

## Programme d'intervention familiale interdisciplinaire Partenariat entre professionnels de la santé, personnes ayant un traumatisme craniocérébral et proches soignants

### *Family Interdisciplinary Intervention Program Partnership Between Health Professionals, Individuals with Traumatic Brain Injury and Family Caregivers*

Hélène LEFEBVRE<sup>1,2</sup>, Diane PELCHAT<sup>1,2</sup>, Marie-Josée LEVERT<sup>1,2</sup>,  
Claire DAVID<sup>1,2</sup>, Jérôme GAUVIN-LEPAGE<sup>1,2</sup>

**Résumé** **Contexte :** Tout au long de l'épisode de soins du traumatisme craniocérébral (TCC), le type de relation qui se construit entre la famille et les professionnels joue un rôle important dans l'adaptation de la personne ayant un TCC et de ses proches. Cependant, l'établissement d'un partenariat ne se fait pas sans heurts et suscite souvent de l'insatisfaction chez l'ensemble des acteurs. **But :** Cette étude qualitative descriptive vise à évaluer l'impact de la formation de professionnels de la santé au Programme d'intervention interdisciplinaire et familiale (PRIFAM) sur leur pratique clinique. **Sujets/matériel et méthodes :** Dix-sept professionnels de la santé de différentes disciplines impliqués auprès de la clientèle ayant un TCC à différentes phases du continuum de soins en traumatologie ont été formés à l'application du PRIFAM dans le cadre d'un cours e-learning. L'expérience et les apprentissages des participants ont été documentés à l'aide d'entrevues semidirigées réalisées avant et après la formation. **Résultats :** La formation suscite une évolution de la pensée réflexive des participants et favorise la mise en place d'un partenariat en interdisciplinarité. La formation a un impact positif sur la communication interprofessionnelle et avec les familles, et favorise le développement d'un sentiment d'auto-efficacité chez les professionnels. **Conclusion :** Les résultats tendent à montrer les bénéfices d'une approche réflexive centrée sur la personne et les proches pour tous les acteurs concernés.

**Mots clés** Formation interprofessionnelle ; interdisciplinarité ; intervention familiale ; intervention centrée sur le patient ; partenariat ; pratique réflexive ; traumatisme craniocérébral.

**Abstract** **Context:** During the period of medical care following a traumatic brain injury (TBI), the type of relationship that develops between the patient's family and health professionals has a major effect on the adaptation of the TBI individual and their relatives. However, the establishment of a partnership could lead to some difficulties, arousing dissatisfaction for everyone involved. **Objective:** This descriptive qualitative study aimed at evaluating the impact of the training of health professionals to apply a family and interdisciplinary intervention program (PRIFAM) within their clinical practice. **Sample/material and methods:** Seventeen health professionals from different disciplines working with the TBI clientele at different stages of the continuum of trauma care received an e-learning training to apply the PRIFAM. Participants' experience and learning were documented through semi-constructed interviews conducted before and after training. **Results:** training arouses the evolution of participants' reflective thinking and encourages interdisciplinary partnership. The training had a positive impact on communication between health professionals and with relatives, and incited a sense of self-efficacy among health professionals. **Conclusion:** results tend to demonstrate advantages of a reflexive approach centered on the patient and their relatives for all individuals involved.

**Keywords** Interprofessional training; interdisciplinarity; family intervention; patient-centered intervention; partnership; reflective practice; traumatic brain injury

*Pédagogie Médicale* 2007;8:91-100

## Introduction

Les études démontrent l'importance d'inclure les familles dans les interventions et les décisions reliées aux soins prodigués à la personne ayant un traumatisme craniocérébral (TCC) et de les faire participer au plan d'intervention afin de mieux répondre à leurs besoins et de favoriser leur prise en charge par elles-mêmes<sup>1,3</sup>. Cependant, la dimension familiale est trop souvent exclue de l'offre de services<sup>4,5</sup>. Il semble que le partenariat entre les équipes de soins, les personnes atteintes et les proches soit souvent déficient. D'une part, les personnes et leurs proches se représentent généralement les médecins et les professionnels comme des experts qui détiennent la compétence exclusive pour intervenir<sup>3,4</sup>. D'autre part, les équipes de soins tendent à placer les familles dans une position plus « passive » qu'« active », où leurs savoirs, leurs ressources et leurs compétences ne sont pas mis à contribution<sup>4</sup>. Les professionnels, peu formés à l'intervention familiale, ne se sentent généralement pas outillés pour intervenir efficacement auprès d'elles<sup>4,6,7</sup>.

Au Québec, plusieurs centres de réadaptation revoient actuellement leurs orientations pour implanter une philosophie de soins et de services ancrée dans une approche écologique et systémique. Cette démarche permet aux professionnels de se centrer sur les besoins exprimés par les personnes et leurs proches plutôt que sur leurs propres besoins ou sur des hypothèses qui demeurent trop souvent sans fondements. Dans cette réforme, la réadaptation est vue davantage comme un processus d'apprentissage qui permet aux familles de transformer positivement leur vie<sup>8,9</sup>. Cependant, peu de programmes d'intervention structurés portent sur les enjeux spécifiques liés au TCC<sup>10</sup>.

Développé en partenariat avec des parents d'enfant ayant une déficience, le programme d'intervention interdisciplinaire familiale (PRIFAM)<sup>11</sup> a été évalué dans le cadre d'une étude longitudinale et a montré ses retombées positives sur l'adaptation des familles<sup>12</sup>. À la demande des milieux cliniques, il a été adapté à la clientèle adulte ayant un TCC. Le PRIFAM vise à soutenir la résilience des personnes et des proches vivant une situation de santé. Il s'appuie sur la réflexion critique sur soi et sur l'expérience,

sur la recherche du sens attribué à l'événement par les membres de la famille et sur leur capacité d'agir sur la situation. Il propose une vision holistique et systémique où tous les acteurs privilégient l'interdépendance synchrone dans leur développement, la réciprocité et le pouvoir partagé. La personne ayant un TCC et ses proches deviennent les acteurs de leur propre santé et des partenaires, au même titre que les professionnels qui les guident dans cette expérience. Les valeurs, les croyances, les ressources et le potentiel de chacun sont mis à contribution et le degré de partenariat établi entre les partenaires résulte en un co-développement des savoirs et des compétences dans la réciprocité<sup>11,13</sup>. Le PRIFAM se situe dans le cadre de l'éducation pour la santé centrée sur la personne et ses proches et comporte un ensemble d'approches théoriques et relationnelles intégrées et interreliées.

Cet article présente les résultats d'une étude visant à évaluer les retombées cliniques d'une formation à distance (*e-learning* – *electronic learning* –) à l'intervention familiale dans un contexte interdisciplinaire. Le concept de *e-learning* ou apprentissage en ligne désigne un dispositif de formation proposant aux participants d'effectuer des apprentissages à partir de ressources pédagogiques et de contenus didactiques mis à leur disposition *via* un support électronique, tel que cédérom, Internet, intranet, extranet, télévision interactive<sup>14,15</sup>, etc.

## Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de notre approche évaluative est celui développé par le groupe de Stufflebeam<sup>16</sup>, connu sous l'acronyme CIPP (pour : contexte, intrants, processus, produits). Ce modèle, dont l'objectif est de recueillir des informations permettant d'améliorer l'efficacité d'un programme de formation, est complexe ; il s'appuie sur des éléments à évaluer (contexte, intrants, processus et produits) et sur divers types de décisions à prendre (planification, structuration, implantation et interprétation). Dans le cadre de cet article, seuls les aspects évaluatifs sont considérés. Le contexte réfère aux objectifs de la formation en lien avec les besoins de l'environnement. Les intrants concernent les stratégies organisationnelles et pédagogiques prévues pour

---

1- Équipe de recherche interdisciplinaire sur la famille (ERIFAM) - Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal - Montréal, Québec - Canada.

2- Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) - Montréal, Québec - Canada.

Correspondance : Hélène Lefebvre - Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal - C.P.6128, succursale Centre-Ville Montréal (Québec) H3C 3J7 - Canada. Téléphone : (514) 343-6111 #3382 - Télécopie : (514) 343-2306  
Mailto:helene.lefebvre@umontreal.ca

répondre aux objectifs de la formation. Le processus réfère à la manière dont les stratégies sont mises en œuvre comparativement aux stratégies prévues. Les produits concernent l'impact et les effets de la formation.

## Contexte

Le programme évalué (PRIFAM) vise l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés liées à l'intervention familiale chez des professionnels de la santé œuvrant aux soins critiques, aigus ou de réadaptation. Il a pour but de développer des habiletés d'éducation pour la santé, de pratique réflexive, d'interdisciplinarité et de partenariat, dans le cadre d'un processus d'adaptation-transformation dont le modèle général est présenté en *figure 1*.

### Éducation pour la santé centrée sur la personne et ses proches

La relation personnes-proches-professionnels se situe dans le cadre de l'éducation pour la santé centrée sur la personne et ses proches<sup>17, 18</sup>, qui reconnaît la capacité de la personne à reprendre le cours de son développement dans une nouvelle direction suite au traumatisme. Dans le PRIFAM, le contexte d'éducation pour la santé centrée sur la personne et les proches amène les professionnels à explorer le sens que chacun attribue au problème de santé, à cerner la compréhension qu'ont les différents acteurs du problème à reconnaître les impacts de la situation dans les différentes sphères de la vie individuelle et familiale, à choisir ensemble les solutions les plus réalistes, à investiguer les facteurs stimulants et les barrières à l'adaptation et à partager les responsabilités entre tous les acteurs. L'information communiquée aux membres de la famille au sujet du problème de santé, des traitements et des ressources disponibles est un outil nécessaire pour s'approprier des compétences et s'adapter. Le professionnel reconnaît l'expertise spécifique de la personne et des proches à l'égard de leur situation de santé et propose son savoir d'expert en complémentarité de leurs savoirs pour cheminer avec eux dans la résolution des difficultés.

### Pratique réflexive

La relation entre les professionnels et les familles s'appuie sur une approche réflexive. Le but de la relation est de co-construire une réponse individualisée, adaptée et acceptable pour tous. La personne et les proches sont considérés comme les premiers acteurs dans la résolution du problème, les professionnels devenant des guides qui partagent leur expertise, leur savoir-faire et leur savoir-être selon la situation clinique. Ainsi, le professionnel amène les personnes à réfléchir sur leurs expériences pour

développer des compétences expertes de leur situation, par l'écoute réelle, une attitude d'ouverture et de respect de l'expérience, des connaissances et des croyances, l'utilisation de questions systémiques et le partage d'hypothèses de solutions. Ces apprentissages permettent l'appropriation et l'utilisation de nouvelles façons de faire favorisant le transfert des nouveaux savoirs dans la vie quotidienne. La mise en contact des expertises et le partage des points de vue permettent au professionnel de bonifier et d'évaluer sa pratique par une rétroaction constante, et à la famille de bénéficier d'une intervention personnalisée qui tient compte de ses compétences, tout en lui conférant un rôle plus actif dans la gestion de la situation de santé et davantage d'autonomie dans la prise de décision.

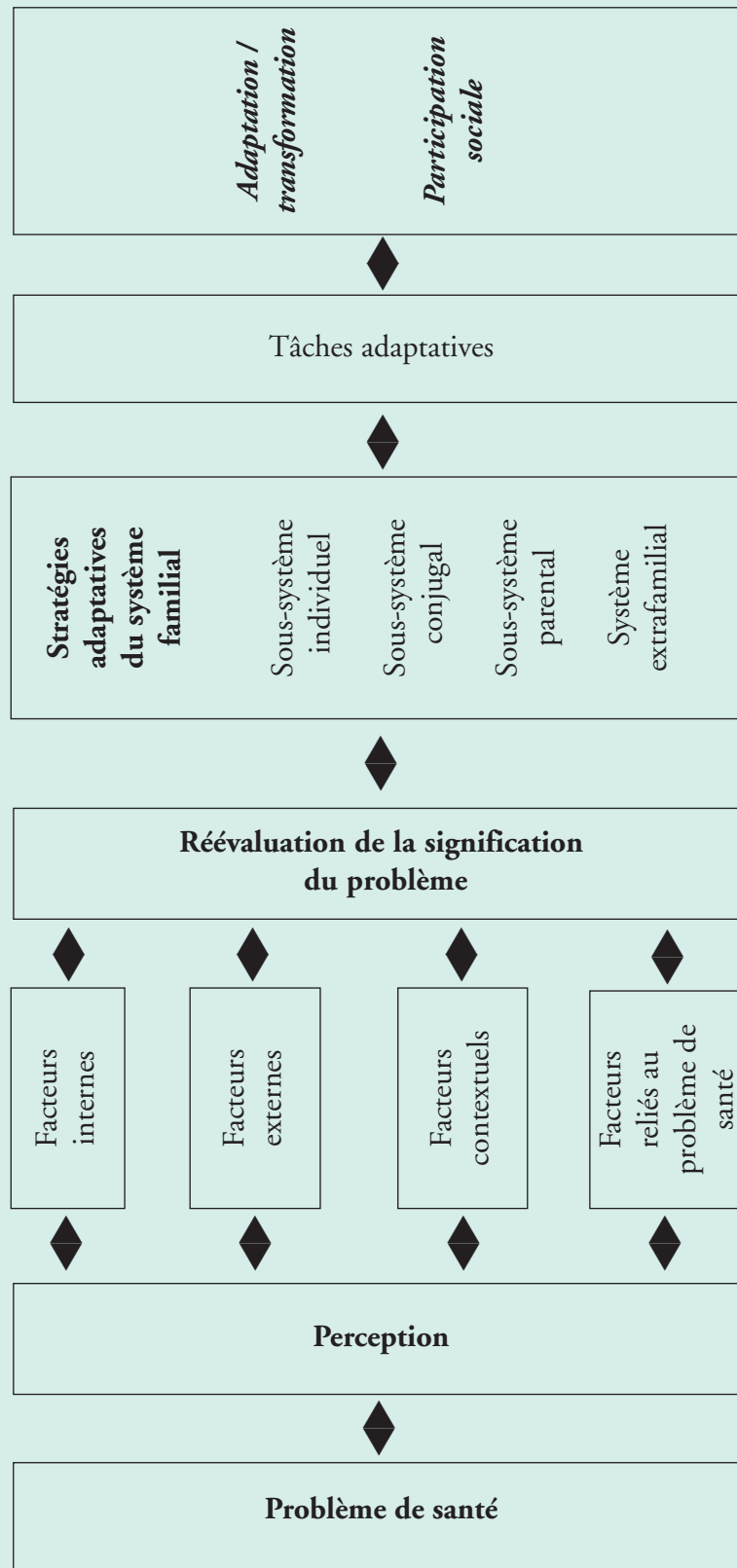
### Interdisciplinarité

Les personnes et les proches sont au cœur de l'intervention et constituent le principal motif du travail en partenariat interdisciplinaire<sup>3</sup>. L'interdisciplinarité met en relation de collaboration des professionnels, dont la formation est différente mais complémentaire, et favorise la cohésion des savoirs disciplinaires et une vision holistique face à une situation humaine complexe. L'équipe est consciente que les besoins de la personne et des proches ne peuvent être satisfaits efficacement que par leur collaboration<sup>19</sup>. Les professionnels travaillent à un même but, prennent des décisions par consensus et coordonnent leurs activités selon une approche multidimensionnelle des besoins de la clientèle. Chaque professionnel de l'équipe intervient uniquement lorsque sa spécialité contribue à résoudre le problème. L'éducation centrée sur la famille et le travail en interdisciplinarité se concrétisent dans un partenariat qui favorise le développement de la relation de confiance et les rapports égaux. Tous partagent leur perception de la situation et leurs ressources, ce qui leur permet de s'approprier leurs compétences respectives et de faire émerger un sentiment de confiance<sup>13</sup>.

### Partenariat

Le partenariat est défini comme l'association des personnes, des proches et des professionnels qui, par la reconnaissance de leurs expertises et de leurs ressources réciproques, ainsi que par leur rapport d'égalité dans la prise de décision par consensus, se fixent des buts et des objectifs communs visant la réadaptation<sup>13</sup>. De l'appropriation des compétences individuelles, familiales et professionnelles découle l'autodétermination de chacun. Le partenariat contribue grandement au bien-être des professionnels de même qu'à celui des familles qui développent des mécanismes d'adaptation et de transformation soutenant une participation sociale satisfaisante.

Figure 1 :  
Modèle du processus d'adaptation-transformation



## *Programme d'intervention familiale interdisciplinaire...*

Le partenariat implique que l'équipe de soins utilise et partage ses savoirs d'experts pour aider la personne et les proches à modifier une situation difficile, tout en reconnaissant les connaissances et les compétences de celles-ci à trouver des solutions, à les mettre en œuvre et à les évaluer. Les personnes et les proches confrontent leurs savoirs particuliers et leur expérience aux savoirs d'experts des professionnels afin de mieux comprendre l'impact du TCC. Ces savoirs complémentaires forment un savoir commun<sup>11, 13</sup> qui assure le succès des relations interprofessionnelles, des relations entre l'équipe interdisciplinaire, la personne et ses proches.

### ***Intrants et processus***

La formation au PRIFAM s'est déroulée sur une période de 15 semaines (du 1<sup>er</sup> mars au 15 juin 2004) et octroyait trois crédits universitaires de niveau baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Plusieurs interventions et ressources pédagogiques ont été mobilisées pour soutenir le cheminement des participants vers l'atteinte des compétences visées : rencontre d'introduction, modules web, forums de discussion, journaux d'apprentissage, suivi clinique, tutorat, atelier de discussion de situations cliniques.

Une rencontre d'introduction a permis aux professionnels de se familiariser avec la plate-forme WebCT. La rencontre avait aussi pour objectif d'expliquer le déroulement du cours, de démystifier l'aspect technologique et d'apporter des conseils pratiques en ce qui concerne l'organisation personnelle d'étude. Les modules théoriques et les outils cliniques sont accessibles sur le web. En plus des modules web, le cours comporte cinq rencontres dans les milieux cliniques. Les professionnels ont aussi participé à six forums de discussion les invitant à réfléchir sur leur pratique clinique et sur leurs attitudes avec les familles et avec les autres professionnels. Les thèmes approfondis étaient par exemple : partenariat et interdisciplinarité (comment je vis le partenariat et l'interdisciplinarité dans mon milieu clinique ? Les enjeux de l'intervention familiale dans mon milieu clinique).

Durant le suivi clinique, le groupe a été divisé en trois sous-groupes supervisés par des formateurs. Les participants étaient invités à structurer leurs interventions en complétant un guide d'analyse de l'intervention familiale, construit de manière à faciliter l'intégration des concepts théoriques à leur pratique clinique. Une fois rempli, le guide était transmis aux autres membres du groupe et aux

formateurs sur une base bimensuelle. Ceux-ci étaient invités à fournir des rétroactions sur l'application clinique du PRIFAM.

Les participants ont aussi été invités à rédiger des journaux d'apprentissage favorisant la réflexion sur soi et l'introspection. Ceci visait à les faire réfléchir sur leurs besoins et leurs attentes face au cours en intervention familiale, sur les facteurs de réussite de leurs relations personnelles et professionnelles, leurs forces et leurs difficultés à développer une relation de partenariat avec les personnes, les familles et leurs collègues de travail, et sur les éléments facilitant l'exercice d'une pratique réflexive.

Ils ont aussi participé à cinq ateliers au cours desquels chacun relatait une situation clinique vécue au cours des dernières semaines. Ces histoires de cas étaient discutées à la lumière du contenu théorique et clinique.

Le but de cette étude est d'évaluer l'impact du PRIFAM sur la pratique clinique des professionnels de la santé impliqués auprès des personnes ayant un TCC et de leurs proches. Ce faisant, par rapport aux quatre champs de l'évaluation de programme identifiés dans le modèle CIPP, notre travail se limite à l'évaluation des produits.

### ***Matériel et méthodes***

De nature qualitative, cette étude s'inscrit dans le paradigme constructiviste. Cette démarche de recherche, congruente avec les fondements épistémologiques de l'intervention, considère la structure subjective de l'apprentissage pour évaluer les changements survenus au plan de la pratique clinique<sup>20</sup>. L'ensemble du processus de recherche est co-construit dans l'interaction entre les chercheurs et les participants<sup>21</sup>. Cette méthode est l'occasion d'apprendre, de réfléchir et de regarder le point de vue de chacun quant aux apprentissages réalisés dans le cadre de la formation<sup>22</sup>.

### ***Échantillon***

L'échantillon est composé de 17 professionnels de la santé de différentes disciplines : physiothérapie (n = 2), psychologie (n = 1), soins infirmiers (n = 13) et service social (n = 1). La majorité d'entre eux travaillent à temps plein dans le réseau de la santé et des services sociaux (n = 13), possèdent un diplôme universitaire (n = 14) et la catégorie d'âge la plus représentée est celle des 26 à 35 ans (n = 7). Tous les participants ont plus de deux années d'expérience auprès de la clientèle ayant un TCC. La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des contraintes



institutionnelles à l'égard du recrutement (faisabilité) et par rapport au principe de saturation des données qualitatives.

### Collecte des données

L'impact du PRIFAM sur la pratique des professionnels a été évalué à l'aide d'entrevues semidirigées pré- et post-formation d'une durée moyenne de 90 minutes. Elles ont été réalisées à l'aide d'un guide comportant des questions ouvertes portant sur la pratique clinique des participants en termes de compréhension de l'expérience des familles, de soutien à l'adaptation, de développement du partenariat et du travail en interdisciplinarité. Ce guide a été développé sur la base des écrits scientifiques et des études réalisées dans le cadre de l'évaluation du PRIFAM avec une clientèle pédiatrique<sup>12</sup>. De plus, les journaux de réflexion rédigés bimensuellement par les participants ont témoigné des effets de la formation.

### Codification et analyse des données

Un modèle d'analyse de contenu thématique a été retenu<sup>23</sup>. Les entrevues, enregistrées sur bande audio, ont été transcrites *in extenso* et les journaux de réflexions ont été colligés. Une analyse initiale a permis d'identifier les thèmes émergents des différents discours et d'extraire les particularités propres à chaque discours. Cette analyse a été contre vérifiée par les chercheurs de l'équipe. Les données provenant de diverses sources (entrevues pré- et post-formation, journaux de réflexion et guides d'analyse clinique), ont été triangulées afin de construire une synthèse de l'impact de la formation sur la pratique clinique des participants. Enfin, les résultats ont été présentés aux participants et validés par eux lors d'un atelier, afin de s'assurer qu'ils étaient représentatifs de leur expérience.

## Résultats

Les résultats concernant les produits du programme de formation montrent qu'au plan des apprentissages, la formation permet aux participants de mieux comprendre l'impact du TCC sur les proches et de développer une pratique réflexive qui contribue à soutenir le développement et la consolidation du partenariat interdisciplinaire et avec les proches.

### Une compréhension enrichie de l'expérience familiale dans la situation de santé

Les résultats montrent que la formation éveille l'empathie des professionnels face à l'expérience vécue par les familles. Au-delà des incapacités physiques et cognitives

de la personne accidentée, elles apprennent à identifier la transition dans laquelle les membres de la famille sont plongés et la souffrance qu'ils éprouvent :

*« Ça m'a fait réaliser tout ce qu'il y a en arrière du traumatisme crânien, parce qu'il n'y a pas juste le patient puis son corps qui est détruit, il y a peut-être toute une famille en arrière qui est détruite, il y a peut-être une autre personne qui est détruite, ça ne se voit pas au niveau corporel, mais c'est tout le reste en arrière. »*

En comprenant mieux les réactions des personnes et de leurs proches, les professionnels ont davantage de facilité à y faire face. Par exemple, plusieurs participants se sentent moins atteints par la tristesse, la colère et les critiques exprimées.

### Développement de la pratique réflexive

L'ensemble des participants affirme que leur pratique est souvent devenue automatisée avec le temps, assise sur leurs savoirs d'expert et d'expérience, et que la formation leur permet de prendre une distance vis-à-vis de leurs interventions et de les questionner pour en faire une meilleure analyse. Les apprentissages émergents de cette réflexion contribuent à consolider la capacité d'analyse clinique d'une majorité de participants et leur permettent de mieux structurer leurs interventions par la formulation d'hypothèses systémiques, la planification systématique des entrevues et la validation de leurs hypothèses auprès des membres de la famille :

*« On fait beaucoup de choses par intuition, maintenant, c'est comme : O.K., c'est logique ce que je faisais. Il y a une théorie avec une intervention. »*

Les résultats montrent que cette démarche réflexive leur permet de mieux répondre aux besoins spécifiques des proches et renforce leur sentiment d'efficacité professionnelle. Ils se sentent plus compétents dans les situations difficiles, ce qui facilite la collecte de données auprès des proches :

*« J'ai moins peur de créer des situations incontrôlables. Des fois, tu te dis : je ne poserai pas cette question-là, ils vont pleurer, ça va provoquer une crise. Je n'ai plus cette peur-là (...). Si la crise arrive, c'est qu'elle n'était pas loin, et je me sens outillée (...) pour être capable d'identifier plus rapidement ce qui se passe dans la famille. »*

### Développement du partenariat avec les familles

La formation permet aux participants de développer un meilleur partenariat avec les proches en partant de leur expérience et de leurs préoccupations, en valorisant leurs compétences et leurs ressources et en travaillant à un but commun en partageant le pouvoir décisionnel.

## Programme d'intervention familiale interdisciplinaire...

Les résultats montrent aussi que la formation a un impact sur la relation entre les professionnels des diverses phases de soins, ainsi qu'au sein des équipes interdisciplinaires.

Les professionnels apprennent à co-construire leurs interventions en fonction des besoins et des attentes des familles. Les résultats montrent que cette transformation de l'intervention se manifeste notamment dans la réciprocity des échanges. Le PRIFAM fait prendre conscience aux professionnels de l'importance d'explorer les connaissances et les préoccupations des membres de la famille afin de transmettre une information qui réponde mieux à leurs besoins, de valider la compréhension de l'information par les membres de la famille et de valider leur propre compréhension de la situation auprès de ces derniers. Le partenariat se concrétise aussi dans la valorisation des compétences et des stratégies d'adaptation des proches ainsi que par l'identification de leurs ressources transférables à la situation de santé actuelle. Cette évolution du paradigme relationnel amène les professionnels à partager le pouvoir décisionnel, en soutenant les proches dans leur recherche de solutions plutôt qu'en imposant des solutions toutes faites. Considérés en tant que partenaires irremplaçables dans la recherche de solutions, les membres de la famille développent un sentiment de confiance qui contribue au développement de l'autodétermination de chacun dans le processus d'adaptation :

*« C'est comme de laisser-aller la personne, de la laisser verbaliser, la laisser-aller là où elle veut m'amener et de la suivre là, de ne pas chercher à l'amener là où je voudrais qu'elle aille. Et ça, le PRIFAM m'a appris ça aussi. Parce que j'arrivais avec mon outil multidisciplinaire, avec des questions bien précises en tête. (...) Maintenant, c'est plus : je suis à l'aise, je te suis, je vais aller là où tu veux m'amener ; et souvent, je découvre beaucoup plus que ce que j'aurais découvert avec mon outil à poser des questions. »*

La formation au PRIFAM suscite des gains importants chez les participants. En partageant le pouvoir décisionnel avec les proches, les professionnels se sentent délestés du poids de la responsabilité exclusive de la situation et ressentent moins de stress et d'épuisement. Ils apprennent à mieux respecter les limites de leur savoir disciplinaire et médical, à réaliser l'impact de leurs interventions et à transférer à d'autres cas les apprentissages réalisés auprès des proches.

### Développement du partenariat interdisciplinaire

Au plan interprofessionnel, la formation a des effets inattendus. Les rencontres et les échanges entre des professionnels de différentes disciplines ou phases de soins leur

permettent de mieux comprendre la réalité et le contexte clinique de chacun des milieux (soins aigus, réadaptation, insertion sociale). Les résultats montrent que ces apprentissages favorisent et consolident les liens entre les professionnels et tendent à diminuer le potentiel conflictuel des relations. Les professionnels se sentent plus crédibles et plus confiants dans leurs échanges avec leurs collègues d'autres disciplines parce qu'ils détiennent une compréhension analytique et structurée de la famille, de ses besoins et sont maintenant capables de transmettre ce savoir à leurs collègues. Cette transformation du paradigme relationnel renforce le partenariat dans les équipes de soins et favorise une vision holistique et commune de la famille en même temps qu'elle permet une intervention correspondant à cette conception.

### Discussion

Nos résultats font apparaître que la formation au PRIFAM suscite une évolution de la réflexion des participants sur leur expérience personnelle, professionnelle et interprofessionnelle.

#### Vers une pratique réflexive

Au moment de la formation, la plupart des professionnels ont acquis plusieurs années d'expérience clinique et disent avoir développé des automatismes qu'ils ne remettent que rarement en question. Il est d'ailleurs reconnu que plus l'expérience s'accumule et plus les interventions des professionnels ont tendance à devenir automatiques<sup>20</sup>. C'est grâce à ce mécanisme qu'un professionnel arrive à composer avec des situations de plus en plus complexes tout en étant disponible à ce qui se déroule dans l'instant présent. Toutefois, ce processus doit s'inscrire dans le cadre plus large de la pratique réflexive. C'est à ce niveau que la formation semble avoir eu un apport important.

En effet, l'approche utilisée dans la formation amène les professionnels à analyser leur compréhension des situations cliniques, leurs interventions et leur impact sur la situation. Cette réflexion sur l'action concerne les processus théoriques et cliniques. Les apprentissages qui en découlent consolident la capacité d'analyse clinique des professionnels, leur permettant de mieux structurer leurs interventions par la formulation et la validation d'hypothèses systémiques et par la planification des rencontres avec la personne et la famille. C'est par la pratique réflexive que le professionnel arrive à mieux comprendre les problèmes auxquels il est confronté et à prendre conscience de la cohérence entre ce qu'il espère faire et ce qu'il fait, entre sa théorie et sa pratique<sup>24</sup>.

## Concepts et Innovations

---

Les professionnels développent une intentionnalité dans leur pratique, qui repose alors davantage sur des principes éprouvés. Il s'agit là d'un bénéfice important de la formation, compte tenu du mouvement actuel dans le système de santé qui valorise la prise de décision basée sur des données probantes. Ces apprentissages s'inscrivent dans une démarche de réflexivité qui va plus loin que la simple réflexion. Les valeurs et les croyances, les manières de concevoir les situations cliniques et l'intervention ne sont pas seulement analysées et partagées avec les proches et les collègues, elles sont aussi transformées au cours du processus réflexif. En ce sens, le type d'apprentissage suscité par la formation se rapproche de ce que plusieurs auteurs décrivent comme étant le propre de la réflexivité, c'est-à-dire la capacité d'agir sur ses représentations pour faire évoluer sa pratique<sup>20, 24</sup>, avec l'intention que les nouveaux savoirs puissent être transférés à des situations semblables.

Le développement d'un partenariat dans les relations avec les personnes et les proches, au sein des équipes de soins et entre les établissements, a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Les personnes doivent être considérées comme des partenaires de l'équipe interdisciplinaire<sup>3</sup>. Cependant, la recherche et l'expérience clinique montrent que cette démarche ne se fait pas sans heurts et qu'elle est souvent teintée d'insatisfaction tant pour les familles que pour les professionnels de la santé<sup>4-7</sup>. Les résultats de cette étude montrent que l'instauration du partenariat nécessite, certes, un désir des partenaires, mais aussi une transformation du paradigme relationnel qui implique d'abord du professionnel un changement de position dans la manière de concevoir son rôle et sa vision de l'intervention. Dans le cadre du PRIFAM, les professionnels, les personnes et les proches analysent la situation de santé de la personne à travers leur propre savoir et leur expérience et mettent en commun leur compréhension. La mise en commun de ces savoirs complémentaires orientée vers un but commun assure la satisfaction de chacun des partenaires<sup>11, 13, 25</sup>. Au plan de l'intervention, les résultats indiquent que ces apprentissages se manifestent ensuite concrètement dans la pratique des professionnels. Confiants dans leurs compétences disciplinaires, ils explorent, reconnaissent et valorisent l'expertise de la famille. En démontrant un intérêt pour les préoccupations des personnes et des proches, ils cherchent à répondre aux besoins de ceux-ci et les soutiennent dans leur recherche de solutions. Le pouvoir décisionnel est partagé entre les partenaires.

L'étude confirme que la transformation de la vision de l'intervention se manifeste aussi au plan du travail inter-

disciplinaire. Avant la formation, les rapports de force entre les professionnels de différentes disciplines engendrent de la frustration issue des recoupements de rôles, et des difficultés à reconnaître et à respecter l'expertise de l'autre. La formation amène les participants à apprendre à connaître les rôles des autres professionnels, à cibler la manière dont ces rôles rejoignent ceux de leur propre discipline et à mieux percevoir la plus-value de leur apport à l'équipe de soins. Les préjugés tombent et font place à un respect et une reconnaissance des expertises de leurs collègues et des bénéfices spécifiques de leur contribution.

Ces apprentissages favorisent la communication interdisciplinaire. Les professionnels apprennent à partager leur compréhension analytique des situations et à sonder les connaissances de leurs collègues de différentes disciplines. Cet apport de la formation est considérable car le manque de communication constitue l'un des principaux obstacles aux relations interprofessionnelles. Ces échanges interdisciplinaires et avec les familles ont un potentiel considérable puisqu'ils génèrent un savoir commun, riche en apprentissages et en bénéfices. En accord avec les écrits scientifiques, les résultats de cette étude tendent à montrer que le partenariat procure une plus grande satisfaction des participants à l'égard de leurs interventions et réduit le risque d'épuisement professionnel<sup>16, 26</sup>. Le partage des savoirs les amène à respecter davantage leurs limites personnelles et professionnelles et à découvrir de nouvelles façons d'intervenir avec de nouvelles stratégies<sup>19</sup>.

### Conclusion

Les retombées de l'étude sont liées au caractère réflexif et interdisciplinaire de la formation PRIFAM dans un contexte de partenariat. L'intervention familiale et interdisciplinaire est devenue, depuis peu, une préoccupation importante des organisations de santé. Les résultats de cette étude montrent que l'impact de la formation sur le développement d'une pratique réflexive par les professionnels et l'instauration de partenariat dans les milieux cliniques offre des bénéfices importants pour la personne, les proches, les professionnels et le système de santé : satisfaction et bien-être de tous les acteurs, qualité des soins et, sans doute, diminution des coûts de santé.

Le PRIFAM valorise des valeurs et des objectifs centrés sur les proches et leur environnement et offre un cadre propice à la communication entre les acteurs en optimisant le partage des expertises et la participation de chacun au processus décisionnel. Les résultats de cette



## Programme d'intervention familiale interdisciplinaire...

étude démontrent la pertinence d'élargir sa portée en développant ce programme pour d'autres clientèles et situations de santé.

### Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce au soutien du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (2002-2005) et du GIRAFE-CRIR (2004-2005).

### Ethique

Le protocole de recherche de cette étude a reçu l'approbation des comités d'éthiques de l'Université de Montréal et des centres hospitaliers et de réadaptation participants.

### Contributions

Hélène Lefebvre a participé à la conception du protocole de recherche, à la collecte et l'analyse des données, ainsi qu'à l'écriture du manuscrit. Diane Pelchat a participé à la conception du protocole de recherche et collaboré à l'analyse des données. Marie-Josée Levert a participé à la conception du protocole de recherche, à la collecte et à l'analyse des données, ainsi qu'à l'écriture du manuscrit. Claire David et Jérôme Gauvin Lepage ont participé à la révision du manuscrit.

## Références

1. Cabane G, De Coucy R, Delisle J, Lacaille L. Guide d'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire. Québec : Comité Conseil SAAQ de réadaptation en neurotraumatologie, 2000.
2. Gadoury M. Cadre de référence pour l'élaboration de programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral (adultes). Québec : Société d'Assurance Automobile du Québec, 2001.
3. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessionals practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care* 2005 ; Suppl. 1:8-20.
4. Lefebvre H, Pelchat D, Swaine B, Gélinas I, Levert MJ. The experiences of individuals with traumatic brain injury, families, physicians and health professionals regarding care provided throughout the continuum. *Brain Inj* 2005 ;19:585-7.
5. Lefebvre H, Vanier M, Swaine B, Dutil E, Pépin M, Fougeryollas P et al. La participation sociale à long terme de personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches 10 ans post-traumatisme. Rapport de recherche. Montréal: ÉRIFAM, Université de Montréal, 2004.
6. Brzustowski M. L'annonce du handicap au grand accidenté. Paris : Éres, 2001.
7. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet* 2004 ;363:312-9.
8. Centre de Réadaptation Le Bouclier. Définition du processus de la réadaptation et des services au Centre de Réadaptation Le Bouclier. Document non-publié, 2004.
9. Sylvestre A, Gratton M, Pelchat D, Lefebvre H. Perceptions des intervenants sur l'utilisation de l'approche intégrée au Centre de réadaptation Estrie (CRE). Rapport de recherche. Sherbrooke : Centre de réadaptation Estrie (CRE), 2003.
10. Destailhats JM, Mazaux JM, Belio C. Le lien familial à l'épreuve du handicap et des soins. Actes de Journée de réanimation pédiatrique du GFRUP, Congrès de la SRLF, 2005, janvier, Bruxelles, Belgique. [On-line] Disponible sur : [http://www.gfrup.com/gfrup\\_handicap\\_lien\\_famille.htm](http://www.gfrup.com/gfrup_handicap_lien_famille.htm)
11. Pelchat D, Lefebvre H. Apprendre ensemble. Le PRI-FAM, programme d'intervention interdisciplinaire et familiale. Montréal : Chenelière McGraw-Hill, 2005.
12. Pelchat D, Bisson JM, Ricard N, Perreault M, Bouchard JM. The longitudinal effects of an early family intervention program on the adaptation of families of children with a disability. *Int J Nurs Stud* 1999 ;36:465-77.
13. Bouchard JM. Famille et savoirs à partager: des intentions à l'action. *Apprentissage et socialisation* 1999 ;19:47-57.

14. Lebrun, M. *Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre. Quelles places pour les TIC dans l'éducation?* Bruxelles : De Boeck Université, 2002.
15. Richard J. *L'étudiant comme acteur de sa formation. Réalisation de documents audiovisuels sur la communication et l'ingénierie.* *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire* 2004;1:22-6.
16. Stufflebeam DL. *The CIPP Model for program evaluation.* In : Madaus GF, Scriven MS & Stufflebeam DL (Eds.). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human service evaluation.* Boston : Kluwer-Nijhoff, 1983:117-42.
17. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer, 1984.
18. Deccache A, Meremans P. *L'éducation pour la santé des patients: au carrefour de la médecine et des sciences humaines.* In : Sandrin-Berthon I (Ed.). *L'éducation du patient au secours de la médecine.* Paris : Presses Universitaires de France, 2000;147-68.
19. Fortin B. *L'interdisciplinarité: rêves et réalité.* *Psychologie Québec* 2000;17:39-40.
20. Bessette M, Duquette H. *Développement d'une pratique réflexive : découvrir ses savoirs d'Action et enrichir sa pratique grâce aux cartes mentales, 2003 [On-line].* Disponible sur : [www.cdc.qc.ca/pdf/729269\\_bessette\\_2003\\_PAREA.pdf](http://www.cdc.qc.ca/pdf/729269_bessette_2003_PAREA.pdf)
21. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA : Sage, 1989.
22. Poupart J. *L'entretien qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques.* In : Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapperrrière A, Mayer R. (Eds.). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Boucherville : Gaëtan Morin, 1997:173-210.
23. Paterson BL, Thorne SE, Canam C, Jillings C. *Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis.* Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.
24. Legault JP. *Former des enseignants réflexifs.* Montréal : Éditions Logiques, 2004.
25. Lefebvre H, Pelchat D, Héroux MC. *Partenariat familles, professionnels, gestionnaires: vers une continuité des soins et services.* *Ruptures* 2003;9:6-20.
26. D'Amour D, Goulet L, Pineault R, Ladadie J, Remondin M. *Comparative study of inter-organisational collaboration and its effects in four Quebec health regions : The case of perinatal services.* *Rapport de recherche.* Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 2004.

Manuscrit reçu le 20 décembre 2006 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 19 février 2007 ; accepté pour publication le 8 mars 2007.