

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Étude des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un traumatisme crânien modéré ou sévère

Par  
Jean-François Coupal

École de service social  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès science (M.Sc.)  
en service social

Juillet 2009



© Jean-François Coupal, 2009

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Étude des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un traumatisme crânien modéré ou sévère

présenté par :

Jean-François Coupal

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Guylaine Racine  
président-rapporteur

Sonia Gauthier  
directrice de recherche

Line Beauregard  
membre du jury

## **RÉSUMÉ**

Les personnes ayant subi un TCC modéré à sévère peuvent expérimenter plusieurs séquelles, qui sont susceptibles de les empêcher de travailler. L'objectif de cette étude est d'identifier et de mieux comprendre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux favorisant le retour au travail de ces personnes. Afin de réaliser cet objectif, dix entrevues avec des personnes présentant un TCC modéré ou sévère ont été réalisées dans une démarche exploratoire descriptive. Les principaux facteurs personnels qui ont aidé ces personnes sont les suivants : ne pas expérimenter de séquelles du TCC ou de d'autres blessures qui ont des répercussions importantes sur le travail, la conscience de soi, la volition, la capacité d'adaptation. Les principaux facteurs environnementaux qui ont aidé ces personnes sont les suivants : le soutien social, l'aide et l'attitude du réseau social, l'indemnité de remplacement de revenu, la réadaptation et les adaptations du milieu de travail.

### **Mots clés :**

TCC, Processus de Production du Handicap, emploi, éléments nuisible, éléments aidants

**ABSTRACT**

Individuals having suffered a moderate-to-severe traumatic brain injury (TBI) can experience several sequelae that are likely to prevent them from working. The purpose of this study is to identify and better understand the personal and environmental factors facilitating a return to work for these individuals. In order to achieve this objective, ten individuals with a moderate-to-severe TBI were interviewed within an exploratory descriptive study. The main personal factors that helped these individuals are the following: absence of sequelae from the TBI or other injuries having major repercussions on work performance, self-awareness, volition, adjustment capacity. The main environmental factors that helped these individuals are the following: social support, assistance and attitude of the social network, income replacement benefits, rehabilitation and workplace adjustments.

**Key words :**

Traumatic brain injury, Disability Creation Process, employment, harmful elements, helpful elements.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	x
REMERCIEMENTS.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	
Le traumatisme crânio-cérébral et ses effets.....	3
1.1 Définition du TCC et population touchée.....	3
1.1.1 Définition.....	3
1.1.2 Population touchée par le TCC.....	5
1.2 Séquelles possibles du TCC.....	6
1.2.1 Séquelles au plan physique.....	6
1.2.2 Séquelles au plan neuropsychologique.....	7
1.2.2.1 Séquelles au plan intellectuel.....	8
1.2.2.1 Séquelles au plan des fonctions expressives ou du langage.....	9
1.2.2.3 Séquelles au plan comportemental.....	9
1.2.2.4 Séquelles reliées aux sens et à la perception.....	10
1.3 Répercussions des séquelles sur le fonctionnement.....	11
1.3.1 Répercussions au plan familial.....	11
1.3.2 Répercussions au plan de la vie de couple.....	13
1.3.3 Répercussions au plan social.....	13
1.4 Répercussions positives.....	15
Conclusion.....	15

<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>Le retour au travail d'une personne atteinte d'un TCC</b>	<b>17</b>
2.1 Statistiques	17
2.2 Facteurs nuisant au retour au travail	17
2.2.1 Effet du TCC sur la possibilité de travailler	18
2.2.2 Effets de la réadaptation	19
2.2.3 Autres facteurs nuisant au retour au travail	20
2.3 Facteurs favorisant le retour au travail	21
Conclusion	23
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>Cadre d'analyse: Processus Production de Handicap (PPH)</b>	<b>24</b>
3.1 Explication du schéma conceptuel	24
3.2 Le PPH et le retour au travail d'une personne qui a eu un TCC modéré à grave	28
3.2.1 Facteurs nuisant au retour au travail	28
3.2.2 Facteurs favorisant le retour au travail	30
Conclusion	31
<b>CHAPITRE 4</b>	
<b>Méthodologie</b>	<b>32</b>
4.1 Justification de la recherche qualitative	32
4.2 Technique d'échantillonnage utilisée	33
4.2.1 Critères d'inclusion	34
4.2.2 Échantillon constitué	35
4.2.2.1 Les biais potentiels	36
4.3 Considérations éthiques	39
4.4 Technique de collecte de données : l'entrevue de recherche	40

## CHAPITRE 5

Présentation du groupe de participants, de leur accident et de ses conséquences.....	42
5.1 Renseignements sociodémographiques au moment de l'entrevue.....	42
5.1.1 Âge et sexe.....	42
5.1.2 Statut matrimonial.....	43
5.1.3 Présence d'enfants.....	43
5.1.4 Lieu de naissance et situation géographique des participants.....	43
5.1.5 Niveau de scolarité et autres formations.....	43
5.2 Information sur le TCC.....	44
5.2.1 Date du TCC.....	45
5.2.1.1 Âge au moment du TCC.....	45
5.2.2 Genre d'accident qui a causé le TCC.....	45
5.2.2.1 Facteurs de risque du TCC classés selon le PPH.....	46
5.2.3 Sévérité du TCC.....	47
5.2.3.1 Un état général surprenant.....	47
5.2.4 Altération de l'état de conscience.....	48
5.2.5 Réaction des proches.....	48
5.2.5.1 Soutien des proches.....	49
5.3 Séquelles engendrées par le TCC.....	50
5.3.1 Changements neuropsychologiques entraînés par le TCC.....	50
5.3.1.1 Séquelles en rapport avec les fonctions intellectuelles.....	51
5.3.1.2 Séquelles au plan des fonctions expressives ou du langage.....	53
5.3.1.3 Séquelles au plan comportemental.....	54
5.3.1.4 Retombées des séquelles sur le plan familial.....	54
5.3.1.5 Autres interprétations des changements observés.....	55
5.3.2 Troubles ou changements physiques entraînés par le TCC.....	56
5.3.3 Aide pour réaliser les activités de la vie de tous les jours.....	58
5.3.4 Effets positifs du TCC.....	58
5.3.5 Pronostic sur la capacité à travailler.....	60

5.4	Autres blessures.....	60
5.4.1	Quelles sont-elles? .....	60
5.4.2	Conséquences .....	61
5.5	Situation professionnelle avant l'accident.....	62
5.5.1	Genre d'emploi exercé et niveau de vie associé.....	62
5.6	Période de transition post-TCC.....	63
5.6.1	Durée de l'effet des séquelles sur la capacité à travailler.....	63
5.6.2	Vécu émotif pendant la période d'arrêt.....	64
5.6.3	Réaction des proches face à l'arrêt de travail .....	66
5.6.4	Évaluation des services de réadaptation reçus .....	67
5.6.5	Présence d'une indemnité de remplacement de revenu.....	69
	Conclusion .....	69
	CHAPITRE 6	
	Le retour au travail .....	72
6.1	Préparatifs, adaptation au retour au travail et travail actuel.....	72
6.1.1	Retour dans l'emploi précédant le TCC .....	72
6.1.2	État émotif lors du retour au travail .....	73
6.1.3	État physique lors du retour au travail.....	75
6.1.4	Est-ce que le TCC a affecté le niveau de performance lors du retour au travail.....	75
6.1.5	Information générale concernant le travail actuel.....	77
6.1.5.1	Le statut d'emploi.....	77
6.1.5.2	Genre d'emploi et nombre d'heures consacrées au travail .....	77
6.1.5.3	Revenus associés au travail.....	78
6.1.6	Sens attribué au travail.....	78
6.1.6.1	Signification du travail avant le TCC.....	78
6.1.6.2	Signification actuelle du travail.....	79
6.1.6.3	Estimation de la qualité de vie .....	80

6.2 Facteurs personnels nuisant au retour au travail .....	81
6.2.1 Facteurs liés aux aptitudes.....	81
6.2.2 Facteurs liés aux systèmes organiques.....	83
6.2.2.1 Interactions.....	84
6.3 Facteurs personnels favorisant le retour au travail.....	85
6.3.1 Facteurs liés aux aptitudes .....	85
6.3.2 Facteurs liées aux systèmes organiques.....	89
6.3.3 Interactions .....	89
6.3.4 Les effets positifs du TCC sur le retour au travail.....	91
6.4 Facteurs environnementaux nuisant au retour au travail.....	92
6.4.1 Facteurs sociaux.....	92
6.4.2 Interactions.....	96
6.5 Facteurs environnementaux favorisant le retour au travail.....	98
6.5.1 Facteurs sociaux.....	98
6.5.2 Facteurs physiques.....	105
6.5.3 Interaction.....	105
6.6 Recommandations sur le retour au travail.....	106
6.6.1 Recommandations des participants aux personnes qui ont eu un TCC.....	106
6.6.2 Recommandations des participants aux intervenants des services de réadaptation.....	107
6.6.3 Recommandations aux milieux de travail.....	108
6.6.4 Recommandations à la société.....	109
Conclusion.....	109
CONCLUSION.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	117
ANNEXE I.....	129
ANNEXE II.....	137
ANNEXE III.....	139
ANNEXE IV.....	142

ANNEXE V.....	143
ANNEXE VI.....	144
ANNEXE VII.....	145

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Catégories de gravité du traumatisme crânio-cérébral.....4

Tableau II : Groupes d'âge et sexe des victimes d'un TCC en 2003-2004.....5

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : SCHÉMA CONCEPTUEL : *Processus de production du handicap* : 25

## REMERCIEMENTS

Ayant moi même eu un traumatisme crânien, j'ai toujours été intéressé par les différentes problématiques qui touchent ces personnes. Il y a près de cinq ans, j'ai réalisé mon stage de baccalauréat à l'Institut de réadaptation de Montréal auprès d'une clientèle ayant eu un TCC. À cette époque, je souhaitais poursuivre des études de maîtrise.

Or, l'idée de cette recherche vient d'une discussion que j'ai eu avec Stéphane Gagné, psychiatre à l'Institut de réadaptation de Montréal, où il me mentionnait que les facteurs qui favorisent le retour au travail des personnes qui ont eu un TCC modéré ou sévère étaient peu connus. Nous avons donc eu quelques conversations ensemble et il a contribué à faire germer l'idée de mon projet de recherche.

Beaucoup de personnes m'ont par la suite aidé à réaliser ce projet qui me tenait à cœur depuis 2004. J'aimerais les remercier chaleureusement.

Il m'est important d'être reconnaissant envers le comité des bourses de l'École de service social qui m'a accordé deux bourses d'études qui m'ont grandement aidé à réaliser mon mémoire en me soutenant financièrement. L'aide qu'ils m'ont accordée me confirmait également la pertinence de mon projet de recherche. Le Bureau de soutien aux étudiants en situation de handicap m'a également soutenu en appuyant ma candidature à la maîtrise et en me fournissant un appui financier pour défrayer les coûts liés aux aides techniques.

J'aimerais aussi exprimer toute ma gratitude envers ma directrice, Sonia Gauthier. Sans elle, il aurait été impossible d'arriver à réaliser ce projet. Elle a premièrement accepté de diriger un projet de maîtrise dans lequel je me lançais sans que je ne saisisse réellement toute l'ampleur du travail que j'aurais à accomplir. Elle m'a ensuite appris à avoir beaucoup de rigueur dans le travail que je réalisais. Elle a enfin

su travailler avec moi malgré certaines séquelles que je peux expérimenter de mon TCC, et je lui en suis extrêmement reconnaissant.

Ma conjointe, Sonia Vaillancourt, en sa qualité d'enseignante du français, m'a également beaucoup aidé dans les nombreuses corrections et vérifications de la qualité du français écrit. Elle m'a aussi écouté attentivement lorsque j'éprouvais des difficultés et que j'avais besoin d'en parler. Son appui a été constant, sans elle la réalisation de mon projet aurait été grandement complexifiée.

D'autres personnes ont également su éclairer la route afin que je ne m'égarer pas. Anik Nolet, du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), qui m'a conseillé à de nombreuses reprises concernant les démarches éthiques auxquelles je devais répondre. Elle m'a toujours aidé avec une grande gentillesse, ce qui m'était fort agréable. Pour les questions neuropsychologiques qui était nombreuses à certaines étapes de ma recherche, Michelle McKerral (neuropsychologue au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau) et Caroline Picard (neuropsychologue à l'Institut de réadaptation de Montréal) ont su m'expliquer et m'aider à comprendre certains aspects du TCC. Pour recruter mes participants, Audrey Fortin, (coordonnatrice à la recherche au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau), m'a offert du soutien dans ce processus qui a parfois été long et décourageant. Monique Désilet (travailleuse sociale à l'Institut de réadaptation de Montréal) et Natalie Boucher (intervenante psychosociale à l'Association des traumatisés crâniens du Québec) m'ont également fourni une aide précieuse pour réaliser cette étape. Après avoir complété la rédaction, Caroline Proulx a relu les principaux chapitres du mémoire. Ensuite, Natacha Lemay a précieusement réalisé la mise en page de ce mémoire. Merci à toutes ces personnes, ainsi qu'aux évaluatrices du mémoire, Guylaine Racine et Line Beauregard.

En terminant, j'aimerais souligner que j'ai une grande reconnaissance envers les participants de cette recherche qui ont généreusement accepté de me rencontrer et qui m'ont permis de réaliser mon projet.

## INTRODUCTION

Au Canada, plusieurs milliers de personnes sont admises à l'hôpital chaque année pour un traumatisme crânien (ICIS, 2006). La science biomédicale fournit des moyens exceptionnels afin de sauver la vie de victimes de traumatisme crânien qui, auparavant, décédaient de leurs blessures (Brzuzy et Speziale, 1997; Lefebvre et al., 2004). Ainsi, des personnes avec des séquelles lourdes demeurent en vie, mais certaines se retrouvent dans l'impossibilité de trouver un travail ou de reprendre celui antérieur à la blessure, notamment en raison de leurs séquelles importantes et des retombées qui y sont associées.

Le travail permet de combler des besoins de base tels que se nourrir, se loger et se vêtir convenablement. Ceux sans travail risquent donc de plonger dans la pauvreté. Dans la société occidentale actuelle, obtenir et conserver un travail est souvent un gage de sécurité financière, un signe d'épanouissement et de réussite personnelle. Cela contribue grandement au sentiment de bien-être et d'intégration sociale, ainsi qu'à la possibilité de poursuivre ses loisirs et ses activités familiales (O'Neill et al., 1998). Les personnes ayant eu un traumatisme crânien, comme les autres membres de la société en général, n'ont pas seulement besoin d'un emploi comme tel. Ces personnes ont aussi besoin de s'y réaliser sans compromettre la qualité de leur vie personnelle : *«It needs to be stimulating, creating a positive sense of identity and self-worth without compromising success in non-work life»* (Levack et al., 2004, p. 297). Le travail est associé à la perception d'une bonne qualité de vie (O'Neill et al., 1998) et pour beaucoup, le travail est une façon de réintégrer la communauté (Leblanc et al., 2000, cité dans Vandiver et al., 2003).

Les facteurs personnels (incluant les facteurs biomédicaux) et environnementaux qui amènent une personne qui a eu un traumatisme crânien à expérimenter des difficultés l'empêchant de retourner en emploi sont connus et bien documentés (Lefebvre et al., 2004; Dumont, 2003). Par contre, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux favorisant leur retour au travail sont moins connus. Cette

recherche vise à identifier et à mieux comprendre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un traumatisme crânien modéré à sévère.

Le premier chapitre de ce mémoire présente une revue de littérature sur le traumatisme crânien et ses effets généraux. Dans le deuxième chapitre, nous passons en revue la problématique du retour au travail des personnes qui ont eu un traumatisme crânien. Dans le troisième chapitre, nous présentons le cadre conceptuel à la lumière duquel nous avons analysé les données que nous avons recueillies au cours des entrevues de recherche. Le chapitre IV expose la méthodologie que nous avons utilisée. Le chapitre V et le chapitre VI présentent l'analyse des données que nous avons recueillies. Au chapitre V, nous décrivons le groupe de participants, leur accident et ses conséquences. Au chapitre VI, nous rapportons les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui ont nui et ceux qui ont favorisé le retour au travail des participants. Nous concluons ce mémoire en revenant sur les principaux éléments qui ressortent de l'étude et en proposant certaines recommandations pour faciliter le retour au travail des personnes qui ont eu un TCC.

## **CHAPITRE 1: Le traumatisme cranio-cérébral et ses effets**

Ce chapitre vise à mieux comprendre les défis auxquels les personnes qui ont eu un traumatisme cranio-cérébral (TCC) doivent faire face. Nous présenterons d'abord la définition du TCC, puis nous examinerons quelles personnes sont les plus à risque d'être victimes de cette blessure. Nous présenterons ensuite les séquelles d'un TCC aux plans physiques et neuropsychologiques, puis les retombées de ces séquelles sur le plan familial, de la vie de couple et social. Nous verrons finalement qu'il peut survenir des retombées positives à un TCC.

### **1.1 Définition du TCC et population touchée**

#### **1.1.1 Définition**

Un traumatisme cranio-cérébral est un choc à la tête<sup>1</sup> qui engendre une ou plusieurs lésions au cerveau. Il est plus spécifiquement défini comme suit:

Le traumatisme cranio-cérébral représente une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales (Dubé et Gervais, 1999, p. 8).

Le TCC se divise en trois catégories: TCC léger, TCC modéré et TCC grave. Pour le classer, des critères objectifs et précis sont utilisés. Ces critères sont valables internationalement et sont reconnus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et, au Québec, par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Ce sont des médecins qui vérifient et confirment les diagnostics selon certains critères (voir

---

<sup>1</sup> Les causes du TCC sont variées. Le TCC peut survenir après un accident avec un véhicule moteur ou suite à une chute. Il peut être dû à un acte de violence ou il peut arriver suite à un accident de sport (ICIS, 2006).

tableau I). Cette évaluation est réalisée à l'arrivée des patients au centre de réadaptation, une fois que leur hospitalisation est terminée.

**Tableau I**  
**Catégories de gravité du traumatisme crânio-cérébral**

Caractéristiques	Traumatisme crânio-cérébral		
	Catégories de gravité		
	Léger	Modéré	Grave
Durée de la perte ou de l'altération <sup>2</sup> de la conscience	De zéro à 30 minutes, au maximum	Généralement entre 30 minutes et 6 heures, mais d'une durée limite de 24 heures	Souvent > que 24 heures à plusieurs jours, mais obligatoirement > que 6 heures
Résultat obtenu à l'échelle de coma Glasgow à l'urgence ou 30 minutes après le traumatisme	De 13 à 15	De 9 à 12	De 3 à 8
Lésions objectivées (fractures ou lésions intracrâniennes)	Imagerie cérébrale : positive ou négative	Imagerie cérébrale : généralement positive	Imagerie cérébrale : positive
Examen neurologique	Examen neurologique positif possible (signes focaux possibles)	Examen neurologique positif (signes focaux)	Examen neurologique positif (signes focaux)
Amnésie post-traumatique (APT)	Variable, mais doit être < ou = 24 heures	Variables, mais généralement entre 1 et 14 jours	Plusieurs semaines

Tiré de : Société de l'assurance automobile du Québec (2005), p.34.

<sup>2</sup> La notion d'une altération de la conscience concerne essentiellement les atteintes légères. Les TCC modérés ou graves sont plutôt associés à une perte de conscience initiale d'une durée variable mais qui respecte les durées maximales indiquées.

### 1.1.2 Population touchée par le TCC

Chaque année, plusieurs personnes sont victimes d'un TCC au Canada. En effet, 16 811 admissions à l'hôpital en raison d'un TCC ont été enregistrées en 2003-2004 (ICIS, 2006). Aux États-Unis, 1.4 millions de personnes sont victimes d'un TCC chaque année. De ce nombre, 235 000 personnes sont hospitalisées et 50 000 personnes meurent (Langlois et al., 2004, cité dans Kokiko et Hamm, 2007). Selon cette dernière étude, on peut estimer de façon conservatrice que 5 millions de personnes, ou 2% de la population totale des États-Unis, vivent avec les séquelles permanentes d'un TCC. Le tableau II illustre les groupes d'âge et le sexe de ceux qui en ont été victimes en 2003-2004 au Canada.

**Tableau II**  
**Groupes d'âge et sexe des victimes d'un TCC en 2003-2004**

Âge	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +	Total
Nombre de personnes admises à l'hôpital à la suite d'un TCC	4966	3637	3306	4902	16811
Hommes	67% (3327)	79% (2873)	73% (2413)	57% (2794)	68% (11431)
Femmes	33% (1639)	21% (764)	27% (893)	43% (2108)	32% (5380)

ICIS (2006)

Tel que démontré par le tableau II, les personnes les plus touchées sont les hommes de moins de 40 ans. Selon l'étude de Yasuda et al. (2001), la plupart des gens qui ont un traumatisme crânio-cérébral sont de jeunes gens victimes d'accidents. Les 15-25 ans seraient les plus à risque (Jager et al., 2000, Lezak et al., 2004, Veterans Health Initiative, 2004, cités dans Vassallo et al., 2007). Notons que d'après l'information rapportée dans cette dernière étude, les hommes ont de 1,5 à 2 fois plus de chances que les femmes d'avoir un TCC.

Les personnes les plus à risque de subir un TCC sont également celles qui présentent des habiletés cognitives sous la moyenne, un historique d'abus de différentes substances (alcool, médicaments ou drogues) ou de maladie psychiatrique, un statut socioéconomique faible, un niveau d'éducation bas ou un statut de sans emploi<sup>3</sup> (Dunn et al., 2003, Gale et al., 1983, Bombardier et al., 2002, Shih, 2003, Honkanen et Smith, 1991, cités dans Vassallo et al., 2007).

## 1.2 Séquelles possibles du TCC

Un TCC peut générer divers types de séquelles qui pourront se répercuter sur le fonctionnement de la personne. Afin de faciliter la compréhension des termes utilisés pour identifier ces séquelles, nous les définirons à l'aide de la nomenclature du cadre conceptuel *Processus de Production du Handicap (PPH)* (Fougeyrollas et al., 1998). Nous expliquerons ce cadre d'analyse dans un autre chapitre.

Différents auteurs (Dumont, 2003; Lefebvre et al., 2004) décrivent le TCC comme pouvant être léger, modéré ou sévère. Un TCC modéré ou sévère peut générer beaucoup de séquelles et avoir des répercussions importantes aux plans physique et neuropsychologique sur la personne qui en est victime (Dumont, 2003). En principe, plus le TCC est sévère, plus les séquelles seront importantes (Blackhouse et Rodger, 1999). Chaque TCC est unique et la gravité des séquelles dépend de plusieurs facteurs, dont la région du cerveau qui est atteinte (Dumont, 2003; Jean, 1992). Voyons donc spécifiquement quelles sont les séquelles du TCC.

### 1.2.1 Séquelles au plan physique

Il apparaît que beaucoup de difficultés physiques suite au TCC sont liés aux activités motrices<sup>4</sup>. La personne peut éprouver différentes séquelles comme une hémiparésie<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Les auteurs n'expliquent pas ces corrélations.

<sup>4</sup> «Les aptitudes reliées aux mouvements et au maintien de positions corporelles.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 90).

ou une hémiparésie de certaines parties de son corps (CRLC, n.d.). Différentes études (Dumont, 2003; SAAQ, 2002) révèlent que les personnes qui ont eu un TCC peuvent ressentir de la douleur chronique (Vogenthaler et al., 1989, cités dans Lippert-Gruner et al., 2007), expérimenter des troubles du sommeil ou faire des crises d'épilepsie. Les déficiences physiques peuvent aussi se situer sur le plan d'une atteinte sensorielle. Certaines personnes pourront également expérimenter une faiblesse musculaire, des problèmes de spasticité<sup>6</sup>, des troubles de l'équilibre, une lenteur dans les gestes, une perte de dextérité, des difficultés à marcher ou une grande fatigabilité (Dumont, 2003). De plus, Elliott et Biever (1996) décrivent certains désordres sexuels pouvant apparaître suite au TCC, comme des changements de libido et dans la fréquence des rapports sexuels.

En terminant, notons que les personnes qui ont eu un TCC peuvent voir leur résistance physique diminuer, ce qui engendre souvent une baisse du niveau de performance général que la personne peut fournir dans les activités qu'elle pratique (Dumont, 2003; Lefebvre et al., 2004).

### 1.2.2 Séquelles au plan neuropsychologique<sup>7</sup>

Nous avons regroupé dans cette catégorie les séquelles qui se situent au plan intellectuel<sup>8</sup>, au plan des fonctions expressives<sup>9</sup> ou du langage<sup>10</sup>, au plan comportemental<sup>11</sup> et celles reliées aux sens et à la perception<sup>12</sup>.

---

<sup>5</sup>«Hémiparésie, hémiparésie : faiblesse ou paralysie de la moitié du corps due à une lésion cérébrale dans l'hémisphère opposé du cerveau. Par exemple, un dommage cérébral à l'hémisphère droit pourrait entraîner une paralysie (hémiparésie) ou une faiblesse (hémiparésie) à la partie gauche du corps.» (SAAQ, 2002, p. 58).

<sup>6</sup> «[...] état caractérisé par une exagération de la tonicité musculaire se manifestant par des spasmes.» (SAAQ, 2002, p. 59).

<sup>7</sup> «Problèmes, difficultés ou atteintes résultant d'un dommage cérébral et qui se manifestent sur le plan cognitif (intellectuel), émotif, social et comportemental.» (SAAQ, 2002, p.59).

<sup>8</sup> «Les aptitudes reliées à la connaissance, à l'organisation ainsi qu'à l'utilisation des fonctions psychiques.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 73).

<sup>9</sup> «Les fonctions expressives permettent de communiquer avec le milieu et de transmettre l'information par la parole, le dessin, l'écriture, les gestes, les mimiques ou d'autres moyens.» (SAAQ, 2002, p.57).

<sup>10</sup> «Les aptitudes à communiquer par le corps, la parole ou l'écriture.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 76).

### 1.2.2.1 Séquelles au plan intellectuel

Les séquelles intellectuelles consistent surtout en des difficultés qui concernent les aptitudes reliées à la conscience<sup>13</sup>, à la mémoire (mnésie<sup>14</sup>), ainsi qu'à la pensée<sup>15</sup> (Lippert-Gruner et al., 2007; SAAQ, 2002).

Relevons notamment le fait que certaines personnes qui ont eu un TCC ne sont pas conscientes de leurs séquelles. On dit de ces personnes qu'elles sont anosognosiques,<sup>16</sup> donc qu'elles ignorent quelles sont leurs pertes sur le plan cognitif. Aussi, une personne peut réaliser qu'elle a des problèmes de mémoire sans toutefois percevoir leurs effets dans sa vie. Elle dira donc que ces problèmes de mémoire sont sans effets sur sa vie, alors que cela n'est pas le cas en réalité. Par ailleurs, « [...] il existe, dans le cadre de TCC, [...] une anosognosie caractérisée par le fait que les patients ne perçoivent pas l'adéquation de leur propre comportement face aux situations ou aux personnes » (Boller et Bottez-Marquard, 2005, p.161).

Notons par ailleurs que la réintégration à la société et le fonctionnement dans la vie quotidienne sont directement reliés au degré des atteintes cognitives (Jean, 1992). Plus une personne aura des séquelles, moins bien elle parviendra à fonctionner et à s'intégrer dans la société. Ce ne sont pas les séquelles comme telles qui compliquent la vie des personnes, mais plutôt les impacts de ces dernières sur les habitudes de vie<sup>17</sup>. Nous y reviendrons.

---

<sup>11</sup> «Les aptitudes reliées à la volition, à l'affectivité et à la manière d'agir.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 83).

<sup>12</sup> «Les aptitudes reliées à la perception et à l'interprétation d'information sur les éléments provenant de l'environnement ou de son corps.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 85).

<sup>13</sup> «L'aptitude permettant de saisir les stimuli de l'environnement et de leur attribuer une signification.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 73).

<sup>14</sup> «L'aptitude à conserver et à se rappeler des états de conscience passés et de ce qui s'y trouve associé.» Fougeyrollas et al., 1998, p.74).

<sup>15</sup> «L'aptitude à concevoir et à organiser des idées, concepts et représentations ainsi qu'à les utiliser.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 75).

<sup>16</sup> «[...] absence de conscience des déficits neurologiques,[...]» (DSM IV, p.351).

<sup>17</sup> «[...] une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.) Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 135).

### 1.2.2.2 Séquelles au plan des fonctions expressives ou du langage

La présence de séquelles au niveau du langage est également documentée. En effet, les personnes peuvent éprouver certains troubles comme une difficulté de la parole<sup>18</sup> (prononciation ou aphasie<sup>19</sup>), une difficulté de l'expression<sup>20</sup>, une difficulté de compréhension et une difficulté métalinguistique<sup>21</sup> (CRLC, n.d.; Dumont, 2003).

### 1.2.2.3 Séquelles au plan comportemental

Des changements importants peuvent survenir au plan de la volition<sup>22</sup>, sur le plan de l'affectivité<sup>23</sup> et sur le plan des conduites.<sup>24</sup> La personne peut par exemple expérimenter les séquelles suivantes: humeur changeante (labilité<sup>25</sup>), désinhibition, irritabilité, agressivité (augmentation des comportements violents), difficulté à contrôler l'impulsivité, apparition de désordres sexuels (comportements sexuels impulsifs et inappropriés comme une désinhibition sexuelle<sup>26</sup>), rigidité mentale, maladresse dans des situations sociales, mauvaise perception dans différentes situations sociales, possibilité de retrait du monde social, humeur dépressive, égocentrisme, etc. (Dyer et al., 2006; Ylvisaker et al., 2007). La personne peut également expérimenter certaines émotions avec plus d'intensité (Devancy et al., 1991, cités dans Yasuda et al., 2001).

<sup>18</sup> «L'aptitude à produire des sons qu'ils soient soutenus ou successifs de telle sorte qu'ils constituent une chaîne articulée distincte et modulée.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 76).

<sup>19</sup> «[...] perte ou atteinte des fonctions du langage écrit ou parlé, sur le plan de la compréhension ou de l'expression à la suite d'un dommage au cerveau.» (SAAQ, 2002, p. 56).

<sup>20</sup> «L'aptitude à émettre un message pour exprimer sa pensée ou ses sentiments.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 77).

<sup>21</sup> «L'aptitude à réfléchir, à porter un jugement sur les différentes composantes du langage et sur ces différentes modalités d'expression et de compréhension.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 83).

<sup>22</sup> «L'aptitude à mobiliser ses forces personnelles pour atteindre son but.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 83).

<sup>23</sup> «L'aptitude à éprouver des émotions et d'autres sentiments personnels.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 83).

<sup>24</sup> «L'aptitude à se diriger soi-même, à se comporter dans une circonstance déterminée.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 80).

<sup>25</sup> «[...] passage rapide d'un état émotif à un autre. Pleurs ou larmes inappropriés, tendance accrue à l'excitabilité et à l'impulsivité.» (SAAQ, 2002, p. 58).

<sup>26</sup> «[...] à la suite d'un dommage cérébral, perturbation dans le contrôle des comportements sexuels pouvant se traduire par un sans-gêne ou un manque de retenue (avances, contacts directs, etc.) caractérisés par un non-respect des normes sociales.» (SAAQ, 2002, p.57).

On peut penser que les séquelles peuvent occasionner aux personnes qui ont eu un TCC des problèmes de dépression qui peuvent conduire au suicide (Mainio et al., 2007). Le tiers des personnes qui ont participé à l'étude de Lefebvre et al. (2004) ont expérimenté un épisode dépressif. Pour gérer cet épisode, certains abusent d'alcool ou de drogues (Lefebvre et al., 2004), ce qui peut les conduire, comme un cercle vicieux, vers une moins bonne participation sociale<sup>27</sup>, vers un plus grand isolement et potentiellement vers des problèmes de dépression plus élevés:

Il a été démontré que les incapacités laissées par le TCC ont des effets néfastes à long terme pour la personne et son entourage qui se traduisent par une augmentation des risques de suicide, de divorce, de chômage, de toxicomanie, des tensions et un poids social important (social strain) ainsi qu'un accroissement des coûts sociaux et financiers pour le système de santé (Lefebvre et al., 2004, p.13).

Les changements peuvent être vécus comme une expérience très perturbante sur le plan émotif, en raison de leur caractère incompréhensible pour la personne elle-même (SAAQ, 2002). Ces grands changements peuvent être déstabilisants au plan émotionnel et peuvent créer un effet de découragement et de perte d'estime de soi (SAAQ, 2002), qui déclencheront éventuellement un retrait intentionnel de l'individu du monde des « autres ». Cela peut même amener l'individu à vouloir se suicider : « L'inconfort physique, la douleur permanente, les limites dues à l'atteinte, conduisent l'individu à s'abstraire du monde jusqu'à parfois envisager sa propre suppression » (Blanc, 1999, p. 258).

#### 1.2.2.4 Séquelles reliées aux sens et à la perception

Plusieurs séquelles sont identifiées aux plans des fonctions intéroceptives<sup>28</sup>, des fonctions proprioceptives<sup>29</sup> et des fonctions extéroceptives<sup>30</sup>. L'étude de Dumont

---

<sup>27</sup> Celle-ci est définie par Lefebvre et al. (2004) comme «[...] la réintégration aux activités de la vie normale [...]. Celle-ci s'actualise par la réorganisation des caractéristiques physiques, psychologiques et sociales de la personne, lui permettant de retrouver une vie normale» (p.11).

<sup>28</sup> «L'aptitude à sentir les variations qui se produisent à l'intérieur du corps.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 85).

<sup>29</sup> «L'aptitude à sentir la position ou le mouvement des parties du corps.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 88).

(2003) indique que les personnes peuvent expérimenter des déficiences sensorielles au niveau de l'odorat, du goût ou de la vision. Un document de la SAAQ (2002) corrobore ces observations, en ajoutant que les personnes peuvent éprouver des hallucinations sensorielles : «Elles ont l'impression de percevoir des odeurs ou des sons qui sont en fait inexistantes.» (SAAQ, 2002, p.17). Le document mentionne également une baisse de sensibilité au toucher, à la douleur, au chaud ou au froid, qui peut survenir du côté où une paralysie survient.

### **1.3 Répercussions des séquelles sur le fonctionnement**

Toutes les séquelles que nous venons de voir peuvent générer plusieurs effets sur la vie des personnes qui ont eu un TCC. Les **répercussions** peuvent se situer sur le plan de la famille et de la relation de couple. Elles peuvent également affecter toute la vie sociale.

#### **1.3.1 Répercussions au plan familial**

Les séquelles du TCC n'ont pas uniquement des conséquences pour la personne qui en est victime ; elles en ont aussi au plan familial. Les difficultés chez les proches sont principalement reliées aux problèmes affectifs et comportementaux que la personne expérimente à la suite du TCC (Ponsford et al., 2003, Mars et al., 1998, cités dans Wells et al., 2005).

Il apparaît que le niveau de bien-être ressenti par la famille est grandement lié au fait que la personne traumatisée crânienne est consciente de ses incapacités. Il semblerait aussi que le niveau de satisfaction ressenti par la famille est une conséquence du bien-être ressenti par la personne qui a eu le TCC (Lefebvre et al., 2004).

Une des répercussions des séquelles du TCC est celle de retarder le départ de chez la famille ou de contraindre certains à revenir auprès de leur famille. Comme beaucoup

---

<sup>30</sup> «L'aptitude à sentir les stimuli provenant de l'extérieur du corps.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 88).

des personnes qui ont eu un TCC sont jeunes, une crise majeure peut apparaître au début de l'âge adulte (Brzuzy et Speziale, 1997). Effectivement, les jeunes adultes arrivent en général à un stade de développement où ils s'éloignent graduellement des membres de leur famille (Brzuzy et Speziale, 1997).

Cependant, à cause de tous les changements qu'il crée, un TCC peut venir bouleverser ce processus car les personnes ont besoin des soins des parents ou de la famille.

De plus, comme la famille passe de nombreuses heures avec les survivants d'un TCC, ces personnes ont peu d'autres types de relation (Brzuzy et Speziale, 1997). Cela a pour conséquence d'isoler socialement tant la famille que la personne qui a eu le TCC. Elles peuvent se sentir stigmatisées par le fait que leurs relations sociales ont tendance à se limiter aux relations familiales (Leith, 2004).

Par ailleurs, après un TCC, la personnalité peut changer et ces changements ne sont pas toujours appréciés chez la famille car ils peuvent générer à cette dernière de l'anxiété et des sentiments dépressifs (McCabe et al., 2007). Les changements peuvent aussi conduire à la rupture des liens avec la famille (Lefebvre et al., 2004).

Les séquelles du TCC engendrent généralement une augmentation du niveau de stress chez la famille de la personne qui a eu le traumatisme cranio-cérébral : «*Primary caregivers of ABI<sup>31</sup> survivors experienced significant stress and burden*» (McCabe et al., 2007). La famille doit investir beaucoup d'énergie pour prendre en charge les besoins quotidiens de la personne souffrant du TCC:

---

<sup>31</sup> *Acquired brain injury.*

*Research has shown that family members are forced to take on very demanding caregiving responsibilities often involving provision of high level personal care and general 24 hour supervision of all activities of daily life (Australian Bureau of Statistics, 2003), often without any preparation (Marwit et Kaye, 2006, p. 1420).*

Ainsi, le fait que la famille doive investir cette énergie peut devenir un agent de stress et de baisse de satisfaction face à la vie pour la personne victime du TCC et pour ses proches, car la famille peut finir par expérimenter du surmenage et se voir dans l'impossibilité de prendre du répit (Leith et al., 2004). Les familles qui veulent se reposer et trouver une ressource d'hébergement pour une personne qui présente des séquelles d'un TCC éprouvent des difficultés, les ressources d'hébergements spécialisés pour les personnes atteintes d'un TCC étant pratiquement inexistantes au Québec (RAPTCCQ, 2005).

### **1.3.2 Répercussions au plan de la vie de couple**

Le TCC a aussi un impact non négligeable sur la vie de couple. La moitié des participants à l'étude de Lefebvre et al. (2004) ont expérimenté une séparation ou un divorce. Selon ces chercheurs, la séparation découlerait soit de l'attitude du conjoint non atteint qui gère mal les difficultés inhérentes au TCC, soit de son attitude infantilissante, difficile à vivre pour la personne atteinte du TCC. Les changements suscités par le TCC peuvent générer beaucoup de stress, qui va perdurer pendant plusieurs années dans un couple (Engberg et Teasdale, 2004, cités dans Blais et Boisvert, 2007). Par ailleurs, pour d'autres personnes, « [...] les difficultés relationnelles s'inscrivent dans un pattern répétitif où les conflits et les séparations se succèdent » (Lefebvre et al., 2004, p.40).

### **1.3.3 Répercussions au plan social**

Les séquelles neuropsychologiques auront comme effet de compliquer les relations avec les autres. Par exemple, le propre des personnes ayant un TCC est qu'au-delà de

la blessure physique, qui souvent peut être guérie ou camouflée par diverses interventions, les changements cognitifs, qui varient selon le degré de sévérité du TCC, peuvent difficilement être dissimulés (Jean, 1992). Les symptômes cognitifs, dont la cause est invisible aux yeux des autres, peuvent occasionner certaines incompréhensions, voire des conflits. En effet, parce que la différence cognitive (qui est alors intrinsèque à l'individu) ne peut être détectée par les gens qui l'entourent, ces derniers ne peuvent s'expliquer des réactions ou des comportements inappropriés qui résultent des changements intellectuels (Jean, 1992).

Les séquelles cognitives peuvent aussi créer des embûches qui vont affecter la pratique de certaines activités. Par exemple, la personne peut éprouver des problèmes de concentration, qui vont engendrer une difficulté à conserver l'intérêt pour l'activité qu'elle pratique (Lefebvre et al., 2004). Cette réalité peut susciter, chez la personne qui a eu le TCC, le sentiment de devoir vivre en marge de la société; beaucoup d'occupations ou d'activités sociales ne lui sont plus accessibles (Whiteneck et al., 2004), car elles sont devenues incompatibles ou mal adaptées aux séquelles du TCC.

Il s'avère donc que les séquelles affectives laissées par le TCC engendrent un affaiblissement du réseau social, ainsi qu'une difficulté à maintenir et établir de nouvelles relations avec les autres (Lefebvre et al., 2004). Comme les relations au niveau interpersonnel peuvent devenir compliquées, les personnes qui ont un TCC peuvent avoir une propension à s'isoler elles-mêmes. Donc, les séquelles du TCC nuisent à la possibilité d'avoir une vie sociale satisfaisante (Backhouse et Rodger, 2001; Lippert-Grüner et al., 2007) et cela peut favoriser chez plusieurs de ces personnes l'apparition d'un sentiment dépressif (Mainio et al., 2007; Ylvisaker et al., 2007).

Ensuite, les amis et les autres personnes faisant partie du réseau social de la personne peuvent marginaliser ou exclure de leur réseau la personne qui a un TCC (Lefebvre et al., 2004), puisque les changements consécutifs au TCC peuvent être troublants, voire déplaisants, pour les autres (Ylvisaker et al., 2007).

En résumé, la vie sociale des personnes qui ont un TCC est pleine de contraintes liées à leurs séquelles. La personne éprouve des difficultés à s'adapter à son milieu de vie (Winkler et al., 2006, cités dans Ylvisaker et al., 2007) et cela crée un déséquilibre avec ce dernier (Yasuda et al., 2001). Bien que la personne fasse des tentatives pour s'intégrer, on peut lui rappeler sa différence et ainsi nuire à son intégration. Les autres, car ils ont peur des séquelles, peuvent tendre à les éloigner de leur monde (Blanc, 1999). La personne peut se sentir exclue et un stigmaté peut souvent lui être accolé.<sup>32</sup>

#### **1.4 Répercussions positives**

Bien que le sujet soit peu étudié, il apparaît dans des écrits récents que le TCC peut avoir certaines répercussions positives. Par exemple, selon Durgin (2000, cité dans Lefebvre et al., 2004), les personnes atteintes d'un TCC ont parfois une vision plus nette de la vie et en apprécient davantage ses constituants. Elles peuvent devenir plus heureuses en apprenant à voir ce qui est important dans la vie ou à faire un recadrage important de leur vision de la vie. Elles peuvent donner un sens aux difficultés et à la vie en général, ce qui leur permet d'atteindre un épanouissement plus profond. Elles peuvent aussi avoir progressé, dans leur cheminement personnel, ce qui leur permet de modifier certains comportements destructeurs, tels que l'abus de drogue (Durgin, 2000, cité dans Lefebvre et al., 2004).

#### **Conclusion**

Comme nous l'avons vu au cours de ce chapitre, le TCC génère plusieurs séquelles qui ont des conséquences sur tous les aspects de la vie. Généralement, l'existence d'une personne ayant eu un TCC avec des séquelles importantes se voit compliquée. Ces personnes peuvent se sentir éloignées de la vie active, dont le travail. En effet, le

---

<sup>32</sup> Un stigmaté veut que l'individu «[...] cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé.» (Goffman, 1975, p.12).

taux d'emploi relativement bas des personnes qui ont eu un TCC modéré à sévère est préoccupant (Franulic et al., 2004). À partir d'une recension des écrits, le prochain chapitre dressera un état de la question du retour au travail des personnes qui ont eu un TCC.

## **CHAPITRE 2: Le retour au travail d'une personne atteinte d'un TCC**

Tel qu'exposé dans le chapitre 1, le TCC peut générer plusieurs incapacités ainsi que des difficultés de participation sociale. Il semblerait que les personnes qui ont eu un TCC modéré à grave sont moins présentes que les autres sur le marché du travail, mais qu'en est-il exactement? Dans ce chapitre, nous dresserons un état de la situation en regard du retour au travail des personnes qui ont eu un TCC modéré à grave. D'abord, nous verrons certaines statistiques sur le retour au travail des personnes qui ont eu ce type de blessure. Nous examinerons ensuite les facteurs qui nuisent au retour au travail, puis ceux qui le favorisent.

### **2.1 Statistiques**

Selon l'étude de Mc Crimmon & Oddy (2006), on peut estimer que 66% des personnes qui ont eu un traumatisme crânien modéré à grave ne retourneront pas sur le marché du travail après leur TCC. L'étude de McCabe et al. (2007) confirme cette statistique puisque selon cette dernière, seulement le tiers des personnes qui travaillaient avant leur TCC sont en mesure de retourner au travail deux ans après leur accident. De plus, selon l'étude de O'Neill et al. (1998), l'effet négatif du TCC sur le travail est illustré par un nombre élevé de personnes qui ont eu un TCC et qui ne travaillent pas, le taux d'inactivité de ce groupe de personnes étant supérieur au taux d'inactivité de la population en général.

### **2.2 Facteurs nuisant au retour au travail**

L'inactivité peut avoir plusieurs conséquences sur la personne qui a eu un TCC. Selon Lefebvre et al. (2004), la majorité des personnes ayant eu un TCC et qui ont été déclarées inaptes au travail ressentent beaucoup de frustration en raison de leur incapacité à retrouver une vie professionnelle longtemps après leur accident, et ce, même jusqu'à dix ans post-trauma. Leurs tentatives de retour au travail, qui se soldent régulièrement par un échec, suscitent chez eux un sentiment d'isolement et

d'exclusion sociale. Pour un jeune, l'impossibilité de réaliser un projet de vie, qui est généralement associé à une reconnaissance sociale de la part des pairs, réduit beaucoup le sentiment de participation sociale. De plus, selon Backhouse et Rodger (1999), en raison de leurs séquelles, les personnes qui ont un TCC peuvent ressentir un haut niveau de stress et de besoins non satisfaits dans le processus qui les conduit de la réadaptation jusqu'à l'école, et de cette dernière vers le marché du travail. Ces constats illustrent l'importance de mieux connaître les facteurs qui nuisent au retour au travail, afin de tenter de les réduire. Ces facteurs sont liés aux effets du TCC lui-même, à la réadaptation, à l'âge du blessé, en plus d'autres facteurs.

### **2.2.1 Effets du TCC sur la possibilité de travailler**

Les séquelles physiques et les séquelles neuropsychologiques que nous avons énumérées au chapitre 1 peuvent toutes nuire à la capacité de travailler de la personne qui a eu un TCC. Elles peuvent la réduire jusqu'à l'anéantir, car elles engendrent une baisse généralisée des performances que la personne peut fournir (Shames et al., 2007; Jean, 1992). Dans bien des cas, ces gens ne peuvent plus retourner au travail (Yasuda et al., 2001). En effet, le marché du travail, en raison du niveau élevé de performance qu'il exige, est très peu adapté aux séquelles neuropsychologiques que les personnes atteintes d'un TCC éprouvent (Lefebvre et al., 2004). Yasuda et al. (2001) montrent que le retour dans l'emploi précédant le traumatisme crânien est souvent incertain, et que la recherche d'un nouveau travail est généralement difficile et compliquée par les retombées des séquelles neuropsychologiques et physiques que ces personnes expérimentent.

Il apparaît aussi que les chances de retrouver un travail seront proportionnelles à la sévérité du traumatisme et de ses séquelles (Shames et al., 2007). En effet, généralement, plus un TCC est grave, plus les séquelles seront importantes. On peut alors supposer que les retombées des séquelles auront un impact plus grand sur la possibilité de la personne de travailler.

Une complication supplémentaire liée aux retombées des séquelles neuropsychologiques est qu'il semble, selon l'étude de Shames et al. (2007), qu'un manque de conscience de soi<sup>33</sup> réduirait la possibilité de trouver la motivation nécessaire pour réaliser les traitements requis. Nous déduisons donc que cela pose un problème lorsque la personne doit se fixer des objectifs de récupération à atteindre pour retourner au travail.

### 2.2.2 Effets de la réadaptation

Les personnes qui ont eu un TCC doivent entreprendre une réadaptation<sup>34</sup> afin de réduire l'impact sur leur vie des changements que nous avons vus. Cette étape est nécessaire pour retrouver une vie qui se rapproche le plus possible de la normalité et pour récupérer les habiletés nécessaires pour reprendre un travail. Or, la littérature que nous avons consultée nous amène à croire que la réadaptation pourrait avoir des effets pervers sur le retour au travail de certaines personnes.

Effectivement, selon Codine et al. (1994), dans le centre de rééducation, la structure même de l'institution (le patient doit se soumettre à des règles de comportement, suivre un horaire, etc.) peut réduire les chances de retour au travail de cette personne en la soumettant à un rôle passif, au sens où elle a peu de décisions à prendre sur son cheminement; elle peut donc avoir l'impression qu'elle n'a pas le contrôle de sa vie, ce qui peut être décourageant (Codine et al., 1994). À la lumière de ces informations, nous pouvons penser que le fait d'être totalement prise en charge par l'institution peut

---

<sup>33</sup> « L'aptitude à être conscient de ses capacités, de ses besoins et de son existence. » (Fougeyrollas et al., 1998, p. 74)

<sup>34</sup> La réadaptation est divisée en trois phases distinctes : A) Phase un, ou phase de traitement médical, aussi appelée réadaptation précoce, qui peut avoir une durée de quelques semaines à quelques mois et qui se déroule à l'hôpital. Lors de cette phase, l'état médical de la personne accidentée est stabilisé; B) Phase deux ou phase de la réadaptation fonctionnelle et du soutien à l'intégration sociale. Cette phase survient une fois que la personne se retrouve dans un état médical stable et elle est généralement assumée par les centres de réadaptation. Elle peut avoir une durée de plusieurs mois à quelques années. Cette phase a pour objectif d'amener la personne à retrouver ses capacités, son milieu de vie et ses activités antérieures ou à trouver des stratégies d'adaptation pour compenser les retombées de la perte de capacités; C) Phase trois ou phase de maintien des acquis, qui sert à maintenir la récupération et les adaptations faites lors de la phase précédente. Cette phase peut se poursuivre la vie durant (SAAQ, 2002).

réduire la possibilité pour la personne de reprendre de l'autonomie et de retourner travailler<sup>35</sup>.

### 2.2.3 Autres facteurs nuisant au retour au travail

L'âge semble jouer un rôle important dans le retour au travail des personnes ayant un TCC. Selon Yasuda et al. (2001), il semblerait que l'âge prédit considérablement les risques d'un non-retour au travail lorsque les individus ont plus de 60 ans. Selon cette dernière étude, plus un individu est jeune, plus il a de chances de retourner sur le marché du travail<sup>36</sup>. Par contre, ce n'est pas parce qu'un individu est jeune qu'il retournera assurément travailler après son TCC, d'autres variables pouvant influencer le retour.

Selon une étude de Kreutzer et al. (2003), il apparaît que les membres d'une minorité ethnique, les gens qui n'ont pas complété leur secondaire 5 et ceux qui ne sont pas mariés auraient plus de risques que les autres personnes qui ont eu un TCC de ne pas travailler ou d'expérimenter une instabilité à ce niveau, comme changer d'emploi fréquemment<sup>37</sup>. Comme le retour au travail varie considérablement d'un pays à l'autre, il semblerait que les facteurs sociaux<sup>38</sup>, les facteurs médicaux<sup>39</sup>, les facteurs économiques<sup>40</sup> et la présence de politiques<sup>41</sup> jouent un rôle plus grand que les facteurs neuropsychologiques (séquelles de la personne qui a eu le TCC) dans le non-retour (Shames et al., 2007).

---

<sup>35</sup> Il faut demeurer prudent quant à la généralisation de cette affirmation puisque ces données proviennent d'une seule source, d'origine française, et qui date de 1994. Il se peut qu'elles ne s'appliquent pas au Québec.

<sup>36</sup> Il n'est pas nécessairement surprenant de constater que plus une personne avance en âge et approche du moment où elle prendra sa retraite, plus les risques sont grands qu'elle ne retourne pas travailler. Cela dit, il est toutefois possible que les séquelles compliquent davantage le retour au travail de ces personnes en raison de la baisse des capacités qui est généralement associée à leur âge.

<sup>37</sup> Les auteurs n'expliquent pas ces corrélations.

<sup>38</sup> Ex: présence des proches après l'accident.

<sup>39</sup> Ex: rapidité et qualité des soins de réadaptation reçus.

<sup>40</sup> Ex: expérimenter une aisance financière qui influencera la qualité des soins reçus.

<sup>41</sup> Ex: présence de lois ou de programmes favorisant le retour au travail, comme ceux rendant obligatoire l'embauche et la mise en place de conditions de travail adaptée aux personnes qui ont des limitations fonctionnelles. Présence également des professionnels qui s'impliquent dans la promotion et le développement de tels programmes.

En ce qui concerne le travail et la variable sexe, nous savons que parmi les participants à l'étude de O'Neill et al. (1998), 60% des hommes et 40% des femmes ayant eu un TCC ne travaillent pas à cause des incapacités générées par le TCC. Bien que la raison de cet écart assez important ne soit pas précisée, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : au Québec, par exemple, les hommes ont eu en 2006 plus d'accidents graves<sup>42</sup> que les femmes, soit 2413 hommes contre 1006 femmes (SAAQ, 2007). Comme les hommes ont plus d'accidents graves que les femmes, on peut supposer que les séquelles d'un TCC doivent être plus grandes pour eux, ce qui expliquerait leur non-retour sur le marché du travail dans une proportion plus élevée qu'en ce qui a trait aux femmes.

Un autre facteur qui peut avoir un impact sur le non-retour au travail est la compensation financière associée au statut d'inaptitude au travail par des organismes comme la Société de l'assurance automobile (SAAQ) ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Paradoxalement, en aidant financièrement les personnes qui ont eu un accident, ce type de compensation peut compromettre la réalisation d'un projet de vie comme le travail. En effet, les indemnisés verront leur indemnité de remplacement de revenu réduite ou suspendue avec le retour au travail. D'autres, qui ont été reconnus comme inaptes au travail, peuvent penser que leur statut sera revu s'ils travaillent. Il apparaît aussi que comme la décision sur la reconnaissance d'un statut d'inaptitude au travail est émise par des experts, elle est acceptée avec résignation par la personne, qui finit par croire le verdict (Lefebvre et al., 2004).

### **2.3 Facteurs favorisant le retour au travail**

Comme nous l'avons vu, plusieurs facteurs nuisent au retour au travail. Par contre, bien que la littérature établisse clairement les facteurs favorisant la récupération des capacités fonctionnelles, les facteurs favorisant le retour au travail sont moins bien connus. Cela dit, quelques-uns ont été identifiés.

---

<sup>42</sup> Ce type d'accident implique que la personne victime séjourne à l'hôpital (SAAQ, 2002).

Premièrement, il semblerait que le degré de sévérité du TCC soit un bon prédicteur de retour au travail. En effet, plus ce dernier est léger, moins la personne expérimente de séquelles, plus les chances qu'un retour au travail réussi survienne sont prévisibles (Mc Crimmon & Oddy, 2006).

Deuxièmement, il apparaît que plus une personne retourne travailler rapidement après son TCC, plus son retour a des chances de succès à long terme. La littérature révèle que parmi les personnes qui travaillaient un an après leur TCC, 84% d'entre elles étaient toujours au travail deux ans plus tard. Finalement, 90% de ces travailleurs demeuraient au travail trois ans après l'accident. Par contre, ceux qui ne travaillaient pas un an après leur TCC avaient plus de risques de ne pas travailler deux et trois ans plus tard. On remarque que 85% des personnes qui ne travaillaient pas un an après l'accident étaient toujours sans travail deux ans plus tard. De ce nombre, 74% étaient toujours sans travail après trois ans (Kreutzer et al., 2003)<sup>43</sup>. Cette statistique illustre que plus une personne retourne au travail rapidement après son TCC, plus les chances sont grandes qu'elle demeure sur le marché du travail à long terme. Il semblerait donc qu'en identifiant hâtivement après leur accident les personnes à risque d'expérimenter une précarité en emploi, la planification de leur réadaptation et des interventions ultérieures pourrait être ajustée afin de favoriser un retour au travail rapide.

L'étude de Shame et al. (2007) établit trois actions à réaliser pour favoriser le retour au travail des personnes qui ont eu un TCC. La première consiste à identifier les personnes à risque d'échouer leur retour au travail. Il faut ensuite établir une approche coordonnée et structurée avec l'équipe de réadaptation, en coopération avec l'employeur, en ayant pour unique but de venir en aide aux personnes qui ont le TCC et qui sont à risque d'expérimenter des difficultés (par exemple : instaurer des programmes de travail adaptés<sup>44</sup> aux séquelles des personnes qui ont eu un TCC,

---

<sup>43</sup> Les auteurs n'expliquent pas cette statistique.

<sup>44</sup> Une mesure d'adaptation vise à faciliter l'intégration au travail des personnes ayant une limitation fonctionnelle. Celle-ci doit être flexible de façon à s'adapter aux besoins individuels de la personne qui en fait la demande (Santé Canada, 2005).

comme des horaires à temps partiel). Pour terminer, il faut augmenter l'accessibilité et l'éligibilité à de tels programmes.

### **Conclusion**

Au cours de ce chapitre, nous avons constaté l'état de la situation du retour au travail des personnes qui ont eu un TCC. Il semblerait qu'une forte proportion des personnes qui ont eu un TCC modéré à grave ne retourne pas au travail. Plusieurs facteurs qui nuisent et quelques facteurs qui favorisent le retour au travail ont été identifiés. Ces facteurs sont d'ordre personnel et environnemental. Dans le prochain chapitre, le cadre conceptuel de notre recherche, le *Processus de production du handicap* sera présenté et nous tenterons de le comprendre à partir d'exemples tirés du présent chapitre.

### CHAPITRE 3 : Cadre d'analyse : Processus production du handicap (PPH)

Ce chapitre porte sur le cadre conceptuel de cette recherche, le *Processus de production du handicap (PPH)*. Dans la première partie, nous expliquerons le schéma conceptuel<sup>45</sup> et dans la deuxième, nous donnerons des exemples d'utilisation de ce modèle.

#### 3.1 Explication du schéma conceptuel

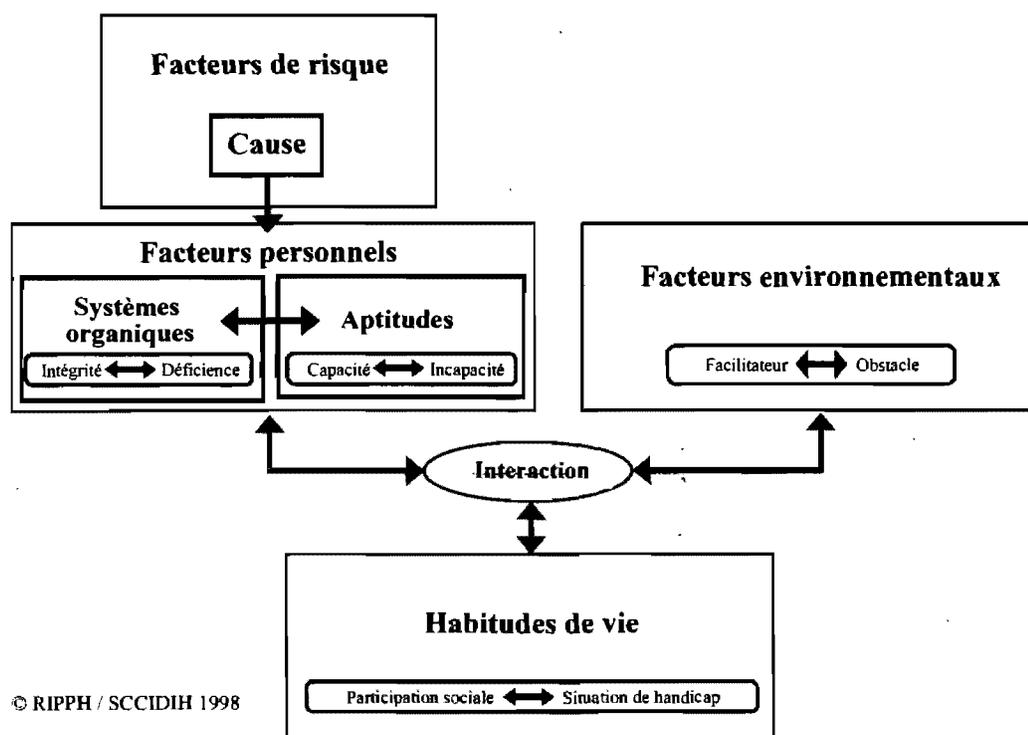
Le cadre conceptuel *Processus de production du handicap* (figure 1) est un « Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne » (p. 10). Ce cadre conceptuel ne se limite pas uniquement à l'analyse des limitations physiques (par exemple, la situation de handicap face aux déplacements d'une personne qui a une amputation à la jambe); il peut également s'appliquer à d'autres situations. Par exemple, ce cadre a été utilisé pour analyser les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité à la violence conjugale (Gauthier et al., 2005). On a aussi eu recours à ce modèle pour élaborer un «*Plan de développement d'un réseau de ressources résidentielles non institutionnelles et alternatives*» (Limoges et al., 2005) et pour créer un «*Programme éducatif adapté aux élèves handicapés par une déficience intellectuelle profonde*» (Bujold, Brisson et Lemay, 2004).

Le PPH a été créé par un groupe de travail québécois, le Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités, et handicaps (CQCIDIH), dirigé par Patrick Fougeyrollas. Les travaux sur ce modèle ont débuté à la fin des années 1980. Depuis, il demeure en évolution; il a été revu et publié à quelques reprises au cours des années 1990. Le modèle que nous utiliserons pour cette recherche date de 1998.

---

<sup>45</sup> Au long de ce chapitre, un seul manuel «*Classification québécoise : Processus de production du handicap*» (Fougeyrollas et al., 1998) sera utilisé en référence. Afin d'éviter certaines lourdeurs textuelles, seul le numéro de la page du livre sera mis en référence aux citations.

Figure 1

SCHEMA CONCEPTUEL : *Processus de production du handicap*

Fougeyrollas et al. (1998) définissent le handicap non pas comme intrinsèque à l'individu, mais plutôt comme une situation résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes) et les facteurs environnementaux. Par exemple, une personne ayant une déficience au niveau du système organique, qui ne peut pas marcher (incapacité), se déplace d'un endroit à l'autre à l'aide d'un fauteuil roulant. Elle pourra travailler (participation sociale) si son milieu de travail est adapté pour les personnes devant se déplacer en fauteuil roulant (facteur environnemental facilitateur). Par contre, elle devient en situation de handicap s'il n'y a pas d'adaptation environnementale (facteur qui cause obstacle) dans son milieu de travail. C'est donc l'interaction entre l'incapacité (inaptitude à marcher) et l'environnement (inadaptation du milieu de travail pour recevoir un

fauteuil roulant) qui se répercute sur les habitudes de vie, en empêchant la personne de travailler, créant ainsi une situation de handicap (Gauthier et al., 2005).

Le cadre conceptuel PPH est divisé en différentes dimensions, qui comportent chacune leur propre nomenclature. Celle-ci est très détaillée et chacun de ses éléments y est défini. Les dimensions peuvent être évaluées à partir d'une échelle comportant une délimitation négative et positive.

Le facteur de risque<sup>46</sup> est la première dimension du PPH. Il se définit comme : « [...] un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne » (p. 43).

Ensuite, on retrouve la dimension des facteurs personnels, i.e. des éléments qui, de manière intrinsèque, appartiennent à l'individu. Parmi ces facteurs, on retrouve par exemple : « [...] l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. » (p. 14). Un système organique<sup>47</sup> est défini comme « [...] un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. » (p. 57). On mesure l'état de ces composantes du corps humain en terme d'intégrité ou de déficience. L'intégrité « [...] correspond à la qualité d'un système organique inaltéré. » (p. 63). La déficience des systèmes organiques, quant à elle, « [...] correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique. » (p.63).

---

<sup>46</sup> Les grandes catégories des facteurs de risque sont : 1. Risques biologiques; 2. Risques liés à l'environnement physique; 3. Risques liés à l'organisation sociale; 4. Risques liés aux comportements individuels et sociaux.

<sup>47</sup> Les grandes catégories des systèmes organiques sont: 1. Système nerveux; 2. Système auriculaire; 3. Système oculaire; 4. Système digestif; 5. Système respiratoire; 6. Système cardiovasculaire; 7. Système hématopoïétique et immunitaire; 8. Système urinaire; 9. Système endocrinien; 10. Système reproducteur; 11. Système cutané; 12. Système musculaire; 13. Système squelettique; 14. Morphologie.

L'aptitude<sup>48</sup>, pour sa part, est définie comme « [...] la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. » (p. 71). On établit, selon une échelle de mesure de la capacité, le degré de capacité, « [...] qui correspond à l'expression positive d'une aptitude. » (p. 105), ou le degré d'incapacité, « [...] qui correspond au degré de réduction d'une aptitude. » (p. 105).

Les facteurs environnementaux<sup>49</sup> sont définis comme « [...] les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société » (p. 16). La catégorie «facteurs sociaux» se définit comme « Les éléments des systèmes politiques, économiques, sociaux et culturels de l'environnement. » (p. 115). Les facteurs physiques représentent, pour leur part, « Les éléments naturels et artificiels de l'environnement » (p. 121). Chaque dimension comporte une liste de facteurs que l'on peut évaluer afin de déterminer si le facteur est un facilitateur ou un obstacle :

Un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne). [...] Un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne). (p. 126).

L'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux a un effet sur les habitudes de vie<sup>50</sup>, définies comme : [...] une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.) Elle assure la survie et

---

<sup>48</sup> Les grandes catégories des aptitudes sont: 1. Aptitudes reliées aux activités intellectuelles; 2. Aptitudes reliées au langage; 3. Aptitudes reliées aux comportements; 4. Aptitudes reliées aux sens et à la perception; 5. Aptitudes reliées aux activités motrices; 6. Aptitudes reliées à la respiration; 7. Aptitudes reliées à la digestion; 8. Aptitudes reliées à l'excrétion; 9. Aptitudes reliées à la reproduction; 10. Aptitudes reliées à la protection et à la résistance.

<sup>49</sup> Les grandes catégories des facteurs environnementaux sont: 1 Facteurs sociaux; 1.1 Facteurs politico-économiques; 1.2 Facteurs socioculturels; 2 Facteurs physiques; 2.1 Nature; 2.2 Aménagements.

<sup>50</sup> Les grandes catégories des habitudes de vie sont : 1 Nutrition; 2 Condition corporelle; 3 Soins personnels; 4 Communication; 5 Habitation; 6 Déplacement; 7 Responsabilités; 8 Relations interpersonnelles; 9 Vie communautaire; 10 Éducation; 11 Travail; 12 Loisirs; 13 Autres habitudes.

l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. (p. 135)

L'évaluation des divers éléments reliés aux habitudes de vie permet de déterminer si la personne expérimente une situation de participation sociale ou une situation de handicap. Selon Fougeyrollas et al. (1998) :

Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). [...] Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). (p. 142)

### **3.2 Le PPH et le retour au travail d'une personne qui a eu un TCC modéré à grave**

Notre revue de littérature a mis en évidence plusieurs facteurs individuels et plusieurs facteurs environnementaux liés à la difficulté ou à l'impossibilité, pour une personne ayant un TCC modéré à grave, de retourner travailler. Certaines interactions possibles entre ces facteurs ont aussi été répertoriées. Nous avons également relevé des facteurs protégeant contre un arrêt de travail éventuel. Afin de bien comprendre le cadre conceptuel et la dynamique du modèle, nous tenterons d'illustrer, en appui sur la littérature, les composantes du PPH et les interactions possibles entre ses dimensions à partir d'exemples fictifs de personnes ayant subi un TCC et qui sont retournées au travail.

#### **3.2.1 Facteurs nuisant au retour au travail**

La littérature révèle qu'une hémiparésie (défiance au système organique) est une séquelle possible du TCC (CRLC, n.d.; Dumont, 2003). Cette séquelle peut causer une lenteur à écrire ou un ralentissement moteur (Shames et al., 2007; Jean, 1992),

donc une incapacité qui occasionne une baisse de performance au travail. En l'absence d'un facilitateur environnemental, comme un ordinateur pour écrire, la personne pourra devenir incapable d'exercer son travail de façon compétitive. En conséquence, l'habitude de vie du travail se retrouve affectée et la personne éprouve une situation de handicap générée par l'interaction entre l'incapacité à écrire rapidement et l'absence d'un facilitateur, tel un ordinateur, dans l'environnement de travail. Le processus d'interaction ne s'arrête pas là puisque le patron, devenant insatisfait du rendement de son employé, décide de le congédier. La personne se retrouve alors sans travail, donc en situation de handicap encore plus marquée, et cela lui occasionne une dépression significative qui nécessite la prise d'un médicament qui ralentit les fonctions cérébrales. Cet état engendre une incapacité à chercher un nouveau travail, et prolonge ainsi la situation de handicap.

Prenons un autre exemple, celui d'une personne qui doit avoir recours à un facilitateur environnemental, soit un horaire de travail flexible et adapté à ses séquelles, et prendre plusieurs pauses par jour dans son travail pour demeurer en situation de participation sociale. En effet, la séquelle principale occasionnée par le TCC au plan des aptitudes de cette personne est qu'elle demeure très fatigable (Dumont, 2003; Lefebvre et al., 2004). Tout va bien avec sa charge de travail habituelle, mais un jour, son patron lui donne un surplus de travail. La personne expérimente alors une situation stressante, car elle veut répondre à la demande de son supérieur. Elle décide donc d'escamoter la période de détente dont elle a habituellement besoin pour se reposer. Cette privation de repos fait en sorte qu'elle devient fatiguée, ce qui génère une situation de handicap : elle fait plusieurs erreurs de calcul sans le remarquer, ce qui affecte la qualité de son travail. Finalement, la journée de travail se termine et malgré une fatigue importante occasionnée par les pauses insuffisantes, elle prend sa voiture pour rentrer chez elle. Sa fatigue occasionne une baisse de la concentration et elle ne voit pas le feu de circulation virer au rouge. Un accident se produit dans lequel survient un deuxième TCC, qui entraînera à son tour une série de conséquences.

Bien que caricaturaux, ces deux exemples illustrent les interactions qui sont possibles entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux et comment elles peuvent nuire à l'habitude de vie du travail. On a pu le constater, l'interaction possible entre l'habitude de vie du travail et les aptitudes est également démontrée. Cette interaction peut même être la source de facteurs de risque, qui peuvent occasionner d'autres déficiences aux systèmes organiques ou dans les aptitudes.

### **3.2.2 Facteurs favorisant le retour au travail**

Pour voir comment un facteur aidant peut être compris avec le PPH, comme par exemple, le constat que la réadaptation peut favoriser le retour au travail (Zhu et al., 2007), voyons l'exemple suivant. Lors de son retour au travail, une personne qui a eu un TCC grave qui a engendré plusieurs déficiences aux systèmes organiques (et, par ricochet, des incapacités dans certaines aptitudes), éprouve des difficultés avec sa mémoire et la planification de son temps. Cette personne fait appel au centre de réadaptation, qui envoie une ergothérapeute<sup>51</sup> à son lieu de travail. Celle-ci est en mesure d'aider la personne en lui suggérant d'installer un facilitateur environnemental, dans ce cas, un tableau horaire face à son bureau de travail. Parce qu'elle pourra y noter ses obligations à mesure qu'elles se présentent et ainsi éviter de les oublier, la personne organisera sa journée de façon cohérente et, en même temps, se souviendra des tâches importantes qu'elle doit réaliser. La séquelle est donc compensée par une adaptation environnementale qui protège la personne contre une situation de handicap possible, c'est-à-dire mal réaliser son travail parce qu'elle oublie des tâches.

---

<sup>51</sup> « L'ergothérapeute aide la victime à augmenter son autonomie dans les activités de la vie de tous les jours et dans chacune de ses dimensions physique, cognitive, émotive, scolaire et professionnelle. À cette fin, il prévoit des programmes de stimulation et d'exercices pratiques pour la victime. » (SAAQ, 2002, P.28)

## **Conclusion**

L'utilisation du cadre conceptuel *Processus de production du handicap* permet de comprendre l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux et l'effet de cette interaction sur les habitudes de vie. Afin de faciliter la compréhension de ce modèle, nous avons présenté des exemples de facteurs personnels et de facteurs environnementaux, ainsi que d'interactions possibles. Nous utiliserons le PPH dans notre étude pour classifier les facteurs selon leurs catégories respectives et illustrer les interactions entre eux et leur effet sur le travail.

## CHAPITRE 4 : Méthodologie

Ce chapitre porte sur la démarche méthodologique que nous avons utilisée pour réaliser notre étude. Nous expliquerons d'abord pourquoi nous avons opté pour une méthode qualitative. Nous présenterons ensuite la technique d'échantillonnage que nous avons utilisée. Une discussion des considérations éthiques liées à notre étude suivra. Nous terminerons le chapitre en décrivant la méthode de collecte de données que nous avons utilisée.

### 4.1 Justification de la recherche qualitative

La démarche qualitative a été priorisée pour trois raisons. D'abord, un devis de cette nature est à favoriser quand le chercheur souhaite décrire et analyser le vécu et le point de vue des participants (Deslauriers, 1991), s'attarder à décrire minutieusement l'histoire d'une parcelle de vie des participants et présenter leur expérience subjective (Mayer, 2000). C'est ce que nous souhaitons faire. Ensuite, comme l'affirme Thyer (2001), «*Qualitative methods generally seek to discover, [...]*». C'est donc une démarche pertinente pour nous permettre d'identifier une variété de facteurs qui favorisent le retour au travail. En dernier lieu, Mayer (2000) et Deslauriers (1991) mentionnent que ce type de devis permet d'identifier la manière dont fonctionnent et interagissent certaines variables. Notre démarche qualitative nous permettra ainsi d'identifier la manière dont ces facteurs semblent agir pour favoriser le retour au travail.

Nous avons opté plus spécifiquement pour une démarche exploratoire-descriptive, puisqu'elle est utile pour découvrir des éléments inconnus (Dionne, 2004). Ce choix fut également motivé parce que nous souhaitions alimenter nos découvertes à partir des descriptions des expériences de retour au travail, telles que vécues par les participants : «*Descriptive studies intend to describe or explain [...], situations, and events as they occur.*» (Thyer, 2001, p. 131).

## 4.2 Technique d'échantillonnage utilisée

Pour recruter les participants à notre recherche, nous avons décidé d'utiliser une technique d'échantillonnage non probabiliste<sup>52</sup>, l'échantillon de volontaires (échantillon de convenance). L'utilisation d'un échantillon de personnes volontaires est une méthode régulièrement employée pour recruter des participants en sciences sociales (Gauthier, 1997). Ce type d'échantillon a été choisi car nous avons estimé que la constitution d'un échantillon aléatoire nécessitait «... une recherche presque impossible à entreprendre» (Mayer & al., 2000, p. 84), parce que la population de personne ayant un TCC modéré à grave et qui était retournée travailler devait être précisément recensée. Deux autres avantages ont également influencé notre choix. Cette méthode est économique et s'applique facilement (Gauthier, 1997, p. 194).

Un désavantage de ce choix est que notre échantillon n'est pas représentatif statistiquement de l'ensemble de la population (Thyer, 2001). Toutefois, la représentativité statistique n'était pas recherchée dans ce projet. Notre étude étant de nature exploratoire, nous souhaitons davantage identifier un éventail de facteurs aidants, qu'il faudra étudier de manière plus systématique dans des études futures.

Également, «On invoquera [...] le fait que les volontaires ont généralement des caractéristiques psychologiques particulières (volonté de plaire, désir de connaître, besoin de régler des problèmes, etc) et que par conséquent, toute généralisation est hasardeuse.» (Gauthier, 1997, p. 197). Donc, nous devons demeurer très prudents dans l'interprétation et la généralisation des résultats.

---

<sup>52</sup>« La méthode non-probabiliste, comme son nom l'indique, n'est pas basée sur la théorie des probabilités; donc, elle ne relève pas du hasard. On choisi plutôt l'échantillon en fonction de certaines caractéristiques précises de la population» (Mayer, 2000, p. 79).

#### 4.2.1 Critères d'inclusion

Pour participer à notre étude, le participant devait avoir eu un TCC modéré à grave. Pour s'assurer que la personne avait un TCC répondant à ce critère, ce dernier fut contrôlé<sup>53</sup> au dossier médical des participants provenant de l'Institut de réadaptation de Montréal<sup>54</sup> et du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. À l'Association Québécoise des traumatisés crâniens, une intervenante psychosociale nous a confirmé le degré de sévérité du TCC des participants.

De plus, le participant ne devait pas être anosognosique, c'est-à-dire qu'il devait avoir une bonne perception de ses capacités afin que les facteurs qu'il identifiait n'aient pas été imaginés<sup>55</sup>. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre I, cette séquelle peut être une conséquence d'un TCC modéré à sévère.

La personne qui participait à cette recherche devait, au moment de l'entrevue, avoir terminé sa réadaptation afin que son retour au travail se poursuive dans le temps au-delà de cette étape. En effet, pendant la réadaptation, les personnes font des tentatives de retour au travail qui sont fructueuses ou non. Or, nous voulions que nos participants puissent nous nommer des facteurs favorisant le retour au travail en s'appuyant sur une démarche de retour au travail fructueuse.

La personne devait aussi occuper un emploi pendant un minimum de 15 heures par semaine. Il était nécessaire que la personne travaille un certain nombre d'heures afin qu'elle rencontre des difficultés liées aux séquelles du TCC, comme la fatigue et une baisse du niveau de performance.

L'entrevue devait également se situer à l'intérieur d'un délai maximum de dix ans post-traumatique, afin que le participant se souvienne bien des facteurs qui ont

---

<sup>53</sup> Toutefois, nous n'avons pas été informé du caractère modéré ou grave du TCC, cette information nous était rapportée par le participant.

<sup>54</sup> Aujourd'hui Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal.

<sup>55</sup> Ce sont les participants eux mêmes qui ont établi qu'ils n'étaient pas anosognosiques. Il n'a pas été possible de vérifier cette information au dossier médical.

favorisé ou nui à son retour au travail. Finalement, afin d'analyser les données avec plus d'aisance et d'éviter un biais dû à une incompréhension linguistique, les personnes qui ont participé à cette étude devaient parler le français.

#### 4.2.2 Échantillon constitué

Pour constituer notre échantillon, nous avons approché deux centres de réadaptation de Montréal, soit l'Institut de réadaptation de Montréal ainsi que le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. L'Association Québécoise des traumatisés crâniens a également été sollicitée afin de recruter d'autres participants.

En accord avec le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR<sup>56</sup>, qui devait approuver la manière dont les participants étaient recrutés, nous avons approché les participants de différentes manières. À l'Institut de réadaptation de Montréal, établissement de phase 2 non-spécialiste du retour au travail, des travailleuses sociales connues de nous ont contacté par écrit quatre personnes qu'elles ont vues en réadaptation et dont elles avaient été informées du retour au travail. Ces travailleuses sociales leur ont fait parvenir un formulaire de consentement<sup>57</sup> ainsi qu'une grille d'entrevue afin qu'elles puissent se préparer à la rencontre, si elles le désiraient. Les personnes intéressées à participer à l'étude ont ensuite communiqué avec nous pour planifier la première rencontre d'entrevue. Une personne a été recrutée à cet endroit.

Pour le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, un établissement de phase 3 spécialisé dans le retour à la vie en société, incluant le marché du travail, une entente a été prise avec la personne responsable de la convenance institutionnelle<sup>58</sup>. Une secrétaire du

<sup>56</sup> Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation.

<sup>57</sup> Le formulaire de consentement comprenait une description détaillée de notre étude : ses objectifs; en quoi consistait la participation de la personne; les avantages et les inconvénients de la participation à la recherche; une autorisation d'accès au dossier médical; une explication de la confidentialité de l'étude; une explication du droit de retrait; l'absence d'indemnité de participation; les coordonnées de la personne ressource et la clause de responsabilité. Voir le formulaire de consentement à l'annexe III.

<sup>58</sup> «La convenance institutionnelle désigne le caractère approprié de la mise en œuvre du projet dans l'établissement. Chaque établissement qui accueille, même partiellement, un projet de recherche en examine les trois (3) aspects suivants : la possibilité d'un arrimage entre le projet et les orientations de

centre a sélectionné 50 personnes qui répondaient aux critères d'inclusion à l'étude et leur a fait parvenir une lettre de recrutement<sup>59</sup>. Les personnes contactées intéressées par la recherche ont communiqué avec nous. Nous leur avons alors fait parvenir un formulaire de consentement ainsi qu'une grille d'entrevue par la poste. Sept personnes ont été recrutées à cet endroit.

À l'Association Québécoise des traumatisés crâniens, une intervenante psychosociale a contacté des membres de l'organisme afin de vérifier s'ils correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude et s'ils désiraient y participer (nous ne savons pas combien de personnes ont été contactées par l'intervenante). Les personnes intéressées nous ont ensuite téléphoné et nous leurs avons fait parvenir un formulaire de consentement et une grille d'entrevue. Deux personnes ont été recrutées à cet endroit.

Un échantillon de dix personnes volontaires a été ainsi constitué à partir d'une population de personnes qui ont eu un traumatisme crânien modéré à grave. Il a été convenu avec notre directrice qu'un échantillon de dix sujets serait adéquat pour notre projet d'explorer les facteurs favorisant le retour au travail.

#### 4.2.2.1 Les biais potentiels

Lorsque nous avons rencontré les participants, nous avons été très surpris du bon niveau apparent de récupération de plusieurs d'entre eux. Nous avons relevé deux types de biais qui pourraient expliquer cette situation, et que nous expliquerons dans les prochaines pages. D'une part, il peut y avoir certains problèmes au plan médical concernant la détermination de la sévérité du TCC. D'autre part, cette situation

---

l'établissement; la capacité pratique de l'établissement à recevoir le projet (ex : personnel qualifié, équipement adéquat); la possibilité que certaines personnes identifiées comme sujets potentiels soient sollicitées de façon exagérée ou induite, ce qui ne respecterait pas le principe de justice. Le comité de la convenance institutionnelle doit aussi s'assurer que l'évaluation et la gestion financière du projet ont été effectuées par l'établissement.»

([http://www.crir.ca/public/d3a5c6b6-9122-45ff-abda-217be6be3ff5/comite\\_d\\_ethique/rglement\\_cr\\_mise\\_\\_jour\\_juin\\_2007.pdf](http://www.crir.ca/public/d3a5c6b6-9122-45ff-abda-217be6be3ff5/comite_d_ethique/rglement_cr_mise__jour_juin_2007.pdf). Consulté le 26/01/2009).

<sup>59</sup> Voir la lettre de recrutement à l'annexe II.

s'explique peut-être aussi par un biais de sélection. Par ailleurs, nous discuterons d'un autre biais potentiel lié au fait que les participants ont préparé l'entretien d'avance et souvent, avec l'aide d'un proche.

Avant d'aborder les deux premières catégories de biais, mentionnons qu'il apparaît que le degré de sévérité du TCC permet mal d'anticiper l'ampleur des séquelles qui seront expérimentées par la personne. En effet, selon Winn et Youmans (2004), les critères qui servent à établir le degré de sévérité d'un TCC ne peuvent prédire à eux seuls la sévérité des séquelles que les personnes expérimenteront, qui sont aussi déterminées par d'autres facteurs. En effet, nous l'avons vu au chapitre I, il apparaît que la région du cerveau touchée par le TCC (la déficience), ou certains facteurs personnels ou environnementaux, peuvent influencer la manière dont la personne récupèrera de son TCC. Il apparaît aussi que les séquelles du TCC peuvent être exacerbées par la présence ou non de blessures physiques engendrées par le TCC. Ainsi, le degré de réalisation des différentes habitudes de vie sera très variable d'une personne à l'autre à l'intérieur d'une même catégorie de classification de la sévérité du TCC.

Il reste qu'il est également possible que le degré de sévérité du TCC ait été mal évalué. D'après Winn et Youmans (2004), une des limites à la classification du niveau de sévérité du TCC est attribuable à la mesure du pointage Glasgow, qui est parfois imprécise. En effet, plusieurs patients arrivent à l'hôpital sous sédation (drogue, alcool, médicaments), et leur pointage à ce test est erroné jusqu'à ce que les agents pharmacologiques soient devenus inactifs ou métabolisés. Pour réduire ce biais, le test doit être fait au minimum 30 minutes après l'accident. Nous n'avons pas été en mesure de vérifier le moment où le test avait été fait chez nos participants, ni si lors du passage du test ils étaient sous l'influence d'une substance sédative. Donc, nous ne sommes pas en mesure d'être certains du degré de sévérité du TCC des participants.

Il apparaît également une autre limite en regard des critères diagnostiques : ces derniers ont évolué au fil des ans. Ainsi, certains de nos participants, qui avaient un diagnostic de TCC modéré il y a quelques années, se retrouveraient possiblement, selon les critères actuels, avec un TCC léger. Parmi les huit participants qui ont eu une récupération étonnante, nous en avons ciblé trois pour qui cette hypothèse pourrait s'appliquer. Donc, cela pourrait aider à comprendre l'excellente récupération de ces participants compte tenu du niveau de sévérité modéré de leur TCC.

Finalement, la dernière limite à la classification de la sévérité du traumatisme crânien est qu'elle peut être déformée parce que le diagnostic sur la sévérité du TCC est fait par le médecin. En effet, nous avons appris par une intervenante d'un centre de réadaptation que même si les critères diagnostiques sont objectifs, il semblerait que les médecins les interprètent à leur façon ou selon de vieilles échelles diagnostiques. Ceci peut fausser les résultats et faire en sorte que la sévérité du TCC de certaines personnes n'est pas déterminée correctement.

Cela dit, dans le recrutement de nos participants, nous avons également fait face à un biais de sélection entraîné par la technique d'échantillonnage que nous avons utilisée; les personnes qui ont eu des poly-traumatismes ou plusieurs autres blessures survenues lors de l'accident ne sont pas représentées dans cette étude, car aucune d'elles n'a répondu à notre invitation<sup>60</sup>. En effet, bien que les personnes que nous avons rencontrées avaient un TCC modéré ou grave, nous avons constaté qu'elles n'avaient pas d'incapacités motrices importantes (par exemple, incapacité à marcher) et qu'il était difficile de déceler, lors de l'entretien, des séquelles neuropsychologiques (perte de mémoire, difficulté de concentration, difficulté de langage, etc.), sauf pour deux participants. Notre observation a été confirmée par l'évaluation que les participants eux-mêmes faisaient de leurs séquelles et des autres blessures survenues à l'accident. Or, le fait que ces blessures et séquelles semblaient

---

<sup>60</sup> Il est possible que des personnes qui ont eu plusieurs séquelles de leur accident ou de leur TCC aient craint de venir passer un interview et d'expérimenter des difficultés. Par exemple, considérant les séquelles possibles que nous avons vues au chapitre I, certaines personnes auraient pu avoir une difficulté à se déplacer jusqu'au lieu de l'entrevue ou elles auraient pu éprouver des difficultés à s'exprimer lors de l'entretien.

peu présentes chez huit participants ne reflète pas la réalité de la plupart des personnes qui ont eu un TCC modéré à sévère; tel que nous l'avons vu aux chapitres I et II, ces personnes font régulièrement face à des poly-traumatismes ainsi qu'à de lourdes séquelles du TCC. Donc, il est clair que les résultats de cette étude ne pourront s'appliquer ou être généralisés à l'ensemble des personnes qui ont eu un TCC modéré à sévère et qui sont retournées travailler. Ces personnes peuvent être confrontées à des difficultés beaucoup plus lourdes pour reprendre leur occupation professionnelle.

Par ailleurs, nous avons jugé que les participants répondraient avec plus de précision aux questions s'ils pouvaient se préparer à l'entrevue avant de nous rencontrer. En effet, les personnes qui ont eu un TCC ont souvent des difficultés de mémoire et peuvent avoir besoin de temps pour se souvenir de certains éléments. Elles peuvent aussi sous-estimer leurs difficultés. Afin de répondre au questionnaire avec plus d'exactitude, certains l'ont même complété avec leurs proches avant notre rencontre. Cette façon de faire pose deux problèmes potentiels. D'abord, la personne qui a eu le TCC peut avoir quand même oublié certains éléments de réponse, donc avoir une perception inexacte de ce qui est réellement arrivé lors de son retour au travail. Le fait qu'un proche les ait aidés à répondre aux questions n'assure pas nécessairement plus de fiabilité. Nous pensons également que les réponses aux questions peuvent parfois être déformées par la perception du proche qui a aidé à la rédaction, et cela plus particulièrement si la personne qui a eu le TCC ne se souvient pas de ce qui est arrivé.

### **4.3 Considérations éthiques**

Afin de protéger l'identité des participants, chacun d'entre eux s'est vu attribuer un numéro. La liste des participants et des numéros qui leur ont été attribués est confidentielle. La confidentialité de l'identité des participants est assurée en prenant plusieurs autres précautions. Les enregistrements sont conservés dans un fichier informatique verrouillé à l'aide d'un mot de passe connu uniquement de nous. Les renseignements confidentiels qui ont été retirés des transcriptions, la liste comprenant

le nom et les coordonnées des participants, ainsi que le numéro qui a été attribué à chacun, sont également conservés dans un fichier informatique verrouillé à l'aide d'un mot de passe connu uniquement par nous. Ajoutons qu'aucune information permettant l'identification des participants d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, ces renseignements personnels seront détruits après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas d'identifier les participants seront conservées après cette date.

Ajoutons en terminant que considérant les biais de recrutement, une autre préoccupation éthique est la prudence face aux résultats qui ont été obtenus dans cette étude.

#### **4.4 Technique de collecte de données : l'entrevue de recherche**

Afin de bien cerner la perception des répondants, des entrevues semi-dirigées, durant en moyenne 90 minutes, ont été réalisées. D'ailleurs, «Lorsqu'on vise la collecte de données qualitatives, c'est probablement le type d'entrevue le plus fréquemment utilisé» (Mayer et al., 2000). Ce genre d'entrevue s'apparente à une conversation qui a lieu entre un participant à l'étude et un intervieweur (Gauthier, 1997). Ce dernier anime l'entrevue avec souplesse et utilise une attitude d'écoute attentive des réponses à ses questions, qui sont regroupées en thèmes généraux (Gauthier, 1997). De plus, l'intervieweur peut aller plus loin que les questions standardisées, dans le but d'enrichir sa compréhension du phénomène (Deslauriers, 1991).

Nous avons tenté de mettre en place des conditions adéquates afin que les participants puissent s'exprimer le plus facilement possible sur leur expérience de retour au travail. Ainsi, les entrevues se sont déroulées à l'endroit choisi par les participants. Les lieux qui étaient choisis le plus régulièrement étaient leur domicile ou leur lieu de travail. De plus, si le participant en ressentait le besoin, l'entrevue pouvait être divisée en deux parties, qui pouvaient avoir lieu à des moments différents, dans des journées distinctes. Un seul participant a divisé l'entrevue en deux parties, sur deux

journées distinctes, mais cela n'était pas dû à des considérations de fatigue. Finalement, si jamais la personne devenait fatiguée, il était également possible d'arrêter l'entrevue et de prendre des pauses, à sa convenance. Bien que nous ayons offert cette possibilité à tous, un seul participant a mentionné qu'il désirait prendre un temps d'arrêt car il était fatigué.

Les questions d'entrevue étaient regroupées dans les catégories suivantes <sup>61</sup> :

- Renseignements socio-démographiques;
- Informations sur le TCC;
- Autres blessures;
- Séquelles engendrées par le TCC;
- Situation professionnelle avant l'accident;
- Période de transition post-TCC;
- Préparatifs du retour au travail;
- Facteurs personnels nuisant au retour au travail;
- Facteurs personnels favorisant le retour au travail;
- Facteurs environnementaux nuisant au retour au travail;
- Facteurs environnementaux favorisant le retour au travail;
- Informations générales concernant le travail actuel;
- Sens attribué au travail;
- Recommandations sur le retour au travail.

Les entrevues ont été enregistrées, avec l'accord des participants, afin d'assurer une transcription fidèle de leurs propos et d'éviter la perte d'informations. Elles ont été codifiées à la main par thèmes<sup>62</sup>, puis nous avons fait une analyse horizontale de chacun des thèmes afin de dégager les divers éléments qui ressortaient du discours des personnes interviewées. Dans les deux prochains chapitres, nous présenterons l'analyse des entrevues que nous avons réalisées.

---

<sup>61</sup> Voir la grille d'entrevue à l'annexe I.

<sup>62</sup> Les thèmes étaient prédéterminés et aucun nouveau thème n'a émergé du matériel.

## **CHAPITRE 5 : Présentation du groupe de participants, de leur accident et de ses conséquences.**

Ce chapitre vise à présenter les participants de cette étude. Nous décrirons d'abord certaines caractéristiques sociodémographiques des participants. Ensuite, nous présenterons des informations qui concernent leur TCC, les séquelles engendrées par le TCC et les autres blessures survenues lors de l'accident. Pour terminer, nous exposerons la situation professionnelle des personnes avant leur accident, puis la période de transition qui a suivi le TCC. Dans ce chapitre et le suivant, les données seront analysées à mesure qu'elles seront décrites, et illustrées à partir d'exemples<sup>63</sup> tirés des entrevues.

### **5.1 Renseignements sociodémographiques au moment de l'entrevue**

#### **5.1.1 Âge et sexe**

Au moment des entrevues, le plus jeune participant à notre étude a 20 ans et le plus âgé, 66 ans. Leur répartition est la suivante : deux participants sont dans la vingtaine, trois sont dans la trentaine, trois autres se situent dans la quarantaine et les deux derniers participants ont plus de 50 ans.

L'échantillon est constitué de 4 femmes et de 6 hommes. Rappelons que selon l'étude de Vassallo et al. (2007), les hommes ont 1.5 à 2 fois plus de risque d'avoir un TCC. Le ratio homme/femme de notre échantillon reflète cette statistique, car on y dénombre 6 hommes pour 4 femmes.

---

<sup>63</sup> Pour préserver la confidentialité de l'identité des participants, nous avons utilisé des prénoms fictifs et avons modifié certaines informations.

### **5.1.2 Statut matrimonial**

Presque tous les participants (9/10) vivaient en couple au moment de l'entrevue. Ils étaient mariés ou en union libre. Huit participants ont gardé le même statut civil qu'au moment de l'accident. Un des deux participants qui étaient célibataires au moment de l'accident était encore célibataire au moment de l'étude et l'autre est maintenant en union libre.

### **5.1.3 Présence d'enfants**

Trois participants ont un enfant alors que deux autres ont deux enfants. Les cinq autres participants n'ont pas d'enfants. Une seule personne parmi nos participants a eu ses enfants après son TCC, les autres participants ayant eu leurs enfants avant leur accident.

### **5.1.4 Lieu de naissance et situation géographique des participants**

La plupart des participants (9/10) sont d'origine canadienne et une personne est originaire du continent africain. Elle habite le Canada depuis plusieurs années et son accident est survenu après son immigration. Un autre participant, qui est citoyen canadien, habitait en Europe et y travaillait au moment où il a eu son TCC.

Au moment de l'entrevue, les participants habitaient le sud du Québec : six à Montréal, trois en Montérégie et un en Estrie (1/10). Ils habitaient tous en région urbaine.

### **5.1.5 Niveau de scolarité et autres formations**

Le niveau de scolarité des participants est diversifié. Trois d'entre eux ont terminé une formation de niveau secondaire, trois ont complété une formation de niveau collégial et les quatre autres ont obtenu une formation universitaire de premier cycle

dans des domaines variés. Parmi les participants qui ont une formation universitaire de premier cycle, un seul a complété une maîtrise. Pour des raisons non précisées, plusieurs ont entrepris des cours de deuxième cycle, sans toutefois compléter leur programme d'études. Quelques participants ont aussi suivi des formations de perfectionnement pour leur travail, avec succès.

La plupart des participants avaient obtenu leur diplôme avant de subir leur TCC. Deux personnes mentionnent avoir réalisé leurs études après leur TCC. Une a terminé une formation au niveau technique et l'autre a complété un baccalauréat et quelques cours de maîtrise. Un participant a mentionné avoir tenté d'entreprendre des études de niveau universitaire, qui n'ont pas réussi, et dont il attribue l'échec spécifiquement aux séquelles de son TCC (difficultés de mémoire importantes et difficulté à organiser sa pensée). Une des deux personnes qui a fait ses études après le TCC mentionne avoir eu plusieurs difficultés à étudier, qui seraient selon elle liées aux séquelles du TCC.

La faible proportion des participants (4/10) ayant entrepris des études suite à leur TCC peut être comprise comme une circonstance due au hasard de sélection des participants. Elle peut également être expliquée par le fait que la plupart des participants avaient déjà une formation leur permettant de travailler. Ils n'avaient donc pas besoin de reprendre des études pour exercer une activité professionnelle.

## **5.2 Information sur le TCC**

Cette section contient des informations sur le TCC, qui permettront de comprendre le contexte dans lequel il est survenu et sa sévérité. D'abord, nous exposerons la date à laquelle le TCC est survenu et le genre d'accident qui l'a causé. Nous présenterons ensuite la sévérité du TCC et, s'il y a lieu, la présence d'un coma et sa durée. Nous terminerons cette section en rapportant la réaction des proches face au TCC que nos participants ont subi.

### **5.2.1 Date du TCC**

La plupart de nos participants ont eu leur accident entre 1997 et 2006. Un seul a eu son TCC avant 1997, soit en 1992. Bien qu'un critère d'inclusion à cette étude stipulait que la personne devait avoir eu son TCC il y a moins de dix ans, ce participant a été retenu car il a terminé sa réadaptation il y a moins de 10 ans; il se souvenait donc bien des facteurs qui ont influencé son retour au travail.

#### **5.2.1.1 Âge au moment du TCC**

L'analyse de l'âge des participants composant notre échantillon révèle que ce dernier n'est pas représentatif de la population des personnes qui ont un TCC. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre I, les victimes de TCC sont surtout des jeunes hommes (Vassallo et al. 2007). Notre échantillon aurait dû être constitué d'un plus grand nombre d'hommes âgés de moins de 40 ans lorsqu'ils ont eu leur TCC. Or, parmi les personnes recrutées, seulement deux hommes avaient moins de 40 ans lorsqu'ils ont eu leur TCC. Un se situait dans la vingtaine et l'autre, dans la trentaine. Les autres hommes étaient répartis de la façon suivante : trois dans la quarantaine et un dans la cinquantaine. Quant aux femmes qui ont participé à notre étude, au moment où le TCC a eu lieu, deux d'entre elles avaient entre 10 et 20 ans et les deux autres se situaient entre 30 et 40 ans.

### **5.2.2 Genre d'accident qui a causé le TCC**

Les personnes que nous avons interviewées ont eu différents types d'accidents. Certaines ont eu un accident de voiture (4/10), d'autres ont eu un accident de vélo (3/10), une personne a eu un accident de moto, une autre a fait une chute dans les escaliers et la dernière a fait une chute alors qu'elle faisait de la planche à roulettes dans un parc.

L'importance des accidents qui causa le TCC varie beaucoup. Les accidents survenus avec des véhicules moteurs ont engendré des traumatismes crâniens plus sévères que ceux engendrés par d'autres types d'accidents. De plus, ils ont généralement entraîné plus de conséquences négatives sur la vie des personnes, comme la perte d'un être cher :

Mon ex-copain s'est endormi au volant et puis on a traversé le fossé, on est allés faire une collision frontale de l'autre côté. Moi je dormais dans le véhicule, c'est pour ça que je suis encore en vie. Je me suis cogné la tête dans la vitre quand l'impact a eu lieu. Lui, il est décédé sur le coup, il s'est fait casser le cou. (Participante 7)

### 5.2.2.1 Facteurs de risque du TCC classés selon le PPH

Dans le PPH, comme nous l'avons vu au chapitre III, on retrouve quatre grandes catégories de facteurs de risque. Les facteurs de risque qui ont causé le TCC chez neuf participants se situent sur le plan des risques liés à l'environnement physique<sup>64</sup>, plus spécifiquement à l'utilisation de divers moyens de locomotion<sup>65</sup>, par exemple l'usage d'une voiture, d'une moto, d'un vélo ou d'une planche à roulettes. L'autre facteur de risque qui a été décrit par certains de ces participants est le risque lié aux comportements individuels ou sociaux<sup>66</sup>, plus spécifiquement, aux comportements d'autres personnes qui ont été à la source de l'accident<sup>67</sup>. Un participant a mentionné avoir été victime d'un chauffard alors qu'il circulait en vélo et pour un autre participant, l'accident est arrivé par la faute du conducteur de la voiture, qui s'est endormi. Il n'a pas été possible de classer le facteur de risque lié à la chute dans les escaliers, car nous ne pouvons identifier la cause de cette chute.

<sup>64</sup> 2 *Risques liés à l'environnement physique* : «Les risques liés à l'ensemble des éléments naturels et artificiels qui entourent une personne» (Fougeyrollas et al., 1998. p.45).

<sup>65</sup> 2.6 *Risques lié à l'environnement physique / Risques liés à la technologie* : «Les risques liés à la transformation et à l'utilisation de la matière par l'homme, tels que les véhicules, les outils, les équipements, les vêtements, les produits chimiques, etc» (Fougeyrollas et al., 1998. p.46).

<sup>66</sup> 4 *Risques liés aux comportements individuels et sociaux* : «Les risques liés aux manières d'agir ou de réagir des individus, de leurs proches, de leurs familles ainsi que de la société en général » (Fougeyrollas et al., 1998. p.46).

<sup>67</sup> 4.6 *Risques liés aux comportements individuels et sociaux/ Risques liés aux comportements d'autrui* : «Les risques liés aux comportements des autres, tels que l'agressivité, l'exclusion, le non respect des règles, l'alcoolisme, etc» (Fougeyrollas et al., 1998. p.47).

### 5.2.3 Sévérité du TCC

Selon l'information que les participants nous ont fourni, quatre personnes ont eu un TCC modéré et les autres ont eu un TCC sévère.

#### 5.2.3.1 Un état général surprenant

Contrairement à ce à quoi nous nous attendions concernant l'état des participants, nous avons observé qu'ils avaient très bien récupéré si on considère le degré de sévérité de leur TCC. En effet, nous avons constaté lors des entrevues que seulement deux personnes expérimentaient des séquelles neuropsychologiques plus lourdes, telles que des pertes de mémoire et une difficulté à se concentrer, ou alors de la fatigue qui pouvait nuire à l'entretien. Nous pensions rencontrer des personnes ayant plusieurs limitations fonctionnelles tel que la littérature la laissait anticiper, mais cela n'a pas été le cas. Nous avons donc été surpris de l'état de ces personnes qui semblaient avoir de très légères séquelles malgré leurs critères diagnostiques et toutes les séquelles qui peuvent y être associées.

Cette étonnante récupération apparente peut en partie s'expliquer par les biais exposés au chapitre IV concernant la classification de la sévérité du TCC. Cela dit, il est également possible que les personnes qui parviennent à retourner sur le marché du travail sont celles qui ont mieux récupéré leurs capacités. Il est également réaliste de penser que leur récupération soit expliquée par d'autres facteurs<sup>68</sup>, que nous verrons plus en profondeur au prochain chapitre.

---

<sup>68</sup> Par exemple, nous avons observé que des facteurs tels que la résilience ou le soutien social semblent contribuer à aider les gens à récupérer après leur TCC.

### 5.2.4 Altération de l'état de conscience

Aucun des participants de notre étude ne se souvient d'avoir eu un accident. Ils ont parfois même oublié les heures et les jours précédant l'évènement. Les participants ont tous vécu une altération de leur état de conscience<sup>69</sup> à partir du moment de l'accident. Trois personnes ont eu une perte de conscience d'une durée variant entre 30 minutes et 24 heures. Les sept autres participants ont expérimenté un coma<sup>70</sup>, naturel ou provoqué médicalement<sup>71</sup>, de quelques jours à quelques semaines. Lorsqu'ils ont repris conscience, tous les participants ont expérimenté une amnésie post-traumatique, variant de quelques heures à plusieurs semaines (pour les personnes qui étaient dans le coma). Voyons comment un des participants décrit la période d'altération de l'état de conscience:

J'ai eu un accident d'automobile. Je ne me souviens pas comment ça s'est passé parce que j'ai perdu la mémoire de façon... [...] J'ai oublié [...] peut-être 2 jours avant l'accident, c'est vague. Le reste, ma mémoire, ma mémoire profonde est vraiment vraiment restée intacte. Puis, les jours qui ont suivi, je dirais peut-être 2-3 semaines, il y a des choses qui sont vagues dans ma mémoire, il y a des choses que les gens me racontent puis je ne me souviens pas du tout. (Participant 10)

### 5.2.5 Réaction des proches

Tous les participants ont noté que leurs proches ont vécu du stress et de l'inquiétude au moment de leur TCC, un constat également présent dans l'étude de Mc Cabe et al. (2007), et rapporté au chapitre I. Ces sentiments ont surtout été vécus pendant la période d'altération de la conscience :

<sup>69</sup> «Niveau de perception et de réaction d'une personne par rapport à son milieu.» (SAAQ, 2002, p.57).

<sup>70</sup> «Atteinte plus ou moins profonde de l'état de conscience pouvant être causée par divers types d'atteintes cérébrales. Le coma profond ne laisse subsister que les fonctions physiologiques essentielles comme la circulation du sang et la respiration. Sa gravité et sa durée peuvent varier selon la nature de l'atteinte.» (SAAQ, 2002, p.56).

<sup>71</sup> Le coma provoqué est un coma artificiel qui est initié afin de faciliter la récupération du cerveau suite au TCC. Ce type de coma est induit par un médicament qui endort la personne et réduit l'activité cérébrale, de même que l'apport d'oxygène et de sang au cerveau. Cela permet de stabiliser le patient et de réduire l'enflure du cerveau, qui produit des dommages cérébraux. Ce type de coma ne produit pas de séquelles en soi, il favorise la récupération initiale (informations recueillies en 2008 au cours d'une conversation avec la docteure Michelle McKerral, neuropsychologue au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau).

Ma sœur me contait que ma conjointe, mon fils, ils ont passé des nuits blanches chez ma sœur dans la période où ils n'étaient pas trop sûrs médicalement de qu'est-ce qui allait arriver avec moi. Ils passaient des nuits blanches à ne pas être capables de dormir, manquaient du travail... (Participant 3)

L'inquiétude pouvait être accentuée par un discours médical parfois très insécurisant :

[Les médecins] disaient à mes proches que « On ne sait pas comment il va sortir de tout ça. Il peut être affecté à vie. On ne sait pas qu'est-ce qui va se passer après le coma ». Et eux, à un moment donné, même, ils ont même voulu me débrancher parce qu'il y avait... Ça c'était dans la période où le cerveau ne désenflait pas, au niveau médical. (Participant 3)

Les proches ont également ressenti régulièrement un sentiment de tristesse pour la personne en raison de certaines blessures qui sont survenues lors de l'accident :

Mais mes proches, dans le fond je pense que c'est sûr que ça a un peu mis à terre tout le monde. J'étais défigurée, mais complètement. Il ne m'est pas arrivé rien ni aux ongles, ni nulle part sur le corps. J'ai tout eu sur le visage. Ça fait que c'est sûr que mes proches avaient mal pour moi parce qu'ils savaient que quand je m'apercevrais de qu'est-ce qui m'était arrivé, que je serais vraiment à terre. Ça a fait mal à mes proches. (Participant 10)

Également, une personne a mentionné que sa famille et ses proches étaient très aidant avec elle, mais elle refusait l'aide parce qu'elle voulait retrouver son autonomie.

#### 5.2.5.1 Soutien des proches

Après leur TCC, tous les participants disent avoir été aidés, voire choyés, par leurs proches, leurs parents, ou dans certains cas leurs collègues de travail, qui se sont ajustés aux séquelles du TCC : «Puis mon entourage aussi, j'ai tellement de gens de qualité autour de moi, ce qui fait que ça aide à passer à travers» (Participant 8).

Parmi les proches, on retrouve au premier plan chez tous les participants la présence des parents ou du conjoint et des enfants. Les participants rapportent que leur famille immédiate a fourni un support non négligeable en apportant de l'aide pour la

réalisation des tâches ménagères telles que faire le ménage ou préparer les repas. Certains participants ont révélé que le conjoint a fourni le support principal, il est devenu comme un pilier face au TCC, en favorisant non seulement la réintégration du travail, mais la récupération générale après le TCC : «Ben disons que je ne pourrais pas dire que je n'ai pas besoin d'aide parce qu'avec ma copine, on s'est vraiment habitué à fonctionner. Et elle m'aide, oui, en permanence» (Participant 6).

### **5.3 Séquelles engendrées par le TCC**

À l'image de ce qu'a révélé la littérature sur les séquelles possibles du TCC, les participants de notre étude qui ont rapporté le plus de séquelles de leur TCC étaient également ceux qui disaient avoir subi un TCC sévère. Les séquelles du TCC ont eu plusieurs conséquences à court terme. Dans cette partie, nous décrirons les séquelles du TCC et, s'il y a lieu, leurs retombées sur les habitudes de vie<sup>72</sup>, particulièrement le travail<sup>73</sup>, telles qu'elles nous ont été décrites par les participants<sup>74</sup>.

#### **5.3.1 Changements neuropsychologiques entraînés par le TCC**

Les séquelles rapportées par les participants et qui ont affecté leurs aptitudes, se situent sur le plan des fonctions intellectuelles, des fonctions expressives et du langage, et finalement, sur le plan comportemental.

---

<sup>72</sup> « Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturelle selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 135).

<sup>73</sup> Toutefois, tout ce qui a trait au retour au travail sera traité dans le chapitre VI.

<sup>74</sup> Nous n'avons pas suivi les participants dans leur différents milieux de vie, incluant le travail, afin d'évaluer leur fonctionnement. Il se peut donc qu'ils expérimentent de l'anosognosie, ce qui fait qu'ils peuvent éprouver des séquelles et des retombées de ces dernières sans en être conscients. Donc, le tableau que nous dresserons peut être inexact.

### 5.3.1.1 Séquelles en rapport avec les fonctions intellectuelles

Comme nous l'avons vu au chapitre I, des séquelles sur le plan des fonctions intellectuelles<sup>75</sup> peuvent être présentes chez les personnes qui ont eu un TCC (Lippert-Gruner et al., 2007). Les participants de notre recherche ont tous expérimenté des séquelles qui ont affecté leurs capacités intellectuelles, temporairement ou de façon permanente. Les difficultés se situaient sur le plan de la conscience (capacité de percevoir des stimuli, orientation spatiale, etc.) et sur le plan de la mémoire (organisation des idées, capacité à se rappeler des noms, des situations, etc.).

D'abord, chez nos participants, une des conséquences de l'altération de la conscience après le TCC est la façon avec laquelle les gens percevaient les stimuli provenant de l'environnement. Parfois, des personnes ont mentionné qu'elles ne percevaient rien de l'environnement extérieur, car elles étaient dans le coma. D'autres nous ont confié qu'elles semblaient être éveillées pendant la période d'amnésie post-traumatique, mais qu'elles expérimentaient en fait un état de confusion mentale les empêchant de réagir face à l'environnement. En ce qui concerne l'orientation spatiale, deux participants ont révélé avoir eu ce type de difficulté, qui demeurait présente pour une personne au moment de l'entrevue. Cette difficulté peut également être attribuée à une autre séquelle. Effectivement, il apparaît qu'une capacité de mémorisation réduite peut également affecter l'orientation en générant une incapacité à bien mémoriser son chemin.

Sur le plan de la mémoire, des séquelles du TCC étaient présentes au moment de l'entrevue. Un participant mentionne avoir conservé une difficulté à ne pas changer de sujet lors d'une conversation. Il attribue cela au fait qu'il a des idées lorsqu'il parle et qu'il les verbalise à tout moment lors d'une conversation afin de ne pas les oublier. Cette situation de «maladresse sociale», telle que nommée par Dyer et al. (2006), a

---

<sup>75</sup> Dans le *PPH*, ces séquelles sont regroupées dans la catégorie 1 *Aptitudes reliées aux activités intellectuelles* : «Les aptitudes reliées à la connaissance, à l'organisation ainsi qu'à l'utilisation des fonctions psychiques.» (Fougeyrollas et al., 1998, p. 73).

pour origine une baisse de la capacité de mémorisation, car la personne ne peut retenir les informations auxquelles elle pense en ayant une discussion. Un autre participant décrit ces difficultés de mémoire comme suit :

Je n'ai pas de problème de mémoire en tant que tel, mais [...] j'ai des problèmes d'attention puis de concentration, ça fait que je retiens moins bien les choses. Ça touche à ma mémoire, mais je n'ai pas de problème de mémoire. Si je révise souvent, ben je vais retenir. (Participant 5)

Au total cinq participants ont expérimenté des séquelles intellectuelles de façon plus importante, qui demeurent encore présentes aujourd'hui. Ces séquelles se situent surtout sur le plan de la mémoire.

Or, contrairement à ce que la revue de littérature nous permettait d'anticiper sur les conséquences des séquelles intellectuelles, des participants (5/10)<sup>76</sup> rapportent que ces séquelles ont interféré temporairement avec certaines de leurs habitudes de vie, comme le travail ou les activités de la vie quotidienne<sup>77</sup>, mais qu'à long terme l'impact a été minime, c'est-à-dire que les personnes ont retrouvé leurs capacités intellectuelles pratiquement comme elles étaient avant leur TCC. Pour deux de ces personnes qui ont un TCC modéré, ces séquelles n'ont plus aucune conséquence aujourd'hui. Les séquelles étaient présentes au départ, mais elles se sont atténuées, puis elles ont disparu avec les années. Bien que l'effet des séquelles intellectuelles se soit graduellement estompé pour les trois autres personnes, elles peuvent être ressenties de façon légère dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'elles sont fatiguées.

Encore une fois, l'hypothèse d'un biais d'échantillonnage peut expliquer cette situation (les personnes qui ont davantage de séquelles intellectuelles n'ont pas été aussi nombreuses à réintégrer le travail et en conséquence, elles n'ont pas été invitées

<sup>76</sup> Parmi eux, trois personnes avaient un TCC modéré et deux personnes avaient un TCC sévère.

<sup>77</sup> Activités en rapport avec l'hygiène corporelle, les tâches ménagères, le travail et les loisirs ou les différentes activités qui meublent le quotidien d'une personne. Dans le PPH, elles sont décrites dans la nomenclature des habitudes de vie.

à participer à cette étude), tout comme celle concernant les problèmes avec l'évaluation du niveau de sévérité du TCC. Effectivement, en analysant le récit de deux personnes qui ont été présentées comme ayant eu un TCC modéré et en comparant leur histoire avec les critères diagnostiques décrits au tableau 1, nous pensons qu'elles seraient possiblement catégorisées aujourd'hui comme ayant un TCC léger.

### 5.3.1.2 Séquelles au plan des fonctions expressives ou du langage

Les personnes rencontrées avaient peu de séquelles en rapport avec les fonctions expressives ou du langage<sup>78</sup>. Toutefois, quelques séquelles ont été expérimentées. Une personne a relevé avoir de la difficulté à comprendre les sous-entendus et elle avait aussi des difficultés mineures de locution, tel un léger bégaiement. Un autre participant mentionne avoir expérimenté une certaine forme de manque du mot après son TCC, c'est-à-dire qu'il voulait dire un mot et que c'est un autre mot qui sortait de sa bouche. Cette séquelle n'est plus présente aujourd'hui. Un participant a expérimenté des problèmes de dyslexie<sup>79</sup>, qui sont encore présents aujourd'hui lorsqu'il se sent fatigué. D'autres participants ont mentionné expérimenter encore aujourd'hui des changements au niveau du timbre de leur voix. Un seul participant mentionne parler plus fort sans s'en rendre compte, mais une participante dit ressentir moins d'intensité dans le timbre sonore de sa voix.

Aucun des participants n'a laissé entendre que les séquelles des fonctions expressives ou du langage entraînent en conflit avec la réalisation du travail ou des autres habitudes de vie.

---

<sup>78</sup> Dans le PPH, ces séquelles sont regroupées dans la catégorie 2- *Aptitudes reliées au langage* : «Les aptitudes à communiquer par le corps, la parole ou l'écriture» (p. 76).

<sup>79</sup> « Difficulté d'apprentissage de la lecture. » (Devillers, 2003, p.502).

### 5.3.1.3 Séquelles au plan comportemental

Plusieurs changements au plan comportemental<sup>80</sup> sont survenus chez nos participants. Certains ont été perçus par leurs proches comme faisant un retour en enfance :

C'était ben ben dur. Mais tu sais c'est comme que je dis, j'ai vécu une deuxième adolescence aussi, parce qu'avec le traumatisme crânien [...], tu reviens comme un enfant au début, quand tu sors du coma. Ma mère a dit que j'avais peut-être 2-3 ans, tu sais, comment je réagissais [...]. Je n'avais pas beaucoup de contrôle au niveau émotif, un rien je pleurais, un rien je me fâchais. (Participante 5)

En accord avec les renseignements que nous avons relevés dans les études de Dyer et al. (2006), Ylvisaker et al. (2007) et Yasuda et al. (2001), les personnes qui ont participé à notre recherche ont également mentionné ressentir des changements sur le plan de la conduite. Plusieurs ont évoqué l'apparition de changements de personnalité tels que la manifestation d'impulsivité, la présence d'une humeur changeante ou l'accentuation de certaines émotions (un participant a révélé pleurer facilement). Certains parlent d'une difficulté à gérer leurs émotions (sensibilité extrême, fragilité émotive), d'une difficulté de gestion du stress, d'une difficulté de gestion des changements ou des imprévus ou d'une difficulté sur le plan de la volition (manque d'initiatives). Sept personnes ont aussi expérimenté une augmentation de la fréquence des moments d'impatience, souvent avec les proches. D'autres ont fait mention de l'apparition d'un sentiment de vulnérabilité, d'insécurité ou de crainte face au présent ou à l'avenir.

### 5.3.1.4 Retombées des séquelles sur le plan familial

Une retombée mentionnée par l'étude de Wells et al. (2005) et rapportée au chapitre I a également été expérimentée par une participante. Cette dernière dit avoir, au moment de l'entrevue, des problèmes relationnels avec ses frères et sœurs qui sont

---

<sup>80</sup> Dans le PPH, ces séquelles sont regroupées dans la catégorie 3 *Aptitudes reliées aux comportements* : «Les aptitudes reliées à la volition, à l'affectivité et à la manière d'agir» (p. 83).

engendrés par les nombreuses incompréhensions suscitées par les retombées des séquelles comportementales (par exemple, ils ne comprennent pas toujours les réactions d'impatience que cette personne peut avoir face à certaines situations). Elle pense qu'ils ne parviennent pas à bien comprendre les changements qui sont survenus dans sa personnalité.

Le fait que les participants soient presque tous en couple soulève quelques interrogations puisque dans l'étude de Lefebvre et al. (2004), la moitié des participants ont expérimenté une instabilité au niveau des relations de couple. Dans notre étude, personne n'a mentionné ressentir d'instabilité à ce niveau. De plus, sept participants étaient en couple au moment de l'accident avec le même partenaire amoureux qu'aujourd'hui. Blais et Boisvert (2007) expliquent également que les séquelles du TCC induisent un stress sur la relation de couple, qui perdure pendant plusieurs années. Or, aucun de nos participants n'a fait mention d'un quelconque stress qui nuisait ou avait nui à sa relation de couple. Nous sommes tentés de comprendre cette situation de deux manières, outre les biais exposés au chapitre IV à propos de l'évaluation de la sévérité du TCC, les biais de sélection ou le fait que les participants ont préparé leurs réponses à la maison, parfois en compagnie du conjoint : premièrement, les participants ressentent peu de séquelles du TCC et ces dernières n'ont pas eu d'effet sur les relations de couple ou qu'elles ont eu un impact minime; deuxièmement, les participants avaient peut-être une relation de couple particulièrement solide.

#### 5.3.1.5 Autres interprétations des changements observés

Il est difficile pour certains participants de savoir si leurs difficultés intellectuelles sont une séquelle du TCC ou si elles sont causées par un autre facteur : «Ce qui m'arrive c'est que parfois, j'oublie des commandes. Mais je ne sais pas si c'est dû à l'accident ou c'est parce que [...] j'ai changé ma philosophie de vie [...]» (Participant 2). Ce participant accorde une moins grande importance à son travail depuis qu'il a eu le TCC et il pense que cela peut faire en sorte qu'il oublie certaines tâches.

Il s'avère également que certaines des personnes chez qui on a diagnostiqué un TCC modéré à sévère soient tentées d'interpréter certains de leurs comportements comme des séquelles alors que si elles n'avaient pas eu de TCC, elles auraient interprété ces informations différemment :

Avant mon accident, quand il m'arrivait d'oublier quelque chose, je n'étais pas inquiet. Après mon accident, quand il t'arrive d'oublier quelque chose, c'est inévitable que tu te poses la question si ce n'est pas un effet tardif de ton traumatisme crânien. (Participant 1)

Ce participant s'est également questionné au sujet de ses comportements, qui étaient perçus comme des séquelles par les intervenants. Il se demande si ces derniers n'étaient pas dus davantage à la situation dans laquelle il se retrouvait, c'est-à-dire, celle d'une personne qui, subitement, ne peut plus travailler et qui se retrouve à l'hôpital : «Mais est-ce que c'est dû au traumatisme crânien ou c'est dû à la situation du gars qui a été secoué par un accident?» (Participant 1).

### 5.3.2 Troubles ou changements physiques entraînés par le TCC

Les participants ont révélé plusieurs troubles ou changements physiques<sup>81</sup> qui sont survenus suite au TCC. Comme nous l'avons relevé au chapitre I, l'étude de Dumont (2003) et celle de la SAAQ (2002) parlent des maux de tête comme une séquelle du TCC. Certains participants de notre recherche ont expérimenté cette séquelle, qui peut être encore présente aujourd'hui. Nous avons vu au chapitre I qu'une autre séquelle importante du TCC modéré à sévère est une fatigabilité accrue<sup>82</sup>. Tous les participants de notre étude ont expérimenté des problèmes de fatigue :

---

<sup>81</sup> Dans le PPH, ces séquelles sont regroupées dans la catégorie 5 *Aptitudes reliées aux activités motrices* : «Les aptitudes reliées aux mouvements et au maintien de positions corporelles» (p. 90). On retrouve également certaines séquelles dans la catégorie 4 *Aptitudes reliées aux sens et à la perception* : «Les aptitudes reliées à la réception et à l'interprétation d'information sur les éléments provenant de l'environnement ou de son corps.» (p.85).

<sup>82</sup> «10.2- Résistance : L'aptitude de l'organisme à supporter un effort physique ou mental, un choc ou une pression» (p.104).

J'étais fatiguée. J'ai été fatiguée pendant longtemps. Je n'arrivais pas à... Je me souviens dans les premiers temps... Aujourd'hui j'en ris, mais les premiers temps, je n'étais pas capable de passer l'aspirateur puis je pleurais parce que je n'étais pas capable de passer l'aspirateur, j'étais épuisée. Je prenais mon bain puis quand je sortais du bain après [m'être] essuyée, c'était beaucoup d'ouvrage puis il fallait que j'aie me coucher, j'étais brûlée. J'ai été longtemps excessivement brûlée. (Participant 10)

Un autre participant a révélé qu'il était infatigable avant d'avoir son TCC et qu'après son accident, il se fatiguait facilement. Certains ressentent encore des problèmes aujourd'hui, mais ils sont tous parvenus à gérer cette fatigue de façon à ce qu'elle n'ait que peu d'interactions négatives avec le travail.

D'autres séquelles au plan physique ont également été répertoriées. Un participant mentionne avoir perdu l'odorat suite au TCC. De plus, comme nous l'avons vu au chapitre I, certaines personnes ont des problèmes d'équilibre<sup>83</sup> après leur TCC (Dumont, 2003). Un participant de notre recherche a expérimenté des pertes d'équilibre, qui ont eu des conséquences fâcheuses : «C'est qu'un moment donné, je me suis fracturé une hanche un an et quelques mois après mon accident, parce que j'ai eu une grosse perte d'équilibre et j'ai pris une plonge et je me suis fracturé la hanche.» (Participant 8). Par ailleurs, tel que vu au chapitre I, certaines personnes expérimentent des parésies<sup>84</sup> à la suite de leur TCC (CRLC, n.d.). Parmi notre échantillon, certains participants (4/10) ont expérimenté des parésies, qu'elles ont qualifié de mineures<sup>85</sup> et n'ayant aucun impact sur la réalisation des activités de la vie de tous les jours. Finalement, des problèmes légers de motricité ont également été rapportés par les participants. Les séquelles physiques (pertes d'équilibre, parésie, etc.) peuvent encore être présentes aujourd'hui pour certaines personnes dans des situations particulières, surtout lorsqu'elles deviennent fatiguées.

---

<sup>83</sup> «5.1- Aptitudes reliées aux activités motrices : Les aptitudes reliées aux mouvements et au maintien de positions corporelles.» (p.90).

<sup>84</sup> Paralysie partielle de certaines parties du corps.

<sup>85</sup> Il nous a d'ailleurs été impossible de les déceler lors des entretiens.

### **5.3.3 Aide pour réaliser les activités de la vie de tous les jours**

Les participants n'ont en général pas eu besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie de tous les jours, sauf dans les semaines ou les premiers mois suivant l'accident. Néanmoins, pour un participant, l'organisation quotidienne à la maison demeure compliquée aujourd'hui en raison de ses problèmes de mémoire. Selon ce dernier, c'est sa conjointe qui lui permet de demeurer fonctionnel à la maison. Essentiellement, elle l'aiderait à se structurer et elle lui rappellerait les tâches qu'il doit réaliser. Les autres participants nous ont dit être complètement autonomes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique.

### **5.3.4 Effets positifs du TCC**

Comme nous l'avons vu au chapitre I, certaines personnes jugent que leur TCC a eu des effets positifs. Certains des participants de notre étude ont eux aussi identifié des effets positifs à leur traumatisme crânien. Toutefois, pour la plupart d'entre eux, il apparaît difficile de savoir si les effets positifs sont dus à l'accident, au TCC ou à la période de réadaptation. Il semblerait que les changements positifs peuvent être attribués aux trois expériences.

Certains apprécient la personne qu'ils sont devenus. Ils affirment être maintenant plus en paix avec eux-mêmes et ils ressentent un sentiment de calme intérieur. Ils peuvent vivre un changement de vision face à la vie et avoir l'impression que dans leur vie pré-TCC, ils passaient à côté de beaucoup de choses. L'accident a été l'occasion pour eux de découvrir plus clairement leurs désirs. Par exemple, un des participants a choisi de faire un retour aux études pour réaliser un travail qui le stimulerait davantage. D'autres refusent de faire des activités par obligation et choisissent maintenant de respecter davantage leurs goûts. Ces personnes ont réalisé que la vie était courte et qu'il fallait en profiter car, disent-ils, ils pouvaient facilement tout perdre.

D'autres participants affirment également ressentir depuis le TCC une augmentation de leur sensibilité. Un participant a évoqué que son jeu de guitare se trouvait amélioré par sa sensibilité accrue et par le fait qu'il estime qu'il est plus présent face à ce qu'il accomplit depuis son TCC. En lien avec cette sensibilité, il pense également qu'il a développé sa conscience environnementale : plutôt que de jeter, il fait beaucoup de récupération. Des participants ont aussi mentionné que le TCC a été l'occasion imposée par les séquelles de ralentir leur rythme de travail et ils expérimentent cet aspect de manière positive. Une autre participante, qui se décrit comme étant intolérante avant son TCC, se considère maintenant plus compréhensive. En effet, après avoir eu son TCC, elle a pris conscience que les retombées des séquelles la rendaient identique à ceux envers lesquelles elle était impatiente et intolérante, ce qui l'a amené à changer de comportement :

[...] moi je suis une fille qui voulait toujours que ça aille vite, puis ceux qui allaient lentement, j'étais tout le temps là « Envoie tasse-toi », puis j'avais de la misère à comprendre qu'il y avait des personnes qui n'étaient pas à ma vitesse, qui n'étaient pas à mon niveau, qui n'en savaient pas autant que moi, j'avais un peu de misère à comprendre ça. Puis moi, je suis vraiment revenu à la case départ, mais vraiment dans plein de domaines de ma vie. Aujourd'hui, ça m'arrive encore de reprendre un peu le même *beat* qu'avant, [...] de vouloir que tout aille vite, puis quand les gens ne vont pas assez vite, ben ça m'impatiente. Un moment donné je me dis : « Wo Sylvie, wo Sylvie. Toi aussi tu as déjà été dans un stade où tu n'allais pas aussi vite que les autres, que ta façon de marcher ça [...] impatientait les gens », parce que je marchais très lentement au début puis ça [...] impatientait les gens. Ça fait que je me dis : « Calme-toi Sylvie. Toi tu es dans un stade différent, puis eux autres ils sont lents puis eux autres ils ne comprennent pas, puis eux autres ils n'ont pas tous... On n'a pas tous le même quotient intellectuel. Puis on est tous différents. Puis on a tous chacun nos limites ». Puis ça je me trouve... Honnêtement, physiquement, je suis beaucoup plus laide qu'avant, mais psychologiquement, le TCC m'a rendue beaucoup plus belle. (Participante 10)

Les moments passés en réadaptation ont quant à eux fait prendre conscience à une participante de la chance qu'elle avait eu de ressentir si peu de séquelles après son TCC. Une autre a mentionné comme conséquence positive que le processus de réadaptation lui avait fait rencontrer un thérapeute, qu'elle consulte encore aujourd'hui pour régler des difficultés qui n'ont plus de rapport avec la réadaptation.

### **5.3.5 Pronostic sur la capacité à travailler**

Sur les dix participants de cette étude, huit travaillent à temps plein et les deux autres participants sont retournés travailler à temps partiel, soit de 15 à 25 heures de travail par semaine. Sept de ceux qui travaillent plein temps nous ont dit qu'il avait toujours été clair pour eux et pour les intervenants qui les ont suivis pendant le processus de réadaptation, qu'ils retourneraient travailler à plein temps après leur réadaptation. Les dix participants ont mentionné que leur statut a toujours été discuté entre eux et les intervenants de réadaptation à mesure que leur état se stabilisait.

Pour un participant, nous n'avons pas été en mesure de découvrir l'information exacte concernant son pronostic. Cette personne avait beaucoup de séquelles du TCC et ne semblait pas bien se rappeler du pronostic initial. Selon ce qu'il nous révèle, il aurait été mis en face d'un statut d'inaptitude au travail mais avec le temps, il serait parvenu à réaliser quand même un travail à temps plein, un statut qu'il maintient depuis huit ans.

## **5.4 Autres blessures**

La plupart des participants (7/10) évoquent la présence d'autres blessures que le TCC causées par l'accident. Ces blessures peuvent avoir eu une influence sur la récupération de leurs capacités après le TCC. Cette partie porte sur les autres blessures que l'accident a provoquées chez nos participants. Nous discuterons aussi de leurs conséquences.

### **5.4.1 Quelles sont-elles?**

On nous a rapporté des fractures de différents os du corps, des blessures au visage nécessitant des chirurgies esthétiques, une baisse de la vision sur un côté du visage, une perte de l'ouïe d'un côté de la tête, une blessure au nerf sciatique et une paralysie

du nerf crânien. Voici comment un des participants décrit la blessure qu'il a eu au visage :

J'ai eu une fracture du crâne en plus du traumatisme crânien. Semble-t-il, la première fois qu'ils m'ont opérée, je pense qu'ils m'ont opérée 21 heures [...]. Parce que le médecin, il a fallu qu'il fasse un puzzle avec mes os parce que j'avais des os qui étaient complètement écrasés dans le visage, dont ma joue. Puis j'avais mon frontal qui était tout... mes yeux étaient complètement renfoncés. J'avais perdu mon nez, je n'avais plus d'os dans le nez. J'étais vraiment vraiment maganée (Participant 10).

#### 5.4.2 Conséquences

Les blessures survenues lors de l'accident ont eu plusieurs conséquences sur la vie des personnes. Un participant dit avoir encore aujourd'hui, plus de dix ans après la réadaptation, de la difficulté à marcher pendant de longues périodes. Pour d'autres, la conséquence de l'accident a été de générer des blessures qui ont causé des douleurs à différentes parties du corps, et qui sont parfois encore présentes aujourd'hui. Les participants qui ont eu des blessures au visage peuvent également avoir vécu une perte d'estime de soi en raison du caractère très visible de ces blessures et d'un sentiment de différence par rapport à la normalité, que la déformation physique du visage engendrait. Voici les conséquences d'une blessure au visage décrites par une participante :

L'accident a eu des grosses conséquences sur mes habitudes de vie. Les opérations ont eu des conséquences sur mon psychologique parce que là, j'avais tellement d'attentes de ces opérations-là. J'aurais tellement voulu... Tu sais, comme on regarde à la télé, les gens qui se font métamorphoser [...] puis ils sont super beaux après. Ça fait qu'on s'attend tous à... on s'attend à ça. [...] Les chirurgies, j'avais beaucoup d'attentes, ça fait que psychologiquement, j'ai été très atteinte parce que j'étais déçue. Ce n'était pas à la hauteur de mes attentes, les chirurgies (Participant 10).

L'impact principal des autres blessures est qu'elles ont généralement eu des interactions avec les séquelles du TCC et qu'elles ont allongé la période de réadaptation. Si on reprend la logique du PPH, ce phénomène peut être compris de la

manière suivante. L'interaction entre une séquelle du TCC (sentiment d'insécurité) et une blessure physique causant une inaptitude à la marche, accroît le sentiment d'insécurité qui, à son tour, retarde encore la réadaptation et prolonge la situation de handicap.

Cela dit, bien que nos participants ont eu d'autres blessures que le TCC lors de leur accident, ces dernières n'ont pas eu d'impact significatif à long terme sur les habitudes de vie, incluant le travail. Lorsqu'elles ont eu un impact, il n'a été que temporaire.

## **5.5 Situation professionnelle avant l'accident**

Afin de voir si le TCC a entraîné des changements au plan professionnel, et de les illustrer le cas échéant, nous verrons au cours de cette partie quelle était la situation professionnelle et le niveau de vie des participants avant qu'ils aient leur TCC.

### **5.5.1 Genre d'emploi exercé et niveau de vie associé**

Au moment de leur accident, la plupart des participants étaient sur le marché du travail (9/10). Le dixième participant complétait son secondaire tout en travaillant les fins de semaine. Ainsi, tous nos participants étaient en situation d'activité avant leur accident et ils y sont demeurés après la réadaptation qui a suivi leur accident.

Avant leur TCC, la majorité des participants travaillaient entre 35 et 60 heures par semaine, soit 5 ou 6 journées de 7 à 12 heures. Une personne, à son compte, travaillait entre 12 et 15 heures par jour, 7 jours par semaine, pour un total variant entre 84 et 105 heures par semaine. Un autre participant avait un travail de pigiste, qui exigeait de lui qu'il travaille parfois plusieurs journées consécutives. Il se retrouvait aussi parfois plusieurs journées successives sans travailler.

Les revenus associés au travail permettaient à nos participants de répondre à tous leurs besoins de base comme se nourrir, se vêtir et se loger. Il leur permettait aussi d'économiser de l'argent, d'avoir des loisirs ou d'avoir une voiture. Aucun des participants ne se trouvait dans une situation économique précaire. Au cours de la prochaine partie, nous verrons comment ces personnes ont expérimenté la période de transition qui a suivi le TCC.

## **5.6 Période de transition post-TCC**

Afin de bien comprendre la période pendant laquelle les participants ont été en arrêt de travail et pour mieux illustrer le parcours de transition qui a suivi leur TCC, nous examinerons dans cette partie la période pendant laquelle les participants n'étaient pas en mesure de travailler. Nous verrons l'effet des séquelles du TCC sur la possibilité à travailler des participants. Nous analyserons également quel a été le vécu émotif des personnes et de leurs proches lors de cette période. Nous discuterons également de l'évaluation que les personnes font de la réadaptation qu'elles ont vécue. Et pour terminer, nous verrons si les participants recevaient une indemnité de remplacement de revenu.

### **5.6.1 Durée de l'effet des séquelles sur la capacité à travailler**

Nous avons vu plus tôt que différentes séquelles du TCC ont temporairement empêché les participants de travailler. En effet, les séquelles ont empêché de travailler neuf des participants, pendant une période allant d'un à onze mois. L'autre participant a mis huit ans à retourner travailler. Rappelons que les séquelles les plus importantes qui ont nui à la réalisation du travail se situaient au plan des fonctions intellectuelles (conscience et mémoire) et sur le plan du comportement. La fatigue a également été une séquelle importante ressentie par tous les participants.

### 5.6.2 Vécu émotif pendant la période d'arrêt

Certains participants n'ont pas ressenti d'inquiétudes lors de la période d'arrêt du travail. Quelques uns ont même révélé avoir vécu cette période de façon sereine et positive, comme un moment heureux de récupération; ces personnes étaient heureuses d'être dans une période de repos. Un participant se dit avoir été inquiet pendant ce moment, mais il nous confie aussi avoir bien vécu cette période:

J'ai bien vécu émotivement. [...] J'ai bien vécu parce que j'étais quand même... j'étais chez nous, puis ma femme travaille, donc [...] le jour, j'étais seul. Puis j'ai quand même des activités, un peu d'activités intellectuelles, donc je veux dire je travaillais<sup>86</sup>, j'écrivais, je lisais. [...] Ça aurait pu être quasiment une période lumineuse si je n'avais eu d'inquiétude que je venais d'avoir un accident puis qu'en quelque part, j'allais peut-être avoir des séquelles [...].  
(Participant 1)

Cet extrait évoque aussi le fait que, tel que mentionné dans l'étude de Dyer et al. (2007) et celle de Ylvisaker et al. (2007) et rapporté au chapitre I, des personnes peuvent être inquiètes pendant cette période. Trois participants de notre étude étaient craintifs par rapport au futur, à savoir s'ils allaient bien récupérer de leur TCC, pouvoir recommencer à travailler et avoir les mêmes capacités qu'avant.

Une participante a vécu cette période de façon plus difficile, car elle expérimentait beaucoup de difficultés à gérer ses émotions et son niveau de stress. Elle se dépréciait également beaucoup et elle sentait qu'elle n'était plus bonne à rien. Un autre avoue avoir vécu durement cette période, car en étant inactif sur le plan du travail, il se sentait isolé, à l'écart du monde. Cela le conduisait lui aussi à se dévaloriser. Ces informations vont dans le même sens que l'étude de Lefebvre et al. (2004), qui révélait que le fait de ne pas travailler conduisait à un sentiment d'isolement. Une autre personne mentionne s'être ennuyée pendant cette période, qu'elle a vécu seule à la maison, et elle ressentait avoir parfois des idées suicidaires.

---

<sup>86</sup> Lors de la période d'arrêt, ce participant travaillait un peu à la maison.

Une autre participante a vécu péniblement cette période en raison des deux échecs de retour au travail qu'elle a expérimentés. Dans son cas, comme le TCC était modéré et que les séquelles semblaient quasi inexistantes et ne se voyaient pas, elle n'a pas fait de réadaptation tout de suite après le TCC. Elle est retournée au travail rapidement et s'est aperçue qu'elle expérimentait une fatigue mentale importante lorsqu'elle se concentrait. À ce moment, elle a arrêté le travail et débuté une période de réadaptation.

Une dernière personne a vécu difficilement la période d'arrêt parce qu'elle sentait qu'elle était anormale, différente des autres et elle trouvait cela désagréable. De plus, elle se souvenait avoir trouvé très malchanceux les gens qui avaient des accidents et voilà que c'était elle qui se trouvait dans cette situation. Voici la description qu'elle dresse :

Tu sais dans le fond, j'aurais aimé ça prendre ça un peu comme des vacances puis de dire : «On y va une journée à la fois». Mais j'ai trouvé ça très difficile parce que je ne me sentais pas normale, puis je voulais tellement me sentir normale, comme tout le monde. Puis j'allais [au centre de réadaptation] puis je me rappelle j'ai déjà travaillé [dans une entreprise située près d'un centre de réadaptation] puis à l'époque, ça arrivait que des heures de dîner on allait chercher des repas [au centre de réadaptation], puis je trouvais tellement que les gens... je trouvais ça tellement dommage pour eux. Puis ça me faisait mal au cœur de voir ces gens-là puis je ne pouvais pas croire que c'est moi qui allais [au centre de réadaptation]. Ça a été très difficile à accepter. J'ai l'orgueil gros comme le monde. Ça a été très très difficile à accepter. (Participante 10)

Donc, comme nous l'avons constaté au cours de cette partie, les séquelles du TCC pouvaient affecter le vécu émotif de la personne au moment où elle ne travaillait pas. Par ailleurs, ce ne sont pas nécessairement les personnes ayant le moins de séquelles du TCC et des autres blessures qui ont expérimenté cette période de la façon la plus sereine. En effet, une personne trouvait cette période difficile justement car elle n'avait aucune blessure physique et peu de séquelles du TCC, mais qu'elle expérimentait quand même de la difficulté à retourner travailler.

### 5.6.3 Réaction des proches face à l'arrêt de travail

Les proches ont généralement eu une réaction positive face au TCC des participants. Afin de mieux comprendre l'impact de la réaction des proches, de constater l'influence indirecte que cette dernière peut avoir eu sur la récupération des capacités des participants de notre étude après leur TCC, nous décrirons dans cette partie la perception que les participants ont eu de la réaction de leurs proches.

Certaines personnes, en particulier celles qui ont le moins de séquelles, travaillaient beaucoup avant leur TCC et le fait qu'elles soient en arrêt de travail a permis à leurs proches de les voir et de passer du temps avec eux : «Je pense qu'ils étaient contents de me voir un peu plus à la maison, puis disponible». (Participant 1)

Les participants n'ont pas ressenti de pression imposée par leurs proches pour qu'ils retournent travailler. En général, ces derniers vivaient bien avec l'idée que la personne soit en arrêt de travail pour récupérer de son TCC. Ils étaient aidant dans leurs attitudes et offraient leur support à la personne qui avait le TCC. Voici comment un participant décrit l'aide qu'il a reçue de sa mère : «Moi ma maman [...] est une super maman. C'est-à-dire qu'elle s'est toujours arrangée pour m'aider, aussi bien financièrement que [...] moralement [...]». (Participant 6)

Au chapitre I, nous avons vu que dans l'étude de McCabe et al. (2007), les proches de personnes qui ont eu un TCC peuvent parfois trouver leur période d'arrêt du travail difficile. Des participants à notre étude ont mentionné que leurs proches ont trouvé cette période difficile en raison de leurs séquelles, notamment les changements du comportement tels que l'apparition de labilité ou les impatiences. Selon eux, certains proches pouvaient expérimenter une forme de rejet suscité par leurs séquelles, mais aussi d'envie par rapport à leur situation. Par exemple, voici comment une participante exprime le sentiment de jalousie qu'elle a ressenti de la part de son frère :

Mon frère, il était extrêmement jaloux. Ça l'écoeurait. Il était comme « My God que j'aurais dû avoir eu ton accident à ta place. J'aurais tellement aimé ça, moi. Tu es chez vous, tu es là, puis tu es payée à ne rien faire ». Justement, je suis payée à ne rien faire, mais il faut que je récupère en dedans de moi. Tu sais il faut que je m'en remette de ce traumatisme là. Ce n'est pas facile. (Participante 7)

#### 5.6.4 Évaluation des services de réadaptation reçus

Dans la présente étude, les participants évaluent les services de réadaptation qu'ils ont reçus de manière très diversifiée. Soit qu'ils voient les professionnels de la réadaptation comme des experts qui savent exactement ce qu'ils doivent faire et comment cela doit être fait :

Moi je disais que j'étais dans le 5 étoiles quand j'étais [au centre de réadaptation]. Quel lieu formidable et quelle philosophie de soins aussi qu'ils ont, c'est vraiment... Je pense qu'on pourrait être un modèle pour d'autres pays ailleurs, mais c'est vraiment exceptionnel. (Participant 8)

ou soit qu'ils expérimentent des sentiments tout autres à l'égard des services de réadaptation :

Honnêtement, je trouve [qu'au centre de réadaptation] ... Comment je peux dire ça? Je trouve qu'on dirait qu'ils ont des protocoles, puis qu'ils ne font pas de cas par cas. Dans leur protocole, ils ont un plan puis il faut traiter telle personne... il faut traiter tel cas de telle, telle ou telle façon. Ils ne sont pas capables des fois de prendre leur jugement professionnel puis de voir que cette personne-là est peut-être différente. Puis je trouve que des fois, on est des numéros un peu là-dedans. Puis que des fois ils nous traitent... ils nous font faire des affaires sans vraiment nous expliquer. (Participante 10)

Au total, sept personnes considèrent qu'elles ont reçu de bons services de réadaptation. Une personne n'a pas fait de réadaptation. Elle nous a dit être allé dans un centre de réadaptation une ou deux fois après son hospitalisation, et mentionne avoir reçu la visite d'une intervenante<sup>87</sup> à une reprise à son travail, dans son entreprise. C'est à partir des informations qui lui ont été transmises lors de cette visite

---

<sup>87</sup> La personne n'avait plus de souvenir du type d'intervenant qui lui a rendu visite.

que le participant a recommencé à travailler par lui-même. Les deux dernières personnes de l'échantillon ont été très déçues des services qu'elles ont reçus.

Les deux personnes qui n'ont pas été satisfaites ont ressenti beaucoup d'amertume envers les instances médicales de réadaptation dans un des centres. Selon elles, les spécialistes attribuaient régulièrement aux séquelles du TCC des caractéristiques de leur personnalité existant avant le TCC. Voyons l'exemple d'un participant :

Alors là tout d'un coup quand j'entendais... je l'entendais dans sa tête puis je l'entendais progressivement exprimer ce diagnostic-là, là j'ai paniqué. [...] Je me disais : « Ces professionnels-là, comme ce sont des professionnels, ben ils ont le pouvoir de me déclarer fou ». Là, j'ai un peu paniqué et là, j'ai réagi. J'ai réagi un peu fortement en disant : « Écoutez, écoutez madame j'ai toujours été... Cette recherche du mot que vous me diagnostiquez, j'ai toujours été... j'ai le sentiment d'avoir toujours été comme ça ». J'ai dit : « Interrogez ma femme, interrogez ma famille, interrogez le monde autour de moi ». Et là, je me suis mis à m'impatiser, puis là mon impatience devenait une deuxième séquelle [...]. (Participant 1)

Cette personne ne se sentait pas écoutée lorsqu'elle affirmait aux intervenants que ces traits étaient présents avant le TCC. Lorsqu'elle a tenté d'argumenter et de s'opposer aux intervenants, ces derniers ont identifié faussement d'autres séquelles du TCC, par exemple l'anosognosie, l'impatience ou la persévérance.

Comment expliquer une telle disparité entre les opinions de nos participants? Les deux personnes qui ont été le plus insatisfaites sont celles qui ont effectué leur réadaptation à la fin des années 1990, alors que celles qui sont satisfaites ont fait leur réadaptation dans les années 2000. Nous émettons l'hypothèse que les façons d'intervenir peuvent avoir évolué avec les années et ont été plus satisfaisantes pour les personnes qui ont eu leur accident récemment. Cette proposition demeure toutefois hautement hypothétique et mériterait d'être étudiée davantage auprès d'un plus grand nombre de personnes et des intervenants de ces centres de réadaptation.

### **5.6.5 Présence d'une indemnité de remplacement de revenu**

Pour terminer la présentation de la situation des participants après le TCC, mentionnons que seulement deux d'entre eux ne recevaient pas d'indemnité de remplacement de revenu. Les autres ont tous eu accès à des revenus de la part d'une assurance, qu'elle soit privée ou étatique. Cette indemnité a cessé ou a été ajustée à la baisse au moment où les participants sont retournés au travail, en fonction des revenus qu'ils gagnaient au moment où ils ont eu leur TCC.

Le fait qu'ils reçoivent une compensation financière a permis à plusieurs de sentir moins de pressions du fait qu'ils n'avaient pas à gagner d'argent pour subvenir à leurs besoins. La pression en moins, les gens ont été en mesure de prendre tout le temps nécessaire pour récupérer de leur TCC : «Tu sais ça m'a donné une liberté de choix parce que dans le fond, mettons quand tu n'as pas de revenus de remplacement, ben là tu es obligé quasiment de retourner au travail prématurément, [même si] tu n'es pas prêt.» (Participant 1). Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'indemnité de remplacement de revenu a favorisé leur réadaptation en leur permettant de récupérer à leur rythme.

Un des deux participants qui n'ont pas eu d'indemnité de remplacement de revenu a mentionné qu'il avait l'impression que les gens qui recevaient une indemnité de remplacement de revenu étaient moins pressés que lui de retourner au travail. Il mentionne également que même s'il avait eu droit à une indemnité, son intention était de retourner au travail rapidement et sa condition était suffisamment bonne pour le lui permettre.

### **Conclusion**

La période qui s'est échelonnée du moment où le TCC est survenu jusqu'aux préparatifs du retour au travail, que nous verrons au prochain chapitre, a été vécue comme un moment marquant pour plusieurs participants. Cette étape a été

expérimentée par la plupart des participants simplement comme un intermède, une pause parfois turbulente dans la réalisation de leurs habitudes de vie, incluant le travail, probablement parce qu'ils ont tous été en mesure de reprendre leurs activités.

Deux grands constats se dégagent de ce chapitre. Premièrement, comme nous l'avons vu, notre échantillon était constitué de dix personnes ayant un traumatisme crânien modéré (4/10) ou sévère (6/10). La revue de littérature présentée aux chapitres I et II nous a appris que beaucoup de séquelles différentes et de retombées de ces dernières peuvent être associées à un TCC de cette gravité. Or, nous avons été grandement surpris par le nombre peu élevé de séquelles mentionnées par les participants comme ayant un impact sur les habitudes de vie. Certes, des séquelles et des retombées ont été relevées, mais pour la majorité des participants (8/10), l'impact à long terme (post-réadaptation) sur les habitudes de vie semble quasi absent. Nous l'avons dit, ce résultat peut s'expliquer par les problèmes d'évaluation de la sévérité du TCC, par un biais de sélection ou par un possible biais lié au fait que les participants pouvaient préparer d'avance leurs réponses à l'entrevue.

Toutefois, au-delà de ces considérations méthodologiques, ce chapitre nous apprend que le niveau de participation sociale d'une personne qui a eu un TCC modéré ou sévère ne repose pas uniquement sur des facteurs personnels (niveau de gravité du TCC, blessures, séquelles). Il semblerait que le niveau de fonctionnement post-réadaptation soit, partiellement ou en grande partie, influencé par des facteurs environnementaux.

Ceci nous conduit au deuxième constat se dégageant de ce chapitre, soit l'effet bénéfique du soutien social dans la récupération des capacités des participants après leur TCC. En effet, au moment de l'entrevue, huit participants étaient en couple avec la même personne qu'au moment de l'accident. Ces participants ont mentionné qu'ils ont été soutenus par leur conjoint dans la période suivant le TCC. Neuf participants affirment que la stabilité de leur relation amoureuse leur a permis d'expérimenter un bon niveau de soutien. Tous les participants de notre étude ont également avoué avoir

été grandement aidés, voire choyés par des proches, des parents ou des collègues de travail. Or, d'après l'étude de Lefebvre et al. (2004) et celle de Blais et Boisvert (2007), les personnes qui ont eu un TCC expérimentent des difficultés relationnelles qui sont liées à leurs séquelles et qui nuisent à la relation de couple de même qu'aux relations sociales en général. Cette difficulté s'est exprimée dans l'étude de Lefebvre et al. (2004) par le constat que la moitié des participants ont expérimenté une séparation ou un divorce après leur TCC. Bien que la stabilité des relations de couple des participants de notre étude peut s'expliquer par le fait qu'ils ont bien récupéré, il est possible que leur bonne récupération soit en partie imputable à la stabilité de leur relation de couple et du soutien social qu'ils ont reçu. C'est du moins ce que soutiennent les participants, qui affirment que la stabilité affective et le soutien social reçu ont favorisé la récupération de leurs capacités et le retour au niveau antérieur de réalisation de leurs habitudes de vie, dont le travail, que nous verrons au prochain chapitre.

## **CHAPITRE 6: Le retour au travail**

Ce chapitre porte sur le retour au travail. Nous rapporterons et analyserons les propos de nos participants dans l'ordre suivant : les préparatifs et l'adaptation au retour au travail; les facteurs personnels nuisant au retour au travail ; les facteurs personnels favorisant le retour au travail ; les facteurs environnementaux nuisant au retour au travail ; les facteurs environnementaux favorisant le retour au travail ; et finalement, les recommandations des participants entourant le retour au travail.

### **6.1 Préparatifs, adaptation au retour au travail et travail actuel**

Cette première section de chapitre porte sur la manière dont les participants ont réalisé leur retour au travail. Nous verrons dans un premier temps si les participants ont réintégré le poste qu'ils occupaient avant d'avoir leur TCC et comment cela s'est déroulé. Par la suite, nous rapporterons l'état émotif et physique du participant lors de son retour au travail. Ensuite, nous discuterons de l'effet du TCC sur le niveau de performance que la personne est en mesure de fournir et nous parlerons des moyens qui ont été pris pour l'améliorer. Pour terminer, nous parlerons du travail actuel et du sens attribué au travail par les participants.

#### **6.1.1 Retour dans l'emploi précédant le TCC**

Deux participants n'ont pas réintégré le travail qu'ils occupaient au moment où leur TCC est survenu. Le premier n'a pas repris ses fonctions en Europe, mais il a trouvé un emploi à son retour au Québec. L'autre participant n'avait pas terminé ses études au moment du TCC ; il les a poursuivies et terminées après le TCC. Les huit autres ont tous réintégré pendant un temps l'emploi qu'ils avaient lors du TCC. Ces participants n'ont pas eu besoin de retourner aux études ou d'apprendre un autre métier pour travailler.

Parmi les huit participants ayant réintégré l'emploi précédant le TCC, certains ont été appelés à changer de travail plus tard. En effet, de trois à quatre mois après avoir repris le travail, un participant a demandé à ce que son affectation soit revue pour un poste moins exigeant au sein de la même entreprise. Il en attribue la cause aux séquelles du TCC, l'ayant rendu beaucoup moins performant. Comme il était devenu moins performant, il ne se sentait plus en mesure d'effectuer ses tâches. Les trois autres participants qui ont changé de travail l'ont fait pour des raisons qui n'étaient pas liées au TCC, par exemple à cause d'un manque de travail.

Mentionnons pour terminer que tous les participants ont fait un retour au travail progressif<sup>88</sup>, qu'ils ont respecté ou non, c'est-à-dire qu'ils ont souvent fait plus d'heures de travail que ce qui était prévu. En effet, certains participants, surtout ceux qui travaillaient à leur compte, ont souvent réalisé plus d'heures que ce que le retour progressif prévoyait.

### **6.1.2 État émotif lors du retour au travail**

Le retour au travail a été vécu difficilement par plusieurs participants. Certains ont avoué que le retour progressif était difficile à accepter, car il leur rappelait l'accident et les deuils qu'ils devaient faire. D'autres personnes croyaient ne pas avoir de séquelles. Le retour progressif les a donc amenées à prendre conscience des séquelles du TCC, qu'elles ne percevaient pas lorsqu'elles étaient en convalescence.

Un participant a mentionné n'avoir rien ressenti de particulier au niveau émotif lors du retour au travail. Il a expliqué que cette étape était nécessaire pour récupérer des séquelles du TCC. Un autre a dit avoir trouvé un état de mieux-être dans son retour; il était très heureux de recommencer à travailler.

---

<sup>88</sup> Un retour au travail progressif signifie un retour graduel à temps partiel qui s'échelonne sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois, en augmentant graduellement les heures travaillées jusqu'au nombre désiré.

Cela dit, d'autres ont éprouvé un mélange d'émotions. Leur état émotif passait de la joie de retourner travailler à la tristesse de prendre conscience que leur niveau de performance avait diminué :

Mais des fois, j'arrivais chez nous le soir puis je pleurais parce que je voyais les autres caissières, comment elles passaient leurs clients super vite, puis comme elles faisaient tout bien mieux que moi, puis en dedans ça me faisait mal parce qu'avant, c'était moi la meilleure. (Participante 7)

Un autre se sentait émotivement craintif. Il avait plus de difficultés à se motiver. De plus, certains ont rapporté qu'ils se sentaient confus et stressés lors de cette période.

Une autre participante a expérimenté un rejet et une stigmatisation de la part de son patron, ce qu'elle a trouvé difficile à accepter émotivement. Voici la description qu'elle nous a donnée lorsque nous lui avons demandé d'élaborer davantage sur son vécu émotif :

Difficile. [...] J'étais très défigurée, puis lui, il ne me voulait pas. [...] Puis là, quand ils ont su que j'avais eu un traumatisme crânien, lui il ne voulait pas me ravoir, parce qu'un traumatisme crânien ça veut dire que je n'étais pas aussi brillante. Puis en plus, j'étais défigurée, ça fait que je n'étais pas aussi jolie qu'avant. Ce n'était pas nécessairement une belle image pour son [entreprise]. Ça a été très difficile. Très très difficile. (Participante 10)

Cette participante trouvait également difficile de gérer le malaise des collègues de travail et leurs remarques sur la supposée chance qu'elle avait d'être demeurée en vie, malgré le fait qu'elle était défigurée et qu'elle avait eu un TCC sévère :

Tu sais, les gens étaient mal à l'aise, ils ne savaient pas trop où regarder. [...] les gens me disaient : « Ça ne doit pas être facile » puis ils me disaient : « Tu es chanceuse, tu es quand même encore en vie. » Tu sais, je me disais : « Tu es qui pour me dire ça? ». [...] Je n'aurais peut-être pas voulu rester en vie justement, tu sais. (Participante 10)

### **6.1.3 État physique lors du retour au travail**

La plupart des participants ont expérimenté un état de faiblesse et de fatigue générale au travail ou après le travail, parfois couplé à des maux de tête. Cet état physique n'a toutefois pas eu d'impact sur le retour au travail de la plupart des participants. Par contre, il semble que les séquelles physiques ont entraîné un statut de travail à temps partiel pour deux participantes.

Nous avons également noté que les difficultés physiques pouvaient contribuer à empirer certaines séquelles neuropsychologiques par un phénomène d'interaction, que nous verrons plus tard au cours de ce chapitre.

### **6.1.4 Est-ce que le TCC a affecté le niveau de performance lors du retour au travail**

Tel que rapporté au chapitre I, la baisse du niveau de performance est une séquelle expérimentée par plusieurs personnes qui ont eu un TCC (Dumont, 2003 ; Lefebvre et al., 2004). Neuf des participants de notre étude ont rapporté avoir été affectés par une baisse du niveau de performance qu'ils pouvaient accomplir. Parmi ces neuf participants, cinq ont mentionné que la baisse du niveau de performance était permanente et associée directement aux séquelles du TCC.

Pour illustrer sa baisse de performance, une participante nous a raconté son retour au travail quelques jours après qu'elle ait eu un TCC modéré. Elle n'avait pas subi de blessures physiques et elle ne ressentait pas de séquelles importantes au niveau neuropsychologique. Cependant, c'est lorsqu'elle a recommencé à travailler que les séquelles du TCC sont apparues et qu'elles ont causé une baisse de son niveau de performance. Ses séquelles se manifestaient surtout par une difficulté à fournir un effort soutenu de lecture et d'analyse. Elle expérimentait alors une fatigue générale et elle ressentait de l'anxiété face à la possibilité d'un échec de son retour au travail, ce qui s'est finalement produit.

Voici comment un chef d'entreprise nous décrit l'expérience de sa baisse de performance : « Puis là aussi je suis revenu au boulot, oui, mais si mettons j'étais employé là, je pense que je m'aurais fait sacrer dehors parce que je n'étais pas productif. J'étais là, j'étais presque comme une plante.» (Participant 4).

Chez d'autres, le TCC n'a pas entraîné de baisse du niveau de performance : «Je me sentais... J'aurais pu être facilement plus stressé. J'aurais pu être facilement plus angoissé, facilement plus vulnérable à l'intérieur de ça. Mais ma performance, ma capacité de réaliser des choses, n'était pas vraiment affectée.» (Participant I). Un autre participant nous a dit que le TCC ne l'avait pas rendu moins performant ou moins compétent, mais beaucoup plus fatigué. Il était incapable de réaliser des tâches ménagères, car son travail le fatiguait trop.

Six participants arrivent maintenant à travailler sans être fatigués. La plupart ont expérimenté une période d'ajustement lorsqu'ils ont recommencé à travailler. Ils pouvaient ressentir de la fatigue pendant cette période, mais leur situation est graduellement revenue à la normale avec le temps.

Est-il possible de redevenir performant après un TCC modéré ou sévère ? Comme nous l'avons vu au chapitre II, retrouver le niveau de réalisation des performances antérieur au TCC est difficile, et parfois impossible pour plusieurs personnes. Toutefois, les participants de notre étude qui se sont retrouvés dans cette situation ont utilisé de différents moyens personnels ou provenant de l'environnement pour améliorer leur niveau de performance. Nous présenterons ces moyens dans les sections sur les facteurs favorisant le retour au travail.

### **6.1.5 Information générale concernant le travail actuel**

Afin de bien dépeindre la situation professionnelle post-TCC des participants, nous verrons, au cours de cette partie, les informations ayant rapport avec le travail actuel des participants. Nous décrivons le statut d'emploi, le genre d'emploi occupé et le nombre d'heures consacrées au travail, ainsi que les revenus associés au travail.

#### **6.1.5.1 Le statut d'emploi**

Tous nos participants doivent travailler pour subvenir à leurs besoins, car aucun d'eux n'a un statut d'inaptitude complète au travail. Pour les deux participants ayant un statut à temps partiel reconnu, ou pour celui ayant fait face à une baisse salariale<sup>89</sup> suite à son TCC, la SAAQ a compensé la différence salariale entre le salaire reconnu et le salaire réel gagné (par exemple, s'il est évalué qu'une personne peut travailler 15 heures par semaine, l'organisme paie la différence entre ces 15 heures et un statut à temps plein).

#### **6.1.5.2 Genre d'emploi et nombre d'heures consacrées au travail**

Les dix participants de notre étude occupent des emplois variés. Neuf participants exercent des fonctions qualifiées de «sédentaires». La dixième personne exerce un emploi où elle marche beaucoup. Elle nous a dit que son travail de porte à porte est difficile physiquement (surtout l'hiver) et que pour cette raison, elle cherchera éventuellement un travail mieux adapté à sa condition.

En ce qui concerne les heures consacrées au travail, les participants ont mentionné travailler entre 20 et 50 heures, réparties sur une semaine de quatre à six jours. Chez trois participants, l'horaire de travail a évolué en fonction de facteurs particuliers. La première personne a décidé de diminuer ses heures de travail, car elle prend

---

<sup>89</sup> Pour la SAAQ, c'est le montant des revenus de travail qui était reçu au moment où l'accident est arrivé qui est assuré. Ainsi, toute baisse qui survient en raison de l'accident sera compensée.

graduellement sa retraite. Pour le second participant, la baisse des heures consacrées au travail est liée à la prise de conscience qu'a suscité l'accident au fil des ans, soit de l'importance de consacrer plus de temps à d'autres activités que le travail. Pour la troisième personne, le changement est lié à une situation de chômage qui n'est pas causée par le TCC.

#### 6.1.5.3 Revenus associés au travail

Un participant a mentionné qu'il gagne moins d'argent aujourd'hui qu'il n'en gagnait avant l'accident, mais que cela n'est pas lié aux séquelles de son TCC. Cette baisse est associée à la décision de réaliser moins d'heures de travail et n'a pas influencé à la baisse sa qualité de vie. Les revenus associés au travail lui permettent de répondre tant à ses besoins de base que supérieurs.

Pour les autres participants, il n'y a eu aucun changement dans les revenus provenant du travail. Ils gagnent le même montant d'argent qu'avant leur accident ou plus (ce qui est le cas d'une participante).

#### 6.1.6 Sens attribué au travail

Afin de voir si le TCC a provoqué un changement face au sens que le travail peut avoir, nous présenterons au cours de cette partie le sens que les personnes attribuaient au travail avant leur accident et ce qu'il signifie maintenant pour eux. Nous discuterons également de ce que le travail procure aux participants, outre le revenu. Pour terminer cette partie, nous rapporterons l'estimation que les participants font de leur qualité de vie.

##### 6.1.6.1 Signification du travail avant le TCC

Le sens attribué au travail avant le TCC variait beaucoup chez les participants. Il apparaît que l'aspect rémunérateur du travail était présent chez tous les participants,

mais qu'il existait d'autres raisons pour lesquelles une personne travaillait. Pour certains, le travail n'était pas d'abord considéré comme un moyen de gagner de l'argent. Il était principalement vu comme un engagement personnel et une source importante de défis à relever, une passion et une manière de s'actualiser dans certains cas. Il était également vécu comme une source importante de valorisation, parfois inculqué comme une valeur par la famille. Travailler donnait un sens à la vie, était une source d'épanouissement personnel et conduisait à la réalisation de soi. Il pouvait similairement être une source de plaisir. Un participant a nommé le travail comme étant une manière d'actualiser ses idéaux de beauté, sa vision de la beauté. Pour d'autres, le travail était perçu avant tout comme une manière de gagner sa vie et secondairement comme une source de gratification ou de reconnaissance.

#### 6.1.6.2 Signification actuelle du travail

Pour certaines personnes, le sens attribué au travail n'a pas vraiment changé après le TCC. Pour d'autres, travailler n'a plus la même importance et la réalisation de soi peut être générée par un autre moyen. L'accident a créé une occasion pour plusieurs, surtout pendant la période de réadaptation, de revoir leur façon de vivre et de faire une introspection sur leur mode de vie et les priorités qu'ils s'étaient créés. Cela a eu pour résultat de modifier l'importance du travail dans leur vie. Plusieurs ont choisi de diminuer les heures et le niveau de tâches qu'ils consacraient à leur travail en raison des séquelles qu'ils expérimentaient, ou même parfois uniquement à cause des prises de conscience qu'ils ont faites pendant la réadaptation. Le sentiment d'avoir la liberté de choisir de travailler moins d'heures a également été évoqué. À ce sujet, l'accident a pris un sens particulier pour un participant. Il a évoqué qu'il travaillait énormément avant son TCC, et il pense, sans en être certain, qu'il a généré son TCC inconsciemment afin de réduire ses tâches de travail.

Pour un participant, le TCC a suscité la prise de conscience que la vie était courte et qu'il ne devait pas perdre de temps à faire des choses qu'il n'aimait pas. Comme il

était patron de son entreprise, il a choisi de réduire les tâches de travail qu'il aimait moins.

Il fait plus de sens de travailler maintenant pour d'autres personnes. Il a été évoqué que le travail apportait une reconnaissance sociale, une fierté et un sentiment d'appartenir à une équipe. En plus, certains ont dit se sentir fiers de travailler malgré l'expérience de TCC qu'ils ont eu.

Pour d'autres, le sens lié au travail a également évolué sans qu'ils pensent que ce soit dû au TCC. Par exemple, il apparaît que le fait de trouver une reconnaissance autre que celle liée à l'aspect monétaire puisse être influencé par d'autres facteurs, comme le fait de vieillir.

#### 6.1.6.3 Estimation de la qualité de vie

Lorsqu'on leur a posé la question, les participants ont surtout défini leur qualité de vie en fonction des revenus qu'ils gagnent et du confort matériel qu'ils ressentent. Ainsi, un participant a mentionné qu'il avait une qualité de vie moyenne à supérieure, en raison de sa situation financière moyenne à supérieure.

D'autres ont mentionné que leur qualité de vie n'a pas changé par rapport à celle qu'ils avaient avant leur TCC. Une autre a affirmé que sa qualité de vie était très bonne et qu'elle se trouvait chanceuse, compte tenu du genre d'accident qu'elle a eu. Certaines personnes qui sont indemnisées ont attribué la stabilité de leur qualité de vie à la couverture financière reçue par la SAAQ.

Certains pensent que le TCC a engendré une baisse de qualité de vie, qu'il a agi à l'image d'un petit grain de sable dans l'engrenage. Chez d'autres, il apparaît que les séquelles du TCC, en particulier le sentiment d'insécurité, sont perçues comme pouvant affecter à la baisse la qualité de vie.

En terminant, des personnes évaluent que leur qualité de vie est bonne, mais qu'elle pourrait être meilleure si, par exemple, ils avaient davantage de vacances et plus d'activités de loisir ou si le travail était plus facile à réaliser.

## 6.2 Facteurs personnels nuisant au retour au travail

Il a été mis en évidence, à la lumière de nos entrevues, que le retour au travail des personnes qui ont eu un TCC est influencé par des facteurs personnels et des facteurs environnementaux, seuls ou en interaction entre eux. Au cours des quatre prochaines parties, nous présenterons les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui ont nui et ceux qui ont favorisé le retour au travail des participants de notre recherche. Nous terminerons chacune des quatre parties en rapportant certaines interactions entre ces facteurs.

Les participants de notre étude ont identifié différentes caractéristiques personnelles qui ont nui à leur retour au travail<sup>90</sup>. Dans cette section nous décrivons ces facteurs<sup>91</sup>, qui réfèrent aux faiblesses, aux blessures ou aux caractéristiques des personnes. Ces facteurs se regroupent en deux catégories, soit les aptitudes et les systèmes organiques<sup>92</sup>.

### 6.2.1 Facteurs liés aux aptitudes

#### *Aptitudes reliées aux activités intellectuelles*<sup>93</sup> (1)

Des participants ont mentionné que les pertes de mémoire<sup>94</sup> ont nui à leur retour (un participant mentionne qu'il oubliait beaucoup de détails avec ses clients lorsqu'il a

<sup>90</sup> Ces facteurs sont regroupés sous forme de liste à l'annexe IV.

<sup>91</sup> Nous conserverons les numéros associés aux divers éléments du PPH dans l'ordre, afin que le lecteur intéressé puisse les retracer facilement dans la nomenclature.

<sup>92</sup> «Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.» (p.57).

<sup>93</sup> «Les aptitudes reliées à la connaissance, à l'organisation ainsi qu'à l'utilisation des fonctions psychologiques.» (p.73).

<sup>94</sup> «1.2- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles / Mnésie : L'aptitude à conserver et à se rappeler des états de conscience passés et de ce qui s'y trouve associé.» (p.74).

recommencé à travailler, ce qui était nuisible à son entreprise parce que cela lui faisant perdre de l'argent). Des problèmes avec l'attention divisée<sup>95</sup> (faire deux choses à la fois, comme répondre au téléphone et prendre des notes en même temps) et des difficultés de concentration<sup>96</sup> (faire une activité et en être facilement distrait) ont également été rapportés comme étant nuisibles au retour au travail.

### *Aptitudes reliées aux comportements*<sup>97</sup> (3)

Un participant nous a dit qu'il travaillait énormément avant son accident et qu'il a eu de la difficulté à réduire ses tâches<sup>98</sup> pour réaliser un retour au travail progressif. Il nous a confié qu'il assumait mal le retour au travail progressif, car le fait de ralentir le rythme de travail lui confirmait qu'il avait bel et bien des séquelles de son TCC, une réalité qui ne le réjouissait pas. Cette attitude a nui au retour au travail progressif, mais n'a pas eu de conséquences à long terme.

Certains participants ont également nommé des difficultés avec leur estime de soi<sup>99</sup>, générant une peur du rejet si le travail est mal fait ou une difficulté à accepter des commentaires émis par les confrères de travail. D'autres ont parlé de difficulté à contrôler leurs émotions<sup>100</sup>, plus spécifiquement de la présence d'une labilité, ou alors d'un trouble de gestion du stress<sup>101</sup> lié aux tâches de travail à accomplir.

<sup>95</sup> «1.1.3.1- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles / Conscience / Attention diffuse : L'aptitude à mettre tous ses sens aux aguets.» (p.73).

<sup>96</sup> «1.1.3.2- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles / Conscience / Attention sélective (concentration) : L'aptitude à fixer son attention avec force sur un seul objet.» (p. 73).

<sup>97</sup> «Les aptitudes reliées à la volition, à l'affectivité et à la manière d'agir.» (p.83).

<sup>98</sup> «3.1.6- Aptitudes reliées aux comportements / Volition / Souplesse : L'aptitude à modifier ses attitudes ou connaissances en fonction des changements de contexte.» (p.83).

<sup>99</sup> «3.2.2- Aptitudes reliées aux comportements / Affectivité / Estime de soi : L'aptitude à éprouver un sentiment favorable à son endroit, lequel naît de la bonne opinion que la personne a d'elle-même et de la valeur qu'elle se donne. (p.84).

<sup>100</sup> «3.3.13- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites/ Contrôle des émotions : L'aptitude à contenir, à maîtriser et à dominer ses réactions suscitées par un sentiment agréable ou désagréable (y compris l'aptitude d'un enfant à se consoler).» (p.85).

<sup>101</sup> «3.3.15- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites/ Relaxation : L'aptitude à déduire ou à éliminer ses tensions.» (p.85).

*Aptitudes reliées à la protection et à la résistance / Résistance*<sup>102</sup> (10.2)

Nos participants ont tous nommé avoir expérimenté une baisse temporaire du niveau de performance qu'ils étaient en mesure de réaliser. Cette baisse de performance est en partie attribuable à une baisse d'énergie ou à une fatigue généralisée. Pour certains, atteindre la même qualité de travail en fournissant le même effort est devenu impossible, car le travail les fatigue davantage aujourd'hui. Un participant a mentionné que la fatigue n'avait pas nui à son retour, mais qu'à long terme, elle a eu l'impact de l'amener à revoir les fonctions qu'il occupait en raison d'une fatigabilité trop élevée.

**6.2.2 Facteurs liés aux systèmes organiques**

Nous venons de rapporter les différentes aptitudes qui ont nui au retour au travail de nos participants. Certaines déficiences du système organique ont également nui aux participants. Ces déficiences sont peu nombreuses.

Comme les participants ont tous eu un TCC<sup>103</sup>, donc un choc à la tête qui a endommagé leur cerveau, ils ont été affectés par une déficience d'une partie de leur système nerveux, le cerveau. Un participant a également évoqué le fait qu'il avait une jambe brisée et cela a retardé son retour au travail.

---

<sup>102</sup> «10.2- Aptitudes reliées à la protection et à la résistance / Résistance : L'aptitude de l'organisme à supporter un effort physique ou mental, un choc ou une pression.» (p. 104).

<sup>103</sup> «Le traumatisme cranio-cérébral représente une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales.» (Gervais et Dubé, 1999, p. 8).

### 6.2.2.1 Interactions

Parfois, des déficiences des systèmes organiques et des incapacités au plan des aptitudes interagissaient et prolongeaient la situation de handicap. Un participant nous a appris que sa jambe brisée l'avait incommodé, et que la situation de handicap quant aux déplacements créée par la jambe brisée l'insécurisait intérieurement. Dans un phénomène d'interaction avec les séquelles du TCC, sa jambe brisée augmentait son sentiment d'insécurité (séquelle du TCC) et a prolongé la situation de handicap au travail.

Il apparaît également que lorsque l'estime de soi est amoindrie par les séquelles du TCC, cela peut causer une difficulté à se mobiliser<sup>104</sup> pour rechercher les emplois potentiels. En effet, une personne nous décrit la baisse de son estime personnelle, qui peut parfois avoir pour conséquence de la paralyser à chercher un nouveau travail : « Puis souvent, je suis fatiguée puis découragée parce que dépendant comment je *feel*, je me dis « Ah! je ne suis pas bonne! » (Participante 5).

À son travail, on a souvent reproché à un autre les séquelles de son syndrome frontal<sup>105</sup>, soit d'être buté ou très émotif, voire même impulsif. Cette personne a expliqué que cela nuisait à ses relations sociales, dont celles avec ses collègues. Elle rapporte ne pas s'intégrer dans son emploi et c'est aussi la personne qui semble avoir le plus de séquelles neuropsychologiques. De plus, ce participant a également mentionné qu'il abusait parfois d'alcool et que cela était désastreux. Ses abus d'alcool affectaient ses aptitudes, ce qui a prolongé sa réadaptation et retardé son retour au travail.

---

<sup>104</sup> «3.1- Aptitudes reliées aux comportements / Volition : L'aptitude à mobiliser ses forces personnelles pour atteindre un but.» (p. 83).

<sup>105</sup> Nous évaluons que ces séquelles peuvent engendrer des changements sur le plan de la conduite : «3.3- Conduites : L'aptitude à se diriger soi-même, à se comporter dans une circonstance déterminée.» (p. 84).

Nous venons de voir que les personnes qui ont été en mesure de retourner travailler ont été confrontées à des facteurs personnels qui leur ont nui, seuls ou en interaction avec d'autres. Toutefois, ces facteurs nuisibles n'ont fait que retarder le retour.

### **6.3 Facteurs personnels favorisant le retour au travail**

Comme nous l'avons vu au cours du chapitre V, nous avons constaté chez les participants une bonne récupération générale après le TCC. Pour aider à cette récupération et ainsi favoriser leur retour au travail, les participants ont utilisé certaines capacités ou certaines forces qui leur étaient propres. Nous présenterons au cours de cette partie les facteurs personnels (caractéristiques, forces ou qualités) qui ont favorisé leur retour au travail<sup>106</sup>. Nous verrons ensuite si le TCC lui-même a eu des effets positifs sur la capacité à travailler des personnes.

#### **6.3.1 Facteurs liés aux aptitudes**

##### *Aptitudes reliées aux activités intellectuelles (1)*

Citée au chapitre II, l'étude de Shame et al. (2007) précisait que la conscience de soi<sup>107</sup> était un facteur déterminant dans la reprise d'un travail après avoir subi un TCC. Or, cette caractéristique a également été nommée par des participants de notre recherche. Plusieurs participants étaient fortement convaincus qu'ils pouvaient reprendre leur travail. Ils étaient conscients de leurs capacités. Ils étaient également conscients de leurs séquelles, les acceptaient et prenaient des moyens pour faire face aux difficultés. Voici un exemple :

---

<sup>106</sup> La liste de ces facteurs est reproduite à l'annexe V.

<sup>107</sup> «1.1.4.2- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles / Conscience / Conscience de la réalité / Conscience de soi : L'aptitude à être conscient de ses capacités, de ses besoins et de son existence.» (p.74).

Alors moi, j'ai plus de trous de mémoire, moins de mémoire qu'avant. Mais ça, c'était de l'accepter qui... Là, je l'accepte un peu plus. [...] Je le dis : « Je ne me souviens pas. C'est plate, je ne me souviens pas ». Avant, j'étais un peu gêné de le dire. Là, je prends plus de notes, puis plus de papier. J'essaie de me *padding*... (Participant 4)

Il appert également que le bon état général des aptitudes intellectuelles chez huit des participants a facilité le retour au travail ; plus les séquelles intellectuelles étaient légères chez les participants, plus le processus de retour au travail s'en trouvait simplifié. Toutefois, cela n'a pas été vrai dans tous les cas puisque le processus s'est avéré très complexe pour une personne qui, pourtant, n'avait pas beaucoup de séquelles.

Une autre personne nous a confié avoir désiré recommencer à créer rapidement de nouveaux projets après son TCC. Son travail impliquait un processus créatif<sup>108</sup> et cette personne juge que c'est ce qui l'a aidée à redevenir performante et à reprendre le travail rapidement.

### *Aptitudes reliées aux comportements (3)*

Des personnes ont souligné qu'elles se percevaient avant leur accident comme des personnes aimant travailler<sup>109</sup>. Elles voyaient cela comme une qualité personnelle et elles avaient toujours exercé un emploi au cours de leur vie. Comme travailler faisait grandement partie de leur mode de vie, il leur avait été facile de retourner au travail. En fait, ne pas travailler n'était pas naturel pour elles.

Un participant, qui aimait relever des défis et qui avait un tempérament de type aventurier, avait repris son travail avec beaucoup d'enthousiasme<sup>110</sup> après le TCC. Il ne s'était pas laissé abattre par les difficultés qui étaient survenues suite au TCC.

<sup>108</sup> «1.3.13- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles / Créativité : L'aptitude à l'imagination, à l'inventivité, à l'originalité.» (p.76).

<sup>109</sup> « 3.1.5- Aptitudes reliées aux comportements / Volition / Intérêt : L'aptitude à se développer un attrait pour les stimuli de l'environnement (objets, situations, personnes).» (p. 83).

<sup>110</sup> «3.1- Aptitudes reliées aux comportements / Volition : L'aptitude à mobiliser ses forces personnelles pour atteindre un but.» (p. 83).

Tout ce qu'il désirait après son TCC était de reprendre ses fonctions. Certains ont aussi mentionné que le travail était un choix de vie et un droit, et qu'ainsi, rien n'aurait pu empêcher qu'ils retournent travailler<sup>111</sup>.

Pour d'autres, le TCC a été l'occasion d'accroître leur capacité de résilience<sup>112</sup>. Ces gens donnaient un sens au TCC<sup>113</sup>, tout en trouvant des moyens de se motiver et de se dépasser<sup>114</sup> afin de faire face aux difficultés qui survenaient avec les séquelles. Ils avaient une très grande force de caractère<sup>115</sup> et ne pas retourner travailler n'était pas une possibilité pour eux :

[...] je ne me suis pas posé la question : «Je suis tu capable? Suis-je capable de retourner au travail?» C'était plus une affirmation que je me disais : «Je retourne au travail». Et c'est beaucoup ça finalement qui m'a motivé et qui a fait en sorte que j'ai été capable. (Participant 3)

Certains ont dû combattre avec détermination<sup>116</sup> des séquelles, comme la fatigue, qui rendaient le travail difficile, voire impossible : «J'ai tout le temps, tout le temps, tout le temps, poussé la fatigue. Et c'est pour ça qu'aujourd'hui, je peux justement [travailler]» (Participant 6)

Avoir un bon contrôle de soi<sup>117</sup> a aussi été nommé par des participants comme étant un facteur aidant. En effet, certains pouvaient exercer un contrôle sur leur humeur lorsqu'ils devaient affronter des difficultés dans leur travail.

<sup>111</sup> «3.1.4- Aptitudes reliées aux comportements / Volition / Persévérance: L'aptitude à demeurer ferme, constant et tenace dans ses actions.» (p. 83).

<sup>112</sup> Cet élément n'apparaît pas comme tel dans la nomenclature du PPH. « La résilience définit le ressort de ceux qui, ayant reçu le coup, ont pu le dépasser.» (Cyrulnik, 2002, p. 21).

<sup>113</sup> «1.3- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles / Pensée : L'aptitude à concevoir et à organiser des idées concepts et représentations ainsi qu'à les utiliser. » (p.75).

<sup>114</sup> «3.1.1- Aptitudes reliées aux comportements / Motivation : L'aptitude à être incité à agir en fonction de forces conscientes ou inconscientes.» (p. 83).

<sup>115</sup> «3.1- Aptitudes reliées aux comportements / Volition : L'aptitude à mobiliser ses forces personnelles pour atteindre un but.» (p. 83).

<sup>116</sup> «3.1.4- Aptitudes reliées aux comportements / Volition / Persévérance: L'aptitude à demeurer ferme, constant et tenace dans ses actions.» (p. 83).

<sup>117</sup> «3.3.13- Aptitudes reliées aux comportements / conduites / Contrôle des émotions : L'aptitude à contenir, à maîtriser et à dominer ses réactions suscitées par un sentiment agréable ou désagréable (y compris l'aptitude d'un enfant à se consoler). » (p.85).

*Aptitudes reliées aux comportements / conduites / Adaptation aux situations*<sup>118</sup>  
(3.3.5)

Six personnes ont mentionné qu'elles pouvaient être exténuées par le travail et n'avoir plus d'énergie pour faire autre chose lorsqu'il était terminé. Pour s'ajuster à cette réalité et reprendre un rythme de travail qui les satisfaisait, elles ont réduit temporairement ou parfois de manière permanente des activités autres que le travail (sorties entre amis, réalisation des tâches ménagère, etc.).

Afin d'améliorer sa capacité à performer, une participante nous a mentionné s'être habituée à dormir plus longtemps qu'avant son accident. Pour ce faire, elle devait maintenant se coucher plus tôt et diminuer les sorties entre amis. Elle effectue aussi les préparatifs de son matériel de travail la veille de sa journée de travail afin d'éviter d'avoir à le faire le matin même. De cette façon, il est possible pour elle de dormir un peu plus longtemps.

Une personne a également mentionné avoir fait des ajustements en rapport avec son mode de vie. L'adaptation qu'elle a réalisée fut d'ajuster son quotidien en ciblant un moment dans la journée pour garder la forme physique en allant au gymnase. Elle nous a dit que son corps avait tellement été blessé lors de l'accident qu'il avait maintenant besoin de faire de l'exercice pour tenir le coup.

Certaines personnes ont également évoqué avoir pratiqué des jeux de société pour améliorer leurs capacités cognitives et contrer certaines difficultés, ce qui se répercutait ensuite sur leur performance générale.

Ces différentes formes d'adaptation aux situations s'observent dans les changements dans les habitudes de vie, particulièrement au plan des loisirs<sup>119</sup>, de l'entretien du domicile<sup>120</sup>, du repos<sup>121</sup> et de la condition physique<sup>122</sup> ou mentale<sup>123</sup>.

---

<sup>118</sup> «3.3.5- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites / Adaptation aux situations : L'aptitude à avoir une flexibilité comportementale, à s'ajuster en fonction de diverse situations.» (p.84).

Par ailleurs, une personne pense que ce qui l'a aidé dans sa recherche d'emploi et dans son retour au travail est de ne jamais avoir fait allusion au fait qu'elle avait eu un TCC, parce qu'elle demeurait convaincue que la plupart des gens ne savaient pas trop ce que c'était. Elle croyait ainsi que le fait de le mentionner pourrait donc susciter un doute et nuire à leur candidature.

Finalement, l'usage de moyens d'adaptation concrets d'aide tel qu'un calepin pour prendre des notes a été mentionné par certains comme facteur aidant le retour au travail. L'utilisation d'un tableau horaire pour y inscrire les tâches de la journée a également été nommée comme facteur.

### **6.3.2 Facteurs liés aux systèmes organiques**

Être en bonne condition physique a été nommé explicitement par nos participants comme étant un facteur qui les a aidés à retourner travailler.

### **6.3.3 Interactions**

Plusieurs interactions entre les facteurs aidant ont été rapportées. Un participant a mentionné qu'un facteur qui avait favorisé l'augmentation de son estime de soi a été sa capacité à s'affirmer<sup>124</sup> face aux intervenants. Effectivement, cette personne aurait réagi fortement face aux intervenants qui lui diagnostiquaient des séquelles du TCC

---

<sup>119</sup> «12- Loisirs : Les habitudes liées aux activités récréatives ou autres, pratiquées durant les temps libres dans un contexte de plaisir et de liberté.» (p.141).

<sup>120</sup> «5.2- Habitation / Entretien du domicile : Les habitudes reliées à l'entretien du logis et de ses abords, telles que ménage, les travaux lourds la lessive et les travaux extérieurs.» (p.139).

<sup>121</sup> «2.1- Condition corporelle / Repos : Les habitudes reliées au sommeil et aux siestes, telles que l'utilisation d'accessoires pour dormir, etc.» (p.137).

<sup>122</sup> «2.2- Condition corporelle / Condition physique : Les habitudes reliées au maintien, à l'amélioration et au recouvrement de la condition physique, telles que les exercices physiques, la relaxation physique, etc.» (p.137).

<sup>123</sup> «2.3- Condition corporelle / Condition mentale : Les habitudes reliées au maintien, à l'amélioration et au recouvrement de la condition mentale, telles que la relaxation mentale, la réflexion, le recueillement, la méditation, la stimulation intellectuelle, etc.» (p.137).

<sup>124</sup> «3.3.8- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites / Affirmation de soi : L'aptitude à faire une assertion ou à exprimer franchement ses propres émotions ou opinions.» (p.84).

alors qu'il demeurait convaincu que ces derniers faisaient fausse route. La réaction de monsieur a amené les intervenants à l'inclure dans le choix des traitements de réadaptation. Cela a eu une conséquence positive sur son retour au travail, soit de « [l'] aider à ne pas rester enfermé dans la peur des séquelles du traumatisme» (participant 1) en créant un fort effet d'*empowerment* et en rehaussant l'estime de soi d'un homme qui sentait qu'il était en perte de contrôle de sa vie face aux intervenants.

Certains estiment qu'ils ont maintenant une ouverture d'esprit<sup>125</sup> et une flexibilité<sup>126</sup> qu'ils n'avaient pas avant leur TCC, ce qui les a aidés à communiquer avec leurs patrons, favorisant ainsi le retour au travail. En effet, les participants pouvaient ainsi connaître leurs faiblesses et améliorer leur performance au travail.

De façon inattendue, un préalable au recouvrement d'un certain niveau de performance est ressorti d'une entrevue, l'acceptation des séquelles du TCC<sup>127</sup>. Même s'il a été en mesure de retourner travailler, un participant nous a mentionné que l'étape principale pour redevenir performant a été d'abord de reconnaître et d'apprendre à vivre avec la réalité qu'il était devenu moins performant.

Selon un des participants, avoir une démarche structurée dans le travail afin d'éviter les imprévus a aidé à son contrôle de soi, en particulier pour contrôler ses mouvements d'impatience.

---

<sup>125</sup> «3.3.16- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites / Écoute : L'aptitude à prêter attention à des messages.» (p.85).

<sup>126</sup> «3.1.6- Aptitudes reliées aux comportements / Volition / Souplesse : L'aptitude à modifier ses attitudes ou connaissances en fonction des changements de contexte.» (p.83).

<sup>127</sup> «3.3.5- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites / Adaptation aux situations : L'aptitude à avoir une flexibilité comportementale, à s'ajuster en fonction de diverse situations.» (p.84).

Pour un participant, reprendre un exercice physique rapidement après l'accident fut aidant tant physiquement que mentalement, en raison de la baisse de tension mentale<sup>128</sup> que l'activité physique à entraînée.

#### **6.3.4 Les effets positifs du TCC sur le retour au travail**

En plus des facteurs personnels qui ont favorisé le retour au travail de nos participants, il apparaît que certaines séquelles laissées par le TCC peuvent avoir un effet positif sur le retour au travail.

Comme nous l'avons vu, plusieurs participants ont dit expérimenter une sensibilité accrue après leur TCC. Or, pour certaines personnes, cette séquelle du TCC a été vécue comme une façon d'améliorer le niveau de performance qu'ils étaient en mesure de fournir au travail. Même si le TCC pouvait diminuer la capacité à performer, l'augmentation de leur sensibilité les rendait plus présents à ce qu'ils faisaient, donc plus concentrés et plus ouvert aux commentaires des autres, ce qui leur permettait d'améliorer leur performance.

Une autre personne a mentionné que son problème de mémoire<sup>129</sup> l'a en fait aidé à retourner travailler, car cela lui permettait de ne pas retenir les mauvaises réactions que son visage déformé pouvait parfois susciter chez les gens. Nous comprenons qu'en oubliant les commentaires rapidement, ce participant ne restait pas affecté émotionnellement et il pouvait de cette façon demeurer plus performant à son travail.

À cause de la baisse de performance, le TCC a également permis à certains de ralentir le rythme de travail<sup>130</sup>, ce qui a été vécu de manière positive. Ces personnes voyaient ainsi leurs tâches s'alléger, sans désavantage financier pour ceux et celles qui

<sup>128</sup> «3.3.15- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites/ Relaxation : L'aptitude à déduire ou à éliminer ses tensions.» (p.85).

<sup>129</sup> «1.2- Mnésie : L'aptitude à conserver et à se rappeler des états de conscience passés et de ce qui s'y trouve associé.» (p.74).

<sup>130</sup> «3.3.5- Aptitudes reliées aux comportements / Conduites / Adaptation aux situations : L'aptitude à avoir une flexibilité comportementale, à s'ajuster en fonction de diverse situations.» (p.84).

recevaient une indemnité de remplacement de revenu. Une de ces personnes, un travailleur autonome, a décidé lui-même de réaliser moins d'heures de travail. Il voyait cet aspect comme positif, car il comprenait que c'est l'accident et le TCC qui l'avaient amené à prendre cette décision et qui lui permettaient d'avoir plus de moments libres. Il assumait bien la baisse salariale qui était associée au fait de travailler moins d'heures.

#### **6.4 Facteurs environnementaux nuisant au retour au travail**

Nous venons de voir que des facteurs personnels peuvent nuire ou aider au retour au travail. Certains facteurs environnementaux peuvent également produire le même résultat. Deux catégories de facteurs environnementaux existent : les facteurs sociaux et les facteurs physiques. Dans cette partie, nous ne verrons que les facteurs sociaux<sup>131</sup> ayant nui au retour au travail<sup>132</sup>, aucun facteur appartenant à la catégorie des facteurs physiques<sup>133</sup> n'ayant été mentionné. Nous terminerons cette partie en rapportant des interactions qui peuvent nuire au retour au travail.

##### **6.4.1 Facteurs sociaux**

*Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Système économique / Marché du travail<sup>134</sup> (1.1.3.1)*

Plusieurs des facteurs sociaux qui concernent le marché du travail se rapportent à l'horaire lié au travail à des heures atypiques. En effet, le travail à des heures atypiques peut avoir l'effet pervers de forcer certains participants à travailler la fin de semaine, ce qui peut les fatiguer et nuire à leur vie sociale. De plus, certains doivent également travailler sur appel, ce qui génère de l'incertitude liée au fait de ne pas

<sup>131</sup> «Les éléments des systèmes politiques, économiques, sociaux et culturels de l'environnement.» (p. 115).

<sup>132</sup> Voir la liste de ces facteurs à l'annexe VI.

<sup>133</sup> «Les éléments naturels et artificiels de l'environnement.» (p.121).

<sup>134</sup> «L'organisation et les services liés mécanismes de la production, tels que le marché du travail, la gestion des entreprises et toutes autres activités reliées aux occupations rémunérées ou non.» (p.116).

savoir le moment où ils devront travailler. Cette incertitude peut être plus difficile à vivre pour les participants qui expérimentent déjà une instabilité émotionnelle comme séquelle du TCC.

Il apparaît qu'il soit également difficile pour les personnes qui ont un statut de travail à temps partiel de dénicher un emploi de ce type. Le processus lié à la recherche de travail a été une expérience difficile pour un des participants. Par exemple, lorsqu'il mentionnait que son horaire de travail devait être adapté, certains employeurs étaient réticents à l'embaucher parce qu'ils jugeaient que cette adaptation serait difficile ou complexe à réaliser.

Une autre participante a expérimenté une difficulté d'un autre ordre, soit un nombre de pauses insuffisantes et non rémunérées, ce qui l'empêchait de se reposer suffisamment :

J'ai 15 minutes pour manger puis je ne mange vraiment pas vite, ça fait que souvent je n'ai pas le temps de manger par toute. Juste le temps que je marche de ma caisse jusqu'à la cafétéria, ça me prend 5-10 minutes. Puis tout faire chauffer mon plat ou la chose que je m'apporte en lunch, ben je n'ai pas le temps de manger. (Participante 7)

Il semblerait également qu'en lui-même, le marché du travail soit une source de stress pour un participant. Il éprouve en effet beaucoup de difficulté à trouver un travail qui lui convienne vraiment en raison de toutes les séquelles neuropsychologiques consécutives au TCC, comme par exemple, les difficultés de mémoire et d'attention ou la difficulté à gérer le stress.

*Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Système socio-sanitaire / Adaptation et réadaptation*<sup>135</sup> (1.1.4.3)

<sup>135</sup> «L'organisation et les services liés aux activités qui permettent à une personne en situation de handicap de développer ses capacités physiques et mentales et son potentiel d'autonomie sociale.» (p.117).

La réadaptation n'est pas uniquement un facteur qui aide les personnes à retourner travailler ; certains participants ont mentionné que les soins de réadaptation leur avaient nui.

Une personne rapporte qu'afin de suivre le protocole d'intervention, une intervenante devait rencontrer l'employeur avant le retour au travail. Cette rencontre ayant pour but d'expliquer les conséquences du TCC à l'employeur. La participante était complètement en désaccord avec cette intervention, qu'elle imaginait comme lui causant un discrédit face à son employeur. Malgré son opposition, l'intervenante a procédé à la rencontre:

Alors ça m'aidait comme genre pas du tout. Puis là, je me disais : « Pourquoi ? Ce n'est pas moi qui a demandé ça, c'est elle ». Là j'ai dit : « Non je ne veux pas que tu ailles là », elle a dit [que] pour son protocole, il fallait qu'elle aille voir l'employeur [...]. Mais je trouvais tellement que ce n'était pas opportun, pas pour ce que moi j'avais besoin. Ce n'était pas du cas par cas. Eux autres dans leur protocole, c'est de même que ça marche. (Participante 10).

L'intervenante a donc persisté à faire une intervention que la participante ne comprenait pas et n'acceptait pas, et cela a eu pour conséquence d'affecter à la baisse l'estime de soi de cette personne. Ce facteur environnemental interagissait alors avec les facteurs personnels :

Je me disais : « Finalement, je suis peut-être pire que je pense. C'est peut-être moi qui... ». À certains moments, ça m'a fait reculer parce que je me dis : « Cou donc, c'est-tu moi qui se prend pour une autre et qui ne veut pas se voir? », parce qu'ils m'ont tellement dit que j'étais une traumatisée crânienne, ils me l'ont tellement dit là. [...] Assez qu'un moment donné, en farce, je me disais : « Je m'appelle [prénom] TCC [nom de famille]. Tu sais, parce que je suis une sarcastique. (Participante 10)

En ce qui a trait à deux autres personnes<sup>136</sup>, il apparaîtrait qu'on leur ait mal expliqué le retour au travail progressif. Elles avaient le sentiment qu'il y avait un modèle type et qu'elles devaient le suivre. Cela a favorisé l'émergence chez ces personnes d'un

<sup>136</sup> Ces personnes ont réalisé leur réadaptation il y a une dizaine d'années ; les pratiques peuvent avoir changé depuis.

sentiment désagréable, c'est-à-dire qu'elles avaient l'impression que dans le centre de réadaptation, elles n'étaient pas traitées selon leur spécificité ou qu'on leur imposait un traitement qu'elles ne sentaient pas nécessaire.

*Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Système socio-sanitaire / Soutien social*<sup>137</sup> (1.1.4.4)

Un manque d'organismes de soutien à l'emploi pour aider les personnes qui ont eu un TCC à retourner travailler a été évoqué par certains. De plus, selon une participante, parce que certaines personnes qui ont eu un TCC n'ont pas de séquelles apparentes, les organismes existants connaîtraient mal les besoins spécifiques de ces personnes.

*Facteurs sociaux / Facteurs socio-culturels / Règles sociales / Règles informelles / Valeurs et attitudes*<sup>138</sup> (1.2.2.2.1)

Les propos des participants mettent en évidence le fait qu'il existe plusieurs préjugés véhiculés dans la société à l'égard des personnes qui ont subi un TCC, en raison de la méconnaissance générale de cette blessure. Cette réalité peut leur nuire lorsqu'ils reprennent le travail. Par exemple, lorsque une participante mentionnait qu'elle avait des séquelles d'un TCC, elle s'est souvent heurtée à un refus de la part des employeurs.

Ensuite, à certains moments, dans son travail avec les adolescents, cette même participante éprouve des difficultés d'estime personnelle causée par l'attitude des adolescents : «[...] mon travail présentement, ce qui me fait le plus peur c'est mettons je ne veux pas travailler dans les écoles secondaires, parce que c'est au niveau de mon estime personnelle, parce qu'ils sont très méchants des fois les [adolescents]»

---

<sup>137</sup> «L'organisation et les services liés aux activités susceptibles de procurer aux personnes et à leurs proches diverses formes de ressources pour faire face aux difficultés de la vie, tels que le répit et le dépannage, le gardiennage, le soutien psychosocial, le soutien résidentiel, l'aide domestique, etc.» (p.117).

<sup>138</sup> «La morale, les philosophies, les coutumes, les croyances, les représentations sociales ainsi que les comportements qui en découlent.» (p. 121).

(Participant 5). La peur de devoir faire face à des commentaires désagréables liés à ses séquelles faciales a pour conséquence d'amener cette participante à refuser d'aller au travail lorsqu'on l'appelle pour exercer son métier dans une école secondaire.

Pour un autre participant, il semblerait que ses collègues, par leurs commentaires, peuvent influencer son état. Voyons ses propos :

Si tu arrives au travail un matin, dans ton milieu de travail, puis le monde te dit : « T'as l'air fatigué à matin », il suffit qu'il y en ait 5-6 qui te disent que t'as l'air fatigué puis que t'as le teint pâle, puis t'es verdâtre, puis t'as l'air malade, que christie tu vas tomber malade. Bon je veux dire en quelque part ton état de santé, c'est aussi dans la perception que... Alors quand le message que les autres t'envoient, ben je veux dire par le support qu'on veut te donner ben si tu as besoin de tellement de support, c'est comme si eux autres diagnostiquaient, ben t'es peut-être plus mal en point que toi tu le penses. (Participant 1)

Une des participantes qui travaille à temps partiel a rapporté que lorsqu'elle parvient à avoir un horaire de travail adapté, cela suscite parfois de la jalousie chez des collègues de travail, qui estiment qu'elle jouit de meilleures conditions de travail qu'eux.

L'attitude de l'employeur a également été nommée par une personne comme étant un obstacle à son retour au travail. Selon la participante, ce dernier ne voulait plus l'employer après son accident à cause de sa séquelle physique, soit la défiguration.

Un participant mentionne également que le manque de solidarité entre collègues est un facteur qui nuit présentement à son intégration dans son travail. Il pense ne pas compter suffisamment pour ses collègues et pour l'entreprise dans laquelle il travaille, et il croit qu'il n'y a pas d'avenir pour lui à cet endroit. Ce participant a beaucoup de séquelles, il est difficile pour lui de s'intégrer à l'équipe de travail: «Moi je sais qu'au boulot, je fais mon boulot, mais malgré que ça soit un travail d'équipe, je ne fais pas partie de l'équipe.» (Participant 6).

#### **6.4.2 Interactions**

Parmi les facteurs environnementaux qui nuisent au retour au travail, nous avons relevé quelques interactions. Certaines ont été exposées dans les pages précédentes. En voici d'autres.

Une participante, qui était aux études et dont le statut demeurait indéterminé auprès de la SAAQ, mentionne qu'elle a été obligée de travailler pendant sa réadaptation car elle ne recevait pas d'indemnisation<sup>139</sup>. Cette situation a eu un impact désastreux sur sa qualité de vie. Effectivement, pendant sa réadaptation, elle était très fatiguée et comme elle devait travailler, elle était encore plus fatiguée et cela a eu pour résultat de la conduire vers une mononucléose puis finalement, vers une dépression. Donc, le manque d'argent semble avoir eu un impact important, qui a eu des répercussions en cascade. Si elle avait reçu une indemnité de remplacement de revenu à ce moment, elle aurait peut-être prévenu la dépression qui semble découler du retour au travail, lui-même précipité par le manque d'argent.

D'autres personnes mentionnent que le stress généré par le travail nuit à leur sommeil, donc directement à leur capacité de travailler sans être fatigué. Ainsi, la personne doit travailler tout en étant fatiguée, ce qui la rend plus vulnérable à commettre des erreurs à son travail. Cela a pour conséquence de générer davantage de stress et, tel un cercle vicieux, de conduire à d'autres problèmes d'insomnie.

Un facteur qui a nui au retour au travail d'une personne est les procédures à réaliser avec l'organisme qui fournit l'indemnité de remplacement de revenu, la SAAQ. La complexité des démarches et le manque d'assistance pour les réaliser sont des facteurs qui ont été évoqués. En effet, ceux qui ont un statut à temps partiel doivent accomplir plusieurs démarches administratives avec la SAAQ en lien avec leur rémunération. Cette étape est vécue par plusieurs comme une source de stress, qui

---

<sup>139</sup> «1.1.3.4.1- Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Sécurité financière / Sécurité du revenu : L'organisation et les services qui visent à soutenir ou à remplacer le revenu, tels que l'assurance-chômage, l'assistance sociale, les différentes allocations, les assurances-invalidité, les assurances-vie, les programmes de compensation des coûts liés aux incapacités, etc.» (p. 117).

peut se répercuter sur leur productivité au travail : «J'ai beaucoup de difficultés avec la SAAQ pour des affaires. Ça, c'est un autre facteur de stress, la SAAQ.» (Participant 5). Selon ce participant, cette grande source de stress crée des difficultés de sommeil, qui se répercutent ensuite sur les performances qu'il peut réaliser à son travail.

## **6.5 Facteurs environnementaux favorisant le retour au travail**

Dans la section précédente, nous avons vu que plusieurs facteurs environnementaux nuisent au retour au travail des personnes qui ont eu un TCC. Les participants ont également identifié des facteurs environnementaux qui ont favorisé leur retour au travail. Nous les verrons au cours de cette partie<sup>140</sup>. Ces facteurs sont répartis dans la catégorie des facteurs sociaux et des facteurs physiques.

### **6.5.1 Facteurs sociaux**

#### *Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Marché du travail (1.1.3.1)*

Nous avons d'abord répertorié dans cette catégorie le fait que la personne reprenne son ancien emploi. Tel que rapporté au chapitre I, le TCC peut réduire les capacités d'apprentissage vu les problèmes de mémoire qu'il entraîne, et cela nuit à la reprise des études. On a également vu que les problèmes de mémoire affectent généralement tous les nouveaux apprentissages à réaliser, alors que ce qui a déjà été appris avant le TCC est souvent mieux ancré dans la mémoire. Or, les gens qui ont repris leur travail connaissent comment réaliser leurs tâches, souvent apprises depuis plusieurs années.

Un autre facteur qui a été souvent évoqué par les participants est celui du retour au travail progressif. Celui-ci a été apprécié par plusieurs. Certains estiment qu'ils auraient réussi leur retour au travail sans cette mesure, mais le retour au travail

---

<sup>140</sup> Ces facteurs sont reproduits sous forme de liste à l'annexe VII.

progressif fut quand même le bienvenu. Ce programme a permis aux participants de reprendre le rythme de travail graduellement et de récupérer de leurs séquelles ou de s'y ajuster. Pour une autre participante, qui a subi deux échecs de retour au travail à temps plein tout en suivant des traitements de réadaptation, c'est un retour au travail progressif d'une durée de 6 mois qui lui a permis de reprendre le travail à temps plein. Pour certains, le retour progressif a également été un moyen de reprendre graduellement le travail et de redevenir performant.

Par ailleurs, dans notre étude, 4 participants sur 10 sont les dirigeants d'une entreprise. Nous avons constaté que les personnes qui étaient gestionnaires de l'entreprise pour laquelle ils travaillaient avaient un avantage environnemental par rapport aux autres pour reprendre le travail. Nous avons identifié trois éléments facilitant le retour au travail des patrons d'entreprise :

1°) *La délégation de responsabilités* : Ils pouvaient facilement déléguer certaines responsabilités lors de leur convalescence et à leur retour. Dans le cas d'un participant, les employés s'étaient pris en mains pour faire fonctionner l'entreprise en son absence. Le participant indique que ses employés ont trouvé des moyens de travail que l'entreprise utilise encore aujourd'hui en raison de leur utilité.

2°) *La possibilité d'ajuster son rythme de travail à ses capacités* : Les gestionnaires pouvaient prendre des pauses à leur convenance, ce qui est un avantage non négligeable pour une personne qui a eu un TCC et qui peut avoir des séquelles au niveau de la fatigabilité. Prendre des pauses au besoin peut être plus difficile lorsque le travailleur est employé.

3°) *La compréhension des clients* : Pour un autre, ses clients ont favorisé son retour en étant patients avec lui dans les délais pour la remise des travaux. Ses clients ne lui imposaient aucune pression pour la remise des travaux. Ils comprenaient qu'il avait eu un accident et ils lui ont laissé le temps de récupérer. Ce facteur a été extrêmement aidant.

L'habitude régulière de repos durant la journée a aussi été nommée. Lorsqu'ils sont fatigués, certains prennent des pauses en travaillant ou des journées de repos lorsqu'ils sont appelés à travailler plusieurs jours consécutifs. Un participant a identifié que dans son travail, les horaires étaient coupés de façon naturelle sans qu'il le demande et il trouvait cela facilitant à son retour car ça lui permettait de prendre des pauses de travail et de se reposer.

D'autres rapportent qu'un horaire de travail stable est très important pour eux. Il apporte la stabilité au quotidien (régularité du lever et du coucher, régularité des heures de repas, etc.) et il apparaît que, selon certains participants, cette stabilité peut aider à apporter l'équilibre à la vie quotidienne. Un participant nous a également dit qu'il travaillait avec des personnes très routinières et que cette situation l'aidait énormément, car il avait lui-même besoin de stabilité pour bien fonctionner.

*Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Sécurité financière / Sécurité du revenu (1.1.3.4.1)*

Il apparaît que le retour au travail des personnes qui ont reçu une indemnité de remplacement de revenu a été facilité. Nous l'avons dit plus tôt, la SAAQ compense financièrement la personne pendant sa réadaptation et son retour au travail, jusqu'à ce qu'elle gagne le même salaire qu'avant son accident. Certains participants ont mentionné que le remplacement de revenu effectué par un organisme payeur comme la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) avait été bénéfique pour eux :

[...] j'ai eu la chance dans ma malchance d'avoir un accident d'auto, et c'est la SAAQ qui donne des revenus. [...] Dans le fond je n'ai pas vu de différence vraiment parce qu'ils donnent 90 % de ton revenu. Alors, je n'ai pas eu de problèmes au niveau monétaire (Participante 10).

Une des personnes ayant participé à notre étude a expliqué que cette indemnité a permis de diminuer la pression de performance, car elle savait que ce n'était pas

l'employeur qui défrayait les coûts liés à une lenteur post-TCC durant la période où elle était en réadaptation et qu'elle recouvrait ses capacités pour redevenir performante. Cela avait pour conséquence que cette personne pouvait prendre tout le temps nécessaire pour récupérer, et ce, sans pression. En effet, consciente de sa baisse de performance, la personne aurait pu ressentir un sentiment de stress en raison de la tâche réduite qu'elle pouvait accomplir.

Par ailleurs, pour d'autres, le fait de ne pas recevoir d'indemnité de remplacement de revenu a également été bénéfique. En effet, une personne a déclaré avoir expérimenté un sentiment de fierté à l'idée de reprendre le travail, parce qu'elle trouvait difficile d'être dépendante de ses proches pour vivre.

*Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Système socio-sanitaire / Adaptation et réadaptation (1.1.4.3)*

Parmi les facteurs sociaux, les interventions de réadaptation et l'apport des différents professionnels ont été utiles pour plusieurs participants. Ces facteurs auraient favorisé le passage de la réadaptation au travail.

Un participant a mentionné qu'un facteur qui nuisait à son retour au travail pendant sa période de réadaptation s'est transformé en facteur favorisant le retour. Effectivement, pendant sa réadaptation, ce participant a eu une forte réaction négative envers les intervenants. Il constatait que ces derniers identifiaient faussement certains traits comme étant des séquelles du TCC, alors qu'ils faisaient partie de sa personnalité avant l'accident. Il sentait alors que les intervenants voulaient lui imposer des traitements qu'il ne sentait pas nécessaires. Or, cette réaction a engendré une rencontre conjointe entre lui, les intervenants et le médecin responsable de l'équipe de réadaptation, ce qui a eu pour résultat d'inciter les intervenants à planifier davantage les traitements en accord avec monsieur, à écouter ses demandes. Les intervenants sont ainsi devenus un facteur environnemental favorisant le retour au travail du participant en établissant une démarche consensuelle avec lui.

L'accompagnement par un intervenant pendant le retour au travail progressif était aussi bien apprécié et utile pour plusieurs : «Ça je pense que ça m'a aidé. Moi je dirais que ça m'a aidé psychologiquement. [...] C'était heureux, c'était bien. C'était bien finalement, ça a favorisé des choses, ça a permis que ça se fasse en douceur.» (Participant 1). L'intervenant a procuré à cette personne une sensation sécurisante et chaleureuse en l'accompagnant dans une démarche parfois difficile ; dans le cas où la personne expérimentait des difficultés en liens avec le retour, elle pouvait en discuter avec l'intervenant qui effectuait le suivi.

Une participante a expliqué que le centre de réadaptation lui a permis de découvrir différentes techniques de relaxation et d'organisation du travail ainsi que de recevoir du suivi psychologique, ce qui a mis fin à la baisse de performance qu'elle expérimentait.

Finalement, la réadaptation de courte durée a été nommée par un participant comme étant un facteur qui a favorisé son retour au travail. Autrement dit, pour lui, ne pas être en arrêt de travail trop longtemps semble avoir aidé la reprise de ce dernier.

*Facteurs sociaux / Facteurs politico-économique / Système socio-sanitaire / Soutien social (1.1.4.4)*

Outre les moyens d'adaptation et de réadaptation, les organismes de soutien à l'emploi ont également été identifiés en tant que facteur aidant. En effet, ces organismes peuvent rencontrer les employeurs potentiels afin de faciliter l'intégration des personnes qui ont eu un TCC. Ils peuvent également fournir du soutien aux employés une fois qu'ils ont commencé leur nouveau travail.

*Facteurs sociaux / Facteurs socio-culturels / Réseau social<sup>141</sup> (1.2.1)*

---

<sup>141</sup> «Ce qui est relié aux relations interpersonnelles au sein d'une société, telles que celles présentes dans une structure familiale et dans les autres structures sociales.» (p.120).

Nous avons vu au chapitre précédent que les proches ont été un facteur favorisant la réadaptation par le soutien qu'ils pouvaient apporter à la personne qui avait le TCC. Les participants ont aussi abordé la question de l'aide reçue des proches, conjoint(e) et enfants, de même que des collègues de travail ou des employés (dans le cas où la personne était chef de l'entreprise), qui a favorisé leur retour au travail. Il apparaît que cette aide, qui se présentait sous la forme d'un support moral par une attitude compréhensive ou d'un support technique pour la réalisation des tâches ménagères, a été fort utile pour neuf participants à cette étude.

Les neuf participants ont également ajusté le niveau des tâches ménagères qu'ils effectuaient à la maison. Lorsqu'ils sont retournés travailler, ils ont planifié davantage la réalisation de ces tâches avec leur conjoint ou avec leurs enfants. Dans certains cas, certaines tâches ménagères reposent sur le conjoint. Par exemple, certaines personnes ne préparent pas les repas lorsqu'ils reviennent du travail. Selon les participants, cette aide est un facteur déterminant pour retrouver et conserver un niveau de performance au travail. Les proches ont compensé pour la baisse de performance globale, qui se présentait surtout dans la sphère domestique.

Dans un autre ordre d'idées, cinq participants (mis à part les 4 gestionnaires) se sont sentis bien intégrés à leur emploi. Ils ressentaient un appui venant de l'employeur ou des collègues ; ils pensaient être bien compris et surtout, soutenus socialement. Cela a été identifié à plusieurs reprises comme étant un facteur environnemental facilitant le retour au travail.

Un participant nous a également expliqué que les pensées positives des autres personnes, des gens qui pensaient à lui, pouvaient avoir favorisé sa récupération et son retour au travail. En effet, ce participant nous a dit qu'il connaissait beaucoup de personnes et qu'il croyait que ces dernières pensaient à lui et souhaitaient sa récupération durant sa réadaptation. Il était convaincu que cela avait favorisé son retour au travail et également sa récupération générale.

*Facteurs sociaux / Facteurs socio-culturels / Règles sociales / Règles informelles / Valeurs et attitudes (1.2.2.2.1)*

L'attitude des intervenants, leur compréhension des séquelles et leur flexibilité a aidé plusieurs participants. Selon un participant, ce milieu était adéquat et idéal pour récupérer du TCC :

Oui j'ai bien aimé ça. Ils prennent soin de toi. Toi, tu es comme le centre du monde. Puis moi, je n'ai pas l'habitude de parler de moi-même, [...] puis là je suis arrivé là puis là, il faut que tu parles de toi. Puis tout est correct, tout est beau. Il fallait que je m'ouvre plus puis envoye donc. Ça a été un beau moment puis je l'ai vécu. (Participant 4)

Les commentaires des intervenants de réadaptation ont aussi un impact sur le retour au travail. En effet, un participant a expliqué que le commentaire d'un médecin, qui lui avait dit de reprendre sa vie normale, l'avait aidé à retourner travailler. C'est comme si le médecin légitimait les démarches de la personne et l'encourageait. De plus, neuf participants ont mentionné que pour les intervenants, il avait toujours été clair qu'ils retourneraient travailler.

Un autre facteur qui semble favoriser le retour au travail d'une personne qui a eu un TCC est l'attitude de l'employeur. Il apparaît qu'un employeur compréhensif et flexible facilite énormément le retour :

Puis j'ai eu une belle compréhension de la part de mes employeurs aussi. Parce que des fois, il y a des périodes que j'étais beaucoup plus fatiguée, puis mettons une semaine que j'étais plus fatiguée, ben elle m'enlevait un shift une semaine, ou elle ajustait mon horaire des fois... (Participant 5)

Par ailleurs, certains participants ont aussi mentionné que le départ d'un patron qu'ils jugeaient comme un obstacle avait été favorable à leur retour au travail.

## 6.5.2 Facteurs physiques

### *Facteurs physiques / Nature / Temps<sup>142</sup> (2.1.3)*

Pour un participant, le moyen qui a été évoqué pour retrouver sa capacité de performer dans son travail a été de laisser le temps graduellement réparer les choses ; il mentionne n'avoir eu aucun autre ajustement à réaliser. Ce participant a décrit peu de séquelles et de retombées associées à son TCC. Il est donc possible qu'il n'avait peut-être pas besoin de réaliser d'autres démarches pour arriver à performer dans son travail.

### *Facteurs physiques / Aménagements / technologie / Aliments et drogues<sup>143</sup> (2.2.3.1)*

Pour un participant, la prise de marijuana après le travail est perçue comme un facteur qui a favorisé le retour au travail car elle l'a aidé à réduire le stress lié aux activités de travail. Le café a également été nommé par des participants comme moyen pour demeurer éveillé plus longtemps.

La prise d'un médicament appelé *Concerta*<sup>144</sup> a également contribué à améliorer la vie d'une participante. Elle précise n'avoir jamais pris de *Concerta* avant son accident. Selon elle, ce médicament l'a beaucoup aidée à réduire l'ampleur des retombées des séquelles et à redevenir performante. Au travail, cela lui a permis d'être plus concentrée et moins fatiguée: «Je suis capable de faire plein de choses. Je peux aller travailler, par exemple le matin jusqu'à X heure l'après-midi, après je vais à l'école ou le contraire. Puis le soir je vais faire d'autres activités, je vais aller au gym, je vais aller faire du social avec mes amies.» (Participante 7). De plus, le *Concerta* lui permet de faire moins d'erreurs au travail.

<sup>142</sup> «Le déroulement des événements en termes de durée permettant de les situer les uns par rapport aux autres et qui rythment la vie quotidienne, tels que les années, le rythme des saisons, les mois lunaires, les semaines les jours, les heures, les minutes, les secondes, etc.» (p.121).

<sup>143</sup> «Les substances susceptibles de servir à la nutrition, de remèdes, de médicaments et les autres agents thérapeutique.» (p.123).

<sup>144</sup> Le «Concerta est un stimulant du système nerveux central utilisé pour traiter le TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) [...]» (Janssen-Ortho, 2008).

### **6.5.3 Interaction**

Il apparaît que l'ouverture de l'employeur, en plus de favoriser le retour au travail, favorise également la confiance en soi du participant. En effet, en trouvant des moyens d'adaptation, l'employeur aide le participant à réussir dans son travail, ce qui favorise l'émergence de la confiance dans ses capacités.

## **6.6 Recommandations sur le retour au travail**

Dans cette partie, nous exposerons les recommandations que les participants ont formulées lorsque nous leur avons demandé qu'elles étaient leurs suggestions pour améliorer le retour au travail des personnes qui ont eu un TCC. Nous verrons d'abord celles qui s'adressent aux personnes qui ont eu un TCC. Nous décrirons ensuite celles qui visent les intervenants en réadaptation. Nous poursuivrons avec celles concernant les milieux de travail et nous terminerons avec celle qui s'adressant à la société.

### **6.6.1 Recommandations des participants aux personnes qui ont eu un TCC**

Les participants ont formulé plusieurs recommandations aux personnes qui ont eu un TCC et qui veulent retourner travailler. La première série de recommandations concerne les séquelles du TCC. Les participants ont suggéré à ces personnes de reconnaître leurs séquelles et quels sont les moyens qu'elles peuvent utiliser pour les compenser. Il leur faut faire le deuil des pertes qu'elles ont subi afin de se concentrer sur les forces qui demeurent. Pour ce faire, elles peuvent avoir un plan d'attaque afin d'éviter d'être prises au dépourvu en cas de problème (par exemple, une personne qui sait qu'elle éprouve des problèmes de fatigue doit prévoir des pauses durant la journée de travail). Il faut également qu'elles utilisent l'aide et les moyens mis à leur disposition pour récupérer de leurs séquelles. De plus, les personnes doivent parvenir à bien expliquer leurs séquelles à leurs employeurs afin que ces derniers puissent mieux comprendre leurs besoins et les aider plus facilement.

Deuxièmement, récupérer d'un TCC peut prendre du temps. Ainsi, il apparaît d'abord qu'il ne faut pas aller trop rapidement dans le processus décisionnel qui mène vers l'établissement du statut<sup>145</sup> des personnes qui ont eu un TCC. Ensuite, les personnes doivent avoir de la patience et prendre tout le temps nécessaire pour récupérer du TCC.

Troisièmement, les personnes doivent voir le fait de travailler comme un droit et foncer vers ce but sans douter de leurs capacités à l'atteindre. Certes, le parcours peut-être jalonné de difficultés, elles peuvent parfois douter et avoir des craintes, mais il faut persister et tenir bon.

Quatrièmement, selon les deux personnes qui ont fait leur réadaptation il y a une dizaine d'années et qui ont été extrêmement critiques au sujet du rôle des intervenants de réadaptation, il ne faut surtout pas laisser les proches ou les intervenants de réadaptation décider seuls de la capacité à travailler ou non. Les personnes doivent se faire confiance et s'écouter : «Très important de se faire confiance et d'être conscient de ses limites aussi.» (Participant 8). Cela dit, les pratiques de réadaptation ont peut-être évolué au fil des ans puisque les autres participants n'ont pas mentionné ce type de commentaire envers les intervenants.

### **6.6.2 Recommandations des participants aux intervenants des services de réadaptation**

Les participants ont également fait des recommandations aux intervenants. Il apparaît d'abord qu'ils doivent être à l'écoute des personnes et travailler en partenariat avec elles:

---

<sup>145</sup> Dans la réadaptation, un statut sera attribué à la personne qui a le TCC. Elle sera apte au travail à plein temps, apte au travail à temps partiel ou inapte au travail.

Le problème des intervenants, c'est qu'ils oublient que toi, tu n'es pas un objet. Ils oublient que [...] toi, tu devrais être le contracteur général de ta propre démarche de réinsertion, de réhabilitation, de retour à la santé, de retour à la société, de retour au travail, etc. (Participant 1)

L'intervenant doit également être prudent dans son interprétation des séquelles de l'accident. Il doit bien départager les séquelles du TCC des caractéristiques individuelles de la personne qui étaient présentes avant l'accident. Les intervenants doivent adopter une position face à la personne qui tienne en compte, en plus du TCC, de qui elle est et de qui elle était auparavant, en incluant son histoire de vie.

Finalement, il est également recommandé que les intervenants améliorent leurs services d'aide pour la recherche d'un travail.

### **6.6.3 Recommandations aux milieux de travail**

Il est également apparu que les milieux de travail avaient aussi des améliorations à effectuer. Selon un participant, «[...] il faut que le milieu de travail se comporte comme une communauté. » (Participant 1). Le milieu de travail doit être accueillant, chaleureux et réceptif envers la personne qui a eu le TCC. Il est important que la personne arrive à sentir qu'elle est désirée au sein de l'entreprise. Pour ce participant, le milieu de travail doit faciliter et encourager le retour de la personne qui a eu un TCC et lui fournir des conditions adaptées à ses besoins.

Une participante a mentionné qu'il serait avantageux que les milieux de travail soient plus à l'écoute des demandes des personnes qui ont eu un TCC. Selon elle, les employeurs doivent améliorer leur écoute des personnes qui ont besoin d'adaptation pour travailler, notamment au plan des conditions de travail (pauses, horaire de travail flexible, etc.).

#### **6.6.4 Recommandations à la société**

Nous n'avons pas posé de question sur des recommandations à la société, mais un des participants a fait une recommandation à cet effet. Comme il ne recevait pas d'indemnité de remplacement de revenu, il estime que les instances politiques auraient avantage à créer une indemnité universelle, accessible à tous, pour les personnes qui ont un accident et qui ne peuvent plus travailler. Selon lui, cela favoriserait le retour au travail progressif de personnes qui ont besoin de cette mesure pour bien récupérer de leur TCC. Sans cela, elles peuvent retourner au travail à temps plein de façon hâtive, malgré de lourdes séquelles, et en subir des conséquences négatives. Dumont (2003), suggère également de réfléchir à la possibilité de créer une assurance universelle : «[...] peut-on songer à une forme de continuum entre les organismes impliqués dans l'indemnisation pour uniformiser la couverture d'assurance à l'ensemble des québécois ?». (Dumont 2003, p. 131-132).

#### **Conclusion**

Afin de conclure ce chapitre, nous reviendrons sur certains éléments qui ont retenu notre attention. Premièrement, huit participants sur dix exercent dans le même domaine professionnel qu'au moment de l'accident. Ceci peut se comprendre de plusieurs manières. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le niveau de sévérité du TCC prédit mal à lui seul les chances de reprendre le travail. La présence de séquelles et les répercussions de ces dernières sur le fonctionnement doivent également être prises en compte. Par exemple, une des personnes faisant partie de l'échantillon, qui avait un TCC modéré et aucune autre blessure, a été en arrêt de travail trois mois, alors qu'un autre participant ayant un TCC sévère accompagné d'un coma de 12 jours, suivi d'une amnésie post-traumatique d'une semaine et de légères blessures physiques, n'a mis que deux mois à reprendre progressivement le travail. Comment expliquer que ce résultat?

On peut d'abord penser que pour ces huit participants, les séquelles et leurs retombées ne les ont pas empêchés de reprendre leur carrière. Le succès de ces participants peut être également expliqué par l'hypothèse que les séquelles n'entrent pas en conflit avec la fonction que le participant exerce. Par exemple, une personne éprouve un ralentissement ou une lenteur au niveau des activités intellectuelles, qui engendre une baisse du niveau de performance. Cette séquelle ne l'empêchera pas de travailler si la personne est à son compte et qu'elle accepte de réaliser moins de tâches dans une journée. Ensuite, on peut penser que les personnes qui sont retournées travailler ont ressenti des séquelles et leurs retombés, mais qu'elles se sont finalement adaptées et ont réussi à reprendre leurs fonctions. Cela dit, au-delà des séquelles, si plusieurs facteurs personnels et facteurs environnementaux nuisent au retour au travail, d'autres semblent le favoriser.

Deuxièmement, nous avons également noté que neuf des participants de notre étude sont retournés au travail rapidement, soit à l'intérieur d'un délai de onze mois. Le dernier participant à notre étude a mis huit ans à retourner. La rapidité avec laquelle la majorité des participants sont retournés au travail est en accord avec les statistiques démontrant que plus l'arrêt est long, moins les chances sont grandes que le retour survienne dans un délai de trois ans.

Toutefois, nous pensons que les personnes qui mettent plus de temps à retourner travailler ressentent probablement plusieurs complications liées à d'autres blessures ou aux séquelles du TCC. D'après nous, la variable du temps n'explique rien à elle seule. La gravité des séquelles du TCC, l'envergure des autres blessures et l'importance de leurs retombés fournissent une meilleure explication du retour rapide au travail ou non. Encore ici, il s'avère que les facteurs personnels ne sont pas les seuls en cause dans l'explication de ce qui nuit ou favorise au retour au travail. Les facteurs environnementaux doivent aussi être pris en considération.

Les facteurs personnels qui nuisent au retour au travail et qui ont été relevés par les participants sont les suivants : pertes de mémoire, difficultés avec l'attention divisée,

difficultés de concentration, difficultés de compréhension avec l'employeur, difficulté à se mobiliser pour rechercher un emploi, mal assumer le retour au travail progressif, baisse de l'estime de soi, peur du rejet si le travail est mal fait, difficulté à accepter des commentaires émis par les confrères de travail, difficultés de contrôle des émotions, labilité, impulsivité, difficulté de gestion du stress lié aux tâches de travail à accomplir, baisse du niveau de performance que la personne est en mesure de réaliser, blessure au cerveau (TCC), avoir une jambe brisée.

Les facteurs personnels qui favorisent le retour au travail et qui ont été relevés par les participants sont les suivants : bonne condition des capacités intellectuelles, oublier rapidement les mauvaises réactions des gens face à son apparence, donner un sens à son TCC, être convaincu de pouvoir reprendre son travail, être conscient de ses capacités et de ses séquelles, vouloir reprendre le travail, avoir de la force de caractère pour faire face aux difficultés, se motiver pour travailler, se dépasser, combattre avec détermination les séquelles, aimer travailler, être flexible, s'adapter aux séquelles du TCC, les accepter et prendre les moyens pour faire face aux difficultés, ralentir le rythme de travail, ajuster son mode de vie, utiliser un calepin ou un tableau horaire, ne pas parler du TCC aux employeurs, être capable de s'affirmer face aux intervenants, avoir un contrôle de soi, se relaxer grâce à l'activité physique, être ouvert face aux commentaires des autres, être en bonne condition physique.

Quelques facteurs environnementaux qui nuisent au retour au travail ont été relevés par les participants, dont les principaux sont : difficultés liées au travail à temps partiel, stress créé par le marché du travail, pauses durant le travail insuffisantes et non rémunérées, protocoles de réadaptation rigides, retour progressif insuffisamment expliqué, manque d'organismes de soutien à l'emploi, complexité des démarches avec la SAAQ, préjugés véhiculés dans la société à l'égard des personnes qui ont subi un TCC, attitude des gens envers la personne qui a le TCC, réticences de l'employeur, manque de solidarité entre collègues, aucune indemnisation de remplacement de revenu.

Plusieurs facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail ont été répertoriés et ils sont les suivants : reprendre son ancien emploi, retourner au travail progressivement, être le patron de son entreprise, pouvoir prendre des pauses, avoir un horaire de travail stable, avoir une indemnité de remplacement de revenu (mais le fait de ne pas en avoir peut être une source de motivation), avoir l'impression de participer à sa réadaptation, accompagnement des intervenants, apprentissages fait au centre de réadaptation, présence d'organismes de soutien à l'emploi, aide reçue des proches, se sentir intégré dans son travail, attitude des intervenants (leur compréhension, leur flexibilité et leur commentaires), attitude compréhensive de l'employeur, se donner le temps de récupérer de ses séquelles, prise d'une substance tel que la marijuana, le café ou le *Concerta*.

En terminant, revenons sur les principales recommandations que les participants ont formulées. Aux personnes qui ont eu un TCC, ils suggèrent de prendre le temps de récupérer du TCC, de reconnaître leurs séquelles et de concevoir une stratégie pour leur faire face, ainsi que de persévérer dans leur but de retourner travailler. Aux intervenants, il est conseillé d'être à l'écoute des personnes et de leurs besoins, d'être prudents dans leur interprétation des séquelles et d'offrir davantage de soutien dans la recherche d'un travail. Il est indiqué aux milieux de travail de créer une atmosphère communautaire qui intègre mieux les personnes qui ont eu le TCC et il leur est demandé d'être davantage à l'écoute des besoins de ces personnes. Il est également recommandé aux instances politiques de créer une indemnité de remplacement de revenu accessible à tous.

## CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif d'identifier et de mieux comprendre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail. Les entrevues réalisées nous ont permis d'atteindre cet objectif (nous prétendons toutefois pas à l'exhaustivité ici), bien que nous ayons fait face à certaines limites méthodologiques.

Une première limite de cette étude se situe sur le plan de la sévérité des séquelles qui ont été expérimentées par les personnes faisant partie de l'échantillon. Nous avons anticipé des séquelles plus lourdes chez les participants. Or, aucun ne présentait de limitations fonctionnelles importantes ayant un impact majeur sur la réalisation de ses habitudes de vie. Nous avons expliqué que deux types de biais pouvaient rendre compte de cette situation : les problèmes au plan médical concernant la détermination de la sévérité du TCC, ou alors un biais de sélection. Nos résultats ne sont donc pas généralisables à la population de personnes ayant eu un TCC modéré ou sévère, mais la généralisation statistique n'était pas recherchée dans cette étude. Toutefois, si nous devions reprendre cette étude, nous inclurions un autre critère de sélection; nous chercherions à inclure dans l'échantillon des participants qui ont gardé des séquelles plus importantes du TCC et qui se répercutent sur leurs habitudes de vie. Ceci permettrait de mieux saisir comment les facteurs aidant contrecarrent ceux qui nuisent au retour au travail, quels sont les facteurs à stimuler et quelles adaptations environnementales sont nécessaires pour permettre à un plus grand nombre de personnes qui veulent retourner travailler de réaliser avec succès un retour au travail.

À la lumière des données, nous arrivons maintenant au moment de faire certaines recommandations. Celles-ci concernent la détermination du diagnostic, l'utilisation du PPH, les interventions de réadaptation, le plan politique et la recherche en service social.

Premièrement, tout comme l'avait écrit Winn et Youmans (2004), nous avons remarqué dans notre recherche que le caractère modéré ou sévère du TCC n'a pas été

un indicateur du caractère modéré ou sévère des séquelles qui étaient expérimentées chez les participants. De la même manière, le caractère modéré ou sévère des séquelles n'a pas été un indicateur des retombées modérées ou sévères de ces séquelles sur le fonctionnement de la personne. Il semblerait que le niveau de fonctionnement qu'une personne peut atteindre après sa réadaptation ne soit pas uniquement lié à la sévérité du TCC, mais soit également influencé par d'autres facteurs personnels ou environnementaux. Donc, il faut être très prudent lorsque que le diagnostic est déterminé et ne pas présumer du niveau de récupération que la personne atteindra.

Deuxièmement, nous sommes convaincus que le cadre conceptuel PPH est fort pertinent pour identifier un large éventail de facteurs personnels et de facteurs environnementaux qui favorisent ou nuisent au retour au travail d'une personne. Le PPH est également utile pour mettre à jour des interactions nuisibles, mais aussi des interactions bénéfiques, entre différents facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie. Il nous semble que les intervenants en réadaptation auraient avantage à utiliser le PPH pour dresser le portrait, chez chaque personne, des facteurs qui nuisent et des facteurs aidant présents afin de favoriser leur retour au travail, entre autres dimensions du fonctionnement. Ce bilan pourra ensuite aider à cibler les moyens d'adaptation qui seront nécessaires pour que la personne ait de meilleures chances de reprendre le travail.

Troisièmement, les soins de réadaptation ont avantage à favoriser le développement de la conscience de soi chez les personnes. En effet, tous les participants de notre étude avaient une conscience de soi qui était relativement développée. Il semble qu'en étant conscientes de leurs forces et de leurs faiblesses, les personnes ont plus de facilité à trouver des adaptations pour fonctionner et, du même coup, réussir à retourner travailler.

Ensuite, les intervenants en réadaptation ont avantage à s'assurer de la présence et de l'appui d'un réseau social afin d'accroître le sentiment de soutien social expérimenté

par la personne qui a eu le TCC. En effet, nous avons constaté que tous les participants de notre étude ont bénéficié de ce soutien, qui les a aidés à récupérer et ensuite à retourner travailler. Sur cette base, nous ajoutons une action préalable aux trois recommandations de Shame et al. (2007)<sup>146</sup> pour favoriser le retour au travail : afin d'éviter à certaines personnes de devenir à risque d'échouer leur retour au travail en raison de la faiblesse de leur réseau social, il est clair qu'il faut en premier lieu déterminer quelles sont les personnes qui sont à risque d'expérimenter une faiblesse au niveau du soutien social et ensuite favoriser la mise en place d'un tel réseau pour aider ces personnes. Cela dit, il serait opportun d'étudier davantage le facteur de soutien social. Afin d'accroître la compréhension de l'effet de ce facteur sur la récupération des capacités après un TCC, il serait intéressant de comparer l'évolution de personnes qui ont eu un manque de soutien social à des personnes qui ont été favorisées sur ce plan.

Quatrièmement, sur le plan politique, nous partageons le point de vue d'un participant à l'effet que la mise en place d'une rente d'invalidité universelle pour les personnes qui ont eu un TCC pourrait grandement favoriser la récupération et, ultimement, le retour au travail des personnes qui ne sont pas indemnisées. En effet, l'absence d'indemnisation peut parfois contraindre certaines personnes à retourner prématurément sur le marché du travail et leur causer un préjudice ou même, être lié à un échec du retour au travail.

Cinquièmement, cette étude ouvre certaines pistes de recherche. Outre une étude plus approfondie de l'influence du soutien social, il faudrait également vérifier quels sont les facteurs qui ont influencé le retour au travail d'une personne qui le réalise après avoir terminé sa réadaptation. En effet, notre échantillon était constitué en majorité de personnes qui travaillaient en terminant leur réadaptation. Ainsi, nous n'avons pas d'informations sur les personnes qui réalisent un retour au travail après de

---

<sup>146</sup> 1- identifier les personnes à risque d'échouer leur retour au travail. 2- Établir une approche coordonnée et structurée avec l'équipe de réadaptation, en coopération avec l'employeur, en ayant pour unique but de venir en aide aux personnes qui ont le TCC et qui sont à risque d'expérimenter des difficultés. 3- Augmenter l'accessibilité et l'éligibilité à de tels programmes.

nombreuses années passées sans travailler ou avec un statut d'invalidité. Peut-être que cela permettrait d'identifier des facteurs que nous n'avons pu répertorier dans cette étude.

C'est sur ces recommandations que se conclut notre mémoire. En terminant, disons simplement que nous espérons que notre étude contribuera à aider plus de personnes victimes d'un TCC modéré à sévère à reprendre la direction du marché du travail.

**BIBLIOGRAPHIE**

- Angers, M. (2005). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. 4<sup>e</sup> édition. Anjou, Québec : Les éditions CEC.
- Arango-Lasprilla, J. C., Rosenthal, M., Deluca, J., Komaroff, E., Sherer, M., Cifu, D. & Hanks, R. (2007). Traumatic brain injury and functional outcomes: Does minority status matter? *Brain Injury*, 21(7), 701-708.
- Avesani, R., Salvi, L., Rigoli, G. & Gambini, M. G. (2005). Reintegration after severe brain injury: A retrospective study. *Brain Injury*, 19 (11), 933-939.
- Backhouse, M. & Rodger, S. (1999). The transition from school to employment for young people with acquired brain injury: Parent and student perspectives. *Australian occupational therapy journal*, 46 (3), 99-109.
- Belmont, A., Agar, N., Hugeron, C., Gallais, B. & Azouvi, P. (2006). Fatigue et traumatisme crânien. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 49 (6), 283-288.
- Blais, M.-C. & Boisvert, J.-M. (2007). Psychological adjustment and marital satisfaction following head injury. Which critical personal characteristics should both partners develop? *Brain Injury*, 21(4), 357-372.
- Blais, M.-C. & Boisvert, J.-M. (2005). Psychological and marital adjustment in couples following a traumatic brain injury (TBI): A critical review. *Brain Injury*, 19 (14), 1223-1235.
- Blanc, A. (1999). *Les handicapés au travail, Analyse sociologique d'un dispositif, d'insertion professionnelle*. Paris : Dunod.

Boller, F. & Botez-Marquard, T. (2005). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Brzuzy, S. & Speziale, B.A. (1997). Persons with traumatic brain injury and their families : Living arrangements and well-being post injury. *Social work in health care*, 26 (1), 77-88.

Bujold E., Brisson A., Lemay J. (2004). *Programme éducatif adapté aux élèves handicapés par une déficience intellectuelle profonde*. Québec : Ministère de l'éducation.

Le Comité d'adaptation de la main-d'œuvre (CAMO) pour personnes handicapées (2005). *Diagnostic sur la formation et l'emploi des personnes handicapées au Québec*. Vue d'ensemble. Québec : Emploi Québec.

Carrière, M., Reinharz, D., Tétreault, S. (2004). Avec la participation de Bernard, P.-M., Fung, J., Gonzales, Z., Houle, N., Igelin, I. *Analyse coût/efficacité et organisationnelle des services médicaux et sociaux visant la participation sociale des personnes avec TCC*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Centre ressources pour lésés cérébraux (CRLC). (n.d.). Récupéré le 7 janvier 2008 à partir de [http //www.crlc-cmudd.org/index.htm](http://www.crlc-cmudd.org/index.htm)

Codine, P., Brun, C., Hérisson, J., Pélissier, L. & Simon, L. (1994). *La réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées*. Paris, Milan, Barcelone : Masson.

Comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR<sup>147</sup>. (2007). *Règlement portant sur la création et le fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR*. Récupéré le 26 janvier 2009 à partir de [http://www.crir.ca/public/d3a5c6b6-9122-45ff-abda217be6be3ff5/comite\\_d\\_ethique/rglement\\_cr\\_mise\\_jour\\_juin\\_2007.pdf](http://www.crir.ca/public/d3a5c6b6-9122-45ff-abda217be6be3ff5/comite_d_ethique/rglement_cr_mise_jour_juin_2007.pdf)

Comité d'adaptation de la main-d'œuvre (CAMO) pour personnes handicapées (2001). *Contrat d'intégration au travail*. Document de formation destiné au personnel d'Emploi-Québec. Montréal : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Coulibaly, A. A. (2003). *L'obligation d'emploi entre mythe et réalité*, Technologie de l'action sociale. Paris : L'Harmattan.

Couture, A. (2000). *Étude exploratoire sur les déterminants environnementaux associés au maintien de l'emploi selon la perspective des personnes ayant subi un traumatisme crânien*. Montréal : École de réadaptation, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Crépeau, F. & Scherzer, P. (1993). Predictors and Indicators of Work Status after Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3 (1), 5-35.

Crépeau F., Scherzer P., Belleville S. & Desmarais G. (1997). A Qualitative Analysis of Central Executive Disorders in a Real-life Work Situation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 7 (2), 147-165.

---

<sup>147</sup> Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation

- Dawson, D. R., Schwartz, M. L.; Winocur, G. & Stuss, D. T. (2007). Return to productivity following traumatic brain injury: Cognitive, psychological, physical, spiritual, and environmental correlates. *Disability & Rehabilitation*, 29 (4), 301-313.
- DePompei, R. (2003). Traumatic Brain Injury in Children and Adolescents. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 18 (2), ProQuest Psychology Journals p. 213.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Devillers, M.-É. (2003). *Multi dictionnaire de la langue française*. Montréal : Édition Québec Amérique.
- Dionne, B. (2004). *Pour réussir*. Guide méthodologique pour les études et la recherche. 4<sup>e</sup> édition. Montréal : Groupe Beauchemin éditeur ltée.
- DSM IV: American psychiatric association.(2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e édition, texte révisé. Washington DC : American psychiatric association.
- Dubé, S. & Gervais, M. (1999). Avec la collaboration de Dubois, A.; Lavois, J. & Julien, N. *Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée cranio-cérébrale au Québec*. Québec : Université Laval et Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.
- Dumont, C. (2003). *L'identification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme cranio-cérébral*. Québec : Faculté de médecine, Université Laval.

- Dyer, K. F. W., Bell, R., McCann, J. & Rauch, R. (2006). Aggression after traumatic brain injury: Analysing socially desirable responses and the nature of aggressive traits. *Brain Injury*, 20 (11), 1163-1173.
- Elliott, M. L. & Biever, L. S. (1996). Head injury and sexual dysfunction. *Brain injury*, 10 (10), 703-718.
- Fork, M., Bartels, C., Ebert, A. D., Grubich, C., Synowitz, H. & Wallesch, C.-W. (2005). Neuropsychological sequels of diffuse traumatic brain injury, *Brain Injury*, 19 (2), 101-108.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise: Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Franulic A.; Carbonell C.G.; Pinto P.; Sepulveda I. (2004). Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI, *Brain Injury*, 18 (2), 119-129.
- Gardner, R. M., Bird, F. L., Maguire, H., Carreiro, R. & Abenaim, N. (2003). Intensive positive behavior supports for adolescents with acquired brain injury. Long-terms outcomes in community settings. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18, (1), ProQuest Psychology Journals, p.52.
- Gauthier, B. (1997). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec.

Gauthier, S., Boisvert, R. & Cardinal, V. (2005) Réflexion sur l'utilisation du cadre conceptuel « *Processus de production du handicap* » dans l'analyse des facteurs de vulnérabilité et de protection à la violence conjugale, *Journal international de victimologie, numéro spécial : Divers contextes, multiples visages de la violence exercée envers les femmes*, 3 (3).

Gilworth, G., Carey, A., Eyres, S., Sloan, J., Rainford, B., Bodenham, D., Neumann, V. & Tennant, A. (2006). Screening for job loss: Development of a work instability scale for traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20 (8), 835-843.

Goffman I., (1975). *Stigmate*. Paris : Édition de minuit.

Gouvernement du Canada (2005). Récupéré le 24 octobre 2006 à partir de:  
<http://www.dsc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=/fr/pip/bcph/documents/versIntegration04/chap1.shtml&hs=pyp>

Gouvernement du Canada, rapport (2004). *Vers l'intégration des personnes handicapées*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

*Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)*. (2006). Traumatismes crâniens au Canada : Une décennie de changements (1994-1995 à 2003-2004). Récupéré le 7 janvier 2008 à partir de:  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/analysis\\_ntr\\_2006\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/analysis_ntr_2006_f.pdf)

Janssen-Ortho Inc. (2008). *Monographie de produit : Concerta*. Toronto, Ontario.

Jean, M.-A. (1992). La réadaptation des traumatisés crâniens : une autonomie fonctionnelle... dont les avenues restent à définir. *Le Réadaptologue*, 6 (1), 9-13.

- Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Walker, W., Sander, A., Sherer, M., Bogner, J., Fraser, R. & Bushnik, T. (2003). Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. *Journal of head trauma rehabilitation, 18* (2), 128-138.
- Kokiko, O. N. & Hamm, Robert J. (2007). A review of pharmacological treatments used in experimental models of traumatic brain injury. *Brain Injury, 21* (3), 259-274.
- Lefebvre, H., Vanier, M., Swaine, B., Dutil, E., Pépin, M., Fougeyrollas, P., Rainville, C., McColl, M.A., Dumont, C., Pelchat, D., Michallet, B., Gélinas, I., Denis, S., Morin, M., Trottier, H. & Levert, M.J. (2004). *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme*. Montréal : Université de Montréal.
- Leith, K. H., Phillips, L. & Sample, P. L. (2004). Exploring the service needs and experiences of persons with TBI and their families: The South Carolina experience. *Brain Injury, 18* (12), 1191-1208.
- Levack, W., McPherson, K. & McNaughton, H. (2004). Success in the workplace following traumatic brain injury: are we evaluating what is most important? *Disability and rehabilitation, 26* (5), 290-298.
- Limoges P., Charbonneau N., Feo A., Mendonça M., Lajoie M., Héту D. (2005). *Plan de développement d'un réseau de ressources résidentielles non institutionnelles et alternatives*. Montréal : Centres de réadaptation Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge.

- L'incapacité et les limitations d'activités au Québec. (2006), *Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*. Québec : Gouvernement du Québec, Institut de la statistique.
- Lippert-Grüner, M., Maegele, M., Haverkamp, H., Klug, N. & Wedekind, C. (2007). Health-related quality of life during the first year after severe brain trauma with and without polytrauma. *Brain Injury*, 21 (5), 451-455.
- Mainio, A., Kyllönen, T., Viilo, K., Hakko, H.; Särkioja, T. & Räsänen, P. (2007). Traumatic brain injury, psychiatric disorders and suicide: A population-based study of suicide victims during the years 1988-2004 in Northern Finland. *Brain Injury*, 21 (8), 851-855.
- Marwit, S. J. & Kaye, P. N. (2006). Measuring grief in caregivers of persons with acquired brain injury. *Brain Injury*, 20 (13), 1419-1429.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, C., Turcotte, D., & al. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- McCabe, P., Lippert, C., Weiser, M., Hilditch, M., Hartridge, C. & Villamere For The Erabi Group, J. (2007) Community reintegration following acquired brain injury. *Brain Injury*, 21 (2), 231-257.
- McCrimmon, S. & Oddy, M. (2006). Return to work following moderate-to-severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20 (10), 1037-1046.
- O'Neill, J., Hibbard, M.R., Brown, M., Jaffe, M., Sliwinsky, M., Vandergoot, D. & Weiss, M.J. (1998). The effect of employment on quality of life and community integration after traumatic brain injury. *Journal of head trauma rehabilitation*, 13 (4), 68-79.

- Oppermann, J. D. (2004). Interpreting the meaning individuals ascribe to returning to work after traumatic brain injury: a qualitative approach. *Brain Injury, 18* (9), 941-955.
- Owensworth, T. & McKenna, K. (2004). Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: A critical review and conceptual model. *Disability and rehabilitation, 26* (13), 765-784.
- Regroupement des associations de Personnes traumatisé Cranio-Cérébrales du Québec (RAPTCCQ)* (2005). Récupéré le 7 janvier 2008 à partir de: <http://www.raptccq.com/raptccq.asp?no=30956>
- Ratcliff, J. J., Greenspan, A. I., Goldstein, F. C., Stringer, A. Y., Bushnik, T., Hammond, F. M., Novack, T. A., Whyte, J. & Wright, D. W. (2007). Gender and traumatic brain injury: Do the sexes fare differently? *Brain Injury, 21* (10), 1023-1030.
- Santé Canada (2005). *Direction générale des produits de santé et des aliments. Rapport sur le rendement en matière de participation du public.* Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Shames, J., Treger, I., Ring, H. & Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and Challenges. *Disability & Rehabilitation, 29* (17), 1387-1395.
- Shotton, L., Simpson, J. & Smith, M. (2007). The experience of appraisal, coping and adaptive psychosocial adjustment following traumatic brain injury: A qualitative investigation. *Brain Injury, 21*(8), 857-869.

Société de l'assurance automobile du Québec (2002). *Le TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL* brochure à l'intention des familles et des proches. Montréal : SAAQ.

Société de l'assurance automobile du Québec (2005). *Orientations Ministérielles pour le traumatisme crânio-cérébral léger 2005-2010*. Montréal : SAAQ.

Société de l'assurance automobile du Québec (2007). *Dossier statistique, Bilan 2006, accidents, parc automobile, permis de conduire*. Récupéré le 10 janvier 2008 à partir de [http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/dossiers\\_etudes/stat-Bilan\\_2006.pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/dossiers_etudes/stat-Bilan_2006.pdf), Statistique Canada (2004). <http://www.statcan.ca/francais>

Somavia J. (2002). Avec la participation du BIT. *La gestion du handicap. Recueil de directives pratique du BIT*. Genève : Bureau international du travail

Statistique Canada (2007). *Population active, occupée et en chômage, et taux d'activité et de chômage, par province (Québec, Ontario, Manitoba)*. Récupéré le 9 janvier 2008; à partir de [http://www40.statcan.ca/102/cst01/labor07b\\_f.htm](http://www40.statcan.ca/102/cst01/labor07b_f.htm)

Thyer, B. A. (2001). *The handbook of social work research methods*. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications, inc.

Turner, B., Fleming, J., Cornwell, P., Worrall, L., Ownsworth, T., Haines, T., Kendall, M. & Chenoweth, L. (2007). A qualitative study of the transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury and their family caregivers. *Brain Injury*, 21 (11), 1119-1130.

Van der Naalt, J., Van Zomeren, A.H., Sluiter, W.J. & Minderhoud, J.M. (1999). One year outcome in mild to moderate head injury: the predictive value of acute injury characteristics related to complaints and return to work. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66 (2), 207-13.

- Vandiver, V.L., Johnson, J. & Christofero-Snider, C. (2003). Supporting employment for adults with acquired brain injury: A conceptual model. *Journal of head trauma rehabilitation, 18* (5), 457-463.
- Vassallo, J. L., Proctor-Weber, Z., Lebowitz, B. K., Curtiss, G. & Vanderploeg, R. D. (2007). Psychiatric risk factors for traumatic brain injury. *Brain Injury, 21* (6), 567-573.
- Wells, R., Dywan, J. & Dumas, J. (2005). Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Injury, 19* (13), 1105-1115.
- Whiteneck, G.G., Gerhart, K.A. & Cusick, C.P. (2004). Identifying environmental factors that influence the outcomes of people with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 19* (3), 191-204.
- Winn, H. R. & Youmans, J. R., (2004). *Youmans neurological surgery (5<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: Saunders.
- Yasuda S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D. & West, M. (2001). Return to work for persons with traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 80* (11), 852-64.
- Ylvisaker, M., Todis, B., Glang, A., Urbanczyk, B., Franklin, C., Depompei, R., Feeney, T., Maber Maxwell, N., Pearson, S. & Siantz Tyler, J. (2001). Educating students with TBI: Themes and recommendations. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 16* (1), ProQuest Psychology Journals, p. 76.
- Ylvisaker, M., Turkstra, L., Coehlo, C., Yorkston, K., Kennedy, M., Sohlberg, McKay, Moore & Avery, J. (2007). Behavioural interventions for children and

adults with behaviour disorders after TBI: A systematic review of the evidence. *Brain Injury*, 21 (8), 769-805.

Zhu, X. L., Poon, W. S., Chan, C. C. H. & Chan, S. S. H. (2007). Does intensive rehabilitation improve the functional outcome of patients with traumatic brain injury (TBI)? A randomized controlled trial. *Brain Injury*, 21 (7), 681-690.

**Annexe I****GRILLE D'ENTREVUE****Préambule –Présentation**

Je vous rappelle que cette entrevue a pour but de déterminer les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui vous ont aidé dans votre retour au travail. Je vous remets la grille d'entrevue afin que vous puissiez vous préparer à l'entrevue si vous le désirez. Je commencerai l'entrevue en vous demandant certains renseignements socio-démographiques. J'aborderai ensuite l'aspect du travail avant et après l'accident, puis les différents facteurs qui ont favorisé ou nui à votre retour au travail et le sens que vous attribuez à votre travail. Je terminerai l'entrevue en vous demandant vos recommandations pour les intervenants et les personnes qui ont eu un traumatisme crânien et désirent retourner travailler. Avant de débiter, avez-vous des questions ?

**Section A - Renseignements socio-démographiques**

A1 : Quel est votre âge ?

A2 : Quel est votre statut matrimonial ?

A3 : Êtes-vous né au Canada ?

A4 : Avez-vous des enfants ?

A5 : Quel était votre niveau de scolarité avant le TCC et avez-vous reçu d'autres formations depuis ?

**Section B -Information sur le TCC**

B1 : Quelle est la date du TCC ?

B2 : Quel genre d'accident vous a causé un TCC ?

B3 : Quelle est la sévérité de votre TCC ?

B4 : Avez-vous été dans le coma?

B4.1 Si oui, pendant combien de temps?

B5 : Quelle a été la réaction de vos proches quand ils ont appris que vous aviez eu un TCC ?

**Section C -Autres blessures**

C1 : Avez-vous eu d'autres blessures que le TCC lors de l'accident ?

C1.1 Si oui, quelles sont-elles ?

C1.2 Parlez-moi de leurs conséquences ?

**Section D - Séquelles engendrées par le TCC**

D1 : Quels changements psychologiques (perte de mémoire, impatience, troubles de comportement, etc.) le TCC a-t-il entraînés ?

D 1.1 Les changements ont-ils duré dans le temps ?

D 1.2 Quelles en ont été les conséquences?

D2 : Quels changements physiques (fatigue, perte d'équilibre, parésie, troubles de la parole, etc.) le TCC a-t-il entraînés ?

D2.1 Les changements ont-ils duré dans le temps ?

D2.2 Quelles en ont été les conséquences?

D3 : Aujourd'hui, avez-vous besoin d'aide ou de soutien pour réaliser certaines des activités de votre vie de tous les jours?

D3.1 Si oui, donnez-moi des exemples d'activités où vous avez besoin d'aide ?

D4 : Le TCC a-t-il eu des effets positifs sur votre vie ?

D4.1 Si oui, lesquels ?

D5 : Quel était votre pronostic, que vous a-t-on dit en rapport avec votre capacité future à travailler ?

D6 : Est-ce qu'un statut (apte ou inapte au travail) vous a été établi?

D6.1 Si oui, comment vous a-t-on fait cette annonce ? Que vous a-t-on dit ?

D6.2 Comment avez-vous réagi à cette annonce ?

D6.3 Cela a-t-il affecté votre retour au travail ? Si oui, comment ?

**Section E - Situation professionnelle avant l'accident**

E1 : Exerciez-vous un travail avant le TCC?

E1.1 Si oui, quel genre d'emploi ?

E2 : Combien de jours travailliez-vous par semaine ?

E3 : Combien d'heures travailliez-vous par jour ?

E4 : Est-ce que le travail vous apportait suffisamment de revenu pour vous nourrir, vous vêtir et vous loger ?

E5 : Est-ce que le travail vous permettait de faire d'autres choses comme avoir des loisirs, économiser de l'argent, avoir une voiture, etc.

E5.1 Si oui, expliquez-moi?

**Section F - Période de transition post-TCC**

F1 : Pendant combien de temps les séquelles du TCC ont-elles affecté votre capacité à travailler ?

F2 : Pendant combien de temps avez-vous été en arrêt de travail ?

F3 : Comment avez-vous vécu émotionnellement la période d'arrêt?

F4 : Comment vos proches réagissaient au fait que vous ne travailliez pas ?

F5 : L'aspect monétaire a-t-il influencé votre choix de retourner au travail ?

F5.1 Si oui, comment ?

F6 : Receviez-vous une indemnité de remplacement de revenu ?

F6.1 Si oui, de quel type était votre indemnité de remplacement de revenu (ex: prime d'invalidité de l'aide sociale, remplacement de revenu de la Société de l'assurance automobile du Québec, etc.) ?

F6.2 A-t-elle cessé avec le retour au travail?

F7 : Avez-vous reçu du chômage ou de l'aide sociale ?

F8 : Comment évaluez-vous les services de réadaptation que vous avez reçus ?

F8.1 Expliquez-moi ?

### **Section G – Préparatifs du retour au travail**

G1 : Avez-vous été en mesure de réintégrer l'emploi précédant votre TCC ?

G1.1 Si oui, racontez-moi comment cela s'est déroulé ?

G2 : Est-ce que le TCC vous a rendu moins performant ?

G2.1 Si oui, avez-vous dû réapprendre à devenir performant après votre TCC ?

G2.2 Si oui, comment avez-vous procédé ?

*(À demander si la personne n'a pas réintégré le travail antérieur au TCC.)*

G3 : Avez-vous eu besoin de faire un retour aux études pour travailler ?

G3.1 Si oui, quel genre d'études avez-vous eu à faire ?

G4 : Est-ce que vous avez effectué plusieurs tentatives de retour au travail ?

G4.1 Si oui, combien ?

G4.2 Qu'est ce qui n'a pas fonctionné dans vos tentatives antérieures ?

G5 : Comment vous sentiez-vous physiquement lorsque vous avez recommencé à travailler ?

G6 : Comment vous sentiez-vous émotionnellement lorsque vous avez recommencé à travailler ?

G7 : Avez-vous dû ajuster votre quotidien pour être en mesure de travailler ?

G7.1 Si oui, comment ?

### **Section H - Facteurs personnels nuisant au retour au travail**

H1 : Y a-t-il des facteurs qui vous sont personnels et qui ont nui à votre retour au travail (un facteur personnel est une de vos caractéristiques personnelles, une de vos faiblesses ou un de vos défauts) ?

H1.1 Si oui, comment ces facteurs personnels ont nui à votre retour au travail ?

*(Sous-questions spécifiques à demander après la question générale, s'il y a lieu)*

H1.2 Votre santé physique a-t-elle réduit votre capacité à travailler ? Si oui, de quelle manière ?

H1.3 Y a-t-il des séquelles du TCC qui ont nui à votre retour au travail ? Si oui, comment elles ont nui à ce retour ?

H1.4 Y a-t-il des facteurs personnels qui auraient pu nuire à votre retour au travail ?

### **Section I - Facteurs personnels favorisant le retour au travail**

I1 : Attribuez-vous votre retour au travail à certains facteurs personnels (certaines de vos caractéristiques, de vos forces ou de vos qualités)?

I1.1 Si oui, comment ces facteurs personnels ont contribué au retour au travail?

*(Sous-questions spécifiques à demander après la question générale, s'il y a lieu)*

Par exemple, expliquez moi comment votre retour au travail peut se comprendre par :

I1.2 Votre persévérance ?

I1.3 Votre capacité d'affronter les difficultés ?

I1.4 Votre capacité de donner un sens aux difficultés ?

I1.5 Votre désir de vous dépasser ?

I1.6 Votre état de santé ?

I2 : Le TCC a-t-il eu des effets positifs sur votre capacité à travailler ? Si oui, comment ?

### **Section J - Facteurs environnementaux nuisant au retour au travail**

J1 : Y a-t-il des facteurs environnementaux, donc des facteurs extérieurs à vous (par exemple, votre famille, les lois, les politiques, les divers services incluant la réadaptation) qui ont nui à votre retour au travail ? Si oui, quels sont ces facteurs et comment ont-ils nui à votre retour au travail ?

*(Sous-questions spécifiques à demander après la question générale, s'il y a lieu)*

J1.1 Vos proches, conjoint, famille, etc., ont-ils nui à votre retour au travail ? Si oui, comment ?

J1.2 Des professionnels médicaux et psychosociaux ont-ils nui à votre retour au travail ? Si oui, comment ?

J1.3 Les soins de réadaptation ont-ils nui à votre retour au travail ? Si oui, comment ?

J1.4 La peur de perdre une indemnité de remplacement de revenu a-t-elle nui à votre retour au travail ? Si oui, comment ?

J1.5 Y a-t-il des éléments qui dans votre milieu de travail, ont nui à votre retour au travail (horaire inflexible, pause insuffisante, impossibilité de travailler à votre rythme, etc.) ? Si oui, comment ?

J1.6 Vos collègues de travail ont-ils nui à votre retour au travail ? Si oui, comment ?

J1.7 Y a-t-il des facteurs environnementaux qui auraient pu nuire à votre retour au travail ?

### **Section K - Facteurs environnementaux favorisant le retour au travail**

K1 : Y a-t-il des facteurs environnementaux qui ont favorisé votre retour au travail ? Si oui, quels sont ces facteurs et comment ont-ils favorisé à votre retour au travail ?

*(Sous-questions spécifiques à demander après la question générale, s'il y a lieu)*

K1.1 Vos proches, conjoint, famille, etc., vous ont-ils aidé et soutenu dans votre retour au travail ? Si oui, comment ?

K1.2 Des professionnels médicaux et psychosociaux ont-ils favorisé votre retour au travail ? Si oui, comment ?

K1.3 Les soins de réadaptation vous ont-ils aidé à retourner travailler ? Si oui, comment ?

K1.4 Avez-vous eu recours à des mesures d'accommodement (horaire flexible, aménagement de pause, possibilité de travailler à votre rythme, etc.) pour retourner en emploi ? Si oui, lesquelles et comment vous ont-elles aidé ?

K1.5 Vos collègues de travail vous ont-ils aidé dans votre retour au travail ? Si oui, comment?

### **Section L- Informations générales concernant le travail actuel**

L1 : Quel genre d'emploi occupez-vous maintenant ?

L2 : Combien de jours travaillez-vous dans une semaine ?

L3 : Combien d'heures travaillez-vous dans une semaine ?

L4 : Expliquez-moi la façon dont vous vous êtes intégré dans votre milieu de travail?

L5 : Pouvez-vous travailler sans être trop fatigué?

L5.1 Si oui, quel est votre moyen pour y arriver?

L6 : Après le travail, avez-vous suffisamment d'énergie pour faire d'autres types d'activités ?

L6.1 Si oui, lesquelles ?

L7 : Les revenus associés à votre travail actuel vous permettent-ils de vous loger, vous habiller et vous nourrir ?

L8 : Les revenus associés à votre travail actuel vous permettent-il d'avoir des loisirs, d'économiser de l'argent, d'avoir une voiture, etc.

L8.1 Si oui, expliquez-moi?

L9 : Pouvez-vous vous loger, vous habiller et vous nourrir sans travailler ?

L10 : Recevez-vous une indemnité de remplacement de revenu ?

L11 : Le montant de l'indemnité de remplacement de revenu a-t-il favorisé ou nui à votre retour au travail ?

L11.1 Comment ?

### **Section M – Sens attribué au travail**

M1 : Avant votre accident, qu'est-ce que travailler signifiait pour vous?

M2 : Qu'est que travailler signifie pour vous maintenant ?

M3 : Est-ce que le travail vous apporte autre chose que le revenu ?

M3.1 Si oui, que vous apporte-t-il ?

M4 : Comment définiriez-vous votre qualité de vie actuelle ?

**Section N - Recommandations sur le retour au travail**

N1 : Avez-vous des recommandations à formuler aux personnes qui ont un TCC et veulent retourner travailler ?

N2 : Avez-vous des recommandations à formuler aux intervenants des services de réadaptation ?

N3 : Avez-vous des recommandations à formuler aux milieux de travail ?

## Annexe II

Bonjour,

Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau souhaite optimiser la participation sociale de ses clients passés et actuels. La recherche en adaptation-réadaptation est un des moyens sur lesquels le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau mise pour maintenir et améliorer la qualité de ses services.

Actuellement, le Centre soutient une étude visant la compréhension des facteurs personnels et environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un traumatisme crânien modéré à sévère. Comme vous avez déjà reçu des services du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, et que vous répondez aux critères pour participer à cette étude, nous vous transmettons l'invitation que vous adresse l'équipe de recherche responsable.

Nous vous remercions de l'attention que vous y porterez. Soyez assuré(e) que vos coordonnées ne seront pas transmises au chercheur sans votre consentement et qu'un refus éventuel de votre part de participer à ce projet ne nuirait aucunement à la qualité des services que vous pourriez recevoir dans le futur au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

En vous assurant de notre habituelle collaboration, veuillez accepter, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Fanny Guérin, Ph.D.

Coordonnatrice de la recherche clinique

[information retirée / information withdrawn]

### Invitation à participer à une étude

**Objet : Recrutement de candidats(es) pour participer à une étude sur les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne qui a été atteinte d'un traumatisme crânien modéré à sévère.**

Je suis étudiant à la maîtrise en service social de l'université de Montréal et je réalise présentement une recherche. Cette recherche porte sur les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un traumatisme crânien modéré à sévère. Pour cette recherche, des entrevues d'une durée de 120 minutes seront faites. Ces entrevues seront confidentielles. Avec votre accord, elles seront enregistrées afin d'assurer une transcription fidèle de vos propos et d'éviter la perte d'informations. L'entrevue aura lieu à l'endroit et au moment qui vous conviendra. Vous pourrez arrêter l'entrevue afin de prendre des pauses au moment que vous le désirez. L'entrevue pourra être divisée également en deux parties qui pourront avoir lieu à des moments différents, dans des journées distinctes, si vous le souhaitez.

Si vous répondez aux critères d'inclusion énumérés ci-dessous et si vous acceptez de participer à l'étude et ou si vous avez des questions sur cette recherche, veuillez me contacter au [information retirée / information withdrawn] ou par courriel au [information retirée / information withdrawn] avant le 30 mai 2008.

#### **Critères d'inclusions à cette étude**

Vous devez parler français.

Vous ne devez pas être anosognosique, c'est-à-dire que vous devez avoir une bonne perception de vos capacités.

Vous devez avoir fait et terminé votre réadaptation, être présentement au travail (un minimum de 21 heures par semaine)

Vous devez avoir eu votre accident il y a maximum dix ans.

N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions sur cette recherche.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à ma recherche. Veuillez agréer mes salutations les plus distinguées.

Jean-François Coupal, étudiant-chercheur

## **Annexe III**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**Titre de la recherche :** Étude des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un traumatisme crânien (TCC) modéré à sévère.

**Chercheur :** Jean-François Coupal, étudiant à l'École de service social, 2<sup>ème</sup> cycle

**Directrice de recherche :** Sonia Gauthier, professeure adjointe, École de service social, Université de Montréal

#### **A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

##### **1. Objectifs de la recherche**

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui favorisent le retour au travail d'une personne atteinte d'un TCC modéré à sévère.

##### **2. Participation à la recherche**

Votre participation à cette recherche consiste à réaliser à une entrevue, d'une durée de 120 minutes, avec l'étudiant chercheur. Au besoin, l'entrevue pourra être divisée en deux parties qui pourront avoir lieu à des moments différents, dans des journées distinctes. De plus, si jamais vous devenez fatigué, il sera possible d'arrêter l'entrevue et de prendre des pauses à votre convenance.

Vous serez interviewé sur des éléments qui sont en rapport avec votre retour au travail après votre TCC. Les questions d'entrevue seront réparties dans les catégories suivantes :

- Renseignements socio-démographiques;
- Votre situation professionnelle avant l'accident;
- Les séquelles engendrées par le TCC;
- Facteurs personnels favorisant votre retour au travail;
- Facteurs environnementaux favorisant votre retour au travail;
- Informations générales concernant votre travail actuel.

Les entrevues se dérouleront à l'endroit que vous choisirez. De plus, avec votre accord, elles seront enregistrées afin d'assurer une transcription fidèle de vos propos et d'éviter la perte d'informations.

### **3. Avantages et inconvénients**

#### **Avantages**

Vous ne retirerez pas d'avantages personnels en participant au présent projet. Toutefois, vous contribuerez à l'avancement des connaissances dans le domaine de la réadaptation des personnes atteintes d'un TCC, en favorisant une meilleure compréhension des facteurs qui permettent aux gens atteints d'un traumatisme crânien de réussir leur retour sur le marché du travail.

#### **Inconvénients**

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produisait, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiant chercheur et au besoin, ce dernier pourra vous référer à une personne-ressource, (Monique Désilet, travailleuse sociale, Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, 1-877-834-9898).

### **4. Accès à votre dossier médical**

L'équipe de recherche demande votre autorisation pour accéder à votre dossier médical afin de vérifier la sévérité de votre traumatisme crânien pour mieux décrire l'échantillon des personnes qui participent à la recherche. Seule cette information sera recueillie dans votre dossier.

### **5. Confidentialité**

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul l'étudiant chercheur aura la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. La confidentialité de l'identité des participants sera assurée en prenant plusieurs précautions. Les cassettes seront gardées sous clé et seront détruites après la transcription qui sera gardée sous clé. La liste comprenant le nom et les coordonnées des participants, ainsi que le numéro qui sera attribué à chacun, sera conservée dans un fichier informatique verrouillé à l'aide d'un mot de passe connu seulement de l'étudiant-chercheur. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date.

### **6. Droit de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiant-chercheur, par courriel ou au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits. Le fait de vous retirer de cette recherche n'affectera en rien les soins ou les services que vous recevez ou recevrez de l'Institut de réadaptation de Montréal, du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ou du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

### **7. Indemnité compensatoire**

Aucune compensation, que ce soit financière ou sous une autre forme, ne vous sera versée pour votre participation à la présente recherche.

### **8. Personnes ressources**

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Jean-François Coupal, étudiant-chercheur, au numéro de téléphone suivant :

[information retirée / information withdrawn] ou à l'adresse courriel suivante : [information retirée / information withdrawn] ou alors en laissant un message à Sonia Gauthier (directrice) au numéro de téléphone suivant : [information retirée / information withdrawn]

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR, au [information retirée / information withdrawn] ou par courriel à l'adresse suivante : [information retirée / information withdrawn]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

### 9. Clause de responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

### B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

J'accepte que l'entrevue à laquelle je participe soit enregistrée :

Oui

Non



J'autorise l'étudiant-chercheur à accéder à mon dossier médical afin de vérifier la sévérité de mon traumatisme crânien :

Oui

Non



Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 9. Engagement du chercheur

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées (J'ai remis une copie du formulaire de consentement au participant).

Signature du chercheur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(ou de son représentant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant.**

## **Annexe IV**

### **Facteurs personnels nuisant au retour au travail**

---

#### **Facteurs liés aux aptitudes**

- 1.2- Mnésie : pertes de mémoire.
- 1.1.3.1- Attention diffuse : problèmes d'attention divisée.
- 1.1.3.2- Attention sélective (concentration) : difficultés de concentration.
- 2.3- Aptitudes reliées au langage / Compréhension : difficultés de compréhension avec l'employeur.
- 3.1- Volition : difficulté à se mobiliser pour rechercher un emploi.
- 3.1.6- Souplesse : mal assumer le retour au travail progressif.
- 3.2.2- Estime de soi : problème d'estime de soi; peur du rejet si le travail est mal fait; difficulté à accepter des commentaires émis par les confrères de travail.
- 3.3.13- Contrôle des émotions : difficultés à contrôler ses émotions; labilité; impulsivité.
- 3.3.15- Relaxation : difficulté de gestion du stress lié aux tâches de travail à accomplir.
- 10.2- Résistance : baisse de la capacité à performer.

---

#### **Facteurs liés aux systèmes organiques**

- 1.1- Système nerveux : blessure au cerveau.
  - 13.2- Système squelettique : fracture de la jambe.
-

## Annexe V

### Facteurs personnels favorisant le retour au travail

---

#### Facteurs liés aux aptitudes

1- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles : le bon état général des aptitudes intellectuelles.

1.2- Mnésie : oublier rapidement les mauvaises réactions des gens face à son apparence.

1.3- Pensée : donner un sens au TCC.

1.3.13- Créativité : caractère créatif du travail, qui motive la personne à retourner travailler.

1.4.4.2- Conscience de soi : être convaincu de pouvoir reprendre son travail; être conscient de ses capacités et de ses séquelles.

3.1- Volition : vouloir reprendre le travail; force de caractère pour faire face aux difficultés.

3.1.1- Motivation : se motiver pour travailler; se dépasser.

3.1.4- Persévérance : combattre avec détermination les séquelles.

3.1.5- Intérêt : aimer travailler.

3.3.5- Adaptation aux situations : s'adapter aux séquelles du TCC; les accepter et prendre des moyens pour faire face aux difficultés; ralentir le rythme de travail; ajuster son mode de vie; utilisation d'un calepin ou d'un tableau horaire; ne pas parler du TCC aux employeurs.

3.1.6- Souplesse : flexibilité.

3.3.8- Affirmation de soi : capacité à s'affirmer face aux intervenants.

3.3.13- Contrôle des émotions : contrôle de soi.

3.3.15- Relaxation : se relaxer grâce à l'activité physique.

3.3.16- Écoute : ouverture d'esprit face aux commentaires.

---

#### Facteurs liés aux systèmes organiques

Intégrité des systèmes organique : être en bonne condition physique.

---

## Annexe VI

### Facteurs environnementaux nuisant au retour au travail

---

#### Facteurs sociaux

1.1.3.1-Marché du travail : difficultés liées au travail à temps partiel; stress créé par le marché du travail; pauses insuffisantes et non rémunérées.

1.1.4.3- Adaptation et réadaptation : protocoles rigides; retour progressif insuffisamment expliqué.

1.1.4.4- Soutien social : manque d'organismes de soutien à l'emploi; complexité des démarches avec la SAAQ.

1.2.2.2.1- Valeurs et attitudes : préjugés véhiculés dans la société à l'égard des personnes qui ont subi un TCC; attitude des gens envers la personne qui a le TCC; réticences de l'employeur; manque de solidarité entre collègues.

1.1.3.4.1- Sécurité du revenu : aucune indemnisation.

---

## Annexe VII

### Facteurs environnementaux favorisant le retour au travail

---

#### Facteurs sociaux

1.1.3.1- Marché du travail : reprendre son ancien emploi; retour au travail progressif; être chef d'une entreprise; pouvoir prendre des pauses; avoir un horaire de travail stable.

1.1.3.4.1- Sécurité du revenu : avoir une indemnité de remplacement de revenu, mais le fait de ne pas en avoir peut être une source de motivation.

1.1.4.3- Adaptation et réadaptation : avoir l'impression de participer à sa réadaptation; accompagnement des intervenants; apprentissages faits au centre de réadaptation.

1.1.4.4- Soutien social : présence d'organisme de soutien à l'emploi.

1.2.1- Réseau social : aide reçue des proches; se sentir intégré dans son travail.

1.2.2.2.1- Valeurs et attitudes : attitude des intervenants (leur compréhension, leur flexibilité et leur commentaires); attitude compréhensive de l'employeur.

---

#### Facteurs physiques

2.1.3- Temps : se donner le temps de récupérer de ses séquelles.

2.2.3.1- Aliments et drogues : prise d'une substance tel que la marijuana, le café ou le *Concerta*.

---