoluant dans le même milieu qu'elle et qui peut également vivre de la souffrance ou de la détresse psychologique. Être sentinelle nécessite une

courte formation, qui se tient sur quelques jours, portant spécifiquement sur les facteurs de risque qui peuvent conduire à un état de détresse ou de comportements suicidaires et permettant de repérer une personne qui présente des difficultés et de l'orienter vers les bonnes ressources ou les bons services (que ceux-ci se trouvent à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise).

Quelques conditions essentielles

La mise en œuvre d'un réseau des alliés pour la santé psychologique au travail constitue une stratégie simple et peu complexe en ce qui a trait à la logistique ou aux ressources à investir. Son efficacité se voit toutefois tributaire d'un certain nombre de conditions pouvant faciliter son implantation dans les milieux, à savoir : a) le soutien organisationnel; b) le repérage et l'activation des services de soutien; c) le développement des compétences des sentinelles; et d) la mobilisation.

Le soutien organisationnel. Une première condition essentielle au bon déploiement d'une telle stratégie tient naturellement à l'obtention d'un appui clair et visible de la direction de l'organisation. Les travaux sont nombreux à reconnaître l'apport indéniable du soutien de la direction à l'implantation d'initiatives semblables (Collerette et coll., 2021; Passey et coll., 2018a et 2018b). Appuyés par le service des ressources humaines, par les personnes responsables de la santé et sécurité du travail ou encore par les programmes ou services d'aide aux employés (PAE ou SAE), les dirigeants peuvent faciliter la bonne mise en place du réseau au moyen de communiqués, de représentations auprès des membres de l'entreprise ou d'autres actions symboliques (par exemple en désignant des alliés à l'interne pour piloter une telle initiative).

Le repérage et l'activation des services de soutien. Une autre condition essentielle tient au bon repérage des services de santé existant dans la communauté, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, et à leur mobilisation en tant que partenaires actifs du réseau. Pour ce faire, il importe d'établir des corridors de services privilégiés avec des professionnels ou services prédéterminés. En effet, comme préalable à l'implantation du réseau, il peut s'avérer utile de cartographier les services existants, et ce, tant en ce qui a trait à la quantité (c'est-à-dire la diversité des services et leur potentiel pour soutenir des personnes vivant différentes situations) qu'à la qualité (c'est-à-dire la capacité pour ces services de soutenir des cas plus lourds ou plus complexes). Ce travail de repérage nécessite également que des ressources soient dévolues à la bonne coordination du réseau, et ce, afin de prévenir les risques d'affaiblissement. À ce titre,

la désignation d'une coordonnatrice ou d'un coordonnateur à l'interne peut aider à limiter de tels risques. Plus concrètement, lorsqu'une personne est effectivement repérée par une sentinelle, la coordonnatrice ou le coordonnateur doit s'assurer de faire un suivi auprès de cette personne, l'orienter vers les services et les ressources, et lui faire part d'une autre forme de soutien si la prise en charge n'est pas imminente.

Le développement des compétences des sentinelles.

La formation des membres du réseau est une condition centrale afin que toutes et tous puissent tenir leur rôle, soit celui d'agir en tant que baromètres afin que soient repérées plus facilement les personnes souffrantes ou en détresse, et ce, sans que les sentinelles aient à porter le fardeau de la prise en charge et sans que le mieux-être de leurs collègues devienne leur propre responsabilité. L'efficacité de telles initiatives de formation a déjà été établie en milieu hospitalier. Notamment, il a été montré que les connaissances et les attitudes acquises par les personnes formées à devenir sentinelles tendent à s'intégrer correctement et à rehausser leurs capacités à détecter différents signaux dans leur environnement (Cross et coll., 2007). Le contenu de la formation doit demeurer flexible et pouvoir être modifié selon les caractéristiques de chaque entreprise. De façon générale, cette formation doit permettre : a) d'acquérir les savoirs théoriques et pratiques sur la santé mentale, et ce, afin de pouvoir bien repérer les signaux de détresse chez une ou un collègue (par exemple l'isolement volontaire, une réaction forte à un conflit, la dépendance, etc.); b) de maîtriser les méthodes pour aborder et échanger convenablement avec une personne en souffrance (par exemple, l'écouter, choisir des mots de soutien dans le non-jugement) et de comprendre les principes entourant sa mission dans l'entreprise, notamment le fait que la personne en souffrance doit avoir la volonté de se faire accompagner, que l'aide apportée sera alors confidentielle et qu'il ne lui sera porté aucun préjudice en retour de cette aide (par exemple sur sa carrière); ainsi que c) de déterminer les bonnes ressources pour guider la personne ensuite. Pour être efficaces, de telles formations doivent naturellement être encadrées et soutenues dans le temps (Holmes et coll., 2021).

La mobilisation. La mobilisation constitue une autre condition essentielle à la vitalité d'une telle initiative. En mentionnant l'intérêt d'un tel réseau et en expliquant comment y participer activement, la communication doit aussi pouvoir mobiliser suffisamment de bénévoles pour qu'elle prenne effectivement forme et demeure active à long terme. Pour ce faire, la communication peut légitimement porter sur l'importance de construire ensemble

une culture de bienveillance. Cette stratégie (c'est-à-dire le réseau des alliés) permet en effet d'habiliter les collègues qui le souhaitent à remplir de nouveaux rôles en les rendant pleinement acteurs d'une démarche impulsée dans toute l'organisation. Elle invite donc à la participation de tous les travailleurs et favorise l'entraide en dehors des lignes hiérarchiques. D'ailleurs, œuvrer dans un milieu de travail proactif sur le plan de la gestion des difficultés de santé psychologique aurait une incidence positive sur le niveau de satisfaction des travailleurs (Abraham et coll., 2021).

En conclusion

Pouvant se déployer facilement au sein d'une entreprise, le réseau des alliés pour la santé psychologique constitue un moyen simple et pratique qui permet de soutenir les efforts organisationnels visant à maintenir, à préserver et à promouvoir l'établissement d'une culture de bienveillance. Parce qu'elle permet de repérer les personnes susceptibles de vivre de la détresse, cette stratégie a le potentiel de favoriser la santé psychologique et la satisfaction des travailleurs. Par ailleurs, eu égard aux modifications dans le travail concernant la pandémie, certaines entreprises pourraient être appelées prochainement à modifier leurs conditions de travail et à mieux structurer le télétravail. De tels changements pourraient nourrir des réflexions quant à la meilleure façon d'offrir l'accès à des alliés de la santé psychologique en mode virtuel en rendant ce service accessible également aux télétravailleurs. ■

Références

- ABRAHAM, K.M., P.S. ERICKSON, M.J. SATA et S.B. LEWIS. 2021. « Job satisfaction and burnout among peer support specialists: The contributions of supervisory mentorship, recovery-oriented workplaces, and role clarity ». *Advances in Mental Health*, vol. 20, n° 1, pp. 38-50.
- BERNAUD, J., P. DESRUMAUX et D. GUÉDON. 2021. « Comment favoriser les comportements citoyens et prosociaux au travail ? » Dans Bernaud, J., P. Desrumaux et D. Guédon (dir.), *Psychologie de la bientraitance professionnelle : concepts, modèles et dispositifs* (pp. 11-23). Paris, Dunod.
- COLLERETTE, P., M. LAUZIER et R. SCHNEIDER. 2021. *Le pilotage du changement* (3^e éd.). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- CROSS, W., M.M. MATTHIEU, J. CEREL et K.L. KNOX. 2007. « Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 6, pp. 659-70.
- DAROUËI, M. et H. PLUUT. 2021. « Work from home today for a better tomorrow! How working from home influence work-family conflict and employees' start of the next workday ». *Stress and Health*, vol. 37, n° 5, pp. 986-99.

- GILBERT, M.-H., V. DAGENAIS-DESMARAIS et F. ST-HILAIRE. 2017. « Transformational leadership and autonomy support management behaviors: The role of specificity in predicting employees' psychological health ». *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 38, n° 2, pp. 320-32.
- GOETZEL, R.Z., R.M. HENKE, M. TABRIZI, K.R. PELLETIER, R. LOEPKE, D.W. BALLARD, ... R.D. METZ. 2014. « Do workplace health promotion (Wellness) programs work? ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 56, n° 9, pp. 927-34.
- HAWGOOD, J., A. WOODWARD, P. QUINNETT et D. DE LEO. 2021. « Gatekeeper training and minimum standards of competency: Essentials for the suicide prevention workforce ». *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Doi : 10.1027/0227-5910/a000794.
- HOLMES, G., A. CLACY, D.F. HERMENS et J. LAGOPOULOS. 2021. « The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: A Systematic Review ». *Archives of Suicide Research*, vol. 25, n° 2, pp. 177-207.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. 2021. *Répercussion de la pandémie sur la vie sociale, la santé psychologique, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois#inquietudes>.
- ISAAC, M., B. ELIAS, L.Y. KATZ, S.L. BELIK, F.P. DEANE, M.W. ENNS, et J. SAREEN. 2009. « Swampy cree suicide prevention team. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 4, pp. 260-68.
- LIPSON, S.K. 2014. « A comprehensive review of mental health gatekeeper-trainings for adolescents and young adults ». *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 26, n° 3, pp. 309-20.
- MANN, J.J., A. APTER, J. BERTOLOTE, A. BEAUTRAIS, D. CURRIER, A. HAAS, ... H. HENDIN. 2005. « Suicide prevention strategies: A systematic review ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, n° 16, pp. 2064-74.
- MEMISH, K., A. MARTIN, L. BARLETT, S. DAWKINS et K. SANDERSON. 2017. « Workplace mental health: An international review of guidelines ». *Preventing Medicine*, vol. 101, pp. 213-22.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2022a. *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief*, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. 2022b. *Rapport mondial sur la santé psychologique. Transformer la santé psychologique pour tous. Vue d'ensemble*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860#:~:text=Dans%20le%20monde%20entier%2C%20les,la%20sant%C3%A9%20mentale%20pour%20tous>.
- PASSEY, D.G., M.C. BROWN, K. HAMMERBACK, J.R. HARRIS et P.A. HANNON. 2018a. « Managers' support for employee wellness programs: An integrative review ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 32, n° 8, pp. 1789-99.
- PASSEY, D.G., K. HAMMERBACK, A. HUFF, J.R. HARRIS et P.A. HANNON. 2018b. « The role of managers in employee wellness programs: A mixed-method study ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 32, n° 8, pp. 1697-705.
- PELLETIER, M. 2021. « Détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints lors de la deuxième vague de COVID-19 ». Communication présentée au Colloque IRSST 2021 *La recherche en SST au service des milieux du travail en période de pandémie*. https://www.irsst.qc.ca/Portals/0/Images/0-ac-cueil/evenements/2021/colloque2021-ppt/Pr%C3%A9sentation-IRSST_14092021.pdf?ver=2021-09-15-132938-273.
- PETRIE K., S. JOYCE, L. TAN, M. HENDERSON, A. JOHNSON, H. NGUYEN, ... S.B. HARVEY. 2018. « A framework to create more mentally healthy workplaces: A viewpoint ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 52, n° 1, pp. 15-23.
- TROLL, E.S., L. VENZ et F. WEITZENEGGER. 2021. « Working from home during the COVID-19 crisis: How self-control strategies elucidate employees' job performance ». *Applied Psychology: An International Review*, vol. 71, n° 3, pp. 853-80.
- WANG, B., Y. LIU, J. QIAN et S.K. PARKER. 2020. « Achieving effective remote working during the COVID-19 pandemic: A work design perspective ». *Applied Psychology: An International Review*, vol. 70, n° 1, pp. 16-59.
- YONEMOTO, N., Y. KAWASHIMA, K. ENDO et M. YAMADA. 2019. « Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review ». *Journal of Affective Disorders*, vol. 246, pp. 506-14.



Christina Popescu,
M.A., doctorante en
psychologie sociale,
Université du Québec à
Montréal, chercheuse au
laboratoire de recherche
Culture, Identité et Langue
(CIEL)

Regards de la psychologie sur l'écoanxiété : comment accompagner

Le 8 juin dernier, j'ai eu l'honneur d'être invitée à titre de conférencière par l'OCCOQ lors de leur colloque annuel. À cette occasion, j'ai pu partager avec le public des informations liées aux enjeux qui me tiennent énormément à cœur – et qui me préoccupent aussi beaucoup à la fois. Il s'agit des changements climatiques et des façons dont cette réalité nous touche sur les plans physique et psychologique.

Force est de constater que nous pouvons d'ores et déjà observer les nombreux effets que les changements climatiques entraînent aux niveaux environnementaux et humains à l'échelle planétaire. Plusieurs records, notamment de températures atmosphériques et océaniques, ont été pulvérisés à l'été 2023. Avec le phénomène El Niño qui est attendu pour la fin 2023, les scientifiques s'attendent à ce que le dépassement de nouveaux records devienne une nouvelle norme dans les années à venir, et ce, dès la période 2023-2027 (Ouranos, 2023; WMO, 2023). Nous n'avons qu'à penser à l'ampleur des feux de forêt qui ont frappé le Québec au printemps 2023 pour réaliser que les conséquences des changements climatiques se font déjà ressentir fortement ici, dans notre maison, autant que partout sur la planète, bien qu'à des degrés divers.

À titre de professionnelles et professionnels – et aussi d'êtres humains –, nous sommes toutes et tous concernées et concernés par cette réalité. Parmi les questionnements qui peuvent alors émerger se trouve la question de ce qu'il est souhaitable et nécessaire de mettre en place, sur les plans individuel et collectif, afin de naviguer à travers les crises environnementales et humaines – ainsi qu'existentielles – qu'apportent les changements climatiques. Dans le même ordre d'idées, il est également possible de se demander ce que nous pouvons faire pour mieux accompagner notre clientèle à travers leur cheminement de carrière et de vie dans une période remplie d'incertitudes à l'égard de l'avenir. Bien qu'il n'y ait pas

une réponse unique pour répondre à ces questions, il existe néanmoins des pratiques et des façons d'être et de faire qui peuvent aider à développer sa sensibilité, nourrir ses réflexions concernant ces sujets difficiles, ainsi que permettre de s'impliquer et de naviguer à travers les différentes réalités que les changements climatiques entraînent.

Les concepts : se retrouver entre écoanxiété et solastalgie

Ces dernières années, nous entendons beaucoup parler des termes *écoanxiété*, *solastalgie* et deuil environnemental. Il peut parfois sembler difficile de s'y retrouver et de bien comprendre les différences propres à chacun de ces concepts. Le terme **solastalgie** fait référence à la détresse, à la souffrance et au mal-être qui sont ressentis par des individus en raison de l'état de leur environnement immédiat, de leur territoire et de leur maison, qui ont été transformés ou détruits par les activités humaines et/ou les effets des changements climatiques (Albrecht, 2005; Galway et coll., 2019). Un concept proche de la solastalgie est celui de **deuil environnemental**, qui se définit comme une réponse émotionnelle apparaissant à la suite de la transformation ou de la destruction d'un lieu qui était habité et aimé, et dont la disparition a des répercussions sur le bien-être des individus à moyen et long termes au même titre qu'un deuil interpersonnel (Comtesse et coll., 2021; Cunsolo et Ellis, 2018).

Pour illustrer cette détresse, prenons l'exemple des populations ayant survécu aux cataclysmes naturels, tels que les feux de forêt de plus en plus puissants qui ont sévi au Canada et aux États-Unis ces derniers mois. Une fois les dangers passés, les personnes survivantes de ces désastres ont parfois tout perdu. Les souvenirs, les habitations, les villes, les villages et la nature environnante se sont envolés en fumée en quelques heures, laissant place à la désolation et au vide. Face à cette destruction, ces personnes vivent souvent de grands chocs émotionnels entremêlés de détresse psychique, et elles risquent également de vivre une augmentation de leur niveau d'anxiété ou de dépression, et parfois même de développer un trouble de stress post-traumatique (Albrecht, 2005; Basolo, 2009; Ellis et Albrecht, 2017).

Que se passe-t-il toutefois lorsque les personnes habitant un lieu vivent dans l'attente et l'anticipation des transformations environnementales de leur région, et ce, tout en observant la destruction de l'environnement et de villes ailleurs sur la planète? Le concept d'**écoanxiété** a vu le jour il y a quelques années pour tenter d'expliquer cette réalité, car cette situation est devenue la nouvelle norme pour un nombre croissant de personnes s'inquiétant pour l'avenir de la planète, de la biodiversité et de l'humanité (Clayton et coll., 2017; Clayton et coll., 2021, Cook et coll., 2018).

Mais qu'est-ce que l'écoanxiété? Bien qu'il n'existe pas une seule définition pour circonscrire ce concept, il avait été défini au départ comme une forme de souffrance, d'anxiété et de peur chronique ressenties à force de vivre dans l'attente des conséquences qu'apporteront les changements climatiques (APA, 2007). Il est fortement lié aux **écoémotions** que nous pouvons ressentir et qui nous offrent des informations pertinentes concernant les liens que nous partageons avec notre environnement (St-Jean, 2020). Les écoémotions peuvent revêtir des formes variées, pouvant autant être agréables à vivre lorsque l'on ressent de la joie ou du bien-être lors d'une promenade en forêt, par exemple, que désagréables lorsque l'on est témoin de la destruction environnementale rapportée par les médias. Pour illustrer certaines des écoémotions pouvant être vécues à l'égard des changements climatiques, nous pouvons imaginer une personne qui ressent de la **colère** devant la complaisance, l'inaction ou l'insuffisance d'actions des gouvernements et des entreprises par rapport aux sphères humaine et environnementale, de la **tristesse** par rapport à la destruction de l'environnement et des zones habitées attribuable aux feux de

forêt, et de l'**anxiété** concernant l'incertitude envers l'avenir et les conséquences environnementales et humaines à venir. Il est donc possible de ressentir plusieurs écoémotions à la fois, et il est également important de se rappeler qu'elles peuvent fluctuer et se transformer selon les moments et les contextes. Il est tout à fait normal et sain de ressentir, d'accueillir et d'accepter les écoémotions qui se présentent à soi.

Les signes qu'une personne vit avec de l'écoanxiété

La réalité des changements climatiques a des répercussions réelles sur le bien-être psychologique de nombreux individus sur la planète. Les jeunes – enfants, adolescentes et adolescents et jeunes adultes – sont parmi les populations les plus touchées par l'avenir incertain que font miroiter les changements climatiques, mais également par les émotions étant associées à l'écoanxiété (Clayton et coll., 2021; Clayton et Karazsia, 2020; Cook et coll., 2018; Hickman, 2019). Les personnes travaillant dans les milieux des organisations non gouvernementales (ONG), de la recherche et de l'éducation relative à l'environnement sont également plus touchées par l'écoanxiété que le reste de la population, car elles sont davantage confrontées aux connaissances scientifiques des bouleversements à venir en ce qui a trait à l'inaction socioenvironnementale des États et des entreprises (Pihkala, 2020). Dans le même ordre d'idées, les individus ayant déjà expérimenté les effets des changements climatiques, ainsi que ceux dans l'attente imminente des transformations environnementales, ou vivant déjà avec elles, telles que les populations insulaires du Pacifique et les populations autochtones du Nord du Canada, risquent également de vivre plus d'écoanxiété et un deuil environnemental (Clayton et coll., 2021; Cunsolo et Ellis, 2018).

Parmi les signes qui peuvent nous indiquer si une personne vit avec de l'écoanxiété et des écoémotions y étant liées, nous observons (Clayton et coll., 2017; Clayton et coll., 2021; Cunsolo et Ellis, 2018) :

- les sentiments de peur, d'impuissance et d'inquiétude face aux problématiques socioenvironnementales actuelles et à venir;
- la présence d'écoémotions, telles que la colère, la tristesse, l'anxiété et la joie, en lien avec l'environnement;

- la rumination d'idées et de pensées liées à l'anticipation de la transformation environnementale et des crises socioenvironnementales;
- la présence de symptômes physiques associés à l'anxiété, tels qu'une augmentation du rythme cardiaque, des palpitations, le sentiment d'avoir la gorge ou l'estomac noués;
- les difficultés de sommeil, avec parfois la présence d'insomnie ou de cauchemars;
- l'hypervigilance, avec présence d'une agitation et d'une irritabilité accrues;
- le sentiment de perdre une partie de son identité;
- la perte de motivation dans les activités quotidiennes;
- la difficulté de se concentrer et de réaliser ses tâches;
- l'accentuation des risques d'abus de substances;
- la remise en question ou le souhait de ne pas avoir d'enfants.

Sur les possibilités d'être, de penser et d'agir (ou sur la force des écoémotions)

Les sentiments d'écoanxiété peuvent nous faire réagir de multiples façons, et il est important de garder en mémoire qu'ils ne constituent pas une pathologie ou un trouble. Bien au contraire, ces réactions constituent plutôt des réponses normales vis-à-vis une situation anormale qui représente une menace existentielle pour l'humanité et le monde tel que nous le connaissons. Toutefois, si le niveau de souffrance psychologique devient trop grand et qu'il a une incidence sur le fonctionnement d'une personne, il est important qu'elle puisse alors trouver de l'aide auprès de professionnelles ou professionnels, et/ou de sa communauté, afin d'être en mesure de retrouver un certain équilibre quant à son bien-être psychologique et physique.

Face à cette menace, les écoémotions ressenties peuvent parfois devenir un catalyseur d'actions et nous aider à trouver la motivation nécessaire pour se mobiliser et transformer le statu quo, alors qu'à d'autres moments elles peuvent plutôt nous faire plonger dans une forme de paralysie accompagnant des sentiments d'impuissance et de fatalité. En fait, **ressentir de la colère** et des sentiments d'injustice est ce qui permet aux personnes de vivre une forme plus saine et plus adaptative d'écoanxiété. Ce sont les émotions de frustration qui poussent les individus à

entreprendre davantage d'actions collectives en vue de transformer les injustices perçues, en plus de la mise en place d'actions individuelles. Or, à l'inverse, ressentir uniquement de l'anxiété, sans qu'il y ait la présence de colère, est souvent ce qui amenait les personnes à vivre leur écoanxiété de façon plus « maladaptée », c'est-à-dire avec moins de mobilisation collective et un moins grand sentiment de bien-être (Stanley et coll., 2021).

À titre d'êtres humains, nous avons la responsabilité de réaliser un travail individuel et collectif par rapport aux changements climatiques et à ce que cette réalité représente pour nous et pour les personnes qui nous sont chères. L'une des choses que nous pouvons réaliser est de canaliser cette émotion de colère et de la transformer en une prise d'action pouvant permettre de reprendre un sentiment de pouvoir et de directionnalité sur des événements semblant parfois nous dépasser. Il est possible de réaliser ce travail sur trois niveaux : celui des (éco) émotions et d'une meilleure compréhension de leur manifestation sur soi et sur les autres; celui de la mise en action et des comportements à poser pour réduire la pollution et les effets des changements climatiques; ainsi que celui de la recherche de sens pour cultiver l'espoir et habiter les valeurs d'entraide et de coopération qui nous permettront de penser et de transformer l'avenir (Ojala, 2012; Pihkala, 2020).

Ce que nous pouvons faire à titre de professionnelles et professionnels

Bien qu'il n'existe pas de mode d'emploi directif sur les possibilités d'action à réaliser sur le plan professionnel, et plus spécifiquement dans le milieu de l'orientation par rapport aux changements climatiques, on trouve tout de même des conseils et des pistes de réflexion au sein de la littérature scientifique pouvant être utilisés dans ce contexte.

L'une des choses qu'il est recommandé de réaliser est de **prendre soin de soi** aux niveaux physique et psychologique, ainsi que de devenir un modèle de « *self-care* » pour les personnes et les jeunes autour de soi en les encourageant également à prendre soin d'eux (Powers et Engstrom, 2020). Il peut être facile de s'épuiser sur les plans physique et émotionnel en étant souvent dans l'action, en manifestant et en s'opposant aux inactions des gouvernements en matière socioenvironnementale. Cependant, pour éviter de sombrer dans l'épuisement militant lié à l'écoanxiété, il est important de pouvoir s'ac-

corder des moments de qualité pour soi, en réalisant par exemple des pratiques créatives ou sportives qui favorisent la régulation de ses états émotionnels (Pihkala, 2018). En ce sens, encourager les jeunes à se rapprocher de la nature et à passer du temps dans les parcs et les espaces naturels peut également entrer dans cette catégorie de « *self-care* ». La clé est de trouver la ou les pratiques qui vous touchent et vous font du bien.

Il est aussi possible de **s'engager de façon individuelle et collective** pour transformer certaines situations socioenvironnementales problématiques, locales ou internationales, ainsi qu'encourager les jeunes à être eux-mêmes plus mobilisées et mobilisés et à réaliser des pratiques proenvironnementales dans leur quotidien (Sanson et coll., 2018). Vivre selon ses valeurs et ses convictions proenvironnementales permet d'améliorer son état de bien-être et son sentiment d'efficacité. En ce sens, il est important d'encourager l'implication des collègues et des jeunes à différents niveaux en lien avec les changements climatiques. Par exemple, pourquoi ne pas les inviter à participer à une activité de sensibilisation qui vous tient à cœur ou organiser des rencontres professionnelles liées spécifiquement à ces enjeux ?

Il est aussi encouragé de **réaliser un travail émotionnel** sur soi en plongeant au fond de ce que représentent et symbolisent les changements climatiques pour vous-même (van Kessel, 2020). Dans le même ordre d'idées, effectuer ce travail de réflexion et de compréhension permet d'**engager plus facilement un dialogue autour de ces sujets difficiles**, et ainsi de mieux accompagner et guider votre clientèle dans leurs vécus émotionnels en lien avec l'écoanxiété et les changements climatiques, en plus de les aider à mieux s'orienter par rapport à l'avenir et à leur choix de carrière (van Kessel, 2020). Dans un contexte où il peut être facile de se décourager et de perdre sa motivation en raison du contexte socioenvironnemental, il est suggéré d'accompagner les jeunes en les aidant à développer leur confiance en elles et en eux tout en les encourageant à trouver leurs forces et leurs faiblesses, et à comprendre la manière dont celles-ci pourraient être utilisées pour augmenter leur sentiment d'efficacité dans un contexte d'adaptation aux crises socioenvironnementales (Macy et Johnstone, 2012; Pihkala, 2020). Par exemple, si vos jeunes ont de l'intérêt pour l'art, encouragez-les à utiliser la créativité et les médiums artistiques pour sensibiliser d'autres personnes à l'importance d'agir et de transformer de façon radicale nos modes de vie. Si elles et ils aiment les sciences, aidez-les à trouver un domaine qui pourrait leur permettre de conjuguer leur passion avec leurs inquiétudes environne-

mentales, et ainsi trouver un sens au métier qu'elles et ils occuperont.

L'idée est de cultiver une forme d'espoir actif et constructif pour continuer à agir, même dans les moments où l'on est assailli et assailli d'incertitudes à l'égard de l'avenir. Dans le contexte climatique mondial, développer dès maintenant l'espoir et les habiletés de résilience des jeunes pourrait leur permettre de reprendre plus rapidement un certain niveau de fonctionnement lorsque surviendront des événements difficiles ou traumatiques, ainsi que de pouvoir surmonter les chocs émotionnels qui en découleront (Clayton et coll., 2021; Cyrulnik, 2018; Pihkala, 2020). Malgré l'urgence d'agir sur les plans climatique et environnemental, nous nous heurtons encore au déploiement d'efforts plus qu'insuffisants des États et des entreprises à travers la planète, et cette réalité peut être très frustrante et difficile à accepter – et ce avec grande raison. Il est toutefois de notre devoir en tant qu'êtres humains de penser, de cultiver et de partager l'espoir de transformer demain en fonction des réalités socioenvironnementales qui nous toucheront alors. ■

Références

1. ALBRECHT, G. 2005. «Solastalgia': A new concept in health and identity», *PAN: Philosophy Activism Nature*, n° 3, pp. 44-59.
2. ALBRECHT, G. et coll. 2007. «Solastalgia: The distress caused by environmental change», *Australasian Psychiatry*, vol. 15, supp. 1, pp. 95-8.
3. CUNSOLO, A. et N. ELLIS. 2018. «Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss», *Nature Climate Change*, vol. 8, n° 4, pp. 275-81.
4. CYRULNIK, B. 2018. «Traumatisme et résilience », *Rhizome*, vol. 3-4 (n°s 69-70), pp. 28-9.
5. ELLIS, N.R. et G.A. ALBRECHT. 2017. «Climate change threats to family farmers' sense of place and mental wellbeing: A case study from the Western Australian Wheatbelt», *Social Science & Medicine*, vol. 175, pp. 161-8.
6. GALWAY, L.P. et coll. 2019. «Mapping the Solastalgia Literature: A Scoping Review Study», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, n° 15, 2662, pp. 1-24.
7. OJALA, M. 2012. «Regulating worry, promoting hope: How do children, adolescents, and young adults cope with climate change?», *International Journal of Environmental and Science Education*, vol. 7, n° 4, pp. 537-61.
8. OURANOS. 2023. «El Niño s'additionne dangereusement aux changements climatiques. Québec, Ouranos». Page disponible sur <https://www.ouranos.ca/fr/nouvelles/2023-06-28/el-nino-changements-climatiques>.
9. PIHKALA, P. 2017. «Environmental education after sustainability: Hope in the midst of tragedy», *Global Discourse*, vol. 7, n° 1, pp. 109-27.

10. PIHKALA, P. 2018. «Eco-Anxiety, Tragedy, and Hope: Psychological and Spiritual Dimensions of Climate Change», *Zygon*, vol. 53, n° 2, pp. 545-69.
11. PIHKALA, P. 2020. «Eco-anxiety and Environmental Education», *Sustainability*, vol. 12, n° 23 (10149), pp. 1-38.
12. POWERS, M.C.F. et S. ENGSTROM. 2020. «Radical Self-Care for Social Workers in the Global Climate Crisis», *Social Work*, vol. 65, n° 1, pp. 29-37.
13. SANSON, A.V. et coll. 2018. «Climate Change: Implications for Parents and Parenting», *Parenting*, vol. 18, n° 3, pp. 200-17.
14. ST-JEAN, K. 2020. *Apprivoiser l'écoanxiété et faire de ses écoémotions un moteur de changement*, Montréal, Les Éditions de l'Homme.
15. STANLEY, S.K. et coll. 2021. «From anger to action: Differential impacts of eco-anxiety, eco-depression, and eco-anger on climate action and wellbeing», *The Journal of Climate Change and Health*, vol. 1, pp. 1-5.
16. VAN KESSEL, C. 2020. «Teaching the Climate Crisis: Existential Considerations», *Journal of Curriculum Studies Research*, vol. 2, n° 1, pp. 129-45.
17. WORLD METEOROLOGICAL ORGANIZATION. 2023. «World Meteorological Organization declares onset of El Niño conditions». Page disponible sur <https://public.wmo.int/en/media/press-release/world-meteorological-organization-declares-onset-of-el-ni%C3%B1o-conditions>.



Myriam Vigneault,
c.o., coordonnatrice aux
appels et aux interventions,
Brio PAE



Patricia Dionne,
Ph.D., c.o., professeure
agrégée au Département
d'orientation professionnelle
Université de Sherbrooke

Résumé des retombées du programme Hors-Piste Orientation sur la maîtrise de l'anxiété et le choix d'orientation

De récentes études ont mis en lumière la hausse importante de l'anxiété chez les personnes adolescentes, avec une augmentation plus marquée pour les élèves du deuxième cycle du secondaire (Bergeron et coll., 2022). Or, il s'agit également d'un moment important du développement de carrière dans le sens où il y a une pression sociale pour faire un choix de carrière durant cette même période (Dupuis et coll., 2021). Un récent programme a été développé d'outiller les personnes adolescentes en lien avec ces deux enjeux : Hors-Piste Orientation (Dupuis, 2022). Le projet pilote ayant fait preuve de résultats encourageants, cet article propose de résumer le travail d'essai s'étant intéressé aux retombées du programme sur la d'un choix de carrière et sur la maîtrise de l'anxiété de personnes adolescentes du Québec (Vigneault, 2023).

Hausse de l'anxiété à l'adolescence

La santé mentale de plusieurs ayant été ébranlée par la récente pandémie, des études ont mis en lumière les incidences que cela avait pu avoir chez les jeunes. Selon l'enquête de janvier 2022 sur la santé psychologique des jeunes âgés de 12 à 25 ans, « le quart des jeunes fréquentant une école secondaire ou professionnelle perçoivent leur santé mentale comme passable ou mauvaise » (Bergeron et coll., 2022, p. 6), alors que ce chiffre était trois fois moins élevé en 2020. En ce qui concerne plus particulièrement les symptômes de dépression ou d'anxiété modérée à sévère, ceux-ci augmentent à chaque année du secondaire, atteignant un point culminant à la fin du secondaire (Bergeron et coll., 2022). Il importe de souligner que l'anxiété était déjà en hausse chez les jeunes du secondaire. L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire de 2016-2017 comparée à la même enquête réalisée en 2010-2011 met en évidence une hausse d'environ 8 % pour ce qui est de la prévalence des troubles anxieux formellement diagnostiqués, passant de 9 % à 17 % en 6 ans (Traoré et coll., 2018).

Il importe de rappeler que « la transition ayant lieu à la fin des études de niveau secondaire serait un moment particulièrement propice à l'apparition de l'anxiété, puisque les jeunes doivent réaliser des choix importants dans de courts délais » (Dupuis et coll., 2021, p. 40). Une enquête de Prévost (2021) abonde dans le même sens. Elle a pu mettre

en évidence qu'une majorité des élèves de cinquième année du secondaire ayant participé à l'étude se sentent notamment nerveux, craintifs et angoissés de manière modérée à élevée, et ce, spécifiquement au moment du processus de prise de décision lié à la carrière. Toutefois, il peut être particulièrement néfaste de ressentir cette anxiété lors du processus décisionnel. Ceci peut mener à de l'évitement (Boulet et coll., 2020), menant alors les personnes adolescentes à éviter l'exploration ou toute activité liée à l'orientation scolaire et professionnelle (Daniels et coll., 2011). L'anxiété peut aussi engendrer de l'insatisfaction à l'endroit de leur choix de carrière ainsi qu'un faible engagement dans cette dernière (Daniels et coll., 2011).

Pour les élèves du deuxième cycle du secondaire, des études ont montré qu'il n'est pas suffisant de s'attarder uniquement à soutenir le choix de carrière pour faire diminuer l'anxiété et inversement, il est également insuffisant de simplement intervenir pour augmenter la capacité à maîtriser l'anxiété sans considérer le soutien au processus décisionnel (Daniels et coll., 2011). Hors-Piste Orientation a été développé dans l'optique de se pencher sur ces deux enjeux (Dupuis, 2022).

Hors-Piste Orientation

Ce programme d'intervention de counseling groupal conçu dans le cadre d'une thèse doctorale se déroule sur six rencontres d'une durée de deux heures, à une fréquence bimensuelle. Jusqu'à présent, ce sont essentiellement des personnes conseillères d'orientation qui ont animé les ateliers. On y trouve notamment ces thèmes : la construction sociale de l'anxiété, la pleine conscience, la connaissance de soi, du monde scolaire et du marché du travail, ainsi que le processus de prise de décision (Dupuis, 2022). Ayant été développé avec une vision développementale de l'individu, il vise à augmenter la capacité des personnes participantes à maîtriser leur anxiété ainsi que leur capacité à prendre une décision de carrière. Les retombées du projet pilote implanté au sein de trois groupes de 6 ou 7 jeunes âgés de 15 et 16 ans semblent d'ailleurs positives : « Pour l'ensemble des participants, il est possible de constater une évolution entre la première rencontre et l'entrevue individuelle, par rapport à leur anxiété en situation de choix de carrière » (Dupuis, 2022, p. 231). Par la suite, soit en 2022 et en 2023, Hors-Piste Orientation a été plus largement implanté.

Objectifs et méthode de recherches

L'objectif général de l'essai a été d'analyser les retombées du programme Hors-Piste Orientation sur la clarification d'un choix de carrière et la maîtrise de l'anxiété en s'intéressant particulièrement aux processus relationnels y contribuant. Voici les objectifs spécifiques qui ont été retenus :

- comprendre comment les personnes apprennent et développent leur capacité à réaliser un choix de carrière et à maîtriser leur anxiété au fil de leur participation au programme ;
- déceler si le programme favorise la transmission et l'acquisition de nouveaux instruments psychologiques ;
- dégager, s'il y a lieu, des changements dans la manière d'agir dans et sur son environnement social (en lien avec la construction sociale de l'anxiété) (Vigneault, 2023).

L'échantillon pour la cueillette de données était composé de deux groupes de l'année scolaire 2022-2023 pour un total de neuf garçons et six filles. Un des groupes provenait de la formation générale des jeunes en Mauricie, soit plus précisément en troisième secondaire. Pour ce groupe, le programme s'est déroulé de novembre à mars pour un total de onze rencontres d'une heure. Le second groupe provenait de la formation générale des adultes (FGA) de l'Estrie. Pour celui-ci, ce sont cinq rencontres qui ont eu lieu de mars à avril avec une durée variant de 2 à 3 heures.

Au départ, il était souhaité que les groupes proviennent du deuxième cycle du secteur jeune puisque c'est en ayant en tête les enjeux propres à cette population que le programme a été développé. Toutefois, l'échantillon en représente un de convenance considérant que ces données n'étaient pas disponibles au moment de la réalisation de l'essai. Pour ce qui est de l'analyse de données, ce sont les journaux de bord remplis tant par les personnes participantes que par les personnes intervenantes qui ont été utilisés pour réaliser une analyse thématique grâce au logiciel NVivo. Les entrevues individuelles semi-dirigées avec les personnes volontaires ont également pu y être analysées.

Retombées

Hors-Piste Orientation semble avoir des retombées positives en ce qui concerne autant la clarification d'un choix de carrière que la maîtrise de l'anxiété, particulièrement dans l'amorce du développement de ces capacités. Un cheminement est observé au sein des deux groupes en

lien avec la prise de conscience de l'anxiété vécue en lien avec leur choix de carrière. En fait, à l'amorce du programme, la majorité des personnes participantes ne reconnaissent pas vivre de l'anxiété. Dans le groupe de troisième secondaire, une seule personne indique vivre de l'anxiété. C'est également ce qui est observé pour le groupe de la FGA. À titre d'exemple, une personne participante de troisième secondaire indique dans son journal de bord après quelques rencontres que « c'est plutôt normal d'avoir un peu d'anxiété, mais il va falloir trouver un moyen de s'en débarrasser ». Bref, la conscience de l'anxiété augmente graduellement par l'entremise de l'activité sociale du groupe. Si l'idée de s'en débarrasser ne rejoint pas pleinement ce qui est transmis dans le groupe, où l'on parle plutôt de maîtrise progressive de l'anxiété, les élèves sont de plus en plus conscients dans le groupe de ce qu'elles et ils vivent en lien avec leur choix de carrière. Cette idée rejoint le lien proposé par Vygotski entre la conscience et le développement des individus : « Plus nous sommes capables de nous rendre compte et rendre compte aux autres de l'expérience vécue, plus elle est vécue consciemment (elle est ressentie, elle se fixe dans le mot, etc.) » (Vygotski, 1930/2003, p. 78). Ainsi, les personnes participantes développent progressivement une plus grande conscience de leur anxiété grâce à l'activité sociale du groupe (Clot, 2003).

Ceci étant dit, certaines personnes participantes, au moment des entrevues postintervention, ne se sentent pas en maîtrise des stratégies transmises au sein des ateliers pour ce qui est de la gestion de l'anxiété. Il est possible de supposer qu'un effet de pratique est nécessaire pour pouvoir intégrer les stratégies comme la pleine conscience par exemple, et se sentir plus confortable de les utiliser par soi-même ensuite. L'effet de pratique est par ailleurs un élément sur lequel semblait s'appuyer le programme Mindfulness-based Stress Reduction, lequel encourageait la pratique de la méditation sur une base quotidienne (Bennett et Dorjee, 2016). Aussi, la personne intervenante du groupe de troisième secondaire a observé une plus grande efficacité au moment de la seconde activité de pleine conscience. Il semblerait pertinent que le programme Hors-Piste Orientation bonifie la pratique des diverses activités pour augmenter la maîtrise de l'anxiété, ce que recommandait par ailleurs une personne participante du groupe de la FGA : « La méditation, je trouve que c'est quelque chose qui se fait... je ne sais pas comment l'expliquer. C'est à long terme qu'on va réussir à bien faire ça. Ce que j'ai remarqué, c'est que je ne sentais pas que tout le monde était connecté. [...] Il faudrait peut-être une petite séance par

cours.¹ » Cependant, à la fin du programme, certaines personnes participantes rapportent être davantage dans le moment présent et d'être plus en mesure de lâcher prise, ce qu'on pourrait supposer être des traces d'une meilleure gestion de l'anxiété.

Il est possible de dégager une diminution de l'anxiété et de l'anxiété liée au choix de carrière. À la dernière rencontre, une personne participante du groupe de FGA écrit ceci dans son journal de bord : « Mon anxiété va mieux. J'ai l'impression que tout se place au bon endroit. » Cette diminution est rapportée à quelques reprises par les personnes participantes des deux groupes. L'évitement lié aux activités d'orientation scolaire et professionnelle est cessé dans la mesure où les personnes participantes se mettent en action au sein des ateliers. Une personne participante du troisième secondaire mentionne : « J'avais déjà mon idée en tête que ça fait longtemps que j'ai en tête. Fait longtemps que j'y pense. J'ai pu faire des recherches pour apprendre encore plus sur mon métier [...] donc je sais vraiment dans quoi m'enligner et j'ai pu apprendre sur d'autres sujets. » Une des personnes intervenantes a confié que « lorsqu'est venu le temps de faire le classement des métiers, les participants ont participé de façon dynamique. Cela leur a permis d'avoir l'heure juste sur les études menant à certains métiers. » Il importe de souligner aussi que cet apprentissage se déroule dans une ambiance marquée par des émotions positives, ce qui permet d'offrir une expérience positive, voire nouvelle, en lien avec le choix de carrière. Une personne participante de troisième secondaire écrit : « Je me suis bien senti, j'ai aimé partager mes choix avec les autres élèves et d'entendre leurs choix à eux. » Cette remarque revient à maintes reprises par ailleurs. Enfin, pour la plupart, cela permet de mettre l'orientation scolaire et professionnelle à l'agenda. Il s'agit d'ailleurs d'un avantage mentionné par Dupuis (2022) dans le cadre de sa thèse : « Il s'agit d'un espace-temps spécifique durant lequel les participantes ont l'occasion de travailler sur leurs émotions — incluant l'anxiété — et le processus de choix de carrière à l'aide des instruments transmis qui autrement, demeurent difficilement accessibles, sinon inaccessibles » (p. 214).

Les personnes participantes ont aussi pu améliorer leur connaissance de soi par le truchement de l'échange avec leurs pairs. Une personne participante du groupe de la FGA a d'ailleurs mentionné : « Je pense que c'est un [sic] rencontre qui m'a aidé de bien savoir mes intérêts, mes aptitudes qui contiennent des affaires que j'aimerais trouver dans ma carrière. » Une personne participante

1 Le terme cours fait ici référence à une rencontre du programme Hors-Piste Orientation.

du troisième secondaire a plutôt indiqué avoir appris quel domaine ne lui convenait pas du tout.

Au sein des deux groupes, on a aussi remarqué que les personnes participantes prennent conscience de l'influence de l'environnement social dans leur processus de choix de carrière : pression des parents à obtenir un diplôme d'études secondaires ou à choisir une carrière prestigieuse, influence du cercle d'amis et des réseaux sociaux.

Le programme ayant été développé pour le deuxième cycle du secondaire, une particularité de cette recherche est que ce sont plutôt un groupe de troisième secondaire et un issu de la FGA qui ont pu être utilisés pour la collecte de données. Il s'agit d'un compromis qui s'est avéré nécessaire compte tenu que les données pour le deuxième cycle du secondaire n'étaient pas disponibles au moment de leur collecte. Néanmoins, les retombées semblent bénéfiques pour ces deux groupes pour ce qui est de développer de nouvelles capacités en ce qui a trait à la maîtrise de l'anxiété et au choix de carrière. Ceci permet d'ailleurs de constater qu'il pourrait être pertinent d'en faire bénéficier cette population, bien que le programme n'ait pas été réfléchi ainsi initialement. Concernant le groupe de troisième secondaire, le programme permet d'amorcer une certaine réflexion quant au choix de carrière. Bien que les élèves n'en soient pas rendus à faire un choix et que la capacité d'introspection ne semble pas être complètement développée, la personne intervenante soulignait la pertinence de stimuler l'exploration. Aussi, les personnes participantes semblent satisfaites d'avoir participé au programme. Pour ce qui est du groupe de la FGA, la personne intervenante souligne que les enjeux d'orientation sont importants dans le sens où ils n'en sont plus à faire que de l'exploration professionnelle. Pour ce groupe, la pression sociale était bien présente. Aussi, leur maturité ainsi que leur capacité d'introspection rapportée par la personne intervenante semblent permettre d'amener les réflexions à un autre niveau. Bref, le programme se présente comme étant tout aussi pertinent pour les élèves de la FGA.

Pour conclure

Enfin, malgré certaines limites comme le manque d'appropriation des stratégies de maîtrise de l'anxiété due au manque de pratique, les retombées s'annoncent positives pour les deux groupes quant au développement de nouvelles capacités à réaliser un choix de carrière et à maîtriser l'anxiété. Les personnes participantes semblent bénéficier des interventions groupales puisque l'acti-

vité sociale permet de soutenir leur développement individuel par l'effet de normalisation, les prises de conscience et l'approfondissement des réflexions avec leurs pairs. Le programme Hors-Piste Orientation ayant reçu une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, les travaux d'implantation ainsi que sa diffusion dans les écoles québécoises se poursuivent actuellement.

Nous remercions la professeure Audrey Dupuis de l'Université de Moncton d'avoir permis l'utilisation secondaire de ces données de recherche. ■

Références

- BENNETT, K. et D. DORJEE. 2015. « The impact of a mindfulness-based stress reduction course (MBSR) on well-being and academic attainment of sixth-form students ». *Mindfulness*, vol. 7, n° 1, pp. 105-14. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0430-7>.
- BERGERON, J., L. BOURASSA, M. GÉNÉREUX, J.-P. GOUPIL, R. LEMELIN, Y. NOËL et A. PARADIS. 2022. *Enquête sur la santé psychologique des 12 à 25 ans*. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Sante_Publique/Donnees_sur_la_population/Autres_documents/Enquete_sante_psychologique_12_25_ans_Mars_2022.pdf.
- CLOT, Y. 2003. « Vygotski, la conscience comme liaison », dans Y. Clot (réd.), *Conscience, inconscient, émotions*. Paris, La Dispute, 2003, pp. 7-59.
- DANIELS, L.M., T.L. STEWART, R.H. STUPNISKY, R.P. PERRY et T. LoVERSO. 2011. « Relieving career anxiety and indecision: The role of undergraduate students' perceived control and faculty affiliations ». *Social Psychology of Education*, vol. 14, n° 3, pp. 409-26. <https://doi.org/10.1007/s11218-010-9151-x>.
- DUPUIS, A., P. DIONNE et F. SAUSSEZ. 2021. « L'intervention groupale pour la prévention de l'anxiété en milieu scolaire : une analyse critique des écrits ». *Revue canadienne de développement de carrière*, vol. 20, n° 2, pp. 40-58. <https://cjcd-rcdc.ceric.ca/index.php/cjcd/article/view/96/308>.
- DUPUIS, A. 2022. *Les processus favorisant le développement de la maîtrise de l'anxiété dans une situation de choix de carrière au sein d'un groupe de counseling lors de l'adolescence*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/18296>.
- DUPUIS, A. et P. DIONNE. 2022. *HORS-PISTE – Orientation*. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke.
- PRÉVOST, V. 2021. *Étude de l'expérience émotionnelle des élèves de la dernière année des études secondaires au cours du processus décisionnel de carrière*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/18296>.
- TRAORÉ, I., D. JULIEN, H. CAMIRAND, M.-C. STREET et J. FLORES. 2018. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2016-2017*. Institut de la statistique du Québec.
- VYGOTSKY, L.S. 1930 (2003). « Psychisme, conscience et inconscient », dans Y. Clot (réd.), *Conscience, inconscient et émotions*, Paris, La Dispute, pp. 95-121.



Émilie Robert,
C.O.

Une conception universelle de l'intervention auprès des personnes autistes : cinq clés d'intervention

On estime qu'environ 2 % de la population canadienne seraient autiste (Agence de la santé publique du Canada, 2018), ce qui représenterait environ 800 000 personnes. Bien que l'autisme demeure une condition vécue que par une minorité, elle est de moins en moins rare. Quel que soit votre secteur de pratique, vous avez sûrement rencontré une personne cliente autiste. Et vous avez probablement observé que certaines de vos stratégies d'intervention ne semblaient pas appropriées ou avec ce type de clientèle. Cela peut se comprendre. Les principales caractéristiques de l'autisme concernent la communication orale, la communication non verbale, l'établissement de relations interpersonnelles et des intérêts restreints. Malgré le fait que cela soit variable d'une personne autiste à une autre, la compréhension de son vécu émotif et la communication de cette introspection sont très de celles rencontrées chez les personnes non autistes. Les personnes autistes ont généralement plus de à se projeter dans l'avenir, car le temps est une notion abstraite et il est plus pour les personnes autistes de visualiser une expérience qu'elles n'ont pas encore vécue.

Les caractéristiques de l'autisme touchent donc le cœur même du travail des c.o., qui se retrouvent à devoir adapter leurs stratégies de communication et d'intervention en travaillant avec de ces personnes. Mais ce ne sont pas tous les c.o. qui interviennent souvent auprès de personnes autistes, au point de vouloir modifier leur modèle d'intervention. Aussi, dans encore de trop nombreux milieux, les c.o. manquent de ressources et de temps pour revoir leurs outils d'intervention ou faire un processus de supervision. Dans ce contexte, cet article propose d'adopter ce qu'on pourrait qualifier de *conception universelle de l'intervention en orientation*, qui est une adaptation de la conception universelle de l'apprentissage. Il s'agit de clés ou de stratégies qui seront assurément bénéfiques pour la clientèle autiste, mais qui pourrait l'être tout autant pour l'ensemble de la clientèle. Des stratégies qu'on peut mettre en place puis maintenir tout au long de sa pratique.

Avant de présenter ces cinq clés d'intervention adaptées aux personnes autistes en orientation, précisons mieux ce dont il s'agit lorsqu'on parle de conception universelle de l'apprentissage.

La conception universelle de l'apprentissage, parfois aussi qualifiée de « pédagogie universelle ou d'accessibilité universelle en éducation », est un principe qui provient d'abord du domaine de l'architecture. Au début des années 1980, des architectes ont mis de l'avant dans leur design des accès aux bâtiments utilisables par tout le monde. Par exemple, au lieu d'avoir un escalier et une rampe adjacente pour les personnes en fauteuil roulant, ils ont conçu des entrées sans marches, permettant à tous le même accès. Ce concept a été transposé dans des modèles d'apprentissage en recherche en éducation, permettant ainsi un meilleur accès à l'éducation sans avoir à cloisonner les apprenants en fonction de leurs limitations et des accommodements spécifiques à chacun. La conception universelle de l'apprentissage

repose sur trois principes fondamentaux (Center for Applied Special Technology, 2011) :

- 1^{er} principe :** Offrir plusieurs moyens de représentation du contenu ;
- 2^e principe :** Offrir plusieurs moyens d'action de l'apprenante ou apprenant pour mettre en pratique ses apprentissages ;
- 3^e principe :** Offrir plusieurs moyens de valoriser les efforts et la persévérance de l'apprenante ou apprenant.

Autrement dit, pour inclure des personnes ayant un fonctionnement neurologique différent les uns des autres, il vaut mieux présenter le contenu de différentes manières, varier les méthodes de rétroaction, d'exploration et d'interaction avec l'éducatrice ou l'éducateur et, enfin, manifester de manière variée son soutien, ses encouragements et permettre à la personne d'utiliser différentes stratégies d'autorégulation. Ces principes peuvent tout à fait s'adapter à la relation d'aide et, plus particulièrement, au counseling d'orientation. Voici cinq clés qui respectent les principes de la conception universelle de l'apprentissage et qui sont adaptées à la réalité des personnes autistes.

- 1) **Être le plus explicite possible** quant aux modalités des services, au rôle des c.o. et celui de la cliente ou du client.

Tout accompagnement auprès d'une personne commence par l'évaluation du besoin, la description de ses services et l'obtention du consentement éclairé. Si cela ne change pas lorsqu'on intervient auprès de personnes autistes, il n'en reste pas moins qu'elles auront généralement besoin de beaucoup plus de détails et de plus de temps avant de comprendre et consentir de manière réellement éclairée.

Le début d'une nouvelle relation d'aide peut être assez anxiogène pour une personne autiste, qui devra interagir avec une nouvelle personne et s'ouvrir sur un sujet qui la préoccupe. Cette situation peut amener les autistes à avoir beaucoup de questions et à avoir besoin de beaucoup de précisions sur les modalités des services des c.o. Par exemple, la durée et la fréquence des rencontres, les modalités d'annulation, les conséquences d'une annulation peuvent toutes être sources de stress. En pratique privée, ces éléments sont généralement abordés de manière très précise, car des frais sont associés à chaque rencontre. Toutefois, dans les secteurs où les services sont gratuits, comme dans le secteur scolaire ou commu-

nautaire, on peut parfois penser que ces modalités vont de soi et que la cliente ou le client est habitué au mode de fonctionnement de l'école ou de l'organisme. Ceci dit, les personnes non autistes gagneront tout autant à ce que les modalités de l'intervention soient nommées très clairement dès la première rencontre.

De plus, il est important, autant du côté de la clientèle que de celui des intervenants, d'ajuster et d'explicitement les attentes dès la première rencontre. La cliente ou le client autiste s'attendra probablement à évoluer dans un cadre clair et défini d'avance, à recevoir des informations précises et à réaliser des activités concrètes. Cette personne ne s'attend pas nécessairement à une écoute active et à être reçue dans sa globalité affective. Il faudra donc mentionner que des dimensions affectives seront abordées durant les rencontres et il faudra également vérifier quel est le niveau de confort de la cliente ou du client devant cette réalité. Les autistes vivent autant d'émotions que les autres, mais manifestent souvent moins d'intérêt à analyser le contenu émotif d'une expérience. Leur choix professionnel leur fait vivre des émotions, mais, pour la très grande majorité, ce sont les faits, mais non les émotions, qui seront le vecteur par lequel s'établira le lien de confiance.

De la même manière, les objectifs d'intervention seront à préciser. Comme il a été expliqué précédemment, les jeunes adultes autistes développent leur autonomie et leur identité beaucoup plus lentement que les jeunes non autistes. Il est fort probable que les c.o. ne soient pas témoins de leur prise de décision et du passage à l'action. S'ils en font un critère pour évaluer le succès d'une intervention, ils risquent de la déception ou de mettre inconsciemment de la pression sur la personne assise en face. Il faut donc ajuster les objectifs de cette démarche d'orientation selon l'âge, la capacité à communiquer verbalement et le niveau de maturité. Et encore là, comme la maturité vocationnelle demeure très variable dans toute la population, le fait de porter cette attention particulière gagnera à tous types de clientèles.

- 2) **Utiliser du soutien visuel** tout au long des rencontres

De plus en plus d'études en neurosciences démontrent que les personnes autistes ont plus de facilité à résoudre des problèmes et prendre des décisions lorsqu'elles ont accès à un contenu visuel (Courchesne et coll., 2016). Elles organisent mieux leur pensée en images, les informations verbales étant plus difficiles à traiter (Grandin et Panek, 2013). Or, l'intervention en relation d'aide ne peut pas se faire sans contenu verbal. Tout d'abord, par

les échanges verbaux, mais aussi en contexte de counseling d'orientation, en utilisant de la documentation, des tests psychométriques et des activités de réflexion écrites. Elles peuvent tout autant être aidées par l'entremise d'activités verbales, mais celles-ci devront être soutenues par des éléments visuels. Voici un tableau qui présente les avantages de l'utilisation de stratégies visuelles :

Rencontre SANS stratégies visuelles	Rencontre AVEC stratégies visuelles
Difficulté à comprendre le sens des mots.	Elles clarifient le sens des mots, évitent des malentendus.
Traitement de l'information plus lent.	Accélèrent le traitement de l'information, car les images sont plus concrètes.
Anxiété provoquée par l'ambiguïté du message et par l'inquiétude de ne pas comprendre.	Réduisent l'anxiété, aident à structurer la démarche d'orientation ou d'accompagnement.
Difficulté à se souvenir du contenu verbal.	Facilitent l'encodage et la rétention de l'information.
Estime de soi compromise : veut être la bonne ou le bon client, mais n'y arrive pas.	Aident à établir le lien de confiance dans la relation d'aide.

Les avantages d'utiliser des outils visuels sont nombreux. Dans ma pratique, j'ai remarqué que ces stratégies amélioreraient également le traitement de l'information, la compréhension et la confiance qu'ont mes clientes et clients à s'engager dans leur processus d'orientation, autistes ou non. Tous gagnent à avoir un complément d'information visuelle. Voici des exemples concrets de stratégies visuelles facilement accessibles :

- utilisation d'un tableau blanc, au mur ou sur sa surface de travail avec crayons-feutres, sur lequel on peut écrire au fur et à mesure les mots clés qui ressortent de la discussion;
- recours à des banques d'images ou de photos;
- visionnement de vidéos en ligne, au sujet de professions ou de programmes de formation;
- visites virtuelles d'établissement d'enseignement, accessibles sur leur site Internet;
- suggestion de dessiner à la maison ses idées ou son questionnement d'orientation;
- suggestion de prendre en photo des réalisations ou soi-même en train de faire une action ou une activité

sympathique.

On trouve également des outils visuels plus structurés qu'on peut se procurer comme *l'Inventaire visuel d'intérêts professionnels* (Dupont, Gingras et Tétreau, 2008; 2010) ou la trousse *Ma carrière en images* (Robert, 2020), mais il n'est pas nécessaire de posséder de tels outils alors que plusieurs moyens simples sont accessibles. Il suffit de se souvenir que notre parole et les mots écrits sont une partie du message à transmettre à l'autiste et qu'il est important de le compléter avec du soutien visuel.

3) Demander à la cliente ou au client **quel type de communication il convient de privilégier**

Sachant que les personnes autistes comprennent mieux, plus rapidement et qu'elles ont davantage confiance lorsqu'on leur propose un contenu visuel, j'en suis venue à leur proposer de me répondre ou de communiquer avec moi de différentes manières. Cela fait référence au 2^e principe de la conception universelle de l'apprentissage. Plusieurs jeunes autistes n'étaient pas en mesure de répondre à mes questions d'évaluation ou d'exploration verbalement, en temps réel. J'en suis venue à proposer à ma clientèle autiste, et également non autiste, la possibilité de noter mes questions, d'y répondre par écrit d'ici la rencontre suivante et ensuite que je lise les réponses. Si la plupart des personnes clientes non autistes préfèrent me répondre in situ, il est arrivé à plusieurs reprises que des jeunes non autistes me répondent qu'il leur conviendrait de pouvoir prendre le temps de réfléchir à leurs réponses et de me les envoyer par courriel, par messagerie; d'autres arrivent avec un document papier durant la rencontre de suivi. Chacun et chacune sent qu'on l'accueille dans sa façon de fonctionner, ce qui favorise grandement le lien de confiance et l'introspection. Par cette méthode, j'ai eu accès plus facilement aux pensées et émotions des personnes clientes, par exemple leurs peurs, conflits, contradictions et aussi aspirations.

Il est tout autant profitable de permettre une variété de modes de rencontres. Bien que tous les milieux de travail des c.o. ne le permettent pas forcément, on peut proposer une rencontre en présence, en visioconférence ou par téléphone si on a évalué que cela pouvait faciliter une meilleure participation à la démarche. Une alternance aussi de modes de rencontres peut s'avérer appropriée, selon les contextes, l'objectif étant toujours de rendre les services des c.o. plus accessibles, d'abord géographiquement pour les régions éloignées des centres urbains et moins desservies par des services d'orientation, mais

aussi pour des personnes pour lesquelles les rencontres en personne sont moins accessibles et plus épuisantes.

4) Encourager la cliente ou le client à **vivre des expériences concrètes** en lien avec son choix professionnel

L'essentiel d'une démarche d'orientation consiste à évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu de la personne cliente pour ensuite mettre au point un plan d'intervention qui réponde aux besoins et aux objectifs ciblés. Avec des autistes, cela peut correspondre à construire un profil d'habiletés afin que la personne prenne conscience de ses forces et mise sur celles-ci dans son insertion socioprofessionnelle. Toutefois, le simple fait de leur demander ce qui leur plaît le plus et où se situent leurs compétences risque de donner peu de matériel avec lequel travailler. Il y a de fortes chances que les personnes parlent en long et en large de leur intérêt particulier... sans parler d'elles. L'autiste a besoin d'aide pour découvrir des domaines en lien avec ses forces afin de dresser un projet réaliste qui retiendra toute sa confiance.

Plusieurs outils traditionnels utilisés par les c.o. ne donnent pas de résultats concluants avec les personnes autistes. Les inventaires d'intérêts, les tests de personnalité, les tests projectifs et les questionnaires d'auto-évaluation s'avèrent déroutants, car la personne se sent mal de ne pas pouvoir répondre. De même, les activités de connaissance de soi donnent souvent des résultats aléatoires. Certaines personnes répondent tout simplement : « Je ne sais pas » ou « Je ne comprends pas ce que vous voulez savoir ». Même lorsqu'on utilise des outils visuels, comme des images de travailleuses ou de travailleurs en action ou des vidéos qui présentent des métiers, il demeure parfois très difficile de faire correspondre le contenu visuel à leur expérience personnelle. Pour concrétiser ces abstractions, ces personnes gagneront à vivre une expérience nouvelle qui leur permettra d'expérimenter et d'observer concrètement leurs capacités et leur intérêt dans une tâche ou une activité.

Les adolescentes et adolescents ainsi que les jeunes adultes autistes ont souvent vécu très peu d'expériences qui sortent de leur routine. Ces personnes ont aussi rarement eu l'occasion d'expérimenter une réussite autre que scolaire. La plupart n'ont jamais eu d'emploi d'été, car, généralement, la recherche d'emploi les intimide. Peu se sont engagées dans des activités parascolaires en raison d'une difficulté ou d'un manque d'intérêt à

entrer en relation avec les autres. Les sports de compétition sont souvent mis de côté en raison des difficultés de coordination motrice et de l'hyperréactivité tactile et auditive. Leurs loisirs et passions sont souvent individuels. Bref, se mesurer aux autres s'est souvent soldé par une série de déceptions, car les personnes autistes sont très différentes des autres.

Voici des exemples d'activité et d'expérimentation qu'on peut proposer à quiconque est autiste, mais tout autant quiconque veut valider des hypothèses de choix professionnels et consolider son projet d'études ou de carrière :

- 1) visite d'entreprise;
- 2) bénévolat;
- 3) stage d'observation en milieu de travail;
- 4) journées « portes ouvertes » d'établissements d'enseignement;
- 5) activités « élèves d'un jour »;
- 6) engagement étudiant, activités parascolaires;
- 7) recherche d'un emploi d'été ou d'un emploi étudiant.

Les activités concrètes et les visites en milieu de travail ne répondront pas à tous les besoins des jeunes autistes quant à leur questionnement vocationnel. La plupart auront besoin d'aide pour faire des liens entre l'expérience vécue et leur questionnement d'orientation scolaire et professionnelle. En consultation individuelle, on peut faire un retour sur l'expérience vécue à partir de quelques questions :

- comment s'est déroulé le stage d'observation ou la rencontre avec une travailleuse ou un travailleur?
- qu'est-ce qui a été appris par la visite en milieu de travail?
- qu'est-ce qu'il y avait de surprenant?
- des difficultés se sont-elles présentées? Si oui, lesquelles?
- y a-t-il des inquiétudes à propos du métier visé, maintenant qu'il a été un peu expérimenté?
- si on se dirigeait vers ce domaine, quelles habiletés devrait-on développer pour y réussir?

Cette discussion aidera à faire des ancrages. Ensuite, soutenue par ce contenu très concret, mesurable et observable, la personne autiste aura des repères plus solides pour se projeter dans l'avenir et s'engager avec confiance vers une nouvelle étape de son parcours scolaire ou professionnel.

5) **Se donner du temps** et donner du temps à la cliente ou client

Les personnes autistes ont souvent besoin de plus de temps que les non autistes pour communiquer verbalement et interagir avec les autres. Comprendre et organiser des informations verbales leur demande plus de concentration et d'énergie, car une majorité d'entre elles (Grandin et Panek, 2013) ont une pensée visuelle, ou en images. Aussi, leur vécu émotif est souvent plus intense, complexe et difficilement explicable. Elles ont besoin de points de repère très concrets pour faire face à une situation nouvelle ou inconnue. Comme il est mentionné dans les paragraphes précédents, plusieurs mois peuvent s'écouler jusqu'au moment où la personne décide de vivre une expérience de travail, de stage ou de bénévolat afin de clarifier sa perception de soi ou d'un domaine professionnel. Pour toutes ces raisons, faire un choix professionnel sera naturellement plus long que pour une personne typique. La plupart des démarches d'orientation que j'ai effectuées auprès de jeunes autistes nécessitaient une vingtaine de rencontres, réparties sur plus d'une année.

Si cela est observable chez les personnes autistes, il n'en demeure pas moins que nous vivons à une époque et dans une culture d'instantanéité, où l'information est accessible rapidement alors que les notions de temps et d'espace sont mises au défi. Pour les jeunes, les personnes vulnérables, ou plus généralement les personnes en remise en question ou en quête de sens, cette vitesse peut provoquer de l'anxiété et contribuer à de l'indécision. De plus en plus, j'encourage les personnes clientes, autistes ou non, à ne pas succomber à la pression des dates limites d'inscription ou de devoir « se brancher » rapidement. Je les encourage à faire confiance au processus et à passer à l'action lorsqu'elles sentiront que leur choix est éclairé. Il y aura d'autres 1^{er} mars, il y aura d'autres affichages de postes. Pour cela, il faut bien sûr comme professionnelle ou professionnel se permettre de lâcher prise devant les dates limites et la pression du temps. Il arrive que le fait de ne pas choisir, du moins à ce moment-ci de la démarche de la cliente ou du client, soit le meilleur choix éclairé que la personne puisse faire. Elle aura besoin de plus de temps avant de s'engager dans l'action.

Mentionnons en terminant qu'il est possible d'apporter quelques aménagements à sa pratique et à ses interventions pour agir plus adéquatement auprès des personnes autistes, sans que cela implique de se réinventer au complet. Aussi, ce sont des stratégies qu'on peut mettre en place facilement, dès maintenant, avec tout type de clientèle, pour faciliter les interventions tout en évitant de s'épuiser comme c.o. C'est le fondement même de la conception universelle en éducation, qui, je l'espère, pourra prendre racine de plus en plus dans les professions de la relation humaine. ■

Références

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2018. *Trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018*. Ottawa, Gouvernement du Canada.
- CAST. 2011. *Universal Design for Learning (UDL) Guidelines version 2.0*. https://udlguidelines.cast.org/static/udlg_graphicorganizer_v2-0.pdf
- CAST. 2024. *Universal Design for Learning Guidelines version 3.0.*, tiré de <https://udlguidelines.cast.org>.
- COURCHESNE, V. et coll. 2016. « Le profil cognitif au service des apprentissages : optimiser le potentiel des enfants sur le spectre de l'autisme ». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 37, n° 2, pp. 141-73.
- DUPONT, P., M. GINGRAS et B. TÉTREAU. 2010. *Inventaire visuel des intérêts professionnels (IVIP)*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2010.
- GRANDIN, T. et R. PANEK. 2013. *The Autistic Brain: Thinking across the Spectrum*. Boston, HMH Books.
- ROBERT, É. 2020. *Ma carrière en images*, Montréal, Septembre éditeur.



Steeven Bernier, inf.,
DESS, M.Sc., M.A.(c),
chargé d'enseignement et
responsable de stage en santé
mentale FSI, Université Laval,
chargé de cours, Département
des sciences infirmières,
Université du Québec à
Rimouski, auxiliaire de
recherche et étudiant-chercheur
en sciences de l'orientation,
FSE, Université Laval

Partage et limite des champs de compétences et d'intervention dans un contexte de collaboration auprès d'une clientèle vivant avec une problématique de santé mentale

depuis bientôt vingt ans, j'ai concentré ma pratique clinique dans le domaine de la santé mentale à l'intérieur de divers milieux de soins pendant treize ans avant de me réorienter vers l'enseignement universitaire depuis les sept dernières années. Tout au long de ces années de pratique, j'ai eu à collaborer avec de nombreuses équipes multidisciplinaires dans le cadre de suivis de clients, particulièrement lors de mes années de pratique en clinique externe. Les préoccupations des clients en arrêt de maladie ou ayant des symptômes d'un trouble psychiatrique ou d'une détresse psychologique par rapport au travail sont régulièrement présentes. Parmi les thèmes soulevés, mentionnons le retour au travail, la stigmatisation par les collègues ainsi que les stratégies pour s'adapter aux symptômes résiduels dans leur travail. Ainsi, c'est dans l'optique de mieux accompagner ces clients dans de tels contextes que je termine actuellement une maîtrise en sciences de l'orientation. Qui plus est, ces nouvelles notions m'amènent à conscientiser le personnel à venir devant ces enjeux professionnels vécus par les patientes et patients lors de leur processus de rétablissement ainsi que devant l'importance du travail de collaboration dans ce contexte.

Mise en contexte

En 2009, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* a amené une redéfinition

des champs d'exercice professionnel tout en établissant une réserve d'exercice pour des activités à risque de préjudice pour la clientèle des professionnelles et professionnels visés par cette loi. Les conseillers et conseillères en orientation (c.o.) font partie des professionnelles et professionnels visés par ces spécificités, et leur participation à une approche interprofessionnelle s'avère pertinente. Rappelons cependant qu'il n'y a pas de définition unique de ce concept et que plusieurs termes y sont associés tels que multidisciplinarité, interdisciplinarité et pratique de collaboration (Careau et coll., 2018). Cependant, dans ce continuum de pratique et de collaboration interdisciplinaire, le type d'interaction entre les professionnelles et professionnels permettant le plus de partager les décisions et les actions selon des objectifs communs est lié à l'adoption d'une pratique de soins et services partagés.

En ce qui concerne les personnes ayant des troubles mentaux, rappelons que cette clientèle est présente dans tous les secteurs d'activité, que ce soit dans les milieux de soins psychologiques ou physiques. Qui plus est, plusieurs clientes et clients vivant avec un trouble mental affichent également une comorbidité avec des problématiques de santé physique. Ainsi, que l'on travaille dans les milieux scolaires, de réadaptation ou en clinique privé, les c.o. auront à intervenir auprès d'une personne qui est suivie également par d'autres professionnelles ou professionnels.

L'approche interprofessionnelle

Or, selon les modèles de prises en charge des maladies chroniques, l'approche interprofessionnelle est la plus efficace pour suivre des patientes ou patients atteints de ces maladies (Wagner, 1998). Rappelons que cette approche est centrée sur la patiente ou le patient et non sur la profession des intervenantes et intervenants (Dumont, 2010). Ainsi, malgré que les interventions doivent respecter les champs d'exercices de chaque intervenante et intervenant concerné, il faut se rappeler que certaines interventions peuvent être effectuées par divers types de professionnelles et professionnels, d'où l'importance d'un travail multidisciplinaire, pas forcément pour éviter les dédoublements d'interventions, mais pour mieux cibler le discours commun et l'axe d'intervention de ces professionnelles et professionnels. De plus, malgré que cette approche puisse être utilisée individuellement auprès d'une cliente ou d'un client, elle aura plus d'incidence s'il y a engagement des différents intervenants ou intervenantes œuvrant auprès de

cette clientèle. Effectivement, cela évitera des soins et services en parallèle et permettra une vision intégrée de la situation par les professionnels des diverses disciplines concernées, ce qui fera en sorte que le client se sentira compris dans sa complexité qui lui est propre et non pas comme un client segmenté selon les visions différentes des champs de pratique de chacun des professionnels. D'ailleurs, les perceptions des intervenants peuvent être remis en question lors de discussions, évitant ainsi au professionnel d'avoir des œillères. De plus, les messages des intervenants découlant d'une vision commune feront en sorte qu'il y aura moins de confusion, moins de répétition et moins de contradiction concernant le discours entendu et, donc, une meilleure confiance envers l'équipe. Aussi, la circulation de l'information étant optimisée et l'équipe étant autour du client, il y a moins de risque de coupure de service ou de délai entre les rendez-vous que lorsqu'il y a un travail en parallèle ou sous forme de référence. Le client pourrait ainsi ressentir un meilleur soutien de la part de l'équipe interdisciplinaire. Rappelons que cette approche vise à :

1. explorer chez la cliente ou le client sa maladie et l'expérience de celle-ci ;
2. comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale ;
3. s'entendre avec la patiente ou le patient sur le problème/les solutions/le partage des possibilités ;
4. valoriser la prévention et la promotion de la santé ;
5. établir et développer une relation avec la clientèle ;
6. faire preuve de réalisme (Stewart, 2001).

Il s'agit donc de divers thèmes pouvant être explorés par différents types de professionnelles et professionnels. Ainsi, une intervenante ou un intervenant, en rencontre avec une cliente ou un client, devrait être en mesure de répondre aux questions suivantes afin d'aborder ces thématiques :

1. Qui est la cliente ou le client ?
2. Quelles sont ses attentes envers nous ?
3. Quelle est l'influence de la maladie dans sa vie ?
4. Quelle est sa compréhension de la maladie ?
5. Comment la cliente ou le client vit-il sa maladie ? (Platt et coll., 2001).

Prenons l'exemple d'un client ayant actuellement un diagnostic de trouble dépressif caractérisé et reprenons ces cinq questions avec des questions sous-jacentes pertinentes à poser.

Premièrement, quel était son travail avant la maladie ? Est-ce qu'il est en arrêt de travail actuellement ? Qui le soutient à la maison ?

Deuxièmement, est-ce que les attentes que le client a envers nous sont réalistes ? Est-ce qu'il s'attend à ce qu'on lui suggère un retour au travail à ce stade-ci ? Est-ce qu'il croit qu'on va lui dicter quoi faire dans sa vie professionnelle et occupationnelle ?

Troisièmement, comment ses symptômes (la fatigue, la diminution de la concentration, les difficultés de sommeil, etc.) influent sur sa vie familiale, ses loisirs et son travail ?

Quatrièmement, est-ce que le client pense, en raison de sa problématique de santé, n'être plus jamais en mesure de retourner faire un travail dans lequel il se développe personnellement ?

Finalement, comment le client vit-il sa maladie ? Est-ce qu'il voit cela comme un point de bascule, lui permettant de regarder la vie sous un autre angle ou, à l'inverse, cela le paralyse ?

Les champs d'exercice et les activités réservées

Rappelons que « les c.o. sont des professionnels de la relation d'aide, de l'orientation et du développement de carrière qui pratiquent dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Ils accompagnent les personnes de tous âges, à toutes les étapes de leur vie. Leurs interventions visent le développement de l'autonomie socioprofessionnelle et la prise de décisions éclairées, sur les plans professionnel, scolaire et personnel, en adéquation avec l'identité et les besoins de la personne » (OCCOQ, 2025). Globalement, le champ d'exercice de l'orientation, dans le *Guide d'application du projet de loi n° 21*, se définit comme suit : « Évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, intervenir sur l'identité ainsi que développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de permettre des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement. » Ainsi, l'approche interprofessionnelle vient répondre à ce but, permettant de mieux évaluer ces différents aspects, au-delà des guides d'évaluation pouvant guider les c.o. tels que celui de Clavier et Di Dominizo (2007).

Qui plus est, l'approche interprofessionnelle respecte également les cinq champs de compétence relatifs à la profession. Rappelons qu'il s'agit d'évaluer la situation de manière rigoureuse, concevoir l'intervention en orientation, intervenir directement, exercer un rôle-conseil auprès d'autres acteurs du milieu et évaluer les incidences des interventions en orientation. Un sixième champ propose des énoncés de compétence relatifs aux responsabilités. Il s'agit ici de gérer sa pratique de manière à en assurer la rigueur et la pertinence, conformément aux normes en vigueur. Mentionnons que chacun de ces six champs se décline en plusieurs éléments tels que décrits dans *Le profil des compétences générales des conseillers d'orientation* (OCCOQ, 2004). Or, exercer ces compétences se réalise, entre autres, par le truchement des activités réservées. Notons cependant que plusieurs de ces activités sont également partagées avec d'autres professionnelles et professionnels. Ainsi, chacune de ces personnes donne sa couleur à son évaluation selon son champ d'exercice et ses compétences, dans le contexte d'intervention et d'évaluation qui lui est propre. Notons également que l'activité visant à diagnostiquer les troubles mentaux est seulement possible en détenant une attestation de formation. D'ailleurs, une certification complémentaire est également nécessaire pour effectuer l'exercice de pratiques spécialisées, non incluses dans ces activités réservées, dont la psychothérapie (permis de psychothérapeute) et la médiation familiale (accréditation).

Partage avec les autres professionnelles et professionnels

Comme mentionné précédemment, les activités réservées effectuées par les c.o. sont parfois effectuées par d'autres types de professionnelles ou professionnels. Premièrement, en ce qui concerne « évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité », cette activité est partagée par toutes les catégories professionnelles visées par la loi 21. Ainsi, par exemple, les c.o. pourraient prendre en considération dans leur évaluation les répercussions d'un diagnostic de troubles d'anxiété généralisée dans le parcours d'études secondaires d'un jeune de 19 ans souhaitant à un moment donné être admis dans un programme d'études collégiales, et approfondir des éléments visant à clarifier les aptitudes et habiletés du client. De son côté, l'infirmier pourrait déceler l'intensité des symptômes présents et leur évolution. Le fait

de communiquer ces informations, en équipe, permettra d'aider, par exemple, les c.o. à mieux comprendre comment les symptômes peuvent troubler le fonctionnement du client dans son quotidien. Deuxièmement, en ce qui concerne « évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention », cette activité pourrait également être effectuée par six autres types de personnes professionnelles. En fonction du contexte de pratique, ces professionnelles ou professionnels pourraient adapter, selon leur champ de compétence respectif, le plan d'intervention, à la suite de leur évaluation. De la même façon, les activités visant à « diagnostiquer les troubles mentaux » et à « diagnostiquer la déficience intellectuelle » sont également partagées.

De plus, au-delà de ces activités réservées, n'oublions pas que les c.o. effectuent d'autres types d'activités, parfois liées à ce contexte d'évaluation, qui ne sont pas exclusives à cette catégorie de professionnelles ou professionnels. Par exemple, notons *l'appréciation*, qui est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments, le *dépistage*, qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble de celles qui en sont probablement exemptes, ainsi que la *détection*, qui consiste à relever des indices de troubles non encore repérés ou des facteurs de risque dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers (OCCOQ, 2018). Par exemple, un ou une c.o. en suivi privé avec une cliente pourrait se rendre compte de certains de ses mécanismes de défense qui l'orienteraient vers la probabilité qu'elle ait un trouble de personnalité limite, ce qui nuit à certains aspects de son travail. Or, peut-être que cette cliente est également suivie en clinique externe de psychiatrie par un infirmier qui effectue un suivi de relation d'aide, puisque cette cliente a récemment reçu ce diagnostic par un psychiatre. Ainsi, afin que tous les intervenants et intervenantes s'accordent sur la direction à prendre lors des interventions auprès de cette cliente et interviennent selon le même cadre, il serait important que ces diverses personnes puissent se concerter, en accord avec la cliente. Effectivement, dans ce cas-ci, la collaboration et l'acceptation de la cliente sont requises puisque ce ou cette c.o. ne fait pas partie de l'équipe soignante. Il est donc nécessaire de faire valoir la valeur ajoutée de cette concertation afin d'avoir l'accord de

la cliente ou du client à l'échange d'informations et de discussions cliniques. À cet égard, pour les c.o., certains allègements apportés récemment en matière de tenue de dossiers constituent également un levier facilitant le travail interprofessionnel¹.

Un exemple de collaboration interprofessionnelle

Afin d'illustrer un travail de collaboration, penchons-nous sur un exemple. Julien, 38 ans, est célibataire et vit seul dans son logement. Il consulte à la clinique externe de santé mentale du CIUSSS à la suite d'une référence de son médecin de famille pour une détérioration de son fonctionnement psychosocial. Il présente un historique de trouble dépressif majeur récurrent et de trouble anxieux généralisé, avec plusieurs arrêts de travail au cours des dernières années. Depuis huit mois, Julien est sans emploi après avoir quitté un poste dans le secteur administratif, évoquant une incapacité à gérer la pression, la fatigue mentale et des conflits interpersonnels au travail. Il exprime un sentiment d'impasse professionnelle, une perte de sens et une crainte marquée de retourner sur le marché du travail. Une prise en charge par une équipe interprofessionnelle est jugée nécessaire afin de soutenir à la fois sa santé mentale et son projet de réinsertion socioprofessionnelle.

Regardons l'application de l'approche multidisciplinaire à partir de ce cas. Premièrement, le psychiatre procède à une évaluation de Julien, lui permettant de confirmer un diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel modéré. Avant d'inviter concrètement les collègues de l'équipe dans un processus de suivi, il préfère attendre quelques semaines afin de stabiliser les symptômes. Au cours de la réunion multidisciplinaire de la semaine, il en profite quand même pour présenter ce cas qui aura besoin de divers professionnelles et professionnels. Ensemble, ils élaborent un plan d'intervention interprofessionnel intégré, centré sur la personne, visant la stabilisation de la santé mentale, le maintien de l'autonomie fonctionnelle ainsi que la reconstruction d'un projet de vie et de travail réaliste. Les rôles de chaque intervenante et intervenant qui travaillera à ce dossier sont établis au fil de la discussion. Le psychiatre ajustera le traitement antidépresseur, introduira une médication anxiolytique de courte durée et définira des cibles cliniques mesurables à court et moyen terme concernant les symptômes. L'infirmier s'occupera d'évaluer le

1 Voir à cet effet le *Guide explicatif du Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec*.

suivi des symptômes ainsi que la présence des effets secondaires. Il effectuera également l'examen de l'état mental lors de ses rencontres. Le psychologue explorera les dimensions psychologiques et relationnelles, au moyen d'une psychothérapie individuelle de type cognitivo-comportementale, par exemple : les distorsions cognitives liées à l'échec professionnel, l'intolérance à l'incertitude et la peur de l'échec ainsi que les difficultés de régulation émotionnelle en contexte de stress. Finalement, le conseiller en orientation analysera avec le client son parcours professionnel et ses expériences antérieures d'échec ou de conflits, procédera à l'évaluation des valeurs, capacités et intérêts actuels du client, déterminera les limites fonctionnelles liées au trouble mental et accompagnera Julien dans l'exploration de scénarios réalistes (retour progressif au travail, changement de domaine, formation courte, bénévolat structuré) et l'adaptation des attentes professionnelles à l'état de santé mentale. C'est ainsi que, lors des rencontres multidisciplinaires permettant de faire la mise à jour des rencontres de chaque intervenante ou intervenant, le c.o. pourra prendre en compte les informations données par le psychologue concernant les distorsions cognitives, puisque ces éléments ressortiront également pendant les rencontres effectuées par le c.o. Ce dernier prendra également en compte l'évolution des symptômes rapportée par l'infirmier dans les scénarios établis, ce qui guidera également le médecin vers l'ajustement de la médication et la prescription de retour au travail. Les autres intervenants pourront également bénéficier de l'expertise du c.o. puisque sa vision sur les modalités de retour au travail seront prises en compte par le médecin, et ce, afin d'éviter un retour prématuré, par exemple. Le psychologue pourra également aller approfondir les schémas de pensées de l'individu qui viennent lui nuire dans le retour au travail, à la suite de ce que le c.o. aura décelé. Qui plus est, la présence d'anxiété face au retour au travail, discutée avec le c.o., pourra également être prise en considération par le médecin qui pourrait ajouter temporairement un anxiolytique à prendre au besoin dans le contexte du travail. Ainsi, ce travail concerté, centré sur les besoins et l'état du client, permet de faire circuler l'information à son propos et évite des interventions cloisonnées qui ne correspondent pas à la situation du moment du client. Bien entendu, dans un tel contexte d'intervention, ce dernier reste participant à part entière dans l'orientation des interventions à son égard et doit s'engager aussi activement. Au final, cette collaboration permet de définir des objectifs communs, une communication bidirectionnelle et commune, une reconnaissance

des expertises spécifiques lors des interventions, une mise en commun des informations ainsi qu'une prise de décision partagée avec le client.

Limites et avantages

L'une des premières limites concernant le travail de collaboration en équipe interdisciplinaire est la compétence professionnelle. Bien entendu, même si les c.o. peuvent effectuer ces diverses activités et interventions, ils doivent avoir la compétence professionnelle pour les exercer ou, alors, se diriger vers une ou un autre professionnel habilité si cela sort de son expertise ou de son cadre de travail (Brisebois et Le Corff, 2018 ; Brisebois, Le Corff et Ducharme, 2018). D'ailleurs, à ce sujet, trois articles du code de déontologie des c.o. encadrent plus spécifiquement des éléments en lien avec ces aspects de la pratique professionnelle. Tout d'abord, l'article 48 mentionne que « le conseiller d'orientation s'acquitte de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et diligence ». L'article 50 va dans le même sens en indiquant que « le conseiller d'orientation exerce sa profession en respectant les règles de l'art et en tenant compte des normes de pratique généralement reconnues dans sa profession ». Finalement, l'article 53 confirme qu'« avant de rendre ses services professionnels, le conseiller d'orientation évalue ses habiletés, ses connaissances ainsi que les moyens dont il dispose ». Lorsque des c.o. estiment ne pas pouvoir agir adéquatement auprès d'un client ou d'une cliente, ils conviennent de recevoir l'assistance nécessaire d'autres c.o. ou de tout autre professionnelle ou professionnel qualifié après avoir obtenu le consentement de leur client, ou refusent de rendre leurs services. D'ailleurs, l'un des avantages de cette intercollaboration est de mettre le client au centre de la pratique et des actions (OCCOQ, 2018). Un autre avantage d'une approche interdisciplinaire réside dans le fait que les forces de chaque intervenante ou intervenant peuvent être discutées afin de voir qui est la personne qui serait la plus pertinente et compétente pour aborder certains éléments auprès du client.

Une autre limite importante à soulever concerne l'organisation du milieu dans lequel les professionnelles et professionnels évoluent. Effectivement, la rationalisation des ressources, la gestion du temps — temps limité pour les rencontres de concertation —, l'envahissement des activités des c.o. par des tâches administratives ainsi que des changements de paradigmes sur le plan de l'organisation des services, entre autres, peuvent faire obstacle au désir d'intervenir des c.o. (Viviers, Anne et Dionne, 2019).

De plus, en ce qui concerne l'approche interprofessionnelle, il importe que chaque professionnelle et professionnel croit en la valeur ajoutée de ce travail de collaboration. Si l'une des personnes n'adhère pas à cette vision, cela limitera les retombées pour la cliente ou le client. D'ailleurs, dans un contexte où les suivis multidisciplinaires ne sont pas monnaie courante, une collaboration avec la partie cliente peut s'avérer nécessaire afin de permettre l'échange d'information entre les intervenantes et intervenants. En effet, dans un contexte où intervenantes et intervenants travaillent davantage dans un contexte de pratique en parallèle ou par voie de consultation et références, ils n'auront pas toutes les informations permettant de bien comprendre la cliente ou le client et d'intervenir convenablement.

Parmi les autres enjeux pouvant nuire à l'approche interprofessionnelle, mentionnons l'importance de la clarification des rôles. Comme nous l'avons mentionné précédemment, divers types de professionnelles ou professionnels partagent des activités réservées. Il est donc important d'établir clairement, dans le cadre d'une discussion d'équipe, comment chaque personne accompagnera le client. D'ailleurs, concernant les rôles, il convient de porter attention aux relations hiérarchiques pouvant s'installer étant donné le rôle de la ou du médecin. Si une communication unidirectionnelle est adoptée envers les autres professionnelles ou professionnels, cela risque de nuire à la collaboration. Qui plus est, le manque de formation concernant ce type d'approche peut amener les professionnelles ou professionnels à travailler en silo. Mentionnons également qu'une bonne communication est essentielle dans cette approche. De fait, des retards dans le partage d'information, des rencontres multidisciplinaires peu fréquentes, des terminologies ou cadres d'analyse différents selon les professions, des désaccords sur ce qui est pertinent à partager et des divergences d'objectifs peuvent nuire au processus.

En résumé

C'est ainsi qu'il est important pour l'ensemble des c.o. de bien comprendre leur champ d'exercice et de réfléchir aux limites professionnelles rencontrées afin de tenter de pallier celles-ci, et ce, dans le but d'aider leur client de manière optimale. Une personne désirant travailler en équipe pour le mieux-être de sa clientèle a tout avantage à adhérer à une approche interdisciplinaire, centrée sur le client. Ceci prend tout son sens dans la collaboration avec d'autres professionnelles ou professionnels et,

bien entendu, avec la cliente ou le client, ce qui s'avère essentiel au bon fonctionnement de cette approche. ■

Références

- BRISEBOIS, G., Y. LE CORFF. « Démystifier l'attestation de formation à l'évaluation des troubles mentaux », *L'orientation*, vol. 8, n° 2, août 2018, p. 6-9.
- BRISEBOIS, G., M. DUCHARME, Y. LE CORFF « Démystifier la pratique de l'évaluation des troubles mentaux », *L'orientation*, vol. 9, n° 1, janvier 2019, p. 6-9.
- CAREAU, E., N. BRIÈRE, N. HOULE, S. DUMONT, J. MAZIADÉ, J., L. PARÉ, M. DESAULNIERS, A.-C. MUSEUX. *Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care – Guide*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), 2018.
- CLAVIER D., A. DI DOMIZIO. « L'indispensable diagnostic ». Dans CLAVIER, D., DI DOMIZIO, A. (dir.). *Accompagner sur le chemin du travail – De l'insertion professionnelle à la gestion de carrière*. Québec, Septembre Éditeur, 2007, p. 59-79.
- DUMONT, S. « Enjeux du suivi interprofessionnel ». *Le Médecin du Québec*, vol. 45, n° 12, décembre 2010, p. 24-30.
- ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION DU QUÉBEC. *Le profil des compétences générales des conseillers d'orientation*. OCCOQ, 2004, 6 p.
- ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION DU QUÉBEC. *Guide d'application du projet de loi 21*, OCCOQ, 2018, 32 p.
- ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION DU QUÉBEC. Site de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, [en ligne]. <https://www.orientation.qc.ca/> (page consultée le 10 décembre 2025).
- PLATT, F. W., D.L. GASPAR, J.L. COULEHAN et coll. « "Tell me about yourself": the patient-centered interview », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 11, juillet 2001, p. 1079-1085.
- STEWART, M. « Toward a global definition of patient centred care », *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7284, 2001, p. 444-445.
- VIVIERS, S., A. ANNE, P. DIONNE. « L'évolution de l'identité de métier des conseillers d'orientation à l'aune des transformations de l'organisation du travail scolaire au Québec », *Éducation et sociétés*, vol. 43, n° 1, 2019, p. 93-118.
- WAGNER, E.H. « Chronic disease management : What will it take to improve care for chronic illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1, août-septembre 1998, p. 2-4.