

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
SUMMARY	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xi
DÉDICACE	xii
REMERCIEMENTS	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 Défis actuels dans le traitement de la douleur chronique	4
1.1.1 L'évolution des connaissances dans le domaine de la douleur chronique	5
1.1.2 Une causalité multidimensionnelle et circulaire.....	6
1.1.3 Quels défis pour la formation continue des professionnels de la physiothérapie ?	12
1.1.4 Aperçu de l'état de la situation concernant la formation en douleur chronique au Canada	20
1.2 Formation à l'intervention stratégique en douleur chronique	22
1.2.1 Bref historique	22
1.2.2 Fondements théoriques de l'intervention stratégique en douleur chronique	25
1.2.2.1 Perspective interactionnelle.....	26
1.2.2.2 Démarche stratégique	32
1.2.3 Principales caractéristiques de la formation	41
1.3 Écrits consultés sur la supervision clinique.....	42
1.3.1 L'utilisation de la supervision clinique dans les thérapies brèves systémiques.....	43
1.3.2 Supervision clinique en direct en physiothérapie	51
1.4 Synthèse de la problématique.....	53
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL	56
2.1 Posture épistémologique de la chercheuse : une conception de l'apprentissage comme processus interactionnel de coconstruction	56
2.2 L'apprentissage expérientiel selon Schön	59
2.2.1 Les théories de l'action.....	60

2.2.2	L'apprentissage de simple boucle et l'apprentissage de double boucle	61
2.2.3	L'apprentissage dans l'action et l'apprentissage sur l'action	61
2.3	Les modèles d'action	64
2.4	Question et objectifs de recherche, et pertinence de l'étude	68
CHAPITRE 3 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE		71
3.1	L'étude multicas	72
3.2	Déroulement	74
3.2.1	Participants, échantillonnage et processus de recrutement	74
3.2.2	L'application de la formation	75
3.2.3	Collecte et analyse des données	77
3.2.3.1	L'observation participante	77
3.2.3.2	L'enregistrement vidéo	81
3.2.3.3	L'entrevue semi-dirigée	82
3.2.4	Méthodes d'analyse des données	86
3.2.4.1	Analyse par questionnaire analytique	86
3.2.4.2	L'analyse thématique	88
3.2.4.3	L'analyse à l'aide de récits phénoménologiques	88
3.2.4.4	L'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes	90
3.2.4.5	La mise en place d'une théorisation	92
3.3	Considérations éthiques	93
3.3.1	Consentement libre et éclairé	94
3.3.2	Avantages pouvant découler de la participation à la recherche	95
3.3.3	Risques et inconvénients pouvant découler de la participation à la recherche et moyens prévus pour les minimiser	96
3.3.4	Engagement et mesures visant à assurer la confidentialité	96
3.3.5	Indemnité compensatoire pour les participants	97
3.3.6	Conflits d'intérêts et commercialisation des résultats	97
CHAPITRE 4 : MISE EN CONTEXTE DU DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION STRATÉGIQUE EN DOULEUR CHRONIQUE		98
4.1	L'École interactionnelle	98
4.1.1	Évaluation fonctionnelle et bilan interactionnel	98
4.1.2	Déroulement global des rencontres	99
4.1.3	Dispositions relatives à la salle et matériel	100
4.1.4	Particularités de l'animation et responsabilités des intervenants impliqués	102
4.1.5	Déroulement d'une rencontre	102
4.1.6	Prescription de tâches	104
4.2	L'intervention stratégique en traitement individuel	105
4.2.1	Déroulement des rencontres	105

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS RELATIFS AU CONTENU ET AU DÉROULEMENT DE LA FORMATION	108
5.1 Atelier de formation	111
5.2 Application clinique d'une intervention.....	125
5.2.1 Application d'une École interactionnelle (PRA1 et PRA2)	125
5.2.1.1 Évaluation fonctionnelle et interactionnelle.....	125
5.2.1.2 L'application de l'École interactionnelle	141
5.2.2 Application d'interventions individuelles (PRA3).....	159
5.2.2.1 Préparation.....	160
5.2.2.2 Rencontres cliniques.....	162
5.2.2.3 Pause.....	171
5.3 Retour-formation.....	174
5.4 Rencontre préparatoire	186
5.5 Heures investies dans la formation par les praticiennes et les formateurs	188
5.6 Sommaire des principales composantes de la formation.....	189
CHAPITRE 6 : RÉSULTATS RELATIFS AU CHEMINEMENT DES PRATICIENNES : DES RÉCITS PHÉNOMÉNOLOGIQUES	191
6.1 Récit de cheminement de Patricia (PRA1).....	191
6.1.1 Attentes et sentiments face à la formation.....	191
6.1.2 Modèles d'action de Patricia avant la formation	192
6.1.3 Modèles d'action de Patricia immédiatement après la formation	196
6.1.4 Modèles d'action de Patricia six mois après la formation.....	198
6.2 Récit de cheminement de Danielle (PRA2)	205
6.2.1 Attentes et sentiments face à la formation.....	205
6.2.2 Modèles d'action de Danielle avant la formation.....	206
6.2.3 Modèles d'action de Danielle immédiatement après la formation	209
6.2.4 Modèles d'action de Danielle six mois après la formation	213
6.3 Récit de cheminement de Mireille (PRA3)	219
6.3.1 Attentes et sentiments face à la formation.....	219
6.3.2 Modèles d'action de Mireille avant la formation	219
6.3.3 Modèles d'action de Mireille immédiatement après la formation.....	224
6.3.4 Modèles d'action de Mireille six mois après la formation	231
6.4 Le point de vue des formateurs sur les changements des praticiennes	240
6.5 Éléments saillants de la deuxième partie des résultats	242

CHAPITRE 7 : RÉSULTATS RELATIFS AUX SIX CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES DESQUELLES A ÉMERGÉ UNE PROPOSITION THÉORIQUE.....	245
7.1 Confrontation des habitudes.....	247
7.2 Autoexpérimentation des exigences du traitement.....	253
7.3 Zone commune d'intervention	255
7.4 Encadrement sécurisant.....	260
7.5 Crédibilité de l'approche d'intervention	263
7.6 Facilitation de l'intégration en milieu clinique	266
7.6.1 Accès à des outils pratiques d'intervention	266
7.6.2 Pratique préalable des exercices et autres activités demandées aux clients	267
7.6.3 Disponibilité du support matériel pour appliquer la démarche d'intervention en milieu clinique.....	268
7.6.4 Application de l'intervention en contexte réel dans le cadre de la formation	269
7.7 Présentation schématique de la proposition théorique	271
CHAPITRE 8 : DISCUSSION	274
8.1 L'évolution des modèles d'action des praticiennes.....	274
8.1.1 Un changement qui découle d'un apprentissage de double boucle	275
8.1.2 Quelques réflexions pour expliquer les différences entre les praticiennes relativement aux changements observés.....	280
8.2 Les trois dimensions semblant avoir favorisé le changement de modèles d'action au cours de la formation	282
8.2.1 Dimension personnelle relative au changement	282
8.2.1.1 Intégration de la théorie et de la pratique	283
8.2.1.2 Enjeux et défis d'une supervision clinique en direct.....	288
8.2.2 Dimension clinique relative au changement.....	294
8.2.2.1 Un processus de formation qui semble favoriser l'intégration des apprentissage en milieu clinique.....	295
8.2.2.2 Les enjeux et les défis relatifs au maintien des changements en milieu clinique.....	298
8.2.3 Dimension relationnelle relative au changement.....	300
8.2.3.1 L'apprentissage dans un contexte d'alternance entre relation complémentaire et relation égalitaire	301
8.2.3.2 L'influence de la relation dans le processus d'apprentissage.....	304
8.3 Principales forces et limites de l'étude.....	306
8.3.1 Principales forces de l'étude.....	306
8.3.2 Principales limites de l'étude.....	308

8.4 Pistes de recherches futures.....	309
CHAPITRE 9 : CONCLUSION.....	312
9.1 Retombées de la recherche sur le plan de la formation dans le domaine de la douleur chronique.....	313
9.2 Retombées de la recherche sur le plan de la pratique clinique en douleur chronique ...	314
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	316
ANNEXE A. Certificat du comité d'éthique de la recherche de l'UQAT	332
ANNEXE B. Certificat du comité d'éthique du CISSSAT	338
ANNEXE C. Formulaire d'information et de consentement - Formateurs	341
ANNEXE D. Formulaire d'information et de consentement - Praticiens	349
ANNEXE E. Formulaire d'information et de consentement - Patients.....	359
ANNEXE F. Formulaire d'information et de consentement - Chef de service.....	367

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Comparaison entre deux perspectives d'intervention.....	32
Tableau 2	Classification des niveaux de participation selon Spradley (1980).....	80
Tableau 3	Principaux thèmes des entrevues semi-dirigées	84
Tableau 4	Déroulement chronologique d'une rencontre	103
Tableau 5	Résumé du déroulement de l'atelier de formation.....	115
Tableau 6	Contenu de l'atelier de formation – volet théorique.....	116
Tableau 7	Thèmes et principaux contenus abordés dans le volet <i>Douleur chronique et programme de réadaptation</i>	119
Tableau 8	Annexes remises pendant l'atelier de formation en classe.....	123
Tableau 9	Thèmes et contenus abordés dans les séances de l'École interactionnelle.....	142
Tableau 10	Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre des rencontres de l'École interactionnelle	146
Tableau 11	Différents types d'interventions dénombrés à chacune des rencontres.....	156
Tableau 12	Interventions effectuées par les formateurs dans le cadre des rencontres individuelles	163
Tableau 13	Exemples d'interventions en relation avec la catégorie <i>Précisions/informations supplémentaires à obtenir</i>	166
Tableau 14	Exemples d'interventions en relation avec la catégorie <i>Précisions/informations supplémentaires à donner</i>	167
Tableau 15	Exemples d'interventions en relation avec la catégorie <i>Confort du client</i>	168
Tableau 16	Exemples d'interventions en relation avec la catégorie <i>Exercice/mouvement</i>	169
Tableau 17	Exemples d'interventions en relation avec la catégorie <i>Oubli dans la démarche prévue</i>	170
Tableau 18	Exemples d'interventions en relation avec la catégorie <i>Autres</i>	171
Tableau 19	Nombre d'heures investies par les praticiennes pour l'ensemble de la formation	188
Tableau 20	Nombre d'heures investies par les formateurs pour l'ensemble de la formation	189
Tableau 21	Répartition des étapes et composantes de la formation.....	190
Tableau 22	Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Patricia avant/après la formation	204
Tableau 23	Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Danielle (PRA2) avant/après la formation	218
Tableau 24	Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Mireille (PRA3) avant/après la formation	238
Tableau 25	Confrontation des habitudes	253
Tableau 26	Autoexpérimentation des exigences du traitement.....	255
Tableau 27	Zone commune d'intervention	259
Tableau 28	Encadrement sécurisant.....	263
Tableau 29	Crédibilité de l'approche d'intervention	266
Tableau 30	Facilitation de l'intégration en milieu clinique.....	271

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Les différents niveaux d'interactions	28
Figure 2	Structure et dynamique d'un modèle d'action.....	65
Figure 3	Disposition de la salle lors de l'application d'une École interactionnelle.....	101
Figure 4	Déroulement de la formation.....	110
Figure 5	Disposition de la salle dans le cadre de l'application d'interventions individuelles	126
Figure 6	Proportions relatives aux différentes catégories d'interventions effectuées par les formateurs dans le cadre de l'École interactionnelle	158
Figure 7	Types d'interventions effectuées par les formateurs aux différentes étapes des rencontres	159
Figure 8	Proportions relatives aux différentes catégories d'intervention effectuées par les formateurs dans le cadre des rencontres individuelles	164
Figure 9	Principales caractéristiques des rétroactions données par les formateurs lors du retour-formation	179
Figure 10	Proposition théorique : une perspective tridimensionnelle du changement d'habitudes d'intervention.....	272

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVQ	Activités de la vie quotidienne
CRPS	Syndrome douloureux régional complexe
CS	Central Sensitivity
CISSSAT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DC	Douleur chronique
ÉIDAC	École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques
ÉIF	École interactionnelle de fibromyalgie
ÉIL	École interactionnelle de lombalgie
IASP	International Association for the Study of Pain
IDC	Interventions directement auprès des clients
IDP	Interventions directement auprès des praticiennes
IA	Intervention autre
IRMf	Imagerie par résonnance magnétique fonctionnelle
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISDC	Intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique
MRI	Mental Research Institute
NPE	Neuroscience pain education
PR	Programme de réadaptation
RQRD	Réseau québécois de recherche sur la douleur
TEM	Tomographie par émission de positons
TP	Thérapeutes physiques
TRP	Thérapeute en réadaptation physique
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

DÉDICACE

*À l'Équipe, dont les membres
partagent une même passion, celle de
venir en aide aux personnes qui
souffrent de douleur chronique*

REMERCIEMENTS

Un projet de cette envergure nécessite certainement du temps et de la persévérance, mais à eux seuls ces facteurs ne suffisent pas. Le soutien et la collaboration de plusieurs personnes ont été déterminants pour moi dans la réalisation de ce travail qui s'est échelonné sur plusieurs années.

Premièrement, je voudrais remercier le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) pour sa collaboration à ce projet. Un merci tout spécial également aux praticiennes et aux formateurs qui ont accepté de participer à la formation qui faisait partie de cette étude. Merci également à mon employeur, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), de m'avoir donné l'opportunité de faire mes études en région, dans un premier temps, et de m'avoir également offert des conditions de travail qui ont favorisé mon cheminement dans mes études doctorales.

Je désire également remercier mes directeurs de recherche, Manon Champagne, Jean-Charles Perron et Dat-Nhut Nguyen, pour leur importante contribution dans ce projet, chacun à partir de leur expertise. Je tiens à ajouter qu'en plus de leur contribution dans la réalisation de la thèse et de leur soutien sur plan académique, mes directeurs de recherche m'ont offert une disponibilité remarquable ainsi qu'un encadrement soutenu et humain. La confiance qu'ils m'ont témoignée au cours de ces années a été pour moi une précieuse source d'énergie et de motivation, je leur exprime toute ma reconnaissance.

Je trouve important de souligner également la contribution de l'Équipe de l'intervention stratégique en douleur chronique (ISDC) grâce à qui le matériel relatif à l'ISDC évolue continuellement et permet d'enrichir constamment les formations et l'intervention. Je désire remercier plus particulièrement Jacques Charest, qui est l'un des fondateurs de l'ISDC et grâce à qui cette équipe existe. C'est également grâce à lui que cette magnifique aventure dans ce domaine a débuté pour moi en 2007. Jacques a été au départ un professeur dont l'influence a été déterminante dans la poursuite de ma carrière. Il a été ensuite un directeur de recherche dans le cadre de mes études de maîtrise. Et au fil des années il est devenu un mentor, un collègue et un ami. Sa confiance en moi et son soutien ont certainement été des facteurs déterminants dans la réussite de ce projet doctoral.

Enfin, un merci spécial à mon conjoint, Stéphane, et mes enfants, Dorothée et Florent, pour leur présence, leur amour inconditionnel et leur patience ! Être à la fois une conjointe, une mère et une doctorante représente un défi important, et le soutien de la famille est incontestablement un facteur déterminant dans l'accomplissement d'un tel projet.

INTRODUCTION

Au cours des vingt dernières années, les connaissances sur la douleur chronique ont évolué rapidement. Les nouvelles découvertes confrontent les professionnels de la santé au passage d'un paradigme biomédical à un paradigme biopsychosocial concernant la nature du problème lui-même et, conséquemment, la nature des interventions qui doivent désormais être priorisées (Adams et Turk, 2015; Ballantyne et Sullivan, 2015; de Heer *et al.*, 2014; Jensen *et al.*, 2011; Kroenke *et al.*, 2011; Scott *et al.*, 2016; Sullivan et Ballantyne, 2016). Par ailleurs, il semble que les stratégies de transfert de connaissances actuelles ne suffisent pas pour permettre l'intégration de nouvelles habiletés d'intervention qui s'orientent sur un nouveau paradigme (Herschell et al., 2010; Keefe et al., 2018; Lonsdale *et al.*, 2017; Overmeer *et al.*, 2011; Synnott *et al.*, 2016). On constate qu'il existe d'ailleurs un écart important entre les lignes directrices pour le traitement de la douleur chronique et la pratique clinique (Hanney *et al.*, 2016; International Association for the Study of Pain [IASP], 2018b). Cette situation témoigne de la nécessité d'accorder plus d'importance à la recherche dans le domaine de la formation continue pour permettre de mieux comprendre les limites des méthodes de formation priorisées afin de les adapter au contexte actuel (Herschell *et al.*, 2010). La recherche est destinée à améliorer la qualité des soins dispensés aux clients et, conséquemment, c'est dans la pratique clinique que les découvertes trouvent leur utilité. La formation des professionnels de la santé constitue le trait d'union entre ces deux secteurs d'activité.

J'ai été formée en 2009 à l'intervention stratégique à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) dans un cours de deuxième cycle de douze crédits (COM-4020 Thérapie brève interactionnelle). Cette formation impliquait des interventions individuelles auprès de clients réels sous supervision clinique au miroir sans tain. En outre, j'ai également eu le privilège de rencontrer des professionnels s'intéressant à l'utilisation de cette démarche d'intervention pour le traitement de la douleur chronique. C'est sur ce sujet qu'a porté mon projet de maîtrise, au cours duquel j'ai élaboré, appliqué et évalué une intervention de groupe (appelée École interactionnelle) pour le traitement de certains types de douleurs abdominales chroniques. Plus précisément, ce projet de maîtrise s'est déroulé dans le contexte d'une intervention auprès d'un groupe de clients réels et sous supervision clinique au miroir sans

tain. Ainsi, au cours de mon cheminement, j'ai été formée à l'intervention stratégique individuelle et en groupe auprès de personnes atteintes de douleur chronique.

Par ailleurs, j'ai observé, comme d'autres, que l'apprentissage en contexte réel d'intervention est peu utilisé pour la formation continue dans ce secteur d'activité (Keefe et al, 2018) et que les coûts qui y sont associés représente une contrainte importante à l'utilisation d'une telle démarche. (Keefe et al., 2018 ; Synnott et al., 2016) D'ailleurs, lors d'une de mes participations à un projet de recherche s'intéressant à l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique (ISDC), j'ai constaté que la formation dont j'avais bénéficié était difficilement transférable dans le système de santé actuel. J'ai compris à ce moment-là qu'il existait des obstacles importants à l'intégration de la supervision clinique en direct dans le cadre d'une formation continue. Le premier obstacle est certainement l'investissement en termes de temps et d'argent que requiert ce type de formation. Un autre obstacle semble être la perception, pour les chercheurs et les gestionnaires, de la formation (c.-à-d. formation de nature théorique et technique, hors du contexte de la pratique clinique, avec évaluations à l'aide de questionnaires). Ainsi, partant de mes expériences et des réflexions qui en ont découlé, j'ai choisi de m'intéresser, dans le cadre de cette recherche, au type de formation que j'ai expérimentée et qui s'appuie sur une conception différente de l'apprentissage (c.-à-d. qui découle de l'expérience). Ici, l'objectif est de mieux comprendre, dans un premier temps, et d'expliquer ensuite, l'influence d'une telle démarche de formation sur le changement d'habitudes des praticiens. Cette recherche s'intéresse donc à deux champs d'activités : d'une part, l'éducation des professionnels de la physiothérapie en contexte de formation continue, et, d'autre part, le traitement des clients souffrant de douleur chronique.

Le premier chapitre de la thèse propose une vue d'ensemble de la problématique reliée au traitement de la douleur chronique et à la formation des professionnels de la santé concernés par cette condition. Le deuxième et le troisième chapitre présentent le cadre conceptuel et la démarche méthodologique. Pour sa part, le quatrième chapitre décrit le contexte dans lequel se déroule la formation à l'étude. Enfin, les chapitres cinq, six et sept exposent les résultats obtenus, suivi de la discussion au huitième chapitre et de la conclusion au neuvième chapitre.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

Ce qui aggrave la difficulté de connaître notre Monde, c'est le mode de pensée qui a atrophie, au lieu de la développer, l'aptitude à contextualiser et à globaliser, alors que l'exigence de l'ère planétaire est de penser sa globalité, la relation tout-parties, sa multidimensionnalité, sa complexité. (Morin, 2000, p. 33)

La douleur chronique est un problème qui touche directement environ une personne sur cinq au Canada (Schopflocher *et al.*, 2011). De façon indirecte, par contre, elle touche beaucoup plus de gens, puisque ses conséquences se répercutent sur l'entourage des personnes qui en souffrent, notamment la famille (Lyons *et al.*, 2013). Il s'agit d'un problème de santé qui a également des conséquences importantes au niveau socio-économique, représentant pour la société des dépenses élevées en termes d'utilisation des services de santé par cette clientèle (Hogan *et al.*, 2016) et entraînant un taux élevé d'absentéisme au travail (Côté *et al.*, 2009; Gaskin et Richard, 2012; Lacasse *et al.*, 2016; Ma *et al.*, 2014).

Comme cela est démontré dans le présent chapitre, la complexité de la prise en charge de la douleur chronique est reliée à la complexité du problème en lui-même, aux connaissances en constante évolution dans ce domaine ainsi qu'à la formation insuffisante des professionnels de la santé dans ce secteur d'activité (IASP, 2018a). En outre, il est devenu important que les modèles d'intervention s'appuient sur une nouvelle perspective du problème et de son traitement et, par le fait même, que les formations soient adaptées en conséquence (Murinson *et al.*, 2013).

Le présent chapitre vise donc à mettre en évidence la pertinence de ce projet de recherche qui consiste à analyser et à documenter le contenu et le déroulement d'une formation à l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique et leur influence sur les modèles d'action des professionnels de la physiothérapie. Ce chapitre se divise en quatre sections. Dans la première section seront abordés les défis actuels relatifs au traitement de la douleur chronique sur le plan clinique et sur celui de la formation des professionnels concernés. Cette section se termine par un aperçu des formations existant dans ce domaine au Canada. Dans la deuxième section, un portrait plus détaillé de la formation à l'intervention stratégique

sera présenté, puisque cette dernière est au cœur de cette recherche. Notamment, les fondements théoriques de cette démarche d'intervention ainsi que les particularités de la formation y seront résumés. La troisième section présente les écrits consultés sur la supervision clinique, en insistant sur la supervision clinique en direct qui est l'approche utilisée dans la formation à l'étude. Finalement, un résumé de la problématique accompagné de la présentation de la question et des objectifs de la recherche (quatrième section) compléteront ce chapitre.

1.1 Défis actuels dans le traitement de la douleur chronique

La douleur est un phénomène complexe et multidimensionnel qui peut se définir comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes » (Merskey et Bogduk, 1994, p. 210). Soumis à un processus d'ontogenèse complexe et multidimensionnel qui demeure encore partiellement compris, la douleur chronique pour sa part peut se définir comme une douleur continue ou intermittente qui persiste un mois au-delà de la période normale de guérison (Sjogren *et al.*, 2009). Cette définition présente cependant une limite importante. En effet « la période normale de guérison » est peu documentée et varie selon différents facteurs, dont l'âge, la nature de la blessure et la présence de maladies associées (Hayden *et al.*, 2010). Pour cette raison, la définition la plus utilisée dans le domaine de la recherche est « une douleur qui persiste au-delà de trois mois » (Merskey et Bogduk, 1994). Sur le plan clinique, définir la douleur chronique de cette façon présente également certaines limites, puisque certaines problématiques peuvent être considérées chroniques en deçà de cette période ou encore après une période plus longue. Pour cette raison, le jugement et l'expérience clinique jumelés à une connaissance de la classification proposée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) s'avèrent utiles pour déterminer la chronicité d'un problème relié à la douleur (Merskey et Bogduk, 1994). Cela dit, si la douleur chronique demeure difficile à définir en termes de temps, ce qui est bien connu et documenté, c'est que la prise en charge de ce problème de santé demeure sous-optimale (van Middelkoop *et al.*, 2011). On sait notamment que l'utilisation de médicaments dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, qui s'avère généralement utile à court terme, est souvent prolongée inutilement considérant leur manque d'efficacité à long terme ainsi que leurs effets secondaires négatifs et leurs conséquences potentielles importantes (Ashworth *et al.*, 2013; Bigal et Lipton, 2009;

Buckley, 2016; Katz et Mazer, 2009; Krashin *et al.*, 2013; Martin, 2011). Au final, la douleur chronique représente un problème de santé qui entraîne des dépenses élevées en termes de services de santé (Institute of Medicine, dans Enrico, 2016; Gatchel *et al.*, 2014; Hogan *et al.*, 2016).

1.1.1 L'évolution des connaissances dans le domaine de la douleur chronique

Les résultats des recherches scientifiques en neurophysiologie permettent de mieux comprendre les limites du modèle biomédical dans le traitement de la douleur chronique et l'intérêt grandissant accordé au modèle biopsychosocial. Il est maintenant généralement reconnu que la prise en charge de la douleur chronique doit considérer l'interaction entre les différentes dimensions biologique, psychologique et sociale de l'individu et être basée sur une approche interdisciplinaire (Gatchel *et al.*, 2014).

Sur le plan de la dimension biologique (composantes neurophysiologiques), on peut catégoriser les types de douleur chronique non cancéreuse à l'intérieur de trois principales catégories, soit les douleurs de nature nociceptive (cause biomécanique ou anatomique sous-jacente), les douleurs neuropathiques (ex. : compression d'une racine nerveuse) et la sensibilisation centrale (*Central Sensitivity* = CS). Cette dernière catégorie se caractérise par une amplification du signal au niveau du système nerveux central et inclut différents types de douleur chronique qui ne s'expliquent pas par une cause biomécanique ou anatomique seule (nociceptive ou neuropathique), notamment le syndrome de fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, le syndrome du plancher pelvien, le désordre temporomandibulaire et la migraine chronique (Adams et Turk, 2015; Cuesta-Vargas *et al.*, 2018).

Dans les dernières décennies, grâce à différents outils technologiques, notamment l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et la tomographie par émission de positons (TEM), les fondements neuroscientifiques à l'origine de la douleur chronique sont maintenant mieux compris. Parmi les différents mécanismes qui sont impliqués, la neuroplasticité a pris beaucoup d'importance dans la recherche scientifique (Apkarian *et al.*, 2011; Moseley, 2003) et dans l'orientation des traitements, puisque cette découverte explique le manque d'efficacité à long terme des méthodes qui ciblent uniquement l'arrêt du signal douloureux (Ballantyne et Shin, 2008; Ballantyne et Sullivan, 2015). De façon succincte, la neuroplasticité corticale

réfère à la « faculté du cerveau à être modifié par l'expérience ou l'environnement, à la fois lors du développement et chez l'adulte » (Breedlove *et al.*, 2012, p. 7). Notre cerveau est en constante réorganisation et nos expériences entraînent des changements fonctionnels et structuraux à l'intérieur de celui-ci.

Ainsi, la douleur n'implique pas seulement les aires sensorielles, mais également les aires motrices et les aires reliées aux émotions (ex. : sentiment de rejet social, gestion du risque, sentiment d'urgence) (Cramer *et al.*, 2018; Geha *et al.*, 2008; Moseley et Vlaeyen, 2015; Porreca et Navratilova, 2017; Schwartz *et al.*, 2017; Seth et de Gray, 2016; Shin *et al.*, 2013; Yalcin *et al.*, 2014). En outre, plusieurs études antérieures ont mis en évidence la complexité et la perspective multidimensionnelle de la douleur chronique et supportent l'importance d'adapter les traitements en fonction d'une causalité multidimensionnelle et circulaire (Marchand, 2009; Radcliff *et al.*, 2012; Radcliff *et al.*, 2013), ce qui est abordé plus en détail dans la sous-section suivante.

1.1.2 Une causalité multidimensionnelle et circulaire

Les découvertes relatives à la dimension biologique de la douleur chronique (neurophysiologique), présentées brièvement ci-dessus, sont ici situées à l'intérieur d'une perspective multidimensionnelle (biopsychosociale) et circulaire (influence réciproque entre les dimensions) intégrant l'ensemble des dimensions impliquées dans l'expérience de l'individu dans leur interaction.

Dans les dix dernières années, un intérêt grandissant a été porté à l'implication des dimensions psychologique et sociale dans la douleur chronique. Concernant la dimension psychologique, des recherches ont montré, par exemple, que l'anxiété et la dépression sont des comorbidités importantes chez cette population (voir par exemple : Myhr et Berit-Augestad, 2013; Vachon-Presseau *et al.*, 2013). D'ailleurs, selon une étude réalisée par Choiniere *et al.* (2010) auprès d'un échantillon de 728 patients sur liste d'attente pour recevoir un traitement, la moitié (50 %) de la clientèle souffrant de douleur chronique expérimente un niveau sévère ou extrêmement sévère de dépression et le tiers de ce groupe présente des idées suicidaires persistantes.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces états émotionnels souffrants qui accompagnent ce problème de santé. Nonobstant le fait que vivre avec de la douleur chaque jour peut justifier de se sentir parfois déprimé et anxieux, on a constaté que le manque d'efficacité des traitements et les impacts de cette condition sur le rôle social, notamment le travail et la famille, a un impact sur la souffrance émotionnelle (Lumley *et al.*, 2011). Cela dit, perçu initialement comme ayant une causalité linéaire (lien de cause à effet, ex. : la douleur entraîne la dépression), on a récemment compris que la relation entre la douleur chronique (intensité et incapacités en découlant) et les différentes comorbidités de nature psychologique qui y sont souvent associées, s'expliquent mieux à partir d'une causalité circulaire (Kroenke *et al.*, 2011; Scott *et al.*, 2016). De ce point de vue, l'ensemble de ces problèmes s'influencent mutuellement dans le maintien du problème (Adams et Turk, 2015). D'ailleurs, l'interaction entre dépression, anxiété, insomnie et douleur chronique a été clairement démontrée (de Heer *et al.*, 2014; Jensen *et al.*, 2011). À titre d'exemple, les résultats d'une étude longitudinale rapportent que chez les patients ayant développé une douleur chronique à la suite d'un traumatisme sévère à un membre inférieur, l'anxiété a une plus forte influence sur l'intensité de la douleur que l'inverse. Également, chez des personnes vivant avec des incapacités physiques, la douleur et les déficits fonctionnels sont fortement influencés par la catastrophisation¹, la persistance dans l'activité et le faible support social (Jensen *et al.*, 2011). En outre, comme le soulignent Sullivan et Ballantyne (2016) : « *Chronic pain often does not just cause disability and suffering, but is caused by them in a vicious cycle of infirmity and misery.* » (p. 67)

Une autre composante qui s'intègre à la dimension psychologique est la composante cognitive. On sait que les perceptions, les croyances et les attentes de la personne souffrante influencent la douleur, les comorbidités qui y sont associées et également l'issue du traitement (Main, *et al.*, 2010; Main, *et al.*, 2010; Turk *et al.*, 2008). Une étude réalisée par Louw *et al.* (2011) a d'ailleurs confirmé que de faire de l'éducation relative à l'implication neurophysiologique (*neuroscience pain education* = NPE) auprès des patients avait un effet

¹ Traduit de l'anglais « Catastrophising » qui se définit comme « *an exaggerated negative mental set brought to bear during actual or anticipated painful experience* » (Sullivan *et al.*, 2001)

positif sur la douleur elle-même, ainsi que sur le niveau d'incapacité, la catastrophisation et les performances physiques.

Par contre, se limiter à ce lien de cause à effet (c.-à-d. l'influence des perceptions, attentes et croyances sur la douleur et les comorbidités) ne reflète pas la complexité de la relation entre la composante cognitive et la douleur, puisqu'à l'inverse, la douleur influence les attentes et les croyances (Nicholas *et al.*, 2011). En outre, cette composante cognitive influence la composante comportementale (dimension biologique). On constate par exemple que l'évitement de certains mouvements ou de certaines activités contribue à maintenir le problème de douleur chronique. Ces comportements sont influencés généralement par des croyances (ex. : perception d'une menace pour l'intégrité du corps, absence de contrôle sur le problème), certaines expériences passées (ex. : la dernière fois que j'ai eu à faire des exercices dans le cadre de traitements de physiothérapie, ma douleur a augmenté beaucoup) ou un manque de connaissances des différentes dimensions biopsychosociales (Jackson *et al.*, 2014; Moseley et Arntz, 2007). D'un point de vue circulaire, Leeuw *et al.* (2006) proposent « *the fear avoidance model of chronic pain* » (p. 79) qui met en évidence la boucle de rétroaction entre certains symptômes reliés à la douleur chronique (c.-à-d. *disuse, disability* et *depression*), l'expérience de la douleur, la catastrophisation (*negative affectivity threatening illness information*), la peur reliée à la douleur (*fear of pain*) et l'évitement (*avoidance, escape*) (p. 79).

D'ailleurs, l'efficacité de l'éducation qui intègre les connaissances neuroscientifiques actuelles auprès de patients souffrant de douleur chronique a été démontrée comme une composante favorable de l'intervention (Bodes Pardo *et al.*, 2018; Louw *et al.*, 2011). L'utilisation de la métaphore pour expliquer certaines caractéristiques de la douleur chronique aux patients semble également influencer la perception de patients, notamment en diminuant le niveau de catastrophisation (Gallagher *et al.*, 2013).

Par ailleurs, les relations sociales occupent également une place importante dans l'équation multidimensionnelle de la douleur chronique. On sait notamment que l'isolement social a un effet négatif sur la douleur et que le support social constitue un élément favorable pour les patients (Cano *et al.*, 2008; Macdonald et Leary, 2005; Mogil, 2015). On comprend que l'impact de la dimension sociale s'explique par les émotions qui en découlent, donc de son

interaction avec la dimension psychologique. D'ailleurs, ces deux dimensions étant indissociables, l'expression « dimension psychosociale » est souvent utilisée. En outre, on comprend maintenant que la relation entre ces dimensions psychologique et sociale s'explique mal par une causalité linéaire. À l'inverse, ces dernières s'influencent mutuellement et sont donc mieux expliquées par une causalité circulaire. Par exemple, la détresse émotionnelle d'un individu peut l'inciter à s'isoler, alors que l'isolement social aura à son tour l'effet d'empirer sa détresse émotionnelle (Watzlawick et Nardone, 2000; Watzlawick *et al.*, 1975). De même, dans une récente étude, Ojeda *et al.* (2014) se sont intéressés à l'expérience vécue par les proches de personnes vivant avec une douleur chronique et ont fait ressortir que cette condition a un impact également sur les relations familiales et sur la qualité de vie des proches (ex. : diminution de leurs activités sociales, détresse psychologique). S'il est généralement reconnu que la douleur chronique a un impact sur la famille et l'environnement de la personne (Ballus-Creus *et al.*, 2014; Cano *et al.*, 2004; Cano *et al.*, 2000), à l'inverse, l'impact de certains facteurs familiaux et sociaux sur l'expérience de la douleur de la personne qui en souffre a également été documenté (c.-à-d. gravité de la douleur, incapacité physique et dépression) (Ballus-Creus *et al.*, 2014; Cano *et al.*, 2004; Cano *et al.*, 2000). Cette interaction entre les relations familiales et la douleur chronique n'est d'ailleurs pas spécifique à ce problème de santé. En effet, Burman et Margolin (1992) ont déjà mis en évidence l'interaction entre la relation de couple et différents problèmes de santé (douleur chronique, maladies cardiovasculaires et dysfonctionnement du système immunitaire).

Au-delà de la famille et des proches de la personne souffrant de douleur chronique, l'interaction entre cette dernière et le professionnel de la santé fait également partie de la dimension psychosociale. Une revue systématique de la recherche qualitative réalisée par O'Keeffe *et al.* (2016) met en évidence les facteurs qui influencent l'interaction entre les patients et les thérapeutes physiques du point de vue des deux parties concernées. Les habiletés interpersonnelles et communicationnelles, les habiletés pratiques, une approche individualisée et centrée sur le patient et les facteurs organisationnels et environnementaux sont les principaux thèmes émergeant de cette métasynthèse. Ces résultats mettent en évidence le rôle du praticien dans la collaboration et la satisfaction des patients face au traitement reçu.

Par ailleurs, sur le plan de la relation thérapeutique, certaines études ont montré que les croyances et attitudes des professionnels de la santé influencent les croyances et attitudes des patients, et subséquemment, le résultat de l'intervention. À titre d'exemple, un niveau élevé de comportements d'évitement de la douleur (*fear-avoidance*) chez un physiothérapeute est associé à un niveau élevé de comportements d'évitement de la douleur chez le patient (Darlow *et al.*, 2012). Dans une revue systématique de la littérature (incluant des études quantitatives et qualitatives), Gardner *et al.* (2017) ont documenté l'influence des croyances et des attitudes de physiothérapeutes concernant des patients souffrant de lombalgie chronique sur leurs décisions en pratique clinique et la prise en charge de ces derniers. On constate qu'une intervention basée sur une orientation biomédicale est associée à une recommandation de retarder le retour au travail et la tendance à ne pas limiter le nombre de sessions de traitement. Un niveau élevé d'évitement de la douleur (*fear-avoidance*) chez les physiothérapeutes pour sa part est associé avec une tendance plus élevée à suggérer des congés de maladie et à éviter le retour au travail et la reprise des activités normales.

En outre, la stigmatisation par les professionnels de la santé des patients souffrant de douleur chronique, qui découle d'une mauvaise compréhension du problème, influence également l'issue du traitement. Comme le mentionnent Cohen *et al.* (2011) :

The dualistic approach to pain stands in stark contradistinction to the scientific revelations of neuroplasticity that provide plausible neurobiological explanations for complex sensory and motor phenomena that would once have been dismissed as residing in the mental domain. However, until conceptual frames, other than dualism, have been developed to cope with this complexity, the default to "psychological" by clinicians craving the certainty of a demonstrable "lesion" will continue to perpetuate this source of stigmatization. (p. 1638)

En somme, l'évolution des connaissances aide à comprendre pourquoi il n'est pas optimal de traiter un phénomène aussi complexe que la douleur chronique à partir d'une perspective linéaire du problème (ex. : diagnostic biomédical ou psychiatrique) et d'un traitement biomédical seul (médicaments, chirurgie, physiothérapie, massage, chiropractie, etc.), puisqu'on reconnaît maintenant que la douleur chronique s'explique mieux à partir d'une causalité multidimensionnelle et circulaire (Plazier *et al.*, 2013). Il s'agit d'une condition qui s'installe et se maintient dans un processus d'interaction complexe entre les dimensions biologique (biomécanique et neurophysiologique), psychologique (émotionnelle et

cognitive) et sociale (rôle social du patient et interactions avec son environnement), incluant les professionnels de la santé, ces dimensions étant en constante interaction les unes avec les autres (Seth et de Gray, 2016).

D'ailleurs, il est maintenant reconnu que la douleur chronique doit être abordée à partir d'une perspective biopsychosociale et que ces différentes dimensions ne peuvent être abordées de façon isolée puisqu'elles s'influencent les unes les autres. Ainsi, il importe de mettre l'accent sur l'interaction dynamique entre les différentes composantes biologiques, psychologiques et sociales (Carnes, 2011; Gatchel *et al.*, 2014; Gatchel *et al.*, 2007; Jensen *et al.*, 2011; Kamper *et al.*, 2015). Cela représente un changement important dans la façon d'aborder un problème, un changement qui implique pour les professionnels de la santé de modifier leurs représentations du problème et leur approche par rapport à leurs clients, et non seulement leurs techniques d'intervention.

À ce sujet, on constate, d'une part, que le respect des lignes directrices a un impact positif sur le plan clinique (Hanney *et al.*, 2016). D'autre part, on note qu'il existe un écart important entre ces lignes directrices et la pratique clinique (IASP, 2018a). Dans une revue systématique de la littérature, Hanney *et al.* (2016) rapportent que ce taux d'adhésion se situe entre 22 et 40 %. Parmi les facteurs qui expliquent cet écart, il semble que les « *Professionals caring for people in pain often lack the knowledge and skills to manage pain. As a result, attitudes are more often shaped by a variety of beliefs based upon experience and culture than by knowledge.* » (IASP, 2018a). Par ailleurs, la culture et les expériences des professionnels de la santé ont certainement été influencées, du moins en partie, par leur formation initiale, qui était orientée sur un paradigme biomédical (Mezei *et al.*, 2011). En outre, comme le soulignent Cohen *et al.* (2011) « *Perhaps a fundamental change in their collective worldview (paradigm) may be required, beginning with a critical examination of the conceptual frameworks they use.* » (p. 1640)

Ces quelques réflexions mettent en lumière un défi important relatif au transfert des connaissances, notamment aux étapes d'appropriation et d'utilisation, qui est de tenir compte de l'expérience antérieure des utilisateurs à qui sont adressées ces connaissances (INSPQ, 2009). Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, 2012) traduisent le terme « *knowledge translation* » par « acquisition des connaissances » et le définissent comme

un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé. (p. 1)

En somme, considérant le changement de paradigme qu'impose la perspective multidimensionnelle et circulaire de la douleur chronique, une question importante se pose : quelle est la meilleure façon d'aider un praticien à changer sa conception d'un problème et de l'amener à intégrer le modèle biopsychosocial de façon à optimiser les résultats des traitements ? Parce que si l'on veut améliorer la prise en charge de la douleur chronique, un intérêt particulier doit être apporté à ce changement de conception dans les formations, de même qu'à l'impact des formations sur les habitudes d'intervention des praticiens, et finalement, à l'impact de ces changements sur les résultats cliniques.

1.1.3 Quels défis pour la formation continue des professionnels de la physiothérapie ?

Les sous-sections précédentes visaient à faire ressortir les particularités de la douleur chronique et leurs implications au niveau clinique. Les défis relatifs à la formation dans le domaine de la douleur chronique sont maintenant abordés dans cette sous-section, en accordant un intérêt particulier pour la formation continue des professionnels de la physiothérapie, puisqu'il s'agit de l'objet de cette recherche.

Notons d'abord qu'il est largement reconnu que la place accordée à la douleur chronique dans les curriculums universitaires est insuffisante, que ce contenu est fragmenté et qu'il est abordé dans le cadre des cours généraux obligatoires plutôt que d'être abordé comme un problème de santé (Mezei *et al.*, 2011). En outre, comme le soulignent Carr *et al.* (2016) « *the perception of pain as an additional, rather than core topic, is a well-defined barrier to successful curriculum change* » (p. 105). On note également que plusieurs éléments inclus dans les lignes directrices pour le traitement de la douleur chronique sont peu ou pas abordés et que la formation s'appuie davantage sur un modèle biomédical (Mezei *et al.*, 2011; Wideman *et al.*, 2018). Or, on sait maintenant que ce modèle s'avère peu efficace pour le traitement de la douleur chronique et il est également reconnu que des changements doivent être apportés dans les curriculums universitaires (Murinson *et al.*, 2013). D'ailleurs, on

constate que plusieurs efforts sont investis pour améliorer les programmes de formation universitaire (Herr *et al.*, 2015; Murinson *et al.*, 2013; Wideman *et al.*, 2018).

Au-delà de cet intérêt grandissant pour une meilleure intégration de la douleur dans les curriculums universitaires, la situation actuelle supporte l'importance d'accroître également la formation continue dans ce domaine (Foster et Delitto, 2011). Ce besoin est notamment présent chez les professionnels de la physiothérapie, puisque ces derniers sont reconnus par l'IASP (2018a) comme des professionnels devant être impliqués dans la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique. Plus précisément, l'IASP (2018a) souligne l'importance pour cette catégorie de professionnels de considérer la nature multidimensionnelle de la douleur, de comprendre les principes des principaux traitements pharmacologiques ainsi que leurs limites, de reconnaître le besoin d'impliquer la famille ou les proches de la personne au besoin (incluant l'employeur), de comprendre le rôle de l'alliance thérapeutique dans la démarche d'intervention, de connaître et décrire les différents mécanismes neurophysiologiques impliqués dans la douleur, de faire de l'éducation auprès des patients, de reconnaître l'importance d'intégrer des stratégies d'autogestion, de comprendre les paramètres d'un exercice approprié et d'adapter les programmes d'exercices en fonction des particularités des patients (ex. : facteurs psychosociaux). Dans le même sens, selon Semmons (2016), les traitements dispensés par ces professionnels de la physiothérapie devraient inclure les trois éléments suivants : « *education, patient empowerment and promoting exercise* » (p. 445). Enfin, dans une perspective biopsychosociale, bien que les physiothérapeutes ne possèdent pas de formation en psychothérapie, leur rôle implique qu'ils doivent être en mesure d'intégrer des stratégies d'interventions en relation avec les dimensions psychosociales relatives à la douleur (Keefe *et al.*, 2018; Semmons, 2016).

Par ailleurs, le manque de formation de ces professionnels est confirmé par différentes études, notamment celle de Synnott *et al.* (2015) qui ont effectué une méta-analyse qualitative à partir d'une revue systématique de la littérature. Leur objectif était de mieux comprendre la perception des physiothérapeutes face à l'identification et à la gestion des dimensions cognitive, psychologique et sociale reliées à la lombalgie chronique. Leurs résultats montrent que les professionnels ont une reconnaissance limitée du rôle de ces dimensions, qu'ils pensent que leurs patients s'attendent à une explication et un traitement de nature biomédicale et qu'ils ont eux-mêmes une préférence pour l'approche biomédicale.

On constate également que certains physiothérapeutes stigmatisent les patients chez qui le comportement laisse percevoir l'influence de ces dimensions psychosociales et qu'ils considèrent que la gestion de ces dimensions dépasse les limites de leur rôle. En conséquence, il semble que les physiothérapeutes choisissent parfois de donner un diagnostic pour que le client ait une explication, même s'ils ne sont pas certains que ce diagnostic est vrai. On note également une volonté diminuée de discuter avec leurs patients de l'influence des dimensions psychosociales sur leur condition. Enfin, il semble que les physiothérapeutes perçoivent qu'ils manquent d'expertise et de formation. Bref, ils ne savent pas « comment » intégrer le modèle biopsychosocial dans leur pratique clinique.

Différents auteurs se sont intéressés à l'impact d'une formation continue offerte à des physiothérapeutes. Par exemple, dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée, Overmeer *et al.* (2009) ont évalué l'impact d'une formation universitaire (formation continue) de huit jours, à raison d'une journée par semaine pour un total de 64 heures, dispensée à des thérapeutes physiques (TP). Ce cours mettait l'accent sur les facteurs de risques biopsychosociaux reliés à la douleur. Le cours comprenait des notions théoriques (livres, revue systématique sur les facteurs psychologiques comme prédicteurs de chronicité et d'incapacité) et des jeux de rôle pour pratiquer les nouvelles habiletés que visait la formation qui étaient suivis d'une rétroaction sur la performance à l'intérieur de ces jeux de rôle. Il importe de noter que, considérant l'organisation de la formation (une journée par semaine), les praticiens avaient l'opportunité de pratiquer les nouvelles notions dans leur travail clinique entre chaque journée de formation et de discuter de leurs expériences avec les formateurs lors du cours suivant. L'étude visait à documenter l'impact de la formation sur les attitudes, les croyances, les connaissances et les habiletés des praticiens (variables évaluées à l'aide de questionnaires standardisés et de vignettes) ainsi que sur les patients traités (traités par des praticiens ayant reçu la formation versus traités par les praticiens en attente de la formation) en évaluant spécifiquement la satisfaction relative à l'intervention reçue (évaluée à l'aide d'un questionnaire) et sur la relation entre les deux. Les résultats ne rapportent pas de différence significative sur la satisfaction entre les patients traités par les praticiens ayant suivi la formation et le groupe contrôle.

Dans le cadre d'une autre étude de même nature et ayant pour objet la même formation, Overmeer *et al.* (2011) ont évalué le changement chez les praticiens à la suite de la formation à partir des mêmes variables (attitudes, croyances, connaissances et habiletés) et des mêmes outils d'évaluation (questionnaires standardisés et vignettes). Cette fois-ci, l'impact de la formation sur les patients (traités par des praticiens ayant reçu la formation versus traités par les praticiens sur liste d'attente) a été évalué en considérant d'autres variables (intensité de la douleur, incapacités reliées à la douleur, niveau de « *catastrophisation* », d'anxiété et de dépression). Leurs analyses ont consisté à vérifier cette fois-ci (i) si les patients traités par des praticiens ayant participé à la formation présentaient une meilleure amélioration relativement à la douleur et à l'incapacité par rapport aux patients traités par les praticiens en attente de la formation ; (ii) s'il y avait une relation entre l'amélioration des patients traités par les praticiens ayant participé à la formation et l'importance des facteurs psychosociaux (faible risque versus risque élevé) ; et (iii) si les résultats relatifs à la douleur et à l'incapacité chez les patients avec un faible risque de développer une incapacité à long terme et chez les patients avec un risque élevé de développer une incapacité à long terme étaient en relation avec le changement chez les praticiens ayant participé à la formation (cette troisième question était de nature plus exploratoire). Le seul changement significatif observé est que les patients avec un niveau élevé de facteurs de risques (catastrophisation et dépression) et ayant été traités par les praticiens qui ont eu une amélioration au niveau des attitudes et des croyances après la formation ont présenté une plus importante réduction de leur niveau d'incapacité. Mis à part cette différence, les auteurs concluent que de façon générale les résultats de cette étude n'ont pas permis de confirmer leurs hypothèses de départ quant à l'efficacité de la formation pour améliorer la prise en charge des clients. En outre, bien que des changements significatifs aient été mesurés chez les thérapeutes ayant participé à la formation pour ce qui est des attitudes, croyances, connaissances et habiletés, cela ne s'est pas traduit en changements de comportement chez les thérapeutes. De plus, les résultats ne permettent pas de démontrer l'efficacité de la formation sur les résultats des traitements. Parmi les explications possibles de ces résultats, les chercheurs soulignent entre autres la possibilité que le contenu de la formation mette plus l'accent sur les données probantes que sur les stratégies permettant de composer avec les différents facteurs de risques psychosociaux (*yellow flags*) et l'absence de suivi après la formation.

Cette explication est supportée par les résultats de Cleland *et al.* (2009). Dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée, ces auteurs ont comparé des résultats cliniques de deux groupes de praticiens ayant reçu une formation de deux jours portant sur le traitement de la cervicale, suivie ou non (processus de randomisation) de sessions de suivi (*ongoing education*) incluant deux rencontres en petit groupe et une visite du formateur en milieu clinique pour effectuer une séance de cotraitement auprès d'un patient réel. Les résultats font ressortir une différence significative de la diminution de l'incapacité et du nombre de visites subséquentes chez les patients traités par le groupe de praticiens ayant bénéficié des sessions de suivi par rapport aux patients traités par les praticiens n'ayant pas bénéficié de ces deux composantes supplémentaires de la formation. Cependant, les résultats ne montrent aucune différence significative de la variable « douleur » chez les patients. Ceci confirme pour les auteurs (i) l'efficacité d'un suivi après une formation (discussions en groupe et cotraitement auprès d'un client réel) ; et (ii) le besoin d'accroître la recherche dans le domaine de l'éducation dans le traitement de la douleur afin d'identifier de nouvelles stratégies éducatives pour augmenter l'efficacité des formations continues pour ce secteur d'activité.

Domenech *et al.* (2011) pour leur part ont comparé les effets de deux formations, dispensées à des étudiants en physiothérapie (2^e année) sur les croyances et les attitudes de ces derniers ainsi que sur les recommandations faites aux patients sur le plan de la reprise d'activité et du retour au travail. Les étudiants inclus dans l'étude ont été randomisés en deux groupes. Un groupe a participé à une formation orientée sur un modèle biomédical (groupe contrôle) et l'autre groupe a participé à une formation orientée sur un modèle biopsychosocial (groupe expérimental). Les deux formations se sont déroulées dans le cadre de deux sessions de trois heures chacune à une semaine d'intervalle. Les résultats font clairement ressortir des améliorations significatives chez le groupe expérimental (en comparaison avec le groupe contrôle) sur le plan des attitudes et des croyances (réduction *in fear-avoidance belief* et *pain-impairment beliefs*). De plus, ces améliorations sont reliées à des changements positifs sur le plan des recommandations relatives à la reprise d'activités et au retour au travail. Ici encore, les variables ont été évaluées avec des questionnaires standardisés et des vignettes.

Lonsdale *et al.* (2017) ont effectué une étude randomisée contrôlée incluant 53 physiothérapeutes et 255 patients souffrant de lombalgie chronique. Tous les praticiens ont participé à une heure de formation sur les données probantes dans le traitement de la

lombalgie chronique. Le groupe expérimental a reçu également huit heures de formation portant sur les habiletés en communication (*Communication style and exercise compliance in physiotherapy* – CONNECT). L'adhésion des patients aux traitements proposés par le physiothérapeute ainsi que les capacités fonctionnelles ont été mesurées à 1, 4, 12 et 24 semaines après la première visite des patients inclus dans l'étude. Les patients rapportaient leur taux d'adhésion aux recommandations du physiothérapeute à l'aide d'une échelle numérique de un à sept (un = recommandations pas du tout complétées, sept = recommandations entièrement complétées). Ils ont également rapporté la proportion des exercices pratiqués versus les exercices prescrits pendant la semaine précédant la rencontre avec le praticien. Les physiothérapeutes pour leur part ont évalué le taux d'adhésion des clients pendant les rencontres cliniques à l'aide d'une échelle numérique de un à cinq. Les résultats montrent que le niveau d'adhésion aux recommandations rapporté par les patients est plus élevé chez les patients ayant été suivis par les physiothérapeutes du groupe expérimental. Cette différence est observée à 1, 4 et 12 semaines mais n'est cependant pas maintenue à 24 semaines. On note une différence significative entre les deux groupes concernant les capacités fonctionnelles, seulement chez les femmes, l'amélioration chez les hommes étant la même pour les deux groupes. On note également un effet positif significatif modéré sur la perception des patients face à leurs compétences à poursuivre les recommandations du physiothérapeute. Il n'y a cependant pas de différence significative dans le niveau d'adhésion rapporté par les physiothérapeutes, pas de différence significative concernant la proportion d'exercices effectués à la maison par les patients, pas de différence significative sur les autres variables mesurées, notamment la douleur, les capacités fonctionnelles, la qualité de vie, la motivation, la croyance que la douleur est associée à une lésion dangereuse (*fear-avoidance belief*) et la satisfaction des patients face au traitement. En somme, les auteurs concluent que l'effet de la formation sur les résultats cliniques n'est pas significatif. Ils proposent que l'ajout d'autres stratégies à la formation pourrait favoriser l'intégration des habiletés en communication, par exemple des vérifications (*audit*) en clinique (avec rétroaction) et du mentorat.

Les études présentées ci-dessus, de nature quantitative, ne permettent pas toutes de conclure à des effets positifs des formations étudiées sur le plan des résultats cliniques. Elles ne permettent pas non plus de confirmer que ces formations ont favorisé le changement dans

les stratégies d'intervention utilisées par les praticiens à l'étude. De fait, elles soulèvent des questionnements importants concernant, dans un premier temps, la nature des formations (hors contexte d'intervention réelle) en relation avec les objectifs visés (changement d'habitudes d'intervention). Elles soulèvent également des questionnements sur le choix des méthodes d'évaluation utilisées (questionnaires, vignettes, échelles de mesure) pour évaluer des changements de comportements en contexte d'intervention réel. Ainsi, des questions importantes découlent de ces résultats. Par exemple : est-ce que les questionnaires standardisés et les vignettes sont représentatifs de la réalité du milieu clinique ? Et ensuite, est-ce que les praticiens appliquent réellement dans leur pratique clinique, face aux situations complexes et diversifiées, ce qu'ils ont répondu sur des questionnaires (informations mémorisées) ? Et encore, comment une personne « apprend-elle » des nouvelles habiletés cliniques ? Et enfin, comment une personne « apprend-elle » des nouvelles habiletés cliniques qui s'inscrivent dans un nouveau paradigme ?

Dans le but d'apporter certains éléments de réponse à des questionnements de ce genre, d'autres chercheurs ont pour leur part opté pour la recherche qualitative. C'est le cas notamment de Synnott *et al.* (2016) qui ont effectué une recherche descriptive-interprétative pour documenter les changements chez des physiothérapeutes après une formation intensive à la thérapie cognitive fonctionnelle (*cognitive functional therapy training*). Il s'agit d'une formation qui comprend un atelier de formation (douze heures) pendant lequel les formateurs évaluent et traitent des patients réels (observation par les praticiens de ces interventions) et effectuent ensuite au moins quatre sessions de supervision clinique en direct en milieu clinique lors d'interventions auprès de patients réels. Pour cette étude, les chercheurs ont sélectionné treize physiothérapeutes ayant déjà suivi la formation au moins une fois et démontrant les compétences relatives à l'intervention (choix déterminé par les formateurs après observation des praticiens en intervention auprès de plusieurs patients). Des entrevues semi-dirigées (par téléphone ou par Skype) ont été effectuées avec ces praticiens et visaient à explorer (i) les changements dans leur pratique à la suite de la formation ; (ii) leur sentiment de confiance et de compétence à identifier, discuter et considérer les dimensions cognitive, psychologique et sociale dans leurs interventions auprès des patients ; et (iii) leur niveau de confiance à établir une forte alliance thérapeutique avec leurs patients. Les quatre principaux thèmes suivants ont émergé de l'analyse des données : (i) changements autorapportés sur le

plan de la compréhension et des attitudes (une meilleure compréhension de la nature multidimensionnelle de la douleur, une plus grande conscience de l'influence des croyances et des attentes des patients, une plus grande conscience de l'importance de l'alliance thérapeutique); (ii) changements autorapportés sur le plan de la pratique professionnelle (utilisation de nouveaux outils de dépistage, style de communication modifié, utilisation d'une approche fonctionnelle); (iii) portée de leur pratique (élargissement du rôle de physiothérapeute et reconnaissance des limites de leur rôle); et (iv) augmentation du sentiment de confiance et de satisfaction (meilleure confiance en leurs capacités à identifier et à inclure les différentes dimensions biopsychosociales, perception d'une plus grande satisfaction du thérapeute et du patient). Cette étude met en relief les effets positifs sur la pratique clinique des praticiens d'une formation incluant une supervision clinique en direct. Ces résultats ne permettent cependant pas d'expliquer en quoi les différents éléments de la formation, notamment la supervision clinique en direct, ont influencé ces changements. De plus, comme aucune entrevue n'a été effectuée avec les praticiens avant la formation, il demeure difficile de déterminer l'ampleur des changements.

En résumé, ces quelques résultats de recherche supportent l'importance d'adapter les stratégies de transfert des connaissances de façon à favoriser l'intégration de nouvelles habiletés cliniques. Et comme cela a été mentionné précédemment, la formation des professionnels de la santé doit tenir compte de leurs connaissances et de leurs expériences antérieures. Par ailleurs, elle doit aussi considérer la réalité du milieu dans lequel les connaissances seront utilisées. Ces deux éléments représentent des enjeux importants pour le choix des stratégies pédagogiques à utiliser afin d'aider les professionnels à changer leur façon d'intervenir.

Avant de présenter les fondements et caractéristiques de la formation à l'étude dans ce projet de recherche, cette première section se conclut avec un aperçu des formations et autres stratégies de transfert des connaissances actuellement utilisées pour améliorer le traitement de la douleur chronique.

1.1.4 Aperçu de l'état de la situation concernant la formation en douleur chronique au Canada

Il n'a pas été possible d'avoir accès à une liste complète des formations offertes dans le domaine de la douleur chronique au Québec et dans l'ensemble du Canada, ni aux détails relatifs au contenu et au déroulement de ces formations. Voici toutefois un sommaire des principales informations répertoriées sur ce sujet.

La médecine de la douleur existe en tant que surspécialité au Canada depuis 2016 et cette formation peut être suivie par des candidats médecins ayant complété une spécialité (ex. : en anesthésie, neurologie, psychiatrie, orthopédie, neurochirurgie, rhumatologie, psychiatrie). Des formations spécifiques à ce champ d'activités sont disponibles, notamment dans certaines facultés de médecine (par exemple ici au Québec : Université de Montréal, Université McGill et Université Laval). Il est à noter que cette formation est accessible seulement à certaines catégories de médecins spécialistes et que cette surspécialité est accessible en deuxième et troisième ligne.

Pour répondre aux besoins des professionnels de la santé concernés par le traitement de la douleur chronique, des programmes de formation spécialisés dans ce domaine ont vu le jour dans les dernières années. À titre d'exemple, ici au Québec, une consultation sur le site Web du Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD) a permis de répertorier quelques formations disponibles pour les différents professionnels de la santé post-gradués. Pour donner quelques exemples, l'Université de Sherbrooke propose un microprogramme de 2^e cycle (six crédits) portant sur l'évaluation et la gestion de la douleur. L'Université McGill (<https://www.mcgill.ca/fr>) propose son programme *Graduate Certificate in Chronic Pain Management*, une formation offerte entièrement en ligne (quinze crédits), également accessible à l'ensemble des professions en santé. Il est à noter que ces formations sont destinées à des professionnels de la santé ayant une formation universitaire (baccalauréat). Elles ne sont donc pas disponibles, par exemple, aux infirmières ayant une formation collégiale et aux thérapeutes en réadaptation physique. Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke offre une formation (PASSAGE) qui vise à former des professionnels de la santé à appliquer un programme d'intervention de groupe structuré basé sur l'autogestion de la douleur. Cette formation, d'une durée de deux jours, se déroule dans les centres de santé et

inclut un volet théorique et un volet pratique. Il importe de noter que ce programme s'inspire en partie de l'intervention stratégique qui fait l'objet de la formation à l'étude dans la présente recherche.

Concernant la formation relative à l'ISDC plus précisément, à l'hiver 2016, un nouveau cours à distance de trois crédits au premier cycle universitaire a été conçu à l'UQAT, intitulé *Douleur chronique, syndrome douloureux régional complexe et intervention stratégique*. Ce cours présente les bases théoriques de l'ISDC, en s'appuyant essentiellement sur du contenu théorique, des exercices en classe (vignettes), le visionnement de capsules cliniques et des travaux et examens. Ce cours est accessible à tous les types de professionnels admissibles à un programme de niveau universitaire.

Ailleurs au Canada, le programme *Graduate Certificate in Chronic Pain Management*, une formation disponible entièrement en ligne (quinze crédits), est également offert à l'*University of Alberta* (<https://www.ualberta.ca>). L'Université de Calgary (*Cumming School of Medicine* : <https://cumming.ucalgary.ca>) offre une nouvelle formation de trois jours (*Essential Strategies for Chronic Pain Management*) accessible à l'ensemble des professionnels de la santé, incluant quinze heures de préceptorat clinique en observation, déterminé en fonction des besoins de chaque professionnel suivant le cours. Dans le cadre d'une formation continue, un atelier de formation de trois jours est offert à la *Queen's University – School of Nursing* (<https://nursing.queensu.ca>) à Kingston (Ontario) et est accessible à tous les professionnels de la santé. Le contenu et le déroulement de cette formation sont indisponibles au moment où cette thèse est rédigée.

Il importe de noter que selon les informations disponibles à leur sujet, toutes les formations mentionnées précédemment semblent s'appuyer sur le modèle biopsychosocial et sur les connaissances récentes en neurophysiologie de la douleur chronique. À notre connaissance, aucune de ces formations n'a été documentée à ce jour et on ne connaît pas leurs effets sur les interventions des professionnels qui les suivent.

Enfin, les professionnels de la santé ont également accès à des ateliers, congrès et colloques qui favorisent la diffusion des connaissances, ainsi qu'à des formations continues en ligne (ex. : Association Canadienne de Physiothérapie). Certains regroupements ont également été

créés pour diffuser les connaissances, sensibiliser la population et les professionnels de la santé à l'ampleur du problème relié à la douleur chronique et fournir de l'information au public (ex. : *Chronic Pain Association of Canada*, Association Québécoise de la douleur chronique, Coalition canadienne contre la douleur, Programme ACCORD/Réseau québécois de recherche sur la douleur).

Ces informations permettent de constater l'intérêt qui est accordé depuis quelques années à la formation des professionnels dans ce domaine. Pourtant, comme le souligne l'IASP (2018a), « *considering the burden of pain, transfer of knowledge is not happening at an appropriate pace* », d'où l'importance d'accroître la recherche sur le plan de la formation et de documenter, notamment, les stratégies utilisées dans les formations et d'en vérifier l'efficacité.

1.2 Formation à l'intervention stratégique en douleur chronique

Dans le domaine spécifique de la formation continue en douleur chronique, la formation à l'étude dans ce projet de recherche semble être la seule au Canada à offrir une supervision clinique en direct (des rencontres praticiens-patients). De plus, à notre connaissance, il s'agit de la seule formation pour le traitement de la douleur chronique qui s'appuie principalement sur les bases de la thérapie brève stratégique. Plus spécifiquement, ce traitement intègre une perspective interactionnelle et inclut systématiquement les dimensions psychosociales de la douleur chronique.

Cette section présente d'abord un bref historique, puis les fondements théoriques de l'intervention stratégique en douleur chronique et, enfin, les principales caractéristiques de la formation.

1.2.1 Bref historique

Dans les années 1980, une équipe pluridisciplinaire de l'UQAT et de l'Université de Bordeaux-II élabore et évalue un programme structuré pour traiter, en groupe, la lombalgie chronique sévère. Ce programme résulte de l'intégration de quatre spécialités : motricité (Jean-René Chenard, Ph. D., praticien spécialiste en motricité), orthopédie (Benoît Lavignolle, chirurgien orthopédique), douleur (Serge Marchand, Ph. D., neurophysiologiste)

et psychologie interactionnelle (Jacques Charest, Ph. D., psychologue). Appelé École Interactionnelle de Lombalgie (ÉIL), ce programme propose aux praticiens un mode d'intervention qui rompt avec les modèles thérapeutiques traditionnels par sa perspective interactionnelle et interdisciplinaire. Plus précisément, il s'agit de la première approche en douleur chronique qui s'appuie sur une causalité circulaire de la douleur (Charest *et al.*, 1994). Les fondements théoriques de l'intervention sont décrits plus en détail ultérieurement.

À la suite de dix années d'expérimentation et d'élaboration de matériel pédagogique destiné à l'animation des Écoles interactionnelles², un premier livre destiné aux patients lombalgiques est publié (Chenard *et al.*, 1991), suivi cinq ans plus tard d'un second livre qui s'adresse cette fois-ci aux cliniciens (Charest *et al.*, 1996). Subséquemment, la première formation à l'intervention stratégique en douleur chronique a lieu en 1998 à la suite d'une demande du Centre de Réadaptation La Maison de Rouyn-Noranda. Cette formation implique douze praticiens qui bénéficient de quatre jours de formation théorique en classe et qui animent ensuite, en équipe de deux praticiens, une École interactionnelle de lombalgie sous supervision au miroir sans tain. En 2000, une autre formation est offerte à huit praticiens provenant d'autres établissements de santé de la région. Le déroulement de cette formation est similaire à la précédente³.

Puis, en 2005, après avoir suivi une formation à l'intervention stratégique, une étudiante au doctorat (Juliana Barcellos de Souza) applique cette approche dans le cadre de son doctorat en créant et en appliquant, sous supervision en direct, une École Interactionnelle de Fibromyalgie (ÉIF). Dans le cadre d'une étude portant sur la comparaison de deux groupes équivalents de 30 patientes chacun, de Souza *et al.* (2007) montrent l'efficacité de l'ÉIF (augmentation du seuil de douleur mécanique, diminution de la douleur clinique, augmentation de la perception de la gestion des symptômes et maintien de cette amélioration un an plus tard). De la même façon, en 2008, après avoir suivi une formation à l'intervention stratégique, j'ai appliqué l'approche dans le cadre de ma maîtrise en sciences cliniques en créant et en animant une École Interactionnelle de Douleurs Abdominales Chroniques

² Les Écoles interactionnelles sont présentées à la section 4.1

³ Les informations relatives aux formations qui se sont déroulées en 1998 et en 2000 ont été obtenues auprès du Pr Jacques Charest, responsable de ces formations.

(ÉIDAC). Toutes les rencontres de l'ÉIDAC ont également été effectuées sous supervision directe au miroir. Dans ce même projet, l'efficacité de l'intervention a également été documentée à partir d'une étude quasi expérimentale dans laquelle une comparaison intergroupe et une comparaison intragroupe ont été réalisées. Parmi les résultats obtenus, on note une amélioration de la perception de la maladie, une diminution du lieu de contrôle externe et une diminution de l'incapacité reliée à la douleur (Duhaime, 2010).

Une nouvelle équipe multidisciplinaire voit le jour au cours de cette même période tout en regroupant différentes disciplines : réadaptation physique (Josée Boucher, TRP), dimension médicale (Dat-Nhut Nguyen, anesthésiologiste et Éric Chaize, M.D.), dimension psychosociale (Sophie Duhaime, M. Sc., candidate au doctorat) et psychologie interactionnelle (Jacques Charest, Ph. D., psychologue). Le contenu de l'intervention est ainsi bonifié en fonction des plus récentes connaissances en neurosciences et en biomécanique. L'intervention stratégique est également intégrée graduellement dans le contexte de rencontres individuelles par certains membres de cette équipe, notamment à la Clinique de la douleur du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT).

Enfin, en 2011, dans le cadre d'un projet de recherche multicentrique, et après avoir suivi une formation sur les bases de l'intervention stratégique, les praticiens du projet ACCORD (groupe de chercheurs de l'Université de Montréal, de l'Université de Sherbrooke et de l'UQAT) appliquent et évaluent l'efficacité à court terme d'une École interactionnelle de fibromyalgie (Bourgault *et al.*, 2015). Les résultats de cette étude randomisée contrôlée font notamment ressortir une diminution de la douleur ressentie ainsi qu'une amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie qui sont significativement supérieurs chez le groupe intervention par rapport au groupe contrôle immédiatement après l'intervention et lors d'un suivi trois mois plus tard.

C'est à cette même période qu'une importante mise à jour du matériel pédagogique utilisé pour l'animation des Écoles interactionnelles est effectuée par l'équipe multidisciplinaire précitée. Des nouveaux documents sont également créés, incluant des directives détaillées facilitant l'application de l'intervention ainsi qu'un guide de l'utilisateur à l'intention des praticiens pour les assister dans la préparation de chacune des rencontres. De plus, des guides

d'exercices à jour avec images et explications sont conçus pour aider à l'élaboration des routines motrices. Également, un site Internet est créé et rend accessible gratuitement ce matériel qui a été utilisé dans le cadre de la formation étudiée dans ce projet de recherche (<http://douleur.uqat.ca>).

En somme, en dépit de certaines limites (ex. : nombre de participants peu élevé, analyse à partir d'informations autorapportées, méconnaissance de l'effet des différentes stratégies reliées à l'intervention sur l'amélioration des patients), les études précitées mettent en lumière l'efficacité de l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique à court terme, et à plus long terme dans le cas de la fibromyalgie (de Souza *et al.*, 2007). En outre, des formations à l'intervention stratégique ont également été dispensées à plusieurs occasions. Lors de chacune de ces formations, le matériel pour l'application de l'intervention a été mis à jour et adapté en fonction du type de douleur ciblé. Cependant, aucune des formations dispensées dans le cadre des projets de recherche n'a été documentée sur le plan du contenu et du déroulement. Ainsi, on n'en connaît pas les impacts sur le changement des professionnels qui les suivent. Considérant les particularités du contenu et du déroulement, ces deux points — documenter la formation et évaluer ses impacts sur les professionnels — s'avèrent une étape importante pour permettre ultérieurement d'adapter, au besoin, et de promouvoir, si pertinent, la formation.

1.2.2 Fondements théoriques de l'intervention stratégique en douleur chronique

L'Intervention Stratégique en Douleur Chronique (ISDC) est issue des fondements théoriques de la thérapie brève stratégique (appelée aussi thérapie brève interactionnelle ou thérapie systémique et stratégique), une approche en psychothérapie initialement développée au Mental Research Institute (MRI) à Palo Alto dans les années 1970 (Fisch et Schlanger, 2005; Watzlawick, 1991; Watzlawick *et al.*, 1975; Watzlawick et Nardone, 2000). Cette démarche d'intervention rompt avec les approches analytiques qui s'appuient sur l'*insight* et l'origine du problème dans le passé (ex. : la psychanalyse) pour aborder plutôt le problème d'un point de vue pragmatique, c'est-à-dire à partir de ses manifestations actuelles, dans le présent et à l'intérieur des interactions entre les personnes concernées (Fisch *et al.*, 1986). De façon succincte, cette approche s'appuie essentiellement sur un paradigme

constructiviste, une perspective systémique et sur les travaux sur l'hypnose de Milton Erickson (1901 – 1980) qui ont grandement influencé ce modèle d'intervention. Nardone et Watzlawick (1993) définissent l'approche stratégique comme «une façon d'aborder la réflexion, plus précisément “une pensée sans préjugés”, qui se voulant fondamentalement souple nie l'existence de toute forme de “vérité absolue”, autrement dit irréfutable » (p. 59). L'intervention stratégique se caractérise essentiellement par sa perspective interactionnelle et sa démarche stratégique, comme explicité dans les deux sous-sections qui suivent.

1.2.2.1 Perspective interactionnelle

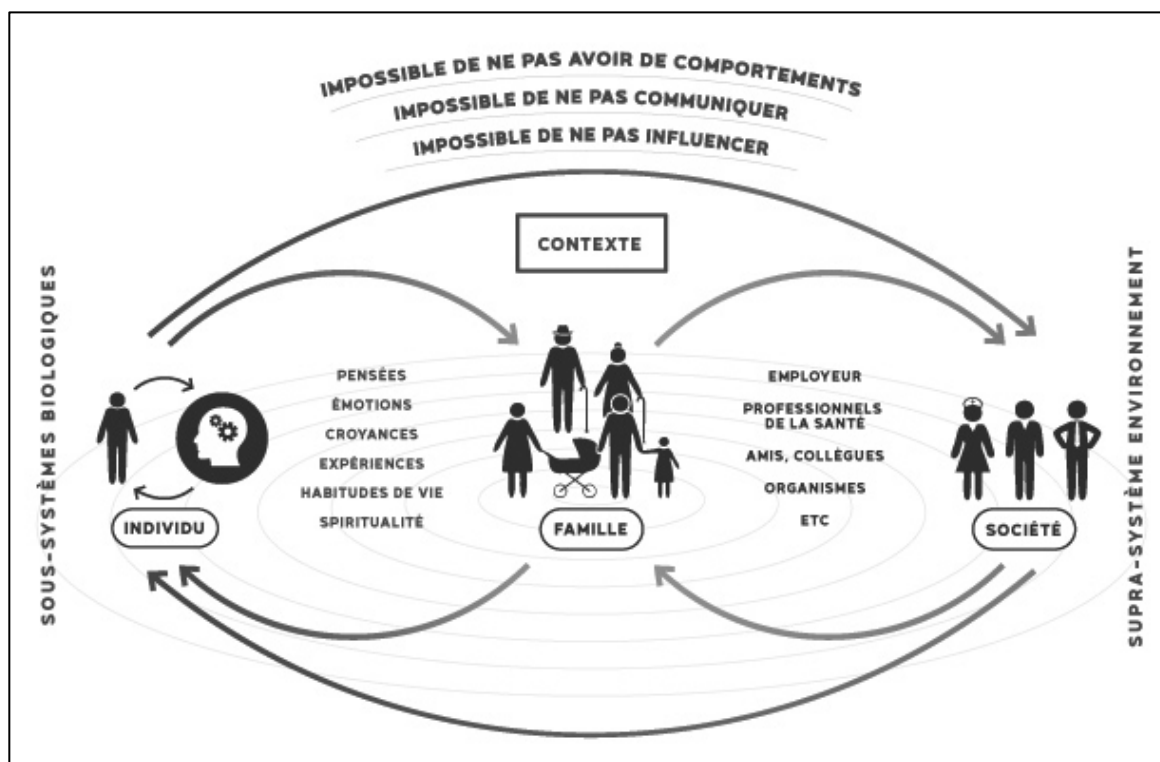
Pour Watzlawick *et al.* (1972), la nature systémique de l'interaction humaine repose sur une pragmatique de la communication, dont les propriétés fondamentales sont les suivantes :

- (i) *l'impossibilité de ne pas communiquer* stipule que tout comportement, verbal ou non verbal, a valeur de message. Ainsi, nous communiquons constamment et de fait, nous influençons constamment. Par exemple, détourner notre regard d'une personne parce qu'on ne veut pas lui parler communique par le fait même à cette personne un message, qui provoquera inévitablement une réaction de sa part.
- (ii) *Tout message comporte un contenu et une relation*. L'information transmise représente le contenu. L'aspect relationnel, qui s'exprime essentiellement par des comportements non verbaux, indique plutôt de quelle façon le message devrait être compris (ex. : ton de voix, expression du visage, posture).
- (iii) *L'interaction est symétrique (égalitaire) ou complémentaire*. L'utilisation de l'une ou l'autre de ces relations, qui ont un caractère dynamique, ne dépend pas tant du sujet dont la discussion fait l'objet que de la position de chacun des interlocuteurs par rapport au sujet discuté. Ainsi, une interaction symétrique est utilisée lorsque les partenaires s'efforcent de maintenir l'égalité en donnant et en recevant dans une même proportion. C'est le cas par exemple de deux amis (un avocat et un peintre) qui discutent de leur passion pour la pêche. À l'inverse, une interaction complémentaire implique que le comportement de l'un complète celui de l'autre. Dans une relation complémentaire, il y a deux positions différentes possibles. L'un des partenaires occupe la position « expert », désignée comme supérieure, première ou « haute » (*one-up*), et l'autre la position dite inférieure, seconde ou « basse » (*one-down*). On peut penser par exemple à la relation entre un dentiste (expert) et un client (non-expert). Ou, encore, au peintre (expert) qui donne des conseils à son ami avocat sur la marque de peinture

à choisir pour peindre sa galerie. En somme, la position occupée dans une relation n'est pas une caractéristique de l'individu, mais une caractéristique de la communication dans un contexte précis. Ainsi, dans une relation entre deux individus, la position de chacun passera d'expert à non-expert (complémentaire), et de complémentaire à égalitaire en fonction de leur communication et de son contexte. (iv) *La ponctuation* représente le début et la fin de la séquence d'évènements ou de faits telle que perçue par les individus en interaction et leur permet de structurer leurs échanges.

Déoulant de cette représentation du monde, on peut distinguer trois catégories de relations qui peuvent maintenir les problèmes : l'individu en interaction avec lui-même (système perceptivo-réactionnel), avec son entourage proche (famille) et avec l'extérieur (l'environnement social) (Nardone et Watzlawick, 1993). Il importe de noter que ces différents niveaux d'interaction s'influencent mutuellement, ils ne sont pas indépendants les uns des autres. La Figure 1 illustre les différents niveaux d'interaction à l'intérieur desquels se déroulent ces interactions ainsi que les éléments qui les influencent, allant des sous-systèmes biologiques de l'individu jusqu'au supra-système de l'environnement, en passant par le système perceptivo-réactionnel, le système familial et le système social.

Figure 1
Les différents niveaux d'interactions



Source : Auteure, adapté de Watzlawick *et al.*, 1972.

Causalité circulaire. Comme cela a été vu précédemment, le modèle biomédical qui domine dans le système de santé en général, et encore largement dans le domaine plus spécifique de la douleur chronique, s'appuie sur une causalité linéaire du problème. Le concept de causalité linéaire est unidirectionnel et déterministe et suppose « que l'évènement B se produit (ou s'est produit) parce que l'évènement A vient à se produire (ou s'était produit auparavant) » (Jackson, 1981, p. 27). Cette conception du problème nécessite donc de connaître la cause dans le passé pour être en mesure d'intervenir sur celle-ci. Le modèle de la causalité circulaire, maintenant reconnu dans le phénomène de douleur chronique, repose sur les principes de la cybernétique (rétroaction entre les différents éléments d'un système) (Watzlawick *et al.*, 1972). Sans égard à la cause dans le passé, c'est cette interaction dans le présent qui détermine les stratégies à utiliser pour modifier la dynamique dans le système.



S'appuyant sur cette perspective systémique, la causalité circulaire dans les problèmes humains complexes considère que les solutions inopérantes tentées par le client (solutions tentées) pour résoudre son problème entraînent plutôt l'effet contraire, c'est-à-dire qu'elles maintiennent ou renforcent ce dernier (Watzlawick *et al.*, 1974). « Cela peut paraître étrange et paradoxal, mais souvent les efforts faits par une personne pour changer font que soit la situation reste inchangée, soit sa complexité s'accroît » (p. 47). En fait, certaines personnes demeurent persuadées que les actions qu'elles posent pour régler leur problème deviendront efficaces si elles persistent dans leurs efforts. Et c'est ce qu'elles font en essayant toujours un peu plus de la même chose. Pour d'autres, le répertoire de solutions est simplement limité à ce qu'ils font actuellement. Ainsi, « le patient doit être forcé d'abandonner son point de vue rigide et doit être amené à voir d'autres possibilités qui peuvent faire surgir de nouvelles réalités, des solutions nouvelles... » (Nardone et Watzlawick, 1993, p. 52). Plus spécifiquement, deux types de solutions tentées se retrouvent fréquemment chez la clientèle souffrant de douleur chronique, soit la stratégie d'endurance et la stratégie d'évitement (Hasenbring et Verbunt, 2010). Ces deux stratégies peuvent être utilisées en alternance par un client, ce qui est fréquent par ailleurs (Andrews *et al.*, 2015; Hasenbring et Verbunt, 2010). Cette situation peut être décrite de la façon suivante :

Tout se déroule comme si la personne s'enfermait dans le jeu sans fin suivant : dès que se présente enfin une journée avec peu ou pas de douleur, elle en profite pour éponger tout le retard accumulé en mettant les bouchées doubles jusqu'à tard le soir. Cette journée trop intense de travail est suivie inmanquablement de quelques jours d'épuisement. Parfois, la capacité de l'individu baisse de façon marquée au point de nécessiter l'alitement. Ensuite, après une période de quelques jours de repos forcé, le malaise diminue. Apparaît enfin une journée avec peu de douleur... puis, tout recommence. (Charest et Nguyen, 2010, p. 182)

Ces solutions tentées s'appuient généralement sur certaines croyances du client, ainsi que sur son niveau de connaissances actuel concernant son problème (interaction du client avec lui-même dans une perspective circulaire de la relation cognitive-comportementale). Pour illustrer à l'aide d'un exemple les propos précédents, prenons le cas d'un père de famille qui expérimente moins de douleur une journée. Il peut décider d'en profiter pour faire certaines activités sportives avec ses enfants, des activités qu'il ne peut pas faire en temps normal lorsque la douleur est trop intense. Comme il n'en a pas souvent l'occasion, il y va à fond et en profite au maximum. En faisant ces efforts trop importants, il empire sa condition et passera ensuite

les trois prochains jours à demeurer immobile, voire alité, à cause de la recrudescence de sa douleur. Et lorsque sa douleur s'atténuera quelques jours plus tard, comme il n'a pas pu faire d'activités familiales pendant trois jours, il recommencera possiblement le même scénario. Le voilà, à son insu, dans un cercle vicieux. Cette boucle de rétroaction entre le client et ses solutions tentées représentera donc ici une cible importante de l'intervention. En fait, on retrouve dans cet exemple deux cibles d'intervention, soit l'interaction entre le client et ses solutions tentées (dimensions biologique/cognitive) ainsi que l'interaction entre le client et son entourage proche, sa famille (dimension sociale), les deux s'influençant mutuellement.

De plus, les solutions tentées d'un client sont influencées par le contexte situationnel (dimension sociale). À titre d'exemple, imaginons que ce père de famille subisse également des pressions de la part de la CNESST ou de son employeur pour un retour au travail. Il sera peut-être davantage porté (par contrainte) à persister à faire certaines activités dans la douleur et à empirer ainsi sans cesse sa condition (stratégie d'endurance). En outre, la pression d'un retour au travail prématuré, ou encore d'une perte de revenu occasionnée par une incapacité à retourner au travail peut également engendrer un stress important chez le client, ce qui influencera nécessairement sa condition comme cela a été montré précédemment. On comprend ici que l'interaction entre l'individu et l'environnement social (employeur, CNESST) contribue également au maintien du problème.

Par ailleurs, une implication clinique importante de la perspective interactionnelle de la douleur chronique est la cible de l'intervention, qui est l'interaction. En effet, il n'est plus possible, dès lors qu'on aborde le problème avec ces fondements théoriques, d'orienter l'intervention sur l'une ou l'autre des composantes impliquées dans le problème ; c'est désormais l'interaction entre ces composantes qui importe comme cela sera vu dans la prochaine sous-section. Sur le plan clinique, certaines particularités découlent de cette perspective systémique. Notamment, chaque intervention cible l'interaction à l'un ou plusieurs des niveaux présentés à la Figure 1 (l'interaction de l'individu avec lui-même, avec son environnement proche et avec son environnement social). Et comme le soulignent Nardone et Watzlawick (1993) :

À nos yeux, si des difficultés surgissent dans l'une de ces zones relationnelles, les autres en sont aussi affectées. En fait, ces trois types de relations qui sont les composantes de l'existence de tout individu s'influencent mutuellement et interagissent dans la mesure où elles sont interdépendantes. (p. 83)

Il s'agit d'ailleurs de la principale différence entre l'intervention stratégique et certaines approches qui s'appuient sur une perspective biopsychosociale et dont les interventions reposent néanmoins sur une causalité linéaire.

Dans les cas particuliers qui requièrent l'implication de plusieurs professionnels de la santé de disciplines variées, une particularité de la démarche stratégique, à son origine à Palo Alto et dans son adaptation au traitement de la douleur chronique à l'UQAT, est qu'un seul praticien peut rencontrer le client pendant que les autres professionnels sont derrière un miroir sans tain. Les décisions peuvent ainsi être prises en équipe interdisciplinaire sans que le patient ait à rencontrer plusieurs professionnels de façon séparée (Fisch *et al.*, 1986). C'est pour cette raison que le travail en interdisciplinarité est priorisé en ISDC. Une équipe interdisciplinaire consiste en un

regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concentrée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. L'interdisciplinarité exige une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent et coordonné. (Hébert, 1997)

Le Tableau 1 résume la différence entre l'approche biopsychosociale dans une perspective linéaire et l'approche biopsychosociale dans une perspective circulaire appliquée auprès du même type de client souffrant de douleur chronique.

Enfin, il est à noter que dans une perspective interactionnelle, la collaboration ou la non-collaboration du client n'est pas une caractéristique de l'individu, mais une caractéristique de la relation entre ce dernier et le praticien. Ainsi, le praticien qui intervient auprès de clients souffrant de douleur chronique à partir de cette perspective reconnaît l'importance de son rôle pour favoriser la collaboration du client à son traitement.

Tableau 1
 Comparaison entre deux perspectives d'intervention

Perspective linéaire (intervention conventionnelle)	Perspective circulaire (intervention stratégique)
Travailleur social intervient auprès de l'environnement ⇒ ex. : employeur, famille	Le praticien, avec l'appui de son équipe, intervient sur l'interaction entre le patient et son environnement ⇒ ex. : prescrit au patient de changer sa façon de communiquer avec son entourage (interaction avec l'employeur et avec la conjointe, avec les enfants)
Médecin intervient sur le(s) diagnostic(s) à l'aide de médicaments ⇒ ex. : diminuer la douleur, améliorer le sommeil, diminuer l'anxiété, etc.	
Physiothérapeute intervient sur la dimension biomécanique ⇒ ex. : améliorer la force, l'amplitude, les capacités fonctionnelles	Le praticien intervient dans l'interaction du patient avec sa douleur ⇒ ex. : fournit des explications (ex. : éducation neuroscientifique) ⇒ pour changer la perception du client (la douleur n'est pas un ennemi à combattre, elle est une information pour ajuster les activités, la posture et le contrôle moteur)
Psychologue intervient auprès de la dimension psychologique du patient et du couple ⇒ ex. : aide à gérer ses peurs et sa dépression, thérapie de couple	⇒ ex. : prescrit des exceptions et des 180° en relation avec les solutions tentées sur le plan physique ⁴
Source : IASP, 2017	Sources : Charest <i>et al.</i> (2015a, 2015b, 2010, 1996, 1994)

1.2.2.2 Démarche stratégique

La présentation faite ici de la démarche en thérapie stratégique repose sur des ouvrages originaux publiés par l'équipe du Mental Research Institute (MRI) à Palo Alto (Fisch *et al.*, 1986; Nardone et Watzlawick, 1993) et sur différents écrits relatifs à l'adaptation de la démarche pour le traitement de la douleur chronique (Charest *et al.*, 2015a; Charest *et al.*,

⁴ Le 180°, les solutions tentées et les exceptions sont définies aux pages 35 et 36.

2015b; Charest *et al.*, 2010; Charest *et al.*, 1996; Charest *et al.*, 1994). La démarche de thérapie stratégique s'inscrit dans le courant des thérapies brèves. Ainsi, les traitements se déroulent généralement à l'intérieur d'un nombre de rencontres qui se situe en dessous de 20 (Nardone et Watzlawick, 1993). Dans le traitement de la douleur chronique, notamment pour les interventions de groupe qui sont appliquées dans un format structuré, le nombre de rencontres était de douze rencontres de 2 h dans les premières applications pour le traitement de la lombalgie chronique (Charest *et al.*, 1996) et a été modifié à huit rencontres de 2 h 30 dans son application pour le traitement de la douleur abdominale chronique (Duhaime, 2010). Dans le cadre de rencontres individuelles, le nombre de rencontres se situe généralement entre 5 et 12⁵.

En thérapie stratégique, le praticien ne cherche pas les causes du problème dans le passé ou à l'intérieur de la personne (trouble psychique), il s'intéresse plutôt à comprendre comment le problème est maintenu dans les différents niveaux d'interaction. Il oriente ses interventions de façon à court-circuiter ces jeux sans fin, l'objectif étant de régler la plainte actuelle du client, c'est-à-dire de résoudre le problème principal pour lequel il consulte. Pour adopter une démarche stratégique, il est important d'en comprendre les fondements. Comme le soulignent Fisch *et al.* (1986) :

on ne saurait trop insister sur l'importance de la relation qui unit théorie et pratique. Tout comportement humain intentionnel dépend largement des conceptions ou prémisses de ses auteurs, car elles gouvernent son interprétation des situations, des événements et des relations. (p. 25)

Pour en faciliter l'application, la démarche d'intervention a été explicitée par différents auteurs et a l'avantage de proposer une procédure structurée. À l'intérieur de cette procédure, le processus doit cependant demeurer souple dans son application et s'adapter à la réalité de chaque client. En d'autres termes, il n'existe pas de modèle unique et définitif et l'intervention ne peut être appliquée comme une recette, puisque cela « risquerait aussi de ne mener qu'à une imitation aveugle – ou, plus vraisemblablement, à une tentative d'imitation, dans un domaine où il n'y a jamais deux cas ni deux situations qui soient exactement semblables » (Fisch *et al.*, 1986, p. 25). Les pages qui suivent présentent les cinq

⁵ Communication personnelle avec des professionnels de la santé utilisant cette approche dans leur clinique.

étapes de la démarche stratégique, soit la mise en place de l'alliance thérapeutique, la définition du problème, l'accord sur les objectifs du traitement, l'obtention d'informations stratégiques et la prescription de tâche.

La mise en place de l'alliance thérapeutique. En ISDC, comme dans d'autres approches, on part du principe que l'alliance thérapeutique joue un rôle déterminant dans la réussite de l'intervention puisque, comme le soulignent Charest *et al.* (2010), « [...] une intervention qui produit l'effet escompté comporte nécessairement deux éléments : un traitement dont l'efficacité est reconnue et la collaboration du patient au traitement » (p. 164). Dans ce sens, la première rencontre joue un rôle déterminant dans la poursuite de l'intervention, puisqu'elle est l'occasion pour le praticien de créer une ambiance positive et une relation de confiance, deux éléments qui sont essentiels pour la suite de l'intervention. Pour parvenir à ce premier objectif, le praticien sera attentif au langage du client et s'adaptera à ce dernier. À titre d'exemple, si un client est un professionnel du monde des affaires avec une attitude sérieuse et un discours rationnel, le praticien se gardera d'utiliser l'humour et un langage léger. Inversement, s'il est face à une travailleuse d'usine avec peu d'éducation, un vocabulaire qui contient beaucoup de jargon et un sens de l'humour, le praticien adaptera également son langage en conséquence, en utilisant des mots simples et l'humour. Pour citer Nardone et Watzlawick (1993) :

un bon thérapeute, lors de ce premier contact, stimule la motivation et la confiance du patient en offrant des suggestions positives et en amenant le patient, sans aller à l'encontre de ses convictions, à effectuer des actions qui peuvent être parfois tout à fait contraires au schéma conceptuel qu'il avait antérieurement. (p. 82)

La définition du problème. Une démarche importante lors de la première rencontre clinique est d'obtenir du client une formulation claire et précise du problème. La définition du problème peut prendre un certain temps et même occuper l'essentiel de la première rencontre. Loin d'être du temps perdu, le temps utilisé pour cette étape de l'intervention permet d'orienter la partie pratique du traitement et d'offrir au client la solution la mieux adaptée à sa situation. Lors de cette exploration avec le client, le thérapeute oriente ses questions sur la causalité circulaire du problème, il s'intéresse donc aux différents niveaux d'interaction. En outre, il doit

déterminer si les problèmes qui se posent dans une des trois dimensions relationnelles sont perçus par le patient avec le plus d'acuité que ceux qui se posent dans les deux autres. Si tel est le cas, la dimension en question devra fournir un point de départ idéal à des interventions [...] (Nardone et Watzlawick, 1993, p. 82)

L'accord sur les objectifs du traitement. Cette étape de la démarche d'intervention est d'une haute importance pour deux principales raisons. D'abord, l'objectif déterminé avec le client permet d'orienter le traitement et de mesurer l'évolution de la situation. D'un point de vue pragmatique, « le modèle de thérapie stratégique est basé en tout premier lieu sur les objectifs à atteindre » (Nardone et Portelli, 2012, p. 23). Ensuite, impliquer le client facilite l'obtention de la collaboration de ce dernier qui se sentira impliqué dans le traitement et qui percevra que le thérapeute le croit capable de résoudre son problème (Fisch *et al.*, 1986). Par ailleurs, certains critères sont à considérer dans le choix d'un objectif, ce qui soulève l'importance que ce dernier soit convenu dans un processus de collaboration entre le praticien et le client. Notamment, le praticien doit considérer l'importance de ne pas mettre de la pression sur le client en l'incitant à cibler un changement trop grand. Le cas échéant, cela risquerait d'augmenter le niveau d'anxiété du patient et d'entraîner de la résistance. À l'inverse, favoriser une progression graduée axée sur des petits changements favorisera non seulement la collaboration du patient, mais maximisera les probabilités que l'objectif soit atteint, et par le fait même, que le client vive une réussite. En ISDC, l'objectif est toujours négocié en termes de changement minimal, qui se définit comme le plus petit changement qui justifierait les efforts investis dans le traitement (Charest *et al.*, 1996).

L'obtention d'informations stratégiques. Dans une perspective systémique et stratégique, le praticien doit identifier le jeu sans fin (cercle vicieux) entre le problème présenté et les solutions inopérantes tentées. Il doit donc obtenir une description détaillée des efforts déployés par le client et son entourage pour résoudre le problème (solutions tentées). Voici quelques exemples de questions qui peuvent être utilisées avec un patient souffrant de douleur chronique : « Qu'avez-vous essayé jusqu'à présent pour diminuer vos douleurs lombaires qui n'a pas fonctionné ? Qui a fonctionné partiellement ? Que faites-vous, vous et votre famille, pour améliorer la situation ? La dernière fois où vous avez eu une journée avec des douleurs importantes, qu'aviez-vous fait avant la survenue de cette augmentation de douleur ? Racontez-moi en détail, comme un film sonore et couleur, la journée d'hier. » À l'inverse des

solutions tentées inefficaces, les exceptions représentent les moments où le problème n'existe pas, ou encore où son intensité ou sa fréquence est de moindre importance. Par exemple, une personne souffrant de douleur chronique expérimente des moments où la douleur est de moindre intensité ou moins dérangeante, il est donc important d'aider le client à identifier ce qu'il fait pour les créer. Les exceptions réfèrent également aux actions effectuées par le client et qui s'avèrent efficaces pour l'aider à améliorer la situation problématique, du moins temporairement (Charest, 1996). Par exemple, une personne peut arriver à soulager sa douleur en appliquant de la glace ou de la chaleur (ou les deux en alternance), en faisant des pauses régulièrement à travers ses tâches ou en faisant des séances de relaxation. En aidant le client à identifier les exceptions et à les reproduire plus souvent, en utilisant des actions efficaces, on permet autant de situations où le cercle vicieux de la douleur ne sera pas entretenu, et sera même renversé. Voici quelques exemples de questions qui peuvent être utilisées pour les identifier : « Quelle était la dernière fois que votre douleur était moins importante ? Que faisiez-vous à ce moment-là ? Quelles sont les choses qui vous aident à gérer votre douleur ? » En somme, les solutions tentées et les exceptions représentent la pierre angulaire de l'intervention stratégique (Fisch *et al.*, 1986; Nardone et Watzlawick, 1993).

Prescription de tâches. En ISDC, les prescriptions de tâches sont formulées en termes de comportements et ciblent l'interaction. Plus précisément, on peut distinguer trois catégories de tâches : faire plus de ce qui fonctionne (prescrire les exceptions), faire une action différente et nouvelle, ou encore faire une action à l'opposé de la solution tentée qui entretient le problème (appelé le 180 degrés). Les tâches prescrites sont toujours ciblées de façon précise en fonction des informations obtenues de la part du client sur l'identification du problème, de l'objectif convenu avec le client, des solutions tentées et des exceptions (Charest *et al.*, 2015a).

Tout au long de la démarche stratégique, des tactiques thérapeutiques sont utilisées. Une tactique thérapeutique se définit comme « un ensemble de moyens coordonnés et pratiques disposés conformément au but poursuivi » (Charest *et al.*, 1996, p. 24). Les pages qui suivent présentent les neuf principales tactiques thérapeutiques utilisées en ISDC : expert ou non-expert, client ou touriste, marge de manœuvre, échelles de mesure, changement minimal, avancer lentement, conséquences indésirables, recadrage, épilogue.

Expert ou non-expert. S'appuyant sur l'une des propriétés fondamentales de la communication, les positions expert ou non-expert découlent d'une relation dite complémentaire entre le praticien et son client. Plus précisément, une personne qui prend une position d'expert, dite aussi de supériorité, donne plus de conseils, considérant qu'elle possède l'expertise concernant le sujet en cours. Inversement, une personne en position de non-expert, dite aussi d'infériorité, posera des questions, considérant qu'elle désire bénéficier de l'expertise de son interlocuteur. Il est important de noter que les positions expert ou non-expert ne sont pas des caractéristiques de l'individu, il s'agit plutôt de caractéristiques de la relation entre les individus, qui elle peut évoluer au cours d'une rencontre en fonction du sujet abordé. Par ailleurs, lorsqu'une personne se place en position de non-expert, elle permet à l'autre personne, par réaction complémentaire, d'occuper la position d'expert. La position « non-expert » est celle qui est utilisée la majeure partie du temps en ISDC. Comme le soulignent Fisch *et al.* (1986) : « Le succès du traitement dépend très largement de l'habileté du thérapeute à obtenir du client une information stratégique et à l'amener à coopérer avec les suggestions à suivre ou les tâches à accomplir. » (p. 58) Alors qu'une position d'expert au début du traitement risque de rendre le client mal à l'aise et d'augmenter sa résistance, une position de non-expert est celle qui favorise la relation de confiance, qui permet l'obtention des informations utiles et qui abaisse la résistance du client. En ISDC, on considère que le client est l'expert de son problème. Le praticien prend majoritairement une position de non-expert pendant la première partie de l'intervention. Ainsi, il posera plusieurs questions en vue d'obtenir des informations importantes pour guider ses interventions (ex. : solutions tentées, exceptions). Par ailleurs, le praticien doit s'abstenir d'interpréter la situation du client et être plutôt à l'écoute de ce que ce dernier lui dit, ce que lui permet la position de non-expert. Notamment, il considère que le client est l'expert de sa douleur et qu'il est donc le seul à pouvoir l'évaluer. Cette considération a des implications cliniques importantes, puisque lors de la réalisation des exercices qui contiennent la directive systématique « sans augmentation de douleur », le choix, la fréquence et la gradation s'appuient sur l'expertise du client à évaluer sa douleur et les éléments qui influencent cette dernière (Charest *et al.*, 2015a). En somme, regarder davantage en écoutant et poser des questions particularisent la position de non-expert ; regarder moins en écoutant et répondre aux questions caractérisent la position d'expert.

Client ou touriste. Cette tactique thérapeutique vise à évaluer si le participant est « client » ou « touriste » de l'intervention qu'on lui propose. Un « client » répond aux trois critères suivants : (i) il a lutté contre son problème ; (ii) il n'a pas réussi à le régler par ses seuls efforts personnels ; et (iii) il demande de l'aide. À l'inverse, un touriste n'a pas d'intérêt à s'impliquer dans le traitement. Il peut venir par exemple à la demande d'une tierce personne, ou encore ne pas être acheteur du traitement proposé. Dans le contexte de l'ISDC, le praticien détermine dès la première rencontre si le patient est client ou touriste, et dans le cas où il est plutôt touriste, il essaie de l'influencer et de le rendre client. Pour ce faire, établir une bonne alliance thérapeutique est une étape primordiale. Ensuite, le praticien s'efforce de connaître et de considérer l'objectif du client dans sa démarche d'intervention.

Marge de manœuvre. Le niveau d'influence qu'un praticien aura sur son client dépend directement de la marge de manœuvre dont il dispose, c'est-à-dire de la capacité de prendre les décisions et de poser les gestes qu'il juge être les plus appropriés tout au long de l'évolution du traitement (Fisch *et al.*, 1986). Cette marge de manœuvre du praticien se trouve favorisée lorsque le client a plus besoin de lui que l'inverse. Ainsi, en relation avec la tactique thérapeutique « client ou touriste », convenir d'un objectif commun qui répond aux attentes du client est incontournable pour assurer la marge de manœuvre du praticien, puisque ce dernier ne pourra pas influencer un client « touriste ». Enfin, dans le cadre de l'ISDC, la marge de manœuvre du praticien est également maximisée dès lors que ce dernier contrôle les paramètres associés à l'intervention (ex. : durée, espace, sélection des participants, contenu et modalité d'application du programme, etc.) (Charest *et al.*, 1996).

Échelles de mesure. L'utilisation d'échelles analogiques permet de quantifier et de mesurer des éléments subjectifs. Elles peuvent être verbales et écrites et présentent l'avantage d'être simples et rapides à utiliser, de s'adapter au langage du client et d'évaluer l'évolution d'une variable qui n'est pas mesurable objectivement et qui dépend essentiellement de la perception du client. En ISDC, des échelles verbales allant de un à dix ou des échelles visuelles analogiques (un trait sur une ligne de dix centimètres avec ancrages aux extrémités) sont utilisées notamment pour définir les objectifs avec les clients dans une démarche intégrant la négociation d'un « changement minimal » (Charest *et al.*, 2010).

Changement minimal. Utilisée essentiellement pour convenir d'un objectif pour l'intervention, cette tactique thérapeutique consiste à préciser quel serait, pour le client, le premier signe d'une amélioration qui justifierait les efforts investis dans le traitement (Charest *et al.*, 1996; Charest *et al.*, 2010). En intervention stratégique, le résultat recherché est un premier pas vers l'amélioration en fonction de l'objectif souhaité par le client et non la résolution complète du problème. Comme mentionné précédemment, l'objectif de l'intervention est d'apprendre au client à s'autotrainer. Ainsi, une fois les rencontres terminées, il pourra poursuivre par lui-même son parcours sur le chemin de l'amélioration. Négocier un objectif en termes de changement minimal permet également d'en favoriser l'atteinte et d'ainsi faire vivre une réussite au client. De plus, notons que cet objectif tient compte du nombre de rencontres prévues.

Avancer lentement. Cette tactique thérapeutique est utilisée dans le traitement afin d'inciter le client à ralentir en le mettant en garde contre le danger d'aller trop vite. Prenons l'exemple d'un client qui commence à s'améliorer et qui croit qu'en faisant plus d'exercices que recommandé, il s'améliorera encore plus vite. Le praticien mettra aussitôt en garde un tel client contre le fait de vouloir aller trop vite et lui prescrira d'« avancer lentement », en lui expliquant qu'il risque de se blesser à nouveau et de nuire au processus de guérison s'il dépasse ses capacités (Charest *et al.*, 1996). De plus, face à des changements positifs qui se produisent rapidement, le praticien mentionne au client que « tout changement requiert un temps d'adaptation » (Fisch *et al.*, 1986, p. 197).

Conséquences indésirables. En thérapie brève stratégique, cette tactique thérapeutique s'appelle « Les dangers de l'amélioration » et consiste à demander au client « s'il a conscience des dangers inhérents au changement » (Fisch *et al.*, 1986). Il est à noter que cette question est formulée, non pas de façon à vérifier si le client pense que de tels dangers sont possibles (ex. : pensez-vous qu'il pourrait y avoir... ?), mais de façon à sous-entendre que de tels dangers existent réellement. Le thérapeute peut proposer quelques exemples pour d'ailleurs démontrer au client certains inconvénients possibles, que ce soit pour lui-même ou pour certaines personnes de son entourage. En ISDC, cette tactique thérapeutique est utilisée de façon systématique dans le cadre des Écoles interactionnelles. Avec une connotation ludique, et une fois l'alliance thérapeutique bien établie, les praticiens demandent à chaque client d'identifier une conséquence indésirable associée à l'amélioration de leur condition. Les praticiens

indiquent aux clients que « chaque changement orienté vers des avantages évidents, comme dans le cas d'un mariage ou d'une promotion, s'accompagnent toujours d'inconvénients » (Charest *et al.*, 1996, p. 30). À titre d'exemple, ne plus souffrir de maux de dos chroniques risque de confirmer en quelque sorte les préjugés de « paresseux » ou de « malade imaginaire » de son entourage. Comme les conséquences indésirables peuvent représenter des obstacles à l'amélioration, il est important de les circonscrire, d'en discuter et de s'y préparer.

Recadrage. Recadrer signifie fournir une explication verbale qui change le sens conceptuel ou émotionnel d'une situation particulière et qui est compatible avec le cadre de référence (ou le langage) du client (Watzlawick *et al.*, 1975). À titre d'exemple, plusieurs clients souffrant de douleur chronique pensent qu'ils n'ont pas de contrôle sur leur douleur et développent une peur qui les limite dans leurs activités. Ainsi, dans le cadre des Écoles interactionnelles, au moment opportun, le praticien mentionne aux clients :

à nos yeux, l'effet limitatif de votre douleur lombaire se fonde sur l'absence de moyens pour la gérer. En retour, l'absence de moyens de gestion engendre une peur souvent plus limitative que votre douleur elle-même. Le but de l'École du dos est précisément de dépasser cette limite en apprenant à s'autotrainer. (Charest *et al.*, 1996)

Épilogue. Cette tactique thérapeutique s'applique à la dernière rencontre avec un client. Présentée sous forme d'une question, elle consiste à demander au client d'expliquer — et ainsi de s'expliquer — le contrôle qu'il exerce désormais sur son problème en décrivant comment il pourrait retrouver l'état initial. La question suivante est utilisée : « Que pourriez-vous faire ou ne pas faire pour retrouver votre état initial... et même pire ? ». En effet, en expliquant ce qu'il devrait faire ou cesser de faire pour se retrouver dans la même condition où il était avant les rencontres, en relation avec son objectif, le client fait à rebours le chemin parcouru depuis le début du traitement.

En somme, la posture épistémologique d'un praticien, c'est-à-dire l'ensemble paradigmatique à partir duquel il choisit d'observer la réalité qui se présente à lui, détermine l'orientation des questions avec lesquelles il explorera une situation. Ces questions déterminent à leur tour la nature des informations obtenues et la définition du problème, qui à leur tour déterminent finalement la nature et l'orientation du traitement (Fisch *et al.*, 1986; Watzlawick et Nardone, 2000). Par ailleurs, pour intégrer une telle représentation dans la prise en charge de la douleur

chronique, il ne s'agit plus de former des praticiens à appliquer un modèle d'intervention rigide basé uniquement sur un diagnostic médical, mais de former des praticiens à explorer les différents éléments d'un système et à identifier la causalité circulaire du problème dans les différents niveaux d'interaction. La sous-section qui suit présente les principales caractéristiques de la formation à l'ISDC.

1.2.3 Principales caractéristiques de la formation

La formation à l'ISDC est offerte par les membres de l'équipe interdisciplinaire actuelle sur demande et dans le contexte d'une formation continue, c'est-à-dire qu'elle ne donne pas de crédits universitaires et qu'elle cible des professionnels déjà en fonction qui peuvent bénéficier de crédits de formation continue. Dans ce contexte, cette formation ne comporte pas d'évaluation sommative.

Comme mentionné dans l'historique, cette formation comprend un atelier de formation et une partie pratique sous supervision. Pour ce qui concerne l'atelier de formation, le contenu a été déterminé et adapté au fil des années par une équipe interdisciplinaire composée de chercheurs et de professionnels de la santé en fonction du type de douleur chronique traitée. En résumé, il comprend les bases théoriques de la démarche d'intervention priorisée (intervention stratégique) ainsi que des connaissances issues de recherches scientifiques en neurophysiologie et en biomécanique, relativement à la douleur chronique et à son traitement (Charest, 1996; Charest *et al.*, 1996). Le contenu sera détaillé dans la première partie des résultats de cette recherche.

Pour sa part, l'ensemble de la partie pratique de la formation se déroule dans le cadre d'interventions auprès de clients réels, sous supervision en direct à l'aide d'un miroir sans tain. Cette première particularité introduit le concept de supervision clinique en direct. Intégrés à cette supervision clinique en direct, tout au long du déroulement de l'intervention, différents types de rétroaction sont données aux praticiens en formation. Ils bénéficient premièrement d'une rétroaction immédiate au besoin, soit par l'entremise d'un téléphone à circuit fermé qui permet la communication entre les deux pièces, soit par entrée dans la pièce d'un formateur. Une rétroaction sur l'ensemble de la rencontre est également donnée après

chaque rencontre clinique. Enfin, un autre type de rétroaction est accessible aux praticiens sous forme de vidéo, puisque chacune des rencontres d'intervention est filmée.

Cette section est limitée à une description sommaire des principales étapes de la formation, puisque cette dernière sera documentée et analysée dans la première partie des résultats. Cependant, considérant l'importance accordée à la dimension clinique dans la formation et à l'utilisation de la supervision clinique en direct, cette dernière stratégie pédagogique est abordée plus en détail dans la prochaine section.

1.3 Écrits consultés sur la supervision clinique

Différents modèles de supervision cliniques ont été proposés dans le domaine de la santé, le plus connu et le plus utilisé, par exemple, dans le domaine des soins infirmiers étant le modèle de Brigid Proctor (1986, dans Driscoll et O'Sullivan, 2007) : *Interactive Framework of Clinical Supervision*. Ce dernier distingue trois fonctions de la supervision clinique, qui peuvent se résumer de la façon suivante : une fonction formative (éducation : développement continu d'habiletés à l'intérieur d'une réflexion régulière sur la pratique et l'environnement), une fonction réparatrice (*restorative*) (soutien : gérer les situations de stress en fonction des exigences de l'environnement de travail) et une fonction normative (responsabilité : surveillance et maintien de la qualité des soins).

Dans le domaine de la formation des médecins, Kilminster *et al.* (2007) soutiennent que les deux principaux objectifs d'une supervision sont (i) la sécurité des patients et la qualité des soins offerts ; et (ii) le développement professionnel de la personne supervisée. Ils mentionnent également que pour qu'une supervision soit efficace, elle doit être effectuée en contexte. Les auteurs présentent quelques évidences empiriques qui montrent que la supervision en direct aide les médecins à acquérir des habiletés cliniques plus rapidement. Ces auteurs définissent la supervision clinique comme « *the provision of guidance and feedback on matters of personal, professional, and educational development in the context of a trainee's experience of providing safe and appropriate patient care* » (p. 3).

En raison des différentes approches de supervision clinique existantes et des différentes fonctions qui y sont reliées, la littérature sur ce sujet est très abondante et très diversifiée.

Considérant les particularités de la formation à l'étude, qui intègre une démarche d'intervention qui s'appuie sur les fondements théoriques de la thérapie brève stratégique (ramification de la thérapie familiale systémique), la supervision clinique en direct dans ce secteur d'activité est abordée ci-après, dans un premier temps. Dans un deuxième temps, quelques études sur la supervision clinique en direct dans le domaine de la formation en physiothérapie sont présentées, puisqu'il s'agit du domaine qui est ciblé par cette formation.

1.3.1 L'utilisation de la supervision clinique dans les thérapies brèves systémiques

West et Bubenzer (1993) distinguent trois principales modalités de supervision, soit les discussions du praticien avec son superviseur suivant une rencontre clinique (*verbal report*), la supervision en différé à partir de matériel audio ou audiovisuel (*delayed review*) et la supervision en direct (*live supervision*). Depuis plus de 50 ans, associé à l'avènement de la thérapie familiale systémique et de ses ramifications (ex. : thérapie brève stratégique) la supervision clinique en direct est souvent priorisée pour la formation à ces approches d'intervention, par exemple en travail social (Evans, 1987; Saltzburg *et al.*, 2010; Spence *et al.*, 2001; Wong, 1997), en psychologie clinique (Haley, 1977; Luann, 1994; Madanes, 1984; Montalvo, 1973) et en soins infirmiers (Grainge *et al.*, 2012; Tapp et Wright, 1996; Wright, 2012; Wright et Leahey, 2014). C'est notamment le type de supervision qui est utilisé dans la formation à l'étude dans cette recherche.

La supervision clinique en direct se distingue des deux autres types de supervisions mentionnés précédemment (*verbal report* et *delayed review*) et ne peut être considérée comme une sous-catégorie de ces dernières (Bernard et Goodyear, 2009). En effet, la supervision clinique en direct représente un changement d'approche qui se caractérise par le fait que « (1) *the distinction between counseling or therapy and supervision is less pronounced than in traditional supervision, and (2) the role of the supervisor is significantly changed to include both coaching and cotherapist dimensions* » (Bernard et Goodyear, 2009, p. 263). Ce type de démarche de supervision se déroule généralement dans un contexte qui inclut une préparation avant la rencontre pendant laquelle les buts et les stratégies sont discutés, l'intervention sous supervision pendant laquelle le superviseur observe le déroulement de l'intervention et donne des rétroactions (ou instructions), et une rencontre de

débrieftage après l'intervention (Bernard et Goodyear, 2009; Liddle et Schwartz, 1983; Montalvo, 1973). D'autres approches intègrent également une pause en cours de rencontres (Bernard et Goodyear, 2009; Wark, 1995; Wright, 1986).

Il semble que plusieurs avantages soient associés à la supervision clinique en direct. Par exemple, la présence du superviseur pendant l'intervention lui permet d'accéder aux événements tels que rapportés par le praticien. Cette particularité compense une limite importante de la supervision basée sur des discussions après une rencontre clinique (*verbal report*). En effet, avec cette dernière approche, il existe un risque important que certains détails soient omis, confus, erronés ou mal interprétés par le praticien supervisé (Fenell *et al.*, 1986). Ainsi, l'observation de la rencontre par le superviseur dans le cadre d'une supervision clinique en direct réduit l'écart entre les éléments importants de l'intervention et ce qui est rapporté, permettant par le fait même de fournir des directives et une rétroaction plus efficaces. Dans une perspective systémique, Rosenberg *et al.* (1968) indiquent deux sources de distorsions possibles entre les événements rapportés par le praticien et la « réalité » de l'intervention : ce qui se produit dans la relation entre le thérapeute et le patient et ce qui se produit dans la relation entre le thérapeute et son superviseur. Dans ce sens, Stoltenberg (2008) avance qu'en l'absence d'observation, « *supervisors are supervising in the dark* » (p. 48). En outre, contrairement à la supervision en différé (*delayed review*), la présence du superviseur pendant la rencontre permet à ce dernier d'influencer directement la performance du praticien en cours d'intervention en donnant des rétroactions et des directives sur le moment (Champe et Kleist, 2003; Evans, 1987; Montalvo, 1973). Pour Montalvo (1973), cette possibilité d'intervenir sur le moment est d'une importance considérable, puisque selon lui, un superviseur ne devrait pas « *to wait until after the damage has been done to attempt to repair events* » (p. 45).

Il existe essentiellement deux différentes approches de supervision clinique en direct, soit l'utilisation du miroir sans tain et la présence du superviseur dans la salle d'intervention (Champe et Kleist, 2003; West et Bubenzer, 1993). La première approche, l'utilisation du miroir sans tain, implique le recours à différentes méthodes de communication entre le superviseur et le praticien. Bernard et Goodyear (2009) distinguent six méthodes différentes. Trois d'entre elles s'effectuent par l'entrée du superviseur dans la pièce. La méthode du

Monitoring consiste à observer l'intervention et intervenir si le praticien est en difficulté, elle consiste pour le superviseur à prendre le contrôle de la situation en intervenant directement auprès de la famille (ou du client) pour dénouer l'impasse et assurer le bien-être du client. Cette méthode est utilisée surtout pour les situations « urgentes ». Elle a notamment comme avantage de permettre au praticien d'observer les interventions effectuées par le superviseur. La méthode *In Vivo* se distingue de la précédente, par le fait que lorsque le superviseur entre dans la pièce, il ne prend pas le contrôle et discute plutôt avec le praticien en présence du ou des clients. Cette discussion en présence du ou des clients peut d'ailleurs être en soi une stratégie thérapeutique. Enfin, la méthode du *Walk-In* présente des similarités avec les deux précédentes. Le praticien entre dans la pièce pour interagir avec le praticien et le ou les clients et pour rediriger l'intervention. Les interventions qui découlent de cette méthode ne sont pas justifiées par une situation d'urgence comme dans le cas du *Monitoring* et n'impliquent pas la collégialité, qui distingue la méthode *In Vivo*. L'entrée dans la pièce par le superviseur est une méthode qui est moins documentée dans la littérature et semble également moins utilisée. Par ailleurs, Liddle et Schwartz (1983) expriment leur préoccupation face à cette méthode plus intrusive, de laquelle découle le risque que le superviseur « usurpe » la responsabilité et l'autorité du supervisé.

Les trois méthodes présentées ci-dessus sont de nature plus intrusive que les trois suivantes, c'est-à-dire l'utilisation du téléphone et la pause consultation (*Phone-Ins and consultation break*), l'utilisation de l'oreillette (*Bug-in-the-Ear*) et l'utilisation de l'ordinateur et de la télévision interactive (*Computer and Interactive Television*). L'utilisation du téléphone semble la méthode la plus couramment utilisée et permet au superviseur d'apporter les ajustements en cours d'intervention sans s'introduire dans la pièce (Bernard et Goodyear, 2009). L'efficacité clinique de cette méthode demeure peu documentée et la plupart des études sur le sujet portent sur la perception des personnes impliquées dans la démarche de supervision. Par exemple, Mausey et Erdman (1997) ont effectué une étude qualitative phénoménologique pour mieux comprendre la perception de huit étudiants de niveau universitaire face à leurs expériences vécues par rapport à des sessions de supervision en direct. Pour résumer une partie de ces résultats, il semble que les interventions à l'aide du téléphone étaient généralement perçues de façon positive par les supervisés. Ces derniers indiquent notamment que l'appel du superviseur était accueilli favorablement lorsque

survenait une situation qu'ils n'arrivaient pas à gérer ou lorsqu'ils étaient bloqués et ne savaient plus comment orienter l'intervention. Ils indiquent également avoir trouvé utiles les interventions du superviseur lorsque le flux d'information était ouvert et que le message était discret, uniformément espacé, clair et réfléchi (Mausey et Erdman, 1997). Dans cette étude, l'utilisation du téléphone a été perçue par les supervisés comme étant bénéfique, tant pour eux que pour les clients. Par exemple, lorsqu'ils rencontraient des épisodes difficiles en cours de session, l'utilisation du téléphone était perçue comme une opportunité d'obtenir de l'assistance. Par ailleurs, les interventions étaient perçues plus négativement par les supervisés lorsqu'elles interrompaient de façon abrupte le cours de l'intervention, lorsqu'il y avait trop d'informations dans le message transmis par le superviseur et lorsqu'elles étaient trop nombreuses ou trop rigides. En outre, lorsqu'un message visant à changer la direction de la rencontre était formulé comme un ordre plutôt que comme une suggestion, ce dernier entraînait davantage de la confusion, de la frustration et de la colère chez le supervisé. En somme, de façon générale, les résultats de l'étude de Mausey et Erdman (1997) font ressortir que les interventions à l'aide du téléphone ont été perçues par les participants comme étant plus aidantes que dérangeantes.

Par ailleurs, Haley (1987), qui fait partie des pionniers dans l'utilisation de cette démarche de supervision en direct, souligne que les directives à l'aide du téléphone doivent être brèves, concises et orientées vers l'action. Cette méthode de communication doit également être utilisée de façon conservatrice, c'est-à-dire que le nombre d'appels doit demeurer limité. Wright (1986) pour sa part précise que ce nombre d'appels ne devrait pas dépasser cinq par session et que le premier appel devrait s'effectuer après les dix premières minutes de l'intervention. Enfin, les résultats de l'étude de Wong (1997) rapportent également que l'utilisation trop fréquente du téléphone, surtout au stade avancé de la formation, est perçue plus négativement par les supervisés.

La pause consultation pour sa part implique que le supervisé quitte la salle d'intervention et rejoigne le superviseur derrière le miroir sans tain (Bernard et Goodyear, 2009). Elle peut être utilisée si le supervisé désire obtenir des clarifications sur certaines interventions qui lui ont été demandées. Elle peut aussi être l'initiative du superviseur qui juge, à titre d'exemple, que le supervisé a besoin d'explications face à certaines interventions qui lui ont été

demandées et qu'il n'a pas appliquées. La pause consultation est également parfois planifiée dans l'intervention et vise à déterminer les commentaires et les tâches que le supervisé transmettra au client pour conclure la session (Bernard et Goodyear, 2009).

L'utilisation de l'oreillette est plus discrète que les précédentes méthodes et présente en ce sens des avantages considérables (Bernard et Goodyear, 2009). Elle permet notamment au superviseur de faire des ajustements mineurs sans interrompre la séance, et sans que le client soit conscient de l'intervention. Elle permet également au superviseur de faire du renforcement auprès du praticien. Parmi les inconvénients pouvant découler de l'utilisation de cette méthode, on note entre autres le risque qu'elle soit surutilisée par le superviseur et qu'elle devienne une distraction pour le praticien. L'oreillette peut également engendrer une dépendance de la part du praticien (Bernard et Goodyear, 2009). Pour réduire les effets négatifs potentiels liés à l'utilisation de cette méthode de communication, Cohn (1973) fait certaines recommandations. Il précise par exemple que le supervisé doit connaître les objectifs des étapes du processus d'intervention, que les messages transmis par le superviseur doivent être clairs, concis et précis et que les commentaires, questions et suggestions effectués par le superviseur doivent être restreints au processus et aux techniques relatives à l'intervention. Par ailleurs, concernant les interventions effectuées par le superviseur au cours de la rencontre clinique, Liddle et Schwartz (1983) proposent quatre questions que ce dernier devrait se poser, à savoir : (i) quelle serait la conséquence si l'intervention n'était pas effectuée ? (ii) quelle est la probabilité que le praticien fasse l'intervention lui-même s'il lui laisse un peu de temps ? (iii) est-ce que le praticien est en mesure d'appliquer l'intervention à ce moment-ci ? et (iv) est-ce que l'intervention risque d'induire une dépendance de la part du supervisé ?

Enfin, une méthode plus récente est l'utilisation de l'ordinateur et de la télévision interactive qui permet au superviseur d'observer la rencontre et de faire part de ses commentaires par l'entremise de l'ordinateur (Bernard et Goodyear, 2009). En résumé, plutôt que de communiquer à l'aide d'un téléphone ou de l'oreillette, les suggestions du superviseur sont inscrites sur l'ordinateur et peuvent être lues par le supervisé sur un écran. Parmi les avantages de cette méthode de communication, notons qu'elle permet au supervisé de choisir le moment le plus approprié pour lire le message. Ainsi, ce dernier est moins distrait par les interventions du superviseur (Bernard et Goodyear, 2009). Cette méthode permet également

au supervisé de garder une trace des rétroactions du superviseur et de les consulter ultérieurement au besoin (Bernard et Goodyear, 2009).

La deuxième approche de supervision clinique en direct implique que le superviseur se trouve dans la même pièce que le praticien. Certains auteurs utilisent le terme de supervision participante (Evans, 1987; Falke *et al.*, 2015; McGee et Burton, 1998; Rosenberg *et al.*, 1968). Dans un article qui décrit l'expérience d'un superviseur et de trois supervisés dans le cadre d'une démarche d'apprentissage de la thérapie conjugale et familiale, Falke *et al.* (2015) font ressortir des avantages de cette approche de supervision en direct par rapport à la démarche avec le miroir sans tain. Les auteurs soulignent notamment que cette approche favorise la collégialité et réduit la position hiérarchique qui est souvent associée à l'utilisation du miroir sans tain. Les auteurs mentionnent également que la supervision participante permet au superviseur de faire des démonstrations des habiletés d'intervention requises (*modeling*) plutôt que de faire uniquement des suggestions ou de donner des directives. Certains défis sont également associés à cette approche de supervision. Par exemple, Falke *et al.* (2015) indiquent que le défi relatif à la répartition des responsabilités de chacune des parties dans l'intervention (*diffusion of responsibility*) peut découler d'un manque de préparation, laquelle est nécessaire pour déterminer les rôles et responsabilités de chacun. En outre, l'ambiance de collégialité qui est favorisée par la démarche de cothérapie (relation égalitaire) ne devrait pas faire oublier au supervisé que le cothérapeute est également le superviseur et qu'il est en position de pouvoir dans le contexte de formation.

Il existe peu de données empiriques permettant de confirmer l'efficacité de la supervision clinique en direct sur l'amélioration des patients qui sont traités dans un tel contexte. Par exemple, les résultats de l'étude de Bartle-Haring *et al.* (2009) ont montré que des thérapeutes ayant traité des clients (individus, couples et familles) dans un contexte de supervision clinique en direct percevaient davantage une progression dans la situation du client-famille. De plus, cette perception de la progression du client-famille augmente avec le nombre de sessions de supervision clinique en direct effectuées pour le même cas. Cependant, la perception du progrès par les clients eux-mêmes n'était pas supérieure à ceux ayant reçu une intervention sans supervision clinique en direct. Il importe de noter que dans cette étude les thérapeutes choisissaient eux-mêmes les cas pour lesquels ils désiraient une

supervision clinique en direct. Les cas (client-famille) qui avaient une perception plus grave (*most dire*) de leur problème sont ceux pour lesquels les praticiens ont reçu le plus grand nombre de sessions sous supervision. Ce qui peut expliquer, selon les auteurs, que « *while their therapists were perceiving a great deal of progress, the client did not indicate that their situation were improving to the same degree.* » (p. 413) La difficulté de documenter l'efficacité de la supervision clinique en direct sur le changement des clients peut également s'expliquer par les différents facteurs qui sont reliés au changement, tel que documenté par Asay et Lambert (1999) : les facteurs liés au client (ressources), les facteurs relationnels (relation thérapeutique), l'espoir et les attentes, et enfin, les facteurs propres au modèle et à la technique. Enfin, la différence entre le point de vue des clients et celui de l'intervenant est également un élément qui peut expliquer la difficulté à documenter l'efficacité de la supervision clinique en direct sur le changement des clients. À titre d'exemple, Duncan et Miller (2003) ont documenté l'effet d'interventions au miroir sans tain sur les familles dans le contexte d'interventions en thérapie familiale (pratique de la thérapie orientée par le client et guidée par les résultats). Une différence a été notée entre le point de vue des intervenants et celui des familles en regard des facteurs de la thérapie ayant mené au changement.

Par ailleurs, les études sur le sujet de la supervision clinique en direct portent surtout sur la perception des praticiens en relation avec l'expérience vécue et leur développement personnel et professionnel. Par exemple, dans le cadre d'une analyse qualitative, Saltzburg *et al.* (2010) se sont intéressés à la perception d'étudiants en travail social face à une démarche de supervision clinique en direct (avec utilisation du miroir sans tain et du téléphone) comme principale stratégie pédagogique dans un stage communautaire de thérapie familiale sur le terrain. Trois principaux thèmes ont émergé de leurs analyses. En résumé, le premier thème, *Bridging the Pedagogical Gap*, met en évidence l'utilité de la supervision clinique pour intégrer la théorie et la pratique et favoriser l'apprentissage dans l'action. Le deuxième thème, *Facilitators for Learning*, fait ressortir l'importance de la rétroaction en boucle (aller-retour entre rétroaction et pratique) et des interventions en direct (*call-in*) pour favoriser l'apprentissage. Ce deuxième thème inclut également le sentiment de sécurité, la réduction de l'anxiété et l'amélioration du niveau de confiance reliés à l'observation en direct par leur superviseur. Il est intéressant de noter dans les résultats de cette étude que la présence derrière le miroir d'autres étudiants (*team supervision*) a

également été perçue par les étudiants comme un élément favorisant l'apprentissage, notamment en offrant un climat de transparence face à la démarche de supervision et en permettant aux étudiants de participer aux discussions et d'ainsi comprendre les raisons de certaines interventions. Enfin, le troisième thème, *Building Capacity for Entering the Workforce*, reflète l'effet favorable de la supervision clinique en direct sur le niveau de confiance des étudiants à intégrer les apprentissages dans leur futur travail clinique.

Dans une étude qualitative effectuée auprès de cinq superviseurs et de cinq supervisés dans le cadre d'une formation offerte à des thérapeutes (supervisés) dans un programme doctoral en thérapie conjugale et familiale, Wark (1995) a analysé les différents « incidents critiques » rapportés par ces deux parties. L'objectif était de distinguer ceux ayant un effet positif de ceux ayant un effet négatif sur le développement des habiletés du supervisé. Le point de vue des supervisés et des superviseurs autour de ces deux grandes questions a été obtenu à l'aide d'entrevues semi-dirigées menées immédiatement après chacune des trois rencontres cliniques effectuées par chaque paire (supervisé/superviseur). En résumé, les résultats mettent en relief que les superviseurs et les supervisés ont perçu les instructions et le soutien offert par les superviseurs comme des incidents ayant facilité le développement des supervisés. Par ailleurs, d'autres incidents ont été rapportés comme positifs, notamment « *when the supervisee was able to learn new skills; changes took place in perceptions, theoretical conceptualization or methods.* » (Wark, 1995, p. 152) et le fait que les interventions des superviseurs soient en relation avec l'orientation de la rencontre ou avec le modèle utilisé par le supervisé (c.-à-d. son propre style). À l'inverse, le fait que « *the supervisor attempted to provide supervision outside of the therapist's orientation* » (Wark, 1995, p. 156) a été perçu négativement par les supervisés. Aucun incident critique n'a été rapporté par les superviseurs en relation avec ce thème. Cette particularité des résultats met en lumière le questionnement entourant l'espace à accorder au supervisé par opposition au respect de la position hiérarchique entre le superviseur et le supervisé dans un contexte de supervision clinique en direct. Les auteurs soulèvent certaines questions concernant la détermination du territoire du supervisé et du superviseur dans l'intervention :

At what line of demarcation does the supervisor's territory begin and end? If clients are not being harmed, yet therapy does not seem to be progressing, when does the supervisor intervene? [...] How does the supervisor pay attention to the

growth needs of the supervisee without neglecting his/her responsibility to clients? (Wark, 1995, p. 158)

Il importe de noter que la supervision clinique en direct peut aussi présenter certains inconvénients, notamment l'anxiété ressentie par un supervisé relativement à l'observation par un superviseur en contexte réel d'intervention (Andrews et Harris, 2017; Luann, 1994; Mausey et Erdman, 1997; Wong, 1997). Cette anxiété semble présente surtout lors des premières sessions de supervision et diminue au fur et à mesure que les habiletés du supervisé s'améliorent et qu'il prend confiance en lui (Andrews et Harris, 2017; Mausey et Erdman, 1997). S'appuyant sur une revue de la littérature, Luann (1994) propose quelques lignes directrices permettant de réduire le niveau d'anxiété occasionné par cette démarche. Dans ses suggestions, on retrouve (i) négocier un contrat dans lequel sont définis les rôles, attentes et responsabilités des deux parties, les objectifs de la démarche ainsi que les méthodes utilisées ; (ii) adapter les méthodes utilisées en fonction du stade de développement du supervisé (premières sessions versus dernières sessions) ; (iii) adresser directement les sentiments d'anxiété et de peur que vit le supervisé ; (iv) développer une relation de collaboration ; (v) mettre l'accent sur une évaluation positive ; et (vi) encourager l'indépendance (comme objectif de la démarche de la supervision, et non comme méthode). Un autre inconvénient potentiel de ce type de supervision est soulevé par Montalvo (1973) et concerne le risque que le supervisé développe peu d'initiative et de créativité en reproduisant essentiellement les directives du superviseur (robotisation). Enfin, l'investissement en termes de temps et de ressources matérielles requises (ex. : miroir sans tain) pour ce type de supervision peut représenter des contraintes à son utilisation (Bernard et Goodyear, 2009).

1.3.2 Supervision clinique en direct en physiothérapie

Dans le domaine de la physiothérapie plus précisément, quelques auteurs se sont également intéressés à la supervision clinique dans le contexte de stage d'intégration en milieu clinique. Par exemple, à la suite d'une étude qualitative (ethnométhodologie) effectuée auprès de 32 étudiants en physiothérapie pendant leur période de stage en milieu de travail, Lähteenmäki (2005) a pu distinguer deux approches de supervision utilisées par les superviseurs, soit une approche « conventionnelle » et une approche « transformative ». L'auteure distingue subséquemment deux modèles de supervision, soit « *A model of students' responses to the*

conventional approach to supervision » et le second qu'elle présente comme « *A reflective training process for transforming physiotherapy* ». Ce dernier, comme son nom l'indique, considère les connaissances et expériences antérieures du stagiaire et met l'accent sur la démarche réflexive des apprenants tout au long de leur démarche d'apprentissage. Ce modèle met en évidence les rôles des étudiants supervisés et des superviseurs à différentes étapes de la démarche qui s'inscrit dans un processus circulaire où alternent l'expérience (qui inclut l'observation du superviseur par le stagiaire avant de passer à l'action), la réflexion sur l'intervention passée (étape qui est favorisée lorsque le superviseur aide le stagiaire à identifier les raisons derrière ses actions et par l'accompagnement qui suscite des émotions positives), la réflexion sur le futur (qui est favorisée par une planification écrite) et la réflexion sur l'action pendant le déroulement de l'intervention (favorisée par la présence et la disponibilité du superviseur pour intervenir ou donner des directives au besoin ainsi que par la qualité de la relation). À chacune de ces étapes sont expliquées les actions du superviseur qui incluent notamment l'aide pour clarifier certaines situations, la rétroaction, les questions qui favorisent la réflexion, les conseils et directives, et la création d'une atmosphère favorable à l'apprentissage. Les résultats de son étude ont mené l'auteure à proposer la définition suivante de la supervision clinique dans le contexte de formation clinique des physiothérapeutes :

Supervision on placements is focused on providing students with individual support in what they currently need in order to improve their therapeutic skills. It is about transferring and applying knowledge and facilitating reflective and evidence-based practice. Supervision implemented in this way also activates the supervisor's reflective skills. (p. 27)

Dans le cadre d'un projet de recherche et développement, Laitinen-Väänänen *et al.* (2007) se sont pour leur part plus particulièrement intéressés à la relation entre superviseur et étudiants en physiothérapie dans le contexte de supervision clinique. Dans une étude qualitative effectuée à partir d'interventions cliniques réelles sous supervision ayant été filmées, les auteurs ont fait ressortir trois discours de supervision utilisés. Le discours est défini par les auteurs « *as a way of interacting, where the encounters between the participants differed in terms of teaching physiotherapy practice, making space for student participation, and involving students in patient treatment.* » (p. 98) La première catégorie de discours consiste à « diriger l'interaction ». Cette catégorie est identifiée par des extraits de

l'interaction dans lesquels le superviseur clinique mène activement le déroulement de l'intervention par ses instructions avec ou sans participation des étudiants dans la prise de décision et en faisant des démonstrations. Une autre catégorie de discours consiste à faire une place limitée pour l'étudiant. Ce type de discours se distingue dans les extraits où le superviseur clinique laisse de l'espace à l'étudiant pour appliquer ses propres idées et répéter certaines manœuvres, prenant par le fait même, moins d'espace pour lui-même. Enfin, le troisième type de discours consiste à encourager la participation de l'étudiant. Dans ce type de discours, le superviseur clinique encourage l'étudiant à s'impliquer dans la prise de décision concernant le traitement et à exprimer ses idées. Ce dernier type de discours favorise davantage la pratique réflexive pour l'étudiant selon les auteurs. Plusieurs facteurs déterminent cependant l'utilisation de l'un ou l'autre de ces discours de supervision utilisés parfois en alternance par un même superviseur au cours d'une rencontre. La contrainte relative au délai d'intervention dans certaines situations en est un exemple.

Enfin, plus précisément en relation avec la formation continue dans le domaine de la douleur chronique, nous avons présenté dans la sous-section précédente deux études ayant documenté l'impact d'une formation incluant une démarche de supervision clinique en direct (Synnott *et al.*, 2016) ou une session de cothérapie en milieu clinique (Cleland *et al.*, 2009). Ces deux études sont les seules qui aient été recensées dans ce secteur d'activités. Les résultats qui y sont présentés permettent de percevoir l'utilité de la supervision clinique en direct dans l'apprentissage des praticiens.

1.4 Synthèse de la problématique

La douleur chronique est un phénomène complexe qui s'appuie sur une causalité multidimensionnelle et circulaire (c.-à-d. interactionnelle). Malgré les avancées de la recherche scientifique relatives à la compréhension du phénomène de la douleur chronique, les interventions en milieu clinique, notamment en physiothérapie, s'appuient encore davantage sur un modèle biomédical, ce qui ne cadre pas avec les lignes directrices actuelles. Le manque de formation des praticiens ainsi que leurs attitudes et leurs croyances face à leur rôle, aux besoins et aux attentes des clients représentent d'importantes contraintes relativement à l'efficacité de la prise en charge de la douleur chronique. Ces croyances et ces attitudes sont

façonnées par la culture et les expériences des professionnels de la santé, qui sont influencées notamment par leur formation initiale et la prédominance du modèle biomédical dans le milieu de la santé.

Les contenus de formation pour les professionnels de la physiothérapie doivent cibler l'acquisition de connaissances plus actuelles en neurophysiologie et en biomécanique, l'acquisition de nouvelles habiletés ainsi qu'un changement de représentations concernant la douleur chronique et leur rôle en tant qu'intervenants. Une reconnaissance générale que le modèle biopsychosocial doit être priorisé dans le traitement de la douleur chronique ne semble pas être suffisant pour en intégrer l'utilisation dans la pratique clinique. Les stratégies de transfert des connaissances ne semblent pas être suffisantes pour combler l'écart entre les connaissances scientifiques et la pratique clinique. En somme, d'une part, le « quoi » et le « pourquoi » en relation avec les contenus de formation dans ce secteur d'activités sont assez bien identifiés. D'autre part, il reste encore beaucoup de questionnements sur le « comment » former les professionnels de la santé pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. Dans ce sens, l'utilisation d'une recherche qualitative qui vise à faire émerger une nouvelle compréhension de la situation à l'étude s'avère une contribution originale dans ce secteur d'activité.

Par ailleurs, l'intervention stratégique s'appuie sur une perspective interactionnelle qui est cohérente avec les besoins dans le traitement de la douleur chronique (modèle biopsychosocial et perspective systémique) et propose une démarche stratégique qui favorise la collaboration du client et un traitement dans une période de temps courte favorisant l'autonomie du client. De plus, cette démarche d'intervention, adaptée au traitement de la douleur chronique, intègre un contenu qui s'appuie sur les bases neuroscientifiques et biomécaniques et qui est mis à jour régulièrement à partir des plus récentes connaissances dans le domaine. Enfin, la formation à l'ISDC se distingue par une démarche en plusieurs étapes intégrant une supervision clinique en direct dans le contexte d'une intervention auprès de clients réels, ce qui permet aux praticiens de mettre en pratique les différents éléments de la démarche d'intervention dans un contexte d'apprentissage expérientiel. Aucune formation de ce genre n'a encore été documentée à notre connaissance au Canada pour la formation dans le domaine de la douleur chronique. Considérant l'importance reconnue de la

supervision clinique en direct dans les formations en santé, son utilisation pour la formation continue dans le contexte actuel (changement d'un modèle biomédical à un modèle biopsychosocial) s'avère une alternative intéressante.

Le chapitre suivant présente les différentes composantes du cadre conceptuel qui a guidé l'analyse des données ainsi que la question et les objectifs de recherche suivis de la pertinence de l'étude.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Il s'agit d'abord de comprendre que la connaissance, c'est-à-dire ce qui est « connu », ne peut être le résultat d'une réception passive, mais constitue au contraire le produit de l'activité d'un sujet. (Watzlawick, 1988, p. 34)

Comme il a été mentionné dans la problématique, la pertinence de documenter la formation à l'ISDC repose sur deux principaux éléments : (i) elle vise l'intégration d'une intervention qui s'appuie sur des représentations différentes de la prise en charge de la douleur chronique, des représentations qui s'harmonisent avec les besoins reconnus dans ce secteur d'activités ; et (ii) elle se distingue dans sa forme par l'utilisation de la supervision clinique en direct en contexte d'intervention réel. Ainsi, pour introduire et justifier les différentes méthodes de collecte et d'analyse des données, les éléments de références qui ont servi de cadre à notre démarche sont ici présentés. Ce deuxième chapitre débute donc avec une brève explication de la posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse. Dans la deuxième section sont présentés les différents éléments du cadre conceptuel qui ont servi de références pour guider la démarche d'analyse et d'interprétation des résultats. Et enfin, dans la troisième section sont présentés la question et les objectifs de recherche.

2.1 Posture épistémologique de la chercheuse : une conception de l'apprentissage comme processus interactionnel de coconstruction

Selon Goffman (1973), l'interaction représente « l'influence réciproque que des individus peuvent exercer sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique les uns des autres, et lorsque se dessinent des enjeux pratiques qui nécessitent des ajustements et des processus de coopération » (p. 23). S'intéressant plus spécifiquement au processus interactionnel en situation d'éducation, Filliettaz et Schubauer-Leoni (2008) mettent l'accent sur le caractère collectif et contextualisé de l'interaction et précisent qu'elle « ne se réduit pas à une situation de coprésence entre acteurs mais implique nécessairement une orientation vers des enjeux partagés et distribués parmi les participants » (p. 12). Ici, les auteurs délaissent la conception « binaire » du processus interactionnel (enseignant/apprenant ou

enseignement/apprentissage) pour l'aborder davantage à partir d'une conception « ternaire », c'est-à-dire qui inclut le rapport des interactants avec les objets de savoir.

Ces auteurs distinguent le processus interactionnel en trois grandes dimensions. La première, la dimension interpersonnelle réfère au rôle de chacun des interactants l'un par rapport à l'autre et, aussi, chacun par rapport à l'objet d'apprentissage et à leur relation dans un contexte donné. Ensuite, la sémiotique réfère à l'utilisation de signes, verbaux et non verbaux, qui sont utilisés pour transmettre un message. Notons que la communication verbale informe davantage sur le contenu du message alors que la communication non verbale fournit des informations surtout sur la dimension interpersonnelle (Watzlawick *et al.*, 1972). Enfin, la dimension sociohistorique réfère à la réalité personnelle, sociale et culturelle de chacune des personnes en interaction, une réalité qui se construit et qui s'exprime par le langage. En d'autres termes, le langage représente le sens qu'un individu va donner à un mot, une expression, un comportement, et qui est influencé par la culture, l'expérience, l'environnement, etc. (Vygotski, 1934/1985). Ajoutons que ces trois dimensions ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, mais qu'elles s'articulent plutôt pour définir l'interaction. En outre, Filliettaz et Schubauer-Leoni (2008) mettent également l'accent sur le rôle actif de l'apprenant dans son apprentissage et ils soulignent que la pratique constitue un aspect incontournable de l'apprentissage.

Par ailleurs, la pédagogie basée sur des approches comportementalistes, priorisée pendant la majorité du XX^e siècle, fait maintenant place aux paradigmes constructiviste et socioconstructiviste, qui proposent un cadre de référence basé sur la construction de la connaissance plutôt que sur sa transmission (Jonnaert, 2009). Plus précisément dans le domaine de l'éducation de l'adulte, la recherche accorde désormais un intérêt grandissant au caractère développemental de l'apprentissage. Par exemple, certains chercheurs dans ce domaine d'activité ont orienté leurs recherches vers le lien entre apprentissage et développement personnel chez l'adulte, à l'intérieur du sens que ce dernier accorde à l'expérience vécue (Danis, 1998). Entre autres, parmi les études faisant partie de l'analyse de Danis (1998), certaines données provenant de recherches empiriques mettent en évidence l'importance du système personnel de croyances de l'adulte, de ses valeurs, de ses normes et de ses attentes dans son processus d'apprentissage et de développement. Pour résumer en

quelques mots la position de Danis et Solar (1998), le lien bidirectionnel entre apprentissage et développement de l'adulte — au niveau personnel, cognitif, métacognitif et professionnel — se veut un processus continu circulaire de déconstruction et reconstruction, et chaque expérience est interprétée à partir de la structure de signification de l'adulte, cette dernière déterminant si l'expérience sera assimilée ou rejetée (apprentissage signifiant). Plus précisément, pour Merriam et Clark (1991), l'apprentissage

est, avant tout, un processus qui requiert attention et réflexion de la part de l'adulte par rapport à une expérience donnée et qui conduit à un changement, chez cet adulte, par rapport à ses comportements, attitudes, habiletés ou encore par rapport à ses connaissances ou à ses propres croyances. (Danis, 1998, p. 38)

Hager et Hodkinson (2009) pour leur part proposent une catégorisation des principales conceptions de l'apprentissage qu'ils ont répertoriées dans la littérature et ils distinguent notamment « la lentille conceptuelle de l'apprentissage en tant que transformation ou reconstruction » (p. 628, traduction libre). De ce point de vue, dans le même sens que Danis (1998) et Danis et Solar (1998), l'apprentissage est un processus continu, et non pas un objectif à atteindre ou une activité qui a un début et une fin, puisque l'apprenant continue à se développer (se transformer) au-delà des formations qu'il suit. Une première variante de cette conception stipule que l'apprenant bâtit sur son expérience, ses aptitudes, ses connaissances, ses habiletés et ses compétences actuelles. En d'autres termes, l'apprentissage se construit « *as a bricks are added to an existing wall* ». (Hager et Hodkinson, p. 628) Cette conception implique que le contexte influence l'apprentissage de façon unidirectionnelle, c'est-à-dire que « *the individual change, but the context remains the same* » (Hager et Hodkinson, p. 628).

Une seconde variante pour sa part ajoute que l'apprentissage n'est pas relié seulement à la construction de nouvelles connaissances par l'individu, mais implique également un changement dans le système, qui est composé de l'apprenant, de l'objet d'apprentissage et du contexte. Cette seconde variante repose sur les trois hypothèses suivantes : « (a) *The learner is an integral part of the learning, and sometimes of what is learnt.* b) *Learning is an evolving process that includes the learner evolving.* c) *Learning involves emergence of novelty as new understandings and/or new contexts are formed.* » (Hager et Hodkinson, p. 629). Selon cette conception, l'apprentissage ne peut être séparé de son contexte, les deux

s'influençant mutuellement. D'une part, l'apprentissage est façonné par le contexte, et, d'autre part « *learning is transactional in that it changes both the learner and the context, viewed both widely and narrowly.* » (Hager et Hodkinson, p. 631).

Une perspective interactionnelle comme conception de l'apprentissage implique non seulement d'inclure dans l'objet d'étude tous les individus impliqués dans le processus, mais également de mettre l'accent sur l'interaction entre les individus à l'intérieur d'un contexte donné comme objet de collecte et d'analyse des données.

Le cadre conceptuel de cette recherche intègre également deux composantes qui sont en étroite relation l'une avec l'autre. Il s'agit de l'apprentissage dans l'action et sur l'action selon Argyris et Schön (Argyris et Schön, 1974; Schön, 1983, 1987) et de la structure des Modèles d'action proposée par Bourassa *et al.* (1999).

2.2 L'apprentissage expérientiel selon Schön

En prolongement des travaux de John Dewey (1859-1952) et de Kurt Lewin (1890-1947) qui sont à l'origine du courant de la science action et de l'approche réflexive, c'est par Chris Argyris et Donald Schön (Schön, 1983) que les concepts de réflexion dans l'action et sur l'action ont été développés. Échelonnés sur une période de plus de quinze ans, leurs différents travaux ont porté sur la relation entre le savoir scientifique et l'action professionnelle d'un praticien, en mettant l'accent notamment sur l'écart entre les deux et sur la façon de les réunir.

Schön (1983, 1987) est reconnu pour ses réflexions philosophiques concernant le modèle de la rationalité technique dans la pratique professionnelle et ses arguments qui remettent en question l'efficacité de ce modèle. En résumé, le modèle de la rationalité technique réfère à l'application des connaissances théoriques et techniques, qui découlent des résultats de recherches scientifiques, à la résolution de problèmes. L'auteur met l'accent sur les limites de ce modèle dans les situations qui sont complexes, contextualisées et où plusieurs variables sont à considérer, donc des cas uniques, complexes et imprévisibles, puisque dans ce genre de situations, le rôle du praticien ne consiste plus seulement à résoudre un problème (*problem solving*). Ce rôle consiste d'abord à problématiser la situation (*problem setting*), à faire des

hypothèses concernant la meilleure intervention à effectuer et à expérimenter l'intervention retenue pour en évaluer les résultats. Ainsi, Schön propose une nouvelle épistémologie de la pratique qui s'appuie sur le principe que « *when someone reflects-in-action, he becomes a researcher in the practice context. He is not dependent on the categories or established theory and technique, but constructs a new theory of the unique case* » (Schön, 1983, p. 68). Cet auteur a également introduit le concept du « *Reflexive practitioner* » qui réfère à la capacité du praticien à effectuer une conversation réflexive avec la situation (Schön, 1983).

2.2.1 Les théories de l'action

Argyris et Schön (Argyris, 2003; Schön, 1983, 1987; Schön et Argyris, 1974), reconnus pour leur contribution à la théorie de la pratique réflexive, se sont intéressés spécifiquement à l'apprentissage de praticiens en contexte de pratique professionnelle. Ils mentionnent que les expériences des individus et les connaissances qu'elles leur ont permis d'apprendre guident leurs actions. Ils avancent que les professionnels ont beaucoup plus de connaissances qu'ils croient et qu'ils disent qu'ils ont. Ces connaissances se manifestent dans leurs actions (*knowing-in-action*) et façonnent leur théorie de l'action (*theory-in-action*). Chaque individu a plusieurs théories de l'action, une pour chacune des situations auxquelles il est confronté. Les théories de l'action sont des savoirs tacites qui permettent d'agir au quotidien en fonction des différentes situations rencontrées. Ces dernières s'apprennent de la même façon qu'on développe une habileté, c'est-à-dire par la pratique.

Argyris et Schön (Argyris, 2003; Schön, 1983, 1987; Schön et Argyris, 1974) distinguent deux types de théories de l'action. La première, la théorie professée (*espoused theory of action*) réfère à ce que les gens communiquent, ce qu'ils disent qu'ils font ou qu'ils doivent faire. La seconde, la théorie pratiquée, ou théorie d'usage (*theory-in-use*) est celle qui est vraiment appliquée dans l'action. Les théories d'usage représentent les principes directeurs qui gouvernent nos actions (*governing variables*), c'est dans l'action du praticien, dans le monde comportemental, qu'on peut les inférer : « *Human behavior, however, is directly influenced by our actions and therefore by our theories of action. The behavioral world is an artifact of our theories-in-use.* » (Argyris et Schön, 1974, p. 17). La théorie professée et la théorie d'usage sont parfois cohérentes, mais ce n'est pas toujours le cas. Donc, parce

qu'une personne ne fait pas nécessairement ce qu'elle dit ou ce qu'elle pense qu'elle fait, on ne peut pas connaître la théorie d'usage d'une personne seulement en le lui demandant ; celle-ci doit être déduite des comportements de la personne ou d'une explicitation par la personne. Argyris et Schön (1974) ont observé que dans la majorité des situations difficiles que rencontrent les professionnels, une incohérence subsiste entre les principes directeurs qu'ils évoquent (théorie professée) et les actions qu'ils posent (théorie d'usage), donc une différence entre ce qu'ils ont l'intention de faire, ou ce qu'ils croient qu'ils font, et ce qu'ils font réellement dans l'action.

2.2.2 L'apprentissage de simple boucle et l'apprentissage de double boucle

Les auteurs distinguent également deux types d'apprentissages sur l'action. Dans un processus d'apprentissage de simple boucle (*single loop learning*), le praticien remet en question ses stratégies, les modifie ou en acquiert de nouvelles, en se basant essentiellement sur les conséquences qui en découlent. En d'autres termes, si le résultat ne répond pas à ses attentes, il changera de stratégie en vue d'obtenir un autre résultat. Cependant, aucune réflexion n'est faite relativement aux principes directeurs (*governing variables*) qui guident ses actions (Argyris et Schön, 1974). Ainsi, le modèle de simple boucle permet seulement de modifier les stratégies d'intervention ou d'en acquérir de nouvelles. L'apprentissage de double boucle (*double loop learning*), par sa boucle de rétroaction entre les conséquences et les principes directeurs (*governing variables*), contrairement au modèle de simple boucle, permet de modifier les principes directeurs (ou théorie de l'action) qui guident les comportements du praticien et d'ajuster sa démarche d'apprentissage dans l'action lors de ses interventions futures.

2.2.3 L'apprentissage dans l'action et l'apprentissage sur l'action

Enfin, Argyris et Schön (Argyris, 2003; Schön, 1983, 1987; Schön et Argyris, 1974) distinguent deux objets d'apprentissage, soit l'apprentissage *dans l'action* et l'apprentissage *sur l'action*. L'apprentissage *dans l'action* représente le processus de réflexion spontané du praticien pendant qu'il intervient et il peut se faire de trois façons : par l'exploration (on pose

un geste pour voir ce qui arrivera, sans but précis), par test exploratoire (on pose une action délibérée en ayant un but précis en tête) et par la vérification d'une hypothèse.

Par ailleurs, Argyris et Schön (Argyris, 2003; Schön, 1983, 1987; Schön et Argyris, 1974) ont étudié les théories qui guident les actions des praticiens. Leurs analyses ont porté spécifiquement sur l'efficacité des théories *d'usage* et leur influence sur les habiletés des praticiens à apprendre de leurs propres comportements. Ces travaux leur ont permis de distinguer deux grands modèles d'action personnels et interpersonnels. Le premier modèle est celui qui est le plus communément utilisé par les praticiens étudiés, ce que ces auteurs appellent le modèle I. L'utilisation de ce modèle découle de principes directeurs basés sur l'atteinte d'une finalité définie par le praticien (contrôle unilatéral de l'environnement), la victoire (maximiser les gains et minimiser les pertes), l'évitement de sentiments négatifs et le comportement rationnel. Pour expliquer leurs stratégies, les professionnels qui utilisent le modèle I d'action réfèrent à leurs théories professées, celles qu'ils ont apprises au fil des années, sans prendre conscience de principes directeurs qui guident vraiment leurs actions (théories d'usage). Des relations interpersonnelles basées sur la défensive constituent une conséquence importante de l'utilisation de ce modèle. Cette réaction évite à un individu (ou à une organisation) d'être confronté à l'embarras et à la menace, ce qui l'empêche par le fait même d'en identifier les causes, avec pour autres conséquences un apprentissage limité (apprentissage de simple boucle) et une diminution de l'efficacité des stratégies (Argyris, 2003; Argyris et Schön, 1974).

À l'inverse du modèle I, le modèle II d'interaction repose sur les principes directeurs suivants : un partage d'informations valides entre les parties (informations basées sur des faits observables plutôt que sur des suppositions ou attributions), des choix libres et éclairés et l'engagement personnel de chacune des parties dans la réalisation de ces choix, dans ce sens où l'objectif de l'intervention (ou de l'action) doit être déterminé selon un consensus entre le formateur et son client, et non seulement en fonction de l'une ou l'autre des parties (Argyris et Schön, 1974). Ce modèle favorise un processus de réflexion réciproque.

L'apprentissage *sur l'action* pour sa part est un processus de réflexion analytique sur la situation vécue afin d'identifier le mode d'apprentissage utilisé. Cette deuxième façon d'apprendre s'effectue à l'aide d'une réflexion sur l'action et nécessite un recul de la part du

praticien. Cependant, lorsqu'un praticien effectue seul cette démarche de réflexion sur l'action, il risque de persister à effectuer cette réflexion à partir de ses principes directeurs actuels, donc à rester coincé dans un apprentissage de simple boucle, puisque ces principes directeurs sont implicites et fortement enracinés dans son action. Cette démarche contribue ainsi à entretenir le problème. Cette réflexion sur l'action peut être facilitée par l'accompagnement d'une ou d'autres personnes extérieures au problème et avec des compétences pour accompagner une personne dans le changement (Argyris, 2003; Bourassa *et al.*, 1999). L'apprentissage sur l'action avec l'aide d'une tierce personne (coach, superviseur) est favorisé par le modèle II d'interaction. Selon Schön (1983), il existe différentes méthodes pour aider les professionnels à réfléchir sur leurs théories de l'action pour les changer. Dans un ouvrage intitulé *Educating the Reflective Practitioner* (Schön, 1987), l'auteur présente certains éléments favorisant le *processus de réflexion réciproque* à partir d'observations effectuées dans différents contextes d'apprentissage. Il distingue, d'une part, trois tâches importantes d'un « *coach* » en contexte de formation qui sont d'identifier et de régler les problèmes liés à la performance, d'adapter les explications et les démonstrations selon les besoins des étudiants et de créer un environnement propice à l'apprentissage. D'autre part, il soulève l'importance pour l'apprenant d'avoir une attitude d'ouverture et d'être disposé à s'engager dans une telle démarche. L'interaction entre les différents facteurs reliés aux formateurs et au supervisé favorise la création d'un système d'apprentissage.

Il importe de noter qu'avant d'aider un praticien à modifier une théorie de l'action existante, ou à apprendre une nouvelle théorie de l'action, il faut d'abord connaître cette théorie ainsi que les principes directeurs (*governing variables*) sous-jacents. Et comme mentionné précédemment, il existe souvent une divergence entre la théorie professée et la théorie d'usage. Ainsi, interroger le praticien n'est pas suffisant. Parce que le monde comportemental est un *artefact* de nos théories de l'action, c'est à partir de l'observation ou de l'explicitation des interactions entre le professionnel et la situation qu'il est possible de connaître la théorie du professionnel. Enfin, pour dépasser les difficultés auxquelles est confronté un professionnel, il faut l'aider à transformer ses théories professées en théories d'usage, c'est-à-dire en connaissances tacites enracinées dans l'action, ce qui passe, selon les auteurs, par la réflexion et l'expérience.

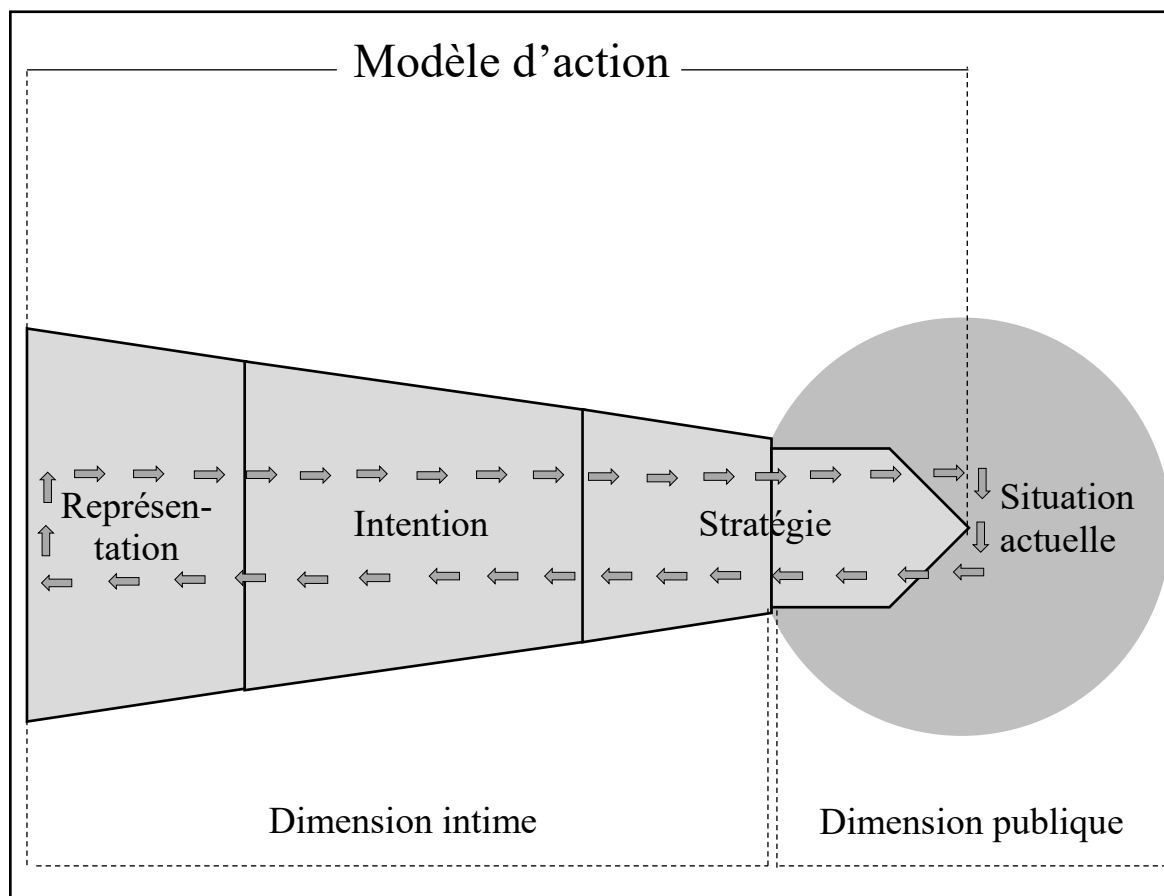
Parmi les auteurs québécois qui ont contribué à faire connaître et à enrichir les travaux d'Argyris et Schön, on retrouve Bourassa *et al.* (1999) qui ont conceptualisé les modèles d'action, qu'on peut concevoir comme l'interface entre les théories de l'action et la réalité dans laquelle sont appliquées les stratégies qui en découlent. Le concept de modèle d'action représente la deuxième composante de notre cadre conceptuel.

2.3 Les modèles d'action

Les modèles d'action se définissent comme «des habitudes conditionnées par des représentations de la réalité, des intentions et des stratégies récurrentes, élaborées à travers les années pour assurer le mieux possible l'adaptation et l'apprentissage » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 60). Comme l'illustre la Figure 2, trois composantes constituent un modèle d'action, soit la représentation, l'intention et la stratégie. La *représentation* de la réalité «est l'ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou à une situation » (Abric, 1993, p. 188). Pour Bourassa *et al.* (1999), les principaux éléments constitutifs qui sont inclus dans la représentation et qui « contribuent à la création et à la reproduction des modèles d'action » (p. 65) sont les interprétations, les émotions, les croyances et les valeurs ainsi que les attitudes. Plus précisément, les interprétations réfèrent à la dimension cognitive, c'est-à-dire le raisonnement (réflexion dans l'action) du praticien qui se fait à partir de ses expériences antérieures et des stimuli provenant de son environnement. Les émotions pour leur part sont influencées et influencent les interprétations du praticien. Ces dernières se manifestent « lorsqu'une situation survient et qu'elle contraste, soit positivement ou négativement, avec les attentes et la personne » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 67). Ainsi, reconnaître l'émotion permet d'accéder aux interprétations du praticien qui gouvernent son action. En outre, les croyances et les valeurs peuvent être vues comme « des conceptions que nous tenons pour vraies relativement à des objets, à des situations, à des relations, etc. » (Bourassa *et al.*, p. 68). Enfin, les attitudes déterminent la façon dont nous réagissons à une situation et elles sont influencées par nos croyances, nos valeurs et nos interprétations. En somme, la représentation nous informe sur les principes directeurs qui guident les actions des professionnels.

Pour sa part, l'*intention* est formulée à partir du sens donné à l'évènement (représentation). L'intention nous informe sur les effets visés avec l'action choisie, elle peut être vue comme l'interface entre les représentations et les actions qui en découlent. En effet, nos actions sont nécessairement intentionnelles et visent un effet sur nous et sur l'autre. En somme, l'intention détermine l'orientation de l'intervention et donc, le choix de la *stratégie*, qui est «l'aboutissement d'un traitement de l'information et des émotions qui se convertit en comportement observable » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 73).

Figure 2
Structure et dynamique d'un modèle d'action



Source : tiré de Bourassa *et al.* (1999, p. 61). Reproduit avec l'autorisation des Presses de l'Université du Québec (9 juillet 2018).

La Figure 2 permet également de constater que les trois constituants d'un modèle d'action sont répartis à l'intérieur de deux dimensions. La *dimension intime* réfère à la démarche

interne de la personne, du traitement de l'information au choix de la stratégie. Par ailleurs, c'est dans la *dimension publique* qu'on observe l'interaction entre l'apprenant et la situation. D'après le modèle, on constate qu'une partie de la stratégie appartient à la dimension intime, puisqu'elle fait l'objet d'un choix par l'intervenant. L'autre partie de la stratégie se retrouve dans la dimension publique, puisque les actions qui en découlent deviennent un fait public et sont soumises à l'appréciation des autres. Constamment, on donne un sens à ce qui arrive et c'est ce qui guide nos intentions et l'élaboration des stratégies que nous utilisons pour intervenir dans une situation donnée. En retour, les résultats obtenus à la suite de l'application de la stratégie vont influencer la représentation qu'on a de la situation. La flèche rétroactive à l'intérieur du modèle désigne l'influence entre chacune des composantes du modèle. Enfin, le passage du général au particulier dans le processus de décision, qui se concrétise par l'application d'une stratégie dans une situation particulière, est illustré par le rétrécissement du cône. Comme le soulignent Bourassa *et al.* (1999) : « ces modèles portent en eux les théories de l'action du praticien, ses savoirs d'expérience, qui se traduisent dans l'action par des façons de faire bien précises » (p. 58). Bien que les modèles d'action soient élaborés pour assurer l'adaptation et l'apprentissage, il arrive qu'un modèle d'action qui est efficace pour certaines situations s'avère inefficace pour une situation particulière.

Selon Bourassa *et al.* (1999), le principal problème d'inefficacité d'un modèle d'action peut être cerné par l'analyse des intentions. Les auteurs distinguent d'abord deux types d'intentions, soit l'intention professée et l'intention pratiquée. L'intention professée réfère à ce que la personne pense avoir voulu faire, alors que l'intention pratiquée réfère aux motivations qui ont véritablement guidé ses actions. Comme les théories de l'action, les intentions sont implicites et l'inefficacité d'un modèle d'action est souvent le résultat d'une incohérence entre les intentions et les stratégies, donc entre les intentions professées et les intentions pratiquées. À la suite de l'observation de nombreux cas rapportés par des praticiens, Bourassa *et al.* (1999) proposent une typologie des problèmes d'inefficacité qui découle de l'analyse des intentions. Le problème de type 1, « *l'émotivité l'emporte !* » se produit lorsqu'une forte émotion empêche le praticien d'agir comme il le voudrait. Le problème de type 2, « *l'irréalisme domine !* », découle d'une intention qui n'est pas réaliste dans une situation donnée. Enfin, le problème de type 3, « *l'écart trompe !* » s'explique par le fait que l'intention professée est différente de l'intention pratiquée, sans que le praticien n'en soit conscient. Il importe de noter que ces trois

types de problèmes ne sont pas exclusifs et qu'ils peuvent se retrouver tous les trois impliqués dans un problème d'inefficacité d'un modèle d'action.

Enfin, l'inefficacité persistante d'un modèle d'action, telle que perçue par un praticien ou une organisation, représente généralement l'élément déclencheur d'une remise en question et d'un changement (Bourassa *et al.*, 1999). Par ailleurs, un changement de nos modèles d'action implique une nouvelle représentation de la réalité pouvant être conçue comme un recadrage, qui consiste à

modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue, en la plaçant dans un autre cadre, qui correspond aussi bien, ou même mieux, « aux faits de cette situation » concrète, dont le sens, par conséquent, change complètement. (Watzlawick *et al.*, 1975, p. 116)

Ce genre de changement nécessite une réflexion non plus à l'intérieur de nos modèles d'action (réflexion sur nos actions, qui s'effectue à partir des mêmes cadres de référence), mais sur nos modèles d'action (sur les représentations et les intentions qui guident nos actions). Comme ces derniers sont tacites, l'aide d'une personne extérieure au problème est souvent nécessaire pour accompagner une telle démarche. Il est également à noter qu'un recadrage ne débute pas nécessairement par un changement au niveau des représentations. Dans une perspective circulaire entre les représentations et les comportements, agir différemment peut entraîner un changement au niveau des représentations (Nardone et Watzlawick, 1993; Watzlawick et Nardone, 2000; Watzlawick *et al.*, 1975). La réflexion sur les modèles d'action à partir d'approches logique et analogique, suivie des étapes d'expérimentation et d'évaluation, sont des composantes de la méthode élaborée par Bourassa *et al.* (1999) pour aider les praticiens à passer d'une situation d'inefficacité à une situation d'efficacité.

Ainsi, pour Bourassa *et al.* (1999), l'apprentissage ne se limite pas à un processus cognitif et implique également le système de croyances de l'apprenant, qui influence la façon dont ce dernier interprète les informations à partir desquelles il reconstruit ses connaissances. Les auteurs précisent que

les professionnels arrivent en formation avec un bagage de croyances et d'attitudes issues de leurs diverses expériences et de leurs convictions personnelles. Ces croyances ont non seulement un effet sur l'acceptation des connaissances présentées par un formateur, mais aussi sur la réceptivité à

des idées et à des commentaires exprimés par d'autres participants au cours d'une session de formation. (Bourassa *et al.*, 1999, p. 22)

Ainsi, l'apprentissage est relié à l'évolution de l'apprenant et entraîne des changements sur le plan de ses représentations, ou en d'autres termes, une reconstruction de sa réalité. Ce changement chez l'apprenant passe par la réflexion et l'expérimentation d'actions nouvelles.

Comme expliqué dans le premier chapitre de cette thèse, pour améliorer l'efficacité des interventions dans le traitement de la douleur chronique, les professionnels de la santé doivent changer leurs représentations du problème et leurs représentations de leur rôle auprès de cette clientèle. Cet apprentissage se situe donc au-delà de l'intégration de nouvelles techniques s'appuyant sur un ancien modèle d'action. Il s'agit d'un apprentissage qui vise plutôt l'enrichissement des modèles d'action des praticiens pour leur permettre d'intégrer l'intervention stratégique en douleur chronique dans leur milieu clinique et d'améliorer l'efficacité de leurs interventions auprès de cette clientèle.

Ainsi, dans cette étude, la structure de modèle d'action proposée par Bourassa *et al.* (1999) sera utilisée pour vérifier l'évolution des praticiennes et pour constater si la démarche de formation a permis de modifier leurs représentations, leurs intentions et leurs stratégies d'action, donc d'effectuer les recadrages que nécessite l'intégration de l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique.

2.4 Question et objectifs de recherche, et pertinence de l'étude

Ainsi, en relation avec la problématique présentée dans le premier chapitre de la thèse et avec le cadre conceptuel présenté dans ce deuxième chapitre, voici la question de recherche et les différents objectifs de recherche qui ont guidé la démarche de l'étudiante-chercheuse dans cette étude :

Question de recherche :

En quoi et comment le contenu et le déroulement d'une formation à l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique, appliquée dans le contexte d'une formation continue à des professionnelles de la physiothérapie, influencent-ils leurs modèles d'action à court terme ?

Objectifs de recherche :

- ✓ Documenter et analyser le contenu et le déroulement de la formation ;
- ✓ Documenter et analyser l'évolution des modèles d'action des praticiennes à court terme ;
- ✓ Expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement de la formation influencent les modèles d'action des praticiennes à court terme.

Considérant que cette thèse vise à apporter une contribution scientifique au domaine de l'éducation en santé, plus précisément en ce qui concerne le traitement de la douleur chronique, la pertinence de l'étude doit se justifier sur deux plans : (i) le contenu de la formation doit répondre à un besoin sur le plan clinique ; et (ii) les particularités de la démarche de formation doivent répondre à un besoin sur le plan de l'intégration des connaissances.

Comme exposé dans le premier chapitre, l'intervention stratégique en douleur chronique est étroitement reliée aux besoins des professionnels de la santé concernés par cette problématique. Sur le plan du contenu, elle intègre les connaissances récentes issues des résultats de recherches scientifiques. Au niveau de la démarche et de ses bases théoriques et conceptuelles, elle s'appuie sur un paradigme biopsychosocial (interactionnel) de l'intervention. De plus, son efficacité a déjà été démontrée dans le cadre de traitements de groupes. Ainsi, sur le plan clinique, former des professionnels à utiliser une telle approche s'avère une avenue intéressante pour améliorer l'efficacité de la prise en charge de la douleur chronique. Cette démarche d'intervention, bien qu'étant encadrée par une démarche systématique et différentes tactiques thérapeutiques, propose avant tout une nouvelle représentation du problème, de laquelle découle nécessairement une nouvelle façon d'intervenir. En effet, ce sont nos représentations (ex. : interprétations, croyances, attitudes) qui guident nos actions (Bourassa *et al.*, 1999).

Par ailleurs, la formation à l'ISDC intègre une démarche de supervision clinique en direct à l'aide du miroir sans tain. Comme exposé à la section 1.3, l'utilité de cette démarche a été

documentée dans différents domaines, notamment en travail social, en psychologie clinique, en soins infirmiers et, plus récemment, en physiothérapie. De plus, bien que quelques études se soient intéressées à son efficacité dans le contexte d'une formation visant une nouvelle approche d'intervention basée sur un nouveau paradigme en douleur chronique (Synnott *et al.*, 2016; Cleland *et al.*, 2009), la démarche de supervision clinique dans ce contexte ne semble pas avoir été documentée à ce jour. La présente étude documente et analyse notamment cet aspect de la formation pour apporter des pistes de solutions nouvelles pour favoriser l'intégration des connaissances dans la pratique clinique.

En somme, l'état de la situation et les défis concernant la prise en charge de la douleur chronique (c.-à-d. manque d'efficacité du modèle biomédical, importance des croyances et attitudes des patients et des praticiens, défis relatifs au transfert des connaissances) soulèvent l'importance d'améliorer les connaissances dans le domaine de la formation continue des professionnels de la santé. Ainsi, en documentant le contenu et le déroulement d'une formation à l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique et leur influence sur les modèles d'action des professionnelles de la physiothérapie, cette étude a pour ambition d'apporter une contribution importante, tant dans le domaine de l'éducation en santé que dans le domaine clinique relativement au traitement de la douleur chronique.

CHAPITRE 3

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'analyse qualitative n'est pas une invention de la science. Elle est d'abord une faculté de l'esprit cherchant à se relier au monde et à autrui par les divers moyens que lui offrent ses sens, son intelligence et sa conscience. (Paillé et Mucchielli, 2013g, p. 33)

La recherche qualitative est orientée généralement selon un paradigme constructiviste. Dans cette optique, la réalité observée n'est pas indépendante du chercheur, ce dernier influençant nécessairement la construction du phénomène ou de la situation qu'il étudie, et ce, en fonction de ses objectifs et de ses intérêts (Pires, 1997). Il s'agit du courant épistémologique qui se prête le mieux à l'atteinte des objectifs de ce projet. En accord avec l'évolution que connaît actuellement la recherche en pédagogie des sciences de la santé, nous proposons donc une démarche qualitative qui,

à travers son approche à la fois inductive, empirique, holiste, proximale, interprétative, compréhensive, souple, ouverte, flexible, itérative et réursive, offre des opportunités inestimables de découvertes dans un champ prolifique de la recherche – celui de la pédagogie des sciences de la santé – qui connaît d'importants développements, tout en demeurant à ce jour largement inexploré. (Pelaccia et Paillé, 2010, p. 303)

Dans cette perspective, contrairement aux approches quantitatives, aucune hypothèse ne précède l'observation et l'analyse. À l'inverse, les observations de l'étudiante-chercheuse seront les éléments de base permettant d'établir, *a posteriori*, une proposition théorique (Paillé et Mucchielli, 2013f). De façon plus spécifique, une *étude multicas* a été réalisée dans le but de documenter le déroulement de la formation et le changement des modèles d'action des praticiennes, et ce, à partir de l'expérience individuelle vécue par trois praticiennes différentes. Dans ce chapitre sont décrits l'étude multicas, le déroulement de l'étude et les considérations éthiques qui ont été prises en compte.

3.1 L'étude multicas

L'étude de cas est une méthode de recherche priorisée en éducation et elle se distingue notamment par sa souplesse. En effet, elle peut être de nature déductive ou inductive, selon les objectifs de l'étude. Il existe plusieurs définitions de l'étude de cas. Roy (2009) la définit comme « une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un évènement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (p. 206). Cette approche a la particularité de permettre au chercheur de choisir le ou les cas particuliers qu'il veut étudier en relation avec ses objectifs de recherche. Merriam (1998) définit l'étude de cas comme « *an intensive, holistic description and analysis of a bounded phenomenon such as a program, an institution, a person, a process, or a social unit* » (p. xiii). Dans cette perspective, l'analyse des données dans une étude de cas est « *the process of making sense out of the data... [which] involves consolidating, reducing, and interpreting what people have said and what the researcher has seen and read – it is the process of making meaning* » (Merriam, 1998, p. 178). Dans ce sens, cette approche méthodologique s'avère appropriée pour cette étude qui vise l'émergence d'une compréhension de l'expérience vécue par les praticiennes ayant participé à la formation. Elle propose trois catégories d'études de cas. En fonction du résultat final, l'étude de cas peut être descriptive, interprétative ou évaluative. Selon cette classification, la présente étude s'appuie sur une démarche descriptive et interprétative des résultats mais non évaluative, aucun jugement de valeur n'est porté sur la formation à l'étude. En d'autres termes, elle propose une description détaillée des cas à l'étude et les données permettent également d'interpréter les phénomènes observés et de développer, dans une étape ultime, des catégories conceptualisantes et une proposition théorique.

Selon Roy (2009), l'étude de cas permet une précision et une profondeur dans les informations obtenues qui la distingue de l'analyse statistique. À l'opposé de l'étude sur un échantillon — qui s'effectue sur un grand nombre de sujets — l'étude de cas en recherche qualitative s'intéresse à un nombre limité de sujets, mais recueille un grand nombre d'informations sur chacun d'eux. De fait, les résultats sont représentatifs sur le plan théorique plutôt que sur le plan statistique. Comme la plupart des approches de recherche qualitative, les différentes

étapes de l'étude de cas ne se déroulent pas selon un processus linéaire, mais plutôt itératif, qui « [...] consiste à faire alterner les séances de collecte et d'analyse des données de manière à orienter les séjours sur le terrain en fonction de l'analyse en émergence et, en retour, à procéder à l'analyse progressivement, en prise continue avec le terrain. » (Roy, 2009, p. 81).

Dans le cadre de cette recherche, une comparaison multicas a été effectuée, puisque trois situations ont constitué chacune une unité d'analyse distincte. Pour certains auteurs, dont Stake (2006), une étude multicas devrait idéalement comporter un minimum de quatre cas. L'auteur ajoute cependant que certaines raisons justifient parfois qu'une étude multicas s'effectue à partir de deux ou trois cas. Dans cette recherche, certaines limites, notamment celles relatives à la disponibilité des participants formateurs et des participantes praticiennes expliquent le nombre de cas restreint à trois. En fonction de cette précision et des objectifs de la recherche, les cas à l'étude sont constitués par l'expérience du processus de formation vécue par chacune des trois praticiennes-participantes et l'évolution de leurs modèles d'action. D'une part, deux praticiennes sont intervenues auprès d'un groupe. D'autre part, une autre praticienne est intervenue auprès de trois individus de façon individuelle. Dans les trois cas, les praticiennes ont eu en commun d'appliquer l'intervention stratégique pour traiter la douleur chronique.

L'analyse des résultats dans ce projet de recherche a débuté en même temps que la collecte des données. Ce processus itératif a permis notamment de relever certains facteurs imprévus et d'affiner les questions de recherche au besoin. La collecte et l'analyse des données sont détaillées davantage à la sous-section 3.2.3.

Enfin, le contexte dans lequel le cas est soumis à l'analyse doit être délimité en termes temporel et spatial (Leplat, 2002). Dans cette recherche, l'étude a débuté une semaine avant le début de la formation, soit au moment de la première entrevue semi-dirigée, et s'est terminée à la suite de la relance, soit au moment de la dernière entrevue semi-dirigée (voir sous-section 3.2.3.3). Elle s'est majoritairement déroulée dans les locaux de l'UQAT. Quelques parties de la formation ont également eu lieu au département de physiothérapie du CISSSAT, là où travaillent les praticiennes et la formatrice.

3.2 Déroutement

Cette recherche a débuté avec le recrutement des participants, pour se poursuivre avec l'application de la formation. La collecte et l'analyse des données ont été faites de façon concomitante avec le processus de formation. L'analyse s'est toutefois poursuivie à plus longue échéance après la fin de la formation. Voici de façon plus détaillée chacune des étapes effectuées.

3.2.1 Participants, échantillonnage et processus de recrutement

L'échantillonnage pour cette étude est de nature intentionnelle (Savoie-Zajc, 2007), c'est-à-dire que les participants ont été ciblés en fonction des objectifs de la recherche et des besoins du département de physiothérapie du CISSSAT. Plus précisément, quatre types de participants, soumis à des rôles différents, ont été inclus dans ce projet : des formateurs, des apprenantes (praticiennes), des patients et la chef du service de réadaptation.

Deux formateurs ont été choisis par l'étudiante-chercheuse en fonction de leur expertise. Les codes FOR1 et FOR2 leur ont été attribués ainsi que les pseudonymes Alain (FOR1) et Justine (FOR2). FOR1 est un psychologue formé en thérapie brève stratégique, plus précisément à l'approche de Palo Alto, et ayant développé une expertise dans le traitement de la douleur chronique. FOR2, pour sa part, est thérapeute en réadaptation physique (TRP) au CISSSAT. Elle a un diplôme en thérapie brève stratégique (programme court – 2^e cycle) et utilise l'intervention stratégique depuis plusieurs années dans le cadre de son travail, tant sous forme d'École interactionnelle qu'en intervention individuelle. Le choix des deux formateurs repose également sur la complémentarité de leur expertise. En effet, la supervision pour la formation à l'intervention stratégique a toujours été faite par une équipe composée d'un professionnel ayant une expertise dans le domaine de la réadaptation physique et d'un professionnel ayant une expertise dans le domaine de la psychologie, plus spécifiquement de la thérapie brève stratégique.

Concernant les apprenantes (praticiennes), les critères de sélection ont reposé essentiellement sur le champ disciplinaire, les besoins du département de physiothérapie du CISSSAT, et l'intérêt et la disponibilité des candidates. Plus précisément, nous avons ciblé des professionnelles de la physiothérapie ayant à traiter des cas de douleur chronique dans le

cadre de leurs fonctions et qui manifestaient un intérêt pour l'intervention stratégique. Nous avons obtenu la participation de trois praticiennes auxquelles nous avons attribué les codes PRA1, PRA2 et PRA3, puis des prénoms fictifs (dans l'ordre respectif des codes : Patricia, Danielle et Mireille) pour rendre plus conviviale la lecture de certaines parties des résultats, notamment les récits phénoménologiques. L'étudiante-chercheuse a approché la directrice des services de réadaptation du CISSSAT pour le recrutement. Afin de minimiser les risques de biais, les praticiennes incluses dans le projet n'avaient jamais reçu de formation à l'intervention stratégique ni travaillé directement avec des professionnels appliquant cette démarche d'intervention avant la formation, que ce soit en intervention individuelle ou en intervention de groupe. Cela dit, considérant qu'elles travaillent dans le même département que la formatrice du projet, FOR2, elles avaient déjà entendu parler de l'approche et ont eu l'occasion d'observer certaines interventions appliquées par cette dernière.

Les patients ayant participé au projet de recherche figuraient sur la liste d'attente du CISSSAT et ont été sélectionnés et recommandés directement par le département de physiothérapie. Pour répondre à la demande du département de physiothérapie, la cervicalgie chronique est le problème qui a été retenu pour l'intervention de groupe à appliquer dans le cadre de la formation. Pour ce qui est des interventions individuelles, le choix des clients s'est fait en fonction des besoins du département et certains clients ont été recommandés pour le projet. Plus précisément, les personnes choisies sont des clients ayant été traités de façon traditionnelle par une physiothérapeute ou une TRP du département et n'ayant pas obtenu de résultats satisfaisants. Aucune sélection n'a donc été faite par l'étudiante-chercheuse concernant cette catégorie de participants. Enfin, la chef de service du département de réadaptation du CISSSAT qui a participé au projet est la personne qui était en poste au moment de la formation et qui a accepté que trois praticiennes du département participent au projet.

3.2.2 L'application de la formation

Toutes les étapes de l'application de la formation, mis à part les rencontres préparatoires, ont eu lieu à l'UQAT et ont été filmées, dans le but de favoriser une analyse rigoureuse du déroulement de la formation. Dans un premier temps, un atelier de formation de deux jours (douze heures) a été dispensé en classe aux trois professionnelles recrutées ainsi qu'à

l'ensemble des professionnels de la physiothérapie du même établissement. Cette partie de la formation inclut le volet théorique et les exercices pratiques en classe. Celle-ci a été dispensée par les deux formateurs. La semaine suivant ces deux jours de formation en classe, la démarche d'apprentissage s'est poursuivie dans le cadre d'une intervention clinique réelle. Cette partie de la formation a été filmée dans le but de permettre le visionnement *a posteriori* de certains extraits par les praticiens, ce qui fait partie intégrante de la formation (Bodin, 1981). Ces extraits étaient visionnés notamment lors de la rencontre préparatoire qui se déroulait au CISSSAT en présence de FOR2. La partie de l'application clinique s'est déroulée dans les deux contextes suivants :

1. Une équipe composée de deux praticiennes (PRA1 et PRA2) a animé une intervention de groupe (École interactionnelle) auprès d'un groupe de huit patients souffrant de cervicalgie. Cette intervention a débuté par un bilan fonctionnel et interactionnel à l'intérieur d'une rencontre individuelle avec chacun des patients. L'application subséquente de l'École interactionnelle avec les patients retenus comprenait huit rencontres de deux heures et demie chacune, suivie d'une neuvième rencontre (relance) six mois plus tard, ce qui représente le déroulement habituel d'une École interactionnelle⁶. Chacune des séances nécessitait également une préparation (effectuée au CISSSAT avec les praticiennes et FOR2). La préparation visait deux objectifs, soit (i) préparer la rencontre suivante et les programmes d'exercices individualisés des participants ; et (ii) visionner certaines parties de la rencontre précédente déterminées par les formateurs (rétroaction sur l'intervention).
2. Une praticienne (PRA3) a appliqué l'intervention stratégique dans le cadre d'interventions individuelles, pour un total de onze rencontres effectuées auprès de trois patients différents. Le déroulement des deux premières interventions a eu lieu dans le petit studio audiovisuel de l'UQAT. Ensuite, pour des raisons pratiques (absence de civière dans ce local), les rencontres suivantes ont été effectuées dans le laboratoire des soins infirmiers de l'UQAT. Pour la première patiente, une seule rencontre a eu lieu, puisque cette dernière ne s'est pas présentée aux autres

⁶ Le déroulement d'une École interactionnelle, incluant l'étape du bilan fonctionnel et interactionnel, sera présenté au chapitre 4.

rencontres. Les motifs de l'abandon ne sont pas en relation avec le projet de recherche. Cinq rencontres ont eu lieu avec chacun des deux autres clients. Ces rencontres ont été échelonnées généralement aux deux semaines avec une plus longue période entre les deux dernières rencontres. Une préparation a également été requise pour l'intervenante entre chacune des séances (au CISSSAT avec FOR2), dans le but de visionner certaines parties de la rencontre précédente de chacun des clients en fonction de la rétroaction obtenue par les superviseurs.

La répartition des praticiennes entre l'application d'une École interactionnelle et des interventions individuelles a été déterminée essentiellement par les besoins du département de physiothérapie du CISSSAT et un consensus entre la chef de service et les praticiennes. Dans les deux contextes, la supervision en direct a été effectuée par les formateurs pendant l'intervention et cette supervision était observée et documentée par l'étudiante-chercheuse.

3.2.3 Collecte et analyse des données

Trois techniques de collecte de données ont été utilisées en parallèle dans cette étude multicas, soit l'observation participante, l'entrevue semi-dirigée et l'enregistrement vidéo.

3.2.3.1 L'observation participante

L'observation en tant que technique de collecte de données se situe de part et d'autre du continuum épistémologique entre l'objectivité (paradigme descriptif) et la subjectivité (paradigme interprétatif ou compréhensif) (Jaccoud et Mayer, 1997). D'une part, elle peut être utilisée en tant que démarche explicative (objective) impliquant une distanciation entre l'observateur et la situation et visant essentiellement à formuler et tester des hypothèses (approche déductive). Cette utilisation de l'observation est associée davantage à la recherche quantitative. D'autre part, dans le cadre d'une recherche qualitative, l'observation est de nature plus interprétative et vise à donner un sens à la situation observée. S'appuyant sur une approche inductive, cette méthode de collecte des données en recherche qualitative « insiste moins sur la distanciation que sur la subjectivité comme mode d'appréhension du social » (Jaccoud et Mayer, 1997, p. 218). Pour être considérée comme un outil de recherche, l'observation doit répondre aux quatre critères suivants : « (i) servir un but de recherche

formulé, (ii) être planifié de façon délibérée, (iii) être enregistrée systématiquement et (iv) être soumise à une vérification et à un contrôle de validité et de fiabilité » [traduction libre] (Kidder, 1981, p. 264, dans Merriam, 1998, p. 95). Il est à noter que l'observation est généralement utilisée avec d'autres méthodes de collecte de données, notamment l'entrevue, ce qui permet ainsi la triangulation des méthodes (Merriam, 1998).

L'observation participante est largement utilisée en recherche qualitative comme méthode de collecte de données (Lessard-Hébert *et al.*, 1996). Populaire notamment dans le domaine de l'éducation, cette démarche « vise à décrire la réalité observée “de l'intérieur”, c'est-à-dire en adoptant le point de vue de personnes vivant cette réalité » (Dorais, 1993, p. 12). Pour certains auteurs, l'observation participante est considérée davantage comme une approche de recherche qu'une méthode de collecte de données (Savage, 2000). Dans le cadre de cette recherche, elle est utilisée comme une méthode de collecte de données qui s'intègre dans une approche de recherche, soit l'étude de cas. La définition qui semble le plus près des objectifs de la présente recherche est celle de Pourtois et Desmet (1997) qui définissent l'observation participante comme une méthode qui

dépasse l'aspect descriptif de (l') approche (objective) pour s'attacher à découvrir le sens, la dynamique et les processus des actes et des événements. Ici, le chercheur est intégré à la vie des acteurs concernés par l'étude. Il recherche le plus d'information possible sur cette situation particulière. (p. 102)

Différents niveaux de participation s'appliquent à l'observation participante. Jaccoud et Mayer (1997), par exemple, distinguent trois modèles, dont la différence repose essentiellement sur le rapport de l'observateur avec l'objet observé. Le *modèle de la passivité* (ou de retrait) favorise la collecte de données surtout de nature descriptive. Dans ce modèle, comme son nom l'indique, l'observateur et l'objet sont dissociés, le premier devant faire abstraction de son propre cadre de référence pour éviter les risques de contamination et pour favoriser la neutralité des observations. Dans ce type d'observation, il n'existe aucune interaction du chercheur avec le sujet. À l'inverse, le *modèle de l'imprégnation* implique l'insertion de l'observateur dans le contexte à l'étude dans le but « de se livrer sans restriction, de vivre, penser et ressentir comme ceux que l'on étudie, bref de se dépersonnaliser. » (Jaccoud et Mayer, 1997, p. 219). Ce type d'observation vise la compréhension de la réalité telle que vécue par les acteurs. Enfin, le *modèle de l'interaction* s'inscrit dans une démarche constructiviste (Jaccoud et Mayer, 1997).

Ici, l'appréhension de la réalité des acteurs en situation passe par l'interaction entre eux et l'observateur. Comme le mentionnent Jaccoud et Mayer (1997), « l'équation personnelle est non seulement l'unité de mesure mais la clé de voûte de l'entière démarche cognitive » (p. 220). En d'autres termes, l'interaction entre l'observateur et le sujet, plutôt que d'être évitée, doit être explicitée, puisqu'elle est indissociable des analyses.

Selon d'autres auteurs, l'observation participante s'étend sur un continuum qui polarise l'observation et la participation en fonction de l'implication de l'observateur par rapport à l'objet observé. Plus l'observateur se dissociera de l'objet étudié, en tentant d'extraire une description la plus objective de ses observations, plus il se situera vers le pôle de l'observation, et inversement, plus il s'impliquera dans le milieu, plus il se situera vers le pôle de la participation (Groulx, 1985; Lessard-Hébert *et al.*, 1996; Savage, 2000).

Spradley (1980) pour sa part propose une classification de quatre niveaux de participation, soit une participation passive, modérée, active et complète. Cette classification, qui a permis de bien préciser le niveau de participation utilisé dans la présente recherche, est résumée dans le Tableau 2.

Tableau 2

Classification des niveaux de participation selon Spradley (1980)

Niveau de participation	Type de participation	Description
Élevé	Complète	L'observateur étudie une situation dans laquelle il est lui-même un acteur. C'est le cas par exemple d'un musicien qui intègre un orchestre dans le but d'étudier la vie du groupe de musiciens.
	Active	L'observateur s'implique activement dans la situation et tente d'apprendre le comportement des acteurs, afin de comprendre la réalité vécue par les acteurs.
	Modérée	L'observateur participe à l'activité dans le but de pouvoir interpréter de façon exhaustive les comportements des acteurs. C'est le cas par exemple d'un chercheur qui se rend dans une arcade, observe le comportement des jeunes et leur pose des questions pour tenter de comprendre ce qui les incite à jouer.
Faible	Passive	L'observateur est présent sur le lieu de l'action, mais n'a pas d'interaction avec les acteurs. C'est le cas par exemple d'une étude dont l'observation s'effectue dans un lieu public, comme un tribunal.
Aucune implication	Non-participant	L'observateur se trouve en dehors du lieu où se situe l'action. C'est le cas par exemple d'une étude qui s'effectue à partir d'enregistrements vidéo.

Source : traduit et adapté de Spradley (1980)

Dans le cadre de cette recherche, le niveau de participation utilisé par l'étudiante-chercheuse se situe de « faible » à « modéré ». En effet, cette recherche n'est pas une étude effectuée dans un milieu naturel dans lequel l'étudiante-chercheuse pouvait faire de la participation observante (immersion complète). D'une part, il s'agit d'une étude multicas qui s'est déroulée dans un contexte de formation avec des formateurs attitrés. D'autre part, documenter la formation à partir d'une perspective interactionnelle entre les formateurs et les apprenants n'aurait pas été possible, ou à tout le moins aurait été plus difficile, si l'étudiante-chercheuse était intervenue directement dans la formation, puisque c'est plus facile d'observer un système lorsqu'on est à l'extérieur de ce dernier (Nardone et Watzlawick, 1993). La participation de l'étudiante-chercheuse s'est donc limitée à observer

le processus de formation à chacune des étapes, et non à intervenir en tant que formatrice, il n'y a donc aucune participation active dans la démarche d'observation. Plus précisément, cette démarche d'observation a permis, dans un premier temps, d'identifier des éléments à approfondir lors du visionnement qui a rendu possible l'analyse en profondeur de la formation (ex. : interventions des formateurs, rétroactions, discussions). La présence de l'étudiante-chercheuse à chacune des étapes de la formation et l'utilisation de l'observation participante lui ont également permis d'avoir quelques échanges avec les formateurs, ce qui situe sa participation à un niveau qui n'est pas totalement passif. Bien que les échanges avec les formateurs aient été rares (notamment pour ne pas nuire au bon déroulement de la formation), cette présence constante était importante afin de bien saisir et documenter certaines actions des formateurs, qui n'étaient pas filmées lors de leur démarche de supervision, et de prendre des notes d'observation. La prise de notes à ce moment-là visait donc essentiellement les situations en relation avec la formation qui n'étaient pas captées par les enregistrements et qui ont permis d'approfondir l'analyse des résultats. Certains éléments observés dans ce contexte ont d'ailleurs été approfondis par la suite dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée. En somme, la participation de l'étudiante-chercheuse se situe à mi-chemin entre le pôle de l'observation et celui de la participation, avec une tendance plus accentuée vers le pôle de l'observation passive.

3.2.3.2 L'enregistrement vidéo

L'utilisation de la vidéo à chacune des étapes de la formation a permis à l'étudiante-chercheuse de (i) approfondir ses observations ; (ii) effectuer la transcription des retours-formation qui ont eu lieu à la fin de chacune des rencontres cliniques ; et (iii) favoriser le processus itératif entre les différentes étapes de l'analyse des données. Certaines limites ont cependant été rencontrées avec l'utilisation du matériel audiovisuel, voici les deux principales. Premièrement, dans la salle utilisée pour les rencontres d'évaluation pour les Écoles interactionnelles (bilan fonctionnel et interactionnel) ainsi que pour la majorité des rencontres individuelles, le téléphone à circuit fermé n'était pas connecté au matériel audiovisuel. Comme des caméras étaient disposées uniquement du côté où se déroulaient les interventions avec les clients, les propos des formateurs lorsqu'ils intervenaient à l'aide du téléphone n'ont pas été enregistrés. Pour l'analyse des données, cette limite a été compensée, du moins en partie, en indiquant pour

chacune des interventions le contexte dans lequel elle se situait (ce qui se passait entre la praticienne et le client avant l'appel) et les actions de la praticienne immédiatement après l'appel. Par ailleurs, l'observation constante sur le terrain a permis à l'étudiante-chercheuse de constater que la praticienne appliquait systématiquement la demande des formateurs immédiatement après avoir raccroché l'appareil, mis à part une exception alors qu'on l'entend mentionner qu'elle avait prévu faire cette intervention plus tard. Malgré cela, on ne peut prétendre avoir répertorié avec exactitude la totalité des interventions faites par les formateurs à cause de cette contrainte technique.

Une autre limite de l'utilisation du matériel audiovisuel s'est manifestée lors de la supervision clinique effectuée dans le cadre des Écoles interactionnelles. Dans ce contexte, il y avait deux praticiennes et plusieurs patients dispersés dans une grande salle. Comme un seul enregistrement était effectué, il n'a pas été possible de capter tout ce qui se passait. Et considérant que les caméras se sont intéressées surtout aux praticiennes lors de leurs interventions, les interventions effectuées généralement par FOR2, sur le pas de la porte auprès de l'une ou l'autre des praticiennes n'ont pas été filmées. De plus, puisqu'il s'agissait toujours de chuchotements, les échanges verbaux lors de ces interventions ne sont généralement pas audibles. Encore une fois, cette limite a été palliée en partie en présentant le contexte précédant et suivant chaque intervention. Deux signes ont permis d'identifier les moments où des interventions avaient lieu, soit le son de la porte qui ouvrait et qui refermait, et qui était suffisamment fort pour être perceptible lors de l'écoute, et le déplacement de l'une des praticiennes vers la porte. Une autre implication de cette limite technique est que dans les cas où plusieurs interventions se déroulaient en même temps, une seule pouvait être captée. En somme, l'enregistrement vidéo a eu des limites et l'analyse des données qui en découle ne repose pas sur la totalité des interventions qui ont été effectuées par les formateurs pendant la supervision clinique.

3.2.3.3 L'entrevue semi-dirigée

Trois entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de chacune des praticiennes. L'entrevue semi-dirigée se définit comme « une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les

personnes en présence » (Savoie-Zajc, 2009, p. 339). Cette définition fait ressortir l'importance de l'interaction entre l'étudiante-chercheuse (l'interviewer) et les praticiennes (les interviewées). L'étudiante-chercheuse possède une formation en thérapie stratégique et des habiletés en communication, ce qui a favorisé une application adéquate de cette méthode de collecte de données.

L'entrevue semi-dirigée a la particularité de ne pas proposer une série de questions planifiées à l'avance. Elle ressemble davantage à une discussion à l'intérieur de laquelle des techniques d'écoute sont utilisées pour recueillir les informations relatives aux questions de recherche. Plus précisément, cette technique vise « la compréhension du monde de l'autre » (Savoie-Zajc, 2009, p. 343). Le Tableau 3 présente les thèmes généraux qui ont été ciblés à chacune des rencontres avec les praticiennes. Ces thèmes ont été choisis en fonction des objectifs de recherche deux et trois, c'est-à-dire documenter et analyser l'évolution des modèles d'action des praticiennes à court terme (objectif 2) et expliquer en quoi et comment la formation a influencé les modèles d'action des praticiennes à court terme (objectif 3).

Plus précisément, pour toutes les praticiennes, une première entrevue a été effectuée avant de débiter la formation, soit au début du mois de mars 2013. Le principal objectif de cette première entrevue était de documenter les modèles d'action des praticiennes avant la formation. Pour les deux praticiennes qui ont animé une École interactionnelle dans le cadre de l'intervention clinique, une seconde entrevue a eu lieu après la huitième rencontre, c'est-à-dire au début du mois de juillet 2013. Pour la praticienne qui a effectué les rencontres en individuel, la deuxième entrevue a été réalisée lorsque toutes les rencontres pour chacun des clients ont été terminées, c'est-à-dire en juillet 2013. Les deux principaux objectifs de cette deuxième entrevue étaient de (i) documenter les modèles d'action des praticiennes immédiatement après la formation ; et (ii) documenter leur appréciation face au déroulement et aux différentes composantes de la formation. Enfin, pour les trois praticiennes, la troisième entrevue a été effectuée en janvier 2014. Cette dernière entrevue visait surtout à documenter les modèles d'action des praticiennes six mois après la fin de la formation. Cette disposition temporelle des entrevues a permis d'obtenir des informations sur l'évolution des praticiennes relativement à leurs modèles d'action.

Tableau 3
Principaux thèmes des entrevues semi-dirigées

Entrevues	Informations ciblées
1 Avant la formation	- Quelles sont les représentations actuelles des praticiennes face à la douleur chronique et à sa prise en charge ? (ex. : besoin des clients, rôle des praticiens, raison de l'inefficacité d'un traitement...) - De quelle façon elles interviennent auprès de cette clientèle et pourquoi ? (à partir d'exemples cliniques récents) - Quelles sont les raisons qui les ont incitées à participer à la formation à l'intervention stratégique ?
2 Immédiatement après la formation (après la 8 ^e rencontre de l'intervention clinique en groupe)	- Quelles sont les représentations actuelles des praticiennes face à la douleur chronique et à sa prise en charge ? (ex. : besoin des clients, rôle des praticiens, raison de l'inefficacité d'un traitement...) - De quelle façon elles interviennent auprès de cette clientèle et pourquoi ? (à partir d'exemples cliniques récents) - Quelles sont leurs perceptions face au déroulement et aux différentes composantes de la formation qu'elles ont complétée ? - Quels éléments (étapes, composantes, contenu...) de la formation ont favorisé, selon elles, leur démarche d'apprentissage ?
3 Après la relance (à la fin des rencontres d'intervention clinique)	- Quelles sont les représentations actuelles des praticiennes face à la douleur chronique et à sa prise en charge ? (ex. : besoin des clients, rôle des praticiens, raison de l'inefficacité d'un traitement...) - De quelle façon elles interviennent auprès de cette clientèle et pourquoi ? (à partir d'exemples cliniques récents) - Quelles sont leurs perceptions face au déroulement et aux différentes composantes de la formation qu'elles ont complétée ? - Quels éléments (étapes, composantes, contenu...) de la formation ont favorisé, selon elles, leur démarche d'apprentissage ?

Une entrevue semi-dirigée a été aussi effectuée avec les formateurs à la même période que la deuxième entrevue avec les praticiennes, c'est-à-dire en juillet 2013. Cette entrevue n'était pas prévue au départ dans le protocole du projet. Son ajout s'est justifié à la fin de la formation par les deux constats suivants : (i) tenir des discussions sur le terrain lors de l'observation participante s'est avéré difficile étant donné que les formateurs étaient concentrés sur leur tâche, plusieurs interrogations restant donc en suspens ; (ii) certaines observations sur le terrain et certains propos des praticiennes lors des entrevues semi-dirigées ont soulevé des interrogations supplémentaires chez l'étudiante-chercheuse, notamment concernant certains choix des formateurs ainsi que leur perception relativement à certaines situations. L'utilisation de la vidéo pour filmer les entrevues semi-dirigées avec les praticiennes et avec les formateurs a permis à l'étudiante-chercheuse d'effectuer la transcription de ces entrevues et d'en faire une analyse approfondie.

Enfin, deux entrevues semi-dirigées ont également été effectuées avec la chef des services en réadaptation. La raison d'être de ces entrevues est directement en relation avec la posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse, qui implique que l'apprentissage est indissociable du contexte. Cette étude visait à documenter et analyser en profondeur la formation, ainsi que ses impacts sur le changement des praticiennes, en tenant compte de sa complexité et du contexte dans lequel elle se déroule. Notamment, la motivation des praticiennes à l'égard de cette formation est un élément du contexte qui est influencé par la position de la chef des services du département. En outre, l'étudiante-chercheuse savait que la chef des services de réadaptation avait demandé que ses employés bénéficient d'une formation à l'intervention stratégique et qu'elle avait sollicité les formateurs pour donner une formation de quelques heures, c'est d'ailleurs ce qui a amorcé ce projet ; elle avait donc des attentes, ces dernières faisant partie du contexte de la formation.

Ainsi, la première entrevue avec la chef de service, avant le début de la formation (début du mois de mars 2013), a consisté à vérifier essentiellement (i) les raisons pour lesquelles elle avait demandé que des employés du département participent à cette formation ; et (ii) ses attentes face à la formation. La seconde entrevue (juillet 2013) a servi à vérifier si les attentes avaient été satisfaites et à recueillir ses commentaires généraux sur la façon dont les praticiennes avaient modifié, le cas échéant, leur façon d'intervenir avec leurs clients en

douleur chronique selon elle. Ces deux entrevues, d'une durée d'environ quinze minutes chacune, ont été effectuées directement au bureau de la personne concernée afin de lui éviter des déplacements et elles ont été enregistrées de façon audio seulement.

3.2.4 Méthodes d'analyse des données

L'analyse des données sera ici exposée en trois parties, chacune d'elles étant reliée à un objectif de recherche. Dans un premier temps, le déroulement et les composantes de la formation ont été analysés à l'aide d'une démarche de questionnement analytique et d'une analyse thématique. Ensuite, une analyse à l'aide de récits phénoménologiques a été effectuée. Puis enfin, une analyse à l'aide de catégories conceptualisantes a été faite à partir de l'ensemble du corpus de données, cette dernière étape de l'analyse ayant mené à une proposition théorique.

3.2.4.1 Analyse par questionnement analytique

La première étape de l'analyse des données visait à atteindre le premier objectif de recherche, c'est-à-dire documenter et analyser le contenu et le déroulement de la formation. Pour effectuer cette première étape, l'analyse par questionnement analytique a été utilisée (c). Reposant « sur des allers-retours constants entre observations et questionnements » (Paillé et Mucchielli, 2013c, p. 211), cette stratégie consiste à : 1) formuler des questions permettant d'opérationnaliser un objectif visé par la recherche ; 2) soumettre à ces questions le matériau pertinent ; 3) répondre à ces questions de manière progressive en produisant « non pas des catégories ou des thèmes, mais des réponses directes sous la forme d'énoncés, de constats, de remarques, de propositions, de textes synthétiques, et de nouvelles questions, le cas échéant » (Paillé et Mucchielli, 2013c, p. 210). Cette stratégie permet une présentation des résultats qui passe par une transformation minimale des données qui sont présentées sous une forme essentiellement descriptive, très collée aux notes d'observation et aux extraits d'entretien. Ce choix est apparu logique pour cette première partie des résultats qui représente la base qui donnera un sens aux étapes suivantes de l'analyse des données.

Dans cette étude, cette partie de l'analyse a été effectuée essentiellement à partir des notes d'observation et des transcriptions de certaines parties de la formation, notamment les

retours-formation (rencontre entre praticiennes et formateurs à la fin de chacune des rencontres cliniques) et les interventions effectuées par les formateurs lors de la supervision en direct. En relation avec le premier objectif de recherche, la démarche d'analyse a débuté par la constitution d'un canevas investigatif, qui est un « ensemble plus ou moins structuré de questions et de sous questions opérationnalisant le regard interrogatif porté sur les données » (Paillé et Mucchielli, 2013c, p. 219). Cette première version du canevas investigatif découlait de façon très large de la question et du premier objectif de recherche.

Partant de ce premier questionnement, la démarche d'analyse a été effectuée en trois principales étapes comme proposées par Paillé et Mucchielli (2013c). Ainsi, l'examen exploratoire représente la première étape de l'analyse. Effectuée essentiellement dans le cadre de l'observation participante sur le terrain, cette première étape a consisté à explorer les principales composantes de la formation de façon à enrichir le canevas investigatif et à formuler des sous-questions. Voici quelques exemples de sous-questions qui ont été ajoutées :

- ⇒ Quel contenu a été intégré dans la formation ?
- ⇒ Quelles stratégies pédagogiques ont été utilisées ?
- ⇒ Dans quel contexte et de quelle façon s'est déroulée chacune des étapes de la formation (durée, lieu, stratégies et équipements) ?
- ⇒ Quels types d'approches ont été utilisées lors de la supervision clinique ?
- ⇒ Quelles actions précises posent les formateurs et comment réagissent les praticiennes ?
- ⇒ Quels types de rétroactions ont été utilisées tout au long de la formation ?
- ⇒ Quelles sont les particularités de ces types de ces rétroactions ?

Une seconde étape, l'examen de consolidation (Paillé et Mucchielli, 2013c), a ensuite été entamée dans le cadre d'une démarche d'observation plus approfondie à partir du matériel audiovisuel et des transcriptions des retours-formation ainsi que des interventions effectuées par les formateurs lors de la supervision clinique. Cette seconde étape, qui s'est déroulée dans un processus itératif entre observations et analyse, a mené à l'utilisation d'une analyse thématique pour documenter et analyser certains éléments de la formation.

3.2.4.2 L'analyse thématique

L'utilisation de cette méthode d'analyse des données ayant une visée descriptive a permis de repérer et regrouper certains éléments ressortant de certaines parties de l'analyse par questionnement analytique. Selon Paillé et Mucchielli (2013d), l'analyse thématique consiste

à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. (p. 232)

Cette démarche a donc permis d'effectuer une condensation des données de certaines parties de la formation, de faire ressortir des thèmes et sous-thèmes, de les organiser et de les présenter de façon schématisée (Paillé et Mucchielli, 2013d).

L'analyse par questionnement analytique et l'analyse thématique, utilisées de façon complémentaires, sont les deux méthodes d'analyse des données ayant permis de répondre au premier objectif de recherche. Subséquemment, une révision par l'équipe de direction, suivie d'une vérification de la complétude de l'analyse des données par l'étudiante-chercheuse, a constitué la troisième et dernière étape de cette partie de l'analyse visant à documenter et à analyser le contenu et le déroulement de la formation.

3.2.4.3 L'analyse à l'aide de récits phénoménologiques

L'examen phénoménologique des données n'est pas réservé à la recherche phénoménologique et peut constituer une étape antérieure à d'autres méthodes d'analyse, dont l'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2013e). Pour documenter et analyser l'évolution des modèles d'action des praticiennes à court terme (deuxième objectif de recherche), la constitution d'un récit phénoménologique pour chacune des praticiennes a été priorisée. Cette démarche « consiste à lier par un récit les éléments les plus phénoménologiquement probants de l'entretien (ou de toute autre source de données) » (Paillé et Mucchielli, 2013e, p. 148). Ainsi, en relation avec le deuxième objectif de recherche, les récits construits dans cette partie de l'analyse présentent, en demeurant le plus fidèle possible aux propos des praticiennes, l'expérience des changements dans leur pratique qui ont découlé

de la formation. Des aspects précis de leurs témoignages dans les entrevues semi-dirigées ont donc été ciblés en fonction de cet objectif et ont été organisés de façon à faire ressortir l'expérience de chaque cas dans une perspective émique. Ainsi, dans cette étape de l'analyse, les récits « contrétise[nt] l'engagement phénoménologique envers la parole reçue. » (Paillé et Mucchielli, 2013e, p. 149)

Bien que l'utilisation de la première personne (« je ») soit largement priorisée dans cette méthode d'analyse des données (Paillé et Mucchielli, 2013e), les récits des trois praticiennes dans le cadre de cette étude ont été constitués en alternant l'utilisation de la troisième personne (« elle ») et l'utilisation d'extraits de verbatims dans leur intégralité. Ce choix se justifie par le fait que l'expérience reconstituée ne se déroule pas de façon continue, mais à partir de différentes périodes ciblées de façon à faire ressortir le cheminement des praticiennes dans le temps. L'ajout d'extraits de verbatims pour sa part a été priorisé dans le but de supporter la fidélité du déploiement de l'histoire exposée. Plus précisément, les récits sont présentés en quatre parties, soit les attentes et les sentiments des praticiennes face à la formation, leurs modèles d'action avant la formation (mars), leurs modèles d'action immédiatement après la formation, mais avant la rencontre de relance de l'École interactionnelle (juillet 2013), et leurs modèles d'action six mois plus tard, soit immédiatement après la rencontre de relance de l'École interactionnelle (janvier 2014). Ainsi, la constitution de ces récits a permis d'organiser dans un ordre logique, en fonction de l'objectif de recherche, les informations obtenues au cours des trois entrevues semi-dirigées effectuées avec chacune des praticiennes. Une analyse verticale (expérience individuelle de chacune des praticiennes) et une analyse transversale (principales similitudes et différences entre les trois praticiennes) ont pu être effectuées subséquemment, à partir de ces récits.

Par ailleurs, le récit représente également un espace commun entre les chercheurs et les participants et dans ce sens

[...] cet exercice va plus loin qu'un simple travail de lecture, de filtration, de condensation, de choix et de positionnement des extraits d'entrevue, car au terme de cette épreuve, il en résulte un contenu original qui n'appartient plus entièrement aux participants, ni dans leurs mots et ni dans leur expression. (Balleux, 2007, p. 410)

Comme suggéré par Paillé et Mucchielli (2013e) et Balleux (2007), chacune des praticiennes s'est fait remettre une copie de la version de son récit pour lui donner la possibilité d'y apporter des correctifs au besoin ou d'en enrichir le contenu. Aucune demande de changement n'a été reçue par la suite.

Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2013e), le récit phénoménologique « est en soi un résultat de recherche dans la mesure où il donne à voir dans son intégrité une portion d'expérience » (p. 149). En outre, l'utilisation du récit est également reconnue comme une étape pouvant être préalable à une analyse d'un niveau supérieur d'inférence. En effet, cette étape « constitue surtout l'expérience fascinante de voir émerger l'univers des participants et de tenter d'en saisir globalement la complexité, donnant ainsi à cette démarche un ancrage solide avant l'étape de catégorisation » (Balleux, 2007, p. 405). En somme, il s'agit d'une méthode d'analyse qui a été, dans la présente recherche, à la fois un résultat et un outil de travail pour effectuer la dernière étape de l'analyse des données.

3.2.4.4 L'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes

La production d'une analyse à l'aide de *catégories conceptualisantes* représente l'étape finale de l'analyse des données. Cette partie de l'analyse vise essentiellement à atteindre le troisième objectif de la recherche : expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement de la formation influencent les modèles d'action des praticiennes à court terme. Cette partie de l'analyse a été effectuée à partir de l'ensemble du corpus de données, soit les résultats des deux analyses précédemment mentionnées, les notes d'observation, les transcriptions des entrevues semi-dirigées avec les praticiennes (notamment la partie qui s'intéressait plus précisément à leur appréciation de la formation), les transcriptions de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs ainsi que les transcriptions des entrevues semi-dirigées avec la chef de service. Pour Paillé et Mucchielli (2013b) :

[...] du point de vue technique, il n'y a aucune nécessité méthodologique ou épistémologique de faire précéder l'activité de catégorisation d'un travail de classification ou d'étiquetage quelconque, qui viserait à reporter la « vraie » analyse à une étape ultérieure. L'analyse/interprétation d'un matériau peut débiter dès que l'analyste lui a fait suffisamment honneur par un examen phénoménologique préalable ou par des lectures attentives accompagnées ou non d'annotations. (p. 346)

Une catégorie conceptualisante peut se définir comme «une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche» (Paillé et Mucchielli, 2013b, p. 316). Cette étape consiste donc à analyser le phénomène à l'étude à partir des matériaux de recherche dans le but de lui donner un sens, de le décrire en quelques mots et d'en exprimer la nature selon la compréhension qu'en a le chercheur et en étroite relation avec les questions auxquelles tente de répondre la recherche. Parmi les trois types de processus de catégorisation possibles (description, déduction, induction), la dernière étape de l'analyse des données de cette étude priorise l'induction théorisante (Paillé et Mucchielli, 2013b). Les catégories sont des constructions et ne sont donc pas basées sur des leviers théoriques existants. Cette décision s'appuie notamment sur le peu de documentation disponible sur le sujet et la volonté de l'étudiante-chercheuse de faire ressortir des aspects d'une formation pour le traitement de la douleur chronique qui ont été peu ou pas explorés jusqu'à présent.

La démarche d'explicitation d'une catégorie conceptualisante proposée par Paillé et Mucchielli (2013b) a été effectuée pour chacune des catégories. Cette démarche inclut les trois exercices suivants. Un premier consiste à définir le phénomène représenté de manière à en faire ressortir la nature essentielle. Une définition adéquate doit être formulée de façon claire, précise et concise. La spécification des propriétés d'une catégorie constitue le second exercice de cette démarche et vise à «extraire du phénomène les éléments qui lui sont les plus caractéristiques» (Paillé et Mucchielli, 2013b, p. 359). De la même façon qu'un dossier, un siège et quatre pattes sont des éléments caractéristiques d'une chaise, les propriétés d'une catégorie conceptualisante qui sont tirées des matériaux empiriques permettent de nous en faire une image mentale. Enfin, le dernier exercice d'explicitation d'une catégorie consiste à en spécifier les conditions d'existence qui «renvoient aux situations, événements ou expériences en l'absence desquelles le phénomène ne se matérialiserait tout simplement pas dans le contexte qui est le sien.» (Paillé et Mucchielli, 2013b, p. 362). Les conditions d'existence permettent de tenir compte du contexte dans lequel se situe le phénomène.

3.2.4.5 La mise en place d'une théorisation

Une démarche de théorisation est utilisée dans la présente étude en tant que méthode d'analyse de données (Paillé et Mucchielli, 2013f) et non en tant qu'approche de recherche, comme cela aurait par exemple été le cas si une démarche de théorisation ancrée, telle que proposée initialement par Glaser et Strauss en 1967 (Paillé, 1994), avait été adoptée. Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2013a) : « le travail de théorisation des données qualitatives intervient pour toute pratique d'analyse qui cherche à passer de la description des phénomènes à l'analyse des logiques et des processus » (p. 29). Plus précisément, la démarche de théorisation en tant qu'analyse des données repose sur les quatre opérations suivantes : la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. Il importe de noter que ces opérations ne sont pas exclusives et ne s'effectuent pas de façon linéaire, mais de façon concomitante tout au long de la démarche de théorisation.

La mise en relation, qui s'appuie sur un examen proximal du matériau à l'étude, consiste à effectuer une analyse transversale des données permettant de dépasser la logique linéaire qui semble à première vue isoler les catégories les unes des autres et à « accéder au sens révélé au sein des interactions » (Paillé et Mucchielli, 2013f, p. 379). Ce niveau d'analyse s'opère donc sur les catégories elles-mêmes. Cette mise en relation entre les catégories émergentes est effectuée tout au long du travail de développement des catégories, notamment lors de leur définition et de la spécification de leurs propriétés et de leurs conditions d'existence. Au fur et à mesure que l'on s'interroge sur les liens entre les différentes catégories, ces dernières s'organisent et les liens deviennent de plus en plus explicites. La mise en relation des catégories nécessite une validation par le terrain qui a été effectuée, dans cette étude, par la constitution préalable de récits phénoménologiques et par la multiplication des extraits de témoignages qui appuient chacune des catégories. Enfin, le mode théorique de mise en relation a également été utilisé en référant tout au long du processus, et de façon plus soutenue lors de la rédaction de la discussion, aux ouvrages inclus dans la recension des écrits et dans le cadre conceptuel de la présente recherche.

Considérant le caractère évolutif de la recherche qualitative en général et de la mise en place d'une théorisation en particulier, il importe de procéder à l'étape d'intégration des différentes composantes de l'analyse. Ainsi, « comme pour les autres étapes de l'analyse, l'intégration

fait appel à des questions bien précises au regard du corpus : « *Quel est le problème principal ? Je suis en face de quel phénomène en général ? Mon étude porte en définitive sur quoi ?* » (Paillé, 1994, p. 172). Cette étape, qui représente un travail de « resserrement analytique » demande à l'analyste, contraint à l'impossibilité de relater l'entièreté des données empiriques recueillies et analysées, de faire des choix afin de mettre en évidence les éléments qui résonnent le plus en fonction des questions et des objectifs de la recherche. En somme, cette étape permet de constituer « un tableau d'ensemble » des résultats de l'analyse (Paillé et Mucchielli, 2013f, p. 390).

L'exercice de modélisation pour sa part « consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système, etc. » (Paillé, 1994, p. 174). Ce travail de transposition schématique constitue un travail de synthèse explicite mettant en évidence l'articulation entre les différentes entités conceptuelles. Dans le cadre de cette recherche, un travail d'intégration argumentative a également été effectué dans la discussion pour défendre cette proposition de compréhension du phénomène à l'étude (Paillé et Mucchielli, 2013f).

Enfin, la rigueur de la démarche effectuée tout au long de chacune des étapes de la recherche permet l'étape ultime de consolidation et de validation du résultat final de théorisation. En effet, comme le souligne Paillé (1994), « cette dernière étape n'est-elle pas tant un point d'arrivée qu'un rappel de l'importance de la fiabilité de la théorisation effectuée » (p. 177).

3.3 Considérations éthiques

Avant de débiter, le projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT (voir Annexe A) ainsi qu'au Comité d'éthique du CISSAT (voir Annexe B), étant donné qu'il impliquait des professionnels employés par l'établissement et une clientèle (patients) qui était sur la liste d'attente de l'établissement. Les considérations présentées dans cette section ont été soumises à l'approbation de ces deux comités d'éthique.

3.3.1 Consentement libre et éclairé

Pour les formateurs. La participation des deux formateurs a été entièrement volontaire. L'étudiante-chercheuse a rencontré ces deux participants afin de leur expliquer clairement le déroulement de la recherche et les implications de leur participation. Ils ont signé un formulaire de consentement (voir Annexe C) qui a confirmé leur acceptation des conditions et leur participation au projet. L'étudiante-chercheuse s'est assurée que toutes les informations du formulaire de consentement ont été bien comprises avant d'obtenir la signature des participants.

Pour les praticiens. La participation des trois praticiennes au projet de recherche a été entièrement volontaire. L'étudiante-chercheuse a rencontré individuellement chacune d'entre elles avant le début du projet dans le but de lui expliquer en détail le déroulement de la recherche et les implications de sa participation. Chacune d'entre elles a signé un formulaire de consentement (voir Annexe D) qui stipulait que toutes les rencontres cliniques étaient filmées et que les formateurs-superviseurs ainsi que l'étudiante-chercheuse assisteraient à chacune des rencontres derrière le miroir sans tain. L'étudiante-chercheuse s'est assurée que toutes les informations du formulaire de consentement ont été bien comprises avant d'obtenir la signature de chaque participante.

Pour les patients. L'étudiante-chercheuse a rencontré individuellement chacun des patients recrutés dans le but de lui expliquer en détail le déroulement de la recherche et les implications de sa participation. Le consentement libre et éclairé des patients a également été obtenu. Chacun d'entre eux a signé un formulaire de consentement (voir Annexe E) qui stipulait que toutes les rencontres cliniques seraient filmées et que les formateurs-superviseurs ainsi que l'étudiante-chercheuse assisteraient à chacune des rencontres derrière le miroir sans tain. L'étudiante-chercheuse s'est assurée que toutes les informations du formulaire de consentement ont été bien comprises avant d'obtenir la signature des participants. Malgré le fait que les patients aient été sélectionnés à partir de la liste d'attente du département de physiothérapie du CISSSAT, nul n'a été tenu de participer contre son gré. Ils ont été assurés dès le départ que leur refus de participer au projet, ou leur retrait en cours de processus n'aurait aucun impact sur la qualité des soins qu'ils allaient recevoir au département de physiothérapie ni sur leur positionnement sur la liste d'attente.

Pour la chef de service. La participation de la chef de service au projet de recherche a été entièrement volontaire. L'étudiante-chercheuse a rencontré cette dernière dans le but de lui expliquer en détail le déroulement de la recherche et les implications de sa participation. Elle a également signé un formulaire de consentement (voir Annexe F) qui stipulait que les deux entrevues auxquelles il lui serait demandé de participer seraient enregistrées. L'étudiante-chercheuse s'est assurée que toutes les informations du formulaire de consentement ont été bien comprises avant d'obtenir la signature de la participante.

3.3.2 Avantages pouvant découler de la participation à la recherche

Pour les formateurs. Les deux formateurs qui ont participé à ce projet de recherche enseignent et utilisent déjà l'intervention stratégique. Les résultats découlant de cette recherche pourraient leur permettre de mieux expliquer en quoi les différentes composantes de la formation favorisent l'évolution des modèles d'action des praticiennes en formation.

Pour les praticiennes. Les praticiennes participant à ce projet de recherche ont reçu une formation à l'intervention stratégique sans aucuns frais et sur leurs heures de travail. Par ailleurs, considérant l'impact de la douleur chronique, la difficulté relative à sa prise en charge, leur obligation professionnelle de répondre efficacement aux besoins de leurs patients et l'efficacité reconnue de l'intervention stratégique, l'acquisition d'une formation pour appliquer ce modèle d'intervention pourrait représenter un avantage considérable pour elles.

Pour les patients. Les patients participant aux interventions cliniques dans le cadre de ce projet de recherche ont bénéficié d'une intervention dont l'efficacité a été démontrée et dont le niveau de risque était minimal, puisqu'il s'agissait d'exercices de faible intensité et adaptés à la condition de chacun d'eux. Finalement, aucuns frais ne leur ont été demandés pour leur participation.

Pour le CISSSAT. Les patients qui ont participé à l'intervention clinique dans le cadre de ce projet de recherche étaient sur la liste d'attente du département de physiothérapie du CISSSAT, ce qui a contribué à réduire cette dernière.

Pour la chef de service. Le fait que les praticiennes améliorent l'efficacité de la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique pourrait être avantageux pour la chef de service qui a pour mandat d'assurer la qualité et l'efficacité des services prodigués dans son département.

3.3.3 Risques et inconvénients pouvant découler de la participation à la recherche et moyens prévus pour les minimiser

Le projet de recherche ne comportait aucun risque, ni pour les formateurs, ni pour les praticiennes, ni pour les patients, ni pour la chef de service. Les stratégies d'intervention qui ont été utilisées sont non pharmacologiques et non invasives. Également, les exercices qui ont été demandés sont de faible intensité et adaptés à la condition et aux capacités de chaque patient.

Le déplacement à l'Université et les frais de stationnement pouvaient représenter un inconvénient pour les praticiennes et les patients. Certains frais de stationnement pour chacune des rencontres ont été remboursés par l'étudiante-chercheuse à la fin du projet de recherche lorsque demandé et sur présentation des coupons-reçus.

3.3.4 Engagement et mesures visant à assurer la confidentialité

Tous les enregistrements ont été conservés sous clé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse et n'ont été accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet, soit : l'étudiante-chercheuse, les trois codirecteurs de recherche, les deux formateurs et les praticiennes appliquant l'intervention. L'utilisation d'extraits de ces enregistrements pour des congrès ou des formations ultérieures est impossible puisqu'une cliente de l'École interactionnelle a refusé qu'on utilise des images sur lesquelles elle apparaît. Toutes les données nominatives des patients ont également été conservées sous clé dans le bureau de l'étudiante et n'ont été accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet. De plus, aucune de ces données ne figure dans les documents de collecte et d'analyse des données. Plus précisément, les noms des patients ne sont jamais utilisés, la mention « patient » ou « client » seulement apparaît dans les textes. Quant aux professionnelles, un code leur a été attribué dans les rapports d'analyse afin de conserver leur anonymat. Ce dernier se compose des trois premières lettres du mot « praticienne » suivi d'un chiffre (PRA1, PRA2 et PRA3). Concernant les formateurs, ils se sont également vu attribuer un code débutant par les trois premières lettres du mot « formateur » suivi d'un chiffre (FOR1 et FOR2). Il est important de noter toutefois que, malgré les différentes mesures qui ont été prises, l'anonymat des praticiennes, des formateurs et de la chef de service ne peut être assuré totalement considérant que très peu de formateurs, praticiennes et chefs de service correspondent aux critères de sélection de la recherche.

Finalement, toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse, les codirecteurs de recherche et les formateurs sont tenus à la confidentialité la plus stricte en regard des informations obtenues au cours de ce projet de recherche. Quant aux praticiennes impliquées dans l'étude, elles sont également tenues à la confidentialité au même titre que dans le cadre de leurs fonctions habituelles au Centre hospitalier.

3.3.5 Indemnité compensatoire pour les participants

Étant donné que l'ensemble du projet s'est déroulé à l'UQAT et que, par conséquent, le CISSSAT a dû remplacer les professionnelles qui ont été mobilisées pour y participer, un dédommagement a été versé pour compenser les heures consacrées à la formation (deux jours d'atelier, deux jours pour les bilans fonctionnels et interactionnels des patients, préparation des interventions cliniques, rétroactions) et aux entrevues semi-dirigées. Ce dédommagement a été équivalent au nombre d'heures requis multiplié par le salaire horaire habituel que reçoivent les praticiennes. Il a été versé directement au département de physiothérapie du CISSSAT. Il est important de noter qu'il ne s'agissait pas d'un incitatif, mais plutôt d'une compensation pour l'absence de professionnelles dans le département de physiothérapie, qui est déjà aux prises avec une pénurie de personnel et une liste d'attente importante. Aucun dédommagement n'a cependant été attribué pour le temps que les praticiennes ont consacré spécifiquement à l'intervention clinique, qui fait partie intégrante de la formation, puisqu'elles ont traité leurs patients pendant leurs heures de travail comme elles l'auraient fait en temps normal, à la seule différence que cette intervention s'est déroulée à l'UQAT et qu'elles ont utilisé de nouvelles stratégies.

3.3.6 Conflits d'intérêts et commercialisation des résultats

L'étudiante-chercheuse et ses codirecteurs n'ont aucun conflit d'intérêt, réel ou apparent, à déclarer. Finalement, aucune commercialisation des résultats n'est envisagée.

CHAPITRE 4

MISE EN CONTEXTE DU DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION STRATÉGIQUE EN DOULEUR CHRONIQUE

Les opinions du praticien influencent fortement son attitude et ses comportements face au lombalgique. À l'École interactionnelle, la prémisse de départ est simple. Nous reconnaissons de façon explicite que le lombalgique demeure l'unique expert de sa douleur. (Charest *et al.*, 1996, p. 127)

Avant de présenter les résultats qui découlent de cette recherche, il importe d'expliquer plus en détail le contexte dans lequel se déroule l'intervention stratégique en douleur chronique. Ainsi, ce chapitre expose les particularités relatives au déroulement d'une École interactionnelle de douleur chronique ainsi que celles relatives au traitement individuel.

4.1 L'École interactionnelle

L'École interactionnelle est une intervention de groupe composée de huit clients et de deux animateurs, qui s'appuie sur une perspective systémique et une démarche stratégique comme expliquée à la section 1.2. Cette intervention de groupe s'effectue dans le cadre d'un programme structuré comme cela sera présenté dans cette section (Charest *et al.*, 1996). L'École interactionnelle a fait l'objet de quelques projets de recherches qui visaient à en documenter l'efficacité (Charest *et al.*, 1996; Chenard *et al.*, 1991; de Souza *et al.*, 2007; Duhaime, 2010), ce qui permet d'en documenter le déroulement et les principaux éléments qui la composent.

4.1.1 Évaluation fonctionnelle et bilan interactionnel

L'application clinique de l'intervention sous forme d'École interactionnelle débute par une évaluation fonctionnelle et interactionnelle. Cette partie de l'intervention est généralement d'une durée d'environ quarante minutes (Charest *et al.*, 2010). L'évaluation fonctionnelle consiste en une collecte de données sur l'histoire du client (endroit de la douleur, type de douleur, durée, solutions tentées, exceptions, médication, contraintes fonctionnelles, habitudes de vie, etc.). Cette partie se termine par un examen physique visant à évaluer

notamment la force, la mobilité articulaire et l'équilibre et à vérifier la présence de « *red flags* », c'est-à-dire des symptômes qui nécessitent une évaluation médicale plus poussée. Le bilan interactionnel pour sa part découle d'une tactique thérapeutique appelée *client/touriste* (voir section 1.2.2.2). Ainsi, cette étape fait partie intégrante de l'intervention puisque c'est à ce moment que le praticien débute son influence sur le client et l'élaboration de l'alliance thérapeutique. À la fin de chaque rencontre d'évaluation, les praticiens qui font l'évaluation estiment à quel niveau se situe le client sur une échelle de 0 à 10 (0 = touriste et 10 = client). Si le praticien juge que la personne n'est pas suffisamment cliente pour s'impliquer activement dans l'intervention, et qu'il n'arrive pas à l'influencer pour la rendre cliente, il peut choisir de ne pas l'intégrer dans le groupe, puisque de toute façon elle risque de ne pas compléter le traitement.

4.1.2 Déroulement global des rencontres

L'École interactionnelle est composée de huit séances échelonnées sur une période de trois mois, suivies d'une relance — neuvième rencontre — environ six mois plus tard. Pour favoriser l'autonomie des clients, les rencontres se déroulent ainsi : les cinq premières séances ont lieu sur une base hebdomadaire, les séances six et sept sont espacées de deux semaines et, finalement, trois semaines séparent la septième et la huitième rencontre. De plus, cette organisation de l'horaire des rencontres vise à permettre un nombre minimal de rencontres réparties sur une période de temps suffisamment longue pour permettre une rééducation musculaire optimale. En résumé, plus le programme avance dans le temps, plus les clients maîtrisent leurs exercices, plus ils ont accumulé des stratégies de gestion et finalement, moins ils ont besoin du support de l'École. C'est d'ailleurs le but ultime de l'intervention : *apprendre à s'autotrainer*. Le calendrier des rencontres est donc cohérent avec cet objectif. Par ailleurs, la démarche des intervenants doit également être cohérente avec cette finalité. En d'autres termes, l'importance qu'ils accordent au choix et à la supervision des exercices et des différentes tâches à accomplir lors des cinq premières rencontres est capitale pour assurer le développement de l'autonomie chez les clients.

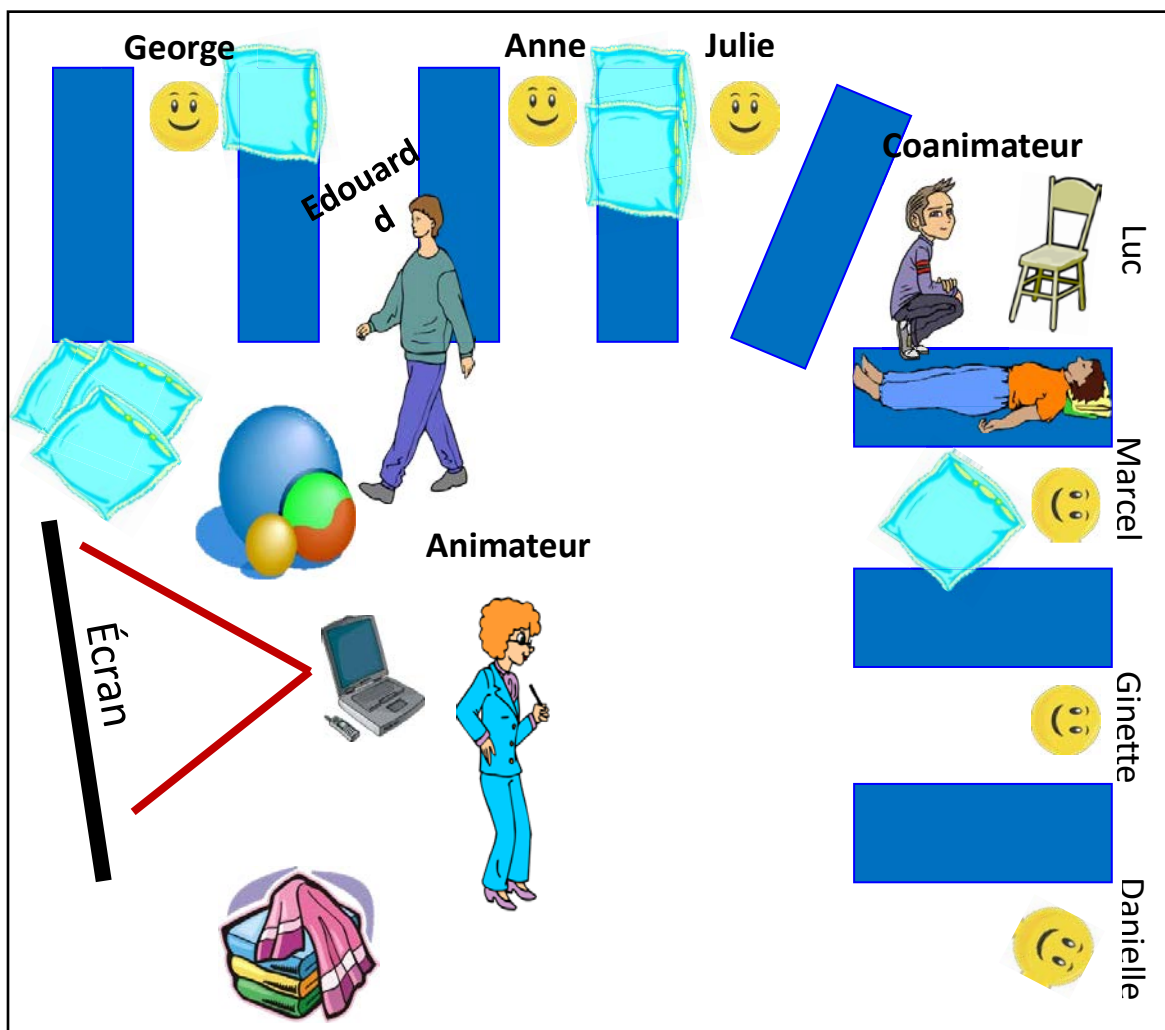
4.1.3 Dispositions relatives à la salle et matériel

L'aménagement de l'environnement dans lequel l'intervention est dispensée — en groupe de huit clients — représente en quelque sorte l'enveloppe de son contenu, son importance n'est donc pas à négliger. À l'École interactionnelle, comme mentionné précédemment, l'intervention cible l'interaction entre les participants impliqués dans le traitement (client et praticien, clients entre eux, ainsi que client et membres significatifs de son entourage). Ainsi, à l'intérieur de la salle, les clients sont disposés en « L » de façon à faciliter les échanges visuels et verbaux. Leurs prénoms sont également affichés au mur, de façon à permettre aux animateurs de se familiariser avec eux (voir Figure 3). Le praticien qui anime l'activité se trouve au centre, afin d'être accessible à tout le monde. Il est également important de s'assurer que la salle soit suffisamment grande pour que les clients puissent y bouger aisément, puisqu'une partie importante du programme est basée sur des exercices physiques.

Le confort des clients est une priorité à l'École interactionnelle et pour s'en assurer, le matériel nécessaire doit être mis à leur disposition (chaises, tapis, ballons, oreillers et serviettes). Un client qui démontre des signes d'augmentation de douleur ou d'inconfort sera aussitôt invité à chercher une position différente, par exemple étendu au sol sur le côté avec des serviettes entre les jambes, entre les bras et sous la tête. Aux dix minutes environ, les clients sont invités à bouger (se lever, marcher dans la salle) et à changer de position afin de restreindre les risques d'ankylose qui contribuent généralement à augmenter la douleur. Les praticiens doivent également s'assurer d'avoir le matériel requis pour l'exécution d'activités spécifiques à certaines rencontres. Ce matériel qui est mis à leur disposition via un site Internet (douleur.uqat.ca) comprend les diapos électroniques (PowerPoint) pour l'animation, avec les instructions en dessous, ainsi que les documents requis pour la séance, dont le *Guide de l'animateur* (sur lequel se trouvent les éléments importants à considérer avant, pendant et après la rencontre), le carnet de route pour chaque client et le formulaire pour les notes cliniques qui doit être rempli par les praticiens lors de chaque rencontre.

Figure 3

Disposition de la salle lors de l'application d'une École interactionnelle



Source : auteure.

Les clients pour leur part disposent d'un cartable dans lequel ils placent les documents papier remis au début de chaque séance (routine motrice personnalisée, carnet de route pour noter la pratique des exercices à faire d'ici la prochaine rencontre, description détaillée d'une activité particulière, etc.). Il n'y a pas de prise de notes de la part des clients pendant la séance, laissant ainsi toute la place aux interactions.

4.1.4 Particularités de l'animation et responsabilités des intervenants impliqués

Les rôles d'animateur et de coanimateur sont complémentaires et s'effectuent en alternance entre les deux intervenants. Pendant que l'un d'entre eux anime une partie de la séance, son partenaire, loin d'être passif, assure le rôle de vigie. Situé un peu à l'écart par rapport à l'animateur, il surveille notamment les signes non verbaux des clients qui manifestent de la douleur ou de l'inconfort. Il accompagne ces clients dans leur recherche d'une position plus appropriée, moins douloureuse, en utilisant le matériel disponible dans la classe.

Le coanimateur est également en mesure — puisqu'il n'a pas la responsabilité d'animer le groupe — d'être attentif et de détecter lorsqu'une personne est en retrait de la discussion. Le cas échéant, il doit intervenir subtilement et lui proposer la parole, par exemple : « Henri, que pensez-vous de ce que vient de dire Nicole ? » La complicité entre les deux intervenants facilite l'acceptation de part et d'autre de ce genre d'intervention fortuite. Le rôle du coanimateur est également très important lorsqu'un client vit des émotions intenses à l'intérieur d'une discussion. Au besoin, il invitera discrètement ce dernier à sortir et prendra du temps avec lui pour lui permettre d'exprimer ces émotions et pouvoir ensuite, lorsqu'il se sentira prêt, retrouver le groupe. Cette intervention du coanimateur permet à l'animateur de poursuivre la séance normalement. Finalement, le coanimateur prend quelques notes sur le document *Notes cliniques* aux moments prévus à cet effet (indiqués dans les *Consignes* propres à chaque rencontre).

4.1.5 Déroulement d'une rencontre

Comme le résume le Tableau 4, chaque rencontre est structurée de façon à alterner les périodes d'exercices et de discussions. Cette structure n'est cependant pas la même pour la première rencontre, puisque les clients n'ont pas de routine motrice ni de retour sur les tâches à effectuer à ce moment.

Tableau 4
Déroulement chronologique d'une rencontre

Démarche		Durée (min.)	
1 ^{re} partie	Accueil	5	
	Routine motrice	30	
	Retour sur les tâches	20	60
	Respiration	5	
	Pause interactionnelle	15	15
2 ^e partie	Thème de la séance (1)	15	
	Nouvel exercice relié au thème	10	
	Thème de la séance (2) + discussions	15	
	Exercice (relaxation)	15	75
	Synthèse	5	
	Travail à faire	5	
	Plan d'action + rétroaction sur la rencontre	10	
Total		150 min	

Source : auteure.

La première partie de la première rencontre est plutôt consacrée à la présentation des participants et des différents thèmes qui seront abordés au cours des neuf rencontres. Dans le cadre d'une École interactionnelle, la pause fait partie intégrante de l'intervention. Contrairement à une pause pour l'intervenant traditionnel, ce n'est pas une occasion de repos pour les praticiens privilégiant une approche interactionnelle. Durant cette pause, ils appliquent la tactique thérapeutique, la *position symétrique* en établissant une relation égalitaire avec les clients. Ils profitent de ce moment pour exercer leur influence auprès des participants et être attentifs à leur langage. Il s'agit d'une excellente occasion d'appliquer aussi la position non-expert et de recueillir des informations supplémentaires qui pourraient s'avérer utiles dans le cadre de l'intervention. La gestion du temps s'avère tout aussi importante lors de la pause que pour le reste de la rencontre. Négliger ce facteur et faire déborder la pause du délai de quinze minutes qui lui est accordée aurait nécessairement un impact défavorable sur le reste de la démarche, qui devrait être escamotée à certains autres endroits.

4.1.6 Prescription de tâches

En guise d'aide-mémoire, un *Résumé de la rencontre* est remis à la fin de chacune des séances. Ce résumé regroupe les diapos présentant les principaux thèmes et exercices vus pendant la rencontre et la dernière diapo contient les tâches à effectuer jusqu'à la prochaine rencontre. Certaines tâches sont standardisées dans le programme et communes à tous les participants. Par exemple, chaque nouvel exercice présenté pendant la séance est inscrit sur la liste des tâches à faire de tous les clients. De la même façon, certaines tâches en relation avec les thèmes discutés peuvent être prescrites. À titre d'exemple, lors de la séance où est abordé le sujet de la gestion du stress (discussion de groupe), une tâche prescrite aux participants consiste à essayer, à une reprise d'ici la prochaine rencontre, une nouvelle stratégie de gestion du stress proposée par un autre participant et qu'ils n'ont jamais essayée jusqu'à présent.

En outre, l'une des tâches inscrites systématiquement sur la liste est le programme d'exercices individualisé pour chaque client. En effet, les clients se voient remettre à la fin de chaque séance un programme d'exercices cardiorespiratoire (à partir de la première rencontre) et une routine motrice (à partir de la deuxième rencontre). Les programmes d'exercices sont personnalisés en fonction de la condition de chacun et sont mis à jour à chaque rencontre. L'exécution de la routine motrice doit être d'une durée n'excédant pas quinze minutes par jour, six jours par semaine. Le programme cardiorespiratoire pour sa part est adapté en fonction du niveau actuel de chaque participant et son augmentation se fait de façon graduelle.

Il n'est évidemment pas question ici de décrire en détail l'entièreté des caractéristiques d'une École interactionnelle, puisque ce sujet a déjà fait l'objet d'un ouvrage à lui seul (Charest *et al.*, 1996). Les informations fournies permettent néanmoins d'avoir un aperçu suffisant du type d'intervention pour y situer le déroulement de la formation qui sera présentée en détail ultérieurement.

4.2 L'intervention stratégique en traitement individuel

Vers le début des années 2000, l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique a été adaptée pour les traitements individuels par certains membres de l'équipe interdisciplinaire actuelle, comme présenté dans l'historique. Elle est utilisée notamment à la clinique de la douleur de Rouyn-Noranda, qui faisait partie du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rouyn-Noranda lorsque ce projet a débuté, et qui est maintenant la clinique régionale de la douleur du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). Comme déjà mentionné, un cours à distance a été créé à l'UQAT portant sur l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique. Ce cours a été élaboré par l'équipe interdisciplinaire actuelle et l'utilisation de l'intervention stratégique en traitement individuel y est détaillée. L'utilisation de l'intervention stratégique pour le traitement individuel de la douleur chronique est plus récente que son utilisation sous forme d'École interactionnelle et n'a fait l'objet d'aucune étude à ce jour. Elle a donc été documentée dans cette thèse à partir du contenu du cours *Douleur chronique, syndrome douloureux régional complexe et intervention stratégique* (Nguyen *et al.*, 2016) offert à distance par l'UQAT, de documents qui se trouvent sur le site Internet (www.douleur.uqat.ca) conçu par l'équipe interdisciplinaire actuelle, de l'article de Charest *et al.* (2015) ainsi que de certains ouvrages relatifs à la thérapie brève stratégique (Fisch et Schlanger, 2005; Fisch *et al.*, 1986; Watzlawick, 1988, 1980; Watzlawick et Nardone, 2000), puisqu'ils contiennent les bases épistémologiques et théoriques sur lesquelles s'appuie l'intervention.

4.2.1 Déroutement des rencontres

Déoulant de la thérapie brève stratégique, le nombre de rencontres dans le cadre d'un traitement individuel pour un client souffrant de douleur chronique se situe généralement entre six et douze⁷. Ce nombre est généralement déterminé dès la première rencontre par le praticien en fonction de la condition du client. Ce cadre temporel préétabli sera considéré lorsque viendra le moment de convenir d'un objectif avec le client comme on le verra un peu

⁷ L'information relative au nombre de rencontres dans le contexte d'interventions individuelles a été obtenue auprès du Dr Dat-Nhut Nguyen, responsable de la clinique de la douleur du CISSSAT.

plus loin. Enfin, ce nombre peut être ajusté, à la hausse ou à la baisse, selon l'évolution de la situation et certaines particularités rencontrées.

Une intervention individuelle se distingue en cinq principaux éléments, répartis dans les trois étapes de l'intervention (première partie de la rencontre, pause-planification et retour) comme documenté par Boucher *et al.* (2017). La première partie de la rencontre, d'une durée d'environ 45 minutes, contient deux principaux éléments de l'intervention soit : (i) créer une alliance thérapeutique et (ii) faire la cueillette de données. Cette cueillette de données comprend la définition du problème d'un point de vue systémique (qu'est-ce qui amène le client à venir consulter ? Qui est impliqué ? Dans quel contexte le problème se maintient-il ? Quelles sont les solutions tentées par le client et son entourage ? Quelles sont les exceptions au problème ? etc.) et un examen physique (évaluation fonctionnelle). D'ailleurs, à la différence des Écoles interactionnelles, l'intervention individuelle ne nécessite pas une rencontre préalable pour faire le bilan fonctionnel et interactionnel avec le client, cette étape étant incluse, quoique de façon moins structurée et moins détaillée, dans la première rencontre clinique.

Lors de la première rencontre, généralement à la fin de la cueillette de données, le praticien convient d'un but avec le client. Ce but sera précisé en fonction de la description du problème du point de vue du client, en termes de changement minimal (quel est le plus petit changement qui justifierait pour le client les efforts investis dans le traitement ?) et en considérant le nombre de rencontres prévues. Cette étape incontournable de négociation d'un objectif en termes de changement minimal vise notamment à établir des attentes réalistes pour le client et à maximiser l'atteinte de cet objectif. Convenir d'un but permettra également de vérifier la réussite du traitement aux yeux du client. Enfin, le but convenu avec le client déterminera aussi l'orientation des tâches. Ainsi, bien que chacune des rencontres cliniques soit d'une importance incontestable, la première rencontre individuelle inclut des étapes et stratégies spécifiques qui détermineront l'orientation du traitement.

Ensuite, l'intervention se poursuit avec une pause planification (deuxième étape) qui constitue le troisième élément de l'intervention et qui est d'une durée d'environ quinze minutes. À la différence des Écoles interactionnelles, cette pause ne se prend pas avec les

clients, mais se veut plutôt une occasion pour le praticien de se retirer du contexte de la relation pour déterminer et inscrire sur le carnet de route des commentaires dont il fera part au client (encouragement et validation) et des tâches qui lui seront prescrites (ex. : routine motrice, tâches personnalisées de nature psychosociale et interactionnelle). La prescription d'une tâche débute toujours par des commentaires adressés au client. Ces commentaires sont présentés sous forme d'au moins un encouragement (qui consiste à souligner les forces du client, ses efforts et ses réussites) et une validation (qui consiste à se dire d'accord avec l'un des propos du client ou encore lui refléter qu'on reconnaît et respecte sa réalité) : « Ces derniers favorisent l'alliance thérapeutique et la collaboration du client aux tâches à venir. » (Charest *et al.*, 2015a, p. 245)

La troisième étape de la rencontre avec le client, le retour, comprend les deux derniers éléments de l'intervention. Ce retour débute avec le traitement proprement dit (quatrième élément), dans ce sens où le praticien fait part des commentaires (encouragement et validation) préalablement déterminés (pendant la pause) et prescrit les tâches et exercices au client. Enfin, il vérifie la compréhension du client en lui demandant de relire les commentaires et les tâches et il lui remet une copie du carnet de route (www.douleur.uqat.ca), dont la version originale est classée au dossier. Enfin, à la fin de chacune des rencontres, le praticien posera de façon systématique deux questions visant à obtenir la rétroaction du client sur la rencontre (cinquième élément) : « Quel est le point le plus important que vous reprenez de la rencontre d'aujourd'hui ? » et « Comment avez-vous trouvé la rencontre ? ».

CHAPITRE 5

RÉSULTATS RELATIFS AU CONTENU ET AU DÉROULEMENT DE LA FORMATION

C'était super apprécié, pis ça m'a développé des intérêts aussi face à la douleur chronique. Parce qu'avant je trouvais qu'on n'avait pas beaucoup d'outils justement face à cette clientèle-là. Pis souvent ça fait comme partie... c'est notre plus grosse clientèle, *faque* on les voyait longtemps, souvent pour essayer... moi dans le fond mon but c'était de les aider le plus possible. Là je trouve qu'avec ça, justement, ça nous donne *ben* plus d'outils. (Extrait tiré du verbatim de la troisième entrevue avec PRA3)

Dans une perspective interactionnelle, le changement est influencé par l'interaction entre les différentes personnes impliquées et le contexte dans lequel se situe cette interaction. Par ailleurs, en s'appuyant sur les éléments du cadre conceptuel, il est également possible de supposer que pour aider un professionnel à changer ses modèles d'action, ce dernier doit reconnaître les limites de sa façon de faire et être disposé à changer, donc être « client » d'un changement (Bourassa *et al.*, 1999). Il est donc important d'introduire les résultats de la présente recherche en précisant le contexte et la position des participants par rapport à la formation, puisque ces deux éléments ont nécessairement une influence sur leurs modèles d'action.

En premier lieu, il est important de rappeler que ce projet s'appuie sur une opportunité qui découlait d'une demande de la chef de service du département de physiothérapie pour que soit dispensée une formation à l'intervention stratégique aux employées de son département. La chef de service reconnaît les limites des traitements conventionnels offerts par ses employées aux patients souffrant de douleur chronique. Ensuite, elle semble ouverte à l'idée que ses employés apprennent des nouvelles habiletés puisqu'elle adresse directement une demande et voit des avantages à ce que ses employées fassent cette formation.

Oui, je trouve ça super intéressant, c'est une belle approche qu'on voit juste un petit peu, *faque*, toute l'équipe est super emballée, pis a hâte d'avoir tout ça là. *Faque*, j pense que ça va amener un gros plus sur le fonctionnement de l'équipe (étudiante-chercheuse : On l'espère vraiment...) à tous les niveaux là, autant entre nous autres on va se comprendre, on va parler le même langage, pis avec nos usagers, on va avoir le même discours tout le monde aussi là.

De plus, la chef de service avait des attentes face à cette formation. Une première entrevue avec cette dernière nous a permis de mettre en lumière ses attentes.

Ben, mes attentes c'est qu'elles vont avoir un beau coffre d'outils, qu'elles vont pouvoir appliquer à toute la clientèle en fait qu'on voit, euh... d'avoir une façon différente d'offrir nos traitements, nos services, une vision différente, qui fait que... sûrement qu'avec d'autres yeux, ou en tout cas une autre façon de voir les choses, on présente de façon différente pis on a une meilleure collaboration de notre clientèle. Aussi, ben c'est que je vais avoir plus d'intervenants qui vont être capables de faire mes groupes d'exercices, *faque* ça va avoir un impact sur mes groupes, mais aussi sur les interventions individuelles, si elles l'appliquent aussi en individuel, euh... c'est sûr qu'on va avoir un impact au niveau de la durée, sur la longueur du suivi, au lieu que le patient soit suivi pendant six mois, ben si on est capable de réduire de un mois, de deux mois, de quelques semaines, ben c'est un plus parce que on va pouvoir voir plus de monde. Pis probablement aussi euh... y en a peut-être qui ont tendance à voir les patients à une fréquence plus grande, pis avec ces outils-là, ben peut-être qu'on peut voir les patients moins souvent, leur donner des outils, des choses à faire à la maison. *Faque* nous ça va nous permettre de voir plus de gens, moins de fois par semaine, pis sur une durée plus courte.

Concernant les trois praticiennes qui ont participé à ce projet, elles étaient d'accord et enthousiastes à l'idée de faire la formation et reconnaissaient les limites de leurs interventions actuelles auprès de leur clientèle en douleur chronique. Certains extraits des transcriptions des entrevues semi-dirigées, et utilisées notamment dans les récits phénoménologiques, témoigneront du fait qu'elles avaient un intérêt et une attitude d'ouverture face à la formation au départ, et ce, malgré le contexte particulier dans lequel cette formation se situait (projet de recherche, présence de caméra, observation au miroir...). Cette position des praticiennes peut également être considérée comme un élément ayant influencé les résultats de la formation.

Ainsi, les résultats qui suivent doivent être considérés dans ce contexte précis, où la formation répondait à une demande et où les apprenantes avaient une attitude d'ouverture face à la formation qui leur était offerte.

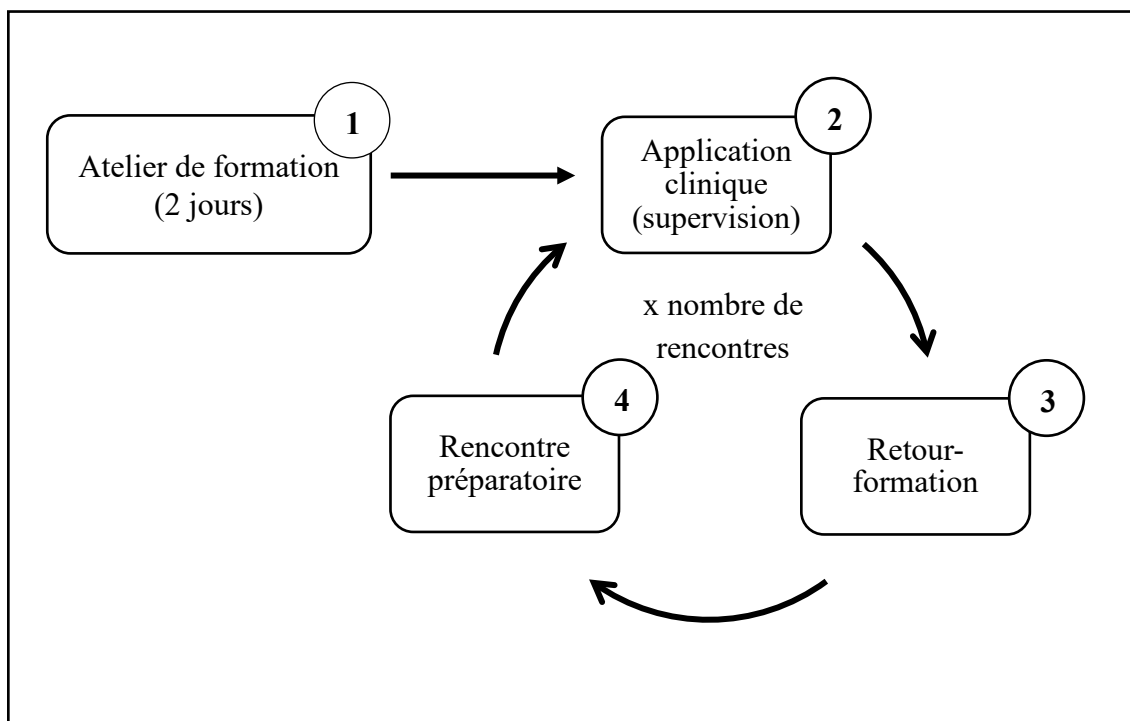
Le présent chapitre est en lien avec le premier objectif de recherche, soit documenter et analyser le contenu et le déroulement de la formation. Pour atteindre cet objectif, une analyse par questionnement analytique ainsi qu'une analyse thématique ont été effectuées. Le chapitre est structuré de façon à exposer successivement les quatre grandes étapes qui font

partie du déroulement de la formation, soit (i) l'atelier de formation de deux jours animé par les deux formateurs ; (ii) l'application clinique d'une intervention sous supervision auprès de clients réels ; (iii) le retour-formation avec les praticiennes après chacune des rencontres cliniques ; et (iv) la rencontre préparatoire avant chacune des rencontres cliniques. Le chapitre se conclut par des informations concernant les heures investies dans la formation par les praticiennes et les formateurs ainsi que par un sommaire des principales étapes et composantes de la formation.

La Figure 4 illustre de façon schématique l'organisation des quatre principales étapes de la formation. Comme on peut déjà le constater, une caractéristique du déroulement de la formation est que les étapes deux, trois et quatre se font de façon itérative, et ce, jusqu'à la dernière rencontre d'intervention clinique.

Figure 4

Déroulement de la formation



5.1 Atelier de formation

Cette première section expose les différentes étapes relatives à l'atelier de formation de deux jours, les éléments du contenu (théorique et pratique) ainsi que les principales stratégies pédagogiques utilisées.

Bien que seulement trois praticiennes aient participé à ce projet de recherche, douze praticiennes au total (physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique) ont participé à l'atelier de formation. En effet, une entente avait été prise avec la direction du département de physiothérapie qui acceptait de dégager trois praticiennes pour qu'elles puissent compléter l'ensemble des étapes de la formation. En échange, les deux jours d'atelier de formation étaient rendus disponibles gratuitement à toutes les praticiennes du département. Et enfin, il s'agissait d'une belle occasion d'initier l'ensemble des praticiennes à cette démarche d'intervention, favorisant ainsi une uniformité dans le département au niveau de la mise à jour de certaines connaissances.

Cette première étape a été d'une durée de deux jours, c'est-à-dire deux samedis consécutifs, et comprenait deux volets. Un premier volet s'est déroulé en classe, où ont été présentées les principales informations théoriques relatives aux fondements et à l'application de l'intervention stratégique (volet IT). Puis un second volet a consisté à intégrer des notions théoriques en relation avec les dimensions neurophysiologiques et mécaniques de la douleur chronique et l'élaboration d'un programme de réadaptation. Il a été nommé pour la rédaction de cette thèse « volet douleur chronique et programme de réadaptation (DC/PR) ». L'objectif général de ce volet était d'apprendre à élaborer un programme d'exercices et il s'est déroulé dans un studio où l'espace a été aménagé pour permettre la pratique des exercices qui y ont été enseignés. Plus précisément, cette salle était disposée de la même façon que dans le cadre d'une École interactionnelle et les douze praticiennes avaient le rôle de clientes et les deux formateurs avaient le rôle d'animateurs. Ces derniers ont animé cette partie en alternant informations théoriques et exercices, comme cela se déroule dans le cadre d'une École interactionnelle. Cette sous-section présentera en ordre chronologique le déroulement et les éléments du contenu de l'atelier de formation. Le présent de l'indicatif a été utilisé pour rédiger la suite de cette partie des résultats.

Le premier samedi, les praticiennes commencent à arriver quinze minutes avant le début de la formation. L'étudiante-chercheuse et les formateurs accueillent chacune d'elles avec une poignée de main. Il est à noter que FOR2 connaît chacune des praticiennes, puisqu'elles travaillent toutes au même endroit qu'elle. Des notes de cours leur sont remises à leur arrivée, comprenant une copie des diapos et des annexes. La formation débute à 9 h. En premier lieu, FOR1 explique le déroulement de la journée et indique notamment qu'il invite les gens à bouger régulièrement au cours de la formation et même à se lever au besoin, en précisant que c'est d'ailleurs ce qui est fait avec les clients qui participent à des Écoles interactionnelles de douleur chronique. La présentation du contenu de la formation débute ensuite avec la présentation de l'objectif général et du plan de la formation. Tout au long de ce volet théorique, les animateurs présentent les différentes parties du contenu en alternance, selon un ordre prédéterminé à l'avance, chaque diapo étant identifiée avec les initiales du formateur qui la présente. Après le dîner, la formation se poursuit avec le volet neurophysiologie et réadaptation dans le studio où l'apprentissage de certains exercices physiques débute.

Cette première journée se termine avec la remise d'un programme d'exercices à faire avant le samedi suivant. FOR2 explique que les documents sont remis sous le même format que celui utilisé pour les programmes d'exercices des clients dans le cadre des Écoles interactionnelles. Un carnet de route accompagne le programme d'exercices afin que les praticiennes notent les jours où les éléments de ce dernier ont été exécutés et les autres détails concernant l'exécution de ceux-ci. FOR2 explique que le carnet de route est un document qui est remis systématiquement aux clients des Écoles interactionnelles et des rencontres individuelles en intervention stratégique. Le programme d'exercices remis aux praticiennes est composé notamment d'une routine motrice comprenant neuf exercices, à exécuter six jours par semaine, et dont l'exécution ne doit pas dépasser une durée de quinze minutes. Un programme cardiorespiratoire de leur choix d'une durée de dix à quinze minutes, à exécuter trois fois par semaine, est également demandé.

La deuxième journée de formation a lieu le samedi suivant. À l'instar du samedi précédent, cette journée débute à 9 h et l'avant-midi se déroule dans la salle de classe. Avant de débiter la poursuite du volet théorique qui est présenté par les deux formateurs, FOR2 ramasse les

carnets de route et accueille la rétroaction des praticiennes sur l'exécution du programme d'exercices qui leur a été remis à la fin de la première journée de formation. Elle présente cette étape comme un « retour sur les tâches » qui se fait systématiquement au début de chaque rencontre de l'École interactionnelle. Au cours des discussions qui s'ensuivent, les praticiennes rapportent qu'elles ont trouvé assez difficile d'intégrer une routine motrice dans leur routine de vie, à travers tout ce qu'elles ont à faire (travail, enfants, tâches ménagères, etc.), et de compléter leur carnet de route. Certaines praticiennes soulignent qu'elles comprennent maintenant mieux leurs clients de ne pas toujours être assidus à l'exécution de leur routine. À la suite d'une question de FOR1 qui demande à une praticienne ce qu'elle dirait à une cliente qui lui rapporte ne pas avoir été assidue à la tâche demandée, cette dernière répond qu'avant, il y a quelques années, elle aurait interprété cela comme un manque de motivation. Après avoir vécu cette expérience, elle dirait à sa cliente que c'est normal que ce soit difficile les premiers temps, elle l'encouragerait et essaierait de chercher avec elle des moyens pour faciliter l'intégration du programme d'exercices dans son quotidien. Elle la questionnerait aussi sur les raisons qui ont fait qu'elle n'a pas effectué ses exercices.

À la suite d'un exemple clinique présenté par FOR2, les échanges tournent ensuite sur le fait de réduire la quantité d'exercices et la vitesse d'intégration lorsqu'un client ne fait pas son programme. Une praticienne ajoute que neuf exercices (ce qui leur avait été demandé), c'est beaucoup et qu'elle n'en donne pas autant à ses clients lors de la première rencontre. D'autres renchérissent dans le même sens en disant qu'il est préférable de commencer avec moins d'exercices et d'en ajouter au fil des rencontres. FOR2 précise qu'elle est d'accord, que c'est ce qu'ils font dans les Écoles interactionnelles. Elle ajoute que dans le cadre de la formation, elle ne pouvait pas respecter cette progression puisqu'elle donnait un programme d'exercices une seule fois, et qu'elle a donc proposé une routine complète.

Le but de cette tâche était de faire expérimenter aux praticiennes les difficultés que peuvent rencontrer les clients dans l'exécution de leur programme d'exercices.

Vous voyez que les clients ils ont souvent des grosses semaines, on leur impose des exercices que ce n'est pas eux qui choisissent, qu'ils ne comprennent pas toujours les bienfaits [...] Tsé, adapter au quotidien les exercices, ne pas leur tomber sur la tomate parce qu'ils ne les ont pas faits, les féliciter d'avoir changé, d'avoir eu une idée, c'est toutes des choses que c'est vraiment bien. (FOR2)

En s'adressant à une praticienne qui n'avait pas poursuivi un exercice après quelques essais, elle mentionne que c'est correct de ne pas continuer un exercice qui n'est pas significatif pour nous, il faut seulement en trouver un autre. Il ne faut pas s'acharner à demander à un client un exercice qu'il n'aime pas ou qui ne lui convient pas, il existe une multitude d'exercices, c'est important de s'adapter au client.

FOR2 a noté que l'une des praticiennes avait souligné pendant les échanges que le programme cardiorespiratoire avait été difficile à exécuter parce que son choix était de marcher à l'extérieur et qu'il n'avait pas fait beau. FOR2 en profite pour questionner les praticiennes sur les trucs qui peuvent contrer cet obstacle. Il ressort notamment de ces discussions la possibilité de marcher dans un centre commercial ou une aréna. D'autres astuces sont également suggérées par FOR2 pour favoriser l'intégration de l'activité cardiorespiratoire dans les habitudes de vie. Elle ajoute que c'est important de préciser au client qu'il y aura possiblement quelques courbatures occasionnées par cette reprise de l'activité physique, et qu'il faut aussi l'aider à distinguer entre quelques courbatures *a posteriori* et le déclenchement d'une crise de douleur due à une intensité trop forte ou à une durée trop longue de l'activité, cette dernière situation étant à éviter.

À 9 h 30, les formateurs poursuivent avec la formation théorique à l'endroit où elle s'était arrêtée à la fin de l'avant-midi de la semaine précédente, c'est-à-dire sur les tactiques thérapeutiques. Une pause est prise à 10 h 30 et, à 11 h 45, les formateurs mettent fin à cette partie puisque l'ensemble des notions qui étaient prévues au programme ont été présentées. Ensuite, pour cette deuxième journée, à l'instar de la précédente, la première partie de l'après-midi se déroule de nouveau dans le grand studio où la suite du volet neurophysiologie et réadaptation est présentée. Une pause est prise à 14 h et cette partie de l'atelier prend fin à 15 h.

Les praticiennes et formateurs retournent finalement dans la salle de classe où se déroule l'activité « synthèse » qui est présentée sous forme d'une étude de cas écrite dans laquelle les praticiennes doivent utiliser les différentes notions théoriques vues depuis le début de la formation. Cette activité est effectuée en équipe de trois. Les formateurs circulent dans la salle et s'arrêtent pour discuter avec les équipes et répondre à leurs questions au besoin.

Le Tableau 5 présente le déroulement chronologique des deux journées de cette première étape qu'est l'atelier de formation.

Tableau 5
Résumé du déroulement de l'atelier de formation

Samedi 1		Samedi 2	
8 h 45	Accueil des praticiennes	8 h 45	Accueil des praticiennes
9 h	Début : volet IT (en classe)	9 h	Retour sur les routines motrices
10 h 30	Pause	9 h 30	Suite : volet IT (en classe)
10 h 50	Suite : volet IT (en classe)	10 h 30	Pause
12 h	Fin du volet IT – dîner	10 h 45	Suite : volet IT (en classe)
13 h	Début : volet DC/PR (en studio)	11 h 45	Fin du volet IT – dîner
14 h 30	Pause	13 h	Suite : volet DC/PR (en studio)
14 h 50	Suite : volet DC/PR (en studio)	14 h	Pause
15 h 45	Remise d'une routine motrice	14 h 15	Suite : volet DC/PR (en studio)
16 h	Fin de la journée	15 h	Activité synthèse – étude de cas (en classe)
		16 h	Fin de la formation

Les notions théoriques présentées au cours du volet théorique de l'atelier de formation sont résumées dans le Tableau 6.

Tableau 6

Contenu de l'atelier de formation – volet théorique

Sections	Sous-sections	Thèmes et principaux éléments de contenu
Introduction	Objectifs de la formation	Maîtriser des interventions stratégiques pour augmenter l'efficacité de nos traitements. Plus précisément : aborder différemment les problèmes en : - Priorisant les objectifs du client - Exploitant les coups du hasard - Utilisant les soutiens du milieu environnant
	Définitions	- Définition de la douleur - Définition de la douleur chronique
	Mise en perspective	- Perspective historique des traitements de groupe - Facteurs de succès d'un traitement de groupe
Fondements de l'approche	Cible de l'intervention	Apprendre à s'autotrainer ou à « agir différemment » face à sa douleur (sa condition)
	Rôle de l'intervenant	Différence entre le rôle traditionnel (intervenant = autoritaire) et le partenariat de collaboration utilisé en intervention stratégique (intervenant = coach)
	Alliance thérapeutique	Trois conditions : établir un lien de qualité, convenir d'un but avec le client, concordance entre les tâches et l'objectif du client
	Amélioration thérapeutique	Importance de l'alliance thérapeutique et autres facteurs influençant l'amélioration thérapeutique
	Empathie	- Définition et manifestations par des comportements verbaux et non verbaux - Facteurs influençant l'encodage et le décodage des principales émotions
	Perspective interactionnelle	- Interaction : différence entre perspective « monadique » (causalité linéaire) et perspective « interactionnelle » (causalité circulaire) - Incapacité induite - Réalité : distinction des réalités de 1er ordre et de 2e ordre et implications cliniques - L'importance de la communication en physiothérapie - Axiomes de la communication : impossibilité de ne pas communiquer, communication verbale et non verbale, tout message comprend un contenu et une relation, relation symétrique ou complémentaire (expert/non-expert) - Exemples de comportements à poursuivre et à éviter en communication

Tableau 6

Contenu de l'atelier de formation – volet théorique (suite)

Sections	Sous-sections	Thèmes et principaux éléments de contenu
Démarche stratégique		Définition d'une tactique thérapeutique et explication de neuf tactiques thérapeutiques utilisées en intervention stratégique
	Neuf tactiques thérapeutiques ⁸	- Expert/non-expert - Client/touriste - Marge de manœuvre - Changement minimal - Échelle de mesure analogique - Conséquences indésirables - Avancer lentement - Recadrage - Épilogue
	Clarifier le problème	- Faire décrire le problème du point de vue du client, le plus prioritaire pour lui - Identifier les solutions tentées (jeu sans fin) et les exceptions pour orienter les tâches - Exemples de questions à poser au client
	Convenir d'un but	- Négociation en termes de changement minimal, avec ou sans échelle, moduler les attentes, utilisation du contrat (spécifiquement pour les Écoles interactionnelles)
	Prescrire des tâches de façon stratégique	- Présentation des cinq étapes et éléments relatifs à la prescription de tâches personnalisées - Explication d'une tâche appropriée et différents types de tâches (actions qui marchent déjà, actions nouvelles, actions à 180 degrés) - Critères favorisant la réalisation d'une tâche par le client - Utilisation du carnet de route
	Déroulement	- Bienfaits pour les clients de rester actifs - Comment se protéger du burnout (praticiens) - Préparation avant les rencontres - Rôles de l'animateur et du coanimateur - Pendant les rencontres (rencontre en groupe ou en individuel) : accueil, gestion de l'espace, assurer le confort des clients, structure de la rencontre - Spécifique aux Écoles interactionnelles : routine motrice, thème de la rencontre, pause interactionnelle

⁸ Les tactiques thérapeutiques ont été présentées à la section 1.2.2.2.

Voici les principales stratégies pédagogiques qui ont été utilisées par les formateurs dans le cadre du volet théorique de la formation :

- Exercices en classe effectués en équipe de deux ou trois. Plus précisément, deux activités ont été effectuées, soit un jeu de rôle pour l'exercice *Convenir d'un but* et l'exercice d'intégration de l'ensemble des notions avec l'étude de cas de *Monsieur Jacob*.
- Poser une question aux participants avant de donner l'information.
- Discussions en groupe sur des thèmes (ex. : différence entre réalité de premier ordre et réalité de deuxième ordre, certains aspects de la communication, utilisation des positions expert et non-expert, retour et discussions sur les exercices effectués en classe).
- Certains mots sont manquants sur la diapo, les praticiennes doivent compléter.
- Présentation d'informations théoriques supportées par des données probantes (articles scientifiques et livre de Comeford et Mottram, 2012).
- Vidéos : présentation d'extraits d'interventions filmées en clinique en guise d'exemple pour supporter certaines notions (ex. : identifier le langage du client).
- Obtenir la rétroaction des praticiennes sur la journée de formation (le point qu'elles ont trouvé le plus important et leur appréciation générale sur l'ensemble de la journée).

Tout au long de cette partie de l'atelier de formation, les praticiennes font des liens entre les notions présentées et certains clients qu'elles ont déjà rencontrés ou qui sont actuellement en traitement avec elles. Cela permet aux formateurs et aux praticiennes d'échanger et d'apporter des précisions et des réponses à partir d'exemples concrets.

Le Tableau 7 présente le contenu du volet *Douleur chronique et programme de réadaptation* de l'atelier de formation, se déroulant dans le grand studio.

Tableau 7

Thèmes et principaux contenus abordés dans le volet

Douleur chronique et programme de réadaptation

Introduction	Objectif	Élaborer un programme stratégique d'exercices dans le cadre d'un traitement de groupe (École interactionnelle) et d'un traitement individuel
	Amorce	- Cibles des programmes d'exercices - Douleur, symptômes et autres impacts
Notions de base (en vue de l'élaboration d'un programme d'exercices)	Mécanismes de blessures	- Explications du point de rupture - Trois types de stratégies (qui maintiennent le problème : stratégie d'endurance et stratégie d'évitement ; directive dans le programme d'exercices : bouger sans augmentation de douleur) - Langage du client et questions à poser
	Aspects neurologiques	- <i>Red flag</i> : perte de poids inexplicée, perte de force ou de sensibilité progressive dans un territoire nerveux, incontinence fécale ou urinaire (souiller ses vêtements sans s'en rendre compte), hyperthermie inexplicée - Changements corticaux et douleur chronique, concept de <i>neurotag</i> et cercles vicieux biomécanique, neurophysiologique et psychosocial - Implications cliniques - Déficits sensitifs, examens cliniques et langage du client - Problèmes de proprioception, facteurs de risque et douleur chronique, langage du client
En relation avec la proprioception :		
- Explications et pratique de l'exercice de symétrie en position assise (difficile d'en faire la démonstration, exercice plutôt basé sur les sensations du corps) - Explications, démonstration et pratique de l'exercice des lunettes fovéales en position debout - Explications, démonstration et pratique de l'exercice des mini-oui/mini-non		
Notions de base (suite)	Aspects neurologiques (suite)	- Inhibition réflexion versus cocontraction - Distinction entre muscles globaux (mobilisateurs) et locaux (stabilisateurs) et altération de leurs fonctions dans la douleur chronique
	Contrôle moteur	- Lien entre problème de stabilisation et douleur chronique (signes cliniques et langage du client) - Stabilisation en chaîne dans tout le corps
En relation avec la stabilisation :		
- Explications et pratique de l'exercice de la bascule du bassin en positions couchée, assise et debout		
Notions de base (suite)	Contrôle moteur (suite)	- Intégration des exercices de stabilisation au quotidien (autocollants rouges) - Signes cliniques de cocontraction des muscles globaux - Problème de respiration et douleur chronique (signes cliniques et langage du client)

Tableau 7

Thèmes et principaux contenus abordés dans le volet
Douleur chronique et programme de réadaptation (suite)

En relation avec l'implication des différents muscles mobilisateurs et stabilisateurs :		
- Explications et pratique de l'exercice de respiration diaphragmatique en positions couchée, assise, debout avec appui, debout sans appui, en soulevant une charge - Expérimentation de l'impact du stress sur la respiration avec la visualisation d'un souvenir stressant ou désagréable - Explications et pratique de l'exercice de respiration par étage en position couchée		
Notions de base (suite)	Autres points à considérer	- Posture et énergie musculaire - Zone neutre
En relation avec la zone neutre et la rééducation musculaire :		
- Explications, démonstration et pratique de l'exercice de l'alignement : grandir à chaque respiration - Explications, démonstration et pratique (en position assise et debout avec appui) de la stabilisation complète : bascule du bassin + zone neutre, stabilisation (porter attention sur le plancher pelvien) + respiration diaphragmatique + répéter les étapes pour le bas du dos, milieu du dos, thorax, épaules et cou (alignement du bas vers le haut) - Explications, démonstration et pratique de l'exercice de la stabilisation complète en mouvement		
Notions de base (suite)	Autres points à considérer (suite)	- Sommeil/fatigue (relation entre problèmes de sommeil et douleur chronique, implications cliniques et évaluation du sommeil) - Relation entre douleur chronique et différents problèmes du système digestif (dû au stress, à certains médicaments ou à la posture et le contrôle moteur du plancher pelvien) - Comorbidités dues à la sensibilisation du <i>neurotag</i> (cercle vicieux neurophysiologique), aux effets secondaires de certains médicaments et problème de stabilisation qui se généralise) - Relation entre la perte ou prise de poids expliquée ($\neq$ <i>red flag</i>) et quelques stratégies d'interventions - Problèmes financiers dus à l'inquiétude et au stress occasionné souvent par l'absence au travail - Relation entre stress et douleur chronique et implications cliniques
	Communication	- Impact de la fatigue et de la douleur chronique sur la communication du client avec son entourage - Implication dans l'intervention (prescription d'une action) - Impact de l'interprétation de la part du praticien face à son client et effet thérapeutique - Importance de trouver une qualité au client
	Médicaments	- Place des médicaments en douleur chronique - Effets secondaires et conséquences - Rôle et droits du praticien face aux médicaments - Sevrage

Tableau 7

Thèmes et principaux contenus abordés dans le volet
Douleur chronique et programme de réadaptation (suite)

Élaboration du programme d'exercices	Évaluation	- Évaluation fonctionnelle (contrôle moteur, proprioception, stabilisation, respiration, troubles sensitifs) - Obtention d'informations pour préparer le programme d'exercices (ex. : qu'est-ce que le client peut faire actuellement sans augmentation de douleur ?) - Bilan interactionnel (tactique thérapeutique client ou touriste)
	Routine motrice	- Définition du meilleur exercice - Stratégies pour augmenter la collaboration du client - Stratégies et outils pour maximiser la réussite du client - Favoriser les exercices fonctionnels (qui s'intègrent dans les habitudes de vie et les activités quotidiennes du client) - Durée/fréquence/éviter de prescrire trop d'exercices - Exercices toujours sans augmentation de douleur - Vérifier les signaux d'arrêt pour le client
	Cardiorespiratoire	- Trouver le niveau actuel sans augmentation de douleur - Déterminer activité, fréquence et durée à prescrire - Consigne « sans augmentation de douleur »
	Gestion des capacités	- Présentation du tableau de gestion des capacités - Comment prescrire
		- Présentation du site Internet (www.douleur.uqat.ca) sur lequel est disponible tout le matériel requis pour l'animation des Écoles interactionnelles et l'élaboration d'une routine motrice, tant en traitement de groupe qu'en traitement individuel.

Tout au long de ce volet de l'atelier de formation qui se déroule dans le studio, les praticiennes sont invitées à changer de position au besoin et des accessoires sont mis à leur disposition pour leur permettre d'alterner les positions couchée, assise et debout, comme c'est le cas dans le cadre d'une École interactionnelle. C'est aussi ce qui simule le plus l'environnement dans lequel travaillent les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique en centre hospitalier dans leurs traitements individuels. Pendant la pratique des exercices, FOR2 insiste toujours sur l'importance du confort, qui peut être maximisé en utilisant différents accessoires (ex. : oreillers sous genoux lorsque couché sur le dos, oreillers sous les bras lorsqu'en position assise et que les épaules sont trop basses). Pendant la pratique de l'exercice de respiration, les praticiennes le font une première fois seules dans chacune

des positions (couchée, assise, debout avec appui, debout sans appui). Ensuite, elles font de nouveau l'exercice en équipe de deux, comme le font les clients dans le cadre des Écoles interactionnelles. Dans un premier temps, l'une des praticiennes exécute et l'autre observe et donne des consignes au besoin. Elles inversent ensuite les rôles. Ensuite, FOR2 utilise une praticienne pour expliquer certaines astuces pour guider une cliente dans l'exécution de l'exercice de respiration en position assise, en expliquant l'importance d'assurer une position confortable, par exemple en mettant un objet comme un oreiller sous les pieds lorsque les pieds de la cliente ne touchent pas par terre.

Bien que FOR2 soit généralement dans une position « expert » et les praticiennes dans une position « non-expert » dans cette partie de l'atelier, l'ensemble des participantes se retrouvent à quelques reprises sur une base égalitaire. C'est le cas notamment lorsqu'elles discutent de l'évaluation fonctionnelle. En effet, dans le cadre de leur travail, les praticiennes font déjà une évaluation et il y a certains points présentés par FOR2 qu'elles appliquent déjà ; cela donne lieu à quelques échanges d'expert à expert. De plus, les praticiennes travaillent avec des gens souffrant de douleur chronique et ont déjà observé certaines choses dans leurs évaluations ; elles partagent entre elles et avec FOR2 certaines de ces observations. Il faut noter également que FOR2 travaille au Centre hospitalier et qu'elle utilise dans son travail les exercices qu'elle enseigne. Ainsi, les praticiennes la voient à l'œuvre, car elles travaillent parfois près les unes des autres.

Enfin, des documents sont remis aux étudiants pour compléter les notes de cours (diapos PowerPoint). Ces annexes sont présentées dans le Tableau 8. Les annexes qui sont marquées d'un astérisque (*) sont des outils pratiques que les praticiennes peuvent utiliser en intervention clinique avec leurs patients et qui sont disponible sur le site internet (www.douleur.uqat.ca).

Tableau 8

Annexes remises pendant l'atelier de formation en classe

1	Description des principaux sourires
2	Éviter – poursuivre (en communication)
3	Document définissant les principales tactiques thérapeutiques
4	Formulaire servant à faire le bilan interactionnel avec un client dans le cadre d'un traitement individuel (questions à poser aux clients)
5	Document expliquant comment convenir d'un but avec un client en négociant un changement minimal
6	Conséquences indésirables (tactique thérapeutique)
7	Recadrage (tactique thérapeutique)
8	Questions à prioriser pour obtenir une information stratégique
9	Le 180 degrés (exemples de solutions tentées et prescriptions associées)
10*	Carnet de route (document remis aux clients à la fin de chaque rencontre)
11	Écoute thérapeutique : les principaux comportements associés à se sentir davantage compris ou incompris
12*	Respiration par étage (description et explications)
13*	Sommeil : mesure-amélioration : document à remettre aux clients pour leur permettre d'évaluer leur sommeil
14*	Communication différente : document à remettre aux clients sur lequel leur sont proposées différentes stratégies pour améliorer leur communication avec leur entourage
15*	Médicaments : effets secondaires et complications : document à remettre aux clients pour leur donner des informations sur la prise de médication à long terme
16	Progression – routine motrice : document qui présente et explique la progression des différents exercices de base prescrits aux clients
17*	Gestion des capacités (document à remettre aux clients qui présente des exemples de stratégies de gestion des capacités)

*Point de rupture : cette annexe n'est pas numérotée puisqu'elle n'a pas été remise aux praticiennes dans le cadre de l'atelier de formation. C'est un outil pratique (une page avec les six diapos utilisées dans le cours pour expliquer le point de rupture) qui a été créé après la formation et remis aux praticiennes pour les aider à expliquer le point de rupture à leurs patients dans leur milieu clinique.

De la même façon que les praticiennes devront obtenir la rétroaction des clients à chacune des rencontres cliniques qu'elles animeront dans la prochaine étape de la formation, les formateurs terminent la journée avec deux questions auxquelles toutes les praticiennes présentes à cette formation doivent répondre : « Dans tout ce que nous avons vu, y a-t-il un point que vous pourriez intégrer à votre pratique dès lundi matin ? » et « Comment avez-vous trouvé la formation ? »

Voici un résumé de la rétroaction obtenue par les trois participantes de cette étude :

- PRA1 mentionne que l'objectif (convenir d'un but avec le client) a été un point important pour elle. Elle ajoute qu'elle ne convenait pas d'un objectif précis avec ses clients auparavant et que maintenant, elle a du bagage pour le faire. Elle mentionne avoir également beaucoup accroché sur le point de rupture et précise qu'elle a déjà commencé à utiliser cet outil dans sa pratique. Un élément qu'elle a trouvé intéressant de voir avec les vidéos présentées en classe (extraits d'un exemple clinique) est qu'on peut demander au client de trouver des astuces ou des exercices qui peuvent l'aider. Elle dit que dorénavant elle va questionner davantage le client sur ce qu'il pourrait trouver lui-même. Elle ajoute avec un petit rire que son stress vient d'augmenter pour la semaine prochaine, parce qu'elle débutera l'application d'une École interactionnelle dans le cadre de la formation. Enfin, elle termine en mentionnant qu'elle sait qu'elle va être épaulée et encadrée. FOR1 confirme qu'ils vont être présents.
- PRA 2 mentionne qu'auparavant elle demandait l'objectif au client, mais qu'elle ne s'en occupait plus par la suite, un changement qu'elle compte essayer d'implanter dans sa pratique graduellement. Elle termine en disant qu'ils ont vu beaucoup de choses pendant cette formation et qu'il faut maintenant « décortiquer tout ça et en intégrer petit peu par petit peu dans la pratique ».
- PRA3 mentionne qu'elle compte désormais prendre plus de temps avec ses nouvelles prises en charge (une heure et demie au lieu d'une heure). Elle est un peu stressée de devoir intégrer tout ça en vue des rencontres individuelles qui débuteront la semaine suivante dans le cadre de la formation.

L'atelier de formation de deux jours est suivi de l'application clinique de l'intervention auprès de patients réels. La section suivante présente le déroulement de cette partie de la formation.

5.2 Application clinique d'une intervention

La démarche de formation se poursuit avec l'application réelle d'une intervention clinique qui débute une semaine suivant la fin de l'atelier de formation. Comme expliqué précédemment, deux praticiennes (PRA1 et PRA2) appliquent une intervention sous forme d'École interactionnelle (neuf rencontres au total) et pendant cette même période, à des journées différentes, une praticienne (PRA3) applique des interventions individuelles auprès de trois clients différents (onze rencontres au total). Cette étape intègre principalement trois stratégies pédagogiques, soit une supervision en direct, accompagnée d'interventions de la part des formateurs au besoin, et un retour-formation à la fin de chacune des rencontres. Les prochaines sous-sections présentent de façon détaillée le déroulement et les caractéristiques de ces différentes étapes pour chacun des contextes d'intervention, c'est-à-dire l'application d'une École interactionnelle dans un premier temps et l'application des traitements individuels ensuite.

5.2.1 Application d'une École interactionnelle (PRA1 et PRA2)

Le déroulement des neuf rencontres d'évaluation fonctionnelle et interactionnelle qui représentent la première étape de l'intervention, ainsi que le déroulement des neuf rencontres de l'École interactionnelle sont ici présentés en mettant en évidence les interventions effectuées par les formateurs au cours de ces rencontres.

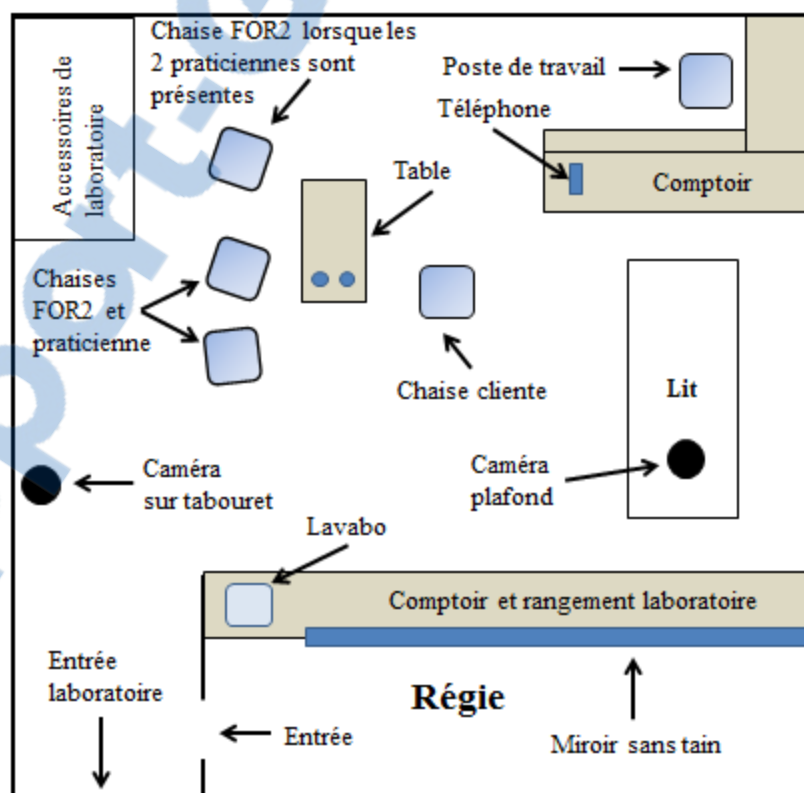
5.2.1.1 Évaluation fonctionnelle et interactionnelle

Comme mentionné auparavant, l'École interactionnelle est une rencontre de groupe (huit patients et deux animateurs) qui comprend huit rencontres échelonnées sur trois mois ainsi qu'une relance six mois plus tard, mais son application clinique débute par une évaluation fonctionnelle accompagnée d'un bilan interactionnel (www.uqat.ca). Les deux principaux objectifs de cette première rencontre tenue individuellement avec chacun des clients consistent à (i) évaluer leurs capacités physiques et fonctionnelles (bilan fonctionnel) dans le but de préparer pour eux un programme d'exercices individualisé ; et (ii) évaluer — et influencer — leur intérêt à participer et à s'impliquer dans l'intervention (bilan interactionnel). Cette première étape est intégrée dans la partie de la formation relative à l'application clinique et se fait sous supervision en direct.

Dans le contexte de la présente étude, l'étape de l'évaluation fonctionnelle et interactionnelle s'est déroulée dans le laboratoire des soins infirmiers de l'UQAT, où il y a une salle d'observation avec un miroir sans tain et un système audiovisuel pour enregistrer les séances. Le miroir sans tain sépare deux pièces adjacentes, l'une étant occupée par la praticienne et le client, et l'autre par le ou les formateurs qui supervisent l'intervention. Ce miroir est unidirectionnel et permet une supervision en direct de la part des formateurs sans que le client ne soit intimidé par la présence de ces derniers. Les formateurs et la praticienne peuvent communiquer par l'entremise d'un téléphone à circuit fermé. La salle est également équipée d'un lit, de trois chaises et d'une petite table sur laquelle se trouvent le téléphone et deux verres d'eau. Les chaises sont disposées de façon à ce que FOR2 et une praticienne soient assises une à côté de l'autre en face du client, avec un angle de 45 degrés. La disposition plus précise de la salle est présentée dans la Figure 5.

Figure 5

Disposition de la salle dans le cadre de l'application d'interventions individuelles



Source : auteure.

L'application de l'évaluation fonctionnelle/bilan interactionnel s'est tenue sur deux jours dans la même semaine, pendant lesquels les praticiennes, avec l'aide de FOR2, ont effectué une première rencontre auprès de neuf patients. Cinq clients ont été vus pendant la première journée et quatre clients ont été vus pendant la deuxième journée. Pendant chacune des rencontres, FOR1 se trouvait derrière le miroir sans tain pour observer et prendre des notes pour le retour/débriefage. FOR2 pour sa part alterne sa présence dans la salle avec les praticiennes et derrière le miroir pour observer. Voici maintenant plus en détail le déroulement de ces rencontres d'évaluation.

Pour commencer la première journée de rencontres d'évaluation, FOR2 et les praticiennes se rencontrent afin de discuter du déroulement. Elles regardent ensemble le formulaire qui est utilisé et FOR2 explique ce qu'il faut observer. Elle donne aussi des exemples de mouvements à faire effectuer au client pour faire l'évaluation physique. Pour les premières évaluations, il est convenu que FOR2 restera dans la salle et fera une évaluation avec chacune des praticiennes à tour de rôle, pendant que l'autre praticienne sera de l'autre côté du miroir sans tain avec FOR1. Elles déterminent donc ensemble comment elles se répartiront les différentes sections de l'évaluation. FOR1 n'est pas présent à cette rencontre.

Première rencontre d'évaluation. Comme convenu, pour cette première rencontre d'évaluation, FOR2 est dans la salle avec une praticienne, PRA1. C'est FOR2 qui débute l'évaluation fonctionnelle avec la cliente pendant que PRA1 observe. PRA2 est derrière le miroir sans tain avec FOR1 et les deux observent. Après huit minutes, FOR2 laisse PRA1 poursuivre avec la suite des questions de l'évaluation fonctionnelle pendant qu'elle continue cependant de remplir le formulaire. Après huit minutes, FOR2 continue le questionnaire pendant six minutes. Après un total de 22 minutes de questionnement, FOR2 commence l'examen physique pendant que PRA1 observe et inscrit les informations sur le formulaire. Elle assiste également FOR2 au besoin (ex. : aller chercher le tabouret, les serviettes, etc.). Puis FOR2 débute le bilan interactionnel pendant que PRA1 observe. Cette partie dure douze minutes. Puis enfin, FOR2 laisse PRA1 compléter le bilan interactionnel, ce qui dure six minutes. Dans cette première rencontre d'évaluation, qui a duré au total 40 minutes, PRA2 a passé davantage de temps à observer qu'à intervenir.

Après cette première rencontre, PRA1, PRA2, FOR1 et FOR2 se rencontrent. Les échanges portent essentiellement sur la tactique thérapeutique de « client ou touriste » et chacun donne sa perception du niveau auquel il situe Madame sur l'échelle de 0 à 10 (0 = touriste et 10 = cliente). FOR1 et FOR2 laissent d'abord PRA1 et PRA2 donner leur résultat et le justifier avec leurs arguments en fonction du déroulement de la rencontre. Ils présentent ensuite leur évaluation avec leur justification. Les discussions mettent en évidence l'évolution de cette évaluation au cours de la rencontre en fonction des informations obtenues. Cette partie dure cinq minutes. Les praticiennes prennent quelques minutes en attendant l'arrivée de la deuxième cliente pour inscrire quelques notes au dossier de la première cliente.

Deuxième rencontre d'évaluation. Juste avant de débiter la rencontre, FOR2 et PRA2 regardent ensemble le questionnaire et déterminent les sections que chacune va effectuer. FOR2 mentionne à PRA2 que cette fois-ci, elle va essayer de « ne pas s'emporter », et demande à PRA2 si elle veut faire aussi une partie de l'examen physique, ce que cette dernière accepte. La deuxième rencontre d'évaluation débute donc selon le même déroulement que la première, mais cette fois avec PRA2. Pendant cette rencontre, PRA1 est derrière le miroir sans tain avec FOR1. Après avoir donné quelques explications à la cliente concernant le déroulement de la rencontre, FOR2 débute le questionnaire relatif à l'évaluation fonctionnelle et PRA2 inscrit les informations sur le formulaire. Après huit minutes, les rôles sont inversés et PRA2 poursuit le questionnaire. À l'occasion, FOR2 insère des questions pour obtenir certaines informations supplémentaires. PRA2 poursuit l'évaluation fonctionnelle jusqu'à la fin et FOR2 ajoute des questions au besoin. Cette première partie dure 23 minutes. Ensuite, FOR2 procède à la totalité de l'examen physique pendant que PRA2 observe et prend des notes sur le formulaire. Cette partie dure onze minutes. FOR2 fait en entier la partie du bilan interactionnel, qui est d'une durée de cinq minutes, pendant que PRA2 observe et prend des notes sur le formulaire. Au total, cette rencontre d'évaluation dure 39 minutes et PRA1 a observé davantage qu'elle n'est intervenue.

Lors du retour, FOR1 invite les praticiennes à se prononcer sur leur évaluation de la notion « client ou touriste » pour cette cliente. Il y a ensuite quelques discussions sur les soins qu'elle reçoit déjà à la clinique de la douleur et en physiothérapie où elle est déjà suivie par PRA1, puisque le programme d'exercices dans le cadre de l'École interactionnelle devra être adapté en fonction de ce cheminement déjà entamé. La cliente a mentionné pendant la

rencontre d'évaluation qu'elle a été informée par PRA1 que si elle intègre l'École interactionnelle, ces rencontres remplaceront ses traitements individuels en physiothérapie qui prendront alors fin. Il y a ensuite quelques échanges sur certaines observations qui découlent du bilan fonctionnel et de l'évaluation physique. Le retour concernant précisément la rencontre d'évaluation dure six minutes. La durée totale de cette rencontre incluant les discussions du retour est de 45 minutes.

Troisième rencontre d'évaluation. En préparation à la troisième rencontre d'évaluation, FOR2 demande aux praticiennes si elles se sentent capables de procéder toutes les deux seules pendant qu'elle se trouverait derrière le miroir avec FOR1. PRA2 dit qu'elle se sent à l'aise, mais qu'en même temps elle reconnaît que FOR2 ajoute parfois des questions qu'elle n'est pas certaine de penser à poser elle-même. FOR1 propose que PRA1 et PRA2 procèdent à l'évaluation et que FOR2 reste présente dans la pièce avec elles, un peu en retrait, et intervienne au besoin. PRA2 endosse cette proposition et FOR2 accepte. Avant de débiter la troisième évaluation, PRA1 et PRA2 déterminent ensemble qui fera quelle partie de l'évaluation. Avec FOR2, elles révisent les principales questions à poser, notamment concernant les solutions tentées et les exceptions.

Lors de cette troisième rencontre d'évaluation, les deux praticiennes font l'entrevue ainsi que l'examen physique en alternance tandis que FOR2 reste un peu à l'écart et observe la majorité du temps. Pendant la période de 25 minutes que dure cette première partie de l'évaluation, FOR2 intervient à sept reprises pour faire approfondir certains points comme elle le faisait dans les deux premières rencontres. PRA2 débute l'examen physique pendant que PRA1 prend des notes sur le formulaire et que FOR2 observe. Celle-ci reste près de PRA2, elle se positionne parfois derrière elle, de façon à bien voir les manœuvres que PRA2 effectue et les mouvements effectués par le client. FOR2 intervient à l'occasion pour apporter des précisions. Par exemple, à 28 minutes, PRA2 demande au client de faire un mouvement (baisser la tête vers l'avant) et FOR2 intervient en mentionnant « sans augmentation de douleur ». PRA2 répète immédiatement la directive au client. Après six minutes, les rôles sont inversés, PRA1 poursuit l'examen physique pendant que PRA2 inscrit les informations sur le formulaire. L'examen physique dure 20 minutes. Au cours des huit dernières minutes, FOR2 intervient directement avec PRA1 auprès du client pour faire des vérifications et aider en même temps PRA1 à

examiner certaines particularités au niveau physique (ex. : mouvements, amplitude articulaire, tensions musculaires). Parfois, elle examine quelque chose une première fois et une praticienne refait le même test. Pour terminer, PRA2 fait le bilan interactionnel. Cette partie dure six minutes. Au total, cette troisième rencontre d'évaluation a duré 51 minutes. Les praticiennes, en alternance, ont complété la majorité de la rencontre.

Le retour de cette rencontre se déroule comme les deux précédentes, les échanges portent sur la notion « client ou touriste » et sur quelques observations relatives à la condition du client. Ce retour dure seulement deux minutes et complète l'avant-midi de cette première journée d'évaluation.

Quatrième rencontre d'évaluation. Avant la rencontre, les praticiennes et FOR2 prennent quelques minutes pour discuter de la cliente qui sera évaluée. Pour cette quatrième rencontre d'évaluation, FOR2 et les praticiennes ont convenu que FOR2 se trouverait encore dans la salle avec elles, comme dans le cas de la rencontre précédente. Encore une fois, le bilan fonctionnel se fait en alternance entre les deux praticiennes. FOR2 intervient pour la première fois après 19 minutes. Alors que PRA1 a demandé à la cliente de lui indiquer les endroits où elle ressent de la douleur, FOR2 lui propose de les colorier sur l'image du corps qui se trouve sur le formulaire. Elle intervient une seconde fois pendant le déroulement du bilan fonctionnel pour approfondir sur la durée de l'activité physique sans augmentation de douleur. Cette première partie de l'évaluation dure 25 minutes. Comme lors de l'évaluation précédente, PRA2 fait la première partie de l'examen physique. FOR2 intervient à quelques occasions. Par exemple, alors que PRA2 demande à la cliente de faire certains mouvements avec la tête, et qu'elle se trouve à une distance d'environ un mètre devant elle, FOR2 se déplace derrière la cliente pour tenir ses cheveux et observer de plus près. PRA1 prend des notes sur le formulaire. Suite au commentaire de la cliente mentionnant que quelque chose a craqué en faisant un exercice, FOR2 demande à la cliente de refaire l'exercice et elle touche derrière l'omoplate pour sentir le craquement. Elle fait également préciser à la cliente où elle ressent ce craquement. La cliente indique qu'elle sent des engourdissements au niveau des omoplates. FOR2 vérifie la sensation au niveau des deux omoplates en frottant avec ses mains. Elle fait également quelques vérifications supplémentaires avec le diapason (évaluation neurologique) lors de l'examen physique avec cette cliente, considérant les

particularités de sa condition, ce qu'elle n'avait pas fait avec les clients précédents. Les deux praticiennes observent. PRA1 fait ensuite la deuxième partie de l'examen physique, FOR2 se met un peu en retrait et observe. À 41 minutes, juste avant que la dernière étape de l'évaluation physique soit effectuée (en position debout), PRA2 se lève et va faire des tests supplémentaires pour vérifier certaines causes possibles des engourdissements parfois ressentis par la cliente aux mains et aux bras. FOR2 observe. C'est PRA2 qui complète la dernière partie de l'évaluation physique. FOR2 est très près et intervient parfois directement auprès de la cliente pour l'exécution de certains mouvements. Elle explique aux praticiennes certaines vérifications précises à faire, notamment en touchant les muscles du dos lors de l'exécution de certains mouvements des bras. Cette partie de l'évaluation dure 25 minutes. Le bilan fonctionnel est ensuite complété par PRA1, avec quelques interventions de FOR2 pour ajouter des explications concernant le temps à consacrer aux activités qui seront demandées pendant les rencontres. Cette partie a duré sept minutes. La rencontre d'évaluation dure au total 57 minutes et elle est complétée majoritairement par les praticiennes.

Lors du retour de cette rencontre, FOR2 fait expérimenter aux praticiennes le diapason qu'elle a utilisé avec la cliente. Ensuite, comme lors des rencontres précédentes, les praticiennes et les formateurs discutent de la notion « client ou touriste » pour cette cliente en indiquant chacun leur tour leur évaluation accompagnée de leurs justifications. Ce retour inclut également une rétroaction sur certaines interventions. Notamment, FOR1 mentionne qu'il est important de faire approfondir certains aspects à l'aide de questions ouvertes. Il donne l'exemple du moment où la cliente a dit : « J'ai peur de mourir la nuit » et que PRA1 n'a pas fait approfondir. FOR1 lui donne un exemple de question ouverte à introduire dans une telle situation : « Qu'est-ce que vous voulez dire par peur de mourir ? » pour savoir plus précisément ce qui l'inquiète. Finalement, FOR1 mentionne à PRA1 qu'il faudrait qu'elle parle un petit peu plus fort lorsqu'elle fait l'évaluation. Le retour est interrompu par l'étudiante-chercheuse qui vient aviser que la dernière cliente de la journée est arrivée et doit partir pour 16 h. FOR1 fait un dernier commentaire à PRA2 avant que la prochaine rencontre débute. FOR1 discute avec PRA1 de l'expression « respecter la douleur » qu'elle a utilisée tout au long de l'examen physique. Il indique notamment que contrairement à l'expression « sans augmentation de douleur », l'expression « respecter la douleur » peut être interprétée

de différentes façons par le client. Il l'informe que si elle veut utiliser cette expression, elle peut le faire, mais qu'elle doit cependant vérifier comment le client l'interprète et redéfinir avec lui son expression au besoin pour que l'objectif soit respecté, c'est-à-dire « sans augmentation de douleur ». Si le client interprète différemment, il faut apporter une précision. Ou encore, utiliser « sans augmentation de douleur », qui est plus précise. Puis enfin, FOR2 ajoute qu'il est préférable d'éviter d'utiliser l'expression « on » lorsqu'on donne une directive au client (ex. : « on va lever le bras... », il faut plutôt utiliser le « vous » ou le « tu » (ex. : vous allez lever le bras). Le retour est d'une durée de dix minutes.

Cinquième rencontre d'évaluation. Cette dernière rencontre d'évaluation de la journée se déroule de la même façon que les deux précédentes. FOR2 est dans la pièce avec les deux praticiennes pour les aider au besoin. PRA1 complète la première partie de l'évaluation fonctionnelle, PRA2 complète la deuxième partie. Pendant cette première partie, qui dure 30 minutes, FOR2 intervient à quelques reprises pour faire approfondir sur certains points (ex. : le confort au poste de travail). La même routine est utilisée également pour l'examen physique, PRA2 fait la première partie, PRA1 fait la seconde partie, FOR2 intervient au besoin directement auprès de la cliente pour vérifier certains éléments physiques dans les mouvements ou les contractions musculaires. Cette deuxième partie dure seize minutes. Enfin, le bilan interactionnel est fait par PRA2 et a duré quatre minutes. La durée totale de la rencontre est de 50 minutes.

Comme c'est le cas après chacune des rencontres, pendant ce retour, les praticiennes et les formateurs discutent de la notion « client ou touriste » relativement à cette cliente. Pour la partie de la rétroaction, FOR1 commence par souligner à PRA2 qu'elle a parlé plus fort et il la félicite. Il souligne ensuite à PRA1 qu'elle a posé plus de questions ouvertes, ce qui est très bien. Il y a ensuite quelques échanges sur certaines questions de l'évaluation avec lesquelles les praticiennes se disent moins confortables, notamment celles qui concernent l'impact de la douleur sur le moral. Par exemple, PRA1 mentionne qu'il y a une question qu'elle n'a pas osé poser (elle ne cite pas la question) parce que la cliente avait déjà les yeux pleins d'eau et qu'elle craignait que cela la fasse pleurer. FOR1 lui indique que ce qu'il aurait aimé voir, c'est comment elle réagira lorsque cela arrivera. PRA1 lui répond « Ouin... il ne faut pas trop m'en demander ». Ce commentaire est donné avec humour, PRA1 et FOR1 rient. FOR1 ajoute que

l'important est de noter les propos et réactions du client lorsque cela se produit et de trouver une occasion d'aborder le sujet avec lui au cours des rencontres de l'École.

FOR1 demande aux praticiennes quel est le point le plus important qu'elles retiennent par rapport aux rencontres d'évaluation. PRA1 mentionne qu'elle a remarqué des similitudes au niveau des postures des clients. Elle a aimé pouvoir faire l'exercice en groupe, avec PRA2 et FOR2. Elle ajoute en regardant PRA2 qu'elle ne voulait pas l'interrompre, mais qu'elle aurait eu envie d'approfondir certaines informations sur la douleur. PRA1 enchaîne en disant qu'elle ne sait pas jusqu'où elles peuvent aller lorsqu'elles interrogent le client, c'est ce qu'elle trouve difficile. Il s'agit du point le plus important qu'elle retient de sa journée. FOR1 confirme qu'elles sont effectivement limitées parce qu'elles ont beaucoup de points à explorer. PRA1 donne l'exemple d'une cliente évaluée qui pleurait, elle mentionne qu'elle n'avait pas le goût d'aller la « *picosser* ». FOR1 ajoute que c'était approprié de ne pas le faire. PRA1 ajoute que cela l'a rendu mal à l'aise, qu'elle avait envie de pleurer avec elle, et que c'est en quelque sorte les questions qui avaient provoqué ces émotions, elle a donc choisi de ne pas approfondir davantage sur la douleur et de rester plus en surface. FOR1 précise que dans les Écoles, c'est quelque chose qui risque de se produire, que le contexte devienne plus émotif et que des gens pleurent, et qu'il y a moyen de retourner une rétroaction aux gens pour leur signaler qu'on reconnaît leur émotion, et qu'il ne faut pas ignorer ces émotions. Ils discutent des façons verbales et non verbales de gérer ce genre de situation. PRA1 ajoute qu'elle avait envie de dire à cette cliente « je vous trouve bonne de continuer à travailler avec votre condition ». FOR1 lui confirme que, non seulement c'est une bonne idée, mais l'encourage à dire ce genre de commentaire les prochaines fois.

FOR2 mentionne aux praticiennes que, pour elle, le point le plus important de la journée est qu'elle les trouve très bonnes. PRA2 la remercie avec un sourire. Elle mentionne ensuite que le fait d'avoir été une fois observateur derrière le miroir sans tain et d'avoir FOR2 dans la salle avec elle pour ces premières rencontres d'évaluation est quelque chose qui l'a beaucoup rassurée. PRA1 souligne que le fait que les personnes évaluées étaient déjà « clients » (ce sont des clients qui sont ou ont été suivis en physiothérapie au Centre hospitalier et sont intéressés à faire l'École interactionnelle) a rendu ces évaluations agréables. FOR1 confirme qu'effectivement une présélection a déjà été faite et que les personnes sont arrivées déjà « clientes ».

FOR1 mentionne que ce serait bien que FOR2 soit présente dans la salle avec elles pour les autres rencontres aussi, ce qui éviterait d'utiliser le téléphone pour les correctifs ou ajouts à apporter puisque lorsqu'elle est présente, elle peut intervenir au fur et à mesure. Cela lui permet d'être plus près lors de l'examen physique et de voir les détails, d'ajouter certains tests au besoin, et comme c'est elle qui aidera les praticiennes à faire les routines motrices dans le cadre de l'École interactionnelle, c'est important qu'elle puisse bien observer lors de l'examen physique. PRA2 confirme qu'elle trouve ça rassurant que FOR2 soit près d'elle, pas parce qu'elle est inquiète, mais parce que ça permet d'avoir son approbation facilement, parfois avec un simple regard.

FOR1 soulève deux points importants qu'il retient de cette journée d'évaluation, soit un premier qui concerne les praticiennes et l'autre qui concerne les clients. En ce qui concerne les praticiennes, il mentionne qu'elles s'harmonisent facilement et se comprennent bien avec un simple regard. Il ajoute que cette façon de bien travailler ensemble est quelque chose d'aidant dans l'animation d'une École interactionnelle. En ce qui concerne les clients, FOR1 souligne qu'il a remarqué que les cinq clients rencontrés aujourd'hui ont de façon générale tous la même stratégie, soit de persister dans leurs activités en dépit de la douleur. Les praticiennes font des signes affirmatifs de la tête. Le retour est d'une durée de 21 minutes.

Sixième rencontre d'évaluation. Cette rencontre suit relativement la même routine que les trois précédentes. PRA1 débute l'évaluation fonctionnelle, PRA2 la complète, FOR2 intervient à quelques reprises pour faire approfondir certains points. Cette première partie de l'évaluation dure 25 minutes. L'examen physique se déroule relativement comme dans les trois rencontres précédentes, c'est-à-dire que PRA2 commence cette partie, PRA1 la complète et FOR2 intervient à quelques reprises directement auprès de la cliente. Cette deuxième partie de l'évaluation dure vingt minutes. Le bilan interactionnel est complété par PRA2 et dure cinq minutes. Cette rencontre dure au total 50 minutes.

Le retour, d'une durée de dix minutes, débute encore une fois par des discussions relativement à la notion « client ou touriste », puis se poursuit sur le fait que cette cliente soit moins dépourvue que les précédents, puisqu'elle a déjà fait une École de lombalgie et qu'elle dispose déjà de plusieurs stratégies pour gérer sa condition. Tout le monde s'entend sur le

fait qu'elle ne sera pas priorisée dans la sélection. Advenant le cas où elle ne serait pas intégrée dans les Écoles, elle rencontrera une des TRP de façon individuelle au Centre hospitalier pour recevoir des outils et des exercices supplémentaires dont elle a besoin pour son cou. Ensuite, quelques discussions portent sur certaines questions qui ont été modifiées dans le formulaire et que PRA2 a eu de la difficulté à verbaliser à cause de leur formulation qui est longue et qu'elle n'arrivait pas à retenir par cœur. FOR1 lui mentionne qu'elle peut simplement aviser la cliente qu'elle va lire la question, comme ça elle sera certaine de bien la formuler.

Septième rencontre d'évaluation. Cette rencontre se déroule en suivant le même fonctionnement que les précédentes, c'est-à-dire en alternance entre les deux praticiennes avec FOR2 qui est dans la pièce, parfois un peu à l'écart, parfois à côté d'une praticienne pour observer et vérifier (mouvement, contraction musculaire, etc.). Elle fait également quelques interventions directement auprès de la patiente pendant que les praticiennes observent. Lors de l'examen physique, considérant la condition particulière de la cliente, FOR2 fait un test de discrimination du toucher sur les doigts. Ce test n'a pas été fait avec les patients précédents. Les praticiennes observent. La durée de l'évaluation fonctionnelle est de 39 minutes, la durée de l'évaluation physique est de dix-sept minutes et la durée du bilan fonctionnel est de cinq minutes. La durée totale de la rencontre est de 61 minutes.

Le retour sur cette rencontre débute par les discussions sur la notion « client ou touriste » comme c'est le cas à chacune des rencontres. FOR1 enchaîne ensuite avec la rétroaction de la rencontre. Il s'adresse d'abord à PRA2 et lui souligne que lire la question comme elle l'a fait était très bien (voir rétroaction de la rencontre précédente), c'était formulé très clairement. Il revient ensuite sur l'expression utilisée à trois reprises par PRA2 au cours de l'évaluation physique « sans entrer trop dans la douleur » et il lui demande ce que ça veut dire. Voici un extrait du verbatim de cette partie des discussions :

FOR1 : [...] qu'est-ce que ça veut dire ?

PRA1 : [...] *Tsé*, si elle a déjà une douleur à 7/10, j'veux pas qu'elle la monte à 8/10, c'est ce que je veux dire, d'entrer dans la douleur, c'est de ne pas l'augmenter, c'est simplement ça.

FOR1 : Ok. *Pis* on ne dépasse pas la douleur ? Tu l'as dit ça aussi... la douleur est là, *pis* on la dépasse pas, qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

PRA1 : Ouin, *tsé* encore là, moi c'est avec mon échelle, dans le fond, elle est à 7, ben dépasse pas, j'veux pas que tu te rendes à 8. C'est peut-être dans ma façon à moi de m'exprimer, euh... moi c'est clair dans ma tête, ça fait 16 ans... *tsé*, il vient un temps qu'on fait un moule hein, ben je l'ai tellement réalisé hier là, je ne sais pas combien de fois je l'ai dit, respectez votre douleur, là j'étais là, non non ben... ce que je veux dire là... je m'expliquais plus parce que... J'suis contente parce que c'est un bel exercice que je vais faire sur moi, parce que des fois on développe un langage, *pis* nous autres c'est très clair, mais effectivement j'ai réalisé que...

FOR1 : (fait signe de non de la tête) Non, moi j'suis observateur là *pis* moi c'est pas clair. Ben moi je ne suis pas là quand tu travailles, là j'écoute ça *pis* j'fais (expression d'interrogation sur le visage) oh !? Parce que là tu viens de le dire là, tu dis ce que je veux dire c'est sans augmentation de douleur (PRA1 : « Ouais »). On peut tu essayer avec le reste des clients on prend toujours la même expression (PRA1 : « Ouais »), quatre mots : sans... augmentation... de... douleur (avec signe des mains qui avance d'un espace à chaque mot).

PRA1 : Hi ! Mon Dieu, tu m'en demandes (rires). Non non, j'vais essayer (elle acquiesce de la tête) Ok.

[...]

PRA1 : Ok, j'vais essayer ça cet après-midi. Oui, c'est vrai c'est plus clair, effectivement. Moi, je ne m'écoute pas parler, j'parle, *pis* ça devient comme une habitude. Mais effectivement, euh...

FOR1 revient également sur une autre expression qu'elle a utilisée, « ne pas dépasser ses limites » à la place de « sans augmentation de douleur », qui peut être interprétée de différentes façons. Il souligne que, dans l'École, c'est une consigne qui revient souvent.

PRA1 dit que ce sera son défi de l'après-midi. FOR1 enchaîne en expliquant que dans l'École c'est une expression qui va revenir beaucoup, parce qu'il y a beaucoup d'exercices et qu'elles vont devoir utiliser cette consigne régulièrement. Il donne ensuite une rétroaction à PRA2, en soulignant d'abord qu'elle avait commencé à suivre davantage le questionnaire et qu'il trouvait ça bien. Il enchaîne avec sa façon de poser certaines questions qui doit être améliorée, notamment les questions à échelle. FOR1 donne ensuite un autre exemple où

PRA1 a utilisé une échelle dans l'évaluation fonctionnelle et n'a pas utilisé les termes indiqués sur le formulaire. PRA1 acquiesce de la tête à la suite des propos de FOR1. PRA2 ajoute que le formulaire est détaillé et qu'elles ne sont pas habituées de travailler avec un tel formulaire détaillé. FOR1 explique que le but d'avoir un formulaire détaillé qui utilise des expressions précises est d'utiliser un langage clair pour le client et de favoriser ainsi des réponses précises aux questions afin d'éviter le plus possible les interprétations. Une troisième rétroaction pour PRA1 est en relation avec sa façon de poser une même question plusieurs fois de différentes façons. FOR1 lui donne l'exemple d'une question qu'elle a posée plusieurs fois de différentes façons, il lit la question telle qu'elle est inscrite sur le formulaire, se recule sur sa chaise et fait un X avec ses deux index sur sa bouche. PRA1 acquiesce de la tête et reste silencieuse. FOR1 poursuit : « ... vous en ajoutez, vous reposez la question, vous l'avez changée, vous l'avez transformée, là elle répond je ne sais plus à quoi ». Une autre rétroaction donnée par FOR1 concerne les suggestions de réponses qui suivent parfois les questions que posent les praticiennes et qui sont à éviter. Il accompagne ce commentaire de deux exemples.

Pour terminer cette rétroaction, FOR1 demande « Alors, on est prête pour les changements cet après-midi ? » (petit rire). FOR2 enchaîne « On n'est pas trop découragées ? » Les deux praticiennes répondent par la négative. FOR1 ajoute que pour le contact avec les clients, elles n'ont pas de difficultés, ça va très bien. Les échanges tournent en humour, par exemple avec des blagues concernant la façon dont elles vont lire les questions. Alors que les discussions se poursuivent autour de la condition de la cliente, PRA1 dit qu'elle n'aurait pas pensé poser la question sur la sieste, une question que FOR2 a posée pendant l'entrevue, et qui donne des informations et des pistes d'intervention intéressantes pour le sommeil de la cliente. Le retour est d'une durée de quatorze minutes.

Avant la huitième rencontre, FOR1 rencontre FOR2 pour porter à son attention qu'elle prend souvent le rôle d'intervenante pendant les rencontres et qu'elle pose des questions ou fait des interventions plutôt qu'indiquer aux praticiennes quoi faire et comment le faire, comme devrait être son rôle de superviseure. Voici le verbatim d'un extrait de cette rencontre :

FOR1 : Parce que là, j'veais te dire ce que je vois. Tu as deux chapeaux. T'as praticienne, et superviseure. Pis quand t'es ici là, c'est plus fort que toi, t'as tout ton praticienne qui sort... là tu pars pis tu fais des affaires...

FOR2 : (sourit) Ouais, ouais, ouais...

FOR1 : C'est superviseure (bref silence). Par exemple sur le bord du lit, toi t'as vu tout de suite la cliente qui avait besoin de soulagement. T'as levé son bras et t'as mis une serviette. Là t'étais pas superviseure, t'étais praticienne.

FOR2 : Hum hum...

FOR1 : Superviseur : (en chuchotant et en mimant) « Danielle, vient ici... », l'envoyer... Ou « Danielle, (prend le formulaire et pointe une question) cette question-là ici là ? ».

FOR2 : Hum hum... Ok.

Il donne aussi certains exemples qu'il a relevés lors de l'examen physique où FOR2 intervient plutôt que de demander à PRA1 de le faire. FOR2 mentionne que PRA1 ne se sent pas à l'aise avec certains tests physiques et qu'elle lui a demandé de les faire d'abord, et elle les fait après, pour qu'elles puissent comparer leurs observations. FOR1 donne ensuite l'exemple du test de discrimination des doigts qu'elle a fait au cours de la septième rencontre. Il lui explique qu'elle aurait pu faire une main et laisser une praticienne faire l'autre main au lieu de le faire elle-même sur les deux mains. FOR2 répond que ce test nécessite des explications particulières parce qu'il y a des choses précises à observer. Elle a plutôt prévu leur en parler plus tard au cours de la journée. Elle prend ce point en note d'ailleurs pour ne pas oublier.

FOR2 mentionne qu'elle a indiqué aux praticiennes qu'elle ferait la huitième rencontre avec elles, mais qu'elle leur laisserait faire la dernière seules.

Huitième rencontre d'évaluation. Cette fois-ci, PRA1 fait presque la totalité de l'évaluation fonctionnelle pendant que PRA2 remplit le formulaire. Cette première partie de la rencontre est d'une durée de dix-huit minutes. FOR2 n'intervient à aucun moment. L'évaluation physique se fait ensuite en alternance entre PRA1 et PRA2. Au cours de l'évaluation, bien que PRA2 ait indiqué à la cliente d'exécuter les mouvements sans augmentation de la douleur, elle constate et souligne à la cliente qu'elle a grimacé lors de l'exécution d'un mouvement. Elle ne redonne pas la directive d'arrêter avant que la douleur augmente. FOR2 intervient et demande à la cliente d'arrêter le mouvement avant que la douleur augmente. Quelques minutes plus tard, elle demande à PRA2 de faire faire de nouveau un mouvement

à la cliente avec un ajustement. Elle s'informe ensuite auprès de PRA2 si le résultat est le même. Cette dernière acquiesce. FOR2 n'intervient pas directement auprès de la cliente pour les exercices. À une reprise, elle fait un mouvement du bras pour aider PRA2 avec le test qu'elle est en train de faire. Elle donne quelques directives verbalement, sans faire les tests à la place des praticiennes. Cette partie de la rencontre d'évaluation dure vingt minutes. Avant de commencer le bilan interactionnel, PRA1 revient sur quelques questions qu'elle avait oublié de poser à la cliente lors de l'évaluation fonctionnelle, notamment en fonction de l'allaitement de son enfant. FOR2 ajoute quelques questions pour faire approfondir. La suite du bilan interactionnel se déroule comme pour les autres rencontres et dure huit minutes. Au total cette rencontre dure 46 minutes.

Le retour débute encore une fois par les discussions autour de la notion de « client ou touriste ». Pour la rétroaction, FOR1 et FOR2 commencent par féliciter les praticiennes pour les améliorations apportées en réponse à la rétroaction du retour précédent (questions ouvertes, utilisation de l'expression « sans augmentation de douleur »). Avant de donner les points à améliorer, FOR2 mentionne « Vous êtes tellement bonnes, il faut vous donner des nouveaux défis à chaque fois ». Elle souligne ensuite qu'elles utilisent souvent le mot « petit » comme qualificatif (ex. : petite question, petit exercice, etc.). Elle donne le défi de réduire l'utilisation de ce mot. FOR1 enchaîne avec la formulation de certaines questions du formulaire d'évaluation qui n'ont pas été énoncées comme elles sont inscrites. FOR2 souligne que c'était mieux que la rencontre précédente. FOR1 acquiesce et poursuit en mentionnant qu'il serait préférable d'utiliser les formulations littérales afin d'obtenir des réponses précises et complètes. Il donne l'exemple de la question du bilan interactionnel où la praticienne a demandé à la cliente ce qu'elle ferait de plus si ses douleurs disparaissaient, alors que la question est « Qu'est-ce que vous feriez de plus ou de moins ? » FOR1 souligne que cette question permet également d'obtenir des informations sur ce que la cliente doit faire maintenant et sur ce qu'elle pourrait faire si elle n'avait plus de douleur. Autrement dit, en omettant une partie de la question, certaines réponses importantes peuvent ne pas être obtenues. FOR2 fait ensuite une précision sur une question en relation avec les émotions et la douleur qui a été mal présentée par PRA1. Celle-ci exprime son malaise avec le mot « déprime » qui est utilisé pour cette question. Après quelques discussions, FOR2 et FOR1 conviennent de modifier la formulation de la question pour que PRA1 soit plus à l'aise avec cette dernière. Le retour est d'une durée de douze minutes.

Neuvième rencontre d'évaluation. Les praticiennes font cette dernière rencontre seules. FOR2 convient avec elles qu'elle les contactera à l'aide du téléphone si elle veut intervenir. Peu après le début de l'entretien, un imprévu survient. Le client mentionne qu'il consulte actuellement surtout pour des douleurs au niveau des jointures des mains et des genoux. Bien que cela fasse en sorte qu'il n'est pas un candidat pour l'École interactionnelle de cervicalgie, PRA1 poursuit l'évaluation fonctionnelle. Après treize minutes d'entretien pendant lesquelles le client ne parle pas de douleurs cervicales, FOR2 traverse dans la salle avec les praticiennes. Elle demande au client à quelle intensité sont ses douleurs cervicales actuellement. Il mentionne que ça va beaucoup mieux. Il indique qu'en fin de soirée, lorsqu'il décide de prendre sa médication, sa douleur est rendue à sept sur dix. PRA1 poursuit son évaluation fonctionnelle avec l'impact des trajets en automobile sur sa douleur. Le client dit qu'à la longue sa douleur augmente, elle ne vérifie pas de quelle douleur il parle. Alors qu'elle arrive pour poursuivre, FOR2 enchaîne en lui demandant à quel endroit cela empire sa douleur lorsqu'il conduit. Il mentionne que c'est à l'épaule droite, dans le cou et le haut du dos. PRA1 s'apprête à mettre fin à cette première partie de la rencontre, elle demande avant à FOR2 s'il y a des éléments manquants. FOR2 retourne la feuille et lui indique une question qui n'a pas été posée. PRA1 complète l'évaluation fonctionnelle avec cette question. Cette première partie dure dix-sept minutes. PRA2 débute ensuite l'évaluation physique au niveau cervical, cette évaluation est complétée par PRA1. Cette partie de la rencontre dure onze minutes et FOR2 n'intervient qu'avec quelques suggestions verbales. Aussitôt l'évaluation physique terminée, FOR2 mentionne au client que suite aux évaluations effectuées, ils vont déterminer quels clients seront retenus et qu'une praticienne le contactera le lendemain ou le surlendemain pour lui donner une réponse. Elle met fin à la rencontre avec une poignée de main, les praticiennes font de même. Il n'y a donc pas eu de bilan interactionnel pour ce client. Une fois que le client est parti, FOR2 mentionne aux praticiennes qu'elle ne voulait pas qu'elles pensent qu'elle était entrée parce qu'elles n'étaient pas bonnes. PRA1 mentionne qu'elle était contente de la voir entrer, parce qu'elle ne savait pas trop comment réagir à cette situation. La neuvième rencontre dure au total 30 minutes.

Lors du retour, les formateurs et les praticiennes discutent d'abord du choix des six candidats retenus pour l'École parmi les neuf qui ont été évalués (deux candidats ont déjà été choisis et évalués par le département de physio du Centre Hospitalier). Il y a ensuite des échanges sur le déroulement de cette partie de la formation. PRA1 souligne aux formateurs qu'elle

aime ce travail d'équipe qu'ils ont fait. Elle mentionne également qu'elle a trouvé sécurisant d'avoir FOR2 dans la pièce pour confirmer certaines observations et ajouter certaines questions pertinentes. FOR1 s'informe de leurs impressions par rapport au contexte (caméra, miroir). PRA1 dit qu'elle s'est rapidement habituée et que cela ne l'a pas incommodée. Elle ajoute qu'elle a trouvé ces journées épuisantes. Elle attribue cela au fait de devoir toujours être attentive, de se questionner constamment. FOR2 et les praticiennes planifient ensuite la première rencontre de préparation qui se tiendra au Centre hospitalier. Considérant le temps disponible, une partie de la préparation débute déjà. FOR1 donne quelques explications sur la façon d'animer une École. Ils discutent également de la disposition des clients dans la salle en fonction de certaines de leurs particularités (ex. : loquace, timide, etc.). Enfin, pour combler le temps, les discussions se poursuivent pendant 40 minutes, soit jusqu'à la fin de la journée (16 h). Avant de conclure, FOR2 demande à chacune des praticiennes quel est le point le plus important qu'elles retiennent de cette partie de la formation. PRA1 mentionne simplement « C'est fait ! » PRA2 mentionne qu'elle a aimé qu'un des clients ne réponde pas aux critères pour intégrer l'École, parce qu'elle appréhendait devoir choisir entre les différents patients qui étaient presque tous de bons candidats. FOR1 profite de l'occasion pour souligner que c'était important de faire preuve de délicatesse et de ne pas interrompre abruptement l'évaluation de ce client, qu'elles ont très bien réagi en continuant quand même.

5.2.1.2 L'application de l'École interactionnelle

Les rencontres de groupe (École interactionnelle) débutent la semaine suivant les rencontres d'évaluation fonctionnelle. Comme déjà mentionné, l'École interactionnelle est une intervention de groupe qui comprend huit rencontres de 2 h 30 chacune échelonnées sur trois mois, suivies d'une relance environ six mois plus tard. Le contenu d'une École interactionnelle est adapté en fonction du type de douleur traitée. Dans le cadre de la présente étude, l'intervention est appliquée auprès d'un groupe de patients souffrant de cervicalgie chronique. Les thèmes et contenus abordés à chacune des rencontres ainsi que les interventions effectuées par les formateurs sont ici décrits.

Le Tableau 9 présente les thèmes et les contenus abordés à chacune des rencontres de l'École interactionnelle de cervicalgie animée par les praticiennes dans le cadre de cette étude.

Tableau 9

Thèmes et contenus abordés dans les séances de l'École interactionnelle

Rencontre	Thème	Résumé
1	Contrat	✓ Les animateurs (praticiennes) et les clients se présentent. ✓ Présentation de l'objectif de l'École interactionnelle et des thèmes des rencontres. ✓ Présentation de Jolicou (Mascotte de l'École de cervicalgie : Girafe avec un nœud dans son long cou). ✓ Évaluation de la capacité actuelle à gérer la cervicalgie (échelle analogique). ✓ Évaluation des attentes des clients par rapport à l'École interactionnelle. ✓ Communication entre le cerveau et le corps et implication dans la douleur chronique. ✓ Présentation du contrat et négociation de l'objectif relatif à l'amélioration de la capacité à gérer la cervicalgie. ✓ Exercices : se lever d'une chaise et s'asseoir de la bonne façon ; se coucher au sol et se relever de la bonne façon ; respiration abdominale en position couchée ; bascule du bassin vers l'arrière en position couchée ; mini-oui et mini-non.
2	Douleur aiguë	✓ Retour sur les tâches. ✓ Négociation des contrats (objectifs personnalisés). ✓ Différence entre douleur aiguë et douleur chronique. ✓ Techniques de gestion de la douleur aiguë. ✓ Muscles stabilisateurs et plancher pelvien. ✓ Exercices : plier les genoux, mains au mur ; araignée qui monte et descend au mur ; bascule du bassin vers l'arrière et vers l'avant en position couchée ; mini-oui et mini-non ; alignement du bas vers le haut ; grandir avec chaque respiration ; zone neutre du cou ; un chemin différent pour monter la main sur la tête ; balle pression ; lunettes fovéales. ✓ Introduction du programme cardiorespiratoire avec l'importance de l'échauffement et fréquence cardiaque. ✓ L'expérience du petit doigt immobilisé.
3	Préparation physique	✓ Retour sur les tâches. ✓ Distinction entre les muscles globaux et les muscles locaux. ✓ Posture et consommation d'énergie. ✓ Présentation de la maquette (cou, tête, muscles). ✓ Test d'équilibre prétraitement. ✓ Exercices : respiration abdominale en position assise ; bascule du bassin en position assise ; zone neutre bassin, dos et cou ; mini-oui et mini-non en position assise ; un chemin différent ; zone neutre bassin, dos et cou + se lever d'une chaise ; ✓ Intégration de la routine (échauffement, étirement, renforcement et stabilisation).

Tableau 9

Thèmes et contenus abordés dans les séances de l'École interactionnelle (suite)

Rencontre	Thème	Résumé
4	Force mentale	✓ Pratique de la routine motrice (deux par deux). ✓ Retour sur les tâches. ✓ Expérience du pendule. ✓ L'influence de la force mentale sur la douleur persistante. ✓ Introduction d'une technique de relaxation. ✓ Exercices : lunettes fovéales (variante) en position debout ; respiration abdominale en position assise ; symétrie en position couchée ; bascule du bassin + zone neutre + attention sur le plancher pelvien (stabilisation) en position debout ; mini-oui et mini-non en position assise ; un chemin différent en position assise ; balle pression + mini-mouvements ; relaxation guidée.
5	Intégration	✓ Pratique de la routine motrice (deux par deux). ✓ Retour sur les tâches. ✓ Point de rupture. ✓ Stratégies de gestion des capacités. ✓ Stabilisation et plancher pelvien. ✓ Zone neutre au quotidien (utilisation des autocollants rouges). ✓ Exercices : respiration en position debout appuyé au mur ; symétrie en position assise ; lunettes fovéales en position debout ; bascule du bassin + zone neutre + attention sur le plancher pelvien (stabilisation) en position debout ; un chemin différent en position debout appuyé au mur ; relaxation guidée.
6	Douleur chronique	✓ Pratique de la routine motrice (en individuel). ✓ Retour sur les tâches. ✓ Caractéristiques de la douleur chronique. ✓ Réflexe de tranquillité. ✓ Discussions sur les conséquences indésirables de l'amélioration de la condition. ✓ Communication différente. ✓ Différences classes de médicaments, effets secondaires et complications. ✓ Moyens non pharmacologiques, autotraitement. ✓ Discussions sur le sevrage de médication. ✓ Exercices : respiration en position debout sans appui ; stabilisation en mouvement (s'asseoir, se lever, marcher) ; lunettes fovéales en position debout (variante : avec mouvement des bras).

Tableau 9

Thèmes et contenus abordés dans les séances de l'École interactionnelle (suite)

Rencontre	Thème	Résumé
7	Traitements	✓ Pratique de la routine motrice (deux par deux). ✓ Retour sur les tâches. ✓ Discussions sur les traitements expérimentés dans le passé. ✓ Traitements non pharmacologiques. ✓ Explications sur la stimulation des zones gâchettes pour libérer les endorphines naturelles. ✓ Mécanismes et effets de la visualisation. ✓ Discussions sur les positions de sommeil recommandées et non recommandées. ✓ Exercices : stabilisation complète (bassin, dos, épaules, cou) en mouvement (s'asseoir, se lever, marcher) ; respiration en marchant avec intervalles de stabilisation ; stabilisation des zones gâchettes ; lunettes fovéales en position debout (bouger les bras) ; relaxation guidée avec visualisation.
8	Condition initiale	✓ Pratique de la routine motrice (en individuel). ✓ Évaluation post-traitement de la capacité à s'autotrainer. ✓ Test d'équilibre post-traitement. ✓ Évaluation post-traitement de l'incapacité cervicale (questionnaire). ✓ Vérification de l'atteinte de la capacité à s'autotrainer et des objectifs personnels (contrat). ✓ Épilogue : comment faire pour retrouver la condition initiale ? ✓ Prévision des rechutes. ✓ Remise du diplôme dans le but de souligner la participation et les efforts des clients. ✓ Exercices : respiration en position couchée, assise, debout et en marchant ; muscles antagonistes de la mâchoire ; bascule du bassin en position couchée, assise et debout ; stabilisation bassin, dos, épaules et cou + marcher avec respiration abdominale.
9	Relance	✓ Pratique de la routine motrice. ✓ Récit du cheminement de chacun des clients. ✓ Relaxation. ✓ Révision des routines motrices au besoin.

Pendant le déroulement des rencontres cliniques, les formateurs sont dans une pièce adjacente à la salle où se déroulent les interventions. Les deux salles sont séparées par un miroir sans tain, ce qui permet une supervision en direct. Tout au long du déroulement, ils prennent des notes en prévision du retour qui sera fait avec les praticiennes (débrefage et

rétroaction). Des interventions sont également faites par les formateurs avant, pendant et après la rencontre ainsi que pendant la pause interactionnelle (avec les clients).

Ces interventions se distinguent en trois principales catégories. Voici, dans l'encadré ci-dessous, les différents codes associés à ces différents types d'interventions effectuées par les formateurs pendant les rencontres.

IDP : Intervention directe auprès d'une praticienne

IDC-T : Intervention directe auprès d'un(e) client(e) dans un but uniquement thérapeutique

IDC-TF : Intervention directe auprès d'un(e) client(e) dans un but thérapeutique et formatif (observation de l'intervention par une praticienne)

IDC-TP : Intervention directe auprès du (ou des) client(s) dans un but thérapeutique et participatif pour aider les praticiennes

IA : Intervention autre

Il y a les interventions qui sont effectuées directement auprès des praticiennes (IDP) et qui sont essentiellement des instructions en relation avec les objectifs du programme. La seconde catégorie consiste en des interventions qui sont faites directement auprès des clients (IDC) et qui ciblent différents objectifs. Elles ont toujours un objectif thérapeutique pour le client et elles sont parfois uniquement thérapeutiques (IDC-T). C'est le cas notamment lorsqu'aucune praticienne n'est présente pour observer ce que font les formateurs. Elles ont également parfois un objectif formatif pour les praticiennes lorsque ces dernières observent l'intervention effectuée par un formateur (IDC-TF). Certaines interventions directes auprès des clients et ayant une visée thérapeutique sont effectuées comme participation à l'École sans viser spécifiquement l'apprentissage des praticiennes. Ces interventions se situent plutôt dans un travail d'équipe dans lequel les formateurs et les praticiennes se trouvent sur une base égalitaire dans leur interaction (IDC-TP). Enfin, nous avons ajouté la catégorie « intervention autre » (IA). Cette dernière inclut les interventions qui ne se retrouvent ni dans l'une ni dans l'autre des deux catégories principales. Le tableau 10 présente un résumé de l'ensemble de interventions effectuées par les formateurs à chacune des rencontres.

Tableau 10
Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle

Rencontre 1	
Avant la rencontre	Les praticiennes arrivent quinze minutes à l'avance. Avec l'aide de FOR1, FOR2 et l'étudiante-chercheuse, elles préparent la salle et accrochent le nom des clients à l'endroit qui leur a été désigné. Les praticiennes se retirent ensuite dans un coin de la salle et révisent le matériel de la rencontre (diapos avec instructions qu'elles ont imprimées et insérées dans un cartable). FOR1 va discuter avec elles une minute (propos inaudibles). Puis FOR2 va à son tour discuter avec elles une minute (propos inaudibles). Les clients commencent à arriver, les praticiennes les accueillent et leur distribuent un cartable. FOR1 et FOR2 accueillent aussi les clients. FOR1 aide à distribuer les documents aux clients, ces derniers sont invités à insérer ces documents dans leur cartable. (IA)
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
00 : 01	Les praticiennes et FOR2 aident les clients à avoir une position confortable, par exemple en déposant une serviette pliée par terre sous les pieds des clients qui sont plus petits et des oreillers et serviettes sous les bras pour que les épaules soient à une bonne hauteur. (IDC-TF) FOR2 se déplace dans la salle d'observation. PRA1 mentionne aux clients qu'ils ne doivent pas hésiter à s'exprimer s'ils ne sont pas confortables, il y a du matériel prévu à cet effet.
00 : 40 (pause)	FOR1 profite de la pause pour discuter avec les deux praticiennes concernant la place de l'animatrice par rapport à l'écran et l'ordinateur afin qu'elle puisse elle-même changer la diapo. Il leur souligne ensuite que c'est bien parti (rétroaction positive). (IDP) FOR2 prend aussi quelques minutes pour discuter avec les praticiennes. Elle aborde notamment la façon de superviser les clients et de s'assurer de leur confort pendant la pratique des exercices, par exemple l'exercice de la respiration en position couchée qui a été pratiqué avant la pause. Lors de la pratique de cet exercice, les praticiennes sont restées debout et ont observé les clients seulement avec le regard et en posant des questions. FOR2 souligne l'importance de s'accroupir près de chaque client et de vérifier l'exécution du mouvement, de les guider au besoin et de les aider à avoir une position qui soit le plus confortable possible, par exemple en plaçant un oreiller entre les genoux lorsqu'un client priorise la position sur le côté. Elle leur demande aussi de porter une attention particulière au confort des clients tout au long de la rencontre, aux signes qui indiquent qu'un client n'est pas dans une position confortable. Elle a remarqué notamment qu'une cliente avait l'air inconfortable et qu'il serait possiblement aidant d'ajouter des oreillers ou des serviettes sur les appuie-bras pour garder ses épaules à une bonne hauteur. (IDP) ⇒ Les praticiennes vont aussitôt rectifier la situation et voir avec la cliente comment améliorer son confort (serviettes sur les appuie-bras et petit banc sous les pieds). FOR2 les aide, elle va chercher des serviettes. (IA)

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

1 : 07	La porte s'ouvre et PRA2 se déplace et va discuter avec FOR2 (conversation inaudible). (IDP) ⇒ En revenant dans la salle, PRA2 se dirige vers une cliente et lui suggère de mettre un oreiller sous son bras droit. Elle prend un oreiller qui est par terre et aide la cliente à le positionner sous son bras.
2 : 00	À la suite d'une question reçue d'une cliente, FOR2 entre et s'adresse directement aux clients pour faire une précision concernant les routines motrices. Elle avise les clients que pour ceux et celles qui faisaient déjà de la physiothérapie en individuel au Centre hospitalier avant de débiter l'École, la routine motrice sera adaptée en fonction du niveau où ils sont rendus. (IA)
2 : 18	PRA 2 mentionne au groupe que quatre personnes devront arriver quinze minutes à l'avance lors de la prochaine rencontre afin de discuter des objectifs à inscrire sur le contrat (les autres personnes seront rencontrées à la pause et à la fin de la rencontre). FOR2 entre pour venir préciser qu'il faut déterminer maintenant trois personnes (et non quatre) qui sont disposées à arriver à l'avance, et qu'elles devront arriver 30 minutes à l'avance, et non quinze minutes (IA). Trois clients se proposent.

Rencontre 2

Avant la rencontre	Comme il était convenu, trois clients arrivent 30 minutes à l'avance pour négocier le contrat. Les praticiennes ne sont pas arrivées (les praticiennes ont oublié qu'elles devaient arriver plus tôt pour la négociation des contrats). FOR1 s'installe avec le premier client qui arrive et commence la démarche de négociation du contrat. Le tout est filmé de façon à ce que les praticiennes puissent le visionner. (IDC-TF) Une autre cliente arrive, FOR2 s'installe avec elle et entreprend la négociation du contrat. Cette partie est également filmée pour que les praticiennes puissent visionner. (IDC-TF) FOR1 a terminé la négociation du contrat avec le premier client, les praticiennes ne sont pas encore arrivées, il fait le même exercice avec une autre cliente qui est arrivée. La plus grande partie de la démarche est filmée. (IDC-TF) Alors que FOR2 a terminé la négociation du contrat avec la première cliente, un autre client arrive, les praticiennes ne sont pas encore arrivées. FOR2 commence la négociation du contrat avec celui-ci. La plus grande partie de la démarche est filmée pour permettre aux praticiennes de visionner. (IDC-TF) Lorsque les praticiennes arrivent, les formateurs leur expliquent les objectifs qui ont été convenus avec ces clients et elles signent leur partie du contrat. (IA) Une nouvelle cliente se joint au groupe à cette deuxième séance. Elle n'avait pas pu se libérer pour la première rencontre, elle est donc venue visionner cette rencontre à l'Université comme il avait été convenu avec elle.

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
0 : 02	Le groupe débute les exercices de réchauffement. FOR2 ouvre la porte, PRA2 se déplace et va la voir. Elle lui mentionne que la diapo à l'écran n'a pas été changée, c'est toujours la diapo titre qui est affichée, les clients ne voient donc pas les instructions qui concernent ces exercices. (IDP) ⇒ PRA2 revient et change la diapo à l'écran.
0 : 06	PRA2 supervise l'exécution d'un exercice auprès d'un client. FOR2 entre, s'approche derrière le client, elle indique à PRA2 que les pieds du client sont positionnés trop large, ils doivent être à la largeur des épaules. (IDP) ⇒ PRA2 demande au client de corriger la position de ses pieds. FOR2 s'installe ensuite dans le milieu de la salle, observe les autres clients pendant quelques secondes et ressort.
0 : 11	Les praticiennes font le retour sur les tâches de la rencontre précédente en demandant à chaque client de partager son expérience. Alors que le tour de la nouvelle cliente arrive, FOR2 entre, elle discute avec PRA2 et lui indique qu'elles doivent présenter au groupe la nouvelle cliente qui s'est jointe à eux pour cette deuxième rencontre et expliquer la situation. (IDP) ⇒ PRA2 présente la nouvelle cliente et explique la situation.
0 : 15	PRA1 anime les discussions sur le thème de la diapo. FOR2 ouvre la porte, PRA2 se déplace et va la voir. FOR2 fait remarquer que certains clients n'ont pas une position confortable, par exemple une cliente a besoin de quelque chose sous les pieds. (IDP) ⇒ PRA1 prend une pile de serviettes et va en déposer sous les pieds de quelques clients.
0 : 33	Le groupe est en train de faire un exercice de stabilisation en position couchée. Une fois que PRA2 a fini de donner les directives, les deux praticiennes commencent à faire le tour des clients pour superviser l'exécution de l'exercice. FOR2 ouvre la porte, elle entre à moitié et lorsque les praticiennes se retournent pour la regarder, elle mentionne à voix basse qu'il faut ajouter verbalement la directive «porter l'attention sur le plancher pelvien», car il manque la directive «porter l'attention sur le plancher pelvien» dans l'exercice de la bascule du bassin. (IDP) ⇒ PRA2 répond sans hésitation «Ah ! Ben oui ! C'est vrai, j'ai pas lu toute ma diapositive.» Elle ajoute l'instruction verbalement aux clients.

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

0 : 44	Un client s'est levé de la position couchée au sol à la position assise au sol d'une façon qui n'était pas appropriée (en sollicitant ses muscles cervicaux globaux). PRA2 lui a souligné. FOR2 ouvre la porte, PRA2 se lève et va la voir, FOR2 lui donne la directive suivante : « demande à [client] comment il pourrait se lever et se coucher différemment, parce que tu lui as dit, c'était pas bon, mais tu ne lui as pas demandé comment il pourrait faire différemment. » (les échanges suivants entre PRA2 et FOR2 sont inaudibles). (IDP) ⇒ Après avoir refermé la porte, PRA2 va voir une autre cliente. Quelques secondes après cette intervention, elle retourne à son rôle d'animatrice. Alors qu'une cliente se lève du sol d'une façon inappropriée, elle saisit l'occasion et lui demande de se coucher et de se lever de nouveau de la bonne façon. Elle ajoute en riant « J'suis tannante hein ? »
0 : 46 à 1 : 02 (pause)	Pendant la pause, FOR1 ET PRA1 font la négociation du contrat avec une cliente. C'est davantage FOR1 qui fait la démarche avec la cliente, PRA1 observe surtout (IDC-TF). Pour le deuxième objectif cependant, alors que la cliente indique sur l'échelle le niveau qu'elle aimerait atteindre et qui ne répond pas aux critères d'un changement minimal, PRA1 prend la parole et explique à la cliente « En fait ce qu'on recherche, nous, c'est un minimum de résultat dans le trois mois qu'on a à effectuer ensemble. Quel premier signe pour toi serait déjà une amélioration ? » La cliente répond qu'elle fonctionnerait mieux au travail. FOR1 valide ses propos et demande « Là vous êtes à trois sur l'échelle, si on atteint cinq, est-ce que ce serait déjà un premier signe qu'il y a une amélioration ? ». Avant même que FOR1 ait complété sa phrase, la cliente acquiesce verbalement et avec des signes de tête. PRA1 fait aussi des signes affirmatifs de la tête. Pendant ce temps, FOR2 et PRA2 négocient le contrat avec une autre cliente. FOR2 négocie le premier objectif pendant que PRA2 observe (IDC-TF). PRA2 négocie le deuxième objectif. FOR1 et PRA1 vont ensuite négocier le contrat avec la dernière cliente. Encore une fois, FOR1 fait la majorité de l'exercice et PRA1 observe surtout (IDC-TF). Elle fait souvent des signes affirmatifs de la tête. Pendant cette pause, FOR2 intervient aussi auprès d'une cliente avec PRA2 pour l'aider à trouver une façon de faire un exercice (mini-oui/mini-non) sans augmentation de douleur. PRA2 observe. FOR2 met une serviette roulée derrière la nuque et elle demande de faire l'exercice seulement avec les yeux (en déplaçant le regard sans bouger la tête), ce qui est une variante de cet exercice pour les gens dont la douleur augmente en faisant les mouvements de la tête. (IDC-TF)

Tableau 10

**Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)**

1 : 33	Les praticiennes complètent les explications concernant le TENS, un appareil que les clients vont expérimenter chez eux pendant les deux prochaines semaines. FOR2 ouvre la porte, PRA1 n'est pas très loin, elle se déplace et va la voir. FOR2 lui mentionne qu'elles doivent demander aux clients de sortir la feuille qui contient les informations sur le TENS et leur expliquer les points importants qui y figurent, notamment la différence entre les deux modes (normal et acupuncture) et l'impact négatif de la consommation de caféine sur l'effet analgésique du TENS. (IDP) ⇒ PRA1 répond avec un petit rire « Ah oui, c'est vrai, c'est vrai, c'est vrai ». Elles exécutent.
1 : 39	Le groupe fait l'exercice de la balle pression en position couchée au sol. FOR2 ouvre la porte, comme c'est PRA2 qui anime, PRA1 se déplace pour aller la voir (propos inaudibles). (IDP) ⇒ PRA1 revient ensuite auprès des clients. Je ne remarque rien de particulier immédiatement après cette intervention.
1 : 45	Le groupe est debout, ils font des exercices d'échauffement. Une cliente est restée assise. PRA1 s'approche et lui demande (à voix basse) si elle est correcte. La réponse de la cliente est inaudible. PRA1 répond « Ok, parfait » et retourne à sa place. FOR2 ouvre la porte, PRA2 va la voir, puisqu'elle a terminé sa partie d'animation et que c'est PRA1 qui anime la partie suivante (propos inaudibles). (IDP) ⇒ Lorsqu'elle revient dans la salle, PRA2 se dirige immédiatement vers la cliente qui est restée assise et discute avec elle, elle lui offre de s'étendre au sol (explications de la cliente inaudibles). Après quelques secondes elle se retire avec un petit rire, la cliente remercie et reste en position assise.
2 : 02	FOR2 ouvre la porte, PRA2 va la voir (propos inaudibles) (IDP). ⇒ Je n'observe rien de particulier immédiatement à la suite de cette intervention, PRA2 retourne à sa place et PRA1 continue son animation.
Après la rencontre	Les praticiennes et les clients ramassent le matériel. La cliente qui était restée assise lors de l'exercice d'échauffement va déposer sa taie d'oreiller dans la poche que tient FOR2. Cette dernière en profite pour discuter avec elle. La cliente parle de chute de pression, ce serait la raison pour laquelle elle est restée assise. FOR2 lui donne quelques astuces à essayer lorsque cela arrive. (IDC-T) FOR2 et PRA1 vont ensuite voir une cliente, elles avaient convenu ensemble d'examiner plus en détail certains aspects au niveau du haut de son dos pour pouvoir préparer pour elle une routine motrice personnalisée. FOR2 examine les omoplates de la cliente pendant qu'elle explique ses observations à PRA1 qui observe. Elle questionne aussi la cliente sur les exercices qu'elle a déjà faits pour son omoplate. Ensuite, elle demande à PRA1 d'examiner à son tour pour ressentir la différence entre les deux omoplates. Ensuite, FOR2 explique un exercice à la cliente et elle dépose ses mains sur ses omoplates pour vérifier l'exécution du mouvement. PRA1 observe. Elle demande ensuite à PRA1 de déposer ses mains pendant que la cliente fait l'exercice à nouveau pour lui permettre de ressentir le mouvement. FOR2 fait ensuite faire un autre exercice à la cliente, encore une fois elle dépose ses mains sur les omoplates pour sentir le mouvement, elle tâte également son trapèze. PRA1 observe, elle dépose aussi sa main pour sentir la contraction du trapèze. Elles font la même chose avec un troisième exercice. (IDC-TF)

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

Après la rencontre	Les praticiennes et les clients ramassent le matériel. La cliente qui était restée assise lors de l'exercice d'échauffement va déposer sa taie d'oreiller dans la poche que tient FOR2. Cette dernière en profite pour discuter avec elle. La cliente parle de chute de pression, ce serait la raison pour laquelle elle est restée assise. FOR2 lui donne quelques astuces à essayer lorsque cela arrive. (IDC-T) FOR2 et PRA1 vont ensuite voir une cliente, elles avaient convenu ensemble d'examiner plus en détail certains aspects au niveau du haut de son dos pour pouvoir préparer pour elle une routine motrice personnalisée. FOR2 examine les omoplates de la cliente pendant qu'elle explique ses observations à PRA1 qui observe. Elle questionne aussi la cliente sur les exercices qu'elle a déjà faits pour son omoplate. Ensuite, elle demande à PRA1 d'examiner à son tour pour ressentir la différence entre les deux omoplates. Ensuite, FOR2 explique un exercice à la cliente et elle dépose ses mains sur ses omoplates pour vérifier l'exécution du mouvement. PRA1 observe. Elle demande ensuite à PRA1 de déposer ses mains pendant que la cliente fait l'exercice à nouveau pour lui permettre de ressentir le mouvement. FOR2 fait ensuite faire un autre exercice à la cliente, encore une fois elle dépose ses mains sur les omoplates pour sentir le mouvement, elle tâte également son trapèze. PRA1 observe, elle dépose aussi sa main pour sentir la contraction du trapèze. Elles font la même chose avec un troisième exercice. (IDC-TF)
Rencontre 3	
Avant la rencontre	Les praticiennes ne sont pas arrivées en avance, les clients commencent à arriver alors qu'elles ne sont pas encore dans la salle. FOR2 s'approche d'un client et discute avec lui de sa position assise parce qu'elle remarque qu'elle n'est pas optimale considérant sa condition. Elle explore avec lui une façon d'améliorer son confort (ex. : reculer sa chaise pour qu'il puisse appuyer sa tête). (IDC-T)
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
0 : 37	PRA2 explique au groupe l'exercice qu'ils doivent faire. FOR2 ouvre la porte. PRA2 s'approche (propos inaudibles). (IDP) ⇒ Réaction de PRA1 : Elle regarde la porte, arrête de parler, reprend en s'excusant auprès des clients et leur dit en riant qu'elle a été déconcentrée. Après cette intervention, le groupe débute l'exercice. Aucune action précise de la part de PRA2 ne permet de savoir ce que lui a dit FOR2.
0 : 40	Les clients sont en train d'effectuer un exercice. Les praticiennes observent sans questionner les clients. FOR2 ouvre la porte, elle s'adresse brièvement à PRA2, elle demande de vérifier l'exécution de l'exercice auprès de chaque client. (IDP) ⇒ PRA1 retourne dans la salle et va s'informer auprès de quelques clients si l'exécution de l'exercice va bien.
0 : 45 à 1 : 02 (pause)	Pendant la pause, les praticiennes et les formateurs discutent avec les clients. FOR2 installe le TENS à une cliente pour lui expliquer le fonctionnement puisqu'elle aura à l'expérimenter chez elle jusqu'à la prochaine rencontre. (IDC-T)

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

1 : 03	Après la pause, la rencontre recommence avec l'explication des muscles du cou à l'aide d'une maquette que FOR2 a apportée de l'hôpital. Cette maquette est mobile et le but est de faire expérimenter la force requise par différents muscles en fonction de la position de la tête. Elle demande aux praticiennes si elles préfèrent qu'elle reste pour cette partie. Les praticiennes mentionnent que c'est comme elle veut. Elle décide de rester. FOR2 demande à deux clients de participer à une démonstration. PRA1 commence les explications, FOR2 intervient pour ajouter des explications supplémentaires. C'est elle qui poursuit la démonstration des différentes positions de la tête avec les deux clients (IDC-TF). Des clients tiennent des cordes associées au rôle des muscles locaux, et elle tient les cordes associées aux muscles globaux. Elle laisse ensuite la place aux deux praticiennes en leur laissant tenir les cordes et compléter l'expérience avec les clients. Elle quitte ensuite la pièce.
1 : 18	Le groupe effectue un exercice en position couchée. Les praticiennes se promènent dans la salle, elles ne s'accroupissent pas près de chaque client pour vérifier l'exécution de l'exercice de près. FOR2 ouvre la porte. Elle s'adresse à PRA2 qui est près de la porte et demande d'aller vérifier l'exécution de l'exercice auprès de chaque client. (IDP) ⇒ PRA2 et PRA1 font le tour des clients et s'accroupissent à côté de chacun d'eux pour vérifier comment se passe l'exécution de l'exercice.
1 : 42 à 2 : 20	Comme convenu, FOR2 traverse dans la pièce avec les praticiennes et les clients pour la remise de la première routine motrice. Pour la pratique de cette première routine motrice, chaque client doit être supervisé de façon individuelle, ce qui demanderait plus que 30 minutes si les deux praticiennes le faisaient seules. De plus, comme c'est la première fois pour les praticiennes, elles ont trouvé préférable que FOR2 soit présente pour cette partie. (IDC-TP) PRA1 débute l'explication de certains exercices qui font partie de la majorité des routines motrices. Pendant la démonstration d'un exercice, FOR2 s'approche d'elle et donne quelques explications aux clients pendant que PRA1 fait la démonstration (IDC-TF). À un autre moment, PRA2 fait la démonstration d'un autre exercice, FOR2 lui tend son bras pour lui servir d'appui pour son bras. Elle apporte aussi quelques précisions supplémentaires aux clients. (IDC-TF) PRA2 poursuit ensuite les explications. FOR2 mentionne aux clients que certains exercices qui font partie de leur routine motrice ont déjà été pratiqués pendant la rencontre, ils ne les referont pas. Ils vont regarder ensemble essentiellement les nouveaux exercices. (IA) PRA1, PRA2 et FOR2 révisent la routine motrice avec chacun des clients et supervisent l'exécution de chacun des nouveaux mouvements pour s'assurer qu'il soit exécuté correctement, sans augmentation de douleur. FOR2 n'accompagne pas les praticiennes, elle supervise directement des clients. (IDC-TP) FOR2 quitte ensuite la pièce et laisse les praticiennes terminer la rencontre.

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

Rencontre 4	
Avant la rencontre	Rien de particulier n'est noté avant la rencontre.
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
Début	Une nouvelle routine motrice est remise aux clients à leur arrivée, FOR2 va aider les praticiennes pour cette première partie de la rencontre pour la supervision de la pratique de cette routine motrice par les clients (deux par deux). Comme pour la rencontre précédente, pendant la majeure partie, elle n'accompagne pas les praticiennes et supervise elle-même des clients. (IDC-TP)
0 : 57 à 1 : 14 (pause)	FOR2 et les praticiennes se retirent dans un coin quelques minutes pour discuter (propos inaudibles). Ensuite, FOR2 intervient auprès d'une cliente, elle lui installe des oreillers sous les avant-bras, elle essaie de trouver une façon pour qu'elle exécute un exercice précis sans augmentation de douleur, elle tâte aussi les trapèzes. (IDC-T) FOR2 intervient ensuite auprès d'une cliente et discute avec elle concernant la semaine précédente qui a été difficile pour elle. Entre autres, elle explore les exceptions. Elle lui demande également de lui démontrer quelle posture elle a lorsqu'elle passe l'aspirateur. PRA1 observe. (IDC-TF) À la fin de la pause, FOR2 et PRA2 se retirent quelques minutes et discutent de certains points. FOR2 demande notamment si elles ont vérifié l'exécution de certaines tâches personnalisées qui ont été données aux clients en plus de leur routine motrice lors de la rencontre précédente. (IDP) La pause se termine et FOR2 retourne dans l'autre pièce.
1 : 20	Une cliente se plie en deux sur sa chaise. Après quelques secondes, elle se redresse. Sans rien dire, elle se lève et sort pour se rendre dans la salle d'observation de l'autre côté du miroir sans tain où se trouvent les formateurs et l'étudiante-chercheuse. Elle se couche le haut du corps sur une table. FOR2 s'en occupe (ex. : exercice de respiration, balle pression) (IDC-T). Aucune praticienne ne traverse pour venir voir ce qui se passe. FOR2 demande à l'étudiante-chercheuse d'aller chercher des tapis et des oreillers de l'autre côté, et de demander par la même occasion à PRA1 (qui n'anime pas actuellement) de venir de l'autre côté pour voir ce que FOR2 fait. PRA1 observe et discute avec FOR2 (IDP + IDC-TF). Après environ vingt minutes, la cliente est finalement soulagée avec respiration et balle pression, elle retourne de l'autre côté.

Tableau 10
Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

Rencontre 5	
Avant la rencontre	Alors que les clients arrivent, FOR2 les aide à s'installer confortablement pendant que PRA1 révisé le matériel pour la rencontre. (IDC-T)
	Lorsque PRA1 ferme son cartable pour venir accueillir les clients, FOR2 lui demande de commencer à ramasser les carnets de route et de vérifier les commentaires qui y sont inscrits concernant le programme d'exercices. (IDP)
	⇒ PRA1 commence à ramasser les carnets de route, les vérifie et en discute avec chacun des clients concernant les particularités relatives à l'exécution de la routine motrice ou les fluctuations de leur condition au cours des dernières semaines. PRA2 fait la même chose.
	Aujourd'hui, FOR2 dit qu'elle veut essayer de ne pas entrer dans la salle. Elle veut laisser plus d'autonomie aux praticiennes. Elle veut aussi vérifier si elles vont penser aux choses elles-mêmes si elle leur laisse le temps.
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
0 : 49 à 1 : 04 (pause)	FOR2 intervient auprès d'une cliente et discute avec elle des tâches personnalisées qui lui ont été prescrites pour les semaines à venir, notamment passer l'aspirateur en zone neutre. Aucune praticienne n'assiste à cette discussion. (IDC-T)
	FOR2 intervient ensuite auprès d'une autre cliente pour discuter avec elle de la façon dont elle pourrait faire certains mouvements différemment au travail, c'est une réflexion qui était une tâche personnalisée prescrite à la cliente lors de la rencontre précédente. Aucune praticienne n'assiste à cette discussion. (IDC-T)
	Aucune intervention n'est faite par les formateurs pendant la séance.
Rencontre 6	
Avant la rencontre	Aucune intervention n'est notée avant la rencontre.
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
1 : 01 à 1 : 18 (pause)	FOR1 intervient auprès d'une cliente avec PRA1, il a le contrat de la cliente dans sa main et le regarde de temps à autre pendant la conversation (IDC-TF). Cette partie n'est cependant pas enregistrée, je ne suis pas en mesure de détailler la conversation et donc de savoir si PRA1 intervient. Cette discussion dure tout le long de la pause.
	FOR2 intervient auprès d'un client. Après avoir vu son carnet de route et écouté le retour sur les tâches, elle convient de modifier son nouveau programme d'exercices. PRA1 est avec FOR1 et une cliente, PRA2 discute avec un client, aucune praticienne n'assiste à cette intervention, FOR2 intervient donc seule avec le client (IDC-T). Elle lui fait faire les nouveaux exercices et s'assure de la bonne exécution des mouvements (observation et toucher). Vers la fin de la pause, alors que PRA2 a terminé sa discussion avec le client, elle se joint à eux et FOR2 lui explique qu'elle a modifié des éléments de la routine motrice du client. (IA)
	Aucune intervention n'est faite par les formateurs au cours de cette rencontre en dehors de la pause.

Tableau 10
Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

Rencontre 7	
Avant la rencontre	Aucune intervention n'est notée avant la rencontre.
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
0 : 41 à 00 : 54 (pause)	Au début de la pause, FOR2 montre à PRA1 une image avec une position pour le sommeil qu'elle a découverte récemment. Elle lui suggère d'en parler aux clients, puisque certains d'entre eux ont abordé des difficultés liées aux engourdissements des membres supérieurs lorsqu'ils sont couchés. (IDP) FOR2 mentionne à PRA2 qu'il faudrait apporter des précisions sur certains exercices de la routine motrice d'une cliente qui ne sont pas exécutés comme il faut. Comme la cliente est sortie pendant la pause, elles conviennent de la rencontrer après la fin de la séance et d'apporter avec elle des ajustements à l'exécution de certains exercices. (IA)
	Aucune intervention n'est faite par les formateurs au cours de la séance.
Après la rencontre	FOR2 et PRA2 vont rencontrer la cliente dont elles ont discuté pendant la pause. FOR2 souligne à cette dernière qu'elle a observée qu'elle avait fait l'exercice de la zone neutre en position debout avec des souliers à talons hauts et que cela occasionne une posture qui est nuisible pour le cou. Elle lui fait refaire l'exercice sans ses souliers et la guide dans sa posture, verbalement et avec ses mains. Les praticiennes observent. PRA2 intervient pour modifier la distance entre les pieds. FOR2 fait ensuite faire un autre exercice à la cliente avec des ajustements au niveau de la position de la tête. Les praticiennes observent. (IDC-TF)
Rencontre 8	
Avant la rencontre	Aucune intervention n'est notée avant la rencontre.
Temps (h : min)	Interventions effectuées par les formateurs pendant la rencontre
0 : 52 à 1 : 06 (pause)	Aussitôt que la pause débute, FOR2 entre dans la salle et va voir une cliente qui est restée assise pendant les exercices du début. La cliente avait mentionné en arrivant qu'elle était en épisode de douleur intense depuis quelques jours. FOR2 s'informe de ce qui s'est passé les jours précédant l'arrivée de cette crise. Elle s'informe également des exercices qui composent sa routine motrice et vérifie lesquels sont aidants et lesquels le sont moins. Elles discutent ensemble de certains exercices et autres stratégies que la cliente a utilisés pendant la semaine. FOR2 lui propose certains ajustements à apporter dans son programme d'exercices lors d'une crise aiguë. (IDC-T) FOR2 va voir ensuite une autre cliente et vérifie si elle a essayé l'astuce dont elles avaient discuté à la rencontre précédente pour effectuer certains mouvements dans les tâches de la vie quotidienne. (IDC-T)

Tableau 10

Résumé des interventions effectuées par les formateurs dans le cadre
des rencontres de l'École interactionnelle (suite)

0 : 52 à 1 : 06 (pause) (suite)	FOR2 va ensuite voir un client, elle discute avec lui de son retour au travail, des difficultés que cela lui occasionne, des mouvements qu'il doit faire et qui lui occasionnent des douleurs. Elle essaie avec lui de trouver des façons différentes d'effectuer une manœuvre en particulier sans se blesser. Elle lui donne également quelques suggestions pour gérer sa condition au travail. PRA1 assiste à cette discussion. (IDC-TF)
1 : 48 à 1 : 53	Les formateurs se déplacent dans la salle avec les praticiennes et clients pour la remise des diplômes à chacun des clients.
Rencontre 9	
Aucune intervention n'a été faite par les formateurs pendant cette dernière rencontre.	

Le nombre d'interventions pour chacune des catégories et pour chacune des rencontres est détaillé dans le Tableau 11.

Tableau 11

Différents types d'interventions dénombrés à chacune des rencontres

Rencontre	IDP	IDC-T	IDC-TF	IDC-TP	Autres	Total
1	3	0	1	0	4	8
2	10	1	9	0	1	21
3	3	2	3	2	1	11
4	2	2	2	1	0	7
5	1	3	0	0	0	4
6	0	1	1	0	1	3
7	1	0	1	0	1	3
8	0	2	1	0	0	3
9	0	0	0	0	0	0
Total	20	11	18	3	8	60

Notes : IDP : interventions directement auprès des praticiennes ; IDC-T : interventions directement auprès des clients-thérapeutique ; IDC-TF : interventions directement auprès des clients-thérapeutique et formatif ; IDC-TP : interventions directement auprès des clients-thérapeutique et participatif.

Certaines particularités ressortent de l'analyse des interventions effectuées par les formateurs au cours des rencontres cliniques de l'École interactionnelle. La première est la diminution importante des interventions qui sont faites directement auprès des praticiennes (IDP) au fur et à mesure que les séances avancent. Ceci peut s'expliquer notamment par le fait qu'une des praticiennes a exprimé aux formateurs son malaise concernant la fréquence de ces interventions. La réaction non verbale de PRA2 pendant une intervention lors de la troisième rencontre témoigne d'ailleurs de ce malaise (voir rencontre 3, à 37 minutes). Notons que toutes ces interventions se déroulaient dans le cadre d'une relation complémentaire dans laquelle les formateurs avaient la position d'expert. De plus, toutes ces interventions étaient des rétroactions directives (sous forme d'instruction ou de correctif à apporter). L'extrait suivant tiré de la transcription de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs explique le contexte de la diminution de ces interventions.

Étudiante-chercheuse : Si vous aviez à redonner cette formation-là, est-ce qu'il y aurait des choses qui seraient faites différemment ?

FOR1 : *Ben* un petit... *ben* dans les détails, un qui me venait, j'ai été un petit peu surpris *pis* j'attribue ça au fait qu'on demeure... en tout cas, moi je l'ai mal vendu, qu'elles étaient relativement réfractaires à ce qu'un des superviseurs rentre dans la salle.

FOR2 : Oui.

FOR1 : On aurait peut-être dû..., j'y ai repensé après, on aurait dû mettre ça beaucoup comme étant « c'est naturel, c'est normal, *pis* quand on n'est pas... »

FOR2 : *Pis* ça va arriver.

FOR1 : *Pis* quand ça fait 10 minutes qu'on n'y va pas, soyez anxieuses, ça va mal. Donc ils vont souhaiter qu'on rentre... en tout cas. Non mais il y a plein de façons là. J'ai été un petit peu surpris de voir qu'elles étaient... qu'elles voyaient ça comme négatif même si elles voyaient que ça aidait beaucoup. Des fois tu rentrais [regarde FOR2] quand même régulièrement, assez souvent *pis* elles voyaient bien les effets. Mais ce n'était jamais comme positif en partant. De voir la porte ouvrir, elles s'arrêtaient de parler. Je me suis rendu compte que je n'avais pas fait la job de bien préparer et de bon, quand quelqu'un rentre, la job de l'animatrice, c'est de continuer d'animer l'école *pis* d'ignorer, parce que tout le monde va faire comme l'animateur. *Faque* si ils voient que quelqu'un rentre *pis* que j'arrête *pis* que [il se tourne et regarde derrière lui], *ben* les six ou les huit patients vont tourner la tête, ils vont faire ça. Si je dis du coin de l'œil je sais c'est qui et je continue à parler, personne va regarder..., ils vont continuer à suivre ce que je dis. Ça, j'ai oublié d'enseigner ça. Je ferais ça plus... en tout cas, on a été capable de transcender pareil mais c'était comme une difficulté...

FOR2 : C'est des interventions qu'on a comme moins faites, plus espacées pour pas *eah...*

FOR1 : Pour pas les rendre plus inconfortables.

FOR2 : Oui, oui c'est ça, elles n'étaient pas à l'aise avec ça.

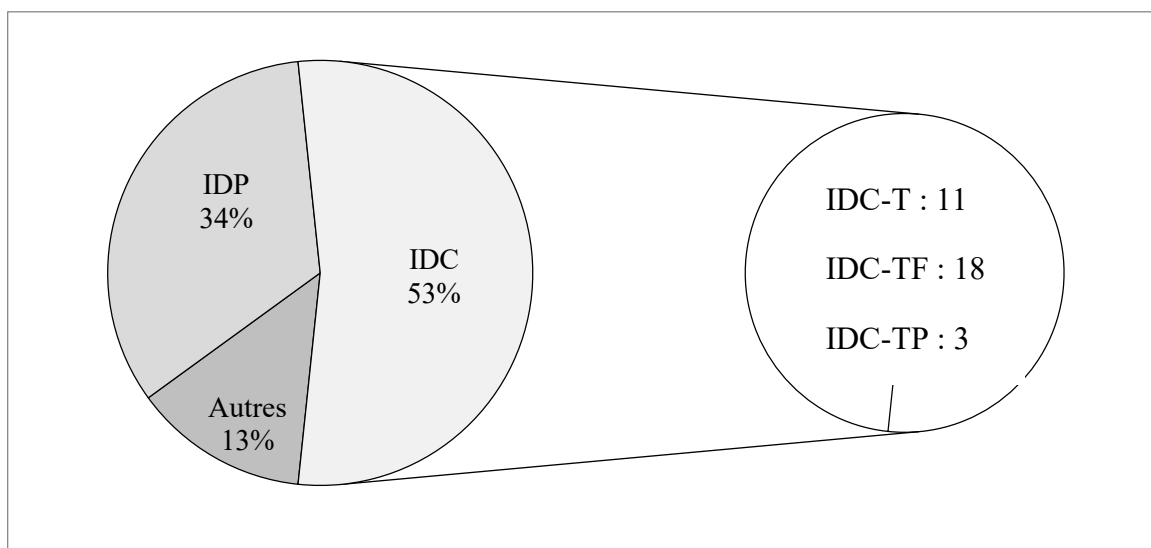
Étudiante-chercheuse : Et comment vous avez su qu'elles n'étaient pas à l'aise avec ça ?

FOR1 et FOR2 (en même temps) : Elles nous l'ont dit. [Conversation qui n'a pas été filmée ni observée]

La diminution des interventions effectuées pendant les rencontres peut possiblement aussi s'expliquer par l'intégration des exercices, dont la routine motrice qui se fait surtout au cours des trois premières séances de l'École interactionnelle. De plus, on constate que les interventions effectuées directement auprès des clients sont plus nombreuses que celles effectuées auprès des praticiennes comme l'illustre la Figure 6.

Figure 6

Proportions relatives aux différentes catégories d'interventions effectuées par les formateurs dans le cadre de l'École interactionnelle



Source : auteure.

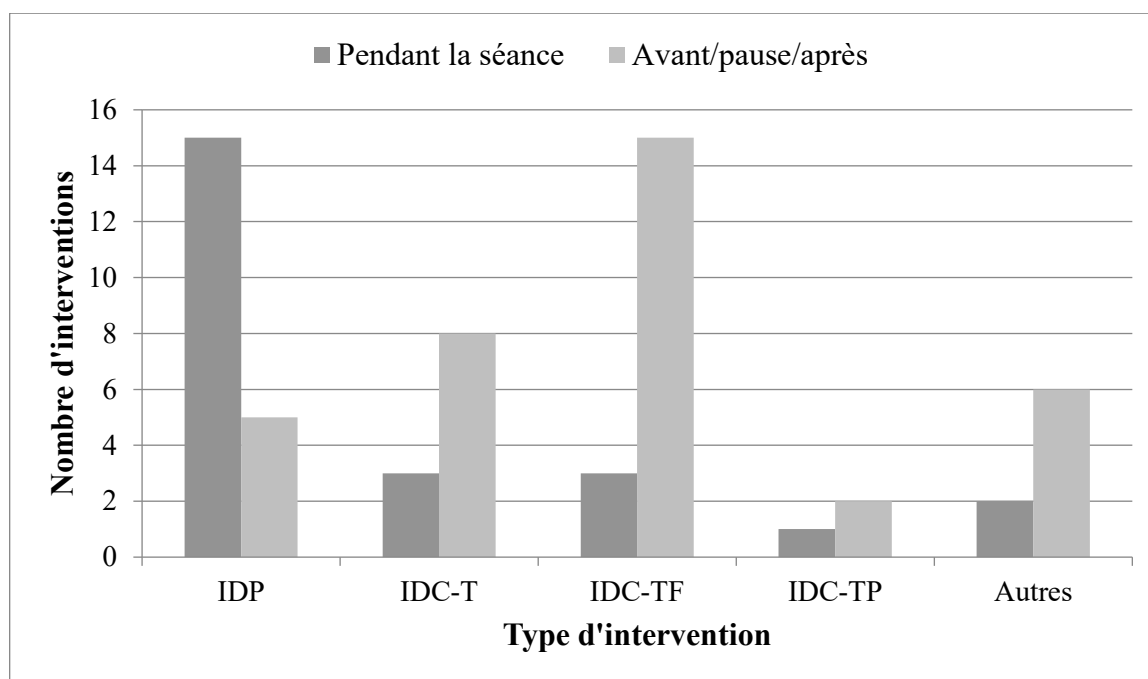
Notes : IDP : interventions directement auprès des praticiennes ; IDC : interventions directement auprès des clients ; IDC-T : interventions directement auprès des clients-thérapeutique ; IDC-TF : interventions directement auprès des clients-thérapeutique et formatif ; IDC-TP : interventions directement auprès des clients-thérapeutique et participatif.



Enfin, on remarque que les interventions auprès des praticiennes se déroulent majoritairement pendant la séance, alors que les interventions auprès des clients s'effectuent surtout à l'extérieur du déroulement de la séance, c'est-à-dire avant la rencontre, pendant la pause et après la rencontre. La Figure 7 illustre cette comparaison pour chacun des types d'interventions.

Figure 7

Types d'interventions effectuées par les formateurs aux différentes étapes des rencontres



Source : auteure.

Notes : IDP : interventions directement auprès des praticiennes ; IDC-T : interventions directement auprès des clients-thérapeutique ; IDC-TF : interventions directement auprès des clients-thérapeutique et formatif ; IDC-TP : interventions directement auprès des clients-thérapeutique et participatif.

5.2.2 Application d'interventions individuelles (PRA3)

Dans le cadre de ce projet de recherche, une praticienne (PRA3 – Mireille) a appliqué un total de onze rencontres cliniques en individuel auprès de trois clients différents. Une seule rencontre a eu lieu avec la première cliente, cette dernière ne s'étant pas présentée à la rencontre suivante, pour des raisons personnelles qui ne sont pas en relation avec le projet de recherche. Considérant le contexte de la formation qui devait avoir un cadre temporel préétabli, un nombre de cinq rencontres a été convenu pour chacun des clients. Un client a poursuivi pour quelques rencontres supplémentaires après la formation avec PRA3 au Centre hospitalier.

Chacune de ces rencontres s'est déroulée dans une salle munie du matériel nécessaire à l'intervention (un ballon, un tapis, des serviettes, des oreillers, des chaises et une table). Plus précisément, deux salles ont été utilisées pour les interventions individuelles. Ces rencontres ont débuté dans un petit studio muni d'un équipement audiovisuel et d'un miroir sans tain, avec des chaises et un téléphone. Cependant, la localisation et la grandeur de cette salle rendaient difficile l'ajout d'un lit ou d'une civière. Comme la condition de l'un des clients rendait trop difficile l'utilisation de tapis au sol, il a été convenu de changer de salle et de faire la suite des rencontres dans le laboratoire des soins infirmiers, où une civière est à la disposition du client. Il s'agit du même local que celui où ont eu lieu les rencontres d'évaluations fonctionnelles dans le cadre des Écoles interactionnelles (voir Figure 5). Cette salle dispose également d'un miroir sans tain qui la sépare de la salle adjacente afin de permettre l'observation. L'utilisation du miroir sans tain permet aux formateurs d'observer les rencontres, comme dans le cas des Écoles interactionnelles, sans être présents dans la même pièce que le client et la praticienne. Cette organisation de la salle permet aussi aux formateurs d'intervenir par l'entremise du téléphone pour discuter avec PRA3 au besoin. Enfin, pour les besoins de la formation et de la recherche, deux caméras ont été utilisées en alternance, selon les déplacements de la praticienne et du patient dans la salle. Cependant, contrairement à la première salle d'intervention utilisée, le téléphone de cette deuxième salle n'était pas relié à l'enregistrement audio. Les propos des formateurs lors de leurs interventions sont donc indisponibles pour les rencontres ayant eu lieu dans cette salle.

Voici l'analyse des trois principales parties de cette étape de la formation, c'est-à-dire la préparation, l'intervention (avant et après la pause) et la pause.

5.2.2.1 Préparation

Une rencontre avait lieu entre les deux formateurs et PRA3 immédiatement avant chacune des rencontres avec un client afin d'aider la praticienne à se préparer (ex. : déroulement de la rencontre, se souvenir des principales informations à obtenir et de certaines interventions importantes à appliquer en fonction des particularités du client, revoir les tâches qui avaient été prescrites à la rencontre précédente, etc.). Ces rencontres se faisaient parfois en dînant, elles n'ont pas toutes été filmées. À titre d'exemples pour illustrer la façon dont les formateurs aidaient PRA3 à se préparer, voici des extraits tirés des notes d'observation.

Cliente 1 – rencontre 1 : Les formateurs font un rappel des principales informations à obtenir. FOR2 précise qu'elle doit aussi explorer les postures utilisées par la cliente qui augmentent sa douleur ou qui la soulagent. FOR1 souligne qu'il est important de porter une attention particulière à la position de la cliente tout au long de la rencontre pour éviter qu'elle augmente la douleur (ex. : mettre des serviettes sous ses avant-bras lorsqu'elle est assise pour relever ses épaules). PRA3 doit s'assurer du confort de sa cliente en tout temps notamment en étant attentive à sa posture et aux signaux non-verbaux (expression du visage) et en apportant les ajustements au besoin.

Ensuite, FOR1 simule un patient souffrant de douleur chronique et demande à PRA3 de pratiquer les explications du début, notamment de demander à la cliente de mettre son micro avant de débiter les explications, puis d'expliquer le contexte, le miroir et la présence de personnes derrière le miroir ainsi que l'utilisation de caméras. PRA3 est nerveuse, elle dit qu'elle ne se souvient pas des questions, FOR1 et PRA3 conviennent qu'elle pourra déposer sa feuille avec les questions sur la petite table près d'elle. FOR1 et PRA3 conviennent d'un signal qui voudra dire que cette dernière ne veut plus recevoir d'appel téléphonique de la part des formateurs. FOR1 veut qu'elle sache qu'elle a un contrôle dans l'entretien, qu'elle peut gérer les appels si elle se sent plus confortable de cette façon. Notons que PRA3 n'a jamais utilisé ce signal.

Client 2 – rencontre 2 :

Les formateurs et PRA3 commencent par discuter de la façon de présenter le point de rupture au client. Ils conviennent que ce point sera abordé juste avant la pause. FOR1 demande ensuite à PRA3 quel est son plan de match pour la deuxième rencontre. Elle répond que « c'est d'aller vérifier les exercices de la position neutre couché sur le côté pour la bascule, pis là vraiment vu qu'il n'avait pas beaucoup de bascule, ben de prendre le bassin qu'on a ici pis lui montrer les mouvements du bassin pour essayer d'aller chercher plus de mouvement. » Puis elle va essayer d'intégrer la bascule du bassin en position assise. Elle mentionne qu'avant tout ça, elle va revenir sur la première rencontre, elle va revenir sur son carnet de route avec les tâches et autres exercices.

FOR1 mentionne à PRA3 que la façon la plus intéressante d'introduire cette partie c'est de demander, quand on commence, « Comment ça a été dans vos tâches ? » Puis aborder avec le client chacune des tâches une par une. Ils discutent ensemble des principaux points qui doivent être abordés, des informations qui doivent être obtenues en fonction des différents problèmes observés chez le client (ex. : constipation).

Pour conclure, FOR1 demande de résumer en ordre les quatre principaux points qui seront abordés dans cette rencontre : retour sur les tâches, vérifier les exercices, obtenir les nouvelles informations (médicaments et valsalva) et point de rupture.

5.2.2.2 Rencontres cliniques

Ensuite, les rencontres cliniques se déroulent en deux parties qui sont entrecoupées par une pause comme précisé à la sous-section 4.2.1. Tout au long de la rencontre, dans le cadre de sa relation avec les clients, PRA3 alterne les positions expert et non-expert (tactique thérapeutique de la démarche stratégique). Dans la première partie de l'intervention, elle prend davantage la position de non-expert en posant des questions pour identifier le problème du client, les solutions tentées et les exceptions. Pendant la deuxième partie de l'intervention (le retour-client), PRA3 prend majoritairement la position d'expert, en donnant des commentaires et des tâches au client.

Tout au long de ces rencontres cliniques, les formateurs interviennent directement auprès de PRA3 à l'aide du téléphone. Ces interventions se font majoritairement à l'aide du téléphone à circuit fermé qui se trouve dans les deux pièces. Lors de ces interventions, les formateurs ont une position d'expert dans leur relation avec PRA3. Comme c'est le cas dans les Écoles interactionnelles, certaines interventions sont aussi effectuées directement auprès du client (IDC). Ces interventions ont toujours un objectif à la fois thérapeutique et formatif, puisque PRA3 est toujours présente pour observer lorsqu'elles ont lieu. Aucune sous-catégorie n'a donc été créée comme pour les IDC dans les Écoles interactionnelles.

Au total, au cours des onze rencontres, 91 interventions effectuées par les formateurs ont été dénombrées. Quatre-vingt-trois interventions ont été effectuées par l'entremise du téléphone (65 appels), six interventions ont été effectuées par entrée d'un formateur dans la salle (quatre entrées) et deux interventions ont été effectuées à la suite d'un appel effectué par PRA3 (deux appels). Les six interventions effectuées par entrée directe dans la salle ont été faites directement auprès du client et ont été observées par la praticienne. Le Tableau 12 présente un résumé des interventions effectuées à chacune des rencontres avec chacun des clients. Ces interventions ont été classifiées en cinq grandes catégories en fonction de l'objectif visé par les formateurs : précisions/informations supplémentaires à obtenir, précisions/informations supplémentaires à donner, confort du client, exercice/mouvement, et oubli dans la démarche d'intervention.

Tableau 12

Interventions effectuées par les formateurs dans le cadre des rencontres individuelles

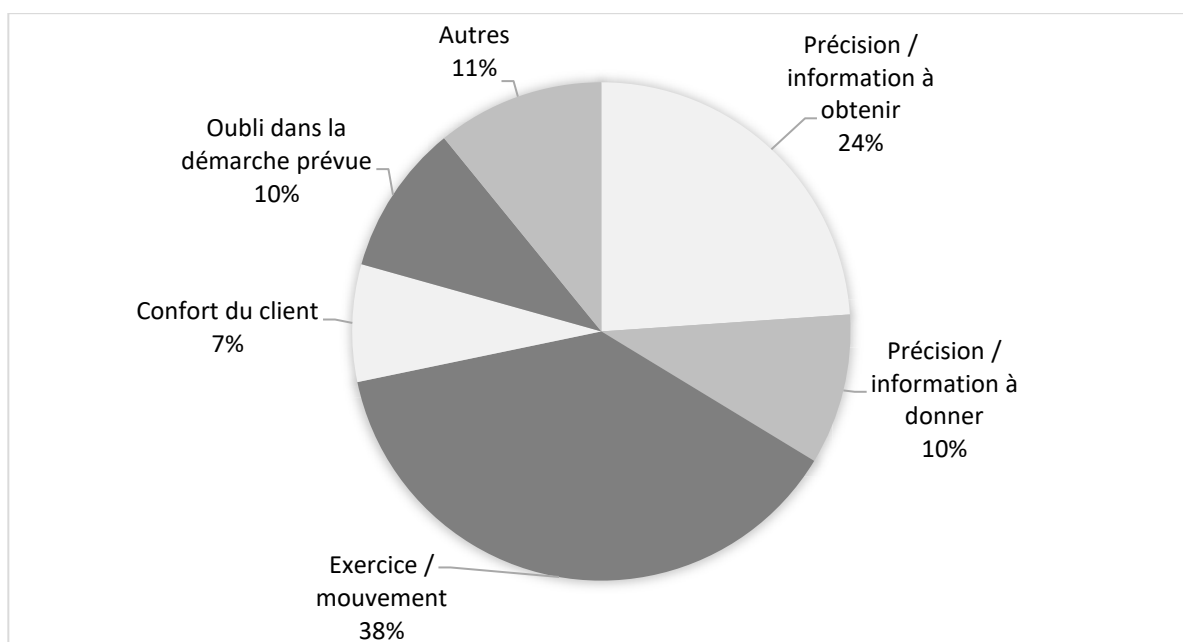
	Catégories							Type d'intervention				
	C-R = Client – rencontre	Précisions/informations supplémentaires à obtenir	Précisions/informations supplémentaires à donner	Confort du client	Exercice/mouvement	Oubli dans la démarche d'intervention	Autres	Nbre total d'interventions (durée de la rencontre)	Nbre d'IDP (nbre d'appels téléphoniques d'un formateur)	Nbre d'IDC (nbre d'entrées dans la salle d'un formateur)	Nbre d'appels effectués par PRA3 aux formateurs	
	C-R	IDP	IDP	IDP	IDP	IDC	IDP	IDP	IDP	IDC	IDP	
C1-R1		5	1	0	0	0	3	0	9 (1 h 54)	9 (8)	0	0
C2-R1		7	0	0	7	0	0	5	19 (1 h 44)	19 (8)	0	0
C2-R2		3	0	4	3	0	0	0	10 (1 h 52)	10 (6)	0	0
C2-R3		1	1	0	1	0	0	1	4 (1 h 21)	4 (4)	0	0
C2-R4		0	4	0	3	2	1	0	10 (1 h 27)	7 (7)	3 (1)	0
C2-R5		0	0	0	1	0	0	1	2 (1 h 5)	2 (2)	0	0
C3-R1		3	0	0	1	0	1	0	5 (1 h 48)	4 (4)	0	1 (1)
C3-R2		0	0	1	4	0	0	0	5 (1 h 34)	4 (4)	1 (1)	0
C3-R3		0	0	0	0	5	0	1	6 (1 h 46)	4 (5)	1 (1)	1 (1)
C3-R4		3	1	1	6	0	1	0	12 (1 h 24)	12 (10)	0	0
C3-R5		0	2	0	2	0	3	2	9 (1 h 31)	8 (7)	1 (1)	0
Total		22	9	6	28	7	9	10	91 (17 h 26)	83 (65)	6 (4)	2(2)

Notes : C : client ; R : rencontre ; IDP : interventions directement auprès des praticiennes ; IDC : interventions directement auprès des clients.

La proportion des différentes catégories d'interventions est présentée de façon schématique dans la Figure 8 et permet de constater une prédominance pour les interventions dans la catégorie *Exercice/mouvement*.

Figure 8

Proportions relatives aux différentes catégories d'intervention effectuées par les formateurs dans le cadre des rencontres individuelles



Pour présenter les différentes catégories, nous avons choisi des extraits d'interventions. Il est à noter que mis à part les deux premières rencontres, les propos des formateurs lors des appels téléphoniques n'ont pas été enregistrés. Comme mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, il s'agit d'une contrainte technique qui découle de l'organisation du système audiovisuel de la salle utilisée. Pour documenter ces interventions, nous avons donc décrit le contexte dans lequel elles ont été faites et nous avons décrit aussi les actions de PRA3 immédiatement après l'intervention. Par ailleurs, l'observation sur le terrain nous a permis de constater que de façon systématique, PRA3 exécutait les demandes faites par les formateurs lors de ces appels, immédiatement après avoir raccroché, à l'exception d'une fois où elle a indiqué lors de l'appel, avant de raccrocher, son intention de poser la question plus tard. On peut donc, avec un bon niveau de certitude, affirmer que les interventions effectuées

par PRA3 après une intervention téléphonique correspondent aux demandes faites par les formateurs. Cela dit, certaines interventions peuvent ne pas avoir été documentées, notamment les commentaires qui sont souvent impossibles à confirmer par les actions de PRA3. Il est à noter également que dans la plupart des interventions téléphoniques, PRA3 ne fait qu'acquiescer. Cependant, lorsqu'il y a des échanges entre elle et les formateurs pendant l'intervention téléphonique, la transcription des propos de PRA3 a été faite, entrecoupés par des [...] pour illustrer les propos des formateurs qui ne sont pas enregistrés.

Voici maintenant des extraits de verbatims qui supportent les cinq grandes catégories qui ressortent des interventions effectuées dans le cadre des interventions individuelles. La colonne titrée « Int. » présente le numéro de l'intervention à l'intérieur de la rencontre (R) avec un client (C).

La catégorie *Précisions/informations supplémentaires à obtenir* contient les interventions qui ont été faites pour demander à la praticienne d'obtenir des précisions ou des informations supplémentaires en relation avec l'objectif de l'intervention. Ces informations peuvent porter par exemple sur les solutions tentées, les exceptions, le déroulement des exercices à la maison, les particularités de la vie du client (travail, famille, etc.). Le Tableau 13 présente deux exemples d'interventions en relation avec cette catégorie.

Tableau 13

Exemples d'interventions en relation avec la catégorie

Précisions/informations supplémentaires à obtenir

C-R	Int.	Transcription partielle de l'intervention	Réaction de la praticienne
C2-R1	8, 9 et 10	<u>Contexte</u> : PRA3 a fini d'explorer les différents exercices avec le client (bascules du bassin et respiration) qui est allongé au sol sur un tapis. Elle explique au client qu'un peu plus tard il y aura une pause, pendant laquelle elle ira discuter avec ses collègues. <u>Appel reçu</u> : (8) FOR2 demande à PRA3 de demander à son client en position assise et debout qu'est-ce qui est différent, qu'est-ce qui est le plus douloureux, afin d'avoir plus d'information au niveau de la racine nerveuse qui est concernée. Elle précise de ne pas lui faire faire les mouvements, juste lui demander. (9) Elle ajoute que lorsqu'il se lèvera elle pourra également lui demander de rester une minute ou deux debout afin qu'ils puissent explorer ça un peu plus. (10) Enfin, elle demande de vérifier auprès du client les positions les plus confortables lorsqu'il est debout, assis et couché.	PRA3 acquiesce et raccroche. Elle obtient auprès de son client les informations demandées avant de prendre la pause.
C2-R3	2	<u>Contexte</u> : PRA3 s'informe auprès du client de sa pratique de l'exercice de la bascule du bassin en position couché sur le côté pendant la semaine entre les deux rencontres. Elle indique au client qu'ils vont aller faire l'exercice sur la civière. Le client se lève. Appel reçu (propos du formateur non enregistrés).	PRA3 acquiesce et raccroche. Elle revient sur le sujet « <i>peak</i> » de douleur (« <i>peak</i> » est l'expression utilisée par le client). La discussion se fait debout. PRA3 : « Vous avez mentionné tantôt que vous aviez eu un "<i>peak</i>" de douleur tantôt dans le stationnement. Est-ce que vous en avez eu hier des "<i>peak</i>" de douleur ? » Le client répond par la négative. Elle demande alors s'il en a eu avant-hier. Il répond non. Elle vérifie les « <i>peak</i> » de douleur dans la semaine. Lors du dernier « <i>peak</i> » de douleur, elle lui demande ce qu'il faisait. Elle lui demande de raconter ce qu'il a fait les autres fois où il a ressenti un « <i>peak</i> » de douleur.

La catégorie *Précisions/informations supplémentaires à donner* pour sa part inclut toutes les interventions qui ont été faites par les formateurs pour que soit donnée une information au client, par exemple en relation avec l'exercice enseigné ou une tâche demandée. Le Tableau 14 présente deux exemples d'interventions en relation avec cette catégorie.

Tableau 14
Exemples d'interventions en relation avec la catégorie
Précisions/informations supplémentaires à donner

Client	Int.	Notes d'observation	Réaction de la praticienne
C3-R5	4	<u>Contexte</u> : PRA3 a mentionné à la cliente qu'il y aura des rechutes et elle explore avec elle ce qu'elle fera lorsque ça arrivera. La cliente mentionne les stratégies qu'elle a utilisées. PRA3 acquiesce et ajoute qu'elle devra aussi retourner aux exercices du début puisque sa condition sera plus douloureuse. Appel reçu (propos du formateur non enregistrés).	PRA3 acquiesce et raccroche. Elle mentionne ensuite à la cliente qu'elle devra aussi faire ses exercices « sans augmentation de douleur ».
C2-R4	7	<u>Contexte</u> : PRA3 explique au client sa première tâche qui est d'arrêter l'activité qu'il est en train de faire aussitôt qu'il perçoit des engourdissements ou des picotements. Appel reçu (propos du formateur non enregistrés).	PRA3 acquiesce et raccroche et mentionne au client qu'il y a quelque chose à rajouter, la première chose c'est de ne pas seulement attendre qu'il commence à avoir des engourdissements ou des picotements, mais aussi d'essayer de voir à quels moments ils arrivent ces picotements et engourdissements pour éventuellement arrêter AVANT que ça arrive.

Les interventions associées à la catégorie *Confort du client* font référence aux interventions qui visaient précisément à demander à PRA3 d'assurer au client une position qui soit le plus confortable possible et qui évite d'augmenter sa douleur, par exemple en lui offrant de changer de position ou en utilisant des accessoires tels que des oreillers et des serviettes. Le Tableau 15 présente deux exemples d'interventions effectuées par les formateurs en relation avec cette catégorie.

Tableau 15

Exemples d'interventions en relation avec la catégorie *Confort du client*

C-R	Int.	Extrait des notes d'observation	Réaction de la praticienne
C2-R2	6	<u>Contexte</u> : PRA3 a demandé au client de lever son pied et de le déposer sur une chaise pendant qu'il est en position assise afin de lui expliquer où cela occasionne de la douleur. Pendant que le client a le pied sur la chaise, il grimace de douleur. Appel reçu (propos du formateur non enregistrés)	PRA3 : « Oui, oui, c'est ça... » et elle demande aussitôt au client de retirer son pied de sur la chaise avant même de raccrocher le combiné.
C2-R2	7	PRA3 montre au client la maquette du bassin et du plancher pelvien, elle explique à l'aide de cette maquette le mouvement de la bascule du bassin. Elle lui mentionne qu'il va explorer la bascule du bassin en position assise sur une chaise et sur un ballon pour trouver quelle est la façon la plus appropriée pour lui. Appel reçu.	[...] PRA3 acquiesce et raccroche. Elle retourne près du client : « Donc on se demande, parce que la serviette est un peu haute (il y a une serviette roulée entre le dos du client et le dossier de la chaise), on voulait savoir, pour que vous-même vous alliez l'ajuster là, peut-être plus bas, ou plus, ou peu importe, pour que vous trouviez que ce soit plus confortable. » PRA3 prend la serviette, le client s'avance, elle enchaîne « Je veux que vous essayiez différentes positions (elle place la serviette plus bas dans son dos et recule) pour essayer de la mettre vous-même... » Le client prend la serviette et la place à l'endroit de son choix. PRA3 « Oui, comme ça... » Ensuite, le client la déplace à nouveau.

La catégorie *Exercice/mouvement* réfère aux interventions dont l'objectif était d'apporter un correctif à un exercice ou à un mouvement en train d'être effectué par le client, de proposer une variante à un exercice ou à une position, ou encore de faire un nouvel exercice. Il est à noter que les interventions qui concernaient les exercices qui ont été effectués pendant les journées ou les semaines précédant la rencontre ou encore les directives sur les exercices qui seront à effectuer pendant les journées ou les semaines à venir (ex. : fréquence, gradation) ne sont pas incluses dans cette catégorie. Ces interventions ont plutôt été associées aux catégories *Précision/informations à obtenir* ou *Précisions/informations à donner*. Le Tableau 16 présente deux exemples d'interventions effectuées par les formateurs en relation avec cette catégorie.

Tableau 16

Exemples d'interventions en relation avec la catégorie *Exercice/mouvement*

C-R	Int.	Extrait des notes d'observation	Réaction de la praticienne
C2-R4	3 et 4	<u>Contexte</u> : PRA3 fait faire la bascule du bassin en position assise à son client. Il a de la difficulté à faire le mouvement. <u>FOR2 entre directement dans la salle.</u> (3) Dans un premier temps, elle explique à PRA3 une façon d'aider le client à faire la bascule du bassin en position assise à l'aide d'une serviette pour que PRA3 le fasse essayer ensuite à son client, le but étant de l'aider à diminuer le mouvement du tronc et à maximiser le mouvement du bassin.	N/A
		(4) FOR2 intervient ensuite elle-même auprès du client et lui explique comment s'aider de la serviette pour faire le mouvement. Elle le guide avec ses mains et verbalement. PRA3 observe. FOR2 fait essayer au client la bascule du bassin sur le ballon aussi. PRA3 observe. Puis le client explore de nouveau la bascule du bassin en position assise sur une chaise. FOR2 lui demande cette fois de s'asseoir sur le bord de la chaise plutôt que d'avoir le dos appuyé au dossier. Elle guide elle-même le client. PRA3 observe. Le client réussit le mouvement, PRA3 le félicite.	
C3-R2	4	Contexte : PRA 3 fait faire la bascule du bassin à la cliente en position debout avec appui au mur comme demandé lors de l'appel précédent. Appel reçu. (... 35 secondes...) Plusieurs acquiescements de la part de PRA3. Elle mentionne ensuite au téléphone « Ouin, faque là tu veux que je recommence des pieds pis tout ça ? ». (... 15 secondes...). Elle acquiesce encore à quelques reprises. Et elle ajoute « Pis au niveau thoracique, peux-tu juste me rappeler... ». [...] « Ah oui, pis des côtés, flexions latérales ». [...]	PRA3 acquiesce et raccroche. Elle retourne auprès de la cliente. Elle lui mentionne : « Ce qu'on va rajouter, pas juste au niveau du bassin, on va monter vers le haut, pour aller vous aider aussi au niveau du cou. <i>Faque</i> on va repartir, on était rendu à la bascule du bassin, on va repartir de là, après ça on va continuer à monter ». Elle continue de guider la cliente dans l'exécution de la zone neutre en montant au dos et au cou (alignement du bas vers le haut) + respirations abdominales.

La catégorie *Oubli dans la démarche prévue* contient les interventions qui ont servi essentiellement à rappeler à la praticienne une intervention qui était prévue dans la démarche relative à l'approche stratégique et qu'elle a oublié de faire. Le Tableau 17 présente deux exemples d'interventions associées à cette catégorie.

Tableau 17

Exemples d'interventions en relation avec la catégorie *Oubli dans la démarche prévue*

C-R	Int.	Extrait des notes d'observation	Réaction de la praticienne
C1-R1	8	Contexte : PRA3 fait part à la cliente de l'encouragement (première partie du retour avec le client), mais elle oublie de lui demander d'écrire les commentaires qu'elle lui fait. Appel reçu : FOR1 rappelle à PRA3 de demander à la cliente d'écrire.	PRA3 a un petit rire nerveux pendant l'appel. Après avoir raccroché, elle mentionne à la cliente qu'elle a oublié de lui faire écrire les commentaires et elle ajoute avec un sourire « une chance qu'on est plusieurs ».
C1-R1	9	À la fin de la rencontre, PRA3 semble prête à mettre fin à la rencontre, mais elle n'a pas demandé à la cliente de relire les commentaires et les tâches. Appel reçu : FOR1 lui rappelle de demander à la cliente de relire les commentaires et les tâches en précisant d'ajouter que c'est pour être certaine qu'elle s'est bien exprimée (à comprendre qu'il ne faut pas dire « pour être certaine que vous avez bien compris », une particularité de l'intervention stratégique.)	PRA3 mentionne « ah oui, c'est vrai » et remercie FOR1. Elle demande ensuite à la cliente de relire les commentaires et les tâches en indiquant que c'est pour vérifier si elle s'est bien exprimée.

Enfin, la section *Autres* regroupe les interventions qui ne se retrouvent dans aucune des autres catégories et dont l'objectif est isolé, dans ce sens qu'il ne se répète pas suffisamment pour en faire une catégorie. Le Tableau 18 présente deux exemples de ce genre d'interventions.

Tableau 18

Exemples d'interventions en relation avec la catégorie *Autres*

C-R	Int.	Extrait des notes d'observation	Réaction de la praticienne
C2-R1	16	<u>Contexte</u> : PRA3 est en train d'expliquer au client les tâches et exercices qu'il aura à faire. Elle les écrit elle-même au fur et à mesure parce que le client n'a pas ses lunettes (d'après les discussions des formateurs derrière le miroir, on soupçonne par sa réaction qu'il n'est pas habile pour écrire). Appel reçu : FOR1 demande à PRA3 de se déplacer à côté du client, de lui mettre le <i>pad</i> avec la feuille dans les mains et lui faire toutes les explications requises. Il ajoute que lorsqu'elle va lui demander de relire les commentaires et les tâches, elle doit passer son doigt sous le texte en suivant ce que lit le client. Pour justifier sa demande, FOR1 indique que présentement le client semble avoir de la difficulté à suivre ce qu'elle en train de lui expliquer.	PRA3 : « Oui, ok, je comprends ». Elle remercie FOR1, raccroche, et fait ce qu'il lui a demandé.
		<u>Contexte</u> : Le client a remis à PRA3 le rapport du médecin. Elle va directement à la page conclusion et commence à lire. Appel reçu (propos du formateur non enregistrés)	PRA3 acquiesce et raccroche. Elle indique qu'il y a une page complète et propose de regarder ça plutôt à la pause. Elle poursuit la rencontre sans lire à voix haute le rapport.

5.2.2.3 Pause

Comme déjà mentionné, cette partie de l'intervention vise à planifier les commentaires et les tâches à donner au client lors du retour. La pause s'effectue avec les deux formateurs et PRA3. Tout au long de cette période, c'est le client qui est au centre des discussions. En fonction des observations et des notes prises par FOR1 et FOR2 au cours de la rencontre (solutions tentées, exceptions, langage du client) ainsi que des observations et interventions de PRA3, tous les trois discutent des commentaires, tâches et exercices les plus appropriés à transmettre au client au retour. À quelques reprises, FOR1 et FOR2 ont une position « expert » par rapport à PRA3, c'est le cas le plus souvent au cours des deux premières rencontres alors que FOR1 explique

comment introduire les commentaires et les tâches au client et que FOR2 fait expérimenter à PRA3 la pratique et l'enseignement de certains exercices. Voici, à titre d'exemple, deux extraits de notes d'observation qui illustrent ces moments :

Exemple 1 : Cliente 1 – rencontre 1

À la demande de FOR1, PRA3 fait une pratique devant les formateurs avant de retourner auprès du client. Elle lit les commentaires en regardant sa feuille.

FOR2 donne un défi à PRA3, lire le commentaire d'abord dans sa tête, et le dire ensuite à la cliente avec un contact visuel, sans lire.

Exemple 2 : Client 2 – rencontre 1

Les discussions débutent avec la bascule du bassin qui demeure un exercice difficile pour le client. PRA3 se questionne sur sa façon de lui montrer. FOR2 propose de l'essayer en position couché sur le côté. FOR2 et PRA3 expérimente l'exercice, FOR2 guide le mouvement sur PRA3 (une main sur la hanche et une main dans le bas du dos, elle aide le mouvement avec ses mains). Elles inversent ensuite les rôles pour que PRA3 puisse faire une pratique. Elle verbalise ce qu'elle fait au fur et à mesure. FOR2 apporte les ajustements au besoin. Elles discutent aussi de la possibilité de faire expérimenter au client la balle pression.

Cela dit, pendant la majeure partie de la rencontre, les discussions entre les formateurs et PRA3 se font sur une base égalitaire entre les trois professionnels. À titre d'exemples, voici deux extraits de notes d'observation qui illustrent la position égalitaire dans les discussions à la pause.

Exemple 1 : Client 2 – rencontre 4

Ils discutent de l'utilisation d'une béquille ou d'une canne pour le client. FOR1 est d'avis qu'une béquille c'est plus facile à utiliser, PRA3 est d'avis qu'une canne c'est plus facile. PRA3 explique pourquoi elle pense proposer à son client d'utiliser une canne lorsqu'il va marcher à l'extérieur. FOR2 propose des bâtons de marche. Elle souligne également que l'objectif du client est déjà dépassé. PRA3 dit que, dans ce cas, ils peuvent laisser tomber l'idée de la canne. FOR2 propose de nouveau les bâtons de marche comme alternative.

Ensuite, PRA3 et FOR2 discutent des exercices à prescrire en fonction des observations sur le carnet de route à propos des exercices prescrits lors de la séance précédente. Par exemple, PRA3 demande à FOR2 s'ils devraient laisser l'exercice de la balle pression. FOR2 répond que non, ils lui ont fait essayer deux façons différentes de l'effectuer et dans les deux cas, ça augmentait la douleur. Elles discutent de l'évolution de l'exercice de la bascule du bassin. Ils conviennent également de diminuer la durée de la marche de 10 minutes à 5 minutes considérant que cet exercice a augmenté la douleur du client à chaque fois.

Exemple 2 : Cliente 3 – rencontre 2

FOR1 demande à PRA3 son évaluation des exercices prescrits la semaine précédente. Est-ce que les vérifications qu'elle a faites lui ont confirmé que la cliente a fait ce qui lui a été demandé ? PRA3 dit que ça ressemblait, elle trouve cependant que la cliente a fait le mouvement souvent plutôt que d'essayer de maintenir la posture en portant l'attention sur le plancher pelvien, selon elle cette partie est moins bien intégrée. Ils discutent des notes de la cliente sur son carnet de route. La cliente a fait ses exercices chaque jour, parfois ça augmentait sa douleur, mais parfois ça lui faisait du bien. PRA3 souligne que le fait qu'elle ait effectué ses exercices chaque jour pourrait être un commentaire (encouragement) à faire à la cliente au début de retour, ce que confirme FOR1 qui formule la phrase à voix haute. PRA3 écrit ce qu'il lui dit.

Ensuite les discussions se poursuivent sur le fait que Madame dans son travail lève des chaises pour les déposer sur les tables chaque jour et qu'elle le fait sans plier les genoux. FOR2 lui demande comment elle compte lui montrer une meilleure technique pour lever les chaises. PRA3 avec un petit rire mentionne qu'elle a justement réfléchi à ça, que si elle avait su, elle lui aurait montré tout de suite lors de la première partie de la rencontre. Elle se lève et fait des essais. FOR1 se lève et fait aussi des essais, il lui propose une façon avec laquelle FOR2 est d'accord. PRA3 se pratique à quelques reprises (rires). FOR2 reste assise et donne quelques directives verbalement. Ils conviennent que c'est la technique qu'elle montrera à sa cliente.

À d'autres moments, la relation entre FOR2 et PRA3, qui sont toutes les deux thérapeutes en réadaptation physique, est de nature égalitaire et la relation entre ces deux dernières et FOR1 est complémentaire. Voici un extrait de notes d'observation de la pause qui illustre cette relation.

Exemple 1 : Cliente 1 – rencontre 1

FOR1 propose une tâche, il dit à PRA3 qu'il aimerait avoir son opinion là-dessus. Il lui expose son idée. PRA3 est d'accord.

Ensuite FOR1 explique à PRA3 comment formuler la tâche « Continuer ». PRA3 inscrit sur sa feuille.

FOR1 demande à PRA3 et FOR2 qu'est-ce qu'elles proposent de donner comme exercices.

Discussions FOR1, FOR2 et PRA3 sur ces exercices. Ils parlent de stabilisation, mini-oui mini-non, respiration. FOR1 dit que pour les exercices il donne son opinion, mais il laisse les expertes décider.

5.3 Retour-formation

Chaque rencontre clinique, en groupe ou individuelle, se termine par une rencontre avec les formateurs et la ou les praticiennes. Le retour comprend essentiellement un débriefage et des rétroactions. Toutefois, il y a une distinction entre le retour relatif aux interventions individuelles et l'École interactionnelle en ce qui concerne les rétroactions. Lors des interventions individuelles, les formateurs remplissent une Grille d'observation qui sera remise à la praticienne, dans laquelle ils indiquent essentiellement trois types d'informations : (i) les éléments du « langage du client » ; (ii) les principaux éléments à considérer pour le retour-intervention (commentaires et tâches) en fonction de la problématique et du « langage du client » ; et (iii) les principaux points forts et points à améliorer de la praticienne, accompagnés de la référence au temps pour qu'elle puisse les visionner sur la vidéo. Au total, 2 heures 26 minutes ont été consacrées aux retours-formation dans le cadre des rencontres individuelles.

Dans le cadre des Écoles interactionnelles, considérant qu'il y a plusieurs clients et deux praticiennes, les formateurs ne remplissent pas de grille d'observation, et ils notent plutôt les principales rétroactions à émettre et les points à discuter. FOR2 note également les endroits qu'elle visionnera avec les praticiennes lors de la rencontre préparatoire. Aucun document n'est remis aux praticiennes. Au total, 3 heures 46 minutes ont été consacrées aux retours-formation pour l'École interactionnelle. Des précisions sur les échanges entre les formateurs et les praticiennes pendant le retour-formation seront exposées dans cette section.

Le retour après chacune des rencontres cliniques débutait généralement par une période de débriefage. L'encadré ci-dessous présente trois extraits qui illustrent la façon dont se déroulaient ces échanges.

Extrait tiré de la transcription du retour de la deuxième rencontre – École interactionnelle :

FOR1 : Alors, moi, le point, c'est l'animation. J'aimerais que vous me disiez ce que vous avez trouvé de différent dans l'animation.

PRA1 : [Elle montre le cartable]. Le cartable. [Lors de la première rencontre, PRA1 tenait souvent le cartable dans ses mains lorsqu'elle s'adressait aux clients. FOR1 avait porté cela à son attention, de façon positive, notamment en lui mentionnant que lors de la deuxième partie elle avait moins tenu son cartable et que cela améliorerait son contact avec les clients].

FOR1 : [Il rit]. Ça, ça en est une chose, oui. Qu'est-ce que vous avez trouvé...

FOR2 : Je ne l'avais pas noté.

PRA1 : On était au centre. On se tenait beaucoup plus au centre.

FOR1 : L'utilisation de l'espace.

PRA2 : On pouvait plus échanger.

PRA1 : Plus en contact avec les gens aussi. Beaucoup plus en contact là.

Extrait tiré de la transcription du retour de la quatrième rencontre – École interactionnelle :

Dans cette rencontre, une cliente a parlé de la rechute (crise de douleur) qu'elle avait vécue au cours de la semaine précédente et elle a abordé avec beaucoup d'émotions les impacts de la douleur dans sa vie. La cliente a exprimé des émotions de tristesse, les autres clients se sont aussi exprimés, cette partie de la rencontre a pris une tournure à laquelle les praticiennes ne s'attendaient pas et qu'elles n'ont pas l'habitude de gérer.

FOR1 : Comment vous avez trouvé votre rencontre ?

PRA2 : Émotive. *Euh...* moi c'est venu me chercher.

FOR1 : Moi j'ai adoré ça ce bout là.

PRA1 : Oui, moi c'est drôle, je me disais mon Dieu que FOR1 devrait être avec nous autres.

PRA2 : Oui, c'est ça.

PRA1 : Lui il dirigerait ça, je suis certaine. Mais, [elle soupire], elle est siphonnante... j'ai, moi...

PRA2 : *Eh* sainte...

PRA1 : Je suis vidée là.

PRA2 : *Ah* moi je suis brûlée *ben* net.

PRA1 : Je suis presque aussi vidée que la première parce que j'ai pas réussi à me faire ma carapace. J'ai ravalé un moment donné moi là. [Elle rit]. Parce que Guylaine est venue me chercher beaucoup, Roxanne est venue me chercher *euh...* je trouvais qu'il y avait beaucoup beaucoup d'émotions dans l'air, et... je suis déjà très émotive d'avance, ça fait que...

PRA2 : Mais...

PRA1 : Je me suis mise en retrait un peu là.

PRA2 : J'ai trouvé le reste du groupe... [elle fait avec ses deux mains un signe en voulant dire numéro un] excellent.

PRA1 : *A-one*, oui.

PRA2 : Parce qu'ils ont su ramener, *tsé* de pas... *tsé* ils n'étaient pas trop émotifs, ils devaient l'être par en dedans d'eux autres là *tsé* peut-être là, mais ils étaient capables de... *tsé* d'avoir un autre... *tsé* un autre visage si tu veux *pis* d'être capables de dire à ces personnes-là, regarde...

PRA1 : Ils sont devenus des experts...

PRA2 : On est là *pis* oui c'est ça.

PRA1 : Ils sont devenus les experts, moi c'est ce que j'ai aimé, *pis* écoute, Martin il parle pas beaucoup, *tsé* il va parler en petits groupes tout ça, *pis* quand il a pris la parole, là j'ai tellement l'impression c'est comme s'il déballait son sac là.

PRA2 : Oui. Oui.

PRA1 : *Pis* je le voyais, il hochait de la tête en voulant dire oui ça c'est vrai, *ah* oui, *pis* un moment donné Guylaine là ta ta ta... quand il a commencé là, là j'ai fait *ayoye*, là il prend le rôle de l'expert pas à peu près là.

PRA2 : *Hum hum*.

PRA1 : Mais *eu*h...

PRA2 : Ça a été très émotif, mais très constructif aujourd'hui.

PRA1 : Oui. Oui.

PRA2 : Moi je je je je... j'avais... je ne pensais pas que [elle rit], je ne pensais pas de vivre un affaire de même, aussi... *Pis tsé* là Rachelle, moi je le sais pas qu'est-ce que vous avez fait de l'autre côté avec elle, vous l'avez calmée probablement là, je le sais pas là qu'est-ce qui s'est passé là. [Voir rencontre 4, p. 149]

FOR2 : C'est ça, parce que là au début on se demandait, elle pleure tu ou elle a mal ? Mais elle avait mal, elle a un point de tension à 10 sur 10 là.

PRA2 : Ok.

FOR2 : Qui traversait bord en bord [elle montre son ventre], elle respirait pu... c'était ça.

PRA2 : Mais *tsé* nous autres ça nous demandait *eu*h... *tsé* qu'est-ce que je fais. Là je me disais il faudrait que j'aille là voir, voir comment ça va. Là je me suis dit je vais attendre qu'elle se lève voir dans quel état qu'elle est, là j'ai vu que ce n'était pas nécessairement des pleurs...

FOR2 : *Hum hum*.

PRA2 : Mais, *faque* là je me suis dit elle doit *filer* mal là pour qu'elle soit sortie. *Faque* là, là je me demandais... *Pis* là je voyais Guylaine que ça la fatiguait ça, ça la fatiguait de voir Rachelle, je voyais que ça l'inquiétait *tsé*. *Faque* là je me suis dit bon je vais tu la voir pour lui dire bon, regarde il y a du monde qui sont avec elle, inquiète toi pas pour elle *tsé*. Ça me fatiguait, j'avais le goût d'aller lui dire ça, *pis* là je me suis dit j'ai tu le droit d'aller y dire ça *tsé*. *Faque* là j'avais comme... on était comme... je peux tu, je peux tu pas... *tsé*, mais c'est ça...

FOR1 : Vous étiez finalement trois, vous deux, le groupe. Le groupe, parce que c'est devenu émotif est devenu ce qu'il est tout le temps, une force extraordinaire. Parce qu'il y a des répliques qu'il donne qu'on ne peut pas donner.

Extrait tiré de la transcription du retour de la première rencontre individuelle :

FOR1 : Alors première question la plus importante (tend les mains vers PRA3), tes commentaires.

PRA3 : On prend-tu quelqu'un d'autre... (rires)

FOR1 : Pardon ?

PRA3 : On prend-tu quelqu'un d'autre ? Non pas de elle, de moi.

FOR1 : Puis, on t'écoute

PRA3 : Mes commentaires ?

FOR1 : Oui, tu viens de finir la première.

PRA3 : Ben là, je vais recommencer à respirer là (rires).

FOR2 : Oui, c'est ça on a regardé ta respiration abdominale l'autre côté-là...

Rires

PRA3 : Était saccadée... (rires et se tape sur le ventre).

FOR2 : Et ton visage bleu...

PRA3 : Ben c'est ça, ben sûr, j'avais peur tout le temps d'oublier là, je me rends compte que j'ai oublié des choses-là, mais euh... c'est ça. Mes commentaires...

FOR1 : C'est tu aussi pire que tu pensais, ça tu été mieux ?

PRA3 : Non, je trouve que ça a quand même bien été, mais c'est sûr j'ai oublié des choses là, pis euh...

FOR2 : Qu'est-ce que t'as oublié ?

PRA3 : Ben c'est ça je m'en souviens plus (rires tout le monde). Non, c'est ça elle s'en allait puis là je me suis dit j'ai oublié, *tsé* de lui faire dire à quel moment qu'elle pense les faire dans la journée (FOR1 : ah, c'est vrai ça) pour voir si elle va vraiment faire ses exercices, je ne suis pas revenue là-dessus. Pis y avait d'autre chose... c'est ça là, j'oublie des choses (petits rires).

FOR1 : Est-ce qu'elle va les faire d'après toi ?

PRA3 : Oui, j'pense...

FOR1 : Tu penses qu'elle va les faire.

PRA3 : Parce qu'elle les faisait avant, j'imagine qu'elle va les faire.

FOR1 : Elle m'a semblé avoir accepté sans trop de résistance d'abandonner ses anciens exercices pis commencer un nouveau, tu lui as parlé pis elle a dit « oui », ça avait l'air à avoir du sens pour elle.

Pour les formateurs, c'est important que les praticiennes aient l'occasion de « ventiler » pendant ce retour. L'encadré ci-dessus présente notamment un extrait du retour qui faisait suite à la quatrième rencontre de l'École interactionnelle. Voici maintenant un extrait de l'entrevue avec les formateurs dans lequel ils rappellent cette occurrence du retour.

Extrait tiré de la transcription de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs :

FOR1 : *Ouin*, essentiellement, moi le retour, je trouvais que c'était ventilation support.

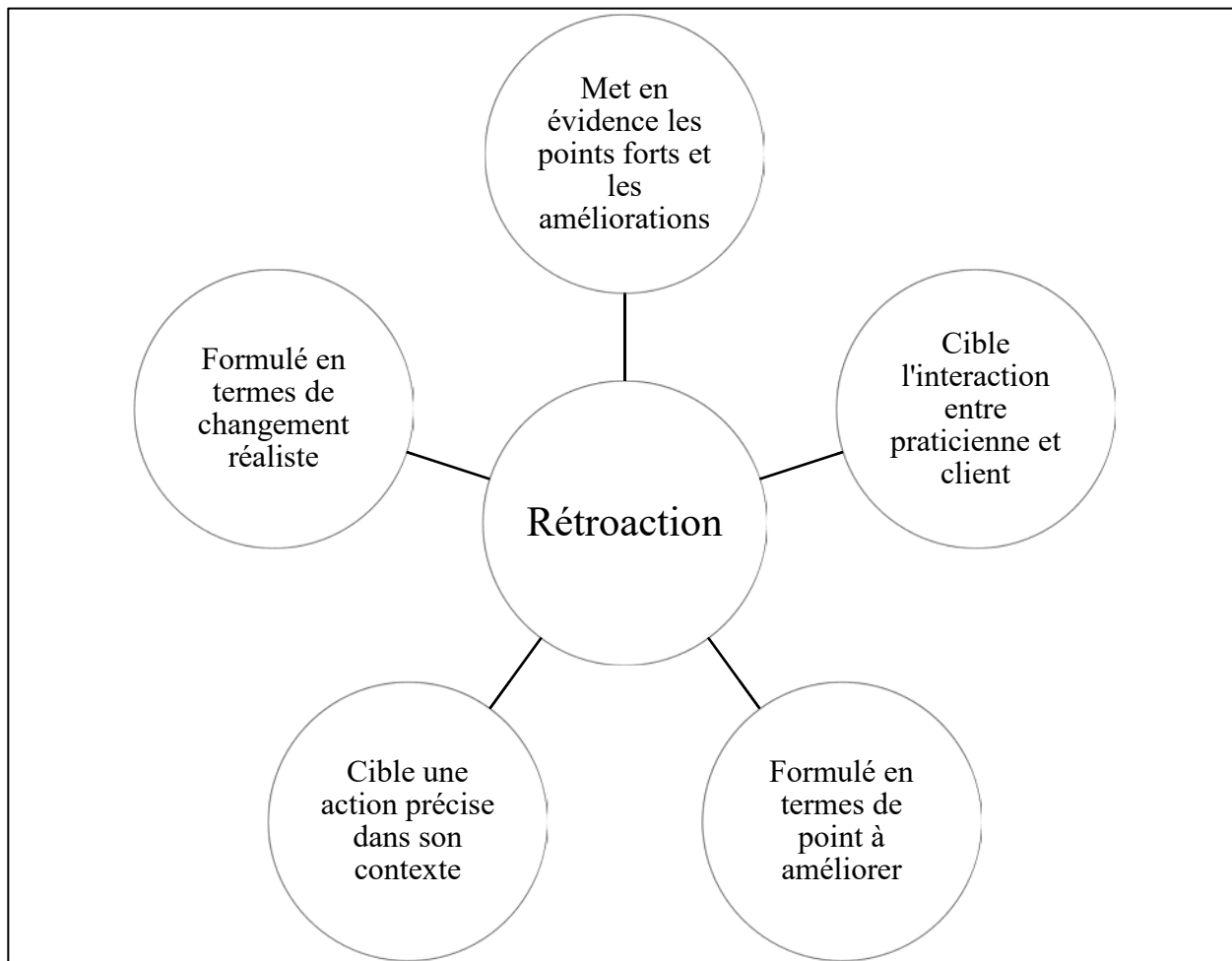
FOR2 : Oui, c'est ça.

Étudiante-chercheuse : Ventilation et support.

FOR1 : *Ben* on les écoutait *pis* on les supportait. *Pis* c'était ça qu'il fallait faire. On a eu des variations, ça ça a été la plus déterminante des rencontres là parce qu'on les a comme attachées à... ils ont posé quand même les gestes de base des intervenantes, écouter. Mais tout ce qui s'est passé a donné comme une dimension du groupe. *Pis* elles en ont parlé même à plusieurs rencontres plus tard comme quoi ça avait été marquant ça.

Ensuite, dans le retour-formation, les formateurs enchaînent avec quelques rétroactions sur l'intervention. Les notes d'observation et les transcriptions de verbatims de ces retours ont permis de faire ressortir cinq principales caractéristiques de la rétroaction du retour (voir Figure 9). Il est important de souligner ici que ces différentes caractéristiques ne sont pas exclusives à une rétroaction, plusieurs d'entre elles se retrouvant généralement dans chacune des rétroactions, comme en témoignent les différents extraits de verbatims qui sont présentés dans cette section.

Figure 9
Principales caractéristiques des rétroactions données par les formateurs
lors du retour-formation



Source : auteure.

Rétroaction qui met en évidence les points forts et les améliorations. Les premières rétroactions données par les formateurs sont toujours orientées de façon à souligner les points forts des praticiennes. Des rétroactions positives étaient également données tout au long du retour : aussitôt qu'une occasion se présentait de souligner quelque chose qui avait été bien fait ou amélioré par rapport à la rencontre précédente, les formateurs le soulignaient. De plus, les formateurs terminaient chaque retour en soulignant un aspect positif qui ressortait de la rencontre. Voici quelques extraits de transcriptions qui mettent en évidence les rétroactions positives.

Extrait tiré de la transcription du retour de la deuxième rencontre – École interactionnelle :

FOR1 : Vous les avez fait interagir beaucoup. Vous avez fait des tours de piste en leur demandant selon les points qui étaient affichés sur les diapos.

FOR2 : Oui, c'était magnifique, un moment donné Danielle t'as dit à Josée toi Josée *euuh...* elle utilisait quoi donc elle...

PRA2 : Le *plastre...* le *styrofoam* là. *Ouin*, je me souvenais qu'elle avait...

FOR2 : *Faque* là t'as dit toi Josée, explique-nous comment tu fais ça. *Wow !* Tu peux pas avoir meilleur...

FOR1 : Ou François avec la glace.

FOR2 : François aussi là. Mais c'est arrivé souvent là. C'est merveilleux.

FOR1 : C'est en plein ça, votre animation a pris toutes ces formes-là. Là vous commencez à animer...

PRA2 : Mais là on a moins de stress.

FOR1 : Il y a moins de stress aussi.

PRA2 : Là *tsé* c'est ça.

FOR1 : D'un bord et de l'autre parce que eux autres aussi sont stressés la première fois qu'ils viennent à une École là. Mais là il y avait beaucoup plus... vous avez établi beaucoup plus de contacts avec eux autres, c'est ça qui permet d'animer tellement d'une façon plus... plus qui coule, alors que ça coulait moins le premier coup sur l'animation. Mais c'est vrai que le fait de pas avoir ça là [il touche au cartable de PRA1], vous ne pouviez pas regarder vos mains là, vous étiez obligé de regarder... ça a fait une grosse différence. Vous avez commencé à regarder le monde *pis youp* ça a parti.

Extrait tiré de la transcription du retour de la première rencontre – cliente 1 – intervention individuelle :

FOR1 : Ben comme on disait au début (demande à FOR2 s'il peut commencer, elle dit oui), téléphone en partant, je regardais comment tu as géré, parce qu'on a appelé plusieurs fois (PRA3 : hum hum), t'as jamais perdu connaissance avec le téléphone (PRA3 : ben non), tu l'as jamais échappé à terre deux fois (PRA3 : rires), tu répondais, pis elle [la cliente] a rebondissait pas là, parce qu'il faut regarder aussi beaucoup l'effet sur le client. Comme toi tu le gères là, ben ça se répercute sur le client. La cliente elle trouvait ça... (il soulève les épaules en voulant dire, c'est banal). T'sais le bye bye qu'elle nous a fait au début, ça, ça disait tout là, elle venait d'embarquer avec toi là. (PRA3 : « hum hum » acquiesce avec signe de tête et léger sourire, elle se redresse dans sa chaise). Pis t'as réussi à avoir une complicité avec elle jusqu'à la fin pis dire ça va aller mieux le deuxième coup tous les deux (rire) (PRA3 : « hum » acquiesce avec un signe de tête).

Rétroaction qui cible l'interaction entre praticienne et client. Par définition, l'interaction tient toujours compte d'un contexte. Dans les rencontres du retour-formation, la rétroaction ne cible pas une caractéristique de la praticienne. De façon générale, les commentaires sont plutôt donnés en fonction de l'interaction entre les praticiennes et les clients dans le contexte de l'intervention.

Extrait tiré de la transcription du retour de la deuxième rencontre – École interactionnelle

FOR1 : *Pis* le point, j'essayais de me dire quel est le point que... parce qu'il y a un point que vous avez commencé à améliorer de façon remarquable *pis* il faut absolument qu'il continue, c'est quand vous leur demandez de faire des choses au tapis. À chaque fois, ils vont s'allonger *pis* ils vont se relever. On a une occasion en or de les regarder *pis* le simple fait que, là, vous commencez vers la fin, vous dites, là, on vous regarde, *ben* là tout le monde on a remarqué que vous avez commencé à voir qu'ils faisaient attention, ils se couchaient un petit peu mieux. Et c'était une occasion en or de donner des *feedbacks* que quelqu'un peut se blesser pareil. Il faut donc que je les regarde, je leur fais faire les exercices là, *pis* au lever aussi, et ça, ça va être à toutes les rencontres. Ils vont faire ce geste-là continuellement. Il ne faut pas manquer cette occasion-là en or de... on essaie de pas regarder la diapo pour voir comment ils font ce geste-là de se coucher *pis* se relever. *Pis* ils vont nécessairement le faire encore.

FOR2 : Il reste Béatrice encore un petit peu là qui *tsé*, elle a tendance à prendre un *short cut* et c'est rendu à moitié couchée que là elle finit sur le dos là. Mais sinon, les autres, juste le fait que vous dites la consigne là, ça... du moment que tu l'as dit, vous le regarderez sur le vidéo là, du moment que tu le dis tout le monde a *hop hop* [elle fait le geste de se replacer droite].

PRA1 : Oui oui, moi je l'ai remarqué.

FOR2 : C'est super.

FOR1 : Tu l'as dit là, on vous regarde là.

PRA1 : Je me suis dit je suis tu correcte de l'avoir dit.

FOR2 : C'est super, nous on était « *youhou* ! » [elle lève ses bras dans les airs].

PRA1 : Ok. Parce que je me disais c'est tu correct que je l'ai dit, là je vous regarde là *tsé*.

FOR2 : C'est correct *tsé pis* ça... ça reste le *running gag* tout le temps au niveau de... comme toi Danielle qu'est-ce que t'as dit à la fin, c'était super drôle, en tout cas... Ça c'est... Quand vous réussissez à être tellement relaxes que vous rentrez l'humour en plus, c'est comme... c'est super.

Rétroaction formulée en termes de point à améliorer. Les rétroactions relatives aux changements à apporter sont formulés en termes de points à améliorer (et non en termes d'erreurs), et ils sont précis (en relation avec une action). L'extrait de verbatim de l'encadré ci-dessous illustre un exemple de rétroaction qui comprend ces deux caractéristiques. Il est à noter que cette rétroaction est également interactionnelle et qu'il débute en soulignant une force.

Extrait tiré de la transcription du retour de la deuxième rencontre – client 2 – intervention individuelle)

FOR1 : Pis, vérification des douleurs, ça c'était au début, assis, couché, etc., t'as été vérifié ça, ça c'était spontané, t'es allée vérifier ça, ses douleurs comment elles étaient, est-ce que ça augmentait, est-ce que ça diminuait, ça c'était très bien. Moi le seul point que j'avais mis à améliorer c'était la jambe du client, tsé quand tu lui as demandé de mettre sa jambe...

PRA3 : Ben oui c'est ça...

FOR1 : Hey il était en douleur (met ses mains sur son visage).

PRA3 : Ben c'est parce que quand je lui ai mis là, je lui ai dit de l'enlever après, pis il ne l'a pas enlevée, il ne m'a pas compris ou, je ne le sais pas, ou je l'ai dit dans ma tête...

FOR1 : Moi ce que j'aurais aimé, vu qu'il avait ben des douleurs, c'est « ben là, lever votre jambe fait mal, bon ben imaginez que vous la levez, pis là décrivez-moi, quand est-ce que ça commence à faire mal ». Là il décrit pis il ne se blesse pas là.

PRA3 : En imaginant. Ouin, parce que je lui ai posé la question avant pis il n'était pas capable de me répondre. Mais je ne lui ai pas dit en s'imaginant. La prochaine fois...

FOR1 : Pis si jamais je lui faisais monter la jambe, je dirais « dites-moi à quel niveau ça commence à faire mal, pis allez pas plus haut là », il va lever, pis il va arrêter. Là il y a été pis il l'a mis devant (il lève la jambe comme a fait le patient), pis là il faisait (fait des grimaces de douleur) « ouch, ouf... ! », mais il ne l'enlevait pas là.

PRA3 : Ben ouin (petit sourire)

FOR1 : Alors tsé, tu pourrais le mettre sous la torture verbalement pis il t'écouterait pareil, faque... (rires)

PRA3 : (ferme les yeux, pince les lèvres, visiblement gênée, fait signe que oui).

FOR1 : Donc il faut surveiller ça s'il est plus... Il y a des clients qu'il n'y a plus de danger qu'ils t'écoutent quand t'es rendue là, mais lui il va t'écouter pareil.

PRA3 : Ouin (signes affirmatifs de la tête).

FOR1 : Faque là il pourrait se blesser davantage, parce qu'il pense que ça va l'aider de t'écouter, faque même si ça fait mal... On veut tranquillement qu'il reprenne le contrôle de : « Je suis le chef de décider quand est-ce que ça augmente, et oui j'suis autorisé à arrêter ». (PRA3 : « hum hum », elle est songeuse, crayon à la bouche). Tsé il ne le fait pas encore ça, ça se peut qu'il se reblesse continuellement pour ça là.

(Bref silence, PRA3 : signes affirmatifs de la tête)

Rétroaction en termes de changement minimal. Lorsque cela concerne certains changements à apporter à la façon d'intervenir d'une praticienne, la rétroaction est formulée en termes de défi visant le changement minimal. Ce dernier point est important pour les formateurs, comme l'indique l'extrait d'entrevue de l'encadré ci-dessous. Cet encadré présente également un exemple d'une rétroaction constructive formulée en termes de changement minimal.

Extrait tiré de la transcription de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs :

Étudiante-chercheuse : Le retour maintenant, de quoi vous avez tenu compte pour planifier le retour... *Ben* là vous avez déjà dit un bout là... ne pas décourager les praticiennes.

FOR1 : *Euh...* tenu compte, *euh...* oui. *Pis* c'était...

FOR2 : C'était un peu comme un changement minimal.

FOR1 : Oui. *Ouin*. Parce que je voyais le nombre de pas à faire *pis* c'est comme quand on prescrit 15 activités à un client, *ben* on le... on le fait mourir, on est mieux d'en faire rien qu'une *pis* c'était quoi le minimum très important *pis* ils l'ont réussi.

Extrait tiré de la transcription du retour de la première rencontre avec la première cliente – intervention individuelle

FOR1 : Ben juste parce que ça va avoir une résonance sur toutes les autres rencontres : avant la pause, toujours formuler une question qui est « avant qu'on prenne la pause, est-ce qu'il y a une autre information que je devrais savoir ? Ou que vous voudriez me dire ? » (PRA3 : acquiesce avec signes de la tête), la formulation est pas, est sans importance...

PRA3 : J peux l'écrire ou ça va être écrit ?

FOR1 : Ouin, tiens, regarde il est écrit en bas complètement (il lui remet la feuille), c'est déjà écrit ici. C'est uniquement pour être bien sûr, parce que des fois ils vont nous dire une information *pis* tout à coup c'est ben important. *Pis* des fois ils vont dire « non, j'ai rien d'autre à ajouter ». (Silence, PRA3 prend des notes). *Faque* c'est rien que la façon, comment on finit avant la pause, comment on finit à la fin. À la fin ben t'as des questions, tu les as posées, tu lui a serré la main, bye bye, *faque* c'est déjà... il y a des balises là. Mais à la pause on sait moins comment finir *pis* ça j'trouve que c'est la meilleure (regarde FOR2 qui acquiesce avec signes de tête). « Avez-vous d'autres choses que je devrais savoir ? ».

FOR2 : « Avant d'aller rencontrer mon équipe ».

FOR1 : Ouin, « avant d'aller à la pause » ou « avant d'aller en équipe », etc. Et là il peut sortir des choses utilisables.

Extrait tiré de la transcription du retour de la deuxième rencontre – École interactionnelle :

FOR 1 : Et voilà. Alors, dans l'ensemble là, oui très positif l'animation. Plus deux petits détails, un qui est difficile à changer *pis* l'autre est extrêmement difficile à changer. Mais vous n'êtes pas obligées de le changer pour le prochain cours. Le difficile. Le difficile, quand vous faites le retour, on essaie de pas commenter ce qu'ils disent, à moins qu'ils nous demandent une information précise. Quel est le point que vous avez retenu qui est le plus

important pour vous ? Il me le dit là. À moins de quelque chose de *ben* particulier, je ne le commente pas. S'il dit quelque chose que je ne comprends pas, évidemment, je lui pose la question, qu'est-ce que vous voulez dire par ça. Mais je ne fais pas de commentaires sur le retour.

PRA1 : À la toute fin ?

FOR1 : Oui.

PRA2 : Ok.

PRA1 : Quand ils parlaient des balles pression, c'est pas correct que moi je les encourageais à... se les procurer ?

FOR1 : Oui, mais on veut...

PRA1 : Je pensais que j'étais correcte moi.

FOR1 : [Il rit].

FOR2 : *Ben* il va le faire tout seul.

PRA1 : Ok. Parce que j'argumente... *ben* oui j'ai argumenté, c'est sûr, je passe ma vie à argumenter, c'est sûr [elle rit].

FOR1 : C'est rien que pour cette partie-là, ce qu'on veut c'est retenir qu'ils nous disent ce qui est important. Et là on le réutilise.

PRA2 : Ok, toi tu veux dire au point le plus important ?

FOR1 : Oui. On va le réutiliser dans la prochaine rencontre si y'a de l'information que quelqu'un ou en sortant quelqu'un nous a dit quelque chose, on pense qu'il va s'arracher une [mot inaudible] je vais essayer de... Mais j'essaie d'écouter, je commente en tout cas le moins possible. Ce point là *pis* comment ils ont trouvé la rencontre. S'il dit je ne le sais pas... n'importe quoi, *ben* parfait. Je fais rien qu'entendre le *feedback* de... normalement, quand je suis en individuel et que je pose ces questions-là, je me lève, je serre la main, c'est terminé. C'est le signal précurseur que je vais me lever bientôt, que je serre la main *pis* que c'est fini. Donc je ne commence pas à commenter sinon on va repartir la thérapie, on va en avoir pour une demi-heure. Or je commente le moins possible. Ça c'est le difficile. Le très difficile, ça on se donne toutes les rencontres pour l'avoir. Diminuer le nombre de fois que le mot petit...

PRA1 : [Elle sourit].

FOR1 : Parce que vous l'utilisez.

PRA1 : Je sais.

FOR1 : *Pis* ça c'est dur *pis* c'est une habitude que vous avez *pis* ça c'est pas... c'est plus difficile à changer. C'est pas parce que c'est une horreur sans nom, mais quand... du côté des clients, vous leur décrivez les choses comme c'est petit, et c'est pas petit pour eux autres, il y en a qui ont de la misère.

Rétroaction qui cible une action précise dans son contexte. Enfin, chacun des points forts et des points à améliorer portés à l'attention des praticiennes étaient formulés en termes d'action précise effectuée dans le contexte de l'intervention. L'encadré ci-dessous présente trois exemples de rétroactions qui ciblent une action précise dans son contexte.

Extrait tiré de la transcription du retour de la première rencontre – École interactionnelle :

FOR1 : Pis y'a le comment on lui présente. Quand on demande aux gens de présenter, on leur dit « On va choisir avec ce qui est marqué sur la diapo ». Sur la diapo il n'y a pas de 30, c'est 20 à 0 [pourcentage d'amélioration de la capacité à gérer la cervicalgie].

PRA2 : Ok, ben c'est...

FOR1 : Aller se coller sur nos diapos, c'est une façon de restreindre les réponses des gens.

PRA2 : Ok.

FOR1 : « Quand je vais vous demander de choisir, est-ce que vous voyez bien les chiffres sur les diapos ? » Tout le monde voit bien qu'il n'y a pas... à 20, ça arrête. Bon, parmi les chiffres qui sont écrits sur la diapo, c'est plus dur de lever la main pis de dire « Je voudrais 75 », il n'est pas écrit sur la diapo.

PRA2 : Ok, donc on peut se permettre de... c'est ça moi que je ne savais pas non plus là...

FOR1 : Non seulement on peut, mais on veut que tu le fasses.

Extrait tiré de la transcription du retour de la quatrième rencontre – École interactionnelle :

FOR1 : Vous avez eu un coup de patin qui était bon, vous ne vous êtes pas senties immédiatement... il faut répondre *pis* donner une réponse *pis* tout isoler ça. Vous avez été assez silencieuses pour laisser la place au groupe, c'est ça qu'on veut parce que c'est là qu'elle est la force là.

Extrait tiré de la transcription du retour de la première rencontre – client 1 – intervention individuelle :

FOR1 : T'es prête, il est ici là [le point à améliorer]. Ben juste parce que ça va avoir une résonance sur toutes les autres rencontres : avant la pause, toujours formuler une question qui est « Avant qu'on prenne la pause, est-ce qu'il y a une autre information que je devrais savoir ? Ou que vous voudriez me dire ? » (PRA3 : acquiesce avec signes de la tête). La formulation est sans importance.

5.4 Rencontre préparatoire

Enfin, la quatrième étape est la rencontre préparatoire qui avait lieu entre les rencontres cliniques. Le déroulement de cette rencontre différait pour les praticiennes qui animaient une École interactionnelle (PRA1 et PRA2) par rapport à la praticienne qui faisait des rencontres individuelles. Ils seront donc distingués dans cette section.

Pour PRA1 et PRA2, cette rencontre était d'une durée d'environ deux heures et se déroulait sur les lieux de travail, au Centre hospitalier. Seule FOR2 était présente, puisqu'elle travaille au même endroit. Les deux objectifs suivants étaient ciblés : (i) compléter la rétroaction de la rencontre précédente à partir des notes de FOR1 et FOR2 ; et (ii) préparer la prochaine rencontre de l'École interactionnelle. Pendant cette rencontre préparatoire, les praticiennes faisaient d'abord le visionnement de certaines parties des interventions (déterminées et notées par les formateurs pendant la supervision). Ainsi, les rétroactions étaient contextualisées et ciblaient des aspects spécifiques de l'intervention.

Voici un extrait de verbatim de l'entrevue avec les formateurs qui expliquent certaines de leurs intentions derrière cette organisation.

Extrait tiré de la transcription de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs :

FOR1 : Donc ce qu'ils entendaient après l'École là, c'était vous avez survécu *pis* voici un point que... positif qu'on a trouvé. *Pis* quand ils rencontraient FOR2 *ben* là il y avait : et voici ce que l'on aimerait que vous changiez. *Pis* t'avais commencé à lever des défis...

FOR2 : Il y avait des défis de la semaine.

Étudiante-chercheuse : Il y en avait un...

FOR1 : Un.

FOR2 : Un par semaine. *Pis* quand ils visionnaient, mon objectif c'était d'essayer... de leur montrer certains bouts d'extraits avec des patients que je considérais qu'ils avaient peut-être pas vus ou regardés pendant la classe là. On essayait de porter attention, regarde ce patient-là qu'est-ce que tu peux voir avec ça, qu'est-ce que tu pouvais faire avec ça, on essaie de... regarder quelques petits bouts comme ça là. S'ils respiraient, *tsé* les affaires de base, le principal.

La plus grande partie de cette rencontre consistait surtout à préparer la rencontre suivante (discuter des clients, planifier les exercices, élaborer les routines motrices, essayer les

exercices et activités qui seraient présentés aux clients). Dans le cas des praticiennes qui ont animé une École interactionnelle, FOR2 révisait également avec elles les principaux thèmes qui seraient abordés durant la rencontre.

Extrait tiré de la transcription de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs

FOR2 : *Ben* au départ, c'était... *ben* ils visionnaient quand même... je le sais pas une vingtaine de minutes, après ça, on préparait les routines motrices. Les premières rencontres, c'était beaucoup les routines motrices, on préparait ça. Préparer les programmes cardio, c'était beaucoup ça au début, observer un petit peu, préparer les diapos, beaucoup la préparation de diapos. Voir le contenu, les messages, *pis* après ça *ben*... un coup que la rencontre des routines motrices ça a été passé [troisième rencontre], *ben* là c'était moitié-moitié. Moitié vidéo, moitié *eah*... moitié *eah*... *Ben* mettons en tiers là, une partie mettons un tiers regarder les vidéos, un tiers préparer les diapos, toujours un petit peu plus de diapos je pense par exemple, *pis* après ça le reste *eah*... voir les patients si ça avait bien été, s'il y avait des questions, des interrogations, comment est-ce qu'ils voyaient ça, s'ils voyaient que ça évoluait ou ça n'évoluait pas, qu'est-ce qu'ils pourraient faire de différent.

Pour sa part, PRA3 visionnait l'enregistrement vidéo seule à partir d'une rétroaction écrite remis par les formateurs à la fin de la rencontre, et sur lequel ils avaient noté des endroits précis à regarder. Comme PRA3 et FOR2 travaillaient sur le même département, elles trouvaient un moment qui convenait à toutes les deux pour discuter de la rétroaction de la rencontre, des observations de PRA3 à la suite du visionnement de son entrevue et de la préparation de la rencontre suivante. Puisque l'étudiante-chercheuse n'était pas présente lors de ces rencontres, et qu'elles étaient moins structurées dans l'horaire que celles de l'École interactionnelle, il est difficile de déterminer la durée exacte qui était accordée à cette partie de la formation relative aux interventions individuelles. Après discussion avec FOR2, on a pu néanmoins estimer un investissement moyen d'une heure par rencontre par client, soit un total de onze heures.

5.5 Heures investies dans la formation par les praticiennes et les formateurs

Le temps requis pour la formation correspond à un total de 69 heures pour chacune des praticiennes ayant appliqué des rencontres de groupe (École interactionnelle) et un total de 50 heures pour la praticienne ayant appliqué des rencontres individuelles. Ces chiffres demeurent cependant une approximation pour les raisons suivantes : le temps consacré aux rencontres préparatoires au Centre hospitalier n'a pas été comptabilisé en détail, certaines discussions avant les rencontres cliniques avaient lieu pendant le dîner et n'ont pas été filmées, les praticiennes qui animaient les Écoles interactionnelles passaient également du temps le soir avant la rencontre à réviser les notes de diapos chez elles, et enfin, certains contenus des retours portent sur d'autres sujets que la formation. Malgré ces quelques incertitudes concernant la durée réelle de la formation, l'estimation détaillée dans le Tableau 19 représente un aperçu réaliste du nombre d'heures de formation par praticienne.

Tableau 19

Nombre d'heures investies par les praticiennes pour l'ensemble de la formation

	École interactionnelle (h/praticienne)	h x 2		Rencontres individuelles (h/praticienne)	
Atelier de formation	2 journées	12	24	2 journées	12
Bilan fonctionnel et interactionnel	2 journées	14	28	N/A	
Rencontres cliniques	8 x 2 h 30 (rencontres rég.) 1 x 2 h (relance)	22	44	11 rencontres	18
Retour-formation	Variable (arrondie)	4	8	Variable	2 h 30
Rencontres préparatoires	Estimation : 8 x 2 h + 1 h (relance)	17	34	Estimation de 10 h (seule) + 5 heures avec FOR2, et environ 2 h 30 juste avant les rencontres	17 h 30
Ensemble de la formation (total)		69 h	138 h		50 h

Pour les formateurs, l'investissement de temps représente un total de 172 heures (voir détails dans le Tableau 20). On note qu'il y a un plus grand nombre d'heures investies pour FOR2, cela s'explique par le fait qu'elle animait les rencontres préparatoires seule avec les praticiennes au CISSSAT.

Tableau 20

Nombre d'heures investies par les formateurs pour l'ensemble de la formation

	FOR1	FOR2	Total
Atelier de formation	12	12	24
Écoles interactionnelles (heures/formateur)	40	57	97
Rencontres individuelles (heures/formateur)	23	28	51
Total/formateur (h)	75	97	172

5.6 Sommaire des principales composantes de la formation

Cette description détaillée de la formation nous permet d'en faire ressortir onze principales composantes qui se retrouvent réparties à l'intérieur des quatre grandes étapes exposées dans le présent chapitre : (i) notions théoriques ; (ii) pratique des exercices de base à enseigner aux clients ; (iii) expérimentation de la routine motrice ; (iv) remise de documents pour utilisation en clinique ; (v) observation au miroir ; (vi) démonstration (*modeling*) ; (vii) interventions des formateurs pendant la rencontre ; (viii) débriefage ; (ix) rétroaction ; (x) utilisation de la vidéo ; et (xi) préparation/planification. Le Tableau 21 illustre la répartition des différentes composantes dans chacune des étapes et nous permet de constater que certaines composantes de la formation se retrouvent à différentes étapes.

Tableau 21
Répartition des étapes et composantes de la formation

Principales composantes de la formation		Étapes (4)			
		Atelier de formation (2 jours)	Application clinique	Retour-formation	Rencontre préparatoire
Notions théoriques (volet intervention stratégique et volet douleur chronique et réadaptation)		X	X	X	X
Pratique des exercices à enseigner		X			X
Expérimentation de la routine motrice		X			
Remise de documents pour utilisation en clinique		X			X
Supervision clinique en direct	Observation au miroir		X		
	Démonstration (<i>modeling</i>)		X		
	Interventions des formateurs		X		
	Débriefage			X	
	Rétroaction			X	X
Utilisation de la vidéo (pour visionnement <i>a posteriori</i>)					X
Préparation/planification					X

À la suite de ce premier chapitre de résultats sont présentés les cheminements des trois praticiennes au cours de cette formation.

CHAPITRE 6

RÉSULTATS RELATIFS AU CHEMINEMENT DES PRATICIENNES : DES RÉCITS PHÉNOMÉNOLOGIQUES

Ah, oui, oui, j'ai toujours vu du changement là, autant dans mon attitude à moi, dans mon insécurité que dans ce que je ramène en traitement individuel. Quand je traite les gens là, je vois aussi du changement. C'était très constructif. C'était beaucoup, beaucoup, beaucoup de travail autant, pas physique, mais beaucoup sur le psychologique là, mais ça valait la peine. Vraiment là, j'ai aimé ça. (Extrait de la deuxième entrevue semi-dirigée avec PRA1)

Le deuxième chapitre de résultats est essentiellement en relation avec le deuxième objectif de recherche, soit documenter et analyser l'évolution des modèles d'action des praticiennes à court terme. Cette partie de l'analyse a donc permis de faire ressortir les éléments les plus importants des entrevues semi-dirigées et de les organiser de façon à expliciter les informations relatives aux différents constituants des modèles d'action, c'est-à-dire les représentations, les intentions et les stratégies d'action des praticiennes. Ainsi, le cheminement de chacune des praticiennes est présenté ici sous forme de récits phénoménologiques, et chacun de ces récits est présenté en quatre sections : (i) les attentes et sentiments des praticiennes face à la formation ; (ii) les modèles d'action avant la formation ; (iii) les modèles d'action immédiatement après la formation ; et (iv) les modèles d'action six mois après la fin de la formation (immédiatement après la relance avec les clients dans le cas des deux praticiennes qui appliquaient une École interactionnelle). Un tableau synthèse est également présenté à la suite de chaque récit dans le but d'illustrer les principaux changements relatifs aux modèles d'action des praticiennes à la suite de la formation.

6.1 Récit de cheminement de Patricia (PRA1)

6.1.1 Attentes et sentiments face à la formation

Patricia est thérapeute en réadaptation physique au Centre hospitalier depuis seize ans au moment où elle commence le projet. Lorsque la chef de service de son département lui a proposé de participer à la formation à l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique, elle a accepté sans aucune hésitation. Elle n'a eu aucune pression de la part de sa

supérieure immédiate, elle a accepté de son propre gré et elle est enthousiaste d'apprendre cette approche. Sa collègue Justine⁹, qui est aussi formatrice dans ce projet, utilise cette approche depuis plusieurs années et elle a souvent parlé à Patricia des avantages qu'elle en retire, tant dans son travail avec sa clientèle souffrant de douleur chronique qu'avec ses enfants. Patricia s'attend à ce que cette formation l'aide dans son travail et peut-être dans sa vie familiale aussi. La curiosité est le principal facteur qui a influencé sa décision de participer à ce projet. Elle vient pour apprendre et elle a hâte. Pour elle, apprendre une nouvelle approche représente un nouveau défi, elle est très positive face à la formation. Patricia est l'une des deux praticiennes qui ont appliqué une École interactionnelle dans le cadre de ce projet.

6.1.2 Modèles d'action de Patricia avant la formation

Les personnes souffrant de douleur chronique ne représentent pas la majorité de la clientèle de Patricia pour le moment, mais elle en rencontre néanmoins régulièrement. Pour elle, une douleur chronique est une douleur qui est là depuis plus de six mois, une douleur qui est toujours présente et avec laquelle le client doit apprendre à vivre, une douleur qu'il doit apprendre à soulager pour qu'elle occupe une place moins importante dans sa vie. Selon elle, les clients qui souffrent de douleur chronique se sentent démunis et ils ont besoin de conseils et de trucs pour essayer de vivre avec leur douleur et la diminuer, à défaut de pouvoir l'éliminer complètement.

Les objectifs ne sont pas les mêmes pour cette clientèle-là. Dans le fond ce qu'on veut avec eux autres c'est leur donner une qualité de vie, pis une qualité de vie pour moi ça prend pas deux semaines, c'est du long terme.

Concernant la prise en charge des clients souffrant de douleur chronique dans le système de santé, Patricia perçoit que les différents professionnels se sentent souvent impuissants face à cette clientèle. Selon elle, c'est une problématique qui fait soupirer, c'est d'ailleurs une réaction qu'elle a elle-même régulièrement.

Souvent j'ai l'impression qu'ils... souvent ils ont plusieurs portes fermées, je ne dis pas de tous les gens qui ont une douleur chronique, mais de plusieurs que j'ai eus, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de portes qui se ferment à eux dans le sens qu'ils ne peuvent pas rien faire, *faque* j'ai l'impression que c'est comme si on... « Sauvez-moi ! ».

⁹ Rappelons que les deux formateurs se sont vu attribuer les pseudonymes Alain (FOR1) et Justine (FOR2).

Patricia se voit comme un coach auprès de ses clients en douleur chronique, comme une personne qui peut essayer de cibler avec eux des stratégies d'intervention pour les aider. Elle est d'avis que de rester inactif à la maison avec des médicaments comme unique stratégie de traitement n'est pas optimal et qu'à l'inverse, l'inactivité peut avoir comme effet d'augmenter encore plus leur douleur. Ces clients ont donc besoin d'un programme d'exercices pour améliorer leur condition.

Certains clients sont parfois surpris qu'on leur propose un programme d'exercices, ils pensent qu'ils n'ont pas le droit de faire des exercices. Alors je leur dis que non seulement ils ont le droit de bouger, mais que ça va les aider.

Elle a l'impression que les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique deviennent des personnes de confiance pour les clients souffrant de douleur chronique. Elle perçoit que cette clientèle a un important besoin d'écoute et qu'une partie de son rôle d'intervenante consiste à les écouter et à les encadrer, ce qu'ont peut-être moins le temps de faire les autres professionnels de la santé. Elle trouve que cette clientèle lui demande beaucoup d'énergie, notamment à cause de son besoin d'écoute et d'encadrement.

On devient comme leur confident, tout ça, j'ai l'impression que c'est des gens qui s'accrochent beaucoup à nous aussi. Pas qui sont dépendants de nous autres, loin de là, mais j'ai l'impression que c'est des gens des fois qui... c'est comme « Enfin, il y a quelqu'un qui me fait du bien pis qui écoute ». Comme j'ai dit plus tôt, c'est des gens des fois qui grugent un petit peu plus d'énergie.

Pour Patricia, il y a un aspect psychologique à considérer avec les clients en douleur chronique. Par exemple, elle remarque que certains d'entre eux sont plus renfermés, s'isolent davantage. Certains clients pour leur part sont inquiets et même si elle pense que la douleur ne partira pas, elle est d'avis que de rassurer ces clients face à leur condition peut les aider. Plus particulièrement chez les clients souffrant de fibromyalgie, elle remarque des traits de personnalité qui font en sorte qu'elle peut presque deviner qu'une personne est atteinte de cette condition avant même que cette personne ne le lui dise. Parmi ces traits de personnalité, il existe certains propos contradictoires. Par exemple, une cliente peut se dire très dure sur son corps et exprimer de la douleur au moindre toucher ou mouvement. Elle souligne qu'il y a parfois des incohérences entre les propos d'un client et ce qu'elle observe. « Non, il y a des gens, j'ai l'impression qui... ils vivent plus leur douleur que ce qu'ils ont en réalité ces gens-

là. » Par exemple, l'une de ses clientes mentionnait avoir une douleur intense lorsqu'elle était penchée vers l'avant et s'asseyait pourtant « en indien ou en petit bonhomme » parfois pendant les rencontres. Face à cette incohérence, Patricia remet en question la véracité des propos de la cliente. Elle est aussi d'avis que certains clients exagèrent leur douleur. Lorsqu'une telle situation se produit, Patricia confronte généralement son client, dans le sens qu'elle tente de lui faire réaliser que ses propos sont incohérents avec ses comportements.

*Ben souvent on y va par programme d'exercices dans le fond pour faire réaliser que la douleur n'est pas si présente que ça. Moi j'aime bien les mettre devant les faits là, parce que « Si vous faites ça (se penche pour ramasser quelque chose) pour vous pencher *pis* vous installer de même (assis en indien), tant qu'à moi là, c'est encore pire être installée comme ça ». *Faque* c'est ça, dans le fond c'est de leur mettre les faits devant eux.*

À l'intérieur de son rôle de conseillère et de coach, Patricia s'attend à ce que le client participe en s'investissant dans l'intervention ; pour elle, il s'agit d'un « *contrat à double sens* ». Lorsqu'un client ne collabore pas à son programme d'intervention, elle attribue cela en grande partie à un manque de motivation de sa part. Lorsqu'une telle situation se produit, elle arrête généralement le traitement après quelques avertissements.

[...] là je lui donne des trucs, mais il ne les applique pas. « Les faites-vous vos exercices ? » Monsieur : « *Ouin*, quand je suis dans la douche... ». On le sent qui n'a pas euh... Il n'a peut-être pas la même énergie que moi là-dessus [petits rires]. *Faque*, c'est ça, j'suis ben plate là, mais j'ai décidé que je ne le traitais plus pour son épaule tant et aussi longtemps qu'il ne me donnerait pas des preuves.

Outre la motivation, la douleur peut aussi être une cause de l'absence de collaboration d'un client, une douleur qui peut être occasionnée, par exemple, par une mauvaise posture ou encore, comme mentionnée précédemment, qui peut être exagérée par le client. Pour Patricia, ce manque de collaboration est l'une des causes qui font en sorte qu'un client ne s'améliore pas. Elle perçoit que certains d'entre eux sont passifs et ne s'aident pas, ils s'attendent à ce que la praticienne les guérissent avec le toucher. Elle est d'avis que pour améliorer leur condition les clients doivent se prendre en charge.

Par ailleurs, elle mentionne que certains facteurs peuvent également faire en sorte que la condition d'un client ne s'améliore pas en dépit de ses efforts et de son implication. Notamment, l'horaire des interventions peut être un facteur qui explique, du moins en partie,

ce genre de situation. Par exemple, un client qui doit faire 30 minutes de route trois fois par semaine, alors que faire de la route augmente de façon importante sa douleur, aurait intérêt à se déplacer moins souvent et à repartir avec plus d'outils pour s'autotrainer chez lui. Enfin, selon elle, pour certains clients, la physiothérapie n'est simplement pas la bonne solution.

Les différentes interventions appliquées par Patricia dans son travail auprès de ses clients souffrant de douleur chronique, dont le programme d'exercices, sont en relation avec des objectifs préalablement établis. Concernant le choix de ces objectifs, elle indique qu'ils sont établis en fonction de son évaluation, qui comprend une partie objective (mesures) et une partie subjective (observations).

Ben, ce n'est pas avec la personne qu'on les fait nécessairement. J'évalue, ou une physiothérapeute a évalué, puis des problèmes sont ressortis, on fait une liste de problèmes, puis de cette liste de problèmes-là, on fait un plan de traitement, de là nos objectifs là dans le fond. On veut régler la douleur, on veut régler la mobilité, le renforcement, tout ça.

Lors de cette première évaluation, Patricia s'intéresse de façon importante à l'histoire de la blessure et à la douleur sous tous ses aspects : description, intensité, évolution en fonction des différentes activités du quotidien, etc. Bien que la rencontre ne débute pas toujours avec des questions fermées spécifiques à la douleur, elle mentionne que l'évaluation des clients en douleur chronique tourne nécessairement autour de ce sujet et que c'est généralement la douleur qui devient le point central de l'entretien.

Sans proposer tout le temps de la douleur, des fois ma question est plus large un peu pour voir de quoi ils vont me parler, est-ce qu'ils vont me parler tout de suite de douleur ? Mais d'habitude des gens en douleur chronique focussent sur la douleur, *faque* ça revient tout le temps numéro un pareil là.

Lorsqu'un client ne s'améliore pas, Patricia commence par faire une révision du programme d'exercices avec son client pour vérifier si ces derniers ont été bien effectués. Elle peut également envisager d'autres options.

Deuxième étape, *ben* j'essaie d'autres alternatives, des fois si un plan de traitement ne fonctionne pas, ben on a d'autres alternatives à l'hôpital là, il y a aussi l'hydrothérapie, *faque* les gens souvent quand je les fais travailler dans l'eau moi je vois une différence. Des fois ça les aide plus ou moins, mais des fois c'est très bénéfique [...] Sinon il y a toujours les classes, les exercices peuvent les aider. Et on a nos fameuses réunions d'équipe que je peux en parler avec mes collègues, *pis* on cherche ensemble des pistes de solutions.

Enfin, malgré les difficultés relatives à la prise en charge de cette clientèle, Patricia a à cœur d'aider ses clients et elle tente toutes les possibilités qu'elle connaît avant d'abandonner et de donner congé à un client.

6.1.3 Modèles d'action de Patricia immédiatement après la formation

À la deuxième entrevue, pour Patricia, une douleur chronique est une douleur qui persiste un mois au-delà de ce qu'elle devrait normalement durer, une condition qui n'est pas facile à vivre pour les gens qui en souffrent, quelque chose qu'on ne souhaite pas avoir. Pour elle, la douleur chronique a mauvaise réputation dans ce sens qu'elle est plus complexe à traiter et moins bien accueillie par les praticiens qu'une problématique aiguë (ex. : fracture).

À la suite de la formation, la représentation de Patricia en ce qui concerne la prise en charge de clients souffrant de douleur chronique a évolué à certains égards. Ce qui était pour elle une « bête noire » est maintenant perçu davantage comme un défi, elle se sent plus outillée pour y faire face. Et même si la formation est terminée, elle sait qu'elle peut compter sur Justine pour l'aider au besoin.

Je me sens beaucoup moins démunie si j'ai quelqu'un qui souffre de douleur chronique, j'ai l'impression que je suis plus outillée pour pouvoir les aider ces gens-là. *Pis* à la limite, si je n'ai pas de progrès, j'ai toujours Justine qui est proche. [Elle rit]. Je le sais qu'elle est là. Ça reste comme une façon de parler, mon mentor, ma personne-ressource là.

Comme c'était le cas avant la formation, Patricia compare son rôle d'intervenante à celui d'un coach dont le travail consiste à encadrer le client, à lui faire un programme d'exercices adapté à sa condition et à l'aider à trouver des stratégies pour gérer sa douleur. Lorsqu'un client ne s'améliore pas, ce n'est pas nécessairement parce qu'il manque de volonté. Elle croit que, le plus souvent, le problème se situe sur le plan de la gestion des capacités et du dépassement du point de rupture, deux éléments de sa représentation de la situation qui s'ajoutent par rapport à la première entrevue. Ainsi, face à un client qui ne s'améliore pas, elle va le questionner sur ses activités quotidiennes, vérifier l'exécution de ses exercices et parfois, dans le cas d'un client qui a été vu par un autre professionnel, elle va recommencer au départ avec le programme d'exercices. Lors de la deuxième entrevue, Patricia aborde aussi l'aspect temporel comme étant un élément important de l'intervention avec ce type de clientèle.

Moi j'ai l'impression que c'est ça, il faut avoir une approche différente avec cette clientèle-là. Il faut prendre le temps de s'asseoir, de monter un petit programme d'exercices, de vraiment voir étape par étape. Mais c'est sûr que c'est variable, ça dépend quelle sorte de douleur chronique aussi, mais je pense qu'il faut prendre le temps avec cette clientèle-là.

Dans les propos de Patricia, comme c'était le cas également avant la formation, on perçoit qu'elle a à cœur d'aider ses clients et elle croit que c'est en prenant le temps avec eux et en les outillant qu'elle peut les aider. Patricia est confiante que si l'on prend davantage de temps avec les clients souffrant de douleur chronique, l'amélioration est possible, elle a vu les résultats pendant l'École qui a été appliquée dans le cadre de la formation.

Mais en réalité... moi en tout cas, avec la classe, je l'ai vu qu'il y a du progrès *pis* par le passé, j'en ai déjà eu des gens qui avaient des douleurs chroniques *pis* quand on prend le temps de bien *euuh...* [elle dessine un cercle avec ses mains] de bien les outiller, *ben* je pense qu'il y a de quoi à faire avec cette clientèle-là, justement, on est là pour les aider.

Bien qu'elle considère cela comme un aspect important de l'intervention, Patricia indique que prendre le temps nécessaire avec les clients en douleur chronique est difficilement applicable dans le contexte actuel de son travail au département de physiothérapie où l'évaluation de l'efficacité d'un praticien est effectuée à partir du nombre de clients rencontrés dans une journée.

Souvent, c'est sûr qu'on... à l'hôpital, ils nous demandent d'être productifs. *Faque* c'est sûr, quand je parle de ma petite fracture qui est super facile, c'est facile justement de ne pas mettre autant de temps sur cette personne-là. Mais on sait, moi je le vois, Justine sa clientèle elle passe 45 minutes une heure avec chaque personne, elle prend le temps de tout décortiquer. *Ben* c'est ça, j'ai l'impression que ce n'est pas bon pour des ratios quelqu'un comme ça là.

Une autre différence dans les stratégies d'intervention de Patricia par rapport à avant la formation, c'est la formulation et l'orientation de ses questions. Ses questions sont désormais moins orientées sur la douleur, elles touchent davantage les activités quotidiennes du client, ce qu'il a fait pour essayer de gérer sa douleur, ce qui augmente ou diminue sa douleur, les tâches, etc. Elle mentionne que ses questions sont également formulées plus ouvertement.

Je trouve que je pose mes questions différemment pour avoir, c'est sûr, pas les mêmes types de réponses là, mais des questions plus ouvertes aussi parce que je veux qu'il me parle et non qu'il me réponde par oui ou par non.

En somme, Patricia confirme que la formation à laquelle elle a participé a eu un impact positif dans sa façon d'intervenir auprès de clients souffrant de douleur chronique.

6.1.4 Modèles d'action de Patricia six mois après la formation

Lors de la troisième entrevue, six mois après la formation, la représentation de Patricia face à la douleur chronique est similaire à plusieurs niveaux à celle qu'elle a partagée lors de la seconde entrevue effectuée immédiatement après la formation. Elle mentionne que pour elle, la douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà de la période normale de guérison. Selon elle, les clients qui souffrent de douleur chronique ont besoin d'encadrement, de se faire diriger pour améliorer leur condition. Selon Patricia, il est important pour une praticienne de prendre le temps de les écouter et de cibler les bons problèmes et les bons exercices avec eux.

Bien que Patricia ait mentionné lors de la première entrevue, soit avant la formation, que l'écoute faisait partie de son rôle d'intervenante auprès des clients en douleur chronique, on comprend que cette écoute a désormais une portée plus pragmatique, dans le sens où elle a une visée pratique dans l'intervention. En effet, elle indique avoir amélioré cette habileté pendant la formation et elle attribue maintenant à l'écoute un rôle thérapeutique. Par exemple, l'écoute permet d'établir un lien de confiance qui facilite la collaboration du client.

Probablement que quand la confiance est établie c'est beaucoup plus facile de se laisser guider dans les exercices *pis* de dire « Ah ok, si je fais ça... », *pis* de s'exprimer aussi parce qu'il y a des gens qui ont de la difficulté à s'exprimer. Ils vont faire ce qu'on leur dit de faire, mais ils nous diront pas « Quand je fais ça il me semble que ça me fait mal ». *Faque*, c'est le lien, c'est la confiance là, ça revient tout à ça. L'écoute là pour moi, c'est ça.

De plus, toujours en lien avec son rôle thérapeutique, l'écoute de Patricia est désormais plus active et plus ciblée, dans le sens où elle questionne dans le but d'obtenir des informations importantes qui peuvent ensuite être utilisées pour l'intervention.

Si la personne elle aime tricoter, *ben* on va axer sur des choses qui tournent autour de ça. [...] Je pose des questions par rapport... « Ah oui finalement vous avez tricoté ? Combien de temps vous avez été capable ? ». Je trouve que ça démontre de l'intérêt pour cette personne-là, ça montre que ce n'est pas juste un numéro de dossier, que c'est vraiment une personne, que je travaille pour l'aider dans toutes ses sphères.

D'ailleurs, avec l'aide de ces questions ouvertes, Patricia indique qu'elle élabore ses programmes d'exercices non plus seulement en fonction de ce qu'elle a évalué et observé, mais également en fonction des intérêts de la personne.

Dans le fond je leur fais un programme d'exercices selon ce que j'ai évalué, selon les intérêts de la personne, selon ce que j'ai observé et c'est à eux de l'appliquer *pis* c'est à moi d'analyser après pour voir si c'est efficace ou pas. Malgré que la personne est capable... elle nous en dit beaucoup de choses : « Ah, j'ai fait ça, ça m'a fait beaucoup plus mal ».

Par rapport au rôle du client, la perception de Patricia n'a pas changé depuis le début, c'est-à-dire qu'elle considère encore que c'est au client de se prendre en charge pour améliorer sa condition. De plus, comme lors de la première et de la deuxième entrevue, Patricia perçoit son rôle auprès de clients souffrant de douleur chronique comme celui d'un coach. Son intention n'est pas de faire les choses à leur place, mais plutôt de les guider et de leur proposer des choses à faire. Elle se compare à un entraîneur de hockey qui détermine le plan de la partie et qui donne les directives à ses joueurs, mais ce n'est pas lui qui joue. Et pour Patricia, le suivi auprès des patients souffrant de douleur chronique consiste à vérifier la progression du client et à ajuster le programme d'exercices de façon à conserver ceux qui sont appropriés et à enlever ou à modifier ceux qui n'ont pas l'effet escompté.

On essaie de faire le ménage à travers tout ça pour essayer d'avoir un programme qui leur convient le mieux possible là.

Cependant, le programme d'exercices ne représente pas systématiquement la seule stratégie de traitement qu'elle utilise. Dans le cas d'un client qui a eu recours à plusieurs types d'intervention (ex. : physiothérapie, acupuncture, massothérapie, etc.), elle orientera immédiatement son intervention vers un programme d'exercices. Tandis que dans le cas d'un client qui en est à sa première demande d'aide pour une douleur chronique, elle débutera généralement avec un plan de traitement qui inclut des manipulations et de l'électrothérapie en plus d'un programme d'exercices. Les informations obtenues lors de la première rencontre avec le client détermineront généralement quelles stratégies d'intervention elle priorisera. Lors de cette première rencontre avec un client en douleur chronique, ses questions ne gravitent pas autour de la force musculaire et de l'amplitude du membre, mais plutôt autour de la douleur, du sommeil, des stratégies qui ont été essayées, du cheminement

par rapport au trouble de douleur chronique. Le formulaire d'évaluation (bilan fonctionnel et interactionnel) est d'ailleurs un des outils vus dans la formation qu'elle a intégré dans sa pratique. Ce formulaire permet d'obtenir des informations sur les solutions tentées du client et les exceptions, ce qui représente la pierre angulaire de l'intervention stratégique telle que présentée dans la formation.

Qu'est-ce qu'ils ont essayé jusqu'à maintenant, qu'est-ce qu'ils ont essayé *pis*... c'est ça, tout le questionnaire sur la douleur, à quelle fréquence, à quel endroit, qu'est-ce qui augmente, qu'est-ce qui diminue puis c'est ça, le sommeil, des médicaments... des fois ça peut avoir un impact aussi.

Un autre outil que Patricia utilise avec ses clients depuis la formation est le carnet de route. Elle trouve que c'est un outil intéressant qui lui permet de vérifier si un client a effectué les tâches et exercices prescrits. En plus de ce carnet de route, un autre indice qui lui démontre si les clients ont exécuté leurs exercices à la maison comme prévu c'est la façon dont ils procèdent devant elle lorsqu'elle leur demande de les faire.

On le voit les gens qui les font les exercices et ceux qui ne les font pas parce que souvent on leur demande des exercices *pis* : « Je pense que c'était ça... ». Tandis que les gens qui les font ils les savent leurs exercices *pis* ils nous les exécutent devant nous parce qu'ils les ont appris là.

La perception de Patricia face à un client qui ne collabore pas a évolué. Maintenant, elle explique qu'il y a différentes raisons qui peuvent expliquer qu'un client n'exécute pas les tâches et exercices qui lui ont été prescrits, par exemple une douleur plus intense qu'à l'habitude.

On s'aperçoit que lorsqu'ils ne les font pas, ce n'est pas toujours de la mauvaise volonté. Souvent c'est parce que c'est une mauvaise période aussi, ils ont plus de douleur, ils sont soit en rechute ou en crise plus aiguë.

Lorsqu'une telle situation se produit, Patricia ajuste le programme d'exercices en fonction de la situation particulière du client.

Mais dans ce temps-là il faut juste les rassurer *pis* peut-être juste modifier les paramètres, leur dire d'en faire un peu moins, de les faire moins intenses, de les faire... de s'ajuster.

Désormais, pour Patricia, contrairement à la première entrevue, le manque de collaboration n'est pas le principal facteur qui explique qu'un client ne s'améliore pas. Certains

événements stressants associés à la vie personnelle d'un client, au travail ou à la maison par exemple, peuvent influencer l'évolution de sa condition. Elle donne l'exemple d'une cliente avec laquelle elle a pris le temps de s'arrêter et qu'elle a questionnée sur sa vie à la maison. Cette intervention lui a permis de constater que la cliente vivait une situation très difficile qui la préoccupait beaucoup. Cette intervention lui a également permis de maximiser l'alliance thérapeutique et d'augmenter la collaboration de la cliente par la suite. Encore une fois, l'importance et surtout le rôle d'une bonne écoute ressort dans cet exemple.

Puis par la suite là, j'ai vu une différence. C'est comme si... je le sais pas... je sais pas comment l'expliquer, mais c'est comme le fait que j'étais au courant un peu de son petit secret, ça commençait à prendre du mieux par après là.

Cependant, comme lors de la première entrevue (avant la formation), elle considère encore que certains clients ne font pas leur programme d'exercices simplement parce qu'ils sont passifs.

Mais c'est ça, on les voit les gens qui sont un petit peu plus passifs parce que c'est ça ils ne connaissent pas leurs exercices, ils ont toujours des défaites, « J'ai pas eu la chance de les faire », « *Oh j'étais si...* », « *Ah j'ai ça...* » Je leur demande mettons « Ok, on va les faire ici [elle imite quelqu'un qui soupire] », c'est comme les gros soupirs, *faque* pour moi, ça c'est des gens passifs.

Maintenant, Patricia convient d'un objectif **avec** son client au début de l'intervention, quelque chose qui est nouveau dans sa pratique. De plus, désormais, l'atteinte de l'objectif convenu avec le client est souvent l'élément qui détermine le moment de la fin du traitement, plutôt que ses seules observations objectives ou subjectives comme c'était davantage le cas avant la formation.

Je ne le faisais pas nécessairement avant, mais maintenant je le fais... me fixer des objectifs avec eux. Souvent si eux leur objectif c'est... je le sais pas moi, être capable de marcher pendant une heure de temps, *ben* si on l'a atteint, des fois ça commence à sentir le congé. D'autres fois c'est juste parce que ça va bien.

L'objectif est également modulé en fonction d'une amélioration et non d'un rétablissement complet comme elle l'avait appris lors de sa formation initiale. De fait, une fois qu'elle a bien outillé le client, elle espace les rencontres et le client continue à progresser.

C'est sûr que quand j'étais à l'école, c'était la perfection qu'on cherchait tout le temps, c'était toujours d'avoir presque un 100 pour cent de rétablissement qu'on cherchait là. Mais... là des fois je réalise que même si on est à 75 pour cent, la

personne... si ça va bien ses exercices *pis* ça continue toujours de bien progresser, *ben* je n'ai pas besoin de le voir régulièrement. Ça veut pas dire qu'ils ont congé, moi je les vois en contrôle à ce moment-là, je les vois aux trois-quatre semaines *pis* un moment donné, c'est beau, c'est fini.

Alors qu'elle voyait auparavant un client en douleur chronique deux à trois fois par semaine, Patricia espace maintenant davantage les rencontres. Elle peut voir un client une fois par semaine et même une fois aux deux semaines. Cette fréquence s'échelonne même aux trois semaines lorsque le programme d'exercices est complété. Elle explique que cette organisation des rencontres permet à la fois aux clients d'intégrer les exercices qu'elle leur donne et à elle d'en vérifier l'efficacité, ce qui lui serait impossible si elle revoyait le client trop rapidement puisque l'exercice n'aurait pas eu le temps de faire son effet.

Patricia a apporté des changements dans sa façon d'intervenir auprès des clients souffrant de douleur chronique et elle constate un impact positif au niveau des résultats. À partir d'un autre exemple qu'elle aborde dans l'entrevue, elle explique l'amélioration significative de la condition d'un de ses clients. La force de sa jambe s'est améliorée, sa douleur a diminué et surtout il y a une amélioration importante au niveau de ses activités fonctionnelles, par exemple, ses déplacements dans les escaliers.

Sa cuisse a repris du volume parce qu'il a été capable par les exercices. L'hiver passé il avait peur dans les escaliers parce que sa jambe lâchait, c'est sûr il n'avait pu de muscle là, il avait peur. Cette année, c'est ça, il dit « Je ne cours pas dans les escaliers, mais je suis beaucoup moins craintif ».

Selon elle, la gestion des capacités et le point de rupture, deux outils qu'elle a appris à utiliser dans la formation ont été déterminants pour ce client.

Puis un moment donné c'est ça, je me suis arrêtée à lui parler de la gestion des capacités, le point de rupture, toutes ces choses-là, pas toutes la première fois, mais à force de parler avec. Puis je suis tellement contente, je lui ai donné congé la semaine dernière, il a encore de la douleur, mais il la gère sa douleur maintenant.

Patricia est contente du résultat de son intervention chez ce patient et elle est aussi très heureuse de constater la satisfaction du client.

Ce que je suis contente, c'est que la semaine passée il m'a dit « Merci Patricia, t'es la première qui a pris le temps de m'écouter et t'es la première qui a cru en moi, que je pouvais faire de quoi là ». [...] C'est valorisant de se faire dire ça, très, très valorisant.

Patricia se sent désormais beaucoup plus outillée pour intervenir auprès de sa clientèle souffrant de douleur chronique. Sa banque d'exercices est bonifiée, elle inclut davantage les exercices de stabilisation dans ses interventions, elle inclut systématiquement la respiration abdominale. La gestion des capacités et le point de rupture sont des outils qu'elle trouve très aidants pour ses clients. L'évaluation fonctionnelle et le carnet de route sont également des outils qu'elle utilise désormais dans sa pratique. De plus, elle fait moins de manipulation et d'électrothérapie qu'avant la formation ; l'autotraitement du client avec des exercices adaptés est l'avenue qu'elle priorise davantage. Elle a appris aussi à écouter davantage ses clients, à les laisser parler sans interrompre, à ne pas donner de suggestions trop rapidement avant d'avoir bien écouté le client. Cette habileté à écouter, qu'elle considère avoir améliorée dans le cadre de la formation, est quelque chose qui a un impact important dans ses interventions actuellement selon elle.

Tableau 22

Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Patricia avant/après la formation

	Représentations	Intentions	Stratégies
Avant la formation	Rôle du praticien = coach + une personne de confiance	Encadrer/guider/favoriser l'autotraitement	Écoute, rassure, donne un programme d'exercices et des stratégies à appliquer à la maison
	Besoin d'un client en douleur chronique : écoute, encadrement, astuces et conseils		
	Positions : praticien expert/client exécuter	Déterminer l'orientation du traitement, diminuer la douleur, améliorer la force et la mobilité	Détermine les objectifs en fonction de l'évaluation (objective et subjective); prescrit un programme d'exercices en fonction de l'évaluation des praticiens
	Certains clients exagèrent leur douleur	Détecter les contradictions	Confronte ➔ ex. : donne des exercices pour faire réaliser que la douleur n'est pas si présente que ça
	Client qui ne s'améliore pas	Responsabiliser le client Faire réagir	Donne quelques avertissements (menaces), si pas de changement, arrête le traitement
		Absence de collaboration au programme d'exercices = manque de motivation ou de volonté Horaire des rencontres = trop de déplacements	Diminue la fréquence des rencontres
Après la formation	Fin du traitement = arrêt d'évolution, plateau	Faire tout ce qu'elle peut	Applique toutes les stratégies qu'elle connaît
	Rôle du praticien = coach	Encadrer, guider	Écoute, rassure, donne un programme d'exercices et des stratégies à appliquer à la maison
	Besoin d'un client en douleur chronique : encadrement, se faire diriger, temps, outils	Impliquer le client dans l'orientation du traitement	Écoute +++ Crée une relation de confiance ; questionne pour obtenir informations +++ sur les solutions tentées et les exceptions ; convient d'un objectif avec le client, en fonction de ses intérêts et besoins, et modulé en termes d'amélioration (et non de rétablissement complet) ; adapte les exercices en fonction de la rétroaction du client
	Positions : client expert/praticien accompagnateur Travail en collaboration est important		
	Client qui ne s'améliore pas	Aider à gérer	Adapte exercices
		Absence de collaboration au programme d'exercices = douleur plus intense = certains sont passifs	
	Mauvaise gestion des capacités Dépassement du point de rupture Évènements difficiles dans la vie personnelle, stress, etc.	Aider à gérer Comprendre le problème avant d'agir	Utilise le tableau de gestion des capacités ; explique le point de rupture Fait de l'écoute active : pose questions + évite d'interrompre et de donner des suggestions trop rapidement
	Arrêt du traitement = objectif atteint	Répondre aux attentes du client	Tient compte des attentes du client (objectif)

6.2 Récit de cheminement de Danielle (PRA2)

6.2.1 Attentes et sentiments face à la formation

Danielle est thérapeute en réadaptation physique au Centre hospitalier depuis plus de 25 ans au moment où elle commence le projet. Son objectif avec cette formation est d'apprendre une nouvelle approche pour être en mesure de mieux aider ses clients souffrant de douleur chronique. Cela dit, elle est d'avis que ses nouveaux apprentissages lui seront aussi utiles pour sa clientèle avec des douleurs aiguës. Elle n'a reçu aucune pression de la part de sa supérieure immédiate pour participer à ce projet, elle le fait volontairement et essentiellement par désir de s'ouvrir à d'autres perspectives. Elle mentionne avec une note d'humour qu'elle se sent comme un cobaye.

Dans le cadre de son travail au Centre hospitalier, Danielle a déjà animé des classes de lombalgie chronique avec une collègue. Bien que ces classes intégraient des nouveaux exercices appris dans le cadre de certaines formations continues auxquelles elle a participé (ex. : exercices de stabilisation), ni elle ni les praticiennes avec qui elle a animé ces classes n'avaient reçu de formation à l'intervention stratégique avant le début de ce projet. Elle a donc une certaine expérience dans l'animation de groupe visant à traiter la douleur chronique, mais pas de connaissances en ce qui concerne l'intervention stratégique qui fait l'objet de la formation. Danielle est l'une des deux praticiennes qui ont appliqué une École interactionnelle dans le cadre de ce projet.

Dans son travail au quotidien, les gens souffrant de douleur chronique ne représentent pas la majorité de la clientèle de Danielle, mais elle en rencontre néanmoins sur une base régulière. En ce qui concerne cette problématique, elle remarque que ce sont les mêmes clients qui reviennent souvent. Cela lui fait penser que cette clientèle a peut-être besoin d'une approche différente, d'où son intérêt pour cette formation. En effet, elle a eu l'occasion d'être témoin de l'efficacité de l'approche qui fait l'objet de la formation et qui est utilisée par sa collègue Justine, qui est aussi formatrice dans le cadre de ce projet de recherche.

6.2.2 Modèles d'action de Danielle avant la formation

Pour Danielle, la douleur chronique est une douleur qui persiste depuis plus de trois à six mois, sa définition n'est pas arrêtée spécifiquement sur l'un de ces deux délais. Selon elle, les clients souffrant de douleur chronique qu'elle reçoit dans sa pratique clinique ont une tendance à se fier aux physiothérapeutes ou aux thérapeutes en réadaptation physique pour régler leur problème. Ce sont également des personnes qui ont généralement essayé une multitude de possibilités (chiropractie, massothérapie, etc.). Enfin, ce sont parfois des personnes qui se sont fait dire qu'il n'y avait plus rien à faire avec leur problème puisqu'il s'agit d'une douleur chronique. Pour elle, son rôle auprès de ces clients est de leur donner des astuces, une boîte à outils, afin qu'ils puissent s'autotrainer, gérer leur douleur.

C'est de leur inculquer que, regarde, on t'a donné une boîte à outils, mais là maintenant c'est à toi de l'utiliser quand tu vois que tu peux tomber dans tes douleurs plus présentes, ben ouvre ta boîte à outils *pis* cherche quelque chose qui te ferait du bien là-dedans. *Faque* je me vois comme un guide.

Dans cette première entrevue, Danielle souligne que son travail d'intervenante a beaucoup changé depuis sa formation initiale. Auparavant, les TRP utilisaient beaucoup l'électrothérapie, alors que maintenant les différentes formations qui sont à leur disposition leur permettent d'améliorer davantage leurs techniques manuelles. Le contact praticien-patient est également priorisé de plus en plus, l'approche de soin devient plus personnalisée et les clients doivent être abordés à partir d'une perspective plus globale.

Plus large c'est ça, plus global aussi. Et je trouve que dans la vie qu'on mène aujourd'hui, on est tellement... il faut aller vite. Les gens aussi ont des vies stressantes et je trouve que c'est aussi un aspect qu'il faut travailler avec les gens. Je trouve que les gens ne viennent pas juste avec un problème d'épaule, ils viennent avec... tout ce qui vient avec. Des fois ils ont des problèmes familiaux, des problèmes... Des fois il faut élargir [elle dessine un grand cercle avec ses deux mains] un petit peu.

Lorsque Danielle débute un traitement avec un client souffrant de douleur chronique, elle commence généralement par lui demander quelles sont ses attentes face à elle et à l'intervention. Elle explore ensuite les différents aspects relatifs à sa douleur.

C'est sûr que je fais le tour de sa douleur, quand est-ce qu'il a mal, est-ce que c'est la nuit ? Est-ce que c'est une douleur constante ? Qu'est-ce qui déclenche vos douleurs ? Est-ce qu'il y a des positions ? Est-ce que c'est un peu dans son fonctionnement de la vie quotidienne que la douleur... comment elle se manifeste ?

De plus, Danielle s'informe du niveau d'activité du client, puisque le fait qu'il soit actif ou sédentaire influence l'élaboration de son programme d'exercices. Elle explore également ses goûts en matière d'activités et de quelle façon sa douleur intervient sur celles-ci. Ce qu'elle vérifie dans cette partie de l'évaluation, c'est la possibilité pour le client de poursuivre ou de reprendre ces activités, ou encore, la possibilité pour elle d'orienter le client vers d'autres choix au besoin. Enfin, elle évalue la mobilité, la force et la posture de la partie du corps concernée.

Les clients en douleur chronique représentent un défi pour Danielle. Dans son travail clinique auprès d'eux, elle essaie de dépasser cette tendance à répéter les mêmes traitements, notamment l'électrothérapie, et de faire plutôt quelque chose de différent. Elle essaie surtout d'aider les clients à trouver des trucs pour s'autotrainer, pour se débrouiller par eux-mêmes et elle essaie également de les responsabiliser davantage face à leur condition.

Surtout de l'amener à... peut-être à [elle dessine des guillemets avec ses mains et baisse l'intensité de sa voix] comprendre que peut-être qu'il faudrait qu'il investisse chez eux, qu'il forme sa propre boîte à outils pour s'aider à la maison.

En effet, si elle se perçoit comme un guide dont le rôle est de donner des astuces et des conseils pour aider les clients à gérer leur douleur à la maison, elle perçoit également que ces derniers, pour leur part, ont la responsabilité de faire les efforts requis pour améliorer leur condition en s'investissant et en appliquant les recommandations. C'est ce qu'elle explique en racontant un cas.

Mais je savais déjà en partant que c'était quelqu'un qui s'investit pas beaucoup non plus, donc je savais que même ce que je lui dirais, est-ce qu'il le ferait... ? Je le sais pas, mais sauf que là, à un moment donné je me suis dit « Regarde, c'est à lui à faire les efforts aussi. Moi je lui donne ce que je pense qui est correct pour lui *faque* c'est à lui après ça à gérer ça ».

Pour Danielle, lorsqu'un client s'améliore au cours de son traitement, c'est en grande partie grâce à sa persistance dans l'exécution de son programme d'exercices. En d'autres termes, c'est lui qui est responsable des résultats positifs qu'il expérimente, c'est à lui que revient le mérite. Cependant, selon son expérience actuelle dans l'animation de classes de douleur

chronique au Centre hospitalier, environ la moitié des clients abandonnent avant la fin de l'intervention. Selon elle, parmi les raisons qui font en sorte que certains clients ne complètent pas les classes, il y a le manque de confiance envers le type d'intervention. Elle indique qu'elle perçoit parfois, lors de l'évaluation, que certains clients ne croient pas en ce genre d'intervention et que ce sont souvent ces mêmes clients qui abandonnent avant la fin. Danielle mentionne qu'il y a également la personnalité des gens qui peut influencer la persistance ou l'abandon dans les classes.

Moi je pense que ça dépend aussi de la personne. Il y a des personnes qui ne s'investissent pas, qui laissent toujours leurs difficultés... il faut que ce soit les autres qui les règlent [...]. Je pense que ça dépend aussi de la personnalité de chacun.

Pour elle, l'attitude et les croyances du client face au traitement peuvent être des facteurs qui influencent le dénouement d'une intervention. Selon elle, certaines personnes sont fermées et ne portent pas d'intérêt à ce que le praticien leur dit, ce qu'elle associe au manque de confiance qui persiste parfois en dépit de tous les efforts du praticien pour tenter de les aider à améliorer leur condition. Pour expliquer son point de vue, Danielle nous donne l'exemple d'une cliente avec laquelle cette situation s'est produite.

On a beau s'être mis une équipe pour essayer de régler son cas, mais quand déjà auparavant elle a déjà fait confiance à quelqu'un d'autre ailleurs là... on a beau faire tout ce qu'on peut, tu vois qu'elle n'est pas réceptive, il y a toujours un petit quelque chose qui clique ou qui cloche ou... *pis* qu'après tu sais qu'elle est retournée à l'autre place, tu te dis *ben* regarde, elle avait probablement plus confiance en l'autre personne. *Faque* moi je pense que c'est aussi une question de confiance.

Outre ces caractéristiques du client, Danielle pense que le manque d'efficacité d'une intervention peut aussi s'expliquer par l'attitude du praticien et la relation entre ce dernier et le patient. À titre d'exemple, elle explique que si les aspirations du praticien concernant l'issue du traitement sont plus grandes que celles du client, l'intervention risque de mener à l'échec. Pour Danielle, il est important que l'intervention soit orientée en fonction des attentes du client, il ne faut pas essayer de l'amener plus loin, de vouloir plus que lui.

Il faut être capable de se mettre à son niveau aussi par rapport à ses attentes. Si nous autres on veut plus qu'eux autres, ça peut faire que lui il a comme pas confiance, lui, il est comme, c'est ça... il n'aura pas confiance en nous autres. Je pense qu'il faut être capable de cerner lui où il se voit, comment il se sent dans tout ça *pis* que nous autres, *ben*, on est comme un guide *hein*, *faque* il faut comme... aller dans le même sens que lui un peu là.

La rétroaction du client est ce qui lui permet de savoir si une astuce ou un conseil est efficace pour lui, ce qu'il doit inclure dans sa boîte à outils.

Quand il me dit « Ce que tu m'as dit, ça me fait du bien ». « Oh ! Ça vous fait du bien, mettez-les dans votre boîte des choses qui sont efficaces pour vous, *pis* si des fois vous avez un petit pic de douleur quoi que ce soit, *ben* vous savez que vous pouvez aller chercher ces éléments-là. »

Enfin, dans cette première entrevue Danielle reconnaît qu'elle manque parfois de ressources pour intervenir efficacement avec ses clients souffrant de douleur chronique. Si débiter une intervention n'est généralement pas un problème pour elle, les choses ne prennent pas toujours une tournure positive et la réorientation est parfois difficile. Elle compte sur cette formation pour l'aider à acquérir des outils supplémentaires afin de pouvoir optimiser les résultats de ses interventions.

6.2.3 Modèles d'action de Danielle immédiatement après la formation

Danielle a compris, dans le cadre de la formation, qu'une douleur est chronique lorsqu'elle perdure depuis au moins un mois¹⁰, et non après trois mois ou six mois comme elle le croyait avant la formation. Cependant, c'est une définition à laquelle elle n'adhère pas beaucoup. Pour elle, c'est difficile de concevoir qu'après un mois les douleurs soient devenues chroniques et que la personne doive apprendre à gérer sa condition douloureuse. Elle ajoute que cela dépend peut-être des cas.

Si je prends, mettons, je le sais pas, une épaule ou un pied, il me semble que j'ai un peu de difficulté, je trouve que c'est vite de dire après un mois que c'est catalogué comme une douleur chronique là... j'ai un petit peu de difficulté avec ça.

Pour Danielle, une douleur chronique reste une douleur qui est présente depuis au moins six mois et surtout, c'est une douleur qui rend la personne incapable de fonctionner comme elle le faisait auparavant. Comme lors de la première entrevue (avant la formation), elle se voit comme une personne-ressource pour ses clients souffrant de douleur chronique, son principal rôle étant de les aider à gérer leur condition en leur donnant des outils et en les aidant à trouver des pistes de solutions.

¹⁰ La définition donnée dans le cadre de la formation est : « une douleur qui persiste plus d'un mois au-delà de la période normale de guérison ».

On n'est pas des guérisseurs, mais on est quelqu'un qui donne des outils pour s'aider à gérer sa douleur... qui va toujours être là ok, mais de la voir différemment. Qu'elle soit capable de gérer ça différemment peut-être qu'avant.

Ce qui est nouveau cependant dans cette entrevue par rapport à la première, c'est qu'elle associe son rôle de « guide » à une position de « non-expert ». À l'inverse, elle attribue au client une position d'« expert ». Ces différentes positions du praticien et du client dans l'intervention relèvent de la tactique thérapeutique « expert/non-expert » qui a été abordée dans la formation.

Si la notion de gestion de la douleur était aussi présente dans la première entrevue, on constate dans celle-ci que sa conception de la gestion de la douleur et des moyens pour y arriver a évolué, ainsi que sa perception du processus de réadaptation motrice des gens souffrant de douleur chronique. De plus, ses propos témoignent de l'importance qu'elle accorde maintenant à l'écoute dans ses interventions.

Je m'aperçois que des fois ça ne prend pas grand-chose. Des fois on a tendance à leur donner beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses à faire, *pis* des fois c'est peut-être trop, c'est peut-être pas nécessaire non plus. *Faque* des fois, maintenant, j'y vais avec de simples choses, des fois je les rencontre, je les écoute plus. Des fois ils vont retourner chez eux juste avec un petit exercice de respiration, un petit exercice de bascule du bassin, mais pas plus.

Lorsqu'elle rencontre un client souffrant de douleur chronique la première fois, son évaluation est semblable à ce qu'elle a décrit dans la première entrevue, mis à part le fait qu'elle essaie d'aller plus en détails.

Ben c'est sûr, c'est toujours la question : comment est sa douleur aujourd'hui ? Les activités qu'il fait... qu'est-ce qu'il est capable de faire à la maison ? Après combien de temps les douleurs apparaissent ? Est-ce qu'il fait de l'activité physique ? Est-ce qu'il bouge ? Comment se déroule sa nuit ? Sa douleur en général là *tsé*... le jour... c'est tu pire le jour ? Le soir ? J'essaie d'être un petit peu plus explicite là au niveau de la douleur, de cerner davantage.

À la suite de la formation, Danielle perçoit davantage que les clients souffrant de douleur chronique ont besoin d'une approche stratégique. Elle mentionne qu'elle a acquis de nouvelles connaissances qui font en sorte qu'elle se sent plus outillée face à la prise en charge de cette clientèle.

Avant j'aurais fait un plan d'intervention plus [elle dessine des guillemets avec sa main droite] normal, *tsé*, avec des appareils, tout ça. Mais là j'essaie de plus diriger justement pour l'auto prise en charge à la maison, *faque* j'outille plus avec des exercices, prise de conscience, des trucs...

Danielle donne l'exemple d'une cliente qu'elle a rencontrée dans le cadre de son travail alors que la formation tirait à sa fin. Il s'agit d'une cliente qui était en douleur depuis longtemps et qui était émotive la première fois que Danielle l'a rencontrée. Elle la décrit également comme une personne qui était excessive dans ses activités quotidiennes. Danielle explique qu'elle a utilisé une nouvelle approche avec cette cliente dès la première rencontre, en plus de ses stratégies habituelles (chaleur, appareils et *tapes* proprioceptifs). Cette première rencontre s'est distinguée notamment par une plus grande écoute et l'utilisation du document *Gestion des capacités*. De plus, elle n'a pas débuté les exercices à la première rencontre, jugeant que la gestion des capacités était prioritaire. Danielle mentionne que cela a eu un effet positif rapidement.

En tout cas, elle est revenue *pis* elle était enchantée, *pis* ça avait super bien été, *pis* tu voyais qu'elle était déjà peut-être plus en contrôle d'elle si tu veux. Aujourd'hui je l'ai revue, elle était comme enchantée, ça m'a comme fait « Bon, mon Dieu Seigneur, je n'ai pas fait tant de choses que ça là ! ». Mais en tout cas, elle a déjà progressé. Là, aujourd'hui, j'ai comme embarqué la bascule du bassin, je lui ai donné juste ça à faire... bascule du bassin, respiration...

De plus, Danielle espace désormais davantage les visites de ses clients en douleur chronique. Alors qu'elle les voyait auparavant deux ou trois fois par semaine, les visites varient désormais d'une fois par semaine à une fois aux deux semaines. Elle a également changé sa façon de prescrire les programmes d'exercices, notamment en diminuant la quantité et le rythme des exercices enseignés.

Là j'y monte son programme tranquillement pas vite, *tsé*, la bascule, à la prochaine rencontre si ça va bien *ben* là je vais peut-être commencer à lui parler de la position neutre, *tsé*, essayer de travailler un petit peu sa stabilisation tranquillement pas vite. Là j'essaie d'y aller par étape plutôt que de tout garrocher d'un coup. J'essaie d'y aller petit peu par petit peu. [...] Commencer avec ça, si elle assimile bien ça, tout ça, *ben* on passe à une autre étape. Je les surcharge moins un peu d'exercices je trouve par rapport à ça, j'essaie d'y aller étape par étape *pis* qu'ils soient capables de bien assimiler la première étape.

Pour Danielle, l'un des critères pour obtenir des résultats positifs avec les clients souffrant de douleur chronique est que ceux-ci s'investissent et croient en leurs capacités. De plus, d'autres facteurs peuvent déterminer qu'un client ne s'est pas amélioré pendant son traitement en physiothérapie.

Peut-être que leur condition était trop... trop aiguë peut-être, trop irritable. Peut-être qu'ils ne mettaient pas en pratique nécessairement ce qu'on leur a donné comme outils ou ils ne le faisaient peut-être pas comme il faut aussi, ils n'avaient peut-être pas bien intégré... bien assimilé.

Danielle mentionne qu'elle a cheminé pendant la formation. À titre d'exemple, elle explique que lorsqu'elle a eu à remplacer une collègue de travail qui animait une intervention de groupe au Centre hospitalier, pendant la période où elle participait à la formation, elle a réalisé à quel point elle intégrait divers éléments de l'approche stratégique. Par exemple, elle félicitait et encourageait les clients, assurait leur confort et insistait sur l'exécution des routines motrices sans augmentation de douleur.

Par ailleurs, elle mentionne que certaines stratégies ne sont pas encore intégrées à sa pratique, notamment la notion de client ou touriste avec laquelle elle n'est pas très confortable. Elle mentionne qu'elle travaille sur cet aspect de l'intervention et que, selon elle, si elle posait les questions pour déterminer si un patient est « client » ou « touriste », cela lui éviterait de perdre son temps dans certains cas¹¹.

En outre, l'utilisation du carnet de route est, pour elle, quelque chose qui est plus difficile à intégrer en intervention individuelle qu'en intervention de groupe. Enfin, convenir d'un objectif avec le client n'est pas quelque chose qu'elle fait systématiquement dans sa pratique clinique, bien qu'elle indique qu'elle commence à l'introduire tranquillement et qu'elle en reconnaît l'importance.

¹¹ On constate que Danielle a compris en partie en quoi consistait l'application clinique de la notion de client ou touriste. Cette compréhension semble cependant partielle, puisque la notion de client ou touriste n'est pas une caractéristique du client, mais une caractéristique de l'interaction entre le client et le praticien, et qu'on peut influencer un « touriste » pour qu'il devienne « client », ou encore trouver un motif pour lequel il serait client dans le cas où son traitement de physiothérapie ne relève pas de son initiative (ex. : référence de la CNESST).

C'est sûr il faut y aller avec les objectifs aussi là *tsé*... « Qu'est-ce que vous aimeriez atteindre ? » ou « C'est quoi votre objectif ? ». Ça, je suis en travail là-dessus, mais je sais qu'il faut les poser.

Enfin, Danielle mentionne que les interventions de groupe sous forme de « classe » comportent certains avantages par rapport au traitement individuel de son point de vue, notamment à cause de l'effet de groupe.

Pis on l'a vu là, moi je trouve qu'on l'a vu. On l'a vu avec la classe qu'on a eue. [...] Ils étaient capables de... d'ensemble de la remonter la personne qui arrivait un peu émotive et tout ça. Il y a le phénomène de groupe, je pense que ça a aidé beaucoup.

6.2.4 Modèles d'action de Danielle six mois après la formation

Pour Danielle, la douleur chronique est une douleur qui est présente depuis longtemps, depuis plusieurs années dans certains cas, et pour laquelle les gens ont essayé en vain plusieurs traitements. Selon elle, différents éléments peuvent expliquer cette persistance de la douleur, notamment le fait que la personne dépasse constamment ses limites, qu'elle ne gère pas ses capacités. C'est d'ailleurs quelque chose qu'elle aborde désormais avec ses clients en douleur chronique.

Nous autres on est capable de leur amener des fois des éléments, *tsé* des fois les gens nous disent « Oh ! *Ouin*, c'est vrai, peut-être que je m'écoute pas, peut-être que je vais toujours au-delà, je persiste dans ce que j'ai à faire alors que je devrais apprendre à gérer mieux dans le fond mes capacités *pis* à m'écouter un peu par rapport à ça là ».

Elle perçoit également cette clientèle comme des personnes qui sont souvent laissées à elles-mêmes parce que les médecins ne savent pas comment leur venir en aide. Pour Danielle, les clients qui souffrent de douleur chronique ont besoin d'être écoutés et d'être compris. Selon elle, les clients doivent aussi être disposés à changer certaines de leurs habitudes de vie et à faire preuve de réalisme face à leur condition en trouvant des moyens de "vivre avec" plutôt que de chercher à s'en débarrasser à tout prix. On apprend dans cette entrevue que Danielle est elle-même aux prises avec une douleur chronique et qu'elle comprend mieux maintenant, à la suite de la formation, comment composer avec cette condition.

Comme lors des première et deuxième entrevues, Danielle se perçoit comme un guide auprès de ses clients souffrant de douleur chronique, comme une personne-ressource. Son rôle est de les aider dans leur cheminement, les aider à mieux comprendre leur condition et leur donner des outils qu'ils pourront utiliser à la maison pour les aider à gérer leur douleur, à améliorer leur qualité de vie. Et comme c'était le cas dans la seconde entrevue, cette notion de « guide » implique maintenant d'aider le client à devenir « expert » de sa prise en charge, de lui redonner le pouvoir.

Bon, au début on est un peu la personne à qui ils se réfèrent, mais au courant de la classe, on essaie d'inverser les rôles, qu'en fait ce soit eux qui deviennent un peu nos... pas nos profs là, mais *tsé*, qu'ils soient capables de se prendre en main *pis* capables de gérer leur état tout seuls finalement là.

Lorsque Danielle voit de nouveaux clients en douleur chronique, elle leur demande quels sont leurs objectifs en venant la rencontrer. Elle s'intéresse également à la façon dont évolue leur douleur dans la journée en fonction des différents mouvements qu'ils font et à travers leurs activités de la vie quotidienne. Elle s'informe sur leur occupation (emploi) et leur niveau d'activité physique. Ce qui est différent dans cette entrevue par rapport à la première (avant la formation), c'est qu'elle cherche à savoir dans cette partie de l'évaluation s'ils dépassent leurs capacités, s'ils persistent dans leur travail et leurs activités en dépit de leur douleur. La consommation de médicaments est un aspect de l'évaluation qui est mentionné dans cette entrevue et dont il n'était pas question dans les deux entrevues précédentes. Elle ajoute également qu'elle questionne le client sur ce qu'il a essayé avant de venir la rencontrer, et ce, dans le but de l'aider à trouver des stratégies différentes de celles qui n'ont pas fonctionné jusqu'à maintenant.

C'est sûr que ça me donne un peu son *background* aussi là, s'il a essayé beaucoup de choses *pis* que ça n'a rien donné *ben*... C'est ça, après ça c'est d'essayer de cerner *ben* c'est peut-être parce qu'il fait une mauvaise gestion de ses capacités. C'est d'essayer d'aller prendre un petit peu les trucs de la gestion de la douleur pour des douleurs chroniques là en fait, c'est pour m'aider à cerner... c'est ça, si ça fait longtemps qu'il a mal, s'il a essayé autre chose *ben* là c'est peut-être parce qu'il est rendu à un point où est-ce qu'il faut trouver une autre méthode qui va rejoindre un petit peu ses AVQ [activités de la vie quotidienne], sa gestion de capacités tout ça à la maison là.

Sa vision de l'intervention en douleur chronique a également évolué, notamment en ce qui concerne les informations dont elle a besoin et la cible de ses prescriptions. En effet, Danielle remarque, à la suite de la formation, que les clients en douleur chronique ont tendance à en faire trop, à dépasser leurs capacités. En outre, elle perçoit maintenant que des petits ajustements dans la vie du client peuvent faire de grandes différences dans la gestion de sa douleur. Ainsi, elle indique qu'elle pose désormais des questions plus précises, que ses questions vont plus en profondeur.

Mais des fois on pense que c'est des grosses affaires *pis* finalement quand tu les écoutes parler *pis* que tu regardes qu'est-ce qu'ils font dans leur quotidien, tu t'aperçois que des fois c'est en changeant de petites affaires dans leur quotidien qui fait que ça améliore, ça améliore leur vie, leurs habitudes de vie et tout ça là.

La gestion des capacités et les informations sur le point de rupture sont des notions qui ont été vues dans la formation et qui ont eu un impact significatif sur la pratique clinique de Danielle. Elle les utilise de façon régulière puisqu'elle constate l'effet positif que cela a sur ses clients, comme elle l'explique ici à propos d'une dame qu'elle a suivie :

Je ne dis pas qu'elle était capable de refaire tout ce qu'elle faisait avant, mais par ses modifications, elle avait appris à gérer plus ses capacités, *faque*, *tsé*, elle venait à bout de faire ce qu'elle voulait faire, mais par petits bouts. *Pis* elle avait compris qu'il fallait gérer d'une autre façon par rapport à ses douleurs, *faque* elle était comme *ben ben* satisfaite, elle avait juste du positif à dire de ça là.

Elle utilise également les exercices de respiration abdominale de façon habituelle maintenant dans ses interventions avec ses clients en douleur chronique et même avec les autres types de clientèles. Il s'agit là d'une autre stratégie qui a été vue dans la formation et qui a eu un impact significatif sur la pratique de Danielle.

Les gens sont ouverts *pis* ils disent « Ah ! Moi la respiration ça me fait du bien, j'en fais à tous les soirs avant de me coucher ou *euh...* quand que j'ai un petit temps dans ma journée, je m'en vais me coucher, je fais mes respirations abdominales, ça m'apaise, ça me fait du bien ». *Faque* à partir de là je me suis dit « Bon *ben* je pense que c'est pas méchant de l'enseigner aux gens que je vois même s'ils n'ont pas des douleurs chroniques là ». *Tsé*, de leur mettre ça dans leur petit quotidien là, de penser à respirer par le ventre un peu de temps en temps.

En ce qui concerne les facteurs qui déterminent qu'un client s'améliore ou pas, elle souligne, comme lors des deux premières entrevues, l'importance que ce dernier s'implique dans son

traitement. Selon elle, les gens qui choisissent de participer aux classes de douleur chronique (lombalgie ou cervicalgie) se disent qu'ils n'ont rien à perdre puisqu'ils ont essayé une multitude d'autres traitements et qu'aucun n'a fonctionné suffisamment, ce qui justifie qu'ils s'impliquent pour la plupart. Et un client qui s'implique et qui fait ce qu'on lui demande a de fortes chances de voir sa condition s'améliorer.

Pis ceux qui continuent jusqu'au bout, *ben* moi je pense que c'est des gens qui... qui sont tannés d'avoir mal *pis* qui ont tout essayé avant, je me répète là, mais qui ont vraiment... qui essaient ça *pis* qui se disent *ben* il faut que je m'implique pour vraiment savoir si c'est efficace.

Le fait qu'un client ne s'implique pas et ne persiste pas jusqu'à la fin de la classe peut s'expliquer par différents facteurs, dont le manque de disponibilité à cause du travail. Un mauvais dépistage peut aussi faire en sorte que certains patients soient inclus dans les classes alors que cela ne répond pas à leurs attentes.

Pis finalement ils nous lâchent parce qu'ils n'aiment pas ça ou qu'ils ne se sentent pas dans leur élément là, *tsé* ça pourrait arriver aussi là, qu'on ne soit pas capable de bien détecter la personne.

Ce qui distingue les propos actuels de Danielle de ses propos de la première entrevue, c'est qu'elle attribue aux praticiens une part de responsabilité face à l'abandon d'un client, soit celle de ne pas avoir réussi à bien cerner les attentes de la personne et à l'influencer lors de l'évaluation ou dans les premières rencontres.

Dans ses interventions individuelles, lorsqu'un de ses clients « plafonne », c'est-à-dire qu'il atteint un seuil à partir duquel il cesse de s'améliorer, Danielle va demander des conseils à une consœur de travail, à Justine en premier choix, ou encore elle va le référer à une collègue ou à la clinique de la douleur si l'impasse persiste.

Ce qui va indiquer à Danielle qu'une intervention a été efficace ou pas, ce sont les propos de la personne.

La personne, ce qu'elle nous dit, si son quotidien est mieux ou fonctionne mieux... je pense que c'est ça qui va nous donner l'information par rapport à ça. C'est elle qui va nous indiquer que ça va mieux.

Enfin, Danielle mentionne de nouveau dans cette troisième entrevue qu'elle trouve plus facile de traiter en groupe les clients souffrant de douleur chronique.

C'est sûr que j'ai plus de facilité, ça je l'avais dit aux autres entrevues aussi, j'ai plus de facilité en groupe, à transmettre l'information et tout ça parce que je suis guidée, *tsé* on a... c'est des démarches qui sont... pas des démarches, mais des étapes qui sont écrites, *tsé, faque* on suit ça, il y a un déroulement plus facile. En individuel, j'ai comme un petit peu plus de difficulté par rapport à ça. Avec le temps-là, je vais le mettre en pratique, mais j'ai plus de difficulté par rapport à ça du côté individuel parce que c'est moins guidé.

Tableau 23

Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Danielle (PRA2) avant/après la formation

	Représentations	Intentions	Stratégies
Avant la formation	Rôle du praticien = un guide = sait ce qui aidera le client (praticien expert/client exécuter)	Outiller les clients, les responsabiliser, insister pour que le client s'investisse et trouve aussi ses propres outils	Applique thérapies manuelles + appareils + donne un programme d'exercices « tout d'un coup » et des stratégies à appliquer à la maison + explique l'importance qu'il s'implique et qu'il trouve ses propres outils
	Besoin des clients : une approche différente		
	Problèmes des clients sont au-delà du membre atteint, dans les autres sphères de sa vie	Aborder le client dans sa globalité	???
	Attentes du praticien trop grandes	Se mettre au niveau du client, respecter ses attentes et son rythme	Tente d'identifier les attentes du client, fait attention de ne pas vouloir plus que lui
	Manque d'efficacité d'un traitement	Obtenir la confiance de son client	???
	Absence de collaboration = client ne croit pas au traitement ou trait de personnalité	Responsabiliser le client ; essayer de convaincre, de gagner sa confiance	Persévère à essayer de régler son problème, donne quelques avertissements, si pas de changement, arrête le traitement
Après la formation	Un outil est efficace pour le client s'il lui fait du bien	Prescrire les bons exercices	Obtient la rétroaction du client par rapport aux exercices et leurs effets
	Rôle du praticien : guide, personne-ressource = Praticien = non-expert, client = expert	Outiller, aider le client à gérer différemment à la maison	Écoute +++ ; prescrit des programmes d'exercices réalistes, graduels, rythme et quantité réduits ; moins d'appareils, plus d'exercices pour favoriser l'autotraitement
	Besoin des clients en douleur chronique : une approche stratégique, d'être écoutés, compris	Redonner le pouvoir au client	
	Personnes souvent incomprises et laissées à elles-mêmes	Aider à « vivre avec » la douleur plutôt que d'essayer de s'en débarrasser à tout prix.	Écoute +++ Prescription d'astuces de gestion
	Investissement insuffisant de la part du client (traitement pas approprié, horaire incompatible)	Modifier le traitement, faire un programme d'exercices plus approprié	Prescrit des exercices en lien avec ses AVQ ; explique le point de rupture et la gestion des capacités ; remet document + tâche « Gestion des capacités » ; réfère à une collègue ou à la clinique de la douleur
	Exercices pas bien intégrés		
	Client trop irritable	Aider le client à ne pas dépasser ses limites	
	Dépasse ses limites, ne respecte pas ses capacités	Outiller le client pour l'aider à mieux gérer	
	Les propos de la personne déterminent si un traitement est efficace	Obtenir la rétroaction de la personne	Questionne le client

6.3 Récit de cheminement de Mireille (PRA3)

6.3.1 Attentes et sentiments face à la formation

Mireille est thérapeute en réadaptation physique au Centre hospitalier depuis un peu plus de trois ans au moment où elle commence la formation. Elle mentionne qu'environ 20 % de sa clientèle souffre de douleur chronique. Concernant sa participation à ce projet de recherche, c'est sa chef de service qui l'avait désignée pour y participer. Elle n'a cependant pas été obligée d'accepter, elle l'a fait parce qu'elle avait un intérêt à apprendre cette approche. En effet, comme ses deux collègues qui ont aussi accepté de participer au projet, elle voit sa collègue Justine utiliser l'intervention stratégique pour traiter ses clients souffrant de douleur chronique et elle en constate les avantages. De plus, elle aime assister à des formations parce que cela lui permet d'améliorer ses habiletés à intervenir auprès de sa clientèle.

Vu que ça ne fait pas longtemps que je suis sortie [de l'école] je n'ai pas fait beaucoup de formations depuis que je suis sortie. Dans le fond, c'est pour me spécialiser. Moi je me dis que plus je vais avoir de cordes à mon arc, mieux que ça va être pour ceux que je traite là.

Dans le cadre de cette formation, Mireille a appliqué l'intervention stratégique sous la supervision d'Alain et de Justine, comme ses deux collègues, mais dans le cadre d'interventions individuelles auprès de deux clients.

6.3.2 Modèles d'action de Mireille avant la formation

Pour Mireille, une douleur chronique est une douleur qui persiste depuis plus de trois mois. Elle distingue cependant deux catégories de personnes avec douleur chronique. D'une part, il y a les personnes qui sont sur la liste d'attente et qui n'ont pas reçu de traitement encore. En raison de la longueur importante de la liste d'attente et de sa définition de la douleur chronique (plus de trois mois), leur douleur est chronique lorsqu'ils arrivent en traitement. Ces derniers cas peuvent guérir selon Mireille. D'autre part, il y a les gens qui souffrent de douleur chronique en dépit des traitements qu'ils ont déjà reçus. Ces derniers ne guérissent pas selon elle et c'est à cette catégorie que nous nous intéressons dans cette entrevue.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le phénomène de chronicité selon Mireille, notamment l'âge et l'hérédité.

Moi je dis que plus qu'on est âgés, peut-être qu'on aurait plus tendance à développer de la chronicité, parce que plus qu'on vieillit, on n'est pas fait éternel là, plus qu'on vieillit plus que notre système a de la misère à se reconstruire là, à guérir en fait. Je pense que l'âge, ça pourrait être un bon facteur. Mais aussi d'un individu à l'autre, l'hérédité aussi ça pourrait venir jouer, si quelqu'un va guérir plus vite qu'un autre, cicatrise mieux qu'un autre.

Elle pense également, en se basant sur ce qu'elle a constaté depuis qu'elle exerce sa profession, que certains facteurs psychosociaux comme la pauvreté, le stress, l'environnement et les contraintes à se déplacer pour venir aux rendez-vous en physiothérapie pourraient influencer le phénomène de chronicisation de la douleur.

Selon Mireille, le premier besoin des gens souffrant de douleur chronique est de retrouver leurs capacités fonctionnelles en vue d'accomplir leurs activités de la vie quotidienne et leurs activités sportives. Un autre besoin important soulevé par Mireille pour cette clientèle est de diminuer leur douleur. De fait, en tant que thérapeute en réadaptation physique, son rôle principal envers ses clients est surtout de leur donner des outils pour les aider à contrôler leur douleur.

Dans la démarche d'intervention, Mireille perçoit les cas de douleur chronique comme des cas « moins encourageants » comparativement à des cas aigus, notamment parce que ce sont généralement des « récides » et qu'elle sait qu'ils vont rester des cas chroniques. Pour elle, la prise en charge de cette clientèle est plus lourde.

On en a vu des patients que ça fait six mois qu'ils viennent en physio, *pis* tu sais, ce sont des récides. Souvent ils ont fait de la physio, admettons pour douleur lombaire, ils ont fait de la physio, ils sont retournés, ça allait mieux admettons, ils avaient atteint un plateau, mais on avait réussi à diminuer les douleurs, par exemple sur une échelle, à 2 sur dix. Mais là, il continue à travailler, *pis* là, il se refait mal au dos au travail. Là, la douleur est remontée à 10 sur 10, *pis* tu vois ce patient-là, ben... Tu sais, moi je me dis « Ok, ça va être dur à traiter ! » (rires). Ça va être dur...

Concernant la perception qu'a Mireille de l'efficacité des interventions offertes au département de physiothérapie, on perçoit de l'incertitude et des questionnements chez elle.

Hey, c'est tellement relatif là ! C'est dur ce que tu me demandes, parce que c'est... (petits rires) ça dépend de chaque patient ! C'est dur d'évaluer ! Moi, donne-moi un patient là, qui fait à la lettre ce que je dis là, *pis* de voir une petite caméra là, ce qu'il fait chez eux là, *pis* après ça j'vais te le dire si mon traitement il est efficace

ou pas (rires). Tu sais, c'est vrai ! Si je le verrais vraiment tout le long *pis* voir s'il fait vraiment tout ce qu'on lui dit, *pis* tout ça, ben on va voir s'il est efficace ! Est-ce qu'il y en a qui virent « chroniques » parce que juste qu'ils ne nous écoutent pas là ? Ça ne se peut pas là... J'espère que non. Sinon, moi je pense que les traitements qu'on donne c'est quand même efficace là, surtout d'il y a 20 ans là, on ne donne pas les mêmes traitements en physio qu'on donnait il y a 20 ans.

Cependant, de façon générale, Mireille n'est pas satisfaite de l'efficacité de ses traitements puisqu'elle aimerait pouvoir « tous les guérir ». Elle reconnaît que certains cas sont difficiles et ne s'améliorent pas, ou du moins pas complètement, ils plafonnent en dépit des efforts qu'elle investit pour les aider. Elle dit ne pas être toujours efficace dans le contrôle de la douleur et il lui arrive de donner congé « plateau atteint », c'est-à-dire que ses données « objectives » n'évoluent plus (force, posture, douleur, grosseur du membre, etc.). Mireille soulève trois principaux facteurs qui pourraient expliquer qu'un cas « plafonne ». Premièrement, elle croit que certaines personnes voient leur condition stagner à cause d'un manque d'assiduité à leurs rendez-vous en physiothérapie et d'une faible collaboration à leurs programmes d'exercices. Les raisons de ce manque de collaboration sont variées. Elle mentionne notamment le simple manque de volonté du client dans certains cas.

Je leur demande pourquoi [ils n'ont pas fait leurs exercices], réponse : « Ah ! Je n'ai pas eu le temps » ou « Ah ! Il a fait beau, je suis allé à la pêche ». « Ok (sourire), mais là t'es en arrêt de travail là... faudrait peut-être que... » (petits rires).

Le manque de connaissances du client par rapport aux conséquences de ne pas faire ses exercices pourrait aussi expliquer le manque de collaboration de certains d'entre eux. Cependant, elle constate que malgré les explications qu'elle leur donne, certains ne modifient pas leur attitude.

Là je leur dis, « Ça peut virer chronique là. Si tu ne veux pas avoir de séquelles de ça... » Mais il y en a, ça rentre par une oreille et ça sort par l'autre là (petit rire). Mais je ne le sais pas pourquoi qu'ils décident là... Non, je ne suis pas psychologue (petit rire). Je ne le sais pas (rires).

Avec une note d'humour, elle indique également que l'âge est possiblement un facteur qui influence le manque de collaboration d'un client en douleur chronique.

Ben, des fois les jeunes ont plus tendance à « Ah ! Ça va guérir tout seul ». Ou le contraire, plus âgés « Ah ! Moi là, ça fait 50 ans que j'ai les épaules comme ça, ben elles vont rester comme ça ».

Un deuxième facteur qui expliquerait, selon Mireille, que certains clients ne s'améliorent pas est la capacité de guérison du corps qui est peut-être différente d'une personne à une autre. Ainsi, en dépit de la collaboration ou non à leur programme d'exercices, certaines personnes « doivent guérir moins bien que d'autres, physiologiquement, ça pourrait peut-être être une raison. »

Enfin, comme troisième facteur, elle mentionne que la façon dont les professionnels abordent les gens souffrant de douleur chronique pourrait aussi expliquer certains résultats insatisfaisants.

Peut-être parce qu'on ne prend pas assez la personne globalement. Peut-être... Peut-être qu'on prend nos œillères *pis* qu'on... Sauf qu'on essaie de moins en moins de faire ça là, mais peut-être que ça, ça pourrait aider qu'on prenne la personne dans un ensemble.

Dans sa démarche d'intervention, lors de la première rencontre avec un client en douleur chronique, Mireille demande quelle est la cause de la blessure, ce que le client fait pour essayer de se soulager, s'il fait les exercices prescrits par la physiothérapeute (les clients rencontrent toujours une physiothérapeute pour une évaluation initiale avant de rencontrer la thérapeute en réadaptation physique), s'il y a eu de l'amélioration depuis son évaluation avec la physiothérapeute, si sa condition est stable. Ensuite, Mireille demande au client ce qu'il veut améliorer, quelles sont ses attentes envers la physiothérapie, pourquoi il vient en physiothérapie.

Concernant l'intervention, Mireille utilise de façon générale l'électrothérapie, la mobilisation passive, le *taping*, la glace ainsi que des programmes d'exercices que le client doit faire à la maison. Parmi les exercices, qui représentent en fait la plus grande partie de ses interventions, on retrouve notamment des exercices de renforcement, d'assouplissement et de posture. D'ailleurs, face à un client dont la condition ne s'améliore pas, l'une des premières questions que Mireille pose est en relation avec l'exécution des exercices.

« Est-ce que vous faites les exercices ? » (petit rire) Tu sais, il y en a qui ne s'améliorent pas, mais on connaît les raisons (sourire). [...] « Est-ce que vous avez fait les exercices ? » Patient : « Ah ! Non, pas celui-là euh... Ah ! Non, là ça ne me tentait pas... » Ça souvent, ben ça me dit... Ben c'est sûr que je n'irai pas chercher plus loin. [...] Moi, le patient, s'il me revient la deuxième [rencontre] *pis* je lui ai dit de faire ça, *pis* il ne l'a pas fait, « Ok, mais pourquoi ? ».

Pour tenter de mettre le client en action et de lui faire comprendre l'importance des exercices, elle insiste auprès de lui sur les conséquences possibles de ne pas les faire. Elle fait beaucoup

d'efforts pour donner les explications nécessaires au client. Parfois, ses explications « poussent » les clients à faire leurs exercices, parfois ça ne change rien. Dans ce dernier cas, Mireille croit que le client a sa part de responsabilité à assumer et que, malgré les efforts qu'elle déploie pour lui donner les explications nécessaires à répétition et concevoir pour lui le programme d'exercices qu'elle juge le plus approprié, elle ne peut pas agir à sa place.

Par ailleurs, lorsqu'un client ne s'améliore pas malgré sa collaboration à son traitement, la première réaction de Mireille est de changer ou d'ajouter un traitement.

Il y a plusieurs sortes d'exercices. Tu sais des fois on va travailler la même chose, mais je vais juste changer l'exercice, *pis* des fois le fait de changer ben ça va encourager le patient *pis* des fois ça va aider. Ou rajouter un traitement, peu importe.

En questionnant davantage le client, sur la façon dont il exécute ses exercices, elle est parfois aussi en mesure d'apporter des changements qui font une différence.

J'ai même un patient, lui il faisait ses exercices tout le temps l'après-midi *pis* ça ne changeait pas. J'ai dit : « Ah, ben essayez de les faire le matin ». Des fois c'est plus raide en les faisant le matin. Ben juste ça, ça avait changé, *pis* en une semaine on avait davantage progressé. *Faque*, c'est ça, le temps qu'il passe à les faire, *pis* qu'est-ce qu'il fait ? Y en a des patients « J'fais rien ». « Qu'est-ce que vous faites quand vous ne faites rien ? Vous êtes assis ? Mais vous êtes assis comment ? Avec un oreiller ? L'épaule est positionnée comment ? » Plein de questions que je pose à mes patients (rires).

Pour évaluer l'amélioration d'un client, Mireille s'appuie sur des données objectives, telles que la mobilité (mesurée à l'aide d'un goniomètre), la force, la posture ainsi que l'enflure ou l'atrophie.

Enfin, lorsqu'elle éprouve des difficultés dans une prise en charge, elle discute parfois du cas avec ses collègues lors d'une réunion d'équipe. Cela lui permet de recueillir d'autres idées ou encore de vérifier si une physiothérapeute pourrait revoir le client ou rajouter un autre traitement.

6.3.3 Modèles d'action de Mireille immédiatement après la formation

Pour Mireille, la douleur chronique est une douleur qui est réelle et qui persiste depuis plus de trois mois. Cependant, un élément nouveau dans sa perception est que cette persistance de la douleur chronique serait possiblement due à un processus de guérison difficile de la blessure, ce qui la distingue d'une douleur aiguë. De plus, une mauvaise gestion des capacités expliquerait en grande partie ce phénomène selon elle. En effet, Mireille souligne que malgré leur problème, les gens souffrant de douleur chronique n'échappent pas au rythme de vie effréné de la société. Ce sont souvent des gens actifs qui veulent continuer de vaquer à leurs occupations, ce qui rend difficile la gestion de leurs capacités et par le fait même, la gestion de leur douleur. D'ailleurs, à la suite de la formation à laquelle elle vient de participer, Mireille croit que les clients qui souffrent de douleur chronique doivent apprendre à mieux gérer leurs capacités par rapport à la douleur, un élément qui est nouveau dans cette deuxième entrevue. Parlant d'une cliente, elle explique :

Je pense qu'elle avait besoin de quelqu'un qui vienne rentrer là-dedans justement pour aller... faire du ménage. Parce que... je veux dire, en temps normal, les traitements, on ne peut pas juste *pluguer* cette madame-là sur l'électro *pis*... juste sans lui réapprendre... si on ne lui fait pas gérer ses capacités, ça ne fonctionnera pas c'est sûr, on va... ça fait sept mois qu'ils essaient, *pis* ça vire en rond (elle dessine un cercle dans l'espace avec sa main). *Faque*, ça ne marche pas.

En outre, les besoins des gens qui souffrent de douleur chronique gravitent beaucoup autour du « temps », notamment du temps de la part des professionnels qui s'en occupent pour les aider de façon adéquate. Elle souligne qu'ils (les physiothérapeutes et TRP) ne prennent généralement pas le temps nécessaire avec cette clientèle, qu'ils essaient de faire vite, qu'ils s'attendent à ce que les clients comprennent rapidement les explications, ce qui représente un obstacle à la réussite de l'intervention. Selon elle, le temps fait une différence dans les résultats de l'intervention, entre autres parce que cela permet d'avoir une meilleure écoute et d'obtenir les informations nécessaires auprès du client. La notion de temps est également importante dans l'organisation des horaires pour permettre une intégration et une maîtrise optimale des exercices.

Comme la bascule du bassin, par exemple, si on voit un patient aux demi-heures, c'est difficile d'enseigner la bascule du bassin, c'est : il l'a ou il ne l'a pas. S'il ne l'a pas, *ben* oui on va le revoir la prochaine fois, mais ça va être difficile parce

qu'à chaque fois il faut recommencer à zéro. *Faque* quand t'as deux heures pour l'expliquer, *ben* tu ne recommences pas à zéro après une demi-heure, on continue, *pis* on trouve d'autres choses, *pis* il y a déjà un sens du mouvement un peu d'approprié, *faque*, c'est toujours de plus en plus facile. Mais quand tu le vois une autre journée, une autre journée, *ben* c'est tout le temps à recommencer comme à zéro, c'est plus difficile.

D'ailleurs, il est préférable selon elle de réduire le nombre et la fréquence des visites d'un client en douleur chronique et de le voir plus longtemps lors de chacune de ses visites. Elle souligne également qu'il n'est pas nécessaire de voir les clients souvent pour les aider, l'important est plutôt que ces derniers soient outillés avec des exercices appropriés et bien intégrés de façon à pouvoir poursuivre le traitement à la maison. Si elle est convaincue de l'efficacité de cette façon de faire pour le traitement de la douleur chronique, c'est notamment parce qu'elle l'a expérimenté pendant la formation.

J'ai passé les premières rencontres là, deux heures et demie, *pis* j'aurais pris des fois une demi-heure de plus. *Pis...* (elle rit) à l'hôpital on prend une demi-heure, *faque*, on voit que la différence est grande. [...] C'est parce que les patients ont évolué, c'est parce que les patients, en cinq rencontres, on a vu un changement considérable, y'en a une que je lui ai donné congé, c'est facile... Mon cardex a juste cinq rencontres, c'est fou ! *Pis* après ça, c'est fini.

En plus du temps et des différents outils et exercices dont les clients ont besoin pour gérer leur douleur, Mireille mentionne que les clients en douleur chronique ont besoin de soutien et qu'ils ont besoin d'avoir des buts, des objectifs à atteindre. Elle mentionne également qu'aider les clients à comprendre leur problème et leur expliquer les raisons qui justifient de faire leurs exercices aide à obtenir leur collaboration. Cependant, elle est maintenant d'avis qu'il faut prendre davantage de temps pour expliquer lentement et laisser le temps nécessaire aux clients de bien comprendre.

Dans le cas d'un client qui ne s'améliore pas en dépit de ses interventions, la réaction de Mireille est différente de celle qu'elle avait avant la formation. Plutôt que de soupçonner immédiatement que le client ne fait pas ses exercices, elle questionne d'abord sur ce qui se passe à la maison. Parce que selon elle, différents facteurs peuvent entraver l'amélioration de la condition du client, et ce, en dépit de la qualité du traitement et de la volonté de ce dernier.

Je pense qu'il y a quelque chose qui est fait à la maison qui n'est pas fait de correct (elle rit). Je pense ce n'est pas nécessairement soit le patient ou soit moi qui est le problème, c'est quelque chose... Moi c'est la première réaction, c'est : Ok, qu'est-ce qui se passe à la maison, qu'est-ce qui fait que la douleur ne s'en va pas finalement là. Je ne mets pas ça tout de suite sur ma faute mettons.

Dans un premier temps, elle aborde les activités quotidiennes du client et la façon dont il fait les exercices prescrits.

Pis là, ben c'est ça, je vais essayer de voir, justement avec les questions : Qu'est-ce qui aide ? Qu'est-ce qui n'aide pas ? Des fois, c'est là qu'on trouve que « Oh ! Mais j'ai essayé tel et tel exercice, c'est-tu bon ça ? ». Faque là on se rend compte qu'il faisait autre chose, même si on lui avait demandé la première fois la même chose, pis y nous avait dit « Non, non, je fais rien d'autre », après la troisième rencontre, on se rend compte que ça fait cinq ans qu'il fait ça pis que ce n'est pas bon là.

De fait, à la suite de la formation, une nouvelle question qu'elle pose dans le cas d'un client dont la condition n'évolue pas de façon positive est la suivante : « Racontez-moi une journée, à quoi ça ressemble une journée à partir de quand vous vous réveillez le matin ».

Outre les activités de la vie quotidienne et les exercices, elle indique, exemple à l'appui, que pour certains cas, la sévérité de la condition peut rendre plus difficile l'évolution positive.

Y'en a d'autres *ben* il faut... il faut prendre en considération, comme le monsieur que j'ai eu ici en formation, il a vraiment des gros problèmes de dos là, *faque* c'est difficile. Cette personne-là, il va en avoir des rechutes souvent, souvent, souvent. Parce que c'est léger ce qui faut qu'il fasse pour se *reblesser*, ça ne prend pas grand-chose. [...] *Faque*, à un moment donné ces personnes-là elles peuvent être démoralisées aussi à un moment donné, *pis* découragées s'il y a plusieurs facteurs là.

Pour certains autres clients, différents facteurs familiaux et environnementaux complexifient le processus d'amélioration ainsi que leur collaboration à leur programme d'exercices.

Il y en a qui ont plein de facteurs environnementaux, familiaux, *tsé* des... de la mortalité aux alentours, tout ça, des choses comme ça, ça va les chercher aussi au niveau du stress *pis* c'est pour ça qu'on travaille la respiration, *pis* qu'on leur donne des outils pour ça, mais... y'en a qui ont de la difficulté à gérer ça là.

Enfin, un point similaire avec la première entrevue en ce qui concerne le manque de collaboration de certains clients face à leur traitement est l'attitude et la volonté du client lui-même.

Mais, des fois, y'en a qui sont tête de mule c'est sûr. *Faque* ils ont *ben* de la misère à faire les tâches, comme je disais tantôt, l'exemple de « Ça fait 50 ans que je me lève de mon lit de même, ça marche pas me lever comme tu me dis ». *Faque* là, *ben coudonc*, *ben* c'est de même. Y'en a qui, s'ils disent non à ça, *ben* ils vont dire non à autre chose aussi, les propositions qu'on fait, *faque* s'ils disent non à ça, moi je ne peux pas... un moment donné je n'ai plus le pouvoir non plus là. [...] Ceux qui sont moins... qui veulent moins mettons, *ben* moi aussi je vais vouloir moins, je vais mettre moins l'emphase. *Pis* j'y vais comme ça.

Les stratégies d'évaluation et d'intervention de Mireille présentent également certaines différences par rapport à la première entrevue, des différences qui sont d'ailleurs soulignées par la praticienne elle-même à plusieurs moments pendant l'entrevue. Dans un premier temps, comme elle le faisait avant la formation, Mireille s'informe d'abord des attentes et des objectifs du client. Cette fois-ci cependant, elle précise qu'elle cible l'objectif prioritaire du client et qu'elle le négocie en termes de « petit pourcentage d'amélioration » (notion de changement minimal) pour façonner ses attentes et rendre l'atteinte de l'objectif réalisable. Lors de la première rencontre, Mireille va également aborder la douleur d'une façon différente de ce qu'elle faisait avant la formation.

Ben souvent, je vais peut-être *focuser* un peu plus sur la douleur : Ça fait combien de temps ? Qu'est-ce qui augmente la douleur ? Qu'est-ce qui diminue ? [...] Je pense que je porte beaucoup plus attention à qu'est-ce qui augmente, qu'est-ce qui diminue, parce que ça nous donne des pistes sur qu'est-ce qu'on va aller... comme traitement. Mais oui, la douleur était là, mais pas qu'est-ce qui augmentait ou qu'est-ce qui diminuait la douleur.

Les éléments d'évaluation pris en considération pour orienter l'intervention sont également différents à certains égards. En effet, avant la formation, Mireille orientait ses traitements en fonction de la liste de problèmes que la physiothérapeute et elle avaient établie (ex. : diminution de la mobilité, enflure, diminution de la force musculaire, diminution de l'équilibre, etc.). Maintenant, pour orienter son intervention, elle s'intéresse plutôt aux comportements qui entretiennent le problème, dans le but d'intervenir sur ces comportements. Ainsi, elle pousse ses questionnements sur l'évolution de la douleur du client, en relation avec ses comportements et activités, beaucoup plus en profondeur qu'auparavant.

Pour voir justement qu'est-ce qui se passe à la maison qui, admettons, qui augmenterait la douleur. Parce que même eux autres, des fois, ils ne s'en souviennent pas sur le moment, mais en faisant appel à leur mémoire, *pis* en réfléchissant, *ben* là ils se rendent compte finalement que « Ah oui ! C'est vrai, j'ai fait ça » ou « ... je suis allé là... » *Pis* ok, ça a-tu augmenté quand vous êtes allé faire l'épicerie ? *Pis* à quel moment ? Après combien de temps ? *Faque* je pose mon questionnaire beaucoup plus loin qu'avant. Les questions ce n'est pas juste « Qu'est-ce qui augmente ? » Quand je dis de définir plus, *ben* ce n'est pas juste qu'est-ce qui augmente, c'est « Après combien de temps ? » *pis* tout ça, pour m'aider aussi à établir des objectifs *pis* à voir on part de où *pis* on s'en va où.

Pour expliquer plus en détail sa démarche, elle présente l'exemple d'une cliente qu'elle traite actuellement au Centre hospitalier.

Son bras levait jusque là (elle fait le geste : son bras est levé d'environ 45 degrés), mais elle se peigne tous les matins (elle fait le geste de quelqu'un qui se coiffe, les mains sur le dessus de la tête), mais à partir de là, il y a de la douleur (elle refait le geste : bras à 45 degrés) *pis* elle n'est pas capable... Si je l'évalue, elle n'est pas capable de lever plus que là (elle refait le même geste avec son bras à 45 degrés). Mais à chaque matin elle se peigne, elle se maquille... avec les deux mains. *Faque*, tous les matins, elle se blesse et tout ça, *faque* là, récemment, j'essaie de regarder avec elle des choses qu'on peut enlever là.

À la suite de la formation, Mireille a également intégré dans sa pratique certaines prescriptions de tâches autres que les exercices, par exemple la tâche d'observation qui l'aide à obtenir certaines informations importantes, comme elle nous l'explique à partir du même exemple.

Faque avec elle, je lui avais donné ses tâches pour savoir combien de fois que la douleur pouvait augmenter dans une journée, pour en arriver à un objectif finalement avec elle. De savoir, bon est-ce que si c'est 30 fois, bon on va viser peut-être un 10 fois à la fin de...

Parmi les autres changements dans la pratique de Mireille depuis la formation, notons que ses exercices sont désormais orientés davantage sur la posture et la stabilisation et elle prescrit également des tâches fonctionnelles (ex. : aller chercher la tasse de café avec l'autre main). En outre, comme c'était le cas avant la formation, ses interventions incluent différentes stratégies de gestion de la douleur. Elle a cependant ajouté à cela les stratégies que le client a déjà essayées et qui fonctionnent (les exceptions), qu'elle recherche désormais dans ses questionnements auprès du client en vue de les prescrire. Des explications sur le point de rupture ainsi que des explications et prescriptions de tâches en relation avec la

gestion des capacités font désormais également partie des stratégies d'intervention qu'elle utilise régulièrement depuis la formation.

À la première rencontre, je lui avais expliqué le point de rupture, *pis* je lui avais fait lire la feuille sur la gestion des capacités à la maison [...] Après, à la deuxième rencontre, on a rediscuté de ça. C'est assez récent, *faque* je me souviens un peu de l'événement là. *Faque* ça c'était en devoir, *pis* de trouver sur sa feuille de gestion des capacités un moyen pour elle de... quelque chose qu'elle pourrait changer.

Par ailleurs, dès le début de la formation, soit immédiatement après l'atelier de formation de deux jours, Mireille a intégré le carnet de route dans sa pratique, un outil qu'elle trouve très utile. Elle a cependant dû adapter l'utilisation de cet outil à la réalité de son milieu de travail puisque le temps qu'elle peut consacrer à chaque client est restreint. Bien qu'elle considère que son utilisation n'est pas optimale, le carnet de route s'avère quand même d'une certaine efficacité.

Parce que je n'ai pas le temps de le faire. Je ne fais pas écrire par la personne ce qu'il faut faire, je le fais moi-même, *pis* quand je rajoute un exercice, *ben* je ne refais pas un deuxième carnet de route, souvent s'il me reste de la place, je fais juste le rajouter, j'écris la date *pis*... ça fonctionne comme ça. [...] C'est sûr que ça fonctionne mieux, ce qu'on a vu ici, mais en tout cas...

Elle souligne cependant que ce ne sont pas tous les patients qui apprécient l'utilisation du carnet de route. Le cas échéant, elle s'adapte et en cesse l'utilisation.

Y'en a qui n'aiment pas ça, y'en a que... « Oh ! Tu me prends tu pour un bébé ! » ou « Tu me prends tu pour une enfant de... ah non ! Moi je ne te remplirai pas ça c'est sûr. » Ok, on voit ce qu'on peut faire d'autre chose. Ceux-là je ne leur donne pas d'autres carnets de route c'est sûr.

Depuis la formation, elle pense aussi à faire des encouragements aux clients pour souligner leurs efforts et réussites parce qu'elle reconnaît les difficultés relatives aux changements d'habitudes qu'elle demande souvent à ses clients.

Je comprends que c'est dur pour ce monde-là, des fois de justement, d'arrêter de bouger ou de changer leur façon de faire, des routines... « Je me suis toujours levé de cette façon-là ! » *Pis* nous autres on arrive là-dedans *pis* « Non non non, on ne se lève pas comme ça là, on se lève... ». C'est dur d'intégrer ça là, pour chaque personne. *Faque* c'est bon je trouve comme réussite... Je vais la féliciter.

La façon dont Mireille perçoit son rôle et sa position dans l'interaction se distingue également de la première entrevue. Elle mentionne cette fois-ci qu'elle intervient en considérant qu'il est important pour les praticiens d'adopter une position de « non-expert ».

Situation non expert aussi là, de rendre le patient peut-être plus expert, mais ça j'ai encore de la misère avec ça, ce n'est pas tout le temps évident de laisser *euuh...* [...] Quand j'y demande de faire son exercice, qu'est-ce qui l'aide, mais je le mets dans sa position d'expert, mais ça ce n'est pas tout le temps évident, mais c'est important de le faire justement comme je disais tantôt pour qu'il devienne le coach de sa douleur là. Que ce soit plus nous autres qui soient, qui aient... pour qu'il ait de moins en moins besoin de nous autres.

Enfin, lorsque l'impasse persiste et que la condition d'un client ne s'améliore pas en dépit de ses efforts et des stratégies mises en place, Mireille réfère à une collègue, soit Justine la plupart du temps, puisqu'elle est la référence dans le traitement de la douleur chronique dans le département.

J'en ai une personne que je savais plus quoi faire là, je n'avais pu rien *pis* j'avais tout fait, carnet de route et tout ça. *Ben* je l'ai transférée à Justine. Je savais pu... *Faque*, des fois on ne réussit pas... pourquoi ? Parce que je n'ai peut-être pas... je n'ai peut-être pas assez piqué la curiosité de ma patiente, je n'ai peut-être pas été assez la chercher personnellement dans ses valeurs, ou je ne sais pas quoi. Ou tu sais, des fois, ça faisait des mois et des mois, on venait d'avoir des nouvelles informations. Tu sais, j'ai l'impression de tellement tourner en rond que je m'étends, je traite comme trop de problèmes à la fois, *pis* là, en la transférant *ben...*

De façon générale, les propos de Mireille lors de cette entrevue permettent de percevoir un changement dans sa pratique. Elle considère ses apprentissages et les nouveaux outils maintenant à sa disposition comme une valeur ajoutée à sa pratique. Leur intégration, bien que devant parfois être adaptée à la réalité du milieu de travail, lui permet surtout de rendre ses interventions plus efficaces.

Moi je pense qu'on peut réussir quand même parce que... avant d'avoir la formation, ce n'est pas vrai que tous mes patients ne guérissaient pas *tsé*. Y'a quand même des choses que *tsé*, les patients avaient quand même des outils, ils partaient avec des choses à la maison sauf que c'était... c'est long, c'est long, c'est long.

Concernant la réaction des clients, bien que certains clients adhèrent facilement à cette nouvelle approche, Mireille souligne que d'autres ne sont pas à l'aise avec cette façon d'intervenir au début. Dans ce cas-là, elle leur explique les raisons et avantages de cette nouvelle approche.

Là j'ai dit « Avant de manipuler l'épaule, il y a des choses qui faut qui soient faites avant ». Je lui expliquais, mais... C'est ça, ce n'est pas tout le monde qui s'attend à ça, le monde s'attend « *Ben* là tu vas prendre mon bras, tu vas le bouger *pis* tu vas faire quelque chose pour qu'il bouge *pis* ça va faire du bien *pis*... ». Mais ça, ça fait sept mois que tu essaies de faire ça *pis* ça ne marche pas.

6.3.4 Modèles d'action de Mireille six mois après la formation

Pour Mireille, à l'instar de ce qu'elle a dit dans les deux premières entrevues, la douleur chronique est une douleur qui persiste depuis plus de trois mois. Pour elle, c'est une douleur qui est réelle. Parmi les facteurs qui contribuent à influencer la persistance de la douleur dans le cas d'une douleur chronique, Mireille souligne de nouveau les habitudes, les comportements et les activités de la vie quotidienne du client. Elle mentionne également un élément nouveau dans cette troisième entrevue, soit la façon dont cette douleur est prise en charge.

Ben si dans le fond la douleur si elle est traitée juste *euh*... une ou deux fois semaine, *tsé* dans un cadre, bon tout ça, mais qu'à la maison il n'y a rien qui est fait pour cette douleur-là, *ben* c'est là qu'on va voir... que la chronicité va s'installer. Mais si cette douleur-là est prise en charge, pas juste en physio, mais en dehors *tsé* à la maison tout ça *pis* au quotidien...

Comme lors de la deuxième entrevue, Mireille souligne que les personnes souffrant de douleur chronique ont besoin de temps, d'écoute et d'outils pour s'autotrainer à la maison. Elle mentionne encore cette fois-ci qu'ils ont besoin d'avoir une routine de vie et de ralentir le rythme, « c'est tout le contraire de la société d'aujourd'hui là, *faque*, moi je pense que ça, ça aide pas. » En relation avec les besoins des clients, elle perçoit son rôle auprès d'eux comme celui d'un coach, d'un guide dont le but est d'apprendre aux clients à s'autotrainer, ce qui est également similaire aux propos qu'elle a tenus dans la deuxième entrevue. Un élément s'ajoute cependant dans cette troisième entrevue concernant précisément sa perception du rôle de coach.

Pas juste leur donner des exercices, « Ok part avec ça à la maison ». Il faut savoir quand est-ce faire quoi dans le bon temps. [...] C'est *ben* beau, ils savent quoi faire, sauf que « Ok s'il m'arrive ça, s'il m'arrive... là j'ai plus mal là tout d'un coup, là je fais quoi ? Je continue-tu ça ou je fais d'autres choses ? » *Faque* ça c'est important de les guider dans ça aussi.

Comme elle l'avait également souligné lors de la seconde entrevue, le fait qu'un client ne s'améliore pas peut être attribuable à plusieurs facteurs, comme certaines préoccupations ou situations personnelles contraignantes (ex. : divorce, mortalité). Ce qu'elle ajoute dans cette entrevue, c'est que cela peut aussi être attribuable à un programme d'exercices qui n'est pas approprié aux particularités du client.

Ça revient un peu comme je disais aussi là, c'est de notre faute, si je ne donne pas les exercices appropriés, la condition elle n'évoluera pas non plus. Il y a ça aussi là. [...] Des fois, c'est parce que peut-être qu'il y en a trop. Moi, je suis quelqu'un qui donne trop d'exercices... *faque* je le sais [elle rit]. Je m'assume. Mais, il y en a qui vont aimer ça *pis* il y a des patients qui n'aimeront pas ça *tsé*. *Faque* ça, j'essaie de... il faut que je m'ajuste avec le patient là... je m'ajuste *asteure*.

Enfin, comme dans les deux entrevues précédentes, il subsiste toujours pour elle une partie de la clientèle qui ne s'améliore pas en raison de l'absence de collaboration au traitement, ce qu'elle explique par un simple manque de volonté.

Souvent, c'est qu'ils ne les font pas. S'ils les faisaient, s'ils les pratiquaient, ça irait mieux. Moi, il y en a beaucoup là que... *tsé*, ils ne nous écoutent pas tout le temps, il y en a qui les font pas leurs exercices, c'est sûr.

Dans cette troisième entrevue, Mireille aborde des aspects de la prise en charge qui n'avaient pas été abordés dans les deux entrevues précédentes. D'abord, pour mettre en contexte ces nouvelles informations, elle mentionne que depuis la deuxième entrevue, elle a animé une École (intervention de groupe) pour la première fois au Centre hospitalier avec Justine (la formatrice dans le projet). À la suite de cette expérience, elle souligne l'importance du soutien des membres du groupe les uns envers les autres et l'impact que ça a sur le traitement, notamment sur la gestion des capacités, un apprentissage qui a été significatif pour sa pratique.

Parce que ça motive les autres, *pis* il y en a durant la classe qui ont eu des hauts *pis* des bas. *Tsé*, lui aussi il en a eu des bas *pis* ils comprennent que, on dirait que le monde le voit qu'ils ne sont pas tout seuls là-dedans. Finalement « *Ah* ce n'est pas si pire, *ah* oui, je vais les reprendre mes exercices » et *pis* « *Ah* oui, c'est vrai au début ça faisait effet *faque*... ». Tout le temps la gestion des capacités, à tous les cours on revenait, quelqu'un avait fait une rechute, mettons, *ben* on reposait la question, pourquoi ? C'est toujours « *Ah ben* oui, je n'ai pas bien géré mes capacités ».

Par ailleurs, elle remarque dans sa pratique que certains clients ne cadrent pas dans les Écoles parce qu'ils ont besoin de plus de temps et doivent donc être traités de manière individuelle.

Moi, j'ai des patients que je vois que je n'enverrais même pas dans une classe, parce que s'il ne comprend pas, *tsé* je me dis il va être là *pis* il va [elle regarde au plafond], il ne comprendra pas ce qui se passe là non plus, *faque tsé*, ce n'est pas... Il y en a que ce n'est pas approprié *pis* je me dis là c'est bon de les prendre en individuel *pis tsé* de faire comme j'ai fait ici, de prendre plus de temps avec ce patient-là.

Le temps est d'ailleurs une composante de l'intervention en douleur chronique sur laquelle Mireille insiste encore beaucoup dans cette troisième entrevue, une composante essentielle selon elle, notamment pour permettre au client de bien intégrer les exercices et s'assurer ainsi qu'il les fasse correctement à la maison. Elle revient également sur l'importance de voir un même client plus longtemps lors des rencontres, de le voir moins souvent et d'espacer les rencontres pour permettre aux exercices de faire leur effet. Dans cette entrevue cependant, Mireille attribue au facteur temps, jumelé à la communication et à la patience du praticien, un autre avantage important dans l'intervention, soit celui de favoriser l'établissement d'un lien de confiance.

Pis si on prend plus de temps pour le patient, ça nous aide à établir un meilleur lien de confiance aussi. *Pis tsé*, c'est niaiseux à dire, mais nous autres aussi on l'a notre effet placebo. *Tsé*, on en a un, ce n'est pas rien qu'une... le médicament en a un, mais nous aussi on en a un effet placebo. Si le patient a confiance en nous autres [...] il a *ben* plus de chances que ça aille mieux que si on ne l'écoute pas *pis* qu'on n'en prend pas soin *pis* qu'on [dise] « Oui oui, ok », *pis* qu'après une demi-heure on le renvoie chez eux. *Faque*, je pense que c'est important d'établir ce lien de confiance là, toute par l'approche, là, de la formation, tout ce qu'ils disaient par rapport à la communication envers le patient, toucher l'épaule, regarder dans les yeux, toutes ces choses-là. *Faque*, en tout cas, *tsé*, serrer la main avant et après de partir, des choses comme ça, [...] c'est sûr que ça aide à établir un lien de confiance avec le patient *pis* le traitement risque de bien mieux fonctionner *pis* on va avoir une meilleure écoute aussi de la personne.

Le temps, la communication et le lien de confiance qui en découle facilitent aussi l'obtention d'informations pertinentes pour l'intervention selon Mireille.

Tout ça, d'établir le lien de confiance, une fois que ça c'est établi, c'est là que le patient il va plus s'ouvrir *pis* qu'il va... si on a du temps justement, c'est en racontant des choses que là on voit que « Ah ! Il n'a pas dit ça v'là un mois que... » *pis* quand que... « Ah ! Vous lavez votre plancher encore ». Moi dans ma tête

c'était impossible qu'il lave son plancher parce qu'il n'est pas capable de faire ça. *Faque* c'est sûr que c'est impossible. Mais on apprend après un mois que... *ben* oui il lave son plancher encore, *pis* il s'y prend comme ça... Ok, on va changer des choses *tsé*. Mais si on voit la personne en peu de temps, *pis* si on n'a pas beaucoup de communication, *ben* on le saura jamais *pis* on ne pourra pas agir, on ne pourra pas agir là-dessus. Le lien de confiance c'est important.

En dépit des contraintes reliées au nombre de clients à voir dans une journée et de la durée de temps restreinte pour chaque rencontre (30 minutes), Mireille a néanmoins réussi à espacer les rencontres dans le cadre de son travail et parfois même à les prolonger à 45 minutes. Et pour compenser le fait qu'elle ne puisse pas voir un client pour une période d'une heure à une heure et demie lors de la première rencontre, elle opte pour deux rencontres de 30 minutes la première semaine et espace les rencontres suivantes. En fait, à la suite de la formation, Mireille est d'avis que c'est inutile de voir un client 30 minutes trois fois par semaine puisque les exercices n'ont pas le temps de faire leur effet entre chaque rencontre.

Dans ses interventions en douleur chronique, Mireille utilise de moins en moins les techniques passives comme la mobilisation, les tractions et les appareils. Elle priorise davantage des exercices et autres astuces que le client va pouvoir utiliser à la maison pour s'autotraitier et éviter ainsi de dépendre de ses traitements en physiothérapie. Mireille se dit également plus à l'écoute de ses clients et plus patiente aussi face à la douleur chronique qui n'a pas la même évolution qu'une douleur aiguë.

Ses questions ciblent en grande partie les activités de la vie quotidienne du client. Elle s'informe sur le nombre de « pics » de douleur dans la journée et les moments de ces « pics ». Elle continue à questionner longuement sur ce qui fait augmenter la douleur et ce qui la fait diminuer, deux informations importantes qui déterminent l'orientation de ses interventions.

S'il y a des choses qu'il fait au quotidien... souvent, on le découvre au fur et à mesure, qu'est-ce qui augmente les douleurs là, ils ne le savent pas tout le temps tout au début. [...] Des fois, pour réussir justement, dans une journée comment ça se passe, *ben* si le patient il se blesse tous les matins en se levant de son lit, il ne nous le dira pas nécessairement à la première rencontre, des fois ça vient à la longue. *Faque* ça c'est, je les repose souvent (ces questions-là), ce qui augmente la douleur, ce qui la diminue.

Dans le même ordre d'idées, elle s'informe également des stratégies que le client a déjà essayées dans le passé pour gérer son problème, son objectif étant de ne pas refaire ce qui n'a pas fonctionné et de renforcer les stratégies qui se sont avérées efficaces.

Souvent, il y en a qui ont vu des *ramancheurs*, il y en a qui ont vu *euh...* c'est ça, on la pose tout le temps de toute façon cette question-là. Des fois, ça fait plus qu'une fois qu'ils font de la physio *faque* ça, ça me donne déjà un... *tsé*, s'ils ont déjà fait de la physio avant, *ben* c'est sûr que je ne mettrai pas d'électro *pis* je ne ferai pas des tractions, *tsé* il y a des choses que je ne ferai pas. [...] Qu'est-ce qui diminue, *ben* exemple de la chaleur, *ben* je vais l'intégrer dans mon intervention là, on va en mettre à la maison. Des positions de repos surtout, c'est là qu'on va les voir.

Et pour orienter ses interventions, Mireille prend également soin de s'informer de l'objectif du client, ce qui ressort également dans les deux entrevues précédentes avec une nuance au niveau du type d'objectif toutefois, puisqu'elle prend soin de cibler un objectif personnalisé qui est important pour lui.

Mais à la classe, je me souviens nos autres objectifs, *ben* c'était d'être capable de jouer à quatre pattes avec ses petits-enfants. Pour lui c'était vraiment important *pis* c'était comme vraiment, vraiment impossible là.

Dans cette troisième entrevue, elle aborde de nouveau la notion de « client ou touriste » comme un élément qu'elle considère dans l'intervention, mais en y ajoutant le rôle de la communication pour rendre une personne « cliente ».

Aussi il faut que la personne veuille s'aider, si la personne ne veut pas s'aider, on va rester dans les douleurs chroniques sans gestion des capacités, ça c'est sûr. C'est d'essayer de rendre la personne cliente là. Je parlerais de ça aussi à une future étudiante de rendre quelqu'un « client » plutôt que « touriste ». Quelqu'un qui... *tsé* qui ne veut pas, *ben* il faut essayer d'y aller par la communication *pis* par ses objectifs à lui. C'est vraiment en établissant les attentes de la personne qu'on va essayer de le rendre plus client.

Concernant les exercices plus spécifiquement, Mireille souligne que la bascule est un incontournable pour tous les gens souffrant de douleur chronique. Elle enseigne systématiquement cet exercice à ses clients au tout début du traitement. Elle mentionne également l'importance de la respiration et de la relaxation, des exercices qu'elle essaie, en dépit du temps restreint dont elle dispose, d'enseigner le plus souvent possible à ses clients. Ces éléments n'avaient pas été mentionnés lors de la deuxième entrevue.

La respiration par le ventre, ça c'est des choses que je montre beaucoup à mes patients maintenant que je ne montrais pas avant. Parce qu'on se rend compte vraiment, ça dépend, *tsé* toutes les étapes de la relaxation, la détente aussi, j'en n'ai pas parlé. Mais en tout cas tout ça là. On voit que ça aide, parce que même si c'est dans... justement, pour être capable de gérer les douleurs aiguës durant les douleurs chroniques, *tsé*, on voit que ça aide beaucoup. *Pis*, c'est ça, en une demi-heure, on n'a pas vraiment le temps, à moins de prendre une séance pour lui montrer ça. C'est ce que je suis à la veille de me mettre à faire là. De prendre... *tsé*, vu que j'ai juste une demi-heure avec mon patient, de prendre vraiment « Bon ok, on ne fait que ça, on fait ça », parce que je n'ai pas le choix, je ne peux pas tout faire là. Il y en a une que je l'ai fait, que j'ai pris juste du temps pour ça là. *Euh...* c'est sûr c'était plus rapide, *pis* il y a du monde qui parle autour *pis...* en tout cas, ce n'est pas pareil là, mais au moins je me dis je lui ai donné l'information *pis* après ça *ben* elle va s'en servir si elle veut.

Comme elle l'a également mentionné lors de la deuxième entrevue, Mireille utilise régulièrement le carnet de route, un outil qu'elle trouve très important pour le client.

Ben... oui parce qu'ils ont un suivi à la maison. Moi, c'est comme si je serais là (elle rit). *Tsé*, s'ils mettent la feuille sur leur frigidaire, *ben* c'est comme *ah* oui, Mireille m'a dit de ne pas faire ça. *Faque* là ils passent en avant de leur frigidaire *pis* là ils pensent à leur thérapeute.

Les documents sur le point de rupture et sur la gestion des capacités sont également des outils qu'elle trouve utiles, tant pour elle que pour ses clients, et elle les utilise de façon régulière dans sa pratique.

On ne peut pas passer à côté de la feuille de gestion des capacités et le point de rupture. Ça... je trouve tellement que les gens y comprennent avec ça là. *Tsé*, *ben* beau dire à la personne « Il faut que t'arrêtes de te blesser », c'est facile à dire, pas facile à faire. Mais quand ils ont cette feuille-là à la maison *pis* qu'ils la regardent, moi je demande qu'ils la regardent avec leur conjoint ou leur conjointe, leurs enfants, pour qu'ils sachent, « *Ah ! Ben tsé*, je serai plus capable de faire ça, *tsé* je le faisais avant, mais là je pourrai pu pour un certain temps là je peux pu faire ça. » *Faque* en ayant la feuille en tout cas, ça leur explique bien *pis* je trouve que pour moi ça ça m'a aidée dans mes traitements.

Comme le laisse percevoir l'extrait ci-haut, Mireille intègre également le plus souvent possible la famille du client dans l'intervention. De plus, elle accompagne désormais sa prescription d'exercices de commentaires et de tâches spécifiques personnalisés à chaque client, des éléments qui ont été intégrés à la suite de la formation.

Par ailleurs, lorsqu'on demande à Mireille ce qu'elle retient de la formation, elle mentionne, en résumé, qu'elle a approfondi ses connaissances sur la stabilisation, incluant le rôle du plancher pelvien et la façon de l'expliquer et de l'enseigner aux clients. Elle a également appris différentes techniques de respiration (respiration abdominale, par étage, en cadran) et elle a amélioré ses habiletés en communication, son écoute et sa patience face à la douleur chronique. La formation lui a également permis d'intégrer la prescription d'exercices fonctionnels et de travailler davantage la posture globale (de bas en haut).

Tableau 24

Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Mireille (PRA3) avant/après la formation

	Représentations	Intentions	Stratégies
Avant la formation	Rôle du praticien = donner des outils pour aider à contrôler la douleur	Outiller les clients, les responsabiliser Insister pour que le client s'investisse et trouve aussi ses propres outils	
	Maintien du problème : ce sont des récides, une douleur chronique ça ne se guérit pas	Aider la personne à diminuer la douleur lors des récides	Utilise des exercices de posture, d'assouplissement et de renforcement, fait des <i>taping</i> . Utilise la physiothérapie conventionnelle
	Besoin des gens souffrant de douleur chronique = retrouver leurs capacités fonctionnelles, reprendre leurs AVQ et activités sportives et diminuer la douleur		
	Ce sont les objectifs et les attentes du client qui déterminent l'orientation de l'intervention	Identifier les objectifs du client	
	Manque d'efficacité d'un traitement	Patient qui ne fait pas ce qu'elle lui demande = manque de volonté ou manque de connaissance par rapport aux conséquences de ne pas faire les exercices, manque de collaboration, peut-être l'âge, facteurs socio-économiques.	Change de traitement ou rajoute un traitement, en discute avec collègues pendant les réunions d'équipe, fait revoir le client par une physiothérapeute (s'attribue une responsabilité dans l'échec du traitement), réduit le nombre d'exercices
		Essayer autre chose, autres exercices	
		Capacité de guérison du corps diffère d'un individu à l'autre, peut-être qu'on ne prend pas la personne assez globalement	Pousse, explique, réprimande, répète...
	Amélioration de la condition du patient est déterminée par des données objectives atteintes	Améliorer posture, force et amplitude de mouvement	Prescrit des exercices pour améliorer la force, la posture et l'amplitude articulaire
	Traitement = orienté en fonction de la liste de problèmes déterminés par la physio lors de l'évaluation		Arrête le traitement lorsque mesures objectives atteignent un plateau

Tableau 24

Grille synthèse de l'évolution des modèles d'action de Mireille (PRA3) avant/après la formation (suite)

	Représentations	Intentions	Stratégies
Après la formation	Rôle du praticien = coach (guider, déterminer quoi faire, quand le faire)	Rendre le client autonome dans la gestion de sa douleur	Utilise moins de techniques passives (mobilisation, tractions et appareils), plus d'astuces pour favoriser l'autotraitement
	Douleur chronique = processus de guérison difficile, mauvaise gestion des capacités Maintien du problème = ce que le client fait (solutions tentées)	Ne pas faire ce qui a déjà été fait et qui n'a pas fonctionné ; déterminer le traitement en fonction des comportements qui entretiennent le problème (solutions tentées) et de ce qui aide (exceptions)	Prescrit des exercices de posture et de stabilisation, tâches fonctionnelles, 180 degrés, exceptions, tâches d'observation, explications du point de rupture, explications et tâches sur gestion des capacités, utilisation du carnet de route.
	Besoin des gens en douleur chronique = du temps (pour bien assimiler l'information, intégrer et maîtriser les exercices), soutien, buts, objectifs à atteindre Besoin de temps, patience et habiletés en communication du praticien permet de développer un lien de confiance	Organiser les horaires des rencontres différemment de façon à maximiser le temps et l'efficacité du traitement, favoriser l'autotraitement à la maison, laisser le temps aux exercices de faire leur effet	Adapte l'organisation des rendez-vous : fréquence diminuée, durée augmentée lorsque possible, surtout lors de la première rencontre
	Pas assez de temps accordé au client. Temps = meilleure écoute pour obtenir des informations + permettre intégration et maîtrise optimale des exercices, collaboration du client		
	Manque d'efficacité d'un traitement	Facteurs environnementaux, familiaux, qui provoquent du stress	Mieux comprendre l'interaction dans le milieu
		Programme d'exercices non approprié	S'ajuster au patient
	Dépasse ses limites, ne respecte pas ses capacités	Outiller le patient pour qu'il gère mieux sa condition	Questionne +++ Fait décrire en détail au client ce qu'il fait dans une journée Vérifie si les exercices sont bien adaptés par client
	Manque de collaboration attribuable à la volonté du client = elle n'a pas de pouvoir là-dessus	Ne pas vouloir plus que le client	Parle des stratégies de gestion des capacités (feuille + tâche) Met moins d'énergie de son côté
	Des habitudes c'est difficile à changer	Faire preuve de compréhension	Encourage le client, le félicite lors d'efforts et de réussites
	Lien de confiance permet d'obtenir plus d'informations et augmente les chances d'amélioration	Créer un lien de confiance	Prend le temps, communique mieux (écoute, regard, poignée de main)
	But du traitement = attentes et objectifs du client On peut rendre une personne « cliente » du traitement en misant sur ses attentes, ses objectifs	Cibler objectifs prioritaires pour le client et façonner les attentes	Identifie un objectif avec le client ; utilise le changement minimal (tactique thérapeutique)

6.4 Le point de vue des formateurs sur les changements des praticiennes

Les propos des formateurs supportent la présence d'une amélioration chez les praticiennes au cours de la formation, notamment chez PRA1 et PRA2 ayant animé l'École interactionnelle, comme en témoignent les extraits ci-dessous (les améliorations observées chez PRA3 n'ont pas été abordées pendant l'entrevue avec les formateurs, puisque cette partie de l'entrevue portait précisément sur les incidents rencontrés au cours des interventions des formateurs pendant les rencontres cliniques de l'École interactionnelle).

Étudiante-chercheuse : Tantôt vous avez dit qu'il y a eu de l'amélioration chez les praticiennes, c'est quoi, si je vous demandais de faire un résumé des principaux points qu'elles ont améliorés, d'après vous autres ? Qui ont changé, les principaux changements que vous avez vus ?

FOR1 : Écoute. Première chose, écoute, dans le sens de regarder, écouter avec leurs oreilles, *pis*... poser des gestes en conséquence. Après ça, s'approcher des clients, ce qu'ils ne faisaient pas, mais pas du tout.

FOR2 : Toucher aux clients.

FOR1 : Je pensais quand ils étaient au mur là en train de montrer *tsé* bon mettre la main pour voir s'ils étaient encore en lordose ou en cyphose, bon *ben* ça, la bascule, je pouvais regarder en avant *pis* ils me disaient s'il y en avait... tandis que là elles allaient de temps en temps vérifier. Ça c'est... ça c'était majeur ça. Parce que ça veut dire que dans leur pratique, si elles commencent à faire ça, elles vont voir immédiatement les patients d'une façon différente.

Les formateurs mentionnent que les praticiennes n'ont pas intégré la démarche à 100 % pendant la formation, mais qu'elles avaient davantage intégré les notions de base que lors des premières rencontres cliniques.

FOR2 : De voir aussi... Patricia un moment donné, on lui a demandé de prescrire à un client d'aller lentement parce qu'il allait trop bien *pis* que c'était dangereux *pis* tout ça. *Tsé* elle connaissait les... la théorie et tout ça, mais elle-même, elle ne l'aurait pas fait même si elle a peut-être vu que c'était comme ça.

[...]

FOR1 : Ça cette [intervention]-là elle l'avait fait d'une façon... wow ! Formidable !

FOR2 : *Pis* elle avait choisi le moment, parce qu'on lui avait dit *ben* si ça adonne *ben* essaie de le faire avec le client. Mais elle a su trouver le moment où c'était le temps *pis* c'était parfait.

FOR1 : Et la façon dont elle l'a fait. Elle a dit « là tu m'inquiètes, sais-tu pourquoi ? ». *Tsé* au lieu de lui donner toute la réponse. C'était très très bien. Il a commencé à faire « pourquoi pourquoi ? » [Il rit]. Ça là, ça a très bien été.

Ils ont également constaté qu'elles observaient davantage les clients et identifiaient plus facilement les interventions à faire concernant, par exemple, le confort des clients et des ajustements au niveau de la posture ou des mouvements. Une autre amélioration des praticiennes qui est soulevée par les formateurs lors de cette entrevue est leur capacité à souligner les forces des clients.

FOR2 : Danielle aussi à un autre moment donné, que *tsé* Fran... *tsé* je lui avais dit dans les préparations, Julien il est vraiment bon, il tourne sa chaise, pour pas avoir le cou tourné, pour bien faire ça. *Pis* à un moment donné, d'elle-même, elle l'a félicité... dire *ben* « *Ben* Julien, je voulais te féliciter ». Elle a pris le temps. *Faque* c'est ça, elle n'aurait pas fait ça dans les premières rencontres, c'est sûr là.

Ils soulignent également des améliorations importantes relativement aux rôles d'animatrice et de coanimatrice, notamment en ce qui concerne la gestion de l'espace et la capacité à impliquer les patients dans le déroulement de la rencontre.

FOR2 : *Pis* Danielle, c'était... elle avait commencé aussi des fois quand elle avait des recadrages à lire à l'écran tout ça, elle choisissait quelqu'un que ça avait vraiment rapport à lui, *tsé*, elle était capable de cerner la personne, « *ah ben* toi Martin lis-moi ce message-là ». Ça *fitait* très bien avec lui *tsé*. *Faque* elle était capable de faire ça *tsé*, *faque* ça veut dire que t' observes plus que juste dire bon *ben* lui il a une cervicalgie *pis* tout ça. Elle était capable d'aller au-delà de ça, *faque*...

Bref, ils considèrent qu'il y a eu des améliorations significatives chez les praticiennes entre la première rencontre clinique et la dernière.

Étudiante-chercheuse : *Faque* beaucoup de changements ?

FOR2 : Oui.

FOR1 : *Ah oui*, moi je pense que oui. [Il regarde FOR2].

FOR2 : [Elle hoche la tête pour dire oui].

FOR1 : *Pis* par rapport au départ, énorme.

FOR2 : Beaucoup.

6.5 Éléments saillants de la deuxième partie des résultats

Comme présenté dans les tableaux synthèses à la fin des récits de chacune des praticiennes, certains changements dans les modèles d'action sont communs aux trois cheminements. À l'opposé, certains changements ne ressortent pas chez toutes les praticiennes. La présente section propose une synthèse de l'ensemble des points communs et des particularités dans les cheminements des praticiennes. Dans une perspective de synthèse de l'ensemble des résultats présentés préalablement, on peut d'abord regrouper les changements communs dans le cheminement des praticiennes en deux grandes sphères de l'intervention en douleur chronique, soit la collaboration du client et les positions « expert et non-expert ».

Il importe d'abord de noter que le cheminement de chacune des praticiennes fait ressortir un changement sur le plan de leur perception concernant l'inefficacité des traitements, qu'elles associaient en grande partie avant la formation à un manque de collaboration du client à son traitement. En outre, ce phénomène était perçu surtout comme une caractéristique du client (ex. : manque de motivation, de volonté, trait de personnalité, âge, contexte socio-économique, découragement, etc.). Après la formation, les praticiennes attribuent le manque d'efficacité du traitement, ou l'absence d'amélioration de la condition des clients, à des caractéristiques du programme d'exercices (ex. : mal adapté au contexte ou aux particularités du client) ou à des actions du client qui maintiennent le problème, par exemple une mauvaise gestion des capacités et un dépassement répétitif du point de rupture (métaphore utilisée pour expliquer aux clients l'importance d'éviter de faire augmenter la douleur). De plus, alors que le manque de collaboration peut encore expliquer l'absence d'efficacité aux yeux de certaines praticiennes (PRA1 et PRA2), ce phénomène est désormais attribuable surtout à une exacerbation de la douleur du client qui l'empêche de faire ses exercices (ce qui est également dû généralement à une gestion inappropriée de ses capacités), ou encore à une situation difficile dans sa vie personnelle. De fait, la gestion des capacités et le point de rupture sont des sujets que toutes les trois abordent désormais avec leurs clients en douleur chronique et elles le font dès les premières rencontres. En outre, contrairement à avant la formation, les praticiennes reconnaissent leur part dans l'efficacité ou l'absence d'efficacité du traitement et aussi dans la collaboration du client, notamment en soulignant l'importance de l'alliance thérapeutique. Elles sont également disposées à remettre en question au besoin

leur démarche ou les exercices qu'elles ont donnés. Enfin, elles reconnaissent davantage l'impact de l'environnement du client, tant sur sa collaboration au traitement que sur l'évolution de sa condition, ce qu'elles considèrent maintenant dans leur intervention (ex. : écoute active, adaptation du programme d'exercices). Pour l'une des praticiennes (PRA1), il demeure néanmoins qu'une partie de la clientèle démontre un manque de volonté.

Un autre point commun entre les praticiennes concernant le changement de leurs modèles d'action est relatif à leur rôle auprès de leurs clients. Avant la formation, les praticiennes se percevaient comme des *coachs* dont le rôle est de guider, encadrer, outiller les patients en douleur chronique. Après la formation, elles se perçoivent encore comme des *coachs* dont le rôle est toujours d'encadrer, guider, prescrire des exercices, outiller. Cependant, c'est la façon de remplir ce rôle qui a changé, et ce changement est associé aux positions « expert ou non-expert » puisque c'est la tactique thérapeutique utilisée dans l'intervention stratégique qui fait partie de la formation. En effet, avant la formation, leur rôle de coach s'appuyait essentiellement sur leur expertise, tant en ce qui concerne l'orientation du traitement (à partir des données objectives et subjectives de l'évaluation) que des modalités de traitements (ex. : thérapies manuelles, exercices en fonction de l'évaluation de la force et de l'amplitude articulaire). Elles guidaient et encadraient le patient à partir d'une position « expert ». Après la formation, on peut comprendre à la lecture des récits que leur rôle de *coach* s'appuie davantage sur une position « non-expert », tant en ce qui concerne l'orientation du traitement (objectif personnalisé du client) que des modalités de traitements (ex. : prescrire ce qui marche déjà pour le client, vérifier ce qu'il a déjà essayé avant, plus d'exercices fonctionnels, exercices qui tiennent compte de l'objectif du client). Elles guident et encadrent leurs clients davantage à partir d'une position « non-expert ». D'ailleurs, un élément important qui supporte l'adoption de cette position « non-expert » après la formation, c'est l'importance accordée à l'écoute. Pour chacune des praticiennes, l'écoute est quelque chose qui a pris un nouveau sens, elles écoutent plus qu'avant et le font de façon différente (ex. : sans interrompre les clients, en leur posant des questions sur leurs préoccupations, etc.). Elles posent plus de questions pour comprendre la réalité du client. D'ailleurs, au niveau des modèles d'action des praticiennes, on dénote davantage une intention de « comprendre » après la formation par rapport à une intention de « faire comprendre » (ou « convaincre ») avant la formation.

L'analyse à l'aide des récits phénoménologiques permet de constater également certaines différences quant au cheminement des praticiennes. Ainsi, des changements plus nombreux ont été relevés chez la praticienne qui a effectué les interventions individuelles. Par exemple, PRA3 est la seule qui aborde dans les entrevues après la formation la notion de changement minimal, qui indique qu'elle fait décrire en détail à un client sa journée d'hier, qui mentionne qu'elle prend le temps d'encourager le client et de le féliciter pour ses efforts, et enfin, c'est la seule à insister autant sur la nécessité d'adapter l'organisation des rendez-vous pour cette clientèle de façon à en réduire la fréquence et à en augmenter la durée.

En somme, bien que les trois praticiennes aient eu accès à la même formation théorique, on peut supposer que la façon dont l'intervention est ensuite appliquée influence leur cheminement et, du même coup, l'intégration de l'approche dans leur pratique clinique. D'ailleurs, lors de la dernière entrevue avec PRA2, cette dernière a soulevé le fait qu'appliquer une nouvelle approche n'est pas simple et qu'avoir une personne-ressource dans son milieu de travail serait aidant pour en poursuivre l'intégration, notamment en ce qui concerne les exercices.

Une référence, oui c'est ça. C'est ça. C'est ça. Moi j'ai un peu de difficulté, *tsé*, à avoir un ordre dans mon cheminement. Quand ça progresse tout le temps, c'est correct, mais quand ça progresse pu... *Ben* là ça ne marche pas, qu'est-ce que je fais avec ça là ? Si les exercices de base ne fonctionnent pas je fais quoi. *Tsé*, c'est ça, c'est toujours d'avoir un plan B, ça j'ai toujours un peu de difficulté par rapport à ça. (PRA2-E3)

Et cette supervision serait d'autant plus utile dans ses interventions individuelles, puisque comme elle l'indique, c'est dans ce type d'intervention qu'elle a le plus de difficulté à intégrer les différentes notions qui ont été vues pendant la formation.

CHAPITRE 7

RÉSULTATS RELATIFS AUX SIX CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES DESQUELLES A ÉMERGÉ UNE PROPOSITION THÉORIQUE

Si l'on brise la structure qui relie entre eux les éléments de l'apprentissage, on en détruit nécessairement toute la qualité (Bateson, 1984, p. 16)

Cette troisième étape de la présentation des résultats représente la partie la plus interprétative de l'étude et vise essentiellement à atteindre le troisième objectif de recherche, soit expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement de la formation influencent les modèles d'action des praticiennes à court terme. L'analyse a été effectuée principalement à partir des transcriptions de la partie des entrevues semi-dirigées correspondant à l'expérience des praticiennes par rapport à la formation. Toutefois, l'analyse des transcriptions des retours-formation, de l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs, des récits phénoménologiques et des notes d'observation a également servi à définir les catégories conceptualisantes et à en identifier les propriétés et conditions d'existence.

Comme abordé précédemment, l'apprentissage expérientiel, plus précisément l'approche réflexive de Schön, fait partie du cadre conceptuel de cette recherche et c'est donc à partir de cette perspective de complémentarité entre la théorie et la pratique qu'a été abordée cette partie de l'analyse. Plus précisément, cette perspective s'appuie sur le principe que la théorie et la pratique sont indissociables dans une démarche d'apprentissage. Comme il s'agit d'une composante du cadre conceptuel de cette recherche, cette dimension de complémentarité est inhérente à la démarche d'analyse qui a été effectuée. De plus, rappelons que la dynamique et la structure des modèles d'action représentent la démarche opérationnelle qui a guidé l'analyse des changements chez les praticiennes. Cette composante du cadre conceptuel a donc également guidé cette dernière étape de l'analyse.

Il importe cependant de noter que cette étape de l'analyse ne s'appuie pas sur des leviers théoriques forts *a priori*, elle a plutôt visé l'émergence de nouvelles catégories dans le contexte d'une interprétation ouverte (Paillé et Mucchielli, 2013b). Parce que si l'importance de la pratique ou de l'expérience dans le processus d'apprentissage a été largement documentée, notre intention dans ce troisième chapitre de présentation de résultats va au-

delà du questionnement « est-ce que cela a influencé les modèles d'action des praticiennes ? » (ce à quoi répond d'ailleurs le deuxième chapitre de présentation de résultats) pour explorer plutôt « en quoi cette approche de formation, intégrant théorie, pratique et supervision, a-t-elle influencé les modèles d'action des praticiennes ? »

Six catégories conceptualisantes ont émergé de cette troisième étape de l'analyse : *Confrontation des habitudes*, *Autoexpérimentation des exigences du traitement*, *Zone commune d'intervention*, *Encadrement sécurisant*, *Crédibilité de la démarche d'intervention*, *Facilitation de l'intégration en milieu clinique*. Ces dernières ont subséquemment été associées à l'une ou l'autre des trois grandes dimensions suivantes : personnelle, relationnelle et clinique. Bien sûr, le choix de ces dimensions s'appuie directement sur le paradigme épistémologique qui a guidé cette recherche ainsi que sur le cadre conceptuel qui a été privilégié. Nous partons ici d'une conception de l'apprentissage qui renvoie à un processus continu de transformation ou de coconstruction qui se fait en interaction avec l'environnement d'apprentissage dans un contexte précis (Hager et Hodkinson, 2009) et qui est relié à l'évolution globale de l'apprenant, et non seulement à l'acquisition de connaissances ou de compétences précises (Danis, 1998; Danis et Solar, 1998).

Dans cette perspective, la dimension personnelle inclut plus spécifiquement les catégories qui expliquent les changements des praticiennes sur le plan des représentations (interprétations, émotions, attitudes, et croyances) (Bourassa *et al.*, 1999), soit les catégories *Confrontation des habitudes* et *Autoexpérimentation des exigences du traitement*. Rappelons que les représentations guident les stratégies d'action d'un praticien et sont influencées par elles en retour (Bourassa *et al.*, 1999). C'est donc sur cette boucle de rétroaction entre les dimensions intime et publique des modèles d'action des praticiennes que s'appuient l'émergence des catégories de la dimension personnelle, dont les détails sont présentés dans la première section de ce chapitre de résultats. La dimension relationnelle pour sa part inclut les catégories qui expliquent l'influence de l'interaction entre les formateurs et les praticiennes sur les changements des modèles d'action de ces dernières, soit les catégories *Zone commune d'intervention* et *Encadrement sécurisant*. Il importe de noter qu'en cohérence avec la posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse, cette relation est considérée dans le contexte particulier de cette formation, dont font partie les différentes circonstances dans lesquelles elle

s'est déroulée, l'environnement d'apprentissage ainsi que le déroulement et les différentes stratégies pédagogiques utilisées. Les détails relatifs à l'émergence des deux catégories de la dimension relationnelle sont présentés dans la deuxième section de ce chapitre des résultats. Enfin, la dimension clinique inclut les catégories qui expliquent les changements sur le plan de la pratique clinique des praticiennes, c'est-à-dire le changement de certaines de leurs habitudes d'intervention à l'extérieur du contexte de la formation, soit les catégories *Crédibilité de la démarche d'intervention* et *Facilitation de l'intégration en milieu clinique*. Les détails concernant le développement des catégories de la dimension clinique sont présentés dans la troisième section de ce chapitre de résultats.

Il importe de noter que ces trois dimensions, ainsi que les catégories qui les constituent, s'influencent mutuellement et se complètent pour former la proposition théorique. En outre, il est important de préciser également que chacune des catégories conceptualisantes n'est pas exclusive à une dimension. La proposition théorique qui est faite ici met plutôt en évidence la prédominance de certaines catégories à l'intérieur de l'une ou l'autre des trois dimensions.

En somme, l'organisation des catégories conceptualisantes à l'intérieur de ces trois dimensions permet de modéliser l'interaction entre les différents phénomènes dégagés à partir de l'expérience vécue par les praticiennes en relation avec la formation. Voici donc, exposées de façon détaillée, les six catégories conceptualisantes qui ont émergé de ce travail d'analyse ainsi que les justifications qui les supportent.

7.1 Confrontation des habitudes

Après avoir complété la formation, les trois praticiennes mentionnent que le fait d'avoir appliqué l'intervention en entier auprès de vrais clients, tout en étant supervisées, avait été une étape de la formation déterminante pour elles. Toutes s'entendent également à dire que le résultat n'aurait certainement pas été le même avec une formation théorique seulement. Selon Patricia (PRA1), changer des habitudes et intégrer une autre approche nécessite plus qu'une formation théorique. Elle insiste sur le fait que l'apprentissage d'une nouvelle approche passe par l'expérience. Dans les propos de Patricia, on comprend qu'elle a dû remettre en question certaines habitudes qu'elle entretenait depuis plusieurs années pour laisser place à de nouvelles façons de faire.

[...], mais 16 ans qu'on développe comme ça [elle fait des rotations avec ses deux bras qui tourne l'un sur l'autre], mais là *hop*, il faut juste revenir sur notre chemin *pis* apprendre une autre approche, *ben* c'est ça, c'est avec l'expérience qu'on l'a acquis, c'est de même que je vois ça en tout cas... Si on ne le met pas en pratique... Les filles qui ont suivi la formation l'an passé, qui ne l'ont pas mise en pratique, je ne suis pas sûre qu'elles vont se rappeler de tout là. (PRA1-E3)

Au cours de la formation, certaines actions qui ne cadraient pas avec la démarche d'intervention que les praticiennes étaient en train d'apprendre ont, dans un premier temps, été portées à leur attention. Cela s'est fait parfois pendant les rencontres cliniques par l'entremise des interventions effectuées par les formateurs et parfois lors de la rencontre du retour qui se déroulait après chacune des rencontres cliniques. Subséquemment, d'autres actions leur étaient proposées pour remplacer les actions basées surtout sur d'anciennes habitudes. Ces deux composantes de la formation ont donc contribué en grande partie à l'émergence de la catégorie conceptualisante *Confrontation des habitudes*.

La rétroaction relative aux modifications à apporter dans sa façon d'intervenir a eu un impact important sur le processus d'apprentissage de Patricia. Plus précisément, une partie de la rétroaction qu'elle a beaucoup appréciée, c'est « les petits défis d'Alain » (FOR1) qu'elle et sa collègue avaient parfois à considérer pour la rencontre subséquente. Elle mentionne que cela l'a aidée à intégrer certains aspects de l'intervention, notamment la directive « sans augmentation de douleur ».

Moi, aussi, où est-ce que j'ai beaucoup appris là c'est... là je trouve ça drôle parce que je l'ai dit à peu près cinquante fois peut-être par semaine... « Là vous me faites ça sans augmentation de douleur là ». Je me trouve drôle, à chaque fois j'ai un petit sourire *pis* je vois un petit Alain qui me le dit. [Elle rit] (PRA1-E2)

L'encadré de la page 136 illustre à l'aide d'un extrait de la transcription du retour de la septième rencontre d'évaluation (bilans fonctionnel et interactionnel) la rétroaction donnée par Alain à Patricia spécifiquement en relation avec cette notion.

Patricia précise également que le retour après chacune des rencontres a eu un impact sur sa façon d'intervenir parce qu'elle a bénéficié d'une rétroaction qui était spécifique aux correctifs à apporter, sans lequel sa collègue et elle n'auraient pas changé leurs anciennes habitudes.

Mais j'ai l'impression que c'est avec l'expérience... et des petits correctifs ici et... un peu comme on l'a fait dans la classe là. Parce que probablement que si on n'avait jamais eu les interventions à la fin de la classe avec Alain et Justine *ben...* on l'aurait donné à notre façon puis... [...] *Ben*, de pouvoir appliquer l'approche stratégique vraiment comme il faut. Je disais des mots, je parlais *pis* je coupais peut-être la personne, *ben* de me faire mettre à l'ordre un petit peu... *ben* pas à l'ordre, mais de me le faire dire, de vraiment laisser parler la personne puis de ne pas donner des réponses à sa place ou des suggestions de réponse là *ben...* (PRA1-E2)

Le retour entre formateurs et praticiennes a été une étape utile du point de vue de Danielle également (PRA2). Discuter de l'École avec les formateurs lui a permis, d'une part, de mieux comprendre certaines réactions des clients et, d'autre part, d'apporter les améliorations nécessaires dans son interaction avec les clients grâce à la rétroaction obtenue des formateurs.

Ben c'est sûr que, moi, c'était correct parce que ça nous a permis de comprendre aussi des fois pourquoi il y avait des clients qui réagissaient d'une certaine façon ou quoi que ce soit là. Pour nous informer, c'est ça là, des petits manques des fois dans notre façon de communiquer aux gens ou *euuh... tsé*, des fois t'es mieux de pas dire ça, ça c'est arrivé à quelques reprises [...] C'était par rapport à l'interaction avec les clients, *faque* c'était correct de nous faire comprendre ça là. (PRA2-E3)

Plusieurs propos de ces deux praticiennes ayant animé une École interactionnelle font ressortir l'utilité pour elles d'avoir reçu des rétroactions précises par rapport aux correctifs à apporter dans l'intervention. Que ce soit directement pendant l'intervention (rétroaction directive des formateurs), lors des retours ou encore lors des visionnements *a posteriori* (pendant la rencontre préparatoire), ces rétroactions les ont aidées dans leur démarche d'apprentissage. Les praticiennes mentionnent d'ailleurs que plusieurs occasions d'apporter des correctifs à leur façon d'intervenir n'auraient pas été saisies, n'eussent été ces opportunités (ex. : voir à améliorer la posture d'un client ou corriger un exercice mal effectué).

Mireille (PRA3) pour sa part, en dépit du fait qu'elle n'ait pas particulièrement aimé cette partie précise de l'expérience (supervision au miroir) et qu'elle ait trouvé cela stressant, affirme que c'était une étape importante dans son processus d'apprentissage et que cela l'a aidée notamment à améliorer ses habiletés en communication et ses stratégies d'intervention.

Oui, on en a besoin. [...] Ils peuvent voir, finalement *euuh...* peut-être justement la thérapeute pour ce qu'elle fait peut-être de pas correct, ou de voir le langage entre les deux personnes, ou la communication entre les deux. Ce n'est pas quelque chose que j'ai aimé là. Ce n'est pas le fun se faire évaluer, c'est stressant. Mais en même temps, oui on en a besoin. [...] *Faque* ce côté-là c'est agressant un peu, mais je pense que le besoin... que ça avait besoin d'être là pareil parce que si on ne regarde pas, on ne peut pas le savoir. *Faque* c'est bien. C'était super bien. (PRA3-E2)

Relativement aux interventions effectuées par Justine (FOR2) pendant la rencontre, soit en présence (dans le cas de l'École interactionnelle) ou par téléphone (dans le cas des interventions individuelles), Danielle dit les avoir trouvées utiles. Cela lui permettait de constater ce qu'elle devait davantage surveiller, puisque ces interventions servaient la plupart du temps à répondre à un besoin d'un client que les praticiennes n'avaient pas remarqué, ou encore à corriger l'exécution d'un exercice.

Ben c'est sûr que ça nous informe sur le moment même. *Tsé* des fois on n'y pense pas, on est sous le feu de l'action tout ça, *faque* le fait qu'elle venait faire des petites interventions *ben* ça me disait « *Ah* c'est vrai, j'ai oublié ça ou... ». Mais *tsé*, elle n'est pas venue souvent là, on s'entend qu'il y a peut-être une séance où il y a eu deux, trois apparitions dans la même séance, mais à part ça, ça a été quand même pas si pire. *Faque*, *tsé*, pour moi c'était correct. Il faut l'apprendre *pis* des fois on l'apprend plus sur le moment même quand ils se présentent tout de suite que quand tu te le fais dire après. Des fois, ça te rentre plus dans la tête quand c'est le moment même là. (PRA2-E-3)

Ces interventions des formateurs n'ont cependant pas toujours eu un effet favorable pour Patricia, qui considère que certaines d'entre elles étaient plus nuisibles qu'aidantes, surtout au début, parce qu'elle avait le sentiment que cela lui enlevait de la crédibilité face aux participants. Selon elle, ces interventions étaient trop nombreuses, pas toujours justifiées de son point de vue et pas toujours effectuées à des moments appropriés.

Il y a une fois que c'était trop *pis* là je lui ai dit « là regarde, laisse-nous une chance là. Ce n'est pas parce que j'ai oublié de mettre un coussin en dessous des pieds de quelqu'un, laisse-moi une chance là ». Ou pire, un moment donné elle a ouvert la porte *pis* on était en train d'y placer le coussin, « *ah*, c'était juste pour vous dire de placer le coussin ». *Faque*, il y a des choses que, oui, je peux croire que c'était correct, mais il y a d'autres choses, c'est comme regarde, laisse-nous faire nos propres erreurs, les voir, *pis* au pire, à la pause dis-le nous *pis* on va se réajuster, mais je ne pense pas qu'on met la vie de personne en danger ici. (PRA1-E2)

Après la troisième rencontre, Patricia a exprimé à Justine ses sentiments face à ces nombreuses interventions, ce qui a contribué à améliorer la situation. Plus les rencontres avançaient cependant, moins ces interventions étaient nombreuses et plus Patricia y réagissait mieux.

Moi je l'ai dit à Justine, *pis* je pense que je l'avais dit de toute façon après, que ça m'agressait. Là elle me disait « *Oh, continue à dire ce que tu disais* » Ben oui, moi j'entends *clic clic pis* les portes qui sont en train d'ouvrir, *ben* oublie ça, ma *switch* vient de tomber à *off pis* elle est concentrée là-bas là. *Faque* moi, ça m'a agressée un petit peu, mais un moment donné, j'étais comme, c'était comme rendu correct. [...] Mais, Justine après ça, un coup que moi je me suis exprimée, je trouvais que quand elle venait, c'était plus dans des bons temps là. Dans le sens qu'elle n'intervenait pas quand on parlait. (PRA1-E2)

Voici un extrait des notes d'observation qui illustre la façon dont les formateurs ont vécu la réaction des praticiennes lors de la supervision en direct de la troisième rencontre.

Extrait des notes d'observation – rencontre 3

Environ 30 minutes après le début de l'intervention, le premier exercice arrive (la bascule du bassin en position assise). Les deux praticiennes restent debout à leur position d'animatrices, elles ne vont pas vérifier l'exécution du mouvement comme il est inscrit dans les directives. FOR2 précise qu'elle leur a rappelé cette directive hier (notes d'observation). Elle traverse, entrouvre la porte lentement pour parler à PRA1 qui se trouve tout près. Elle lui demande d'aller vérifier l'exécution de l'exercice pour chaque patient. Lorsque FOR2 revient, elle dit que PRA1 ne semble pas très ouverte aux visites des formateurs aujourd'hui. Je me souviens que lors du retour de la rencontre précédente, PRA1 avait mentionné qu'il y avait eu plusieurs interventions de FOR2, et que cela l'avait un peu ahalée. J'ai aussi remarqué le regard sévère qu'elle a porté à FOR2 lorsqu'elle a ouvert la porte cette première fois. À son retour derrière le miroir, FOR2 dit à FOR1 qu'elle n'a pas envie d'y retourner aujourd'hui, mais FOR1 lui rappelle que c'est important d'apporter les rectifications au fur et à mesure, il en va de la réussite de l'intervention. Il ajoute que si on ne vérifie pas l'exécution des exercices au fur et à mesure qu'on les présente, les clients risquent de partir chez eux et de pratiquer l'exercice de façon inappropriée pendant une semaine. Dans ce cas-là, l'exercice n'aura aucune efficacité et risque même d'être nuisible.

Je demande à FOR2 : « Tu es mal à l'aise d'y retourner à cause des commentaires de PRA1 et PRA2 sur tes nombreuses interventions de la semaine dernière ? ». Réponse : « Ben, je me sens mal. Je ne pense pas qu'elles soient réceptives aujourd'hui. Avant la pause je lui avais dit que j'allais entrer, que l'animatrice en action devait continuer d'animer comme si de rien n'était, que j'allais donner la directive à la coanimatrice qui est près de la porte. PRA1 a répondu que c'est difficile de ne pas être déconcentrée. ». Pendant cette rencontre, FOR2 est entrée une autre fois alors que c'était PRA2 qui était près de la porte, PRA1 arrête d'animer quelques secondes, elle dit aux clients qu'elle est déconcentrée par cette intervention.

Les formateurs ont d'ailleurs rapidement constaté à un certain moment que les praticiennes n'appréciaient pas les interventions qu'ils effectuaient pendant les rencontres. Selon Alain, ils auraient dû introduire cette démarche auprès des praticiennes avant de commencer les rencontres cliniques. Face à l'inconfort manifesté par les praticiennes, ils ont poursuivi les interventions, mais en les espaçant davantage. Pour les formateurs, les interventions pendant la supervision en direct font partie intégrante de la supervision en direct, elles en sont indissociables.

Parce que l'intervention directe là, si on n'est pas capable de traverser de l'autre bord, on n'est pas capable... on n'a pas, ça existe pas. L'intervention directe en individuel, c'est par téléphone, je peux appeler. Mais en groupe comme ça, si je ne peux pas rentrer, je n'ai plus d'intervention directe. (FOR1-E1)

Enfin, malgré ces difficultés, Patricia reconnaît que les interventions effectuées par les formateurs lors des rencontres cliniques sont parfois nécessaires pendant la supervision au miroir. Elle est d'avis que c'est important d'intervenir tout de suite s'il s'agit d'un point majeur.

Concernant les interventions effectuées par les formateurs à l'aide du téléphone, qui font partie intégrante de la supervision au miroir lors des interventions individuelles, Mireille considère que cette stratégie a été utile, notamment parce que cela a permis de corriger certaines actions dans l'immédiat et d'aider ainsi la personne plus efficacement.

Ben, ça fait avancer plus vite les choses. *Tsé*, au lieu d'intervenir juste après, *pis* de le faire à la prochaine rencontre, *ben* on intervient tout de suite *pis* on change la façon tout de suite ou *euuh...* peu importe. Quand mon patient était resté comme ça là (sa jambe droite est placée à 90 degrés par rapport à son corps), elle a appelé pour dire « fais-y descendre ». Mais *tsé* je lui avais dit, mais il ne l'avait pas fait. *Faque* là, une chance qu'ils étaient là parce que sinon, il serait encore là, la jambe là (refait le mouvement avec sa jambe). C'est important pour certaines choses, pour agir tout de suite dans le fond. (PRA3-E3)

Le Tableau 25 présente la définition, les propriétés et les conditions d'existence de cette première catégorie conceptualisante qui se situe de façon prédominante dans la dimension personnelle de la proposition théorique.

Tableau 25
Confrontation des habitudes

Définition	Repérage d'une action qui ne concorde pas avec les objectifs de l'intervention et son remplacement par une action qui concorde avec les objectifs de l'intervention.
Propriétés	- Réception d'une rétroaction informant de l'incompatibilité entre l'action posée et l'action attendue. - Reconnaissance et acceptation de la pertinence de la rétroaction. - Exécution d'une action nouvelle en relation avec la rétroaction reçue.
Conditions d'existence	- Opportunité de soumettre les habitudes à une rétroaction. - Présence d'une situation qui requiert un changement d'habitude. - Reconnaissance de l'expertise des formateurs/superviseurs.

7.2 Autoexpérimentation des exigences du traitement

Lors des entrevues effectuées après la formation, les trois praticiennes ont fait ressortir l'importance pour elles d'avoir expérimenté la pratique d'une routine motrice à la maison ainsi que d'avoir pratiqué elles-mêmes les différents exercices qu'elles ont eu à enseigner par la suite aux clients de l'École interactionnelle.

L'expérimentation des exigences du traitement est une composante qui est associée à différentes étapes de la formation, notamment à l'atelier de formation et à chacune des rencontres préparatoires. Par exemple, à la fin de la première journée de l'atelier de formation, Justine (FOR2) a donné à chaque praticienne une routine motrice, de la même façon qu'on le fait pour les clients en intervention stratégique, dans le but de lui faire vivre ce qu'elle allait demander à ses clients. Cette partie de la démarche pédagogique a été significative pour les trois praticiennes. Cela a notamment fait émerger une nouvelle compréhension relativement au niveau de difficulté que représente l'intégration d'une routine motrice dans le quotidien d'une personne.

C'est demandant *hein*. Moi j'avais trouvé ça demandant. [...] Mais, quand moi je l'ai fait, effectivement, je n'ai pas trouvé ça facile, c'est facile le dire, mais l'appliquer c'est deux. (PRA1-E2)

Pour Danielle (PRA2), le fait d'accomplir elle-même une routine motrice pendant la semaine entre les deux journées de l'atelier de formation, comme demandé par les formateurs, a été un élément qui a eu un impact, notamment sur sa perception de la collaboration du client.

Pis de faire la partie exercices à la maison, quand on a eu à la faire la routine motrice *eah...* *Hein*, ça m'a comme fait dire que ce n'est pas évident quand on leur demande de le refaire six fois par semaine-là. Qu'ils en sautent une couple des fois je peux comprendre. (PRA2-E2)

De plus, pratiquer les exercices qu'elle allait enseigner au client pendant l'étape de l'atelier de formation et lors des rencontres préparatoires a eu un impact important sur sa pratique clinique. Cela lui a permis notamment de réaliser que ce qui est demandé aux clients dans le cadre de l'intervention n'est pas nécessairement facile à appliquer.

Ben moi j'ai trouvé ça intéressant parce que justement ça nous permet de vivre qu'est-ce que les patients vivent. Mais ce n'est pas toujours évident. Il y a des fois où ça a été un petit peu difficile à faire pour nous, *faque* je présume que quelqu'un qui est en douleur chronique, ça peut être difficile aussi, donc ça m'a montré que ce n'est pas évident là. [...] Ça m'a comme fait réaliser que... c'est ça, les exercices qu'on donne des fois ils ont l'air faciles, mais ce n'est pas si évident que ça de les faire, il faut tenir compte de la situation de la personne aussi, que des fois c'est pas si facile que ça. (PRA2-E2)

Pour Mireille (PRA3), le fait d'avoir effectué elle-même les exercices pendant la formation a été quelque chose d'utile dans son cheminement.

La bascule de bassin, si je n'étais pas capable de la faire, *ben* je me dirais pourquoi le demander à mon patient si moi-même je ne suis pas capable d'en faire une. *Faque* [elle hoche la tête]. C'est sûr que c'est important. (PRA3-E2)

En somme, cette composante de la formation a eu un impact important pour l'ensemble des participantes et a fait émerger une nouvelle compréhension du niveau de difficulté attribuable à certaines exigences du traitement ainsi qu'une attitude plus empathique. Et comme en témoignent les cheminements des praticiennes présentés au chapitre précédent, leur opinion face au manque de collaboration d'un client est désormais différente.

Dans le but de préciser la catégorie conceptualisante *Autoexpérimentation des exigences du traitement* qui est également prédominante dans la dimension personnelle de la proposition théorique, le Tableau 26 en présente la définition ainsi que les propriétés et les conditions d'existence.

Tableau 26
Autoexpérimentation des exigences du traitement

Définition	Vivre soi-même les difficultés et des implications relatives aux exercices et autres activités demandés aux clients dans le cadre de l'intervention.
Propriétés	- Expérimentation du rôle de client. - Confrontation à ses propres exigences.
Conditions d'existence	- Implication active et engagée des praticiennes dans la formation. - Prescription de certaines activités incluses dans la démarche de formation.

7.3 Zone commune d'intervention

Au-delà des rôles respectifs des différentes personnes impliquées dans cette formation (praticiennes-apprenantes et formateurs-superviseurs), le travail d'équipe et l'objectif commun orienté vers le traitement de personnes souffrant de douleur chronique ont été des éléments qui ressortent de l'analyse des données. En effet, à l'intérieur de leur rôle d'apprenante, et au-delà de celui-ci, l'objectif des praticiennes est d'aider les clients souffrant de douleur chronique à améliorer leur condition. Il en va de même pour les formateurs, pour qui l'intérêt va également au-delà de la performance des praticiennes en formation et s'oriente aussi vers le mieux-être des clients en traitement. D'ailleurs, lors des discussions portant sur les clients (retour-formation), on constate que les formateurs utilisent toujours la première personne du pluriel, s'intégrant eux-mêmes dans l'équipe d'intervention.

Dans cette perspective, la supervision au miroir qui était effectuée pendant le déroulement de chacune des séances de l'École a été utile du point de vue de Patricia (PRA1). Elle a

trouvé cette partie de la démarche pédagogique aidante, surtout parce que cela permettait que les formateurs voient les clients sous un angle différent, qu'ils voient des choses que les praticiennes ne voyaient pas et qu'ils apportent des ajustements sur l'exécution de certains exercices ou sur certaines postures.

Comme Albert, *ben* on... *ben* je pensais qu'il les faisait bien, mais finalement avec Justine, *oups* un petit ajustement, des fois... C'est le fun, avec le miroir, on voyait différents angles, j'imagine là, d'après ce que moi je voyais. (PRA1-E2)

Pour Patricia, le visionnement *a posteriori* des rencontres n'a pas été d'une très grande utilité pour son apprentissage par rapport à sa façon d'animer l'École. Elle juge que cela lui a été d'une certaine utilité cependant pour lui permettre d'observer plus en détail certaines postures ou certains mouvements d'un client, avec l'accompagnement de Justine (FOR2), dans le but d'identifier les correctifs à apporter lors de la prochaine rencontre.

Ben, je t'avoue que la partie qu'on regardait, je n'aimais pas ça. J'avais l'impression que je n'apprenais pas grand-chose. C'est arrivé une fois ou deux que j'ai trouvé ça plus pertinent parce que Justine nous faisait observer « Regarde, moi je le vois sous cet angle-là », mettons... comment qu'il s'appelait... Georges, son positionnement. (PRA1-E3)

Danielle (PRA2) est du même avis que Patricia concernant cette composante de la formation qu'elle a trouvée utile surtout parce que cela leur permettait de revoir la posture de certains clients ainsi que l'exécution de certains exercices avec Justine.

C'était peut-être 10-15 minutes, on faisait notre visionnement, c'est ça là on regardait les exercices, comment on faisait les exercices, le positionnement des patients. Ça s'arrêtait là. On ne s'écoutait pas parler *ben ben* longtemps. (PRA2-E2)

De plus, les interventions effectuées par les formateurs lors des rencontres cliniques, même si certaines ont été considérées parfois abusives par une des deux praticiennes qui animaient l'École interactionnelle, ont été interprétées comme ayant pour but le mieux-être du client et non comme une insulte à leur performance.

Pour Mireille (PRA3), toute l'étape de l'application clinique de l'intervention, incluant les interventions effectuées par les formateurs par l'entremise du téléphone et la pause-intervention, a été perçue comme une façon de travailler en équipe, ce qui permet de mieux faire avancer le traitement grâce aux points de vue de différents observateurs qui sont derrière le miroir sans tain.

Parce que ça permet d'avoir plusieurs yeux sur la même personne... sans que la personne se sente interpellée par trois-quatre personnes en même temps là. *Euh*. Mais le fait qu'on ne voit pas tous les mêmes choses avec nos mêmes yeux, en tout cas, je trouve que ça fait... c'est différent. *Pis* par rapport au même problème, *ben* on est deux à chercher une solution là. [...] Ça fait que c'est sûr qu'en équipe c'est mieux. (PRA3-E3)

Dans l'ensemble, l'organisation de l'application clinique d'une intervention pendant la formation (l'utilisation du miroir, du téléphone, la pause avec les superviseurs, la rétroaction après chaque rencontre et la préparation avant chacune d'elles, incluant le visionnement *a posteriori* de la rencontre) a été aidante pour Mireille, autant pour sa démarche d'apprentissage que pour intervenir auprès du client. Elle associe cette démarche à un travail d'équipe, un point fort de son expérience sur lequel elle revient à plusieurs reprises dans la deuxième et la troisième entrevue.

Ben oui. Étant donné qu'on donnait nos tâches et nos exercices ensemble, *pis* qu'on revenait sur chaque point avant ou après la rencontre *ben*... oui. Même si j'étais toute seule, je faisais un travail d'équipe en fait. Je n'étais pas toute seule... (elle rit) finalement. (PRA3-E3)

Oui. [...] C'est sûr que ça l'aide là. Moi je pense qu'on a... dans le fond... *ben* ça on le fait là, je veux dire, le travail d'équipe c'est important là, même pour un même patient. Quand on voit qu'un patient a besoin de plus que... moi quand je vois qu'il a besoin de plus que moi, je vais aller chercher ailleurs là. Pour l'enligner là. Parce que c'est important. (PRA3-E2)

Voici maintenant un extrait tiré des transcriptions du retour entre les formateurs et Mireille qui illustre les propos précédents.

Extrait de la transcription du retour - rencontre 2 – client 2 – rencontre individuelle

[Lors de ce retour, PRA3 commence par évoquer qu'elle trouve que son client ne collabore pas suffisamment, qu'il n'a pas utilisé pour d'autres situations certaines stratégies qu'elle lui avait proposées. FOR1 commence par lui dire que les clients ne généralisent pas toujours, qu'il faut parfois préciser dans les tâches lorsqu'on veut qu'ils reproduisent une stratégie dans d'autres situations de leur quotidien. Et la discussion qui se poursuit porte sur l'évolution du client et certains exercices.]

FOR1 : Est-ce qu'il progresse, est-ce qu'il avance normalement, est-ce qu'il est à la même place ou est-ce que c'est pire ?

PRA3 : Euh... Ben... c'est pas pire, c'est sûr (regarde vers le bas, elle réfléchit). Là j'ai réussi à avoir une bascule contrôlée tantôt assis, j'étais contente.

FOR1 : Ah, quand tu es retournée après pis que tu lui montrais comment le faire, il était capable.

PRA3 : C'était mieux qu'avant, c'était mieux assis, couché euh... (balance la tête de chaque côté, elle réfléchit, puis fait signe que non).

FOR2 : Ben couché, par exemple, ce qu'on a vu c'est que quand tu lui faisais faire le mouvement, pas de douleur, pis dès qu'il force...

PRA3 : Pour y aller, oui...

FOR2 : ...la douleur arrive.

PRA3 : C'est ça, c'est peut-être pour ça qu'il n'y a pas de mouvement aussi, parce que la douleur elle arrive peut-être avant le mouvement ?

FOR2 : Avant, oui.

PRA3 : Juste en forçant.

FOR1 : Oui, parce que quelqu'un qui ne force pas mécaniquement, c'est pas un problème, c'est dès qu'il force, là il se met en douleur, il provoque de la douleur.

PRA3 : C'est pour ça que j'y ai donné juste assis, pas couché.

(Silence)

PRA3 : Euh... Ben oui, je pense qu'il y a une petite progression, minime, mais... mais là, vu qu'il a été capable de faire la bascule du bassin. Mais au niveau des pics de douleur, y a pas eu l'air d'avoir...

FOR1 : Ben on ne lui a pas non plus vraiment demandé, c'était pas nécessaire encore à ce moment-ci, on va attendre rendu à la troisième rencontre à peu près, commencer à revenir là-dessus, mais je trouvais important d'écrire l'objectif pour qu'il le voit là, quand il remet ses lunettes chez eux il peut voir encore l'objectif.

PRA3 : Hum hum (signes affirmatifs de la tête). Mais euh... ouais, au niveau de la bascule je pense qu'il y a une progression, c'est ce qu'on lui demande de faire depuis le début là.

Bien que les rôles des formateurs et des apprenants soient différents dans le contexte de la formation, Alain (FOR1) insiste sur le fait que l'ensemble de la démarche d'intervention clinique sous supervision s'effectue dans le cadre d'un travail d'équipe dont l'objectif commun de tous est l'amélioration des clients. C'est dans cette perspective qu'il met la relation de confiance au centre de ses priorités, comme il l'a exprimé dans l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs.

Ah, il faut que tu sois une équipe face à huit patients. Mais là, on a des rôles différents, nous autres, c'est d'être derrière le miroir. Bon, eux autres sont de ce bord-là, bon, pour diverses raisons, etc. Mais on est, on fait partie de l'équipe certainement, on est présent en *bébitte*. *Pis* les patients nous connaissent, ils nous ont vus etc., *pis* ils nous voient en interaction avec les praticiennes aussi. [...] Alors, s'il y a des tensions dans l'équipe, les patients, c'est comme n'importe qui, ils vont le sentir immédiatement. Si pour une raison quelconque il y en a qui s'haïssent *pis* qu'ils le disent ouvertement *pis* ils sont en guerre, ça marchera pas là. La supervision va être gâchée de façon remarquable. *Tsé*, t'auras pas l'impact comme on a eu. *Pis* que même si on a des différends, même si on a des points qui n'étaient pas à notre goût, sur le fond, on les a quand même tout le temps supportées. Moi je sens qu'ils l'ont senti ça. *Tsé* que c'était les patients d'abord, on était les quatre là pour ça. (FOR1)

Le Tableau 27 présente la définition de la catégorie conceptualisante *Zone commune d'intervention*, qui se retrouve de façon prédominante dans la dimension relationnelle de la proposition théorique, ainsi que ses propriétés et conditions d'existence.

Tableau 27

Zone commune d'intervention

Définition	Mise à contribution de l'expertise et des efforts de toutes les parties impliquées dans la formation, dans l'exercice de leur rôle spécifique en contexte de formation, en vue de la réalisation d'un objectif ultime commun.
Propriétés	- Reconnaissance d'un travail d'équipe. - Convergence des rétroactions vers un objectif ultime commun à toutes les parties impliquées, soit le mieux-être des clients. - Effet synergique d'un travail complémentaire en contexte de formation.
Conditions d'existence	- Présence d'un objectif commun. - Complémentarité des rôles (positions différentes) à la base. - Intervention auprès de clients réels en contexte de formation. - Accès à l'intervention par toutes les parties impliquées.

7.4 Encadrement sécurisant

L'encadrement sécurisant qu'ont reçu les praticiennes tout au long de la formation a été un élément primordial pour elles. L'analyse révèle que cet encadrement est autant de nature organisationnelle et humaine que matérielle. Il inclut notamment certains des éléments de contexte de la formation. Par exemple, l'expertise des formateurs (leur expérience et leur complémentarité), l'accompagnement continu (la présence et le soutien des formateurs tout au long des étapes), la façon dont l'ensemble de la formation a été organisé et le respect et la relation de confiance entre les formateurs et les praticiennes sont des éléments qui supportent la construction de cette catégorie. Ces différentes particularités se retrouvent aux diverses étapes de la formation.

Les rencontres dans le cadre des bilans fonctionnels et interactionnels ont été une étape pendant laquelle Patricia (PRA1) considère qu'elle a beaucoup appris. Ce qu'elle a trouvé aidant c'est, premièrement, le fait que la formatrice possède une bonne expérience avec les clients souffrant de douleur chronique. De plus, le fait qu'elle ait eu l'occasion d'observer la formatrice avant de passer à l'action est quelque chose qu'elle a apprécié et qui a, selon elle, favorisé son apprentissage.

Oui, oui parce qu'il y a des choses qu'elle a évalué que moi-même, je ne sais pas comment faire. Par exemple évaluer le trapèze inférieur près de l'omoplate. *Ben* ça, j'ai appris de ça, maintenant je le fais à quasiment tout le monde, *ben* pas à tout le monde, mais presque. Il y a bien des choses comme ça que j'ai appris *pis* je trouvais ça correct justement qu'elle le fasse *pis* qu'après ça on l'applique. (PRA1-E2)

Pour Danielle (PRA2), la façon dont a été organisée la première partie de l'intervention relative aux bilans fonctionnel et interactionnel a permis un contexte dépourvu de pression.

Le fait qu'on faisait la première avec elle [la formatrice] *ben* c'était correct. *Tsé*, elle nous montrait un petit peu comment fonctionner, *pis* si on n'avait pas été à l'aise de prendre la relève pour la deuxième, elle l'aurait fait aussi là. Je ne sentais pas de pression de ce côté-là. (PRA2-E2)

La partie de la rencontre préparatoire qui était consacrée à la préparation de la rencontre suivante a également été une composante de la formation qui été aidante et sécurisante pour Patricia.

Oui, ça j'ai aimé ça parce que probablement que si on m'avait juste donné le matériel *pis* débrouille-toi, j'aurais eu beaucoup de questions, j'aurais vraiment eu des questions, tandis que là avec ce que Justine nous disait, c'était complet, les exercices, on les a pratiqués ensemble aussi quand on était moins sûres. Les expériences, les amorces, tout ça, on les a faites aussi. L'expérience du petit doigt, l'expérience du pendule, tout ça, elle nous les faisait pratiquer à l'hôpital, *faque* au moins on savait qu'est-ce qu'on allait expliquer aux gens *pis* c'est quoi aussi qu'on voulait comme résultat. Mais... non, ça, j'y tenais, ça me sécurisait qu'on se rencontre avant... (PRA1-E2)

La majeure partie de cette rencontre préparatoire était consacrée à la planification de la prochaine rencontre clinique et à la révision des routines motrices. Cette étape en est une qui est nécessaire selon Danielle, surtout la première fois que des praticiens animent ce genre d'intervention de groupe.

De savoir comment qu'on gère ça aussi là. *Pis* la répartition des diapositives, pour savoir qui dit quoi, qui fait quoi. *Faque* ça c'était... c'était bien, ça prenait ça moi je pense pour nous enligner. *Pis* les points importants aussi dans la diapo, toujours un petit texte en bas, *faque* ça nous permettait de regarder ça ensemble, *pis* si on avait des questions, *ben* c'était là, c'était l'endroit pour les poser. Le soir *ben* là on révisait ça à la maison religieusement. (PRA2-E2)

Différentes actions prévues par les formateurs visaient également à offrir un accompagnement sécurisant pour les praticiennes. La supervision en soi est d'ailleurs une composante de la formation qui favorise un contexte sécurisant puisqu'elle assure la présence de personnes compétentes pour assister les praticiennes au besoin, ce qui est notamment l'objectif des interventions effectuées par les formateurs lors des rencontres cliniques.

Enfin, l'approche des formateurs a été grandement appréciée par Patricia. Elle la qualifie d'aidante, de chaleureuse et d'humaine. Les échanges avec les formateurs étaient faciles et il régnait un climat de confiance. Patricia s'est sentie valorisée par les commentaires positifs des formateurs et c'est quelque chose qu'elle a trouvé agréable.

L'approche [des formateurs] *euh...* j'ai trouvé ça correct, je trouvais que c'était... aidant, je trouvais que c'était chaleureux aussi... *tsé* je n'étais pas un numéro là... je n'étais pas *PRA1* là [elle sourit]. Je n'étais pas ça. Non, j'étais Patricia, *pis* je trouvais ça le fun, l'approche était géniale *pis* justement, je trouvais que le côté humain était très présent puis *euh...* je n'avais pas l'impression de... Je savais que j'étais une élève, mais je trouvais que c'était une relation privilégiée avec son professeur. [Elle rit]. Non, non, je trouvais que c'était parfait l'approche des formateurs là... c'était pas froid ça fait que l'échange se faisait bien *pis* la

confiance était là aussi *pis*... juste le fait d'être valorisée à chaque fois là, d'avoir des bons *feedback*, même s'il y avait un *feedback* négatif, un point à améliorer, *ben* il y avait pleins de points qui étaient positifs *faque* c'était parfait là. *Pis* j'ai bien aimé les petits défis d'Alain. [Elle rit]. Je trouvais ça *ben* le fun. (PRA1-E2)

Pour Danielle, le fait que des professionnels avec des expertises complémentaires soient présents a été quelque chose qui a fait une différence.

C'est sûr qu'Alain aussi côté psychologie *tsé* des fois ça pouvait nous aider un petit peu à comprendre un peu *euh*... un peu comment que les gens réagissaient et tout ça là. Ça, ça a été bénéfique aussi d'aller chercher cet aspect-là parce que veut veut pas en lombalgie chronique je pense qu'il y a une partie psychologique aussi là... qui est importante là. *Euh*... c'est sûr que... je te dis pas que je serais capable de gérer le côté psychologique toute seule aujourd'hui là *tsé*, c'est sûr, je n'ai pas de formation là-dedans là, mais moi j'appelle ça avoir toujours... [elle place sa main gauche ouverte à côté de son oreille gauche et rit] en *back up* là, mais c'est sûr que ça, ça a aidé, justement pour nous aider un petit peu à voir l'aspect du psychologique là c'est ça de ce côté-là. *Pis* Justine, *ben* c'est sûr qu'avec... son expérience, tout ça en fait, ça nous a aidées à... (PRA2-E2)

Il importe de noter que pour les formateurs, la qualité de la relation est une dimension importante dans une démarche de supervision clinique.

Oui *pis* en même temps, toujours avec le milieu clinique, on a eu tout le long des rapports aussi humains... qui étaient dans un contexte relativement chaleureux et supportant. *Tsé*, je pense quand Patricia est arrivée *pis* elle nous a remerciés plus loin dans le temps, elle en a parlé à la dernière rencontre, quand elle est arrivée *pis* sur son lieu de travail elle avait eu des différends *pis* elle est arrivée émotionnellement un peu bouleversée par ça, *ben* on l'a rien qu'accueillie, *pis* ça arrive dans nos vies à tout le monde. [...] (FOR1)

Enfin, le support matériel a été un élément qui a favorisé un contexte sécurisant pour les praticiennes. Le matériel utilisé pour les Écoles interactionnelles comportait notamment toutes les diapos à utiliser pour les rencontres ainsi que les directives pour les praticiennes. Toutes les annexes et explications pour les exercices y étaient également incluses. Ce matériel a joué un rôle important dans le cheminement de Patricia. D'ailleurs, depuis la fin de la formation, Patricia et Danielle ont animé une École au Centre hospitalier avec le même matériel que celui qu'elles ont utilisé dans la formation. Voici un extrait du verbatim de la deuxième entrevue semi-dirigée effectuée avec Patricia :

Le matériel qu'il y avait sur des diaporamas tout ça là, le diaporama, ça j'ai beaucoup appris de ça. [...] Pour moi, c'était un bonus. Ça m'a donné je trouve beaucoup, beaucoup d'outils pour intervenir avec les gens en douleur chronique et tout ça là. (PRA1-E2)

Afin de préciser la catégorie conceptualisante *Encadrement sécurisant*, qui est prédominante dans la dimension relationnelle de la proposition théorique, le Tableau 28 en présente la définition ainsi que les propriétés et les conditions d'existence.

Tableau 28

Encadrement sécurisant

Définition	Reconnaissance de comportements et d'attitudes permettant un soutien organisationnel, humain et matériel et favorisant un sentiment de sécurité à l'intérieur de la démarche de formation.
Propriétés	- Sentiment de sécurité favorisant la gestion du stress. - Appréciation positive de l'attitude humaine et soutenante des formateurs. - Reconnaissance de l'expertise des formateurs. - Présence des formateurs à chacune des étapes de la formation.
Conditions d'existence	- Confrontation à une situation anxiogène. - Passage en zone d'inconfort. - Intégration d'une nouvelle façon de faire.

7.5 Crédibilité de l'approche d'intervention

L'ensemble des praticiennes ont mentionné qu'elles se sentaient désormais plus outillées pour intervenir auprès de personnes souffrant de douleur chronique. Toutes ont également apporté certains changements dans leur pratique clinique en relation avec cette nouvelle approche qu'elles ont expérimentée pendant la formation. On comprend qu'elles voient un avantage à utiliser leurs nouveaux apprentissages.

L'efficacité de l'intervention auprès des clients lors de l'étape de son application clinique est une rétroaction non négligeable, une rétroaction qui provient des clients eux-mêmes et qui a reflété aux praticiennes l'efficacité de leur travail. En effet, tous les clients, que ce soit dans les interventions individuelles ou en groupe, ont rapporté une amélioration de leur condition. Plus précisément, les deux clients des interventions individuelles ont atteint leur objectif qui avait été négocié au début des rencontres. Pour les clients de l'École interactionnelle, l'objectif concernant la capacité à gérer la cervicalgie (sur le contrat) a été atteint pour tous et les objectifs personnels étaient soit atteints, soit en voie d'être atteints lors de la dernière rencontre. Les commentaires des clients après chacune des rencontres, notamment la dernière, ont également été éloquentes et très appréciés par les praticiennes, qui ont senti que la démarche d'intervention utilisée était appréciée et réellement aidante pour les clients. Bien que Patricia (PRA1) et Danielle (PRA2) n'aient pas soulevé cet aspect directement dans les entrevues, certains commentaires lors des retours à la fin des interventions témoignent de leur appréciation de l'efficacité de l'intervention, comme en témoigne l'extrait dans l'encadré suivant.

Extrait de la transcription du retour – Rencontre 7 – École interactionnelle

PRA1 : *Ben* moi je suis contente parce que moi j'avais aucune expérience avec les classes autant de cou, de dos, et puis c'est ça, je trouve ça le fun parce que je savais qu'on donnait beaucoup, beaucoup d'outils à travers cette classe là *pis* souvent quand j'inscrivais les gens à la classe, c'est ce que je leur disais, vous allez apprendre plein de choses, vous allez avoir beaucoup d'outils, mais je suis contente de voir tout le matériel qu'on leur donne, le bagage. Dans le fond là, il leur reste juste à le mettre en pratique là, mais... Un peu comme PRA2 je trouvais qu'on avait des cas *euh...* lourds, *pis* je suis contente de voir aujourd'hui là qu'il y a une belle progression qui se fait parce que la semaine passée... non il y a deux semaines là j'étais là mon Dieu, on vas-tu vraiment voir une différence là ?

Pour Mireille (PRA3), l'efficacité des interventions qu'elle a appliquées auprès des deux clients lors d'interventions individuelles a eu une influence importante sur sa motivation à appliquer cette approche dans sa pratique clinique et cela ressort clairement dans ses propos lors de la deuxième entrevue.

Parce que je l'ai vécu. C'est le fait de le vivre, qu'on voit que ça a vraiment une influence... que là, on va l'appliquer après. Parce que si tu ne le vis pas, *ben* tu ne peux pas voir. *Faque* pour moi, ça, je pense que c'est important pour ça, de faire voir, justement, ça a plus d'influence là. Ça va nous influencer... [...] (PRA3-E2)

Mireille est d'avis qu'elle intègre davantage les nouveaux outils d'intervention à sa disposition comparativement à ses collègues qui ont participé à l'atelier de formation seulement. Elle attribue cela notamment au fait qu'elle ait pu les expérimenter et en constater l'efficacité.

Parce que je l'utilise moi. *Tsé*, les carnets de route, on n'en voit pas beaucoup passer. *Tsé* oui il y en a qui l'utilise là quand même *pis tsé* avec certaines... avec certaines personnes, mais, moi, c'est comme je fais ça avec tous mes patients, j'étais vendue là. [Elle rit]. Vous m'avez vendu votre salade là ! (PRA3-E2)

Certains changements qu'elle a apportés dans sa pratique ont également rendu ses interventions plus efficaces, ce qui renforce pour elle la pertinence d'intégrer cette approche.

Parce que c'est moins long à traiter quelqu'un. Ça je l'avais dit aussi tantôt là. De voir un cardex de cinq traitements quand d'habitude c'est 15-30 rencontres, *pis* là après la sixième tu fermes le dossier. J'en ai eu un autre aussi que j'ai vu comme ça. Je pense que je l'ai vu trois fois, à la quatrième je pense que j'ai fermé le dossier par téléphone. *Faque* regarde, les résultats sont là. (PRA3-E2)

Enfin, les trois praticiennes ont mentionné que certains outils pratiques, notamment le document de stratégie de gestion des capacités, le document sur le point de rupture et le carnet de route sont des ressources qu'elles utilisent parce qu'elles en ont constaté l'efficacité.

Cette catégorie est également supportée par les propos de la chef de service lors de la première entrevue qui a été faite avec elle et dans laquelle elle mentionne les avantages d'intégrer cette nouvelle démarche d'intervention qu'utilisait déjà Justine (FOR2). En effet, considérant les difficultés rencontrées dans la prise en charge de la clientèle souffrant de douleur chronique, notamment en traitement individuel, et considérant les résultats positifs de la démarche d'intervention qu'utilise Justine en clinique, la chef de service est motivée à ce que ses employés l'intègrent dans leur pratique.

Dans le but de préciser la catégorie conceptualisante *Crédibilité de l'approche d'intervention* qui est prédominante dans la dimension clinique de la proposition théorique, le Tableau 29 en présente la définition ainsi que les propriétés et les conditions d'existence.

Tableau 29
Crédibilité de l'approche d'intervention

Définition	Constater <i>in situ</i> l'efficacité et la pertinence du traitement appliqué dans le cadre de la formation.
Propriétés	- Observation de l'efficacité du traitement appliqué. - Reconnaissance de divers avantages à l'utilisation de la démarche d'intervention. - Concordance entre les attentes et les résultats de la démarche d'intervention utilisée.
Conditions d'existence	- Avoir préalablement vécu une situation d'inefficacité. - Opportunité d'expérimenter l'ensemble de la démarche d'intervention en contexte réel (interaction avec l'objet d'apprentissage). - Accès à une rétroaction sur l'évolution positive des clients à la suite des actions posées en relation avec les nouveaux apprentissages.

7.6 Facilitation de l'intégration en milieu clinique

Les praticiennes ont fait ressortir quelques composantes de la formation qui ont facilité pour elles l'intégration de certaines notions dans leur pratique clinique. Plus précisément, les quatre composantes suivantes de la formation illustrent ce phénomène : (i) accès à des outils pratiques d'intervention ; (ii) pratique préalable des exercices et autres activités demandés aux clients tout au long des rencontres ; (iii) disponibilité du support matériel pour appliquer l'intervention (cette composante est spécifique aux Écoles interactionnelles) ; et (iv) application de l'intervention en contexte clinique réel. Voyons maintenant plus en détail de quelle façon chacune de ces composantes a contribué à l'émergence de cette catégorie conceptualisante.

7.6.1 Accès à des outils pratiques d'intervention

Les récits de Patricia (PRA1) et Danielle (PRA2) font bien ressortir l'importance pour les praticiennes de certaines notions vues et utilisées dans le cadre de la formation, notamment la

gestion des capacités et le point de rupture. Ces deux notions, qui sont chacune accompagnées d'un outil pratique facilitant leur intégration en milieu clinique, ont été vues d'abord en classe lors de l'atelier de formation et appliquées ensuite lors de l'intervention clinique.

Pour Mireille (PRA3), certains outils d'intervention ont également été des découvertes importantes et elle les a rapidement intégrés dans sa pratique. D'ailleurs, elle mentionne lors de la troisième entrevue que si elle avait à former une personne à intervenir auprès d'une clientèle en douleur chronique, elle commencerait par lui expliquer le point de rupture, la gestion des capacités et l'utilisation du carnet de route, ce qui, selon elle, constituerait une bonne base. L'accès à des outils pratiques d'intervention a donc facilité l'intégration en clinique de certaines notions relatives à l'intervention stratégique.

7.6.2 Pratique préalable des exercices et autres activités demandées aux clients

La pratique des exercices et des activités qui allaient être demandés aux clients lors des rencontres est une composante de la formation qui se retrouve à différentes étapes, notamment lors de la rencontre préparatoire. Comme on l'a vu plus tôt, cette dernière a eu comme effet, d'une part, d'améliorer la compréhension des praticiennes face au niveau de difficulté que rencontrent les clients au cours du traitement. Pour cette raison, cette composante de la formation supporte l'émergence de la catégorie conceptualisante *Autoexpérimentation des exigences du traitement*.

D'autre part, comme on le verra dans cette section, cette composante a également eu pour effet de permettre aux praticiennes d'acquérir une meilleure compréhension et une meilleure maîtrise des exercices à enseigner, ce qui a contribué à augmenter leur sentiment de compétence quant à l'application de ces éléments d'intervention en milieu clinique. Voici un extrait des propos de Patricia à ce sujet :

Ben, c'est toujours plus facile. Quand j'étais à l'école, c'était la même affaire, on n'apprenait pas juste la théorie, il fallait le faire en pratique aussi. C'est beaucoup plus facile je trouve après de l'expliquer quand on l'a fait là. [...] Je dis tout le temps « Ah y'en a une qui m'a parlé de ça, on va l'essayer ensemble », tandis que là, je savais de quoi je parlais là, ah vous allez voir telle affaire, on va essayer pis vous me donnerez votre commentaire, mais je pouvais comparer moi aussi avec ce que j'avais fait. (PRA1-E2)

Pour sa part, Mireille indique que le fait d'avoir effectué elle-même les exercices pendant la formation a été quelque chose d'utile pour elle et que cela lui a permis d'être plus confiante et crédible dans ses interventions auprès de ses clients :

Mais c'est sûr que quand on sent le mouvement c'est plus facile de l'expliquer, *pis* qu'est-ce qu'on veut après là. Oui, ça c'est sûr. Dans toute chose là... (PRA3-E2)

7.6.3 Disponibilité du support matériel pour appliquer la démarche d'intervention en milieu clinique

Le matériel pédagogique qui était disponible pour appliquer l'ensemble de l'École a joué un rôle important dans le cheminement de Patricia.

Le matériel qu'il y avait sur des diaporamas tout ça là, le diaporama, ça j'ai beaucoup appris de ça. [...] Pour moi, c'était un bonus. Ça m'a donné je trouve beaucoup, beaucoup d'outils pour intervenir avec les gens en douleur chronique et tout ça là. (PRA1-E2)

Depuis la fin de la formation, Patricia et Danielle ont commencé à animer une École interactionnelle au Centre hospitalier avec le même matériel que celui qu'elles ont utilisé pendant la formation. Danielle mentionne qu'elle a été agréablement surprise de constater qu'elle se sentait outillée et confiante face à cette expérience.

Je suis contente d'avoir passé au travers, d'avoir toute vu les étapes, tout ça là. Je trouve que ça me permet de rendre ma pratique plus intéressante aussi là. Je trouve que moi aussi j'ai plus d'outils dans mon coffre là que je peux transmettre aux gens. (PRA2-E2)

La disponibilité du matériel pour reproduire l'intervention dans leur pratique est donc un aspect important qui a facilité l'intégration clinique de la démarche d'intervention dans le cas des interventions de groupe (École interactionnelle). Ceci est également supporté par les propos de la chef de service lors de la seconde entrevue, dans laquelle elle mentionne que les praticiennes (PRA1 et PRA2) se sentent plus outillées pour animer des classes (interventions de groupe) et qu'elles ont hâte de mettre en application leurs nouveaux apprentissages.

Chef de service. : Ah, ben là elles ont hâte aux prochaines classes là... [parle des deux praticiennes qui ont appliqué l'École interactionnelle dans le cadre de la formation]

Étudiante-chercheuse : (Rires) Elles ont hâte...

Chef de service : Ben là, en septembre, ben là elles ont dit « il faut qu'on la refasse ensemble là, toutes les deux ». *Faque* c'est ça, il va y avoir la classe de dos, la classe de cou à l'automne...

7.6.4 Application de l'intervention en contexte réel dans le cadre de la formation

L'application d'une École interactionnelle représente la partie la plus importante de la formation en termes de temps. Cette partie de la démarche pédagogique a été significative pour Patricia, cela lui a permis d'intégrer concrètement les différentes notions vues pendant l'atelier de formation.

Ben... oui, mais... comment je dirais ça, ce n'est pas *euuh...* *tsé...* l'approche, on a fait une fin de semaine de form... *ben* deux samedis de formation, mais ce n'est pas dans ces deux samedis-là qu'on a tout acquis. Moi j'ai l'impression que c'est à travers la classe que j'ai acquis beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses-là. À la toute fin on parlait toujours avec Alain [FOR1] et Justine [FOR2]... et Danielle puis *euuh...* j'ai l'impression que c'est à travers tout ça... *faque* c'est un cheminement. [...] *Pis* je m'aperçois qu'à force de le mettre en pratique, *ben* ça devient de plus en plus facile et naturel aussi. Je t'avoue qu'au début, ce n'était pas très naturel pour moi là. (PRA1-E3)

Pour Danielle également, cette composante de la formation a été importante et a fait une différence ; cela a facilité l'intégration des différentes étapes de l'intervention dans sa pratique.

Ben c'est sûr que ça nous... ça nous permet d'assimiler. Le fait que c'était sur *euuh...*, quand même une longue période, de toute façon on n'a pas le choix, la classe est comme ça là, c'est huit semaines, *pis* les dernières sont à... aux deux semaines, *faque* c'est sûr que ça permet... il y a un but à ça là. Même pour les clients, ça leur permet d'assimiler leurs exercices tout ça pour les... les amener à... [...] C'est sûr que ceux qui ont eu juste le théorique, la partie théorique, *euuh...* c'était moins évident de le mettre en pratique... que nous autres le fait qu'on l'ait fait en groupe aussi là... ça nous permettait de... de mettre des étapes là de ce qu'on a vu en théorique à la pratique là. C'est sûr qu'on a été un petit peu privilégiées de ce côté-là. Je suis contente d'avoir... (PRA2-E2)

De plus, on constate que Danielle intègre déjà des modifications aux « classes » de dos actuellement appliquées dans son département au Centre hospitalier et qu'elle a commencé à coanimer un peu avant la fin de la formation. Voici un extrait qui illustre les changements qu'elle remarque dans ses réactions lorsqu'elle intervient dans ces interventions de groupe.

Extrait de la transcription du retour – rencontre 7 – École interactionnelle

PRA2 : Premièrement. *Aille* moi tout de suite je suis allée chercher des bancs *pis* toute pour les installer pour qu'ils soient confortables *pis* toute là, parce qu'il y en avait une... ses pieds touchaient pas au sol, elle était emmanchée tout croche, j'ai fait comme... *ah... Tsé*, c'est des petites choses, mais je me suis dit crime, il faut porter attention parce que *tsé... Pis* aujourd'hui, la classe qu'on animait ce matin, il y avait des diapos, il y avait des diapos, il y avait des diapos *eah... Pis* ils faisaient quasiment pas d'exercices.

FOR1 : *Ah*, c'est bon que t'aies remarqué ça.

PRA2 : On a fait deux trois mobilisations pour le bassin. J'ai fait... j'ai dit à Aline *aille... Faque* là je m'imaginai la madame qui passe quasiment deux heures et demie parce qu'on a quasiment pas fait d'exercices assis, les pieds qui touchent pas à terre... *aille*, je me disais elle fatigue là ça a pas de bon sens là. *Faque* là je suis allée lui chercher un petit banc *pis tsé* j'ai essayé de lui rendre ça le plus... *pis tsé* pleins de... Ça, ça m'a comme frappée. Point de rupture, écoute, tous les gens qui faisaient leur routine motrice *eah... cardio* là, ils me disaient tous « ça fait mal ça fait mal ». J'ai fait comme... ça... c'est pas normal, il faut pas que ça fasse mal. *Faque* là je me disais ça il va falloir ajouter ça dans la classe de dos, parler du point de rupture c'est important parce que... *pis* là ils sont rendus à la septième... septième classe là. *Tsé pis* ils travaillent encore en cardio en augmentant leur douleur *pis* tout. Ça ne marche pas là. *Faque tsé* c'était comme juste des petites affaires de même, je me suis dit *ben câline*.

L'étape de l'application clinique de l'intervention dans le cadre de la formation a fait une différence également pour Mireille, notamment quant à l'intégration dans sa pratique des différentes stratégies vues dans le cours.

[...] *pis* que je n'aurais pas fait cette intervention-là, ça aurait eu moins de poids. Effectivement, ce n'est pas tout le monde qui utilise maintenant les objectifs, les carnets de route autant que moi je peux les utiliser. Parce que je l'ai vécu. C'est le fait de le vivre, qu'on voit que ça a vraiment une influence... que là, on va l'appliquer après. Parce que si tu ne le vis pas, *ben* tu ne peux pas voir. *Faque* pour moi, ça, je pense que c'est important pour ça, de faire voir, justement, ça a plus d'influence là. Ça va nous influencer... [...] (PRA3-E2)

Le Tableau 30 présente la définition, les propriétés et les conditions d'existence de la catégorie conceptualisante *Facilitation de l'intégration en milieu clinique* qui est prédominante dans la dimension clinique de la proposition théorique.

Tableau 30
Facilitation de l'intégration en milieu clinique

Définition	Ensemble d'éléments de la formation contribuant à faciliter l'application clinique de certaines parties de l'approche d'intervention.
Propriétés	- Accès à des outils pratiques d'intervention. - Développement de nouvelles habiletés d'intervention par la pratique. - Amélioration du sentiment de confiance dans l'application de l'intervention.
Conditions d'existence	- Reconnaissance de l'efficacité et de la pertinence de l'intégration de l'approche d'intervention. - Possibilité de pratiquer en contexte clinique et de recevoir des rétroactions. - Augmentation des sentiments de confiance et de compétence dans l'intervention auprès de la clientèle en douleur chronique.

7.7 Présentation schématique de la proposition théorique

Le développement de catégories conceptualisantes visait à expliquer comment le contenu et le déroulement de la formation ont influencé les modèles d'action des praticiennes. Une démarche d'analyse supplémentaire a permis la mise en place d'une théorisation à partir de ces catégories conceptualisantes, permettant de fournir une explication à notre question de recherche initiale : en quoi et comment le contenu et le déroulement d'une formation à l'intervention stratégique, appliquée dans le contexte d'une formation continue à des professionnels de la physiothérapie, influencent-ils leurs modèles d'action à court terme ?

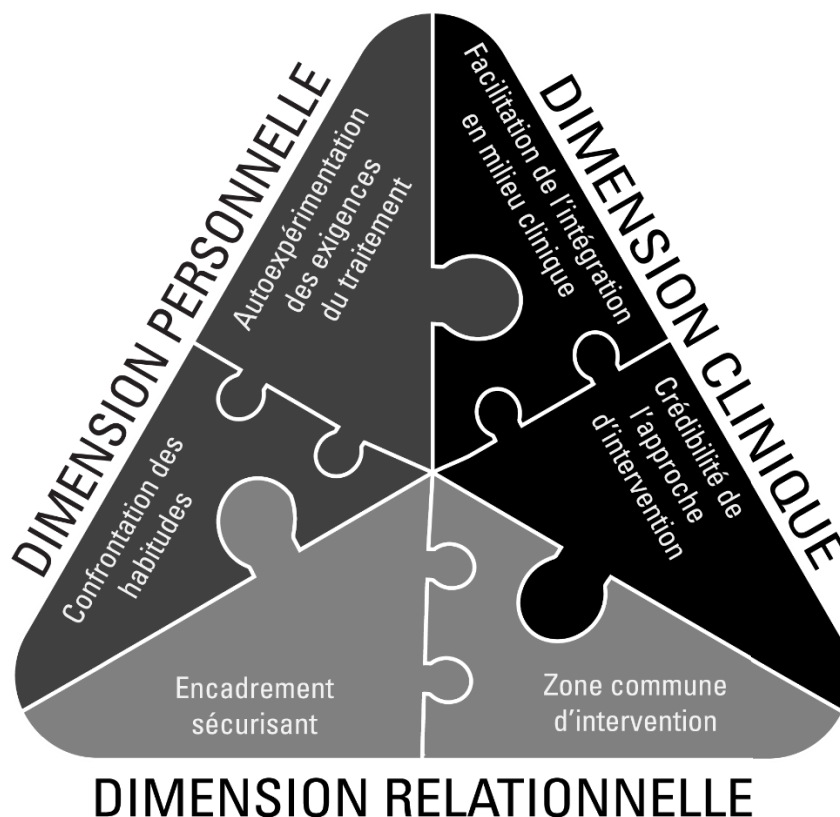
La présentation des six catégories conceptualisantes a permis de mettre en évidence la dimension complémentaire des différentes étapes et composantes de la formation. En effet, si ces différentes catégories conceptualisantes ne peuvent exercer leur pleine influence qu'en s'articulant les unes avec les autres, elles ont également en commun le fait qu'elles s'appuient toutes sur la complémentarité entre théorie, pratique et supervision clinique. Plus précisément, on remarque qu'aucune des catégories qui ont émergé ne trouve son origine

dans une composante isolée de la formation ou dans une seule de ses étapes. Ce travail d'analyse nous permet de privilégier l'hypothèse que l'ensemble de la démarche de formation, incluant le contexte spécifique avec lequel les apprenants sont en interaction, a un effet synergique sur le changement des modèles d'action des praticiennes.

La Figure 10 présente une version schématisée de la proposition théorique issue de cette dernière étape de l'analyse qui explicite l'articulation entre les différentes catégories et les différentes dimensions. Rappelons que la démarche de théorisation découle des quatre opérations suivantes : la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation qui ont été présentées à la sous-section 3.2.4.4. Ces opérations ont été effectuées tout au long de cette partie de l'analyse.

Figure 10

Proposition théorique : une perspective tridimensionnelle
du changement d'habitudes d'intervention



Source : auteure.

Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2013b) «[...] la contribution ciblée et significative de la théorisation émerge de l'articulation de l'ensemble et non de la somme des catégories prises une à une. » (p. 352) Ainsi, il importe de noter que les catégories qui découlent de cette analyse ne sont pas indépendantes les unes des autres et exercent leur plein potentiel dans leur articulation. À titre d'exemples, la *Confrontation des habitudes* a contribué à favoriser le changement des habitudes d'intervention chez les praticiennes, et, par le fait même, l'application de nouvelles stratégies d'intervention dans leur pratique clinique. La *Confrontation des habitudes* (dimension personnelle) s'articule donc avec la catégorie *Facilitation de l'intégration en milieu clinique* (dimension clinique). Par ailleurs, la catégorie *Facilitation de l'intégration en milieu clinique* est indissociable de la catégorie *Crédibilité de la démarche d'intervention* puisque le fait d'appliquer certaines stratégies d'intervention dans leur pratique a permis aux praticiennes d'en constater l'efficacité à cet endroit également. Cela a donc renforcé la *Crédibilité de la démarche d'intervention*. Ainsi, ces deux catégories de la dimension clinique s'articulent l'une avec l'autre. En outre, l'*Encadrement sécurisant* (dimension relationnelle) a favorisé l'implication des praticiennes dans le processus d'apprentissage et a ainsi contribué à influencer la catégorie *Confrontation des habitudes*. Cette dernière catégorie a également été influencée par la catégorie *Autoexpérimentation des exigences du traitement* (dimension personnelle) qui a contribué à ébranler certaines perceptions des praticiennes, ce qui les a incitées à agir différemment face aux clients qui n'adhèrent pas à leur programme d'exercices. Ces deux catégories de la dimension personnelle s'influencent donc mutuellement. De même, la *Zone commune d'intervention* (dimension relationnelle) semble avoir joué un rôle important pour les praticiennes en leur permettant de participer activement aux traitements et d'en observer les avantages, ce qui est donc en relation avec la catégorie *Crédibilité de la démarche d'intervention* (dimension clinique).

Le chapitre suivant permettra d'approfondir la validation théorique de la proposition théorique. En effet, étant donné la démarche essentiellement inductive qui a mené à l'émergence de ces catégories conceptualisantes et la posture d'ouverture de l'étudiante-chercheuse, les résultats ne reposent pas sur des référents théoriques préalablement identifiés, soumettant plutôt cette possibilité à une vérification *a posteriori*.

CHAPITRE 8

DISCUSSION

Un chercheur de terrain est toujours intarissable à propos de sa recherche ; il y a toujours telle portion de témoignage qu'il n'a pas citée, tel lien qu'il aurait pu faire, telle avenue qu'il a certes envisagée mais qu'il n'a pas poursuivie pour telles et telles raisons, tel aspect qui pourrait être mis en évidence suite à telle objection. S'il a bien fait son travail, il a en sa possession tous les éléments pour soutenir sa thèse (dans son sens large) et, très certainement, pour la réévaluer même une fois le rapport terminé. (Paillé et Mucchielli, 2013b, p. 357)

Cette recherche visait à expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement de la formation à l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique (ISDC), appliquée dans le contexte d'une formation continue à des professionnelles de la physiothérapie, influencent les modèles d'action de ces praticiennes à court terme. Les trois chapitres précédents ont permis de : (i) analyser et documenter le contenu et le déroulement de la formation ; (ii) analyser et documenter l'évolution des modèles d'action des praticiennes à court terme ; et (iii) expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement de la formation influencent les modèles d'action des praticiennes à court terme.

Ce dernier chapitre vise à faire ressortir et à discuter les résultats les plus importants de cette recherche. Ainsi, la première partie de la discussion sera présentée en deux principales sections. La première portera sur le changement des modèles d'action des praticiennes. La seconde, pour sa part, s'articulera autour des trois dimensions de la proposition théorique qui intègre l'ensemble des résultats de cette recherche. Ces résultats seront mis en relation avec la problématique, les éléments du cadre conceptuel ainsi que les connaissances recensées dans le domaine. Ensuite, la deuxième partie de la discussion présentera les principales forces et limites de l'étude ainsi que quelques pistes de recherches futures.

8.1 L'évolution des modèles d'action des praticiennes

Dans cette recherche, le changement chez les praticiennes a été documenté à l'aide du concept de modèle d'action tel que défini par Bourassa *et al.* (1999). Au-delà d'un cadre pour l'analyse de la deuxième partie des résultats, la structure du modèle d'action (Bourassa

et al., 1999) a été utilisée pour synthétiser et organiser cette partie des résultats à l'intérieur des trois constituants qui la définissent. Cette façon de faire a permis de mieux comprendre les changements répertoriés en les intégrant dans un cadre organisé qui met en lumière le processus décisionnel qui guide les choix et les stratégies d'actions des praticiennes. Cette sous-section de la discussion porte donc sur les tendances observées dans le changement des modèles d'action des trois praticiennes faisant partie de l'étude en portant un intérêt particulier aux relations avec les lignes directrices proposées par l'IASP (2018b) pour les programmes de formation. Dans un deuxième temps, les principales différences entre les trois praticiennes sont mises en relief.

8.1.1 Un changement qui découle d'un apprentissage de double boucle

Comme on peut le constater dans le deuxième chapitre de résultats, les modèles d'action des praticiennes ont évolué au cours de la formation. Une analyse verticale des récits phénoménologiques a d'abord permis de documenter les changements vécus par chacune des praticiennes et d'observer certaines similitudes. Ensuite, une analyse transversale a été effectuée dans le but de faire ressortir les principales tendances observées dans le cheminement des trois praticiennes.

Dans un premier temps, on peut observer certaines incohérences entre les intentions des praticiennes et les stratégies d'intervention qu'elles rapportent utiliser avant de débiter la formation. Par exemple, ces dernières mentionnent vouloir être un guide (un coach) pour leurs clients et les responsabiliser face à leurs traitements. Par contre, elles interviennent à partir d'une position « expert », identifient les objectifs du traitement en fonction de leur évaluation (objective et subjective) et déterminent généralement de façon unilatérale les programmes d'exercices du client, sans tenir compte de son contexte (famille, travail, contraintes). Selon Bourassa et ses collaborateurs (1999), il semble s'agir d'un écart de type III, « L'écart trompe ! » (p. 84), c'est-à-dire que les praticiennes ne reconnaissent pas la véritable intention qui guide leurs stratégies d'action. Cet écart s'est estompé après la formation et on remarque certains changements chez les praticiennes.

On observe d'abord certains changements chez les trois praticiennes sur le plan des représentations. Il importe de rappeler que les représentations constituent l'arrière-plan des

modèles d'action. Ces dernières incluent les interprétations, les attitudes, les croyances et les émotions qui guident l'intention (l'effet visé) et le choix d'une action (Bourassa *et al.*, 1999). Ainsi, « changer de stratégie sans l'inscrire dans un cadre de référence modifié réduit les possibilités de changement significatif des modèles d'action concernés » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 119). Chez les praticiennes à l'étude, un premier changement notable se situe dans la perception de leur rôle dans la relation avec le client (d'un rôle d'« expert » à un rôle de « non-expert »). On peut associer ce changement à un recadrage de la définition de la relation qui découle de la formation (Bourassa *et al.*, 1999). Comme le soulignent Bourassa *et al.* (1999), « les situations d'inefficacité peuvent dépendre de la rigidité de ces modèles d'interaction. Le fait de recadrer différemment une relation devient alors une solution alternative très intéressante pour redevenir efficace. » (p. 112) En ISDC, la position « non-expert » est celle qui est priorisée dans la principale partie de l'intervention et c'est celle que priorisent davantage les praticiennes après la formation.

Un autre changement mis en évidence dans les modèles d'action des praticiennes se situe sur le plan de la perception de la collaboration ou de la non-collaboration du client à son traitement. Avant la formation, les praticiennes avaient tendance à attribuer la non-collaboration d'un patient à une caractéristique de ce dernier. Après la formation, face à une même situation, elles contestaient plutôt les caractéristiques de l'intervention (ex. : manque d'information sur les solutions tentées du client et son contexte, choix et intensité des exercices prescrits). Également en relation avec l'absence de collaboration d'un patient à son traitement, on note un changement d'attitude chez les praticiennes. Avant la formation, la confrontation et la menace d'arrêter le traitement étaient des stratégies utilisées pour obtenir la collaboration de leurs patients. Après la formation, elles semblent avoir davantage d'empathie et leurs stratégies d'action consistent davantage à explorer les sources contextuelles de ce manque d'adhésion au traitement. Ce changement semble découler d'une nouvelle représentation par rapport au niveau de difficulté relié aux traitements proposés et à l'influence de différents facteurs environnementaux. Ces deux derniers changements peuvent être associés à un recadrage de la signification. Plus précisément, « le recadrage de la signification consiste à présenter au praticien des façons différentes de concevoir la situation problématique dans laquelle il se retrouve. » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 108) Les deux types de recadrages sont ici présentés en termes de résultats. Les méthodes utilisées

pour y arriver seront abordées dans la prochaine section de la discussion qui portera sur les éléments de la formation ayant permis de tels changements.

Sur le plan des stratégies d'intervention plus précisément, on constate une différence dans le choix des exercices utilisés, qui s'appuient davantage sur les nouvelles connaissances scientifiques en biomécanique et en neurophysiologie (ex. : stabilisation, précision du mouvement, respiration, exécution des exercices sans augmentation de douleur) (Comeford et Mottram, 2012; Moseley, 2003; Moseley et Vlaeyen, 2015) et une diminution des traitements passifs. Les praticiennes obtiennent également davantage d'informations sur les éléments à considérer avant de prescrire un traitement, dont l'objectif du client, ses activités de la vie quotidienne, ses relations familiales, etc. Ces changements sont en relation avec les recommandations de l'IASP (2018b) pour les programmes de formation des physiothérapeutes, c'est-à-dire « *encouraging active self-management through the use of physical, cognitive, and behavioral approaches to help reduce the impact of pain and disability.* » De plus, les trois praticiennes semblent avoir intégré les outils d'intervention remis et utilisés pendant la formation (ex. : tableau de gestion des capacités, métaphore du point de rupture et carnet de route) et fournissent davantage d'explications à leurs patients sur les différents facteurs qui contribuent à maintenir leur douleur. Ces nouvelles habitudes sont également en relation avec les recommandations de l'IASP (2018b) qui stipulent que le rôle des physiothérapeutes consiste

to provide contemporary education about pain and to encourage early engagement of every patient in appropriate evidence-based active pain-management strategies (what the patient can do themselves), rather than solely focusing on the use of passive interventions (what you do for the patient).

Par ailleurs, les changements observés sur le plan des stratégies d'intervention des praticiennes sont en relation avec plusieurs des objectifs d'apprentissage proposés par l'IASP (2018a), notamment l'utilisation des données probantes dans le traitement de la douleur chronique et l'application de différentes stratégies qui en découlent, par exemple la reconnaissance de l'expérience unique de chaque individu face à sa condition ; l'influence de cette expérience sur la famille et l'environnement social et, inversement, de la famille et de l'environnement social sur cette expérience (perspective interactionnelle) ; une reconnaissance des dimensions biopsychosociales de la douleur dans l'intervention,

l'application d'une approche plus centrée sur les particularités de chaque patient et qui tient compte de ses attentes ; une diminution des traitements passifs et une utilisation accrue des stratégies d'autogestion de la douleur ; la considération des priorités des patients dans la détermination des objectifs du traitement ; une amélioration des habiletés en communication et une attitude empathique (IASP, 2018b).

En somme, les résultats obtenus montrent que la formation à l'ISDC a eu un impact, entre autres, sur le plan des représentations (attitudes, croyances et interprétations) des praticiennes. Des changements de cette nature ont également été rapportés dans d'autres études qui ont évalué l'impact d'une formation s'appuyant sur un modèle biopsychosocial de la douleur chronique chez des thérapeutes physiques (Overmeer *et al.*, 2009, 2011) et chez des étudiants en physiothérapie (Domenech *et al.*, 2011). En outre, les résultats de la présente étude permettent également de constater des changements sur le plan des habitudes d'intervention des praticiennes. Ces changements sont documentés à l'aide d'entrevues semi-dirigées incluant des exemples de leurs interventions en milieu clinique. Les stratégies que les praticiennes rapportent utiliser dans la pratique sont cohérentes de façon générale avec leurs nouvelles représentations. Les résultats indiquent donc que les praticiennes ont effectué un apprentissage de double boucle (Argyris, 2003; Argyris et Schön, 1974). Dans ce sens, ils se distinguent des résultats rapportés dans certaines des études précitées. Par exemple, Overmeer *et al.* (2009, 2011) ont évalué les changements sur le plan des attitudes et des croyances (à l'aide de questionnaires standardisés) et sur le plan de certaines connaissances et habiletés en relation avec l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux (à l'aide de vignettes et de patients imaginaires sur vidéo). Bien qu'ils aient pu constater un lien entre ces deux types de changements, ces derniers n'ont pas été mis en relation avec les stratégies d'action utilisées en contexte clinique. Quant à l'étude de Domenech *et al.* (2011), elle a montré, à la suite d'une formation orientée sur un modèle biopsychosocial, des changements sur le plan des croyances et des attitudes des praticiens en relation avec les facteurs de risque psychosociaux ainsi que sur le plan des recommandations faites aux patients. Les changements ont également été évalués à l'aide de questionnaires standardisés (attitudes et croyances) et de vignettes (recommandations faites aux patients), mais aucune information ne permet d'établir une relation entre les résultats à ces questionnaires et les stratégies d'intervention utilisées par les praticiens dans la pratique clinique. La démarche méthodologique retenue pour notre étude

contribue donc à l'originalité des résultats. Il importe toutefois de souligner que les études présentées à titre de comparaison ci-dessus visaient des objectifs différents de ceux de la présente étude et que les méthodes de collecte de données privilégiées sont en relation avec ces objectifs. De ce fait, il demeure difficile de comparer des résultats qui visent des objectifs différents et qui découlent de deux dispositifs méthodologiques d'orientation différente. Ces comparaisons doivent être interprétées avec discernement.

Cela dit, il est aussi important de souligner que les résultats relatifs aux changements de modèles d'action des praticiennes doivent être interprétés avec prudence. En effet, les résultats présentés ici s'appuient sur les informations qui ressortent des récits phénoménologiques qui ont été construits à partir des entrevues semi-dirigées, et non sur une méthode particulière d'explicitation. La technique utilisée par Bourassa *et al.* (1999) pour faire expliciter les modèles d'action, adaptée de celle utilisée par Argyris (2003), propose une réflexion sur les représentations, les intentions et les stratégies d'action. Cette réflexion constitue en soi une étape importante dans la démarche d'apprentissage comme le soulignent les auteurs. Le but de l'étudiante-chercheuse dans cette étude n'était pas de contribuer à la démarche de réflexion et d'apprentissage des praticiennes, mais de documenter les tendances générales des modèles d'action de ces dernières et de les comparer dans le temps. Dans ce contexte, l'entrevue semi-dirigée a été retenue comme technique de collecte des données. Cette dernière avait pour avantage de limiter l'influence de l'étudiante-chercheuse sur les changements observés, en permettant d'obtenir des informations pour documenter les changements découlant de la formation. Enfin, il est à noter qu'aucune observation n'a été faite par l'étudiante-chercheuse en clinique pour vérifier l'application de ces stratégies d'action. Ainsi, en l'absence d'une démarche d'explicitation des modèles d'action et d'une observation en milieu clinique, on peut considérer que les changements rapportés par les praticiennes se situent dans les limites de la dimension « intime » des modèles d'action.

Par ailleurs, pour pallier cette limite relative à la collecte des données et à l'analyse des résultats, deux stratégies ont été utilisées. Dans un premier temps, à chacune des entrevues semi-dirigées, l'étudiante-chercheuse a demandé aux praticiennes de donner quelques exemples de stratégies utilisées à partir d'une intervention appliquée dans leur milieu clinique les jours ou les semaines précédant l'entrevue. La description des stratégies utilisées

plutôt que l'explication de la compréhension générale de la démarche d'intervention réduit le risque d'un écart entre ce que les praticiennes disent qu'elles font et ce qu'elles font réellement. Ensuite, l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs à la fin de la formation a permis d'obtenir des informations sur l'évolution des praticiennes dans les rencontres cliniques effectuées au cours de la formation, donc en contexte d'intervention réelle. Ces informations proviennent de personnes bien positionnées pour apprécier ces changements. Cette stratégie de collecte de données permet donc d'accéder à la dimension publique des modèles d'action des praticiennes, du moins au cours de la formation.

8.1.2 Quelques réflexions pour expliquer les différences entre les praticiennes relativement aux changements observés

L'analyse transversale des récits phénoménologiques a permis de mettre en lumière certaines différences entre les praticiennes. Plus précisément, ces résultats font ressortir quatre principales différences entre Mireille (PRA3) (qui a appliqué des traitements individuels) et Patricia (PRA1) et Danielle (PRA2) (qui ont appliqué une intervention de groupe). Par exemple, lors de la troisième entrevue, Mireille est la seule qui rapporte utiliser dans sa pratique clinique la notion de changement minimal (négociation de l'objectif), qui indique qu'elle fait décrire en détail par le client sa journée d'hier (pour obtenir des informations sur les solutions tentées), qui prend le temps d'encourager le client et de le féliciter pour ses efforts, et enfin, qui insiste sur la nécessité d'adapter l'organisation des rendez-vous pour cette clientèle de façon à en réduire la fréquence et à en augmenter la durée.

Ces différences pourraient s'expliquer, d'une part, par le contexte précis dans lequel a été appliquée la démarche d'intervention pendant la formation et, d'autre part, par certaines caractéristiques de Mireille. Plus précisément, concernant le contexte relatif au déroulement des rencontres cliniques, comme le montre la partie des résultats qui décrit le déroulement de la formation, il y a certaines différences entre la démarche d'intervention appliquée lors d'interventions individuelles et celle appliquée dans le cadre d'une École interactionnelle. On remarque notamment que les traitements individuels sont moins structurés et plus individualisés que le traitement en groupe. Dans les traitements individuels, la totalité de l'intervention est consacrée à un seul client, chaque situation est donc approfondie de façon

individualisée. Ainsi, l'intervention qui vise à faire décrire en entier au client sa journée d'hier s'applique généralement aux interventions individuelles, et à l'inverse, elle est utilisée de façon beaucoup moins systématique en intervention de groupe. De plus, la pause pendant les rencontres individuelles se fait avec les formateurs et sert à déterminer en équipe les commentaires (validation et encouragement) et les tâches à remettre au client. Cette étape n'est pas incluse dans l'animation d'une École interactionnelle dans laquelle, mis à part la routine motrice, les tâches sont généralement les mêmes pour l'ensemble du groupe et sont déjà déterminées dans la structure même de l'intervention. D'ailleurs, aucun encouragement n'est formulé de façon individuelle dans le cadre d'une École interactionnelle. Il est à noter que Mireille a appliqué cette démarche (pause/retour/encouragement/validation et tâches personnalisées) lors des onze rencontres cliniques effectuées pendant la formation, ce qui peut expliquer qu'elle ait davantage intégré cette façon de faire dans sa pratique clinique.

En outre, Mireille a eu l'occasion de suivre seulement deux patients, mais en revanche, elle les a vus dans un contexte relationnel privilégié et elle a eu l'occasion d'appliquer une intervention entière à deux reprises. De plus, Mireille accordait plus d'une heure à chaque client à chaque rencontre pour obtenir des informations et encadrer de façon très soutenue chacun des exercices. Toutes ces caractéristiques relatives au contexte des interventions individuelles peuvent favoriser davantage la réflexion dans l'action (en cours d'intervention) et la réflexion sur l'action (réflexion analytique sur l'action passée) (Schön, 1983, 1987). Cette différence est d'ailleurs supportée par les propos de Danielle qui mentionne qu'elle a plus de difficulté à intégrer la démarche d'intervention dans sa pratique clinique dans le cadre de rencontres individuelles, ce qui témoigne de l'influence du contexte de la formation sur les changements et l'intégration des apprentissages.

Enfin, en ce qui concerne les caractéristiques des praticiennes, il importe de noter que Mireille avait moins d'expérience de travail que Patricia et Danielle. Cette particularité pourrait expliquer une plus grande ouverture au changement, ou encore une différence au niveau de sa formation. D'ailleurs, un fait intéressant à noter, c'est qu'il existe quelques différences dans les modèles d'action de Mireille avant la formation par rapport aux autres praticiennes, notamment quant à la façon de questionner et d'explorer un problème avec un client. En relation avec son nombre d'années d'expérience moins élevé, une autre explication

possible est que les représentations et les habitudes de départ (modèles d'action) de Mireille étaient possiblement moins solidement ancrées, puisqu'elle a moins d'années d'expérience et a été moins influencée par la culture du milieu. Certaines particularités propres à la personnalité de Mireille pourraient aussi expliquer en partie ces différences observées. Enfin, il se peut également que certaines différences s'expliquent par le fait que Patricia et Danielle aient donné moins d'informations dans leurs entrevues.

En somme, les résultats obtenus mettent en lumière la différence entre les deux types d'applications de l'intervention dans le type d'apprentissage qui en découle et montrent notamment que la formation dans le cadre d'interventions individuelles semble favoriser davantage l'intégration de la démarche d'intervention. Les différences observées soulèvent également une réflexion concernant l'influence de différents facteurs (c.-à-d. personnels et culturels) dans la facilité à changer des habitudes d'intervention, notamment le nombre d'années d'expérience et l'ouverture face au changement.

8.2 Les trois dimensions semblant avoir favorisé le changement de modèles d'action au cours de la formation

La mise en place d'une théorisation représente un niveau d'inférence qui nécessite différentes étapes d'analyse des entités conceptualisantes, notamment la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation (Paillé et Mucchielli, 2013f). Cette deuxième partie de la discussion permet de compléter la démarche de théorisation en confrontant certains des résultats finaux avec les éléments du cadre conceptuel et les écrits sur le sujet. Cette section a donc été structurée en fonction des trois dimensions de la proposition théorique : la dimension personnelle, la dimension clinique et la dimension relationnelle.

8.2.1 Dimension personnelle relative au changement

Les praticiennes sont arrivées au début de la formation avec des connaissances antérieures développées dans des formations précédentes et des expériences antérieures ; elles avaient des modèles d'action (Bourassa *et al.*, 1999). La formation visait à aider les praticiennes à intégrer de nouveaux apprentissages et à acquérir de nouvelles habiletés, basés sur un nouveau paradigme, pour leur permettre d'améliorer l'efficacité de leurs interventions auprès

de leur clientèle souffrant de douleur chronique. On pourrait donc dire que la formation visait à enrichir leurs modèles d'action, à partir d'une démarche d'intervention spécifique, soit l'ISDC. Cette distinction entre des étudiants en formation initiale et des professionnels en formation continue est importante à considérer. En effet, la formation continue représente un défi particulier dans le contexte où elle doit viser l'intégration de nouvelles connaissances basées sur un changement de paradigme, donc une approche différente de celle qui a été enseignée aux professionnels dans leur curriculum collégial ou universitaire et qui est généralement bien intégrée dans leur milieu clinique.

La dimension personnelle de la proposition théorique comprend les catégories conceptualisantes *Confrontation des habitudes* et *Autoexpérimentation des exigences du traitement*, les deux s'influençant l'une l'autre et ayant été influencées par le contenu et le déroulement de la formation. C'est ce qui est mis en évidence dans la sous-section qui suit.

8.2.1.1 Intégration de la théorie et de la pratique

Il importe de se rappeler que les modèles d'action sont des habitudes conditionnées qui sont construites par l'expérience et qui visent l'adaptation aux différentes situations rencontrées (Bourassa *et al.*, 1999). Ces modèles d'action sont constitués de représentations, d'intentions et de stratégies d'action qui s'influencent mutuellement. Ainsi, un changement de modèle d'action implique un changement dans chacun de ces constituants. Les résultats de la présente étude ont mis en relief que les modèles d'action existants des praticiennes ont été « confrontés » de différentes façons au cours du déroulement de la formation, ce qui semble avoir contribué à les enrichir. Pour ce qui concerne la catégorie *Autoexpérimentation des exigences du traitement*, elle est essentiellement associée à deux composantes de la formation. Ainsi, lors de différentes étapes de la formation (c.-à-d. atelier de formation et rencontre préparatoire), les praticiennes ont **pratiqué les exercices qu'elles devaient ensuite enseigner aux clients**, ce qui leur a permis d'être plus confiantes de les enseigner de façon adéquate. Il semble que cette stratégie soit utilisée dans les formations des physiothérapeutes. En effet, Mireille (PRA3) a souligné que lors de l'apprentissage de certaines techniques (ex. : électrothérapie), les praticiens expérimentent eux-mêmes les traitements qu'ils vont appliquer, ce qui pour elle est quelque chose d'important. Cependant,

le peu de détails relatifs au déroulement et au contenu des formations qui font l'objet des études répertoriées dans cette thèse rend impossible la comparaison de cette composante de la formation avec la littérature recensée.

L'autre composante de la formation qui a eu une influence sur l'expérience des praticiennes est la **pratique d'une routine motrice** qu'elles se sont vues prescrire entre les deux journées de formation. Être confrontées au fait de faire elles-mêmes ce qu'elles demandaient régulièrement à leurs clients a contribué à changer leur perception face au niveau de difficulté de la tâche puisqu'elles ont elles-mêmes constaté le caractère exigeant de l'activité. Elles mentionnent que cela a également eu une influence sur leur attitude face à un client qui n'est pas assidu à l'exécution de sa routine motrice. Plutôt que de blâmer le client, elles se questionnent désormais sur les autres éléments qui ont influencé sa non-adhésion au programme d'exercices, par exemple, des contraintes familiales, le niveau de difficulté du programme d'exercices ou encore la relation entre les exercices et l'objectif du client. Les propos des praticiennes reflètent davantage d'empathie face à leur client, ce qui semble avoir été favorisé, entre autres, par cette expérience qu'elles ont vécue. En effet, après l'avoir vécu elles-mêmes, les praticiennes mentionnent avoir mieux compris le niveau de difficulté de ce qu'elles demandaient à leurs patients.

Ces deux composantes de la formation supportent donc en grande partie l'émergence de la catégorie *Autoexpérimentation des exigences du traitement*. Il est cependant difficile de confronter cette catégorie à d'autres écrits, puisque ces stratégies et leur influence sur le changement des praticiens semblent peu documentées dans la littérature dans le secteur d'activité auquel s'intéresse la présente étude. De fait, cette catégorie apparaît originale dans l'ensemble des résultats et montre l'influence positive de la **pratique des exercices à enseigner aux clients** et de l'**expérimentation de la routine motrice** sur le changement des praticiennes.

Dans un deuxième temps, la catégorie *Confrontation des habitudes* est liée à plusieurs composantes de la formation. D'abord, l'**atelier de formation** de deux jours incluait entre autres des notions théoriques sur l'utilisation de l'intervention stratégique et des nouvelles connaissances relatives à la douleur chronique (dimensions neurophysiologiques, biomécaniques et psychosociales). Le **volet théorique portant sur l'intervention stratégique**

semble avoir permis aux praticiennes de mieux comprendre pourquoi et comment obtenir la collaboration de leurs clients, et l'importance de cibler un objectif qui favorise cette collaboration. Le **volet théorique portant sur la douleur chronique**, pour sa part, semble leur avoir permis de mieux comprendre l'orientation, la fréquence et l'intensité des exercices à privilégier dans les plans de traitement. La première partie des résultats, notamment les quelques commentaires des praticiennes, permettent de supposer qu'une nouvelle compréhension de la douleur chronique et de son traitement a commencé à émerger chez elles à ce moment-là, et donc, qu'une démarche de réflexion sur l'inefficacité de leurs modèles d'action a débuté lors de cette première étape.

Ensuite, au cours des autres étapes de la formation, certaines de leurs actions qui ne cadraient pas avec la démarche d'intervention qu'elles étaient en train d'apprendre ont été portées à leur attention. Cela a été fait parfois pendant l'intervention clinique, par l'entremise des **interventions effectuées par les formateurs**, et parfois après la rencontre clinique, pendant le retour-formation, ou encore lors de la rencontre préparatoire. Des comportements et stratégies d'interventions nouveaux leur ont également été proposés pour remplacer les anciennes habitudes. La première interprétation qui peut être faite de ces observations est que l'atelier de formation, bien que semblant avoir favorisé une meilleure compréhension et avoir contribué à instaurer un changement de représentations, n'a pas été suffisant pour modifier les comportements des praticiennes dans l'action. Ceci n'est pas une surprise en soi si l'on se réfère aux travaux sur l'apprentissage expérientiel, notamment ceux qui font partie du cadre conceptuel de cette recherche, qui s'appuient sur la prémisse que de nouvelles habiletés d'intervention s'apprennent par l'expérimentation dans l'action (Schön, 1987). D'ailleurs, pour les praticiennes, comme en témoignent les récits phénoménologiques, la pratique et l'aide extérieure des formateurs ont été des éléments indispensables pour les aider à changer leur façon d'intervenir. Sans les interventions des formateurs pendant et après les rencontres cliniques, les praticiennes avaient tendance à agir en fonction de leurs anciennes habitudes, ce qu'elles ont d'ailleurs confirmé dans les entrevues.

D'autres interventions étaient effectuées par les formateurs directement auprès des clients, c'est-à-dire sous forme de **démonstrations**. Ces interventions ont permis aux praticiennes d'observer une première fois l'application des nouvelles stratégies avant de les appliquer

elles-mêmes. On retrouve dans cette démarche d'apprentissage des similitudes avec les travaux de Schön (1987) qui soutiennent que les deux premières tâches du « coach » dans l'accompagnement de l'apprentissage sont d'identifier et de résoudre les problèmes de fond reliés à la performance et de fournir les explications et les démonstrations en fonction des besoins particuliers des apprenants. Schön (1987) précise également que l'imitation représente « *a form of reflection-in-action – an on-the-spot inquiry in which the imitator constructs and tests, in its own action, the essential features of the action it has observed.* » (p. 109) Toujours selon Schön (1987), la démonstration contribue également à combler l'écart entre ce qu'un formateur veut communiquer dans ses explications et la compréhension des praticiens-apprenants. Il souligne plus précisément que c'est lorsque le « coach » fait une démonstration « *that students are more likely to see what they mean* » (p. 161). Il ajoute que c'est cependant l'application subséquente des gestes observés qui permet l'expérimentation et, donc, la réflexion dans l'action et l'apprentissage. L'importance de l'alternance entre démonstration/observation et action pour favoriser la réflexion et l'acquisition de nouvelles habiletés dans le domaine de la physiothérapie est également soutenue par les résultats de l'étude de Lähteenmäki (2005). Enfin, la possibilité pour le superviseur de faire des démonstrations est considérée comme un avantage important qui découle d'une démarche de supervision participante (ou supervision dans la même pièce) et de la supervision clinique en direct au miroir sans tain avec des interventions par entrées dans la pièce (*monitoring, in Vivo, walk-in*) (Bernard et Goodyear, 2009; Evans, 1987; Falke *et al.*, 2015).

Dans le cadre de la démarche de supervision clinique en direct associée à la formation à l'étude, une rencontre retour-formation se tenait entre les formateurs et les praticiennes immédiatement après chacune des rencontres cliniques. Certains extraits de verbatims de ces rencontres mettent en évidence la diversité des échanges qui s'y tenaient : l'obtention des impressions des praticiennes face à leur expérience (**débriefage**), une **rétroaction** positive de la part des formateurs accompagné d'un ou deux points à améliorer pour la prochaine rencontre (souvent formulés sous forme de défis et en termes d'action à poser), des discussions sur l'évolution des clients ou certaines particularités quant à leur condition. Cette étape de la formation semble avoir favorisé la réflexion sur l'action (Schön, 1983, 1987), c'est-à-dire une réflexion analytique sur l'action passée (ou une réflexion sur la réflexion dans l'action), avec des formateurs pour guider ces réflexions à partir d'un autre cadre de

référence. Il est important de rappeler que si la réflexion d'un praticien n'est pas guidée, elle risque de se faire à l'intérieur des mêmes modèles d'action (Bourassa *et al.*, 1999), c'est-à-dire à partir du même cadre de référence, et donc de perpétuer un apprentissage de simple boucle (Argyris et Schön, 1974; Schön, 1983, 1987).

L'utilisation du miroir sans tain a permis aux formateurs d'observer et d'identifier les changements qui devaient être apportés par les praticiennes. Les **interventions effectuées par les formateurs** au cours des rencontres cliniques confirment que les praticiennes ne remarquaient pas certains éléments importants dans l'intervention ou omettaient inconsciemment, ou par habitude, d'appliquer certaines stratégies relatives à l'intervention. D'ailleurs, ce qui distingue cette démarche de supervision en direct est justement que les discussions et la rétroaction s'appuient sur les observations faites par les superviseurs, et non seulement sur les informations rapportées par les praticiennes, comme c'est le cas lors d'une supervision qui porte sur la discussion d'un cas clinique après les rencontres. C'est d'ailleurs ce qui fait la principale force de la supervision en direct selon Wong (1997). Sans observation des rencontres cliniques, les discussions sur les clients « *may lend itself to students omitting, blurring, or misinterpreting pertinent details and contextual factors surrounding what transpired in the session* » (Saltzburg *et al.*, 2010, p. 294), augmentant ainsi le risque de lacunes dans les instructions données aux praticiens.

En somme, les résultats de la présente étude montrent que la démarche de supervision clinique en direct suivant un atelier de formation de deux jours a favorisé l'intégration de la théorie et de la pratique dans la démarche d'apprentissage des praticiennes. En effet, cela leur a permis d'adapter leurs stratégies d'action dans l'immédiat et de recevoir une rétroaction précise sur les changements à apporter, ce qui semble avoir favorisé l'apprentissage. Ces résultats correspondent de différentes façons à ceux d'études antérieures. Premièrement, l'importance d'appuyer la supervision sur un cadre conceptuel clair est mise en relief dans les résultats de l'étude d'Anderson *et al.* (2000). Les résultats de l'étude de Saltzburg *et al.* (2010) pour leur part font ressortir l'importance de la supervision clinique en direct pour intégrer la théorie et la pratique du point de vue des étudiants.

En ce qui concerne plus précisément la formation en douleur chronique, les résultats présentés ci-dessus convergent avec ceux de l'étude de Synnott *et al.* (2016) qui ont documenté des changements chez les praticiens à la suite d'une formation intégrant un atelier de formation et des séances de supervision clinique en direct : « *self-reported changes in understanding and attitudes; self-reported changes in professional practice; altered scope of practice; and increased confidence and satisfaction* ». Bien que la formation dans l'étude précitée ne soit pas documentée en détail et que le point de vue des praticiens sur la démarche de supervision clinique utilisée n'ait pas été exploré, on peut cependant faire l'hypothèse que la supervision clinique en direct est un élément important d'une formation visant l'apprentissage de nouvelles habiletés cliniques pour le traitement de la douleur chronique.

Nous n'avons trouvé aucune étude qui porte sur l'utilisation du miroir sans tain et des méthodes de communication (téléphone ou entrée directe dans la pièce) dans une formation pour le traitement de la douleur chronique. Ceci s'explique probablement par le fait que ce type de supervision en direct est surtout utilisé dans le cadre de formations qui visent essentiellement des habiletés de nature relationnelle (ex. : psychothérapie, *counseling*, thérapie familiale). Bien que la formation qui fait l'objet de la présente étude existe depuis une trentaine d'années, elle n'avait pas été documentée à ce jour. Ainsi, il semble que l'utilisation de la supervision en direct au miroir sans tain dans une formation visant de façon intégrée l'acquisition d'habiletés relationnelles et d'habiletés en réadaptation physique, dans le cadre d'une démarche orientée vers un nouveau paradigme, soit documentée pour la première fois. Considérant certains incidents survenus au cours de la formation avec l'utilisation de cette démarche, il apparaît important de discuter plus en détail certains enjeux et défis qui en découlent.

8.2.1.2 Enjeux et défis d'une supervision clinique en direct

Plusieurs méthodes de communication ont été utilisées dans le cadre de la supervision clinique effectuée dans la formation à l'étude, soit l'alternance entre la présence dans la pièce et l'utilisation du téléphone dans le cadre des évaluations fonctionnelles et interactionnelles, l'utilisation du téléphone avec quelques entrées dans la pièce dans le cadre des rencontres individuelles, l'entrée dans la pièce et la présence dans la pièce dans le cadre des rencontres de groupe. Les enjeux associés au recours à ces différentes méthodes sont discutés ci-dessous.

Certaines **interventions effectuées par les formateurs** au cours des rencontres cliniques, plus précisément les interventions auprès des praticiennes (par entrée dans la pièce ou par téléphone) étaient généralement sous forme d'instruction qui visaient l'intégration d'une action. Ceci semble avoir eu pour effet de briser le jeu sans fin dans lequel se trouvaient les praticiennes et qui était maintenu par leurs stratégies d'action habituelles (inefficaces), en proposant des actions différentes spécifiquement en relation avec l'intervention stratégique en douleur chronique qui était l'objet de la formation. Il a été mentionné dans la première partie des résultats que les interventions faites par les formateurs auprès des praticiennes au cours des rencontres cliniques étaient surtout de nature directive et peu ou pas accompagnées d'explications sur le moment même. Par contre, en posant l'action demandée, les praticiennes semblent avoir réalisé l'importance de certains gestes qu'elles ont intégrés graduellement de façon plus spontanée au cours de la formation, un changement qui a d'ailleurs été souligné par les formateurs. Ainsi, on peut penser que ces interventions ont eu un effet sur le changement de leurs habitudes d'intervention comme discuté précédemment. Or, bien que certains auteurs préconisent l'utilisation d'une démarche de supervision clinique différente, de type collaborative et favorisant davantage l'autonomie des praticiens (Laitinen-Väänänen *et al.*, 2007), il faut reconnaître que le type de démarche priorisée dépend en grande partie des objectifs d'apprentissage visés. Par ailleurs, selon le point de vue de certains auteurs, cette autonomie passe par une transition et ne peut être attendue d'un praticien au début de la démarche de supervision (Luann, 1994). Enfin, Spence *et al.* (2001) mentionnent que même les praticiens expérimentés préfèrent « *a directive, structured supervision approach when they are learning new skills or dealing with new situations* » (p. 141).

De plus, il est à noter que la formation à l'étude s'effectuait dans le cadre d'une intervention réelle auprès de vrais patients, ce qui peut avoir influencé le choix des formateurs de réagir de façon plus directive pendant la rencontre et de fournir des explications pendant la rencontre de retour-formation. Cette démarche de supervision priorisée par les formateurs est possiblement en relation avec les fondements théoriques et épistémologiques de l'intervention qu'ils enseignent. Ainsi, il serait logique de croire qu'ils adhèrent à une vision de l'apprentissage qui s'appuie sur le changement de comportement comme source d'apprentissage. Il existe en effet plusieurs façons d'effectuer un recadrage, et l'une d'entre elles, selon l'école de pensée de la thérapie brève stratégique, passe par la prescription d'une

action différente, dont le résultat viendra modifier le cadre de référence de la personne (Fisch et Schlanger, 2005; Watzlawick, 1980; Watzlawick *et al.*, 1975). De plus, comme le soulèvent certains auteurs, le style de supervision utilisé par des formateurs s'appuie souvent sur leur propre expérience de formation, sur les techniques qu'ils utilisent dans leur pratique et sur leur philosophie générale d'intervention (Joshi et MacAllister, 1998; Spence *et al.*, 2001). Les deux formateurs-superviseurs qui ont participé à cette étude ont été formés avec une supervision en direct au miroir sans tain qui est le style de supervision privilégié dans les thérapies brèves stratégiques (Fisch *et al.*, 1986; Haley, 1977; Madanes, 1984) et ce choix s'explique notamment par le fait que l'intervention est orientée sur l'interaction. Considérant cette dernière particularité, la personne à l'extérieur du système est en mesure de percevoir certaines caractéristiques de l'interaction entre le client et le praticien que ce dernier ne perçoit pas (Montalvo, 1973).

Cela dit, il importe de souligner dans cette discussion que le nombre élevé d'interventions des formateurs lors des deuxième et troisième rencontres dans le cadre de l'École interactionnelle (en groupe) a suscité quelques réactions défensives chez les praticiennes, l'une d'entre elles ayant même précisé que cela nuisait à sa concentration et risquait de nuire à la crédibilité des patients envers elle. Cet incident soulève des réflexions importantes sur l'utilisation de cette méthode. Premièrement, cela permet de supposer que l'utilisation trop fréquente des interventions par entrée directe dans la pièce représente un risque de compromettre la relation entre formateurs et apprenants ou la motivation des apprenants ainsi que leur intérêt envers la démarche de supervision. Deuxièmement, comme l'ont mentionné les formateurs eux-mêmes à la suite de cette difficulté, il est souhaitable que la démarche de supervision en direct soit discutée avec les apprenantes avant le début des rencontres, dans le but d'expliquer les stratégies priorisées, d'en préciser les objectifs et de clarifier les attentes des deux parties. En effet, considérant les particularités relatives à la démarche d'intervention (ex. : l'importance de s'assurer que les clients adoptent en tout temps une position confortable et l'accent mis sur la précision dans l'exécution des exercices devant être effectués sans augmentation de douleur et visant des groupes de muscles précis), il y a, pour les formateurs, un avantage considérable à conserver la rigueur de la supervision en direct et le style directif à cette étape de la formation, puisqu'il en va de la condition des patients autant que de l'apprentissage des praticiennes. Le dilemme concernant le rôle du

superviseur dans une démarche de supervision clinique en direct est d'ailleurs soulevé par les résultats de l'étude de Wark (1995) qui souligne que « *dilemmas arise for the supervisor when attempt are made to balance the obligations to both supervisees and clients* » (p. 148). Bien que l'entrée dans la pièce soit une méthode de communication reconnue et utilisée dans le cadre d'une intervention clinique en direct au miroir sans tain (Bernard et Goodyear, 2009), elle semble n'avoir pas fait l'objet de beaucoup d'études en comparaison avec la méthode du téléphone et de la supervision dans la même pièce.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que, contrairement aux praticiennes ayant effectué une intervention auprès d'un groupe, les **interventions des formateurs** n'ont pas été perçues comme nuisibles par la praticienne ayant effectué des interventions individuelles. Pourtant, comme l'indiquent les résultats, les interventions des formateurs dans le cadre des rencontres individuelles ont été plus nombreuses que celles dans les rencontres de groupe. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette différence et certains d'entre eux étant relatifs à la différence entre les deux contextes paraissent importants à souligner. Dans un premier temps, la méthode de communication utilisée par les formateurs est différente dans les deux types de rencontres. Dans le cadre des rencontres individuelles, la majorité des interventions par les formateurs ont été effectuées à l'aide du téléphone. Ainsi, pendant l'interruption occasionnée par l'intervention d'un formateur, l'attention du client n'était pas détournée vers la porte et les chuchotements, l'intervention étant simplement en suspens.

Un deuxième élément important à souligner est la différence entre les deux types d'intervention, comme présenté dans le quatrième chapitre de cette thèse. En effet, les interventions individuelles sont moins structurées et systématiques que les interventions en groupe, car leur conduite est grandement tributaire des particularités de chaque cas. D'ailleurs, contrairement aux interventions en groupe, aucun bilan fonctionnel et interactionnel n'est effectué auprès des clients dans le cadre d'interventions individuelles, ces étapes étant intégrées directement dans la première rencontre avec le client. Ainsi, à l'inverse de Patricia (PRA1) et Danielle (PRA2), Mireille (PRA3) n'a pas fait l'expérience de la présence de Justine (FOR2) lors de cette étape. En outre, les exercices physiques n'étaient pas planifiés à l'avance comme c'était le cas dans les rencontres de groupes, mais ils étaient plutôt déterminés pendant la pause. La praticienne ayant appliqué des rencontres

individuelles ne pouvait donc pas se préparer pour l'enseignement de ces exercices. Cette différence considérable concernant la structure entre les deux types d'intervention peut expliquer, du moins en partie, que les **interventions des formateurs** dans le cadre des rencontres individuelles étaient davantage perçues par la praticienne comme un accompagnement faisant partie de la démarche de formation dont elle avait besoin. De plus, ces interventions ont été perçues par cette dernière comme un « travail d'équipe » (éléments de discussion repris plus loin) et non comme un blâme relatif à une erreur. Enfin, elle n'a pas mentionné que ces interventions avaient compromis la crédibilité des clients envers elle.

La troisième différence est relative à la démarche d'intervention des praticiennes. Dans les rencontres de groupes, les praticiennes assument en alternance des rôles d'animatrice et de coanimatrice. Ainsi, pendant les **interventions des formateurs**, qui s'effectuaient généralement auprès de la coanimatrice, l'animatrice devait faire abstraction de l'intervention et poursuivre son animation, ce qui a été difficile à certains moments comme en témoignent certains extraits d'entrevues semi-dirigées. Au contraire, dans le cadre des rencontres individuelles, le cours de l'entretien s'arrêtait complètement lors des interventions spontanées à l'aide du téléphone, et ce, jusqu'au moment où la praticienne raccrochait et poursuivait son intervention.

Ainsi, les résultats de la présente étude montrent que les interventions à l'aide du téléphone ont été bien perçues par la praticienne concernée, ce qui est supporté par d'autres études ayant démontré que les praticiens supervisés percevaient les interventions à l'aide du téléphone comme favorables à l'apprentissage (Mausey et Erdman, 1997). Cependant, contrairement à notre interprétation de l'expérience de Mireille, des auteurs proposent qu'un nombre trop élevé d'appels (supérieur à cinq) peut être perçu négativement par le praticien (Wright, 1986). Les résultats de la présente étude suggèrent également qu'un nombre élevé d'interventions par entrée dans la pièce peut être perçu comme dérangeant par les praticiennes et comme une menace à leur crédibilité, en même temps qu'elles ont reconnu que de telles interventions étaient nécessaires. On peut donc faire l'hypothèse d'une part, qu'un nombre trop élevé d'entrées dans la pièce a le même impact qu'un nombre trop élevé d'appels téléphoniques, et que, d'autre part, cet effet négatif dépend de certaines caractéristiques du contexte et de la praticienne.

Différentes possibilités peuvent être envisagées pour éviter ce genre d'incidents. Les formateurs dans notre étude proposent que mieux préparer les praticiennes à ces interventions est une stratégie qu'ils auraient dû utiliser. L'importance de préparer les praticiens supervisés à l'expérience de supervision en direct est d'ailleurs supportée par les résultats de l'étude de Mausey et Erdman (1997) qui rapportent que les superviseurs devraient fournir des explications sur le but de la supervision en direct, sur le format utilisé et son fonctionnement ainsi que sur les attentes des superviseurs à l'égard des supervisés. D'autres auteurs avancent que les superviseurs doivent tenir compte de la personnalité des supervisés et de leur niveau d'anxiété et adapter leur fonctionnement en conséquence (Luann, 1994). En fait, différentes caractéristiques de la relation superviseur et supervisé contribuent à favoriser ou à restreindre l'apprentissage dans le cadre d'une démarche de supervision clinique en direct, lesquelles seront abordées plus en détail dans la dimension relationnelle du changement. Afin de déterminer les rôles et implications de chacune des parties, la négociation préalable d'un contrat de supervision fait partie des recommandations qui découlent de l'étude de Luann (1994). Dans le même sens, Schön (1987) mentionne que

Building a relationship conducive to learning begins with the explicit or implicit establishment of a contract that sets expectations for the dialogue : What will coach and student give to and get from each other? How will they hold each other accountable? (p. 167)

Il ajoute que ces questions, bien que donnant le ton au type d'interaction au début du processus, doivent être soulevées et résolues de manière continue tout au long de la démarche d'apprentissage.

Pour faciliter la démarche de supervision clinique dans le cadre des écoles interactionnelles, l'utilisation du téléphone pourrait aussi être envisagée, considérant que cette méthode de communication a été bien acceptée dans le cadre des rencontres individuelles. Cependant, dans le contexte de groupe, on peut supposer que cette méthode aurait le même effet, c'est-à-dire de déconcentrer les participants et l'animatrice. L'utilisation d'une oreillette, quant à elle, est une méthode qui a plusieurs avantages. Elle permet notamment au superviseur de faire des ajustements mineurs et de renforcer certains comportements adéquats du supervisé sans interrompre le déroulement de la séance. De plus, les patients n'ont pas connaissance des commentaires faits aux praticiens (Bernard et Goodyear, 2009; Gallant et Thyer, 1989).

Cette méthode a aussi ses inconvénients, à savoir qu'elle peut être surutilisée et représenter une distraction pour le praticien et qu'elle peut encourager la dépendance du praticien (Bernard et Goodyear, 2009; Gallant et Thyer, 1989). Il est à noter qu'au-delà de la méthode de communication, le contexte doit être pris en compte. Dans le cas précis des interventions de groupe, il est important de considérer qu'il y a deux animateurs. Cela demanderait un dispositif technologique adapté qui permettrait de communiquer avec l'un ou l'autre des animateurs en fonction du déroulement de l'intervention.

Enfin, une alternative intéressante serait l'intégration de deux modèles de supervision, soit la supervision au miroir par un formateur (qui prendrait des notes pour les discussions et la rétroaction lors du retour-formation) et la présence dans la pièce de l'autre formateur, notamment celui qui a une expertise en réadaptation physique, considérant les particularités des interventions ayant nécessité le plus d'entrées dans la pièce. Certains auteurs utilisent le terme de supervision participante, ou cothérapie, pour distinguer ce dernier modèle de supervision en présence dans la salle (Falke *et al.*, 2015; Liddle et Schwartz, 1983; West et Bubenzer, 1993). D'ailleurs, on a pu observer dans la première partie des résultats que la supervision participante est un modèle qui a été utilisé partiellement lors des rencontres d'évaluation fonctionnelle et interactionnelle, ce qui a permis à Justine de faire des démonstrations et d'accompagner les praticiennes sans faire de nombreuses entrées dans la pièce.

En somme, considérant la nature des catégories conceptualisantes qui se trouvent dans la dimension personnelle, on comprend que pour les praticiennes le changement découle de la pratique d'exercices physiques prescrits aux clients et de l'expérimentation de la démarche d'intervention accompagnée d'une supervision clinique en direct.

8.2.2 Dimension clinique relative au changement

L'objectif ultime de la formation faisant l'objet de cette recherche est de combler l'écart entre les nouvelles découvertes scientifiques relatives à la douleur chronique et la pratique clinique. Certaines particularités de la formation ont contribué au développement de deux catégories conceptualisantes qui sont en relation avec cet objectif, c'est-à-dire la *Facilitation de l'intégration en milieu clinique* et la *Crédibilité de l'approche d'intervention*. Il est à noter

que ces deux catégories n'existeraient pas sans les catégories de la dimension personnelle, puisque ces dernières ont contribué à intégrer la théorie et la pratique dans le cadre d'une supervision clinique en direct et à améliorer le sentiment de confiance et l'empathie des praticiennes. Ce sont des éléments importants pour faciliter l'intégration en milieu clinique qui, de son côté, est nécessaire pour expérimenter les stratégies d'intervention. La dimension clinique a donc été influencée par la dimension personnelle. À l'inverse, dans une perspective circulaire, le fait d'avoir intégré certaines stratégies d'action dans la pratique clinique et d'en avoir constaté l'efficacité a graduellement influencé, au cours de la formation, les catégories de la dimension personnelle.

Certaines particularités relatives au contenu et au déroulement de la formation qui ont contribué de façon prédominante au développement des deux catégories de la dimension clinique sont maintenant discutées de manière plus détaillée. Quelques éléments de réflexion sur les défis relatifs au maintien des changements dans le milieu clinique des praticiennes sont également proposés.

8.2.2.1 Un processus de formation qui semble favoriser l'intégration des apprentissages en milieu clinique

Un aspect important de l'expérience des praticiennes est qu'elles ont développé une crédibilité à l'endroit de l'approche d'intervention qui faisait l'objet de la formation. Or, mettre en application les nouvelles stratégies d'intervention qui leur étaient proposées lors de l'étape de **l'application clinique** de la formation a permis aux praticiennes d'en constater l'efficacité. Cette particularité dans l'expérience des praticiennes peut être mise en relation avec l'apprentissage dans l'action selon Schön (1987), et plus précisément avec le mode d'apprentissage qu'il appelle *move-testing experiments* (p. 71). Ce mode d'apprentissage consiste à poser une action délibérée avec l'intention d'obtenir un résultat souhaité ; dans ce sens, il s'agit d'une expérimentation. Lorsque l'action posée entraîne un résultat satisfaisant, le test est confirmé. En outre, comme le souligne Argyris (2003) : « Nous apprenons quand nous détectons une erreur et que nous la corrigeons. [...] Nous apprenons également quand nous obtenons pour la première fois une concordance entre l'intention et le résultat ». C'est ce qu'ont vécu les praticiennes au cours de la formation en expérimentant une démarche et des stratégies d'intervention qui leur étaient proposées et en obtenant des résultats satisfaisants.

Constater l'efficacité de l'intervention a été un élément qui a également contribué à favoriser l'intégration de nouvelles stratégies d'intervention par les praticiennes dans leur pratique clinique. Ce faisant, elles ont aussi pu constater l'efficacité de ces nouvelles stratégies d'intervention dans leur pratique clinique. Ces deux catégories de la dimension clinique s'influencent ainsi grandement. Par ailleurs, le déroulement de la formation ainsi que certaines de ses composantes ont également permis de faciliter l'intégration en milieu clinique de la démarche d'intervention. Les praticiennes ont mentionné que le fait d'avoir appliqué une première fois toutes les étapes de la démarche d'intervention dans le cadre de la formation les a rendues plus confiantes de les appliquer ensuite dans le cadre de leur pratique clinique.

De plus, chacune des étapes de la démarche d'intervention était accompagnée des procédures précises et d'outils pratiques pour aider les praticiennes à intégrer les apprentissages dans l'action. Dans un premier temps, lors de l'**atelier de formation**, les praticiennes ont **pratiqué les exercices** qu'elles allaient enseigner à leurs clients et ont **reçu des outils pratiques** (ex. : carnet de route, tableau de gestion des capacités, quoi faire et quoi éviter en communication). Pendant les **rencontres préparatoires**, elles étaient accompagnées de Justine (FOR2) et avaient l'occasion de planifier la rencontre suivante. Dans le cadre de la préparation des rencontres de l'École interactionnelle, les praticiennes avaient également l'occasion de prendre connaissance du matériel qui serait utilisé (matériel accessible en ligne gratuitement qu'elles peuvent utiliser dans leur pratique clinique), de préparer les routines motrices de chaque client avec Justine, de poser les questions nécessaires, de **pratiquer elles-mêmes les exercices** qu'elles allaient demander à leurs clients. Puis, elles appliquaient ensuite l'ensemble des notions dans le cadre de la rencontre clinique suivante, bénéficiant des correctifs et directives des formateurs (**interventions des formateurs**) dans un contexte de supervision clinique en direct. Finalement, elles recevaient des **rétroactions** constructives après la rencontre.

Une autre particularité de la formation qui semble avoir favorisé l'intégration de la démarche d'intervention par les praticiennes dans leur milieu clinique est le déroulement chronologique à l'intérieur duquel les étapes de l'**application clinique**, du **retour-formation** et de la **rencontre préparatoire** se déroulent de façon itérative. Ce processus

semble avoir permis aux praticiennes d'intégrer de façon graduelle les différents apprentissages entre chacune des rencontres cliniques. Le fait d'appliquer ces stratégies une première fois et de recevoir les correctifs et les rétroactions nécessaires les rendait plus confiantes pour les expérimenter ensuite dans leur pratique. Et les rencontres subséquentes dans le cadre de la formation leur permettaient d'approfondir constamment leurs apprentissages et d'intégrer graduellement les nouvelles stratégies. D'ailleurs, les propos des praticiennes lors de la deuxième entrevue qui a été effectuée immédiatement après la fin de la formation indiquent que les changements dans leur pratique clinique ont débuté avant que la formation ne se termine.

Les résultats obtenus proposent donc qu'une formation échelonnée sur plusieurs semaines, incluant une démarche itérative entre la préparation, l'observation, la supervision en direct et les discussions *a posteriori* favorisent l'intégration graduelle des apprentissages. Ces résultats peuvent être comparés à ceux de l'étude de Lähteenmäki (2005) qui réfère également à différents auteurs dans le domaine de l'apprentissage expérientiel, notamment aux travaux de Schön (1987). Ses résultats proposent que cette méthode d'apprentissage

appear to be the "keys" in transformative physiotherapy training in which four phases are cyclically repeated: the experience gained from therapy sessions ; the reflection prompted by supervisor–student discussions; the planning which incorporates clinical reasoning; and the actual therapy sessions together with guidance. (Lähteenmäki, 2005, p. 18)

Enfin, la formation à l'étude dans ce projet se distingue par le fait que l'intervention a été effectuée entièrement sous supervision, de la première à la dernière rencontre. Toutes les étapes de la démarche ont donc été appliquées par les praticiennes dans ce processus itératif sous supervision. Selon les praticiennes, c'est une particularité de la formation qui a grandement contribué à intégrer les nouvelles stratégies d'intervention. Puisqu'il ne semble pas y avoir d'études qui aient documenté une formation qui possède l'ensemble de ces particularités dans le domaine de la douleur chronique, il demeure difficile de comparer les résultats de la présente étude avec la littérature autrement que de façon parcellaire. Ainsi, l'influence des deux catégories de la dimension clinique sur le changement des praticiennes contribue à l'originalité des résultats de recherche.

8.2.2.2 Les enjeux et les défis relatifs au maintien des changements en milieu clinique

Pour débiter cette partie de la discussion, une question déjà posée par Bourassa *et al.* (1999) est reprise : « Ces savoirs développés dans cette expérience d'apprentissage sont-ils si significatifs qu'ils s'installent chez le praticien et deviennent des ressources pouvant être utilisées plus ou moins spontanément lorsque c'est nécessaire ? » (p. 126) Cette question ne pourra évidemment pas être répondue dans le cadre de cette discussion, ce sujet à lui seul pouvant faire l'objet d'une étude ultérieure. Cela dit, certains enjeux relatifs au maintien des changements de modèles d'action dans la pratique clinique seront mis en lumière.

Dans un premier temps, il importe de souligner que, considérant l'absence de suivi en milieu clinique après la formation, il ne serait pas surprenant que d'anciennes habitudes des trois praticiennes refassent surface rapidement. Et comme ces habitudes sont généralement implicites, les praticiennes pourraient ne pas être conscientes que cela se produit. D'ailleurs, Kavanagh *et al.* (1993) se sont intéressés à un groupe de praticiens ayant complété une formation intensive à l'intervention familiale pour la schizophrénie, basée sur une approche cognitivo-comportementale. Leurs résultats ont montré qu'à l'intérieur de six mois à trois ans suivant la formation, très peu de praticiens continuent d'utiliser les techniques apprises. Ce qui est d'autant plus intéressant dans l'étude précitée, c'est que la majorité des praticiens mentionnent avoir les connaissances nécessaires et appliquer régulièrement les différentes stratégies et techniques apprises alors que les évaluations effectuées par les chercheurs montrent le contraire. Dans ce sens, la poursuite de séances de supervision en milieu clinique pourrait être une façon de favoriser le maintien des acquis et même la poursuite de l'intégration de la démarche d'intervention, surtout pour les praticiennes ayant appliqué une École interactionnelle dans le cadre de la formation, puisqu'elles n'ont pas appliqué toutes les étapes d'un traitement individuel. Cela dit, pour que cette supervision s'avère efficace, il apparaît, en regard des résultats de la présente étude et de certains éléments de discussion présentés précédemment, qu'elle doit être effectuée en direct (dans le cadre d'interventions réelles) et par une personne ayant une expertise en intervention stratégique en douleur chronique. Bénéficier d'une telle ressource est d'ailleurs un point qui a été soulevé par Danielle (PRA2) lors de la deuxième entrevue.

La culture du milieu clinique dans lequel travaillent les praticiennes est également un facteur qui peut influencer leurs modèles d'action. Dans ce sens, un élément favorable à l'intégration des nouveaux apprentissages des praticiennes a été l'intérêt de la chef de service envers la démarche d'intervention. Cette formation répondait d'ailleurs à une demande de sa part et le projet avait été autorisé par la direction du département et du CISSSAT. Cela dit, la chef de service et les autres intervenants du département ont participé uniquement à l'atelier de formation de deux jours. Considérant qu'ils n'ont pas expérimenté la démarche de formation (qui est une étape nécessaire à un apprentissage de double boucle), ils n'ont probablement pas intégré les nouvelles stratégies d'intervention dans leur pratique clinique. Ceci est d'ailleurs supporté par les propos des praticiennes. Ainsi, il est probable que les modèles d'action collectifs (Bourassa *et al.*, 1999) dans le département soient similaires à ceux des praticiennes avant la formation et risquent de faire obstacle à l'intégration de leurs nouveaux apprentissages en favorisant plutôt le maintien ou le retour des anciennes habitudes.

De plus, l'application de cette démarche d'intervention implique certains changements au niveau clinique concernant, notamment dans le cadre d'un traitement individuel, le temps à consacrer à une rencontre avec un patient (rencontres plus longues) et l'organisation des rencontres (plus de temps entre les rencontres). Ce premier changement représente un défi important dans une organisation qui évalue l'efficacité d'une praticienne en fonction du nombre de rendez-vous plutôt qu'en fonction de la quantité de patients traités. Comme le mentionne Schön (1987) :

Knowing-in-practice is exercised in the institutional settings particular to the profession, organized in terms of its characteristic units of activity and its familiar types of practice situations, and constrained or facilitated by its common body of professional knowledge and its appreciative system. (p. 33)

Ainsi, si les nouveaux apprentissages des praticiennes ne cadrent pas à l'intérieur de la culture du milieu, il y a un risque plus grand que les changements soient difficiles à intégrer à long terme. Par contre, dans le contexte actuel, la culture dans le milieu clinique des praticiennes est confrontée à l'émergence de la nouvelle démarche d'intervention que les praticiennes ont apprise. En effet, Justine est une collègue des praticiennes qui ont fait la formation et travaille dans le même département qu'elles. Ces dernières ont donc la possibilité de lui demander des conseils au besoin. Bien que Patricia (PRA1) ait mentionné

que cette alternative de référer à Justine existait, il n'est pas possible de confirmer que cette démarche est utilisée et si oui, de quelle façon. Toutefois, cette évolution au sein du département semble favorable à influencer la culture du milieu et, par le fait même, à aider les praticiennes à conserver leurs acquis.

Enfin, au-delà des nouvelles stratégies et des nouveaux outils d'intervention semblant avoir favorisé l'intégration clinique de certaines parties de la démarche d'intervention par les praticiennes, la perspective interactionnelle et la démarche stratégique proposent également une façon de « cadrer » le problème et d'adapter l'utilisation des outils et des stratégies. Dès lors qu'elles portent un autre regard sur la situation des patients souffrant de douleur chronique et que cette nouvelle façon de « problématiser » la situation s'avère efficace et logique en fonction de leurs nouvelles représentations, il est intéressant de se demander si elles retourneront à leurs anciens raisonnements. Ainsi, en dépit de la culture du milieu et des normes organisationnelles qui peuvent influencer l'organisation de leur travail, il y a la possibilité qu'elles maintiennent leurs nouveaux modèles d'action. D'autres études sont nécessaires pour explorer l'ensemble des possibilités mentionnées dans cette partie de la discussion.

8.2.3 Dimension relationnelle relative au changement

Pour entreprendre un changement, il faut d'abord avoir une raison, c'est-à-dire reconnaître que nos apprentissages et expériences antérieures ne sont pas suffisamment efficaces dans une situation donnée, et accepter de les remettre en question et d'acquérir de nouvelles connaissances. Comme le mentionnent Bourassa *et al.* (1999), « il nous faudra des motifs sérieux pour entreprendre une modification de nos modèles d'action. Un sentiment persistant d'inefficacité peut par ailleurs mener quelqu'un à s'interroger en ce sens. » (p. 80) Dans le cadre de ce projet, les praticiennes avaient au départ de l'intérêt pour la formation et elles étaient disposées à apprendre une nouvelle démarche d'intervention pour améliorer l'efficacité de la prise en charge de leur clientèle souffrant de douleur chronique, car elles en reconnaissaient les limites. De plus, la formation répondait à une demande du département de physiothérapie du CISSAT.

Les praticiennes avaient également une ouverture pour la démarche d'apprentissage qu'on leur proposait, qui comportait son lot de stress et d'inconfort (supervision clinique en direct,

présence de l'étudiante-chercheuse, enregistrement vidéo). Cette disposition à vouloir apprendre est considérée comme une condition préalable à l'apprentissage (Schön, 1987). Par contre, ces dispositions d'ouverture et d'intérêt ne sont pas statiques. Les attitudes ne sont pas des caractéristiques des individus et sont susceptibles d'évoluer en fonction de plusieurs facteurs, puisqu'elles sont déterminées par l'expérience (Abric, 1996). Parmi ces facteurs, la relation entre les formateurs et les praticiennes occupe une place prépondérante dans le processus d'apprentissage (Schön, 1987). Or, si la dimension personnelle ne peut être isolée de la dimension clinique, ces deux dimensions ne peuvent être isolées de la dimension relationnelle. C'est à partir de cette conception de la relation en tant qu'élément fondamental de l'apprentissage que la dimension relationnelle a été volontairement située à la base du triangle de la proposition théorique présentée au chapitre précédent. Il importe de rappeler que la dimension relationnelle inclut les catégories *Encadrement sécurisant* et *Zone commune d'intervention* qui s'interinfluencent l'une l'autre. Leur développement s'appuie sur certaines particularités de la formation qui seront discutées ci-dessous.

8.2.3.1 L'apprentissage dans un contexte d'alternance entre relation complémentaire et relation égalitaire

Dans le cadre de la formation, les formateurs et les praticiennes avaient à la base des rôles et des objectifs différents. Les praticiennes voulaient apprendre une nouvelle démarche d'intervention et elles sollicitaient l'expertise des formateurs qui, pour leur part, avaient le rôle de guider et de favoriser cette démarche d'apprentissage. Dans ce sens, la relation entre les formateurs et les praticiennes était dans une large mesure de nature complémentaire. La position « expert » des formateurs est manifeste, notamment lors de l'atelier de formation, lors des interventions cliniques alors que des directives précises étaient données aux praticiennes, ainsi que pendant certaines parties du retour-formation.

Au-delà de cette relation complémentaire, les observations et les témoignages des praticiennes et des formateurs permettent de constater que tous avaient également un objectif commun, soit le bien-être des patients. Les observations effectuées dans le cadre de la recherche font ressortir l'enchevêtrement des rôles des formateurs et des praticiennes à certains moments. En effet, c'est parfois d'expert à expert que se déroulaient les discussions sur les clients. Cette relation

égalitaire a été observée notamment lors des discussions sur les clients qui se déroulaient dans le cadre du retour-formation. Ces observations sont soutenues par des propos des praticiennes qui ont souligné que le point de vue des formateurs sur les clients, grâce à l'observation au miroir, avait facilité les discussions relatives au traitement des clients. Ce travail d'équipe semble avoir été aidant, autant pour le traitement des clients que pour la démarche d'apprentissage des praticiennes. Il importe de préciser deux autres particularités relatives au contexte de la formation pour mieux expliquer la présence de la relation égalitaire.

Premièrement, les praticiennes en formation sont des professionnelles de la physiothérapie en fonction depuis plusieurs années et elles possèdent des connaissances et une expérience considérable. Bien que ces dernières voulaient acquérir de nouvelles connaissances et habiletés pour améliorer l'efficacité de leurs interventions auprès de leur clientèle souffrant de douleur chronique, et que l'expertise des formateurs était nécessaire, leur bagage de base (c.-à-d. connaissances en anatomie et en biomécanique) était un prérequis. C'est pour des professionnels déjà en exercice que la formation est conçue. Ainsi, les connaissances et l'expérience clinique des praticiennes étaient mises à contribution au cours de la formation. On peut donc dire que l'expertise et l'expérience des formateurs ont été ajoutées à celles des praticiennes et que le tout a mené à une coconstruction de nouvelles connaissances favorisant l'enrichissement des modèles d'action des praticiennes. L'importance de discuter en équipe et de partager différents points de vue dans le contexte d'une supervision clinique en direct est également supportée par les résultats de l'étude de Saltzburg *et al.* (2010) qui mettent l'accent sur l'approche collaborative de la supervision clinique.

Un deuxième élément important à souligner est la perception qu'ont les formateurs de leur rôle. Pour eux, l'amélioration des patients semblait aussi importante que l'apprentissage des praticiennes. Le travail d'équipe ayant les patients comme cible commune est d'ailleurs un élément qui ressort de l'entrevue effectuée avec eux. Cette conception de leur rôle par les formateurs est d'ailleurs la même que celle rapportée par certains auteurs dans la littérature. Par exemple, Bernard et Goodyear (2009) soulignent que dans le contexte d'une supervision en direct « *the role of the supervisor is significantly changed to include both coaching and cotherapist dimensions.* » (p. 263) Par ailleurs, la démarche de supervision utilisée dans le cadre de cette formation en général peut être associée en partie à une démarche de

supervision participante (Falke *et al.*, 2015). En effet, une alternance entre supervision derrière le miroir sans tain et la participation des superviseurs à titre de cothérapeutes, en donnant des instructions aux praticiennes pendant qu'elles interviennent auprès d'un client, ou en intervenant directement auprès des clients pour permettre à ces dernières d'observer, a été utilisée tout au long de la formation.

Certaines particularités de la formation à l'ISDC intensifient le défi relatif à une démarche de supervision clinique en direct derrière un miroir sans tain. À la différence des formations qui visent essentiellement l'acquisition d'habiletés d'intervention psychosociale (ex. : psychothérapie, thérapie familiale, *counseling*), cette formation se distingue par son approche multidimensionnelle. En effet, elle vise autant l'acquisition d'habiletés d'intervention psychosociales (intervention stratégique) que d'habiletés sur le plan de la réadaptation physique. Dans ce contexte, l'utilisation du téléphone seul peut représenter certaines contraintes, puisque les interventions des superviseurs ne consistent pas seulement à orienter l'entrevue (poser une question, faire un commentaire, effectuer un recadrage, etc.), mais qu'elles consistent aussi à vérifier ou à ajuster un exercice, à explorer une posture, à observer des mouvements, etc. D'ailleurs, on constate dans la première partie des résultats que la majorité des **interventions** par entrée dans la pièce de Justine (FOR2) étaient plus spécifiquement en relation avec ce type d'intervention. Considérant le nombre d'interruptions qui ont été requises pour ces interventions et certaines réactions des praticiennes dans le cadre de l'École interactionnelle, l'utilisation de la supervision participante telle que proposée par Falke *et al.* (2015) semble une alternative intéressante.

Comme rapporté dans le premier chapitre de présentation des résultats, certaines **interventions** dans le cadre des rencontres cliniques étaient effectuées directement auprès des clients sans la présence d'une praticienne. Certains questionnements découlent de l'utilité et des raisons de telles interventions. Dans un premier temps, selon les observations effectuées par l'étudiante-chercheuse lors de la seule rencontre préparatoire à laquelle elle a assisté, on peut faire l'hypothèse que ces interventions précédemment effectuées auprès des clients faisaient l'objet de discussions à cette étape, notamment lors de la préparation des routines motrices. En effet, lors de la préparation des routines motrices, les particularités de tous les clients étaient abordées et discutées. Lorsque Justine avait observé quelque chose de particulier chez un patient ou

qu'elle avait expérimenté un exercice ou une posture avec lui sans la présence d'une praticienne, elle en discutait à ce moment-là puisque le programme d'exercices devait être adapté en conséquence. Le cas échéant, ces interventions peuvent avoir trouvé leur utilité dans la formation. Il est toutefois impossible de confirmer cette hypothèse puisque ces rencontres préparatoires n'ont pas été filmées et qu'une seule a été observée.

Enfin, ces interventions auprès des clients mettent en lumière le double objectif des formateurs et la frontière peut-être parfois mal définie entre le rôle du superviseur et celui du clinicien. D'ailleurs, un fait intéressant à noter est que la plupart de ces interventions ont été effectuées par Justine. Cette dernière a une expérience clinique considérable, mais peu d'expérience de supervision, ce qui pourrait expliquer en partie ces interventions. Cela soulève également une réflexion sur les limites des responsabilités cliniques et éthiques des formateurs dans un contexte de formation impliquant des vrais clients. Ce type d'intervention auprès des clients, qui a été observé seulement dans le contexte des interventions de groupe, n'a pas été rapporté dans les écrits consultés dans le cadre de cette recherche. Il n'est donc pas possible de faire des liens entre ces résultats et la littérature. Étant donné qu'aucune intervention de ce genre n'a été observée dans le contexte des rencontres individuelles, on peut faire l'hypothèse que la supervision clinique dans un contexte d'intervention de groupe représente un défi supplémentaire pour le superviseur.

8.2.3.2 L'influence de la relation dans le processus d'apprentissage

Selon les praticiennes, plusieurs éléments dans la formation ont contribué à établir et à maintenir une relation qui a favorisé l'apprentissage dans un contexte d'intervention auprès de clients réels. La présence des formateurs à chacune des étapes a été sécurisante pour les praticiennes et, plus précisément, la présence des formateurs derrière le miroir lors des rencontres cliniques et leur disponibilité à intervenir lorsqu'elles étaient confrontées à des situations complexes pour lesquelles elles ne savaient pas comment réagir. De plus, avoir l'occasion d'observer les formateurs en action avant d'intervenir elles-mêmes a été un élément facilitant et sécurisant pour les praticiennes. Parmi les autres éléments qui ont été facilitants pour elles, on note le soutien moral dont elles ont bénéficié de la part des formateurs dans certaines situations difficiles qu'elles vivaient en dehors du contexte de la formation.

En outre, le fait que les formateurs aient une bonne expérience dans l'utilisation de l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique a également été important pour elles. Les praticiennes ont aussi mentionné que la complémentarité des expertises des formateurs dans le contexte de formation a été aidant pour elles dans leur démarche d'apprentissage. En effet, la présence à chacune des étapes de la formation d'une ressource ayant une expertise dans le domaine de la physiothérapie et dans le traitement de la douleur chronique a été facilitante pour les praticiennes et leur a permis d'assurer la qualité des interventions qu'elles faisaient auprès des clients et d'obtenir de l'aide au besoin. De plus, elles ont trouvé rassurant d'avoir derrière le miroir sans tain une ressource dont l'expertise se situe dans le domaine de la psychologie. Considérant les dimensions psychosociales impliquées dans la douleur chronique et par le fait même, certains thèmes abordés dans les rencontres cliniques, il y a eu quelques situations avec lesquelles les praticiennes se sont senties inconfortables. La présence d'Alain (FOR1) était rassurante et les discussions avec lui après les rencontres leur ont permis de clarifier certaines actions à éviter ou à poser dans ce genre de situation. Le sentiment de sécurité favorisé par la présence d'une ressource plus expérimentée qui peut intervenir rapidement au besoin est d'ailleurs soulevé par les résultats d'autres études portant sur les effets perçus de la supervision clinique en direct chez les supervisés (Saltzburg *et al.*, 2010).

Enfin, le respect mutuel et la possibilité de s'exprimer sont des éléments qui ont également été soulevés par les praticiennes. D'ailleurs, Danielle (PRA2) a exprimé, à la fin de la troisième rencontre, son malaise face aux nombreuses interventions de Justine. Les formateurs ont alors été à l'écoute de ce message et ont fait preuve de souplesse en réduisant le nombre d'interventions lors des rencontres suivantes. Bien que ces échanges n'aient pas été documentés, les propos des formateurs montrent qu'ils reconnaissent l'importance de tenir compte de ce malaise exprimé par les praticiennes et de s'y adapter afin de maintenir une relation de qualité. On comprend d'ailleurs à travers l'entrevue que, pour eux, la qualité de la relation est un élément essentiel pour conserver la motivation des praticiennes à poursuivre la démarche d'apprentissage.

En somme, les résultats obtenus montrent que différentes particularités de la relation entre les formateurs et les praticiennes ont été des éléments importants qui ont favorisé la démarche d'apprentissage de ces dernières. L'importance de la relation dans le cadre d'une

supervision clinique en direct est largement supportée par la littérature (Anderson *et al.*, 2000; Luann, 1994; Mausey et Erdman, 1997; Spence *et al.*, 2001; Wong, 1997). Plus précisément en relation avec les travaux d'Argyris et Schön (Argyris et Schön, 1974; Schön, 1987), on peut inférer que la relation entre les formateurs et les praticiennes s'appuyait sur un modèle II d'interaction. Ce modèle est celui qui permet l'apprentissage de double boucle et il se distingue par les variables gouvernantes suivantes : le partage d'informations valides entre les parties, la possibilité pour chacun de faire des choix libres et informés, et l'engagement mutuel dans ces choix ainsi que le suivi constant de la mise en œuvre.

En conclusion, cette discussion a mis en relief l'interaction entre les différentes dimensions et les différentes catégories qui les constituent. Parmi ces catégories, certaines contribuent davantage à l'originalité des résultats, soit *l'Autoexpérimentation des exigences du traitement*, la *Facilitation de l'intégration en milieu clinique* et la *Crédibilité de la démarche d'intervention*. Les forces et les limites de cette étude sont maintenant abordées dans la prochaine section.

8.3 Principales forces et limites de l'étude

Cette étude comporte certaines forces et limites qu'il importe de souligner. Celles qui apparaissent les plus considérables sont ici présentées. Bien que quelques-unes d'entre elles aient été soulevées à l'intérieur de certaines parties de la discussion, elles sont ramenées brièvement dans cette section.

8.3.1 Principales forces de l'étude

La présente étude a été réalisée en respectant une démarche rigoureuse à chacune des étapes du processus. La rigueur scientifique sera ici abordée en fonction des critères proposés par Savoie-Zajc (2004), c'est-à-dire les critères de *crédibilité* (validité interne), *transférabilité* (validité externe), *fiabilité* (fidélité) et *confirmation* (objectivité).

Premièrement, différentes techniques de collecte de données ont été utilisées dans cette recherche, soit l'observation participante, l'enregistrement vidéo et l'entrevue semi-dirigée (auprès des praticiennes, des formateurs et de la chef de service). Cette triangulation des

méthodes a permis de compenser la faiblesse et les biais appartenant à chacune des techniques (Savoie-Zajc, 1994) ainsi que les biais reliés à l'interprétation de l'étudiante-chercheuse (Casey et Murphy, 2009; Jones et Bugge, 2006). Cette stratégie a donc contribué à supporter la *crédibilité* des résultats. Par ailleurs, l'engagement prolongé de l'étudiante-chercheuse sur le terrain a favorisé la connaissance accrue du contexte de l'étude (Savoie-Zajc, 2004). Cela a ainsi permis de diminuer les possibilités de considérer comme représentatif un événement isolé (Laperrière, 1997). Ces éléments de la démarche soutiennent également la *crédibilité* des résultats.

Le critère de *transférabilité* pour sa part est supporté par la description exhaustive des caractéristiques du milieu, du contexte, de l'échantillon et de la formation à l'étude. Cette description a été favorisée par la présence continue de l'étudiante-chercheuse sur le terrain et l'utilisation de la vidéo (Savoie-Zajc, 2004).

Contrairement aux recherches quantitatives, dont la fidélité s'appuie sur la stabilité des observations et la reproductibilité des résultats, la *fiabilité* en recherche qualitative ne saurait faire abstraction de l'indétermination et de l'évolution du monde. À l'inverse, elle en tient compte et tente de les expliquer, le concept de profondeur du processus prenant ici tout son sens (Laperrière, 1997). Dans cette recherche, l'utilisation de plusieurs techniques de collecte de données a permis une analyse en profondeur de certains phénomènes. Par exemple, l'entrevue semi-dirigée avec les formateurs a contribué à une meilleure compréhension de certains incidents observés et rapportés par certaines praticiennes. Cette compréhension a également été facilitée par l'observation continue de la démarche de la formation. Dans ce sens, la triangulation des méthodes a permis d'assurer la cohérence entre le déroulement de l'étude et ses résultats, et soutient donc le critère de *fiabilité* des résultats (Savoie-Zajc, 2004).

Pour renforcer la *confirmation* des résultats, chacune des étapes de l'analyse a également été soumise à une vérification externe effectuée par au moins un membre de l'équipe de direction. Cette triangulation du chercheur permet également de maximiser l'objectivation des résultats, définie en recherche qualitative par le critère de *confirmation* (Savoie-Zajc, 2004). Une triangulation indéfinie (Savoie-Zajc, 2004) a aussi été réalisée en remettant à chacune des praticiennes participantes une copie de son récit afin qu'elle vérifie si ses propos

étaient rapportés avec justesse. Aucune demande de changement de la part des praticiennes n'a été reçue, ce qui contribue à appuyer la justesse des récits phénoménologiques.

La démarche méthodologique adoptée se distingue donc par la diversité et la cohérence des méthodes de collecte et d'analyse des données en fonction des objectifs ciblés, mais aussi par la profondeur des analyses à différents paliers de traitement et par la transparence de l'étudiante-chercheuse. En effet, une démarche d'analyse des données contextualisée et effectuée en plusieurs étapes en fonction de niveaux d'inférence progressifs a permis l'émergence d'une proposition théorique. Ainsi, le résultat final de cette étude pourra servir de cadre conceptuel pour de futures recherches (Merriam, 1998). Enfin, la description détaillée de la démarche d'analyse et des résultats qui en découlent favorise la transparence de la démarche de l'étudiante-chercheuse et permet au lecteur d'apprécier la justesse des interprétations.

8.3.2 Principales limites de l'étude

Parmi les principales limites de cette étude, il importe de souligner le nombre peu élevé de praticiennes participantes. Stake (2006) propose qu'une étude multicas devrait comporter un minimum de quatre cas. En effet, inclure plus de praticiennes aurait permis une meilleure crédibilité des résultats. Dans le contexte particulier de cette recherche, il n'a pas été possible d'obtenir la participation d'autres praticiennes. De plus, la disponibilité des formateurs était restreinte à la supervision d'une École interactionnelle et de deux interventions individuelles.

L'absence de comparaison des résultats de la présente étude avec des résultats qui auraient pu être obtenus auprès de praticiens ayant suivi seulement l'atelier de formation théorique peut également être considérée comme une limite. Bien que la recherche ne ciblait pas particulièrement une telle comparaison et qu'elle visait plutôt l'émergence d'une compréhension du phénomène à l'étude, cette comparaison aurait contribué à renforcer la crédibilité des résultats et à améliorer les retombées de l'étude.

Une troisième limite importante à souligner est l'absence d'observation en milieu clinique après la formation. En effet, les changements chez les praticiennes ont été documentés à partir d'entrevues semi-dirigées. Les résultats qui en découlent ne peuvent prétendre représenter fidèlement les stratégies d'intervention utilisées par les praticiennes dans leur pratique clinique.

De plus, un ou deux exemples de certaines parties d'interventions rendent difficilement compte des habitudes d'intervention des praticiennes de façon générale. Ainsi, l'observation de quelques interventions dans leur pratique clinique permettrait une meilleure analyse des changements. Une prochaine étude pourrait considérer cette possibilité. Par ailleurs, comme mentionné dans la première partie de la discussion, certains changements ont également été observés directement par les formateurs pendant l'application clinique de la démarche d'intervention dans le cadre de la formation, ce qui donne accès d'une certaine façon à la dimension publique des modèles d'action des praticiennes et permet de pallier en partie cette limite.

Enfin, il importe de considérer une limite technique importante. Dans le contexte particulier d'une application clinique sous supervision auprès d'un groupe de huit patients et de deux formateurs, il a été impossible de capter avec le matériel audiovisuel la totalité des interventions et des interactions. Ainsi, lorsque la caméra captait une praticienne en interaction avec un patient, ou encore un formateur en interaction avec une praticienne, ce qui se passait autour n'était pas filmé. L'observation en direct a contribué à pallier cette limite, du moins en partie, notamment en ciblant le mieux possible les événements à capter et en notant les situations particulières qui avaient échappé à la caméra.

Cette étude visait à documenter l'ensemble de la démarche de formation et à expliquer son influence sur le changement des modèles d'action des praticiennes participantes. Plusieurs questions plus spécifiques découlent maintenant des résultats obtenus et laissent entrevoir des pistes intéressantes pour de futures recherches sur le sujet.

8.4 Pistes de recherches futures

Une formation intégrant un volet clinique avec supervision en direct semble favoriser l'acquisition de nouvelles habitudes d'intervention tant techniques que relationnelles chez des professionnels de la physiothérapie en contexte de traitement de la douleur chronique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de cette formation par rapport à la pratique clinique de ces professionnels. Plus précisément, l'évaluation de l'efficacité de la formation pourrait être effectuée en fonction des deux dimensions suivantes : (i) les changements sur le plan des stratégies d'intervention dans la pratique clinique ; et (ii) les résultats chez les patients traités par ces praticiens.

En ce qui concerne la première dimension, soit les changements sur le plan des stratégies d'intervention dans la pratique clinique, une étude longitudinale qui inclurait l'observation en milieu clinique permettrait (i) de vérifier dans quelle mesure les praticiens ont intégré les apprentissages effectués au cours de la formation ; et le cas échéant (ii) si ces changements se maintiennent dans le temps. L'observation en direct en milieu clinique apparaît la méthode à privilégier considérant qu'il s'agit de la meilleure façon d'accéder à la dimension publique des modèles d'action des praticiens et de constater ainsi dans quelle mesure les stratégies d'intervention sont modifiées dans la pratique clinique. Ensuite, l'impact des changements qui découlent de la formation sur les clients pourrait pour sa part être évalué en fonction de différents facteurs, notamment le nombre de visites en physiothérapie, l'évolution de la liste d'attente, l'utilisation d'autres services de santé, la prise de médicaments, la satisfaction du client face à l'intervention, l'atteinte de son objectif personnel et l'évolution de sa condition à l'aide de questionnaires standardisés portant sur différents aspects reliés à la douleur chronique. Ce type de recherche aurait avantage à être effectué dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée. Obtenir le point de vue des patients face à l'intervention et aux apprentissages qui en ont découlé pour eux constituerait un ajout intéressant. En outre, pour documenter la relation entre les changements sur le plan des modèles d'action des praticiens et l'impact sur les clients, et permettre ainsi de faire un lien entre les deux, un devis mixte pourrait être envisagé pour étudier l'impact de la formation à la fois chez les praticiens et chez les clients.

Par ailleurs, considérant les enjeux relatifs à l'utilisation d'une démarche de supervision clinique en direct, en ce qui concerne notamment le temps requis, l'expertise des formateurs et le choix de la démarche à prioriser, il serait important de mieux en évaluer l'influence sur l'intégration de nouvelles habiletés cliniques. Ainsi, une étude pourrait être menée pour comparer les effets de la formation (sur le changement chez les praticiens et sur les résultats des traitements) selon que les praticiens participent seulement à l'atelier de formation ou qu'ils participent à la démarche de formation avec supervision clinique en direct. Ces résultats permettraient d'explorer plus en détail le rôle de la supervision clinique en direct dans l'intégration de nouvelles habiletés d'intervention.

Également, dans le but d'en faciliter l'accès, il serait intéressant d'explorer de quelle façon cette formation pourrait être adaptée de manière à être offerte directement en milieu clinique. Plusieurs possibilités peuvent être envisagées, et comme la réalité du milieu clinique doit être considérée dans ce genre de projet, une recherche-action ou une recherche collaborative serait une approche intéressante. Impliquer différents membres de l'organisation à titre de cochercheurs faciliterait certainement l'appropriation des résultats qui en découleraient. La proposition théorique issue de cette étude est un levier qui pourrait servir de cadre conceptuel pour une telle recherche.

Enfin, considérant l'importance des ressources humaines (temps/formateurs et temps/praticiennes) et matérielles (salle avec un miroir sans tain et caméra vidéo) qui sont requises, il serait pertinent de réaliser une étude des coûts relatifs à ce type de formation. Une telle étude permettrait notamment de vérifier l'efficacité à long terme de cette formation d'un point de vue organisationnel en comparant ces dépenses avec celles qui découlent de l'organisation actuelle de la prise en charge de clients souffrant de douleur chronique en relation avec les résultats obtenus.

CHAPITRE 9

CONCLUSION

La présente étude visait à expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement d'une formation à l'intervention stratégique, appliquée dans le contexte d'une formation continue à des professionnels de la physiothérapie, influencent leurs modèles d'action à court terme. Une étude multicas a permis une analyse en profondeur de l'expérience vécue par trois professionnelles de la physiothérapie au cours d'une formation à l'ISDC. Le dispositif méthodologique retenu a permis de répondre aux trois objectifs de recherche ciblés, c'est-à-dire documenter et analyser le contenu et le déroulement de la formation à l'ISDC, documenter et analyser le changement de modèles d'action, et enfin, expliquer en quoi et comment le contenu et le déroulement de la formation ont influencé ces changements.

Les résultats obtenus laissent supposer que la formation a enrichi les modèles d'action des praticiennes de façon à améliorer l'efficacité de leurs interventions auprès de clients souffrant de douleur chronique. Les praticiennes rapportent utiliser des nouvelles stratégies d'intervention qui s'appuient davantage sur un modèle biopsychosocial, ce qui est en relation avec les lignes directrices pour la formation en douleur chronique. Elles se disent également plus confiantes et mieux outillées pour intervenir auprès de cette clientèle. Une analyse transversale des modèles d'action des praticiennes a permis d'identifier que le contexte de formation en traitement individuel semble favoriser davantage l'intégration de la nouvelle démarche d'intervention.

Sur le plan de l'influence de la formation sur les changements observés, une proposition théorique fait ressortir l'interaction entre les différentes catégories conceptualisantes ayant favorisé ce changement, lesquelles sont regroupées en trois grandes dimensions, soit la dimension personnelle (*Confrontation des habitudes et Autoexpérimentation des exigences du traitement*), la dimension clinique (*Crédibilité de la démarche d'intervention et Facilitation de l'intégration en milieu clinique*) et la dimension relationnelle (*Encadrement sécurisant et Zone commune d'intervention*). Ces catégories exercent leur plein potentiel dans leur articulation. De plus, l'émergence de chacune des catégories découle de l'interaction entre plusieurs éléments de la formation. Ces résultats supportent donc la thèse que les changements observés chez les praticiennes découlent de la synergie entre les

différents éléments du contenu, du déroulement et des éléments de contexte de la formation. Les résultats montrent également que l'expérimentation de l'ensemble de la démarche d'intervention sous supervision en direct a joué un rôle prépondérant dans le changement des modèles d'action chez les praticiennes.

Sur le plan du déroulement de la formation, le premier chapitre des résultats met en évidence l'importance des ressources temporelles, matérielles et financières que requiert l'utilisation de la supervision clinique en direct en contexte d'intervention réelle. Ainsi, l'approche de formation privilégiée peut représenter certains défis au niveau organisationnel. Toutefois, il importe de souligner que la majorité des heures de formation sont consacrées aux traitements de patients, ce qui représente un avantage intéressant.

Les retombées de cette étude se situent principalement sur le plan de la formation continue dans le domaine de la douleur chronique. Par ailleurs, considérant que la formation représente le trait d'union entre les connaissances et la pratique clinique, ces résultats ont également des retombées potentielles dans le domaine de l'intervention clinique en douleur chronique.

9.1 Retombées de la recherche sur le plan de la formation dans le domaine de la douleur chronique

Les résultats obtenus dans cette recherche montrent que l'intégration de nouvelles habiletés d'intervention, particulièrement celles qui s'inscrivent dans un nouveau cadre de référence, passe par l'action et la réflexion. En outre, cette démarche doit être guidée par une personne dont l'expertise permet au praticien de sortir du « cadre » qui gouverne ses actions, cadre façonné par ses anciens apprentissages (expériences) et par la culture du milieu dans lequel ils ont été consolidés. En mettant en relief les avantages d'intégrer des stratégies d'apprentissage actives dans les formations continues, les résultats de cette étude contribuent à expliquer pourquoi les lectures, conférences et formations théoriques axées sur la mémorisation et la compréhension sont insuffisantes pour instaurer des changements significatifs dans la pratique clinique dans le contexte actuel de changement de paradigme. Parmi les stratégies d'apprentissage proposées, certaines paraissent particulièrement originales, soit l'autoexpérimentation des exercices et des difficultés relatives au traitement dispensé aux patients, ainsi que la possibilité d'appliquer de nouvelles interventions cliniques et d'en observer l'efficacité.

En somme, les résultats obtenus offrent des éléments de réflexion importants quant au choix des stratégies utilisées dans la formation continue des professionnels de la santé concernés par le traitement de la douleur chronique. Cette recherche renforce, dans un secteur d'activité encore peu étudié, la pertinence de certains travaux menés antérieurement sur l'apprentissage expérientiel (Argyris et Schön, 1974; Schön, 1983, 1987). Dans ce sens, cette thèse s'avère une contribution originale au domaine de l'éducation en santé de façon générale, et au domaine de la formation pour le traitement de la douleur chronique de façon plus particulière.

Par ailleurs, sur le plan méthodologique, documenter l'expérience des praticiennes à partir d'entrevues semi-dirigées a permis d'évaluer les changements d'attitudes et de croyances avec une méthode différente de celle utilisée dans la plupart des évaluations de programmes de formation, soit les questionnaires standardisés. Cela a aussi permis d'obtenir des exemples de stratégies d'intervention tirés de leur propre pratique clinique et pouvant permettre d'observer leur évolution. Considérant les enjeux relatifs à l'intégration de la théorie et de la pratique, la recherche qualitative s'avère une approche intéressante pour comprendre l'expérience vécue par les praticiennes ainsi que leur évolution sur le plan de la pratique clinique. À cet effet, l'utilisation des modèles d'action (Bourassa *et al.*, 1999) pour documenter ces changements a permis de structurer les observations et l'analyse des données et d'illustrer le cheminement des praticiennes. Étant donné que d'autres recherches ayant eu recours aux modèles d'action pour la même utilisation n'ont pu être recensées, cette utilisation des modèles d'action apparaît originale. Elle pourrait inspirer d'autres chercheurs.

9.2 Retombées de la recherche sur le plan de la pratique clinique en douleur chronique

Le manque de formation des professionnels de la santé est un facteur qui contribue de manière notable aux difficultés relatives au respect des lignes directrices dans le traitement de la douleur chronique (IASP, 2018a, c). Ainsi, la recherche en éducation est une étape préalable à l'amélioration des soins dans ce secteur d'activité. Dans ce sens, les résultats de cette recherche peuvent contribuer à améliorer la formation des professionnels de la physiothérapie et, par le fait même, à favoriser l'intégration de nouvelles habiletés cliniques et, ultimement, à améliorer la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique.

Enfin, un autre élément à souligner est que la formation à l'étude va au-delà des explications et des notions théoriques qui aident à comprendre « pourquoi » aborder les clients à partir d'un modèle biopsychosocial et « quoi » faire pour y arriver. Elle propose une démarche structurée, des stratégies d'action concrètes et des outils cliniques favorisant l'application clinique de l'intervention. En d'autres termes, la formation inclut dans son déroulement des éléments qui permettent de savoir « comment » agir pour intégrer le tout. Ces particularités font de cette recherche une contribution originale sur le plan de la pratique clinique puisque chacune des étapes et des composantes qui permettent d'atteindre cet objectif y sont décrites en détail.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abric, J.-C. (1996). *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris, France: Armand Colin.
- Abric, J.-C. (1993). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans D. Jobelet (dir.), *Les représentations sociales (p. 187-203)*. Paris : Presses universitaires de France.
- Adams, L. M., et Turk, D. C. (2015). Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Current Rheumatology Reviews*, 11(2), 96-108.
- Anderson, S. A., Schlossberg, M., et Rigazio-DiGilio, S. (2000). Family therapy trainees' evaluations of their best and worst supervision experiences. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 79-91.
- Andrews, N. E., Strong, J., et Meredith, P. J. (2015). Overactivity in chronic pain: is it a valid construct? *Pain*, 156(10), 1991-2000.
- Andrews, P., et Harris, S. (2017). Using live supervision to teach counselling skills to social work students. *Social Work Education*, 36(3), 299-311.
- Apkarian, A. V., Hashmi, J. A., et Baliki, M. N. (2011). Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*, 152(suppl. 3), S49-S64.
- Argyris, C. (2003). *Savoir pour agir: surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. Paris, France: Dunod.
- Argyris, C., et Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Asay, T. P., et Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative finding. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan et S. D. Miller (dir.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ashworth, J., Green, D. J., Dunn, K. M., et Jordan, K. P. (2013). Opioid use among low back pain patients in primary care: Is opioid prescription associated with disability at 6-month follow-up? *Pain*, 154(7), 1038-1044.
- Ballantyne, J. C., et Shin, N. S. (2008). Efficacy of opioids for chronic pain: A review of the evidence. *Clinical Journal of Pain*, 24(6), 469-478.
- Ballantyne, J. C., et Sullivan, M. D. (2015). Intensity of Chronic Pain — The Wrong Metric? *The New England Journal of Medicine*, 373(22), 2098-2099.
- Balleux, A. (2007). Le récit phénoménologique : étape marquante dans l'analyse des données. *Recherches Qualitatives, Hors série*(3), 396-423.

- Ballus-Creus, C., Rangel, M. V., Penarroya, A., Pérez, J., et Leff, J. (2014). Expressed emotion among relatives of chronic pain patients, the interaction between relatives' behaviours and patients' pain experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 197-205.
- Bartle-Haring, S., Silverthorn, B. C., Meyer, K., et Toviessi, P. (2009). Does live supervision make a difference? A multilevel analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 406-414.
- Bateson, G. (1984). *La nature de la pensée*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Bernard, J., et Goodyear, R. K. (2009). Supervision interventions: Live supervision. Dans J. Bernard et R. Goodyear (dir.), *Fundamentals of Clinical Supervision* (4 éd.). Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- Bigal, M. E., et Lipton, R. B. (2009). Excessive opioid use and the development of chronic migraine. *Pain*, 142(3), 179-182.
- Bodes Pardo, G., Lluch Gírbés, E., Roussel, N. A., Gallelo Izquierdo, T., Jiménez Penick, V., et Pecos Martin, D. (2018). Pain neurophysiology education and therapeutic exercise for patients with chronic low back pain: A single-blind randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(2), 338-347.
- Bodin, A. (1981). Formation. Dans P. Watzlawick et J. Weakland (Éds.), *Sur l'interaction - Palo Alto 1965-1974* (p. 171-209). Paris: Éditions du Seuil.
- Boucher, J., Nguyen, D.-N., Deamo-Assis, R., Duhaime, S., Chaise, É., et Charest, J. (2017). Cinq éléments de l'intervention stratégique en douleur chronique. Repéré en ligne le 12 avril 2018 à <http://douleur.uqat.ca/documents-utilisés>.
- Bourassa, B., Serre, F., et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Bourgault, P., Lacasse, A., Marchand, S., Courtemanche-Harel, R., Charest, J., Gaumont, I., ... Choinière, M. (2015). Multicomponent interdisciplinary group intervention for self-management of fibromyalgia: A mixed-methods randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 10(5), e0126324.
- Breedlove, S. M., Rosenzweig, M. R., et Watson, N. V. (2012). *Psychobiologie: de la biologie du neurone aux neurosciences comportementales, cognitives et cliniques* (6e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Buckley, N. (2016). L'épidémie d'opioïdes d'ordonnance : il est temps pour notre profession d'agir! *Journal Canadien d'Anesthésie*, 63(1), 8-11.
- Burman, B., et Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin-APA*, 112(1), 39-63.

- Cano, A., Barterian, J. A., et Heller, J. B. (2008). Empathic and nonempathic interaction in chronic pain couples. *Clinical Journal of Pain*, 24(8), 678-684.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., et Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107(1-2), 99-106.
- Cano, A., Weisberg, J. N., et Gallagher, R. M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medecine*, 1(1), 35-43.
- Carnes, D. (2011). Patterns of chronic pain in the population. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 14(3), 81-85.
- Carr, E. C. J., Briggs, E. V., Briggs, M., Allcock, N., Black, P., et Jones, D. (2016). Understanding factors that facilitate the inclusion of pain education in undergraduate curricula: Perspectives from a UK survey. *British Journal of Pain*, 10(2), 100-107.
- Casey, D., et Murphy, K. (2009). Issues in using methodological triangulation in research. *Nursing Research*, 16(4), 40-55.
- Champe, J., et Kleist, D. M. (2003). Live supervision: A review of the research. *The family Journal*, 11(3), 268-275.
- Charest, J. (1996). Thérapie stratégique : fondements, techniques et applications cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 17(3), 87-102.
- Charest, J., Boucher, J., Duhaime, S., Nguyen, D.-N., Chaize, É., et Barcellos de Souza, J. (2015a). Prescription de tâches personnalisées en intervention stratégique pour la douleur chronique. *Revue québécoise de psychologie*, 36(1), 233-250.
- Charest, J., Chenard, J. R., Lavignolle, B., et Marchand, S. (1996). *Lombalgie: École interactionnelle du dos*. Paris, France: Masson.
- Charest, J., Duhaime, S., Boucher, J., Nguyen, D. N., Chaize, E., et De Souza, J. B. (2015b). Écoles interactionnelles de douleurs chroniques. Repéré le 31 octobre 2017, à www.douleur.uqat.ca
- Charest, J., Gaumond, I., Chaize, É., Barcellos de Souza, J., et Nguyen, D. N. (2010). Traitement en groupe de la douleur chronique : l'École interactionnelle. *Revue québécoise de psychologie*, 30(3), 163-187.
- Charest, J., Lavignolle, B., Chenard, J. R., Provencher, M., et Marchand, S. (1994). École interactionnelle du dos. *Rhumatologie*, 46(8), 221-237.
- Charest, J., et Nguyen, D.-N. (2010). Gestion réfléchie de vos capacités. Dans L. O'Donnell-Jasmin (dir.), *Faire équipe face à la douleur chronique* (p. 181-193). Laval, Canada: Les productions Odon.

- Chenard, J. R., Lavignolle, B., et Charest, J. (1991). *Lombalgie : dix étapes sur les chemins de la guérison*. Paris, France: Masson.
- Choiniere, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., *et al.* (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anaesthesia*, 57(6), 539-548.
- Cleland, J. A., Fritz, J. M., Brennan, G. P., et Magel, J. (2009). Does continuing education improve physical therapists' effectiveness in treating neck pain? A randomized clinical trial. *Physical Therapy*, 89(1), 38-47.
- Cohen, M., Quintner, J., Buchanan, D., Nielsen, M., et Guy, L. (2011). Stigmatization of patients with chronic pain: The extinction of empathy. *Pain Medecine*, 12(11), 1637-1643.
- Cohn, B. (1973). Absentee-cueing: A technical innovation in the training of group counselors. *Educational Technology*, 13(2), 61-62.
- Comeford, M., et Mottram, S. (2012). *Kinetic control : The management of uncontrolled movement*. Australie: Churchill Livingstone.
- Côté, P., Kristman, V., Vidmar, M., Van Eerd, D., Hogg-Johnson, S., Beaton, D., *et al.* (2009). The prevalence and incidence of work absenteeism involving neck pain. *European Spine Journal*, 17 (suppl. 1), S219-S226.
- Cramer, H., Mehling, W. E., Saha, F. J., Dobos, G., et Lauche, R. (2018). Postural awareness and its relation to pain: Validation of an innovative instrument measuring awareness of body posture in patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal disorders*, 19(108), 1-10.
- Cuesta-Vargas, A. I., Neblett, R., Chiarotto, A., Kregel, J., Nijs, J., van Wilgen, C. P., *et al.* (2018). Dimensionality and reliability of the central sensitization inventory in a pooled multicountry sample. *American Pain Society*, 19(3), 317-229.
- Danis, C. (1998). Processus d'apprentissage des adultes dans une perspective développementale. Dans C. Danis et C. Solar (dir.), *Apprentissage et développement des adultes* (pp. 23-92). Montréal, Canada: Les Éditions Logiques.
- Danis, C., et Solar, C. (1998). *Apprentissage et développement des adultes*. Montréal, Canada: Les Éditions Logiques.
- Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurlwy, D. A., Baxter, G. D., et Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3-17.

- de Heer, E. W., Gerrits, M. J., Beekman, A. T., Dekker, J., van Marwijk, H. W., de Waal, M. W., *et al.* (2014). The association of depression and anxiety with pain: A study from NESDA. *PLOS ONE*, 9(10), 1-11.
- de Souza, J. B., Charest, J., et Marchand, S. (2007). École interactionnelle de fibromyalgie: description et évaluation. *Douleur et Analgésie*, 20(4), 213-218.
- Domenech, J., Sanchez-Zuriaga, D., Segura-Orti, E., Espejo-Tort, B., et Lison, J. F. (2011). Impact of biomedical and biopsychosocial training session on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain*, 152(11), 2557-2563.
- Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42(2), 7-27.
- Driscoll, J., et O'Sullivan, J. (2007). The place of clinical supervision in modern healthcare. Dans J. Driscoll (dir.), *Practising clinical supervision : A reflective approach for healthcare professionals*. Philadelphia, PA: Elsevier.
- Duhaime, S. (2010). *École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques* (mémoire de maîtrise). Sherbrooke, Canada: UQAT, Université de Sherbrooke.
- Duncan, B. L., et Miller, S. D. (2003). *Le client, héros de la thérapie : pratique de la thérapie orientée par le client et guidée par les résultats*. Molenbeek-Saint-Jean, Belgique : SATAS.
- Enrico, V. T. (2016). Incremental health care costs for chronic pain in Ontario, Canada-what in the pain are we counting? *Pain*, 157(8), 1833-1834.
- Evans, D. (1987). Live supervision in the same room : A practice teaching method. *Social Work Education*, 6(3), 13-17.
- Falke, S. I., Lawson, L., Pandit, M. L., et Patrick, E. A. (2015). Participant supervision : Supervisor and supervisee experiences of cotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(2), 150-162.
- Fenell, D. L., Hovestadt, A. J., et Harvey, S. J. (1986). A comparison of delayed feedback and live supervision models of marriage and family therapist clinical training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 181-186.
- Filliettaz, L., et Schubauer-Leoni, M.-L. (2008). Les processus interactionnels dans leurs dimensions interpersonnelles, socio-historiques et sémiotiques. Dans L. Filliettaz et M.-L. Schubauer-Leoni (dir.), *Processus interactionnels et situations éducatives* (p. 7-39). Bruxelles, Belgique: Éditions De Boeck Université.
- Fisch, R., et Schlanger, K. (2005). *Traiter les cas difficiles : les réussites de la thérapie brève*. Paris, France: Éditions du Seuil.

- Fisch, R., Weakland, J. H., et Segal, L. (1986). *Tactiques du changement*. Paris, France: Seuil.
- Foster, N. E., et Delitto, A. (2011). Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice-challenges and opportunities. *Physical Therapy*, 91(5), 790-803.
- Gallagher, L., McAuley, J., et Moseley, G. L. (2013). A Randomized-controlled trial of using a book of metaphors to reconceptualize pain and decrease catastrophizing in people with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 29(1), 20-25.
- Gallant, J. P., et Thyer, B. A. (1989). The "bug-in-the-ear" in clinical supervision. *The Clinical Supervisor*, 7(2-3), 43-58.
- Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübsher, M., et Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 132-143.
- Gaskin, D. J., et Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *American Pain Society*, 13(8), 715-724.
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., et Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119-130.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., et Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin - American Psychological Association*, 133(4), 581-624.
- Geha, P. Y., Baliki, M. N., Harden, R. N., Bauer, W. R., Parrish, T. B., et Apkarian, A. V. (2008). The brain in chronic CRPS pain: Abnormal gray-white matter interactions in emotional and autonomic regions. *Neuron*, 60, 570-581.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, tome 1, La présentation de soi*. Paris, France: Editions de Minuit.
- Grainge, A. C., Bulmer, C., Fleming, M., et Allan, R. (2012). Using live supervision to deliver family intervention training. *Mental Health Practice*, 16(9), 12-18.
- Groulx, L. (1985). L'analyse des mouvements sociaux urbains: question de méthode. *Service social*, 34(2-3), 300-307.
- Hager, P., et Hodkinson, P. (2009). Moving beyond the metaphor of transfer of learning. *British Educational Research Journal*, 35(4), 619-638.
- Haley, J. (1977). *Problem-Solving Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Haley, J. (1987). *Problem Solving Therapy* (2e éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hanney, W. J., Masaracchio, M., Liu, X., et Kolber, M. J. (2016). The influence of physical therapy guideline adherence on healthcare utilization and costs among patients with low back pain: A systematic review of the literature. *PLOS ONE*, 11(6,e0156799).
- Hasenbring, M. I., et Verbunt, J. A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: New models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clinical Journal of Pain*, 26(9), 747-753.
- Hayden, J. A., Dunn, K. M., van der Windt, D. A., et Shaw, W. S. (2010). What is the prognosis of back pain? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(2), 167-179.
- Hébert, R. (1997). Définition du concept d'interdisciplinarité, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Colloque *De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité*, 4 et 5 avril 1997. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Canada.
- Herr, K., Marie, B. S., Gordon, D. B., Paice, J. A., Watt-Watson, J., Stevens, B. J., et al. (2015). An interprofessional consensus of core competencies for prelicensure education in pain management: curriculum application for nursing. *Journal of Nursing Education*, 54(6), 317-327.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., et Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 448-466.
- Hogan, M. E., Taddio, A., Katz, J., Shah, V., et Krahn, M. (2016). Incremental health care costs for chronic pain in Ontario, Canada: A population-based matched cohort study of adolescents and adults using administrative data. *Pain*, 157(8), 1626-1633.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2012). *Application des connaissances*. Repéré le 28 août 2018 à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29529.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- International Association for the Study of Pain. (2018a). *IASP curriculum outline on pain for physical therapy*. Repéré le 10 février 2019 à <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1580>
- International Association for the Study of Pain. (2018b). *IASP curriculum outline on pain for physical therapy*. Repéré le 24 février 2018 à <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2055>

- International Association for the Study of Pain. (2018c). *Desirable characteristics of national pain strategies*. Repéré le 15 mai 2018 à <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=1473>
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP terminology*. Repéré le 8 avril 2019 à <https://www.iasp-pain.org/Education/content.aspx?ItemNumber=1698>
- Jaccoud, M., et Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Jackson, D. D. (1981). Sur l'interaction. Dans P. Watzlawick et J. H. Weakland (dir.), *Sur l'interaction*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Jackson, T., Wang, Y., et Fan, H. (2014). Associations between pain appraisals and pain outcomes: Meta-analyses of laboratory pain and chronic pain literatures. *American Pain Society*, 15(6), 586-601.
- Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., et Engel, J. M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(1), 146-160.
- Jones, A., et Bugge, C. (2006). Improving understanding and rigour through triangulation: An exemplar based on patient participation in interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 612-621.
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. Bruxelles: Éditions de Boeck Université.
- Joshi, S., et MacAllister, L. (1998). An investigation of supervisory style in speech pathology clinical education. *The Clinical Supervisor*, 17(2), 141-155.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., et al. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and metaanalysis. *BMJ*, 350, h444.
- Katz, N., et Mazer, N. A. (2009). The impact of opioids on the endocrine system. *Clinical Journal of Pain*, 25(2), 170-175.
- Kavanagh, D. J., Piatkowska, O., Clark, D., O'Halloran, P., Minicavasagar, V., Rosen, A., et al. (1993). Application of cognitive-behavioral family intervention for schizophrenia in multidisciplinary teams : What can the matter be? *Australian Psychologist*, 28(3), 181-188.

- Keefe, F.J., Main, C.J., et George, S.Z. (2018). Advancing psychologically informed practice for patients with persistent musculoskeletal pain: promise, pitfalls, and solutions. *Physical Therapy*, 98(5), 398-407.
- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., et Jolly, B. (2007). AMEE guide no. 27 : Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29(1), 2-19.
- Krashin, D., Sullivan, M., et Ballantyne, J. (2013). What are we treating with chronic opioid therapy? *Current Rheumatology Reports*, 15(311), 1-5.
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., et Tu, W. (2011). Reciprocal relationship between pain and depression: A 12-month longitudinal analysis in primary care. *The Journal of Pain*, 12(9), 964-973.
- Lacasse, A., Bourgault, P., et Choinière, M. (2016). Fibromyalgia-related costs and loss of productivity: A substantial societal burden. *BMC Musculoskeletal disorders*, 17(168), 1-9.
- Lähteenmäki, M.-L. (2005). Reflectivity in supervised practice : Conventional and transformative approaches to physiotherapy. *Learning in Health and Social Care*, 4(1), 18-28.
- Laitinen-Väänänen, S., Talvitie, U., et Luukka, M.-R. (2007). Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(2), 95-103.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal, Canada: Gaétan Morin.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., et Vlaeyen, J. W. (2006). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4(2).
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., et Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative: fondements et pratiques*. Montréal, Canada: Éditions Nouvelles.
- Liddle, H. A., et Schwartz, R. C. (1983). Live supervision consultation : Conceptual and pragmatic guidelines for family therapy training. *Family Process*, 22(4), 477-490.
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., et al. (2017). Communication skills training for practitioners to increase patient adherence to home-based rehabilitation for chronic low back pain: Results of a cluster randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(9), 1732-1743.

- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., et Puentedura, E. J. (2011). The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 2041-2056.
- Luann, C. (1994). Reducing anxiety in live supervision. *Counselor Education & Supervision*, 34(1), 30-41.
- Lumley, M. A., Coen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., et al. (2011). Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968.
- Lyons, K. S., Jones, K. D., Bennett, R. M., Hiatt, S. O., et Sayer, A. G. (2013). Couple perceptions of fibromyalgia symptoms: The role of communication. *Pain*, 154(11), 2417-2426.
- Ma, V. Y., Chan, L., et Carruthers, K. J. (2014). Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: Stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(5), 986-995.
- Macdonald, G., et Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202-223.
- Madanes, C. (1984). *Derrière la glace sans tain*. Paris, France: Les Éditions ESF.
- Main, C. J., Buchbinder, R., Porcheret, M., et Foster, N. (2010). Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(2), 219-225.
- Main, C. J., Foster, N., et Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(2), 205-217.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur* (2e éd.). Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Martin, C. M. (2011). When medications make pain worse : Opioid-induced hyperalgesia. *The Consultant Pharmacist*, 26(8), 530-542.
- Mausey, E., et Erdman, P. (1997). Trainee perceptions of live supervision phone-ins : A phenomenological inquiry. *The Clinical Supervisor*, 15(2), 115-128.
- McGee, M., et Burton, R. (1998). The use of co-therapy with a reflecting mirror as a supervisory tool. *Journal of Family Psychotherapy*, 9(4), 45-60.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Ca: Jossey-Bass.

- Merriam, S. B., et Clark, M. C. (1991). *Lifelines: Patterns of work, love, and learning in adulthood*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Merskey, H., et Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2^e éd.). Seattle, WA: IASP Press.
- Mezei, L., Murinson, B. B., et Johns Hopkins Pain Curriculum Development Team. (2011). Pain education in North American medical schools. *The Journal of Pain*, 12(12), 1199-1208.
- Mogil, J. S. (2015). Social modulation of and by pain in humans and rodents. *Pain*, 156 (suppl. 1), S35-S41.
- Montalvo, B. (1973). Aspects of live supervision. *Family Process*, 12(4), 343-359.
- Morin, E. (2000). *Les sept clefs du savoir nécessaire à l'éducation du futur*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Moseley, G. L. (2003). A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy*, 8(3), 130-140.
- Moseley, G. L., et Arntz, A. (2007). The context of a noxious stimulus affects the pain it evokes. *Pain*, 133(1-3), 64-71.
- Moseley, G. L., et Vlaeyen, J. (2015). Beyond nociception : the imprecision hypothesis of chronic pain. *Pain*, 156(1), 35-38.
- Murinson, B. B., Gordin, V., Flynn, S., Driver, L. C., Gallagher, R. M., Grabois, M., et al. (2013). Recommendations for a new curriculum in pain medicine for medical students: Toward a career distinguished by competence and compassion. *Pain Medicine*, 14(3), 345-350.
- Myhr, A., et Berit-Augestad, L. (2013). Chronic pain patients - Effects on mental health and pain after a 57-week multidisciplinary rehabilitation program. *Pain Management Nursing*, 14(2), 74-84.
- Nardone, G., et Portelli, C. (2012). *La connaissance par le changement : l'évolution de la thérapie brève stratégique*. Belgique: SATAS.
- Nardone, G., et Watzlawick, P. (1993). *L'art du changement : thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*. Bègles, France: L'Esprit du temps.
- Nguyen, D.-N., Boucher, J., Duhaime, S. et Charest J. (2016). Douleur chronique, syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et intervention stratégique - SCL1428 [cours offert à l'UQAT].
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., Main, C.J. et "Decade of the Flags" Working Group. (2011). Early identification and management of psychological risk factors

- (“Yellow Flags”) in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737-753.
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B., *et al.* (2016). What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical Therapy*, 96(5), 609-622.
- Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M. T., Torres, L. J., Mico, J. A., et Failde, I. (2014). The impact of chronic pain: The perspective of patients, relatives, and caregivers. *American Psychological Association*, 32(4), 399-407.
- Overmeer, T., Boersma, K., Denison, E., et Linton, S. J. (2011). Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes ? A randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 91(5), 804-819.
- Overmeer, T., Boersma, K., Main, C. J., et Linton, S. J. (2009). Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 724-732.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013a). Choisir une approche d'analyse qualitative. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd. p. 13-32). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013b). L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd. p. 315-374). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013c). L'analyse par questionnement analytique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 207-230). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013d). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 231-289). Paris, France: Armand
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013e). L'examen et l'analyse phénoménologiques des données d'entretien. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 139-156). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013f). La mise en place d'une théorisation. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 375-405). Paris, France: Armand Colin.

- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2013g). Les processus de la pensée qualitative. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 33-58). Paris, France: Armand Colin.
- Pelaccia, T., et Paillé, P. (2010). Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie médicale*, 10(4), 293-304.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupert, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative - enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Plazier, M., Ost, J., et Stassijns, G. (2013). Pain characteristics in fibromyalgia: Understanding the multiple dimensions of pain. *Clinical Rheumatology*, 34(4), 775-783.
- Porreca, F., et Navratilova, E. (2017). Reward, motivation, and emotion of pain and its relief. *Pain*, 158(4), S43-S49.
- Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (1997). L'observation participante. Dans J.-P. Pourtois et H. Desmet (dir.), *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines* (p. 122- 139). Bruxelles : Mardaga.
- Radcliff, K., Hilibrand, A., Lurie, J. D., Tosteson, T. D., Delasotta, L., Rihn, J., *et al.* (2012). The impact of epidural steroid injections on the outcomes of patients treated for lumbar disc herniation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 94(15), 1353-1358.
- Radcliff, K., Kepler, C., Hilibrand, A., Rihn, J., Zhao, W., Lurie, J. D., *et al.* (2013). Epidural steroid injections are associated with less improvement in the treatment of lumbar spinal stenosis: A subgroup analysis of the SPORT. *Spine*, 38(4), 279-291.
- Rosenberg, L. M., Rubin, S. S., et Finzi, H. (1968). Participant-supervision in the teaching of psychotherapy. *The American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 166-175.
- Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., p. 199-226). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Saltzburg, S., Greene, G. J., et Drew, H. (2010). Using live supervision in field education : preparing social work students for clinical practice. *Families in Society*, 91(3), 293-299.
- Savage, J. (2000). Participative observation: Standing in the shoes of others? *Qualitative Health Research*, 10(3), 324-339.

- Savoie-Zajc, L. (1994). Triangulation (technique de validation par) Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Sajc (dir.), *La recherche en éducation: étapes et approches* (3e éd., p. 142-149). Sherbrooke, Canada: Éditions du CRP.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherche Qualitative*, 5, 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale - de la problématique à la collecte des données* (5e éd., p. 337-360). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. United States of America: Basic Books Inc.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., et Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16(6), 445-450.
- Schwartz, N., Miller, C., et Fields, H. L. (2017). Cortico-accumbens regulation of approach-avoidance behavior is modified by experience and chronic pain. *Cell Reports*, 19, 1522-1531.
- Scott, E. L., Kroenke, K., Wu, J., et Yu, Z. (2016). Beneficial effects of improvement in depression, pain catastrophizing, and anxiety on pain outcomes: A 12-month longitudinal analysis. *The Journal of Pain*, 17(2), 215-222.
- Semmons, J. (2016). The role of physiotherapy in the management of chronic pain. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*, 17(9), 445-447.
- Seth, B., et de Gray, L. (2016). Genesis of chronic pain. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 17(9), 431-435.
- Shin, N. Y., Kang, D. H., Jang, J. H., Park, S. Y., Hwang, J. Y., Kim, S. N., et al. (2013). Impaired recognition of social emotion in patients with complex regional pain syndrome. *The Journal of Pain*, 14(11), 1304-1309.
- Sjogren, P., Ekholm, O., Peuckmann, V., et Gronbaek, M. (2009). Epidemiology of chronic pain in Denmark : An update. *European Journal of Pain*, 13(3), 287-292.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J., et Worrall, L. (2001). Clinical supervision in four mental health professions: A review of the evidence. *Behaviour Change*, 18(3), 135-155.

- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Montréal, Canada: Holt, Rinehart and Winston Inc.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Stoltenberg, C. D. (2008). Developmental approaches to supervision. In C. A. Falender & E. P. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (pp. 39-56). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sullivan, M. D., et Ballantyne, J. C. (2016). Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *Pain*, 157(1), 65-69.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., LA, B., et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., et O'Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68-76.
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., Robinson, K., et al. (2016). Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: A qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 62(4), 215-221.
- Tapp, D. M., et Wright, L. M. (1996). Live supervision and family systems nursing: Postmodern influences and dilemmas. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(4), 225-233.
- Turk, D. C., Swanson, K. S., et Tunks, E. R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (4), 213-223.
- Vachon-Preseu, E., Roy, M., Martel, M.-O., Caron, E., Marin, M.-F., Chen, J., et al. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, 136, 815-827.
- van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Kuijpers, T., Verhagen, A. P., Ostelo, R., Koes, B. W., et al. (2011). A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *European Spine Journal*, 20(1), 19-39.
- Vygotski, L. S. (1985). *Pensée et langage* (traduit par F. Sève). Paris, France: Éditions Sociales. (Ouvrage original publié en 1934).

- Wark, L. (1995). Defining the territory of live supervision in family therapy training. *The Clinical Supervisor*, 13(1), 145-162.
- Watzlawick, P. (1980). *Le langage du changement : élément de communication thérapeutique*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P. (1991). *Les cheveux du baron de Münchhausen : psychothérapie et "réalité"*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., et Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P., et Nardone, G. (2000). *Stratégie de la thérapie brève*. Paris, France: Seuil.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., et Fish, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem solution*. New York, NY: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., et Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- West, J., et Bubenzer, D. (1993). Three supervision modalities for training marital and family. *Counselor Education & Supervision*, 33(2), 127-139.
- Wideman, T. H., Miller, J., Bostick, G., Thomas, A., et Bussi res, A. (2018). Advancing pain education in Canadian physiotherapy programmes: Results of a consensus-generating workshop. *Physiotherapy Canada*, 70(1), 24-33.
- Wong, Y. W. (1997). Live supervisi in in family therapy : Trainee perspectives. *The Clinical Supervisor*, 15(1), 145-157.
- Wright, J. (2012). Clinical supervision: A review of the evidence base. *Nursing Standard*, 27(3), 44-49.
- Wright, L. M. (1986). An analysis of live supervision "phone-ins" in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 187-190.
- Wright, L. M., et Leahey, M. (2014). *L'infirmi re et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (traduit par Lyne Campagna) (4e  d.). St-Laurent, Canada:  ditions du nouveau pédagogique inc.
- Yalcin, I., Barthas, F., et Barrot, M. (2014). Emotional consequences of neuropathic pain: Insight from preclinical studies. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 74, 154-164.

ANNEXE A

Certificat du comité d'éthique de la recherche de l'UQAT

Le 20 juin 2012

Madame Sophie Duhaime, étudiante au doctorat en sciences cliniques
121, chemin Trémoy
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 1W7

OBJET : Évaluation éthique

Projet : « *Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique* »

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a évalué votre demande pour le projet cité en rubrique. Nous vous félicitons pour la qualité de présentation du projet.

Étant donné le risque en deçà du seuil minimal pour les participants, le CÉR a eu recours à la procédure d'évaluation déléguée, par trois de ses membres, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (article 5.5.2).

À la suite de cette évaluation, le Comité d'éthique est heureux de vous délivrer le certificat attestant du respect des normes éthiques, moyennant quelques précisions supplémentaires dans le formulaire de consentement.

Je vous invite à prendre connaissance des commentaires qui suivent et vous remercie d'avance de nous fournir le formulaire de consentement modifié, ainsi que le questionnaire ou le canevas des entrevues quand ils seront prêts.

Je vous invite également à nous faire part de tout changement important qui pourrait être apporté en cours de recherche aux procédures décrites dans le protocole soumis et/ou au(x) formulaire(s) de consentement.

En vous souhaitant tout le succès dans la réalisation de votre projet, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Saïd Bergheul, Ph.D.
Président délégué
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
(CÉR) – UQAT

/md
p.j. :



c.c. Mme Manon Champagne, codirectrice de recherche
M. Jean-Charles Perron, codirecteur de recherche
Dr Dat-Nhut Nguyen, codirecteur de recherche



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

ÉVALUATION DU 13 JUIN 2012

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le protocole de recherche soumis par :

Sophie Duhaime, étudiante au doctorat en sciences cliniques

et intitulé :

« Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique »

DÉCISION DU CÉR :

☒ Accepté

☐ Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

☐ Autre (voir commentaires ci-dessous)

Surveillance éthique continue : Rapport annuel Date : _____
 Rapport d'étape Date : _____
 Rapport final¹ Date : à la fin du projet
 Autres (expliquez) : _____

¹ Les formulaires modèles pour les rapports d'étape, annuel et final sont disponibles sur le site Internet de l'UQAT www.web2.uqat.ca/recherche

Membres du comité :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Roxane Aubé	Étudiante	UER sc. de la santé
Saïd Bergheul	Professeur	UER sc. dév. humain et social
Chantal Naud		Représentante de la collectivité

Date : 20 juin 2012

Saïd Bergheul, Ph.D., président délégué CÉR

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS
(CÉR) – UQAT**

COMMENTAIRES

ÉVALUATION DU 13 JUIN 2012

Projet intitulé : *« Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique »*

CONSIDÉRATIONS SCIENTIFIQUES CONCERNANT LE PROTOCOLE

Des évaluateurs ont formulé certains commentaires concernant votre protocole. Je vous les transmets à titre informatif seulement. Vous n'avez pas à répondre à ces commentaires pour obtenir le certificat éthique, mais nous souhaitons qu'ils puissent contribuer positivement à l'avancement de vos travaux.

BUT DE LA RECHERCHE

L'efficacité de l'intervention stratégique et les besoins en matière de traitement de la douleur chronique représentent donc des arguments pour former des praticiens à l'utilisation de ce modèle d'intervention, ce qui a déjà été fait par le passé. Cependant, le transfert d'apprentissage en milieu clinique pendant la formation n'a pas été étudié à notre connaissance. Le but de la recherche est très clair.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES CONCERNANT LE PROTOCOLE

DESCRIPTION DE LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Veillez clarifier les éléments suivants :

Dans un premier temps, un atelier de formation de deux jours (14 heures) sera dispensé en classe à l'ensemble des professionnels recrutés. Combien ? Est-ce que c'est 3 praticiens ?

Une équipe composée de deux praticiens animera une école interactionnelle de son choix (lombalgie, cervicalgie ou fibromyalgie) auprès d'un groupe de huit patients. Donc 2 des 3 praticiens vont faire ensemble la formation auprès de 8 patients. Qu'en est-il du 3^e praticien ?

L'application subséquente de l'école avec les patients retenus comprendra huit rencontres. Est-ce qu'on parle des 8 patients choisis pour participer à la formation ou est-ce un sous-échantillon ? Rencontre individuelle ? Qui animera ces rencontres ?

Un praticien appliquera l'intervention stratégique auprès de deux patients différents souffrant de douleur chronique dans le cadre d'une intervention individuelle. Donc, seul 1 des 3 praticiens fera cette étape ? Comment sera-t-il choisi ? Les 2 patients ici ont-ils participé à l'étape 1 ou est-ce 2 nouveaux patients ?

Comme les patients sont ceux inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital, est-ce que les praticiens doivent inscrire quelque chose au sujet de ce traitement offert dans le dossier des patients ? Également, on ne constate pas que le médecin des patients sera informé de leur participation (tel que demandé par le comité d'éthique de st-Jérôme).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Pour ce qui est des inconvénients cité à la page 18, si les patients sélectionnés à partir d'une liste d'attente du département de la physiothérapie du CSSS R-N souhaitent mettre fin à leur participation, seront-ils de retour sur la liste d'attente ou pourront-ils continuer d'avoir les soins requis ? Connaissant les délais de cette liste d'attente, l'incitatif d'être pris en charge plus vite grâce au projet pourrait en effet créer chez les patients des attentes ?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le participant ne doit pas déterminer au début de l'étude s'il accepte que les enregistrements soient utilisés à d'autres fins. En effet, il est possible qu'en cours de projet il se passe une situation et que finalement le participant ne veuille plus que les enregistrements soient utilisés. Il serait préférable que d'emblée, les participants sachent qu'il est possible qu'un court extrait d'enregistrement soit utilisé à d'autres fins et qu'en ce cas, les participants visés seront contactés afin qu'ils visionnent l'extrait choisi et qu'ils donnent leur autorisation et signent leur consentement. On peut aussi faire un premier consentement et demander ultérieurement aux participants ciblés, avec visionnement de l'extrait, leurs accords et consentements. La même observation est faite pour les deux autres formulaires

Consentement pour les formateurs :

La répétition des objectifs est-elle vraiment nécessaire ou seuls les objectifs cités pour l'obtention du grade suffisent (comme rédigé dans les autres formulaires) ?

L'étudiante-chercheuse va rencontrer individuellement tous les participants ... comment cela va se faire ? Rencontre téléphonique ? Rencontre en présence ? À quel endroit. Toutes les étapes de l'application de la formation auront lieu à l'UQAT ; précisez au campus de Rouyn-Noranda

Également à préciser dans les 2 autres formulaires.

Le formulaire pour les patients :

p.55 : « Ce sont les praticiens qui seront responsables de recruter les patients qui seront traités dans le cadre de cette formation ». Remplacer formation par intervention individuelle. Si cette phrase référait à l'ensemble de la formation, alors elle n'est pas pertinente car les patients sont déjà recrutés au moment de la lecture du formulaire.

« Si votre admissibilité est confirmée ». Il faudrait écrire les critères d'admission ?

Il est à noter qu'aucune modification concernant la prise de médicament des patients ne sera demandée dans le cadre de ce projet. Veuillez préciser : « Vous n'avez pas à modifier votre médication ... ».

Le fait d'être filmé peut représenter une gêne et/ou un inconfort pour certains participants. Quels sont les moyens mis en place advenant un inconfort ?

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles. Quelles informations personnelles ? Précisez ?

Idem pour les 2 autres formulaires

Consentement pour les formateurs :

Si vous vous retirez du projet (ou en êtes retiré(e)) avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation. Pourquoi pas au complet? Précisez ?

Idem pour les 2 autres formulaires

Pour les praticiens, vont-ils recevoir du matériel de formation (notes, manuel, ...?)

« Les données recueillies avant votre retrait ainsi que les raisons de ce retrait pourront être utilisées dans l'analyse du processus de formation » ? Pourquoi ?

Idem pour les 2 autres formulaires

Il faudrait préciser clairement à la page 58 du formulaire qu'ils retourneront sur la liste d'attente advenant l'abandon du projet. Les patients qui auront participé assez longtemps au projet pour ne plus faire partie de la liste d'attente seront-ils priorités pour la prise en charge ?

CORRECTIONS ORTHOGRAPHIQUES

p. 14 qui a lieu trois à quatre mois après la fin des rencontres

p. 19 : peut importe

p. 34, annexe C, dans le schéma, il est indiqué que le protocole a été soumis au Comité d'éthique du CSSSRN... n'est-ce pas plutôt le CSSS St-Jérôme ?

p.39 : Le cheminement d'études au doctorat en sciences cliniques

p. 55 : de 2 h ½ chacune = changer pour 2h30, 1 h ½ changer pour 1h30

p.55 : Si votre admissibilité est confirmée, vous assisterez

p.55 : aucune rencontre d'évaluation supplémentaire à celle déjà reçue

p.56 : Centre hospitalier : Uniformiser avec p.55 Centre Hospitalier ou CSSS-RN...

p.56 : Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda : à uniformiser ...

ANNEXE B

Certificat du comité d'éthique du CISSSAT

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

290 rue Montigny
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Saint-Jérôme, le 10 août 2012

Mme Manon Champagne
Chercheuse responsable
Responsable des programmes de 2^e 3^e cycle
Département des sciences de la santé
UQAT
445, Boul de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Mme Sophie Duhaime
Étudiante-chercheuse
Département des sciences de la santé
UQAT
445, Boul de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Objet: Protocole 2012-253-E

- Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique

Approbation finale

Mesdames,

Nous confirmons la réception des précisions demandées dans notre lettre d'approbation initiale datée du 28 mai dernier ainsi que des formulaires de consentement modifiés suivants (version française du 9 août 2012) s'adressant aux:

- Praticiens
- Patients
- Formateurs

À la lecture des précisions et documents reçus, le tout est jugé satisfaisant et nous procédons donc à l'approbation finale de ladite étude, en vertu d'une entente de délégation et d'endossement avec le CSSS de Rouyn-Noranda.

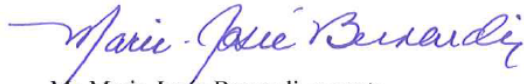
Nous vous retournons sous pli copie des formulaires sus-mentionnés portant l'estampille d'approbation du Comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les participants.

La présente constitue l'approbation finale du protocole par le Comité qui est valide pour un an à compter du 22 mai 2012, date de l'approbation initiale. Nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou aux formulaires de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. De même, une demande de renouvellement annuel d'approbation devra être présentée au CÉR à la date anniversaire d'approbation du projet.

Nous vous rappelons également que le projet ne pourra débuter que lorsque la Direction générale du CSSS de Rouyn-Noranda vous en donnera l'autorisation.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Mesdames, nos salutations distinguées.



Me Marie-Josée Bernardi, avocate
Présidente
Comité d'éthique de la recherche

p.j.

CC: Mme Huguette Lemay, Directrice générale, CSSS de Rouyn-Noranda.

ANNEXE C

Formulaire d'information et de consentement - Formateurs

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT - FORMATEURS**TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :**

Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

- Sophie Duhaime, M. Sc., étudiante-chercheuse – candidate au doctorat en sciences cliniques, UQAT
- Manon Champagne, Ph. D., chercheuse responsable, professeure, département des sciences de la santé, UQAT – codirectrice de recherche (chercheuse responsable)
- Jean-Charles Perron, Ph. D., professeur, département des sciences de la santé, UQAT – codirecteur de recherche
- Dat-Nhut Nguyen, M.D., anesthésiologiste, CSSS-RN – codirecteur de recherche

SOURCE DE FINANCEMENT: Fonds internes du département des sciences de la santé, UQAT

PRÉAMBULE :

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche à titre de formateur qui assumera la formation faisant partie de cette étude. Veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUTS DE LA RECHERCHE :

La douleur chronique représente une problématique importante pour le système de santé, notamment en raison du nombre élevé d'individus qui en souffrent. Certains phénomènes peuvent expliquer les difficultés relatives à la prise en charge de cette clientèle. D'une part, l'efficacité relative et les effets nuisibles de certains traitements pharmacologiques utilisés à long terme sont maintenant reconnus. D'autre part, bien que certains traitements non pharmacologiques soient considérés efficaces, le faible taux de collaboration des patients diminue souvent la portée de cette efficacité.

L'efficacité de l'intervention stratégique pour le traitement non pharmacologique en groupe de certains types de douleurs chroniques (lombalgie, cervicalgie, fibromyalgie et douleur abdominale chronique) a déjà été démontrée. La formation à ce modèle d'intervention, telle qu'elle existe à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) depuis 1996, comporte une supervision en direct lors d'une application clinique réelle de l'intervention, suivie d'un feedback individualisé.

Les trois principaux objectifs visés par ce projet de recherche mené par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention du grade de doctorat sont les suivants:

- (i) documenter le choix et l'application de différentes composantes de cette formation,
- (ii) documenter et analyser le processus d'apprentissage de nouveaux modèles d'action par les praticiennes
- (iii) dégager le rôle que jouent, dans l'apprentissage de nouveaux modèles d'action, certaines composantes de la formation.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA RECHERCHE:

Trois types de participants, soumis à des rôles différents, seront inclus dans ce projet de recherche : des formateurs, des apprenants (praticiens) et des patients. Concernant plus précisément les formateurs, nous sollicitons la collaboration de deux formateurs possédant les compétences nécessaires pour dispenser une formation à l'intervention stratégique. La formation faisant l'objet de cette recherche aura une durée totale de sept mois et se déroulera entre mars et septembre 2013.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre rôle consistera à dispenser l'ensemble de la formation à l'intervention stratégique, c'est-à-dire l'atelier de formation de deux jours suivi d'une supervision en direct des praticiens-participants, avec feedback individualisé, pendant l'application clinique réelle de l'intervention. Cette application se déroulera dans les deux contextes suivants : (i) lors de l'animation d'une École interactionnelle (lombalgie, cervicalgie ou fibromyalgie) auprès d'un groupe de huit patients et (ii) auprès de deux patients souffrant de douleur chronique dans le cadre d'une intervention individuelle. Toutes les étapes de l'application de la formation auront lieu à l'UQAT. Elles seront soumises à l'observation par l'étudiante-chercheuse et seront également filmées, dans le but de permettre une analyse exhaustive de l'ensemble du processus. Le tableau ci-dessous présente le déroulement temporel de chacune des étapes du projet ainsi que le temps que cela requiert pour vous.

Déroutement du projet				
		2013		2013
		Septembre	Mars à juin	Septembre
Activité	Atelier de formation	Bilans fonctionnel & interactionnel (École interactionnelle seulement)	Application clinique : École interactionnelle ou intervention individuelle	Relance (retour avec les patients, dernière étape de la formation)
Durée	14 heures réparties sur 2 jours	14 heures réparties sur 2 jours	<u>École</u> : 8 rencontres de 2 h ½ + 30 min. pour le feedback + 3 h de préparation par rencontre, le tout échelonné sur 3 mois <u>Individuelles</u> : 2 clients → de 5 à 8 rencontres de 1 h 15 par client + 15 min. pour le feedback + 1 h de préparation par client, le tout échelonné sur 2 à 3 mois	2 h dans le cas de l'École interactionnelle 1 h ½ par rencontre individuelle

À la fin de la formation, vous aurez également à participer à une entrevue semi-dirigée, menée par l'étudiante-chercheuse, qui sera d'une durée approximative de deux heures et qui sera également filmée.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

En tant que formateur et professionnel qui utilisez déjà l'intervention stratégique dans le cadre de vos fonctions, vous pourrez bénéficier des retombées de cette étude. En effet, les résultats découlant de cette recherche permettront de mieux comprendre en quoi les différentes composantes de la formation favorisent le transfert d'apprentissage par les praticiens en milieu clinique.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

- Inconvénient lié au temps requis pour la participation

Toutes les étapes du projet de recherche s'effectueront à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, ce qui vous occasionnera des déplacements. Le fait d'être filmé peut représenter une gêne et/ou un inconfort pour certains participants.

- Risques liés au bris de confidentialité

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

CONFIDENTIALITÉ :

Tous les enregistrements audiovisuels seront conservés sous clé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse situé à l'UQAT et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet, soit : l'étudiante-chercheuse, les deux directeurs de recherche, les deux formateurs-participants et les praticiens-participants appliquant l'intervention. L'utilisation d'extraits de ces enregistrements audiovisuels pour des congrès ou des formations ultérieures ne sera possible qu'avec l'obtention de votre consentement écrit, dans la section «Consentement» du présent formulaire. Toutes les données nominatives seront également conservées sous clé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse à l'UQAT et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet. De plus, vos renseignements personnels seront codés, c'est-à-dire que votre nom sera remplacé par une lettre de l'alphabet (ex : formateur A, formateur B). Tous les documents relatifs au projet de recherche (enregistrements vidéo, verbatim et notes d'observation) seront détruits dans le plus court de ces deux délais: dépôt final de la thèse ou huit ans après la fin du projet. Finalement, toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse et les directeurs de recherche, sont tenus à la confidentialité la plus stricte en regard des informations qui seront obtenues au cours de ce projet de recherche.

Il est important de noter toutefois que, malgré les différentes mesures prises, l'anonymat des formateurs ne pourra être assuré de manière totalement certaine considérant que l'Abitibi-Témiscamingue est une région relativement petite et que très peu de formateurs correspondent aux critères de la recherche.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme agissant pour le CSSS de Rouyn-Noranda ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'équipe de chercheurs ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

COMPENSATION :

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche et cette participation pourrait vous occasionner des coûts supplémentaires de stationnement à chacune des étapes de recherche à l'UQAT. Ces frais vous seront remboursés sur présentation des coupons-reçus. Si vous vous retirez du projet (ou en êtes retiré(e)) avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Le cheminement d'études au doctorat en sciences clinique inclut quelques activités de diffusion, notamment par l'entremise de séminaires de recherche et de la rédaction d'une thèse qui présentera les résultats obtenus. L'étudiante-chercheuse prévoit également diffuser les résultats de la recherche lors d'activités scientifiques diverses, sous forme de présentation par affiche ou de présentation orale. Finalement, il est prévu, avec la collaboration de l'équipe de codirection, que l'étudiante-chercheuse fasse des propositions d'articles scientifiques une fois le projet terminé.

INDEMNITÉ EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales ou professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous êtes également libre de vous retirer du processus de recherche en tout temps. Le cas échéant, les données recueillies avant votre retrait ainsi que les raisons de ce retrait pourront être utilisées dans l'analyse du processus de formation. Advenant un retrait en cours de processus, l'autre formateur poursuivra seul la formation. En cas de retrait des deux formateurs, les praticiens continueront à traiter les patients dans le cadre de leur travail au Centre Hospitalier avec leur approche habituelle.

PERSONNES RESSOURCES:

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les membres de l'équipe de recherche suivants:

- Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse
819-762-0971, poste 2627
sophie.duhaime@uqat.ca
- Manon Champagne, codirectrice du projet de recherche, chercheuse responsable
819-762-0971, poste 2686
manon.champagne@uqat.ca

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains:

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche 445, boul. de l'Université, bureau B-309 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4 819-762-0971, poste 2252 maryse.delisle@uqat.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Rouyn-Noranda :

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES:

Ce projet de recherche a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme, agissant pour le compte du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda et ils en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée aux formulaires d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT:

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire de consentement et j'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer au projet intitulé *Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans l'apprentissage de nouveaux modèles d'action* selon les modalités décrites au présent formulaire.

J'autorise les chercheurs à utiliser, en tout ou en partie, les enregistrements audiovisuels réalisés au cours de cette étude, à des fins de transfert de connaissances, tel que dans le cadre de congrès ou des formations ultérieurs.

Oui ☐Non ☐

 Nom du formateur-participant (lettres moulées)

 Signature du formateur-participant

 Date
ENGAGEMENT DES CHERCHEUSES

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

 Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse

 Date

 Manon Champagne, chercheuse responsable

 Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE D

Formulaire d'information et de consentement - Praticiens

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT - PRATICIENS**TITRE DU PROJET DE RECHERCHE:**

Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE:

- Sophie Duhaime, M. Sc., étudiante-chercheuse – candidate au doctorat en sciences cliniques, UQAT
- Manon Champagne, Ph. D., chercheuse responsable, professeure, département des sciences de la santé, UQAT – codirectrice de recherche
- Jean-Charles Perron, Ph. D., professeur, département des sciences de la santé, UQAT – codirecteur de recherche
- Dat-Nhut Nguyen, M.D., anesthésiologiste, CSSS-RN – codirecteur de recherche

SOURCE DE FINANCEMENT: Fonds internes du département des sciences de la santé, UQAT.

PRÉAMBULE:

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche à titre de praticien qui participera à la formation faisant l'objet de l'étude. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche parce que, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUTS DE LA RECHERCHE:

La douleur chronique représente une problématique importante pour le système de santé, notamment en raison du nombre élevé d'individus qui en souffrent. Certains phénomènes peuvent expliquer les difficultés relatives à la prise en charge de cette clientèle. D'une part, l'efficacité relative et les effets nuisibles de certains traitements pharmacologiques utilisés à long terme sont maintenant reconnus. D'autre part, bien que certains traitements non pharmacologiques soient considérés efficaces, le faible taux de collaboration des patients diminue souvent la portée de cette efficacité.

L'efficacité de l'intervention stratégique pour le traitement non pharmacologique en groupe de certains types de douleurs chroniques (lombalgie, cervicalgie, fibromyalgie et douleur abdominale chronique) a déjà été démontrée. La formation à ce modèle d'intervention, telle qu'elle existe à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) depuis 1996, comporte une supervision en direct lors d'une application clinique réelle de l'intervention, suivie d'un feedback individualisé, ainsi que l'utilisation de matériel audiovisuel permettant le visionnement *a posteriori* de l'intervention par les praticiens.

Les trois principaux objectifs visés par ce projet de recherche mené par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention du grade de doctorat sont les suivants:

- (iv) documenter le choix et l'application des différentes composantes de cette formation,
- (v) documenter et analyser le transfert d'apprentissage vécu par les praticiens dans leur pratique clinique et
- (vi) dégager le rôle que jouent, dans le transfert d'apprentissage, les différentes composantes de la formation et plus particulièrement la supervision en direct lors d'une application clinique réelle, le feedback individualisé qui s'en suit et le visionnement *a posteriori* de la rencontre par les praticiens.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA RECHERCHE:

Trois types de participants, soumis à des rôles différents, seront inclus dans ce projet de recherche : des formateurs, des apprenants (praticiens) et des patients. Concernant plus précisément les apprenant (praticiens) participants, nous sollicitons la participation de trois physiothérapeutes (ou thérapeute en réadaptation physique) n'ayant jamais reçu de formation à l'intervention stratégique ni travaillé directement avec des professionnels appliquant ce modèle d'intervention. La formation faisant l'objet de cette recherche aura une durée totale de sept mois et se déroulera entre le 1^{er} septembre 2012 et le 30 mars 2013.

DESCRIPTION DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE :

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre rôle consistera donc à participer à la formation et à intégrer les différentes compétences propres à l'intervention stratégique dans une démarche d'apprentissage active à l'intérieur de laquelle vous aurez à appliquer une intervention réelle, soit sous forme d'École interactionnelle auprès d'un groupe de huit patients, ou en interventions individuelles auprès de deux patients, selon une entente préalable entre vous et la chef de service de votre département.

Toutes les étapes de l'application de la formation auront lieu à l'UQAT et seront filmées, dans le but de permettre une analyse rigoureuse de l'ensemble du processus.

La formation se déroulera en trois étapes:

- 1) Dans un premier temps, une formation de deux jours (14 heures) en classe sera dispensée à l'ensemble des trois professionnels en même temps. Cette partie de la formation inclut le volet théorique et les exercices pratiques en classe. Elle sera dispensée par Jacques Charest, professeur associé à l'UQAT, ainsi que par Josée Boucher, TRP.
- 2) Ensuite, dans les semaines suivant ces deux jours de formation en classe, la démarche d'apprentissage se poursuivra dans le cadre d'une intervention clinique réelle, au cours de laquelle vous serez filmé(e), accompagnée d'une supervision en direct derrière un miroir sans tain, et ce, dans l'un ou l'autre des deux contextes suivants :
 - (i) lors de l'animation d'une École interactionnelle de votre choix (lombalgie, cervicalgie ou fibromyalgie) auprès d'un groupe de huit patients ou
 - (ii) auprès de deux patients souffrant de douleur chronique dans le cadre d'une intervention individuelle.

De plus, entre chacune des rencontres cliniques, vous devrez investir trois heures pour la préparation des routines motrice et le visionnement *a posteriori* de la rencontre. Lors de ce visionnement, un bref questionnaire devra être complété, nécessitant une durée approximative de 10 minutes. Ce dernier vise essentiellement à analyser et à documenter la démarche de réflexion des praticiens dans leur apprentissage.

- 3) En plus de l'observation et du questionnaire à compléter lors du visionnement *a posteriori* de la rencontre, un autre type de collecte de données sera effectué auprès des praticiens participants, soit trois entrevues semi-dirigées. Les principaux thèmes qui seront abordés lors de ces entrevues sont la perspective des praticiens face à la douleur chronique et sa prise en charge, leurs stratégies d'interventions et leur perception face aux différentes composantes de la formation. Ces dernières seront menées par l'étudiante-chercheuse de façon individuelle. Ces entrevues, d'une durée approximative d'une heure, auront lieu avant le début de la formation, immédiatement après l'intervention et trois à quatre mois plus tard, soit après la relance. Le tableau ci-après résume les différentes étapes réparties entre août 2012 et mars 2013, ainsi que le temps que vous aurez à investir pour chacune de ces étapes.

Déroulement du projet

	2012				2013		
	Septembre			Fin septembre à mi-décembre	Mi-décembre	Mars	
Activité	Entrevue semi-dirigée	Atelier de formation	Bilans fonctionnel & interactionnel (École interactionnelle seulement)	Application clinique : École interactionnelle ou intervention individuelle	Entrevue semi-dirigée	Relance (retour avec les patients, dernière étape de la formation)	Entrevue semi-dirigée
Durée	Rencontre d'une heure avec l'étudiante-chercheuse	14 heures réparties sur 2 jours	14 heures réparties sur 2 jours	<u>École</u> : 8 rencontres de 2 h ½ + ½ h pour le feedback + 3 h de préparation par rencontre, le tout échelonné sur 3 mois <u>Individuelles</u> : 2 clients → de 5 à 8 rencontres de 1 h 15 par client + 15 min. pour le feedback + 1 h de préparation par client par rencontre, le tout échelonné sur 2 à 3 mois (en fonction du nombre de rencontres déterminées en fonction de chaque cas)	Rencontre d'une heure avec l'étudiante-chercheuse	2 h dans le cas de l'École interactionnelle ou 1 h ½ par rencontre individuelle	Rencontre d'une heure avec l'étudiante-chercheuse

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

En participant à ce projet de recherche, vous recevrez une formation à l'intervention stratégique sans aucuns frais et sur vos heures de travail. En outre, considérant l'impact de la douleur chronique, la difficulté relative à sa prise en charge et l'efficacité reconnue de l'intervention stratégique, cette formation représente un avantage considérable pour des professionnels de la santé. De plus, les praticiens formés seront en mesure de transmettre leurs compétences à leurs collègues, ce qui contribuera à disséminer l'utilisation de ce modèle d'intervention dans le département de physiothérapie du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (CSSS-RN). Finalement, le projet contribuera à réduire la liste d'attente du département de physiothérapie du CSSS-RN, puisque les patients qui recevront l'intervention clinique dans le cadre de ce projet de recherche seront ceux inscrits sur cette liste.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

- Inconvénient lié au temps requis pour la participation

Toutes les étapes du projet de recherche s'effectueront à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, ce qui vous occasionnera des déplacements. Les rencontres relatives aux entrevues semi-dirigées représentent un investissement de temps et des déplacements supplémentaires pour vous qui ne sont pas reliés à l'intervention proprement dite, mais aux objectifs de la recherche. Enfin, le fait d'être filmé peut représenter une gêne et/ou un inconfort pour certains participants.

- Risques liés au bris de confidentialité

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

CONFIDENTIALITÉ:

Tous les enregistrements audiovisuels seront conservés sous clé, dans le bureau de l'étudiante-chercheuse situé à l'UQAT et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet, soit: l'étudiante-chercheuse, les trois directeurs de recherche, les deux formateurs et les praticiens appliquant l'intervention. L'utilisation d'extraits de ces enregistrements audiovisuels pour des congrès ou des formations ultérieurs ne sera possible qu'avec l'obtention de votre consentement écrit, dans la section «Consentement» du présent formulaire.

Toutes les données nominatives seront également conservées sous clé, dans le bureau de l'étudiante-chercheuse, et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet. De plus, aucune de ces informations ne figurera dans les documents de collecte et d'analyse des données. Plus précisément, vos renseignements personnels seront codés, c'est-à-dire que votre nom sera remplacé par une lettre de l'alphabet (ex: Pra. A, Pra. B).

Tous les documents relatifs au projet de recherche (enregistrements vidéo, verbatim et notes d'observation) seront détruits dans le plus court de ces deux délais: dépôt final de la thèse ou huit ans après la fin du projet.

Il est important de noter toutefois que, malgré les différentes mesures prises, votre anonymat ne pourra être assuré de manière totalement certaine considérant que très peu de praticiens correspondent aux critères de la recherche dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse, les directeurs de recherche, les formateurs et les praticiens sont tenus à la confidentialité la plus stricte en regard des informations qui seront obtenues au cours de ce projet de recherche.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme agissant pour le CSSS de Rouyn-Noranda ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'équipe de chercheurs ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

COMPENSATION :

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche et cette participation pourrait vous occasionner des coûts supplémentaires de stationnement à chacune des étapes de recherche à l'UQAT. Ces frais vous seront remboursés sur présentation des coupons-reçus. Si vous vous retirez(e) du projet (ou en êtes retiré(e)) avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

Aucun coût ne vous sera demandé pour recevoir la formation.

DIFFUSION DES RÉSULTATS:

Le cheminement d'études au doctorat en sciences clinique inclut quelques activités de diffusion, notamment par l'entremise de séminaires de recherche et de la rédaction d'une thèse qui présentera les résultats obtenus. L'étudiante-chercheuse prévoit également diffuser les résultats de la recherche lors d'activités scientifiques diverses, sous forme de présentation par affiche ou de présentation orale. Finalement, il est prévu, avec la collaboration de l'équipe de codirection, que l'étudiante-chercheuse fasse des propositions d'articles scientifiques une fois le projet terminé.

INDEMNITÉ EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales ou professionnelles à votre égard.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT:

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous êtes également libre de vous retirer du processus de recherche en tout temps. Le cas échéant, les données recueillies avant votre retrait ainsi que les raisons de ce retrait pourront être utilisées dans l'analyse du processus de formation. Dans le cas où vous effectuez une intervention individuelle, votre responsabilité professionnelle implique que complétiez l'intervention que vous avez débutée auprès du (ou des) patient(s) à l'extérieur du cadre de cette recherche. Dans le cas où vous intervenez dans le contexte d'une École interactionnelle, l'étudiante-chercheuse trouvera une personne apte à vous remplacer dans la poursuite de l'intervention. Enfin, un manquement au respect de l'éthique professionnel pourrait contraindre les chercheurs à vous exclure de la formation et de l'étude.

PERSONNES RESSOURCES:

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les membres de l'équipe de recherche suivants:

- Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse
819-762-0971, poste 2627
sophie.duhaime@uqat.ca
- Manon Champagne, codirectrice du projet de recherche, chercheuse responsable
819-762-0971, poste 2686
manon.champagne@uqat.ca

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains:

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche 445, boul. de l'Université, bureau B-309 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4 819-762-0971, poste 2252 maryse.delisle@uqat.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Rouyn-Noranda :

Madame Sylvie Turgeon
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Pavillon Gabrielle-Laramée (CLSC)
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
819 797-0921
commissaireplaintes_rn@ssss.gouv.qc.ca

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES:

Ce projet de recherche a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme, agissant pour le compte du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda et ils en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée aux formulaires d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT:

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire de consentement et j'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer au projet intitulé *Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique*, selon les modalités décrites au présent formulaire.

J'autorise les chercheurs à utiliser, en tout ou en partie, les enregistrements audiovisuels réalisés au cours de cette étude, à des fins de transfert de connaissances, tel que dans le cadre de congrès ou des formations ultérieurs.

Oui ☐Non ☐

 Nom du praticien-participant (lettres moulées)

 Signature du praticien-participant

 Date
ENGAGEMENT DES CHERCHEUSES

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

 Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse

 Date

 Manon Champagne, chercheuse responsable

 Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE E

Formulaire d'information et de consentement - Patients

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT - PATIENTS**TITRE DU PROJET DE RECHERCHE:**

Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

- Sophie Duhaime, M. Sc., étudiante-chercheuse – candidate au doctorat en sciences cliniques, UQAT
- Manon Champagne, Ph. D., professeure, chercheuse responsable, département des sciences de la santé, UQAT – codirectrice de recherche
- Jean-Charles Perron, Ph. D., professeur, département des sciences de la santé, UQAT – codirecteur de recherche
- Dat-Nhut Nguyen, M.D., anesthésiologiste, CSSS-RN – codirecteur de recherche

SOURCE DE FINANCEMENT: Fonds internes du département des sciences de la santé, UQAT

PRÉAMBULE:

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche à titre de patient qui participera à l'intervention offerte par les cliniciens en formation. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUTS DE LA RECHERCHE:

On sait que plusieurs individus souffrent de douleur chronique et que peu de traitements s'avèrent satisfaisants pour cette clientèle. L'efficacité de l'intervention stratégique pour le traitement non pharmacologique en groupe de certains types de douleurs chroniques (lombalgie, cervicalgie, fibromyalgie et douleur abdominale chronique) a déjà été démontrée. La formation à cette approche, telle qu'elle existe à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) depuis quinze ans, comporte une supervision en direct lors d'une application clinique de l'intervention, ainsi que l'utilisation de matériel audiovisuel permettant le visionnement *a posteriori* de l'intervention par les praticiens.

Ce projet de recherche consiste à former des physiothérapeutes (ou thérapeutes en réadaptation physique) à appliquer l'intervention stratégique pour le traitement de la douleur chronique dans le but d'analyser et de documenter les différentes étapes du programme de formation et leur rôle dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA RECHERCHE:

Trois types de participants, soumis à des rôles différents, seront inclus dans ce projet de recherche : des formateurs, des apprenants (praticiens) et des patients. Concernant plus précisément les patients, nous sollicitons la participation de 10 patients souffrant de douleur chronique et étant inscrits sur la liste d'attente du CSSS-RN. Huit d'entre eux seront traités dans le contexte d'une intervention de groupe (École interactionnelle) et deux seront traités dans le contexte d'une intervention individuelle. Ce sont les praticiens qui seront responsables de recruter les patients qui seront traités dans le cadre de cette formation. La formation faisant l'objet de cette recherche aura une durée totale de sept mois et se déroulera entre le 1^{er} septembre 2012 et le 30 mars 2013.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre rôle consistera à assister aux rencontres qui s'effectueront soit en groupe, soit de façon individuelle. La participation à l'un ou l'autre de ces types d'interventions sera déterminée par les praticiens de la façon suivante : les praticiens qui interviendront dans le contexte d'une École interactionnelle recruteront huit patients qui participeront à ce type d'intervention et le praticien qui effectuera des interventions individuelles recrutera deux patients qui seront traités dans ce contexte.

- Si vous êtes recruté(e) pour participer à l'intervention de groupe (École interactionnelle), vous procéderez d'abord à une rencontre d'évaluation d'une durée d'environ 1 h avec les praticiens pour déterminer votre admissibilité et évaluer votre condition. Si votre admissibilité est confirmée, vous assisterez ensuite à huit rencontres de groupe, de 2 h ½ chacune, échelonnées sur trois mois, suivie d'une relance trois à quatre mois plus tard. Pendant ces rencontres, les praticiens interviendront auprès de vous en vous proposant un programme d'exercice adapté à votre condition et à vos besoins ainsi qu'en vous aidant à améliorer votre capacité à gérer votre douleur chronique.
- Si vous êtes recruté(e) pour participer à une intervention individuelle, aucune rencontre d'évaluation supplémentaire à celle déjà reçue au Centre Hospitalier ne sera requise. Le nombre de rencontres se situera entre cinq et huit, selon l'évaluation du clinicien qui vous traitera, et elles auront une durée de 1 h ½, à raison d'une rencontre par semaine, suivie d'une relance trois à quatre mois plus tard. Ces interventions viseront également à vous offrir un programme d'exercice adapté à votre condition et à vos besoins et à vous aider à améliorer votre capacité à gérer votre douleur chronique.

Toutes les rencontres auront lieu à l'UQAT et seront filmées, dans le but de permettre une analyse rigoureuse de l'ensemble du processus. Le fait de participer à ce projet est susceptible de diminuer le délai de votre prise en charge étant donné que les patients recrutés sont ceux de la liste d'attente du CSSS-RN et répondent à une problématique particulière préalablement déterminée par les praticiens. Il est à noter qu'aucune modification concernant la prise de médicament des patients ne sera demandée dans le cadre de ce projet.

Advenant le cas où l'intervention que vous aurez reçue dans le cadre de ce projet ne s'est pas avérée satisfaisante pour vous, les praticiens ont le devoir de continuer à vous suivre dans le cadre de leur travail au Centre hospitalier, et ce, sans délai d'attente supplémentaire.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

En participant à ce projet de recherche, vous recevrez un traitement non pharmacologique pour le traitement de la douleur chronique dont l'efficacité, dans le contexte d'un traitement de groupe, a été démontrée. L'intervention vous sera prodiguée par des physiothérapeutes (ou thérapeutes en réadaptation physique) du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda en formation, sous la supervision de professionnels-formateurs maîtrisant l'approche stratégique.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

Toutes les étapes du projet de recherche s'effectueront à l'UQAT, ce qui vous occasionnera possiblement des déplacements supplémentaires (dépendamment de l'endroit où vous habitez) et, le cas échéant, un investissement en termes de temps. L'intervention que vous recevrez dans le cadre de ce projet ne comporte pas plus de risque que les traitements traditionnels qui sont prodigués en physiothérapie au Centre Hospitalier. Pour les patients qui participeront à l'intervention de groupe, la durée de chaque rencontre est plus longue qu'une rencontre effectuée normalement au département de physiothérapie du Centre Hospitalier. Enfin, le fait d'être filmé peut occasionner une gêne et/ou un inconfort pour certaines personnes.

Par ailleurs, les deux personnes responsables de la formation des cliniciens assisteront à toutes les rencontres derrière un miroir sans tain dans le but de superviser ces derniers dans l'intégration des notions relatives à l'intervention stratégique. L'étudiante-chercheuse assistera aussi à chacune des rencontres derrière le miroir sans tain afin de documenter l'ensemble du processus. La présence d'individus derrière le miroir sans tain peut représenter une gêne pour certains patients.

CONFIDENTIALITÉ :

Tous les enregistrements audiovisuels seront conservés sous clé, dans le bureau de l'étudiante-chercheuse situé à l'UQAT, et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet, soit : l'étudiante-chercheuse, les trois directeurs de recherche, les deux formateurs et les cliniciens appliquant l'intervention. L'utilisation d'extraits de ces enregistrements audiovisuels pour des congrès ou des formations ultérieurs ne sera possible qu'avec l'obtention de votre consentement écrit, dans la section «Consentement» du présent formulaire.

Toutes les données nominatives seront également conservées sous clé, dans le bureau de l'étudiante-chercheuse, et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet. De plus, aucune de ces informations ne figurera dans les documents de collecte et d'analyse des données. Plus précisément, vos renseignements personnels seront codés, c'est-à-dire que votre nom sera remplacé par la lettre «P» suivie d'un chiffre (ex: P1, P2).

Tous les documents relatifs au projet de recherche (enregistrements vidéo, verbatim et notes d'observation) seront détruits dans le plus court de ces deux délais: dépôt final de la thèse ou huit ans après la fin du projet.

Toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse, les directeurs de recherche, les formateurs et les praticiens sont tenus à la confidentialité la plus stricte en regard des informations qui seront obtenues au cours de ce projet de recherche.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme agissant pour le CSSS de Rouyn-Noranda ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'équipe de chercheurs ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

COMPENSATION :

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche et cette participation pourrait vous occasionner des coûts supplémentaires de stationnement à l'Université qui vous seront remboursés en argent comptant, à la fin du projet de recherche, sur présentation des coupons-reçus. Si vous vous retirez du projet (ou en êtes retiré(e)) avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

Aucun coût ne vous sera demandé pour recevoir le traitement.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Le cheminement d'études au doctorat en sciences clinique inclut quelques activités de diffusion, notamment par l'entremise de séminaires de recherche et de la rédaction d'une thèse qui présentera les résultats obtenus. L'étudiante-chercheuse prévoit également diffuser les résultats de la recherche lors d'activités scientifiques diverses, sous forme de présentation par affiche ou de présentation orale. Finalement, il est prévu, avec la collaboration de l'équipe de codirection, que l'étudiante-chercheuse fasse des propositions d'articles scientifiques une fois le projet terminé.

INDEMNITÉ EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales ou professionnelles à votre égard.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT:

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous êtes également libre de vous retirer du processus de recherche en tout temps. Malgré le fait que les patients soient sélectionnés à partir de la liste d'attente du département de physiothérapie du CSSS-RN, nul ne sera tenu de participer contre son gré. Votre refus à participer au projet, ou votre retrait en cours de processus, n'aura aucun impact sur la qualité des soins que vous recevrez au département de physiothérapie ni sur votre positionnement sur la liste d'attente. Dans le cas d'un retrait en cours de processus, les données recueillies avant votre retrait ainsi que les raisons de ce retrait pourront être utilisées dans l'analyse du processus de formation. Dans le cas où vous avez été sollicité pour participer à une intervention de groupe (École interactionnelle) et que ce type d'intervention ne s'avère pas appropriée pour vous, les praticiens pourront vous exclure de l'étude et poursuivre le traitement de façon individuelle dans le cadre de leur travail au département de physiothérapie du Centre hospitalier.

PERSONNES RESSOURCES:

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les membres de l'équipe de recherche suivants:

- Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse
819-762-0971, poste 2627
sophie.duhaime@uqat.ca
- Manon Champagne, codirectrice du projet de recherche, chercheuse responsable
819-762-0971, poste 2686
manon.champagne@uqat.ca

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains:

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boul. de l'Université, bureau B-309
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
819-762-0971, poste 2252
maryse.delisle@uqat.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Rouyn-Noranda :

Madame Sylvie Turgeon
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Pavillon Gabrielle-Laramée (CLSC)
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
819 797-0921
commissaireplaintes_rn@ssss.gouv.qc.ca

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES:

Ce projet de recherche a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme, agissant pour le compte du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda et ils en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée aux formulaires d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT:

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire de consentement et j'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer au projet intitulé *Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique*, selon les modalités décrites au présent formulaire.

J'autorise les chercheurs à utiliser, en tout ou en partie, les enregistrements audiovisuels réalisés au cours de cette étude, à des fins de transfert de connaissance, tel que dans le cadre de congrès ou des formations ultérieurs.

Oui ☐

Non ☐

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

ENGAGEMENT DES CHERCHEUSES

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse

Date

Manon Champagne, chercheuse responsable

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE F

Formulaire d'information et de consentement - Chef de service

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – CHEF DE SERVICE

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

- Sophie Duhaime, M. Sc., étudiante-chercheuse – candidate au doctorat en sciences cliniques, UQAT
- Manon Champagne, Ph. D., chercheuse responsable, professeure, département des sciences de la santé, UQAT – codirectrice de recherche
- Jean-Charles Perron, Ph. D., professeur, département des sciences de la santé, UQAT – codirecteur de recherche
- Dat-Nhut Nguyen, M.D., anesthésiologiste, CSSS-RN – codirecteur de recherche

SOURCE DE FINANCEMENT : Fonds internes du département des sciences de la santé, UQAT

PRÉAMBULE :

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

La douleur chronique représente une problématique importante pour le système de santé, notamment en raison du nombre élevé d'individus qui en souffrent. Certains phénomènes peuvent expliquer les difficultés relatives à la prise en charge de cette clientèle. D'une part, l'efficacité relative et les effets nuisibles de certains traitements pharmacologiques utilisés à long terme sont maintenant reconnus. D'autre part, bien que certains traitements non pharmacologiques soient considérés efficaces, le faible taux de collaboration des patients diminue souvent la portée de cette efficacité.

L'efficacité de l'intervention stratégique pour le traitement non pharmacologique en groupe de certains types de douleurs chroniques (lombalgie, cervicalgie, fibromyalgie et douleur abdominale chronique) a déjà été démontrée. La formation à ce modèle d'intervention, telle qu'elle existe à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) depuis 1996, comporte une supervision en direct lors d'une application clinique réelle de l'intervention, suivie d'un feedback individualisé et le visionnement *a posteriori* des rencontres cliniques par les praticiens.

Les trois principaux objectifs visés par ce projet de recherche mené par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention du grade de doctorat sont les suivants :

- (i) documenter le choix et l'application des différentes composantes de cette formation,
- (ii) (ii) documenter et analyser le transfert d'apprentissage par les praticiens dans leur pratique clinique et
- (iii) (iii) dégager le rôle que jouent, dans le transfert d'apprentissage, les différentes composantes de la formation et plus particulièrement la supervision en direct lors d'une application clinique réelle, le feedback individualisé qui s'en suit et le visionnement *a posteriori* de la rencontre par les praticiens.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche afin de documenter le transfert d'apprentissage en milieu clinique relatif à la formation à l'intervention stratégique pour le traitement non pharmacologique de la douleur chronique à laquelle participeront certains des professionnels du département de physiothérapie du CSSS-RN. Votre rôle consistera à participer à deux entrevues semi-dirigées avec l'étudiante-chercheuse, soit une avant le début de la formation et l'autre à la fin de la formation. Chacune de ces entrevues, d'une durée d'environ 30 minutes, sera effectuée directement à votre lieu de travail et seront enregistrées audio.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

En participant à ce projet de recherche, vous contribuerez à documenter une formation qui s'est avérée efficace pour améliorer la prise en charge de la douleur chronique et dont bénéficieront certains des professionnels du département de physiothérapie.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Les entrevues semi-dirigées nécessiteront un investissement en termes de temps pour vous.

ENGAGEMENT ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Les enregistrements audio seront conservés sous clé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse et ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans le projet, soit : l'étudiante-chercheuse (Sophie Duhaime) et les trois directeurs de recherche (Manon Champagne, Jean-Charles Perron et Dat-Nhut Nguyen).

Les données nominatives vous concernant seront conservées sous clé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse et ne seront accessibles qu'aux personnes directement impliquées dans le projet. De plus, aucune de ces informations ne figurera dans les documents de collecte et d'analyse des données. Plus précisément, votre nom sera remplacé le terme Chef de service. Tous les documents relatifs au projet de recherche (enregistrements vidéo, verbatims et notes d'observation) seront détruits dans le plus court de ces deux délais : dépôt final de la thèse ou huit ans.

Il est important de noter toutefois que, malgré les différentes mesures prises, votre anonymat ne pourra être assuré de manière totalement certaine considérant que très peu de chefs de service correspondent aux critères de la recherche dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Finalement, toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse et les directeurs de recherche sont tenues à la confidentialité la plus stricte en regard des informations qui seront obtenues au cours de ce projet de recherche.

INDEMNITÉS COMPENSATOIRES :

Aucune.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET/OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Il n'y a pas de possibilité de commercialisation des résultats et les chercheurs n'ont aucun conflit d'intérêts, réel ou apparent, à déclarer.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Le cheminement d'études au doctorat en sciences clinique inclut quelques activités de diffusion, notamment par l'entremise de séminaires de recherche et de la rédaction d'une thèse qui présentera les résultats obtenus. L'étudiante-chercheuse prévoit également diffuser les résultats de la recherche lors d'activités scientifiques diverses, sous forme de présentation par affiche ou de présentation orale. Finalement, il est prévu, avec la collaboration de l'équipe de codirection, que l'étudiante-chercheuse fasse des propositions d'articles scientifiques une fois le projet terminé.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales ou professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous êtes également libre de vous retirer du processus de recherche en tout temps.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES :

Ce projet de recherche a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda. Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant vos droits ou les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez contacter l'une des personnes suivantes :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche 445, boul. de l'Université, bureau B-309 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4 819-762-0971, poste 2252 maryse.delisle@uqat.ca	Comité d'éthique de la recherche Centre de santé et de services sociaux de St-Jérôme 290, rue de Montigny, local J-220 Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3 450-431-8200, poste 22445 Marie-josee.bernardi@cdsj.org

PERSONNES RESSOURCES :

Si vous avez des questions sur ce projet de recherche, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

- Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse
819-762-0971, poste 2627
sophie.duhaime@uqat.ca

- Manon Champagne, codirectrice du projet de recherche
819-762-0971, poste 2686
manon.champagne@uqat.ca

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire de consentement et j'accepte de participer au projet intitulé *Rôle des composantes d'une formation à l'intervention stratégique dans le transfert d'apprentissage en milieu clinique*.

Nom du praticien-participant (lettres moulées)

Signature du praticien-participant

Date

Sophie Duhaime, étudiante-chercheuse

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers