

Intervention personnalisée d'intégration communautaire (IPIC) et résilience

Pourquoi revenir à la vie, si celle-ci n'a plus de sens ?

Hélène Lefebvre, Ph. D., Marie-Josée Levert, cand. Ph. D. and Jérôme Gauvin-Lepage, cand. Ph. D.

Volume 22, Number 1-2, Fall–Spring 2009–2010

Résilience et deuil

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/045030ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/045030ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lefebvre, H., Levert, M.-J. & Gauvin-Lepage, J. (2009). Intervention personnalisée d'intégration communautaire (IPIC) et résilience : pourquoi revenir à la vie, si celle-ci n'a plus de sens ? *Frontières*, 22(1-2), 78–84. <https://doi.org/10.7202/045030ar>

Article abstract

The concept of resilience has captured the attention of a growing number of investigators, care providers, administrators and clients of rehabilitation services, yet the literature on interventions to support the resilience of persons and their loved ones is quite sparse. This article will describe a community-based support program that is likely to support the resilience of persons with a moderate to severe traumatic brain injury (TBI), the Personalized Community Integration Intervention (PCII). An implementation of PCII is currently underway, and it should help support the social participation of persons who have sustained a TBI. The program is based on four frames of reference : community integration based on the person's perception of their integration into the community, the ecosystemic model, the Handicap Production Process (HPP) model, and the goal-setting process. PCII adopts the view that interventions should be centered on the life plan of the person with a TBI.

Résumé

Le concept de résilience intéresse de plus en plus les chercheurs, les intervenants, les gestionnaires et les usagers des services de réadaptation. Toutefois, les écrits concernant des interventions soutenant la résilience des personnes et des proches sont très peu abondants. Cet article propose de décrire un programme d'accompagnement communautaire susceptible de soutenir la résilience des personnes ayant un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré à sévère, l'*Intervention personnalisée d'intégration communautaire* (IPIIC). L'IPIIC, actuellement en implantation, devrait contribuer à soutenir la participation sociale et stimuler la résilience des personnes ayant subi un TCC. Le programme s'appuie sur quatre cadres de référence: l'intégration à la communauté fondée sur la perception de la personne de son intégration communautaire, le modèle écosystémique, le modèle du Processus de production du handicap (PPH) et la démarche pour cibler un but. L'IPIIC adopte une perspective d'intervention centrée sur le projet de vie de la personne ayant un TCC.

Mots clés: *Intervention personnalisée d'intégration communautaire – résilience – démarche pour cibler un but – participation sociale – réadaptation – traumatisme craniocérébral.*

Abstract

The concept of resilience has captured the attention of a growing number of investigators, care providers, administrators and clients of rehabilitation services, yet the literature on interventions to support the resilience of persons and their loved ones is quite sparse. This article will describe a community-based support program that is likely to support the resilience of persons with a moderate to severe traumatic brain injury (TBI), the Personalized Community Integration Intervention (PCII). An implementation of PCII is currently underway, and it should help support the social participation of persons who have sustained a TBI. The program is based on four frames of reference: community integration based on the person's perception of their integration into the community, the ecosystemic model, the Handicap Production Process (HPP) model, and the goal-setting process. PCII adopts the view that interventions should be centered on the life plan of the person with a TBI.

Keywords: *personalized community integration intervention – resilience – goal-setting process – social participation – rehabilitation – traumatic brain injury.*

INTERVENTION PERSONNALISÉE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE (IPIIC) ET RÉSILIENCE

POURQUOI REVENIR À LA VIE, SI CELLE-CI N'A PLUS DE SENS ?

Hélène Lefebvre, Ph. D.,

professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal (CRIR).

Marie-Josée Levert, Ph. D.,

chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal (CRIR).

Jérôme Gauvin-Lepage, cand. Ph. D.,

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal,
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal (CRIR).

CONTEXTE

Pourquoi, après avoir été exposé à un événement traumatisant tel un accident de la route, certaines personnes réussissent-elles à reprendre le cours de leur vie alors que d'autres s'écroulent ? Pourquoi certaines personnes réussissent-elles à faire le deuil de ce qu'elles étaient auparavant et à se reconstruire un projet de vie alors que d'autres sombrent dans l'apathie et le désespoir ? Même s'il n'est pas encore bien défini, le concept de résilience peut fournir des

éléments de réponse. Certains auteurs en parlent comme d'un résultat, pour d'autres, la résilience est un ensemble de caractéristiques personnelles et pour d'autres encore un processus. Dans le domaine de la réadaptation au Québec, chercheurs, intervenants, gestionnaires et usagers des services sont de plus en plus conscients de l'intérêt de ce concept, bien que les écrits concernant des interventions soutenant la résilience des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et des proches soient encore peu abondants. Pourquoi parle-t-on de plus en plus de résilience plutôt que de *coping* ou d'adaptation ? Selon les écrits, le *coping* et l'adaptation renvoient au fait de s'ajuster à une difficulté ou à une situation problématique, puis la vie continue comme auparavant. La résilience implique un changement de projet de vie, une évolution de la personne. Il ne s'agit donc plus de retrouver l'homéostasie mais de construire un nouvel équilibre après un événement traumatique qui exige de reconstruire une nouvelle identité et de donner un sens nouveau à sa vie.

Cet article propose de décrire une *Intervention personnalisée d'intégration communautaire* (IPIC), actuellement en implantation dans le cadre d'un projet de recherche favorisant le maintien dans le milieu de vie de personnes ayant subi un TCC modéré à sévère afin de soutenir leur participation sociale et de favoriser le développement de leur résilience¹.

IMPACTS DU TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL ET RÉADAPTATION

Un TCC occasionne habituellement des atteintes sévères qui perturbent le fonctionnement psychosocial de l'individu et de son entourage, souvent pour une longue période, sinon pour toute la vie (Gélinas, 1998). Les conséquences des traumatismes craniocérébraux sont généralement classées en trois catégories : physique (altération de la motricité, spasticité, douleurs chroniques, fatigue, etc.), cognitive (concentration, langage, mémoire, etc.), ainsi que psychoaffective et comportementale (angoisse, irritabilité, apathie, impulsivité, atteinte à l'estime de soi, dépression, etc.) (Cohadon *et al.*, 2002).

Le traitement et le suivi des personnes ayant subi un TCC représentent un défi important pour le système de santé. Le temps de récupération à la suite d'un TCC peut varier mais, généralement, la récupération physique s'effectue dans les six premiers mois, la récupération intellectuelle dans les douze mois suivant le TCC et celle concernant les aspects comportementaux, au cours des deux années suivant la blessure crânienne (Cohadon *et al.*, 2002). Le fonctionnement psychosocial (dépression, estime de soi, soutien social, etc.) est, selon les professionnels de la réadaptation, l'un des aspects les plus difficiles à influencer positivement (White *et al.*, 2008). Les interventions psychosociales les plus souvent utilisées actuellement sont la psychothérapie individuelle, la gestion de crise, l'intervention de groupe ou encore la thérapie familiale. Pour soigner les symptômes de dépression et d'anxiété, les psychotropes sont souvent utilisés (White *et al.*, 2008).

Enfin, l'étape de la réinsertion sociale des personnes ayant subi un TCC est une période cruciale pour celles-ci et leurs proches. Elle vise à favoriser le retour à domicile et autant que possible la reprise des habitudes de vie, des rôles sociaux, des activités productives et de loisirs (Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, 2003; Gadoury, 2001; Lefebvre *et al.*, 2008). Cependant, malgré l'apport considérable de l'organisation des soins et des services du réseau québécois, les études récentes font état de lacunes consi-

dérables en post-réadaptation (Carrière *et al.*, 2005; Dumont *et al.*, 2004; Lefebvre *et al.*, 2008; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Ces lacunes engendrent des coûts importants au plan de l'économie sociale : isolement, divorce, dépression, suicide, toxicomanie, jeu pathologique, violence (Colantonio *et al.*, 2004; Dell Orto *et al.*, 2004; Durgin, 2000; Gosselin, 2003; Lefebvre *et al.*, 2008; Lefebvre *et al.*, 2005; Minnes *et al.*, 2001; Nochi, 2000; Wagner *et al.*, 2000; Webster *et al.*, 1999).

CONSTATS DE RECHERCHE

Nos résultats de recherche des dix dernières années ont démontré qu'une participation sociale satisfaisante est liée à la capacité de la personne TCC à s'intégrer dans la communauté (Lefebvre *et al.*, 2008; Lefebvre *et al.*, 2007; Lefebvre *et al.*, 2004). On constate actuellement, dix ans post-réadaptation, que ces personnes se trouvent isolées et souvent désœuvrées, car la plupart d'entre elles ne peuvent reprendre un travail, et que les services de réadaptation préparent peu aux activités de loisirs (Dutil *et al.*, 2007; Lefebvre *et al.*, 2008; Lefebvre *et al.*, 2004). D'ailleurs, une proportion importante de ces personnes vivent une pauvre intégration communautaire et nécessitent de l'aide à long terme pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) (Gordon *et al.*, 2006).

De façon générale, le retour dans la communauté est difficile pour plusieurs d'entre elles, si elles ne bénéficient pas d'un soutien psychosocial à moyen et long terme qui tient compte de leurs besoins et de leur potentiel (Dutil *et al.*, 2007; Gordon *et al.*, 2006; Lefebvre *et al.*, 2008; Lefebvre *et al.*, 2007; Lefebvre *et al.*, 2004). De plus, Cullen et ses collègues (2007) ont démontré que la récupération à la suite d'un TCC peut se poursuivre sur plusieurs années après la période de réadaptation. Toutefois, l'offre de services de réadaptation du système de soins actuels se limite principalement aux deux premières années post-TCC. Le manque de ressources dans la communauté fait en sorte de contraindre l'accessibilité et la disponibilité des soins et services qui soutiennent l'adaptation lors du retour à domicile. Cela contribue à rompre la continuité des services.

Plusieurs personnes sont parvenues à combler ce manque de ressources par le développement de stratégies d'adaptation et le soutien de leurs proches, lesquels s'épuisent avec le temps compte tenu du fardeau que représente la vie au quotidien avec une personne ayant subi un TCC (Lefebvre *et al.*, 2008). Ces mécanismes compensatoires ne suffisent pas à soutenir

une participation sociale satisfaisante lors de l'intégration communautaire. Malgré les stratégies proposées par les intervenants et celles qu'ont développées les personnes elles-mêmes, les acquis s'estompent en raison du manque de soutien et de stimulation à moyen ou long terme, particulièrement pour les habitudes de vie qui ne peuvent être stimulées que dans le quotidien de la personne (Cullen *et al.*, 2007). Par ailleurs, en post-réadaptation, les personnes ayant subi un TCC souhaiteraient bénéficier du soutien à moyen ou long terme d'une personne qui apprendrait à les connaître et qui pourrait jouer un rôle stimulant auprès d'elle, mais qui ne serait pas un professionnel de la santé. C'est ce qu'elles ont appelé « le syndrome de la blouse blanche » (Lefebvre *et al.*, 2008). C'est pourquoi il est urgent de développer des interventions dans la communauté en post-réadaptation visant à soutenir la résilience de ces personnes.

NOTION DE RÉSILIENCE

Au regard du constat des recherches et des difficultés laissées par le TCC, l'intervention en soutien à la résilience semble une avenue prometteuse. Avant de décrire l'intervention, il importe de jeter un regard sur le concept de résilience et de décrire brièvement les qualités de la personne dite résiliente appelées aussi facteurs de protection.

Il n'y a pas, actuellement, de consensus sur la définition de la résilience. Elles diffèrent selon le but poursuivi par leur auteur. Pour Tisseron (2007), la résilience est à la fois la capacité de résister à un traumatisme et celle de se reconstruire après lui. Cyrulnik (2008) décrit la résilience comme la reprise d'un type de développement après un fracas, un traumatisme psychique et dans des conditions adverses avec, dans la mémoire, la représentation de la blessure en tant que nouvel organisateur du moi.

Pour Richardson (2002), la résilience est le processus d'adaptation aux stressors, à l'adversité, au changement et aux opportunités, qui résulte en l'identification, le renforcement et l'enrichissement des facteurs de protection, qu'ils soient personnels ou environnementaux. Richardson et ses collaborateurs (1990) proposent d'ailleurs un modèle théorique de la résilience tout à fait intéressant, qui servira dans le cadre de l'IPIC, qui peut être résumé ainsi : le stressor, filtré par les facteurs de protection individuel ou environnementaux, vient perturber l'état d'homéostasie biopsychospirituel de l'individu. Celui-ci, par la mise en œuvre de processus adaptatifs et d'apprentissage, réintègre à la suite de la perturbation un

état qui peut consister en une réintégration dysfonctionnelle, une réintégration avec perte, un retour à l'état d'homéostasie antérieur à la perturbation ou, enfin, une réintégration résiliente dans laquelle les facteurs de protection se trouvent renforcés, renouvelés ou développés.

La personne résiliente possède certaines qualités personnelles qui peuvent l'aider à faire face à l'adversité, mais, inversement, l'adversité peut aider l'individu à développer et renforcer ces qualités qui l'aideront dans l'avenir. Il s'agit de qualités ou caractéristiques de la personne dite résiliente (Richardson, 2002). Ce sont ses attributs psychosociaux (compétences personnelles, sociales et organisationnelles), le soutien et la cohésion familiale (résolution de problème, stabilité et entraide) et le soutien externe (capacité de développer des relations intimes) (White *et al.*, 2008). La résilience n'est pas un trait de personnalité que quelqu'un a ou n'a pas. Elle est le résultat d'habiletés, ordinaires et modifiables, qui peuvent être apprises, développées ou perdues, selon les expériences de la vie (White *et al.*, 2008). L'estime de soi, les habiletés de résolution de problèmes, l'esprit critique, l'humour, l'autodiscipline, l'optimisme, la créativité, l'humilité (Richardson, 2002) et la capacité à trouver un sens à l'événement (Frankl, 2005) sont des qualités attribuées à la personne dite résiliente. Celles-ci peuvent être acquises par perturbation et réintégration, c'est-à-dire en étant confronté à des situations d'adversité. Ce sont des attributs de la personne, des environnements, des événements ou des situations qui paraissent moduler les risques et l'adversité. Ces caractéristiques individuelles, familiales et environnementales peuvent aussi bien agir comme des facteurs de protection que des facteurs de risque selon leur intensité et leur nature et selon le contexte (Jourdan-Ionescu, 2001).

Elles peuvent également être développées ou rehaussées par des interventions axées sur les forces de la personne, ou encore par l'éducation où des habiletés clés sont valorisées selon le contexte de la personne (White *et al.*, 2008).

INTERVENTION PERSONNALISÉE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE (IPIC)

Dans une recension systématique des écrits (1980-2006), McCabe et ses collaborateurs (2007) montrent que les programmes d'intervention offerts en clinique externe ou dans la communauté soutiennent les efforts d'un retour à l'autonomie des personnes ayant subi un TCC. Il semble de plus que les personnes ayant participé à des programmes de réadap-

tation cognitive éprouvent davantage de satisfaction quant à leur qualité de vie et à leur intégration dans la communauté et que les interventions qui mobilisent des stratégies cognitives permettent à davantage de personnes de retourner à des activités productives à plein temps. Enfin, le soutien social aiderait les personnes à avoir un meilleur contrôle sur leur vie. Il existe peu d'écrits portant plus spécifiquement sur des interventions personnalisées d'intégration communautaire auprès des personnes TCC, dans lesquelles il y a une collaboration des organismes communautaires et du réseau public de soins et de services.

CADRES DE RÉFÉRENCE

L'IPIC s'appuie sur quatre cadres de référence pertinents : 1) la conception de l'intégration à la communauté fondée sur la perception de la personne de son intégration communautaire (McColl *et al.*, 2001; McColl *et al.*, 1998); 2) le modèle écosystémique (Bronfenbrenner, 1986), qui relie les caractéristiques de la personne, son environnement immédiat et distal, les valeurs, attitudes et politiques sociales; 3) le modèle du Processus de production du handicap (PPH), qui permet de mettre en lien les caractéristiques de la personne et sa capacité d'agir avec son environnement (Fougeyrollas *et al.*, 1998; Fougeyrollas *et al.*, 1997); 4) la démarche pour cibler un but (Lefebvre *et al.*, 2008), qui propose une approche de communication en divergence et en convergence permettant à la personne de jeter un regard réflexif à la fois sur son intégration communautaire et sur le processus de développement de l'intervention en partenariat, afin de choisir elle-même un projet à réaliser qui soit le plus réaliste possible.

L'IPIC adopte une perspective d'intervention centrée sur le projet de vie de la personne – quel que soit le projet – afin de l'aider à maintenir sa capacité à réaliser ses habitudes de vie et à avoir une participation sociale satisfaisante pour elle. Ainsi cette intervention vise l'activation des forces de la personne à travers ses caractéristiques propres et l'interrelation avec son environnement. En d'autres mots, l'intervention met en action le potentiel de la personne et de l'environnement dans la réalisation d'un projet, dans l'atteinte d'un objectif choisi par elle et qui lui tient à cœur. Elle vise à soutenir l'autodétermination de la personne dans l'actualisation de son projet (Dunst *et al.*, 1991; Dunst *et al.*, 1987).

L'IPIC consiste à accompagner des personnes ayant subi un TCC dans leurs AVQ. Le rôle des accompagnateurs est de suivre la personne dans la réalisation du projet ou

de l'objectif qu'elle s'est fixé (par exemple, en termes d'AVQ significatives pour elle et pour lesquelles elle éprouve des difficultés ou dont elle veut poursuivre le maintien). Cette approche veut pallier les interventions, principalement de type thérapeutique et données par des professionnels, qui ne répondent que partiellement aux besoins des personnes qui ont subi un TCC au plan de l'intégration communautaire. L'IPIC propose un accompagnement, qui a lieu dans le milieu de vie de la personne, deux périodes de deux heures par semaine pour une durée de douze mois à partir de la date d'entrée de la personne dans le projet. L'approche vise à soutenir à la fois les capacités à mettre en place des habitudes de vie et la capacité à avoir une vie sociale satisfaisante, ce qui, selon la littérature (Bourque, 2005; McCabe *et al.*, 2007), semble soutenir davantage l'intégration communautaire et améliorer la participation sociale. Elle met en scène des accompagnateurs qui ne sont pas des professionnels de la santé, mais qui ont le désir de s'investir auprès d'autres personnes afin de soutenir le développement de leur autonomie et de leur sentiment d'appartenance à la communauté. Ces accompagnateurs rémunérés par le projet de recherche sont recrutés par des annonces mises sur les sites Internet de centres d'actions communautaires, centres d'emploi et le bouche à oreille. Les accompagnateurs sont formés aux impacts du TCC sur la personne et sa famille, à des approches de communication qui favorisent les échanges avec les personnes qui ont subi un TCC. Une formation de cinq jours a été développée avec des intervenants spécialisés en traumatisme crânien, afin d'outiller les accompagnateurs au plan des connaissances (ce qu'est le TCC) et de l'expérience (comment se vit la relation avec une personne ayant subi un TCC). Elle consiste en une formation théorique sur le traumatisme crânien et ses impacts physiques, psychologiques, communicationnels et sociaux ainsi qu'une participation à une activité au centre de réadaptation avec un intervenant, la participation à des interventions à domicile ou dans la communauté avec un intervenant et leur participation à deux activités sociales offertes par l'Association québécoise des traumatisés crâniens (AQTC). En cours d'intervention, les accompagnateurs écrivent une fois par semaine un relevé d'intervention (RI) qui relate les actions que la personne ayant subi un TCC pose et celles de l'accompagnateur en lien avec les objectifs à travailler, ainsi que les événements imprévus qui peuvent avoir une influence sur la réalisation des AVQ.

L'action des accompagnateurs est chapeautée par une équipe de travail en

partenariat interprofessionnel appelée comité de gestion de projet (CGP) et composée d'intervenants du réseau public et communautaire, d'un représentant d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), de gestionnaires, de personnes ayant un TCC, de proches et de chercheurs. Le CGP a aussi pour mandat de travailler en partenariat avec tous les acteurs impliqués, afin de recruter les accompagnateurs, les former et les apparier aux personnes qui ont un TCC. Il s'assure du bon déroulement de l'IPIC, participe à l'encadrement des accompagnateurs et s'assure de répondre à leurs préoccupations et aux besoins particuliers qui émergent de l'accompagnement. Pour ce faire, une personne désignée du CGP assure un suivi à raison d'une rencontre formelle par mois et d'autres rencontres, selon le besoin de chacun des accompagnateurs. Le CGP tient une réunion enregistrée sur bande audio environ une fois par mois, et un compte rendu est produit.

L'IPIC n'est pas une intervention de réadaptation, mais un accompagnement dans la communauté en soutien au maintien de la participation sociale et de la résilience de ces personnes. L'accompagnement ne vient pas remplacer les ressources qui existent dans l'environnement de la personne (famille, amis, organismes de loisirs, etc.). Il offre un tremplin à partir duquel celle-ci développe et consolide ses forces et celles de son environnement.

Le projet IPIC a pour philosophie de partir du désir de la personne pour travailler sur d'autres composantes qui méritent d'être maintenues ou améliorées. L'intervention est structurée de la façon suivante : le participant formule un objectif, planifie, avec l'aide de l'accompagnateur, les étapes à franchir pour réaliser son objectif et évalue sa réalisation. Cette façon de faire permet d'entraîner la personne à une démarche structurante utile dans toutes ses activités. En outre, le fait de décortiquer un objectif (qui peut même parfois sembler irréaliste aux yeux de l'accompagnant) en petites étapes permet l'acquisition et le développement d'habiletés, favorise les expériences de réussite, permet à la personne d'être soutenue dans ses revers et à l'objectif ou au projet initial de se transformer avec la découverte de nouveaux intérêts.

LA DÉMARCHE POUR CIBLER UN BUT AU CŒUR DE L'IPIC

Afin d'aider la personne à choisir son projet, la démarche pour cibler un but (Lefebvre *et al.*, 2008) est utilisée. Cette démarche comporte sept étapes successives et systémiques :

- inventaire des problèmes, choix du problème prioritaire à résoudre ;
- identification des perturbations dans les différents systèmes écologiques, choix de la principale perturbation à résoudre ;
- identification des impacts possibles dans les différentes sphères de la vie de la personne et de ses proches, choix du principal impact ;
- identification des objectifs possibles pour modifier le problème, choix de l'objectif précis sur lequel la personne et ses proches veulent travailler ;
- identification du plan d'actions possibles, choix de l'action priorisée et mise en œuvre ;
- impact sur la personne et les proches, principal impact sur la personne et les proches ;
- ajustements avec l'équipe de soins, nouveau plan d'action.

Par la suite, chacun fait les ajustements nécessaires et le processus peut être repris pour résoudre une autre difficulté. Pour chaque étape, des exemples de questions sont proposés dans le tableau 1.

Le processus de la démarche débute par un questionnaire en divergence, c'est-à-dire par une ouverture sur un ensemble d'éléments composant la situation problématique menant à une convergence ou une fermeture sur l'élément prioritaire sur lequel la personne s'engage à agir. La méthode de l'entonnoir est appliquée à chaque étape et l'accompagnant utilise des sous-questions pour guider l'évolution du processus. Le processus peut être repris autant de fois que nécessaire. En cours de processus, il est possible de se recentrer sur un autre problème qui apparaît aux yeux de la personne comme plus important ou pouvant aider à solutionner le problème original.

À chacune des étapes du processus, il est impératif que l'accompagnant donne à la personne et à ses proches le temps de s'exprimer, de réfléchir à ce qu'ils vivent, à ce qu'ils désirent et de faire leur choix, car il s'agit d'un processus évolutif qui exige du temps. Le rôle de l'intervenant est de profiter de chaque occasion fournie par la personne et ses proches à toutes les étapes du processus pour explorer différentes avenues en divergence et cibler celle pour laquelle la personne est prête à s'engager en convergence. Pour ce faire, il utilise des questions ouvertes de façon à permettre à la personne d'exprimer ses idées en totalité. À l'occasion, il reformule les propos de la personne afin de valider sa compréhension. Il fait preuve d'une grande écoute, de respect du rythme de la personne et de ses idées sans porter de jugement.

Il est essentiel de suivre la personne là où elle est et vers ce qu'elle veut devenir (en sachant que ce devenir n'est peut-être pas celui qu'elle imagine au moment présent) en la rassurant sur le fait qu'elle n'est pas seule dans ce parcours vers son devenir. Pour ce faire, l'accompagnant doit développer ses techniques de communication, telles que la reformulation, les questions ouvertes et les questions en relais, ou encore susciter les questionnements de la personne. Les questions doivent faire appel à l'expérience de la personne et visent davantage les représentations au sujet du problème, la compréhension et la projection vers l'avenir pour la réalisation du projet inséré dans sa trajectoire de vie.

Bref, la démarche pour cibler un but est un projet d'éducation visant l'apprentissage et le co-apprentissage entre la personne et son accompagnant vers un nouveau projet qui se co-construit au jour le jour. C'est une œuvre de patience qui ne se compte pas en jours ou en semaines, mais en réalisation de soi.

IPIC : MODÈLE D'INTERVENTION AXÉ SUR LA RÉSILIENCE

L'IPIC, en plus de permettre une participation sociale plus satisfaisante, soutient la résilience des personnes ayant un TCC. En effet, elle vise par son approche à favoriser l'utilisation des caractéristiques positives individuelles, familiales et communautaires, à faciliter l'appropriation de savoirs et d'habiletés pour une meilleure autodétermination et à soutenir le développement d'habiletés relationnelles et familiales.

Elle contribue à développer ou rehausser le sentiment d'efficacité personnelle de la personne ayant subi un TCC par la reconnaissance de ses compétences et de ses ressources personnelles qui sont mises à contribution (Bandura *et al.*, 2002; Benight *et al.*, 2004). Le fait que la personne participe à l'élaboration de l'intervention par le choix de ses objectifs, la planification et l'évaluation renforce le sentiment de confiance en ses propres capacités. De plus, la présence des accompagnateurs deux fois par semaine auprès de la personne ayant un TCC participe au développement et au maintien du soutien social disponible pour elle et par le fait même à la diminution du sentiment d'isolement. Enfin, le lien avec des organismes communautaires favorise l'augmentation des occasions de participation sociale et communautaire à long terme pour ces personnes (Jourdan-Ionescu *et al.*, 2005).

L'approche de l'IPIC s'oppose à l'intervention de l'expert orientée sur les incapacités de la personne. Elle offre plutôt une vision de l'intervention en

TABLEAU 1
EXEMPLES DE QUESTIONS POUR CHAQUE ÉTAPE DE LA DÉMARCHE POUR CIBLER UN BUT

Divergence	Convergence
1. Inventaire de ce qui fait problème du point de vue de la personne et des proches - Parlez-moi de votre situation actuelle (ce qui va bien, ce qui va moins bien). Quelles sont vos préoccupations ? Qu'est-ce qui vous empêche de vous sentir bien ? ATTENTION ✓ Laisser la personne et les proches s'exprimer, les soutenir dans l'élaboration de l'inventaire de leurs forces et de leurs difficultés. ✓ Se méfier des préjugés, valeurs, croyances : ne pas limiter son interprétation, permettre à un maximum d'informations et d'idées de voir le jour.	1. Parmi les éléments mentionnés, lequel représente actuellement le problème le plus important (du point de vue de la personne et des proches) ? - Quelles sont vos principales préoccupations ? - Qu'est-ce qui vous importe le plus ? ATTENTION ✓ Respecter le choix de la personne et des proches.
2. En quoi cette situation perturbe-t-elle votre vie ? - En quoi cette situation vous nuit ? - Dans quelles sphères de votre vie cette situation vous dérange-t-elle ?	2. Quelle est la principale perturbation que cette situation apporte dans votre vie ? Parmi les éléments énoncés, lequel est le plus dérangeant ?
3. Quels impacts cette perturbation a-t-elle dans votre vie ? ATTENTION ✓ Amener la personne à exprimer ce qu'elle peut difficilement faire, ne peut plus rêver de faire. ✓ Il est possible que le professionnel doive envisager en premier ce que la personne espérait pouvoir continuer de faire comme travail, activité, relation.	3. Quel est le principal impact de cette situation dans votre vie ? - Parmi les impacts énoncés, lequel est le plus dérangeant ? ATTENTION ✓ Amener la personne à identifier ce qu'elle vit le plus difficilement en lien avec le problème (vie familiale, conjugale, professionnelle, avec les amis). ✓ Faire preuve d'une grande écoute.
4. Quels objectifs ou buts la personne et les proches veulent-ils atteindre en solutionnant ce problème ? But visé : faire l'inventaire des objectifs dans les différents sous-systèmes.	4. Quel est l'objectif ou but à mettre en œuvre ? - Parmi les objectifs possibles lequel semble le plus susceptible d'être atteint en résolvant la situation ? ATTENTION ✓ Prendre en compte les savoirs de la personne, des proches et des professionnels pour aboutir à une décision commune et éclairée. ✓ Guider la réflexion de la personne et des proches dans le choix des objectifs qui de leur point de vue sont les plus prometteurs, réalistes et pour lesquels ils sont prêts à s'engager.
5. Quels seraient les éléments d'un plan d'actions possible à réaliser ? - Quelles sont les options ? - Qu'est-ce qui vous aiderait ? Qui pourrait vous aider ? - Comment peut-on vous aider ? À quoi vous attendez-vous de la part de votre équipe de soins ? - Qui d'autre devrait participer à votre plan d'actions ? - Dans d'autres situations de votre vie, quelles stratégies ont déjà été satisfaisantes pour vous ? Quelles sont vos forces ? - Par quoi voudriez-vous commencer ?	5. Quel est l'élément du plan d'actions que vous voulez mettre en œuvre ? - Quelle est l'action précise que vous voulez faire pour régler le problème ? - Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Où ? Avec qui ? Avec quoi ? Quand ? ATTENTION ✓ À ce que la personne et ses proches peuvent faire en tenant compte de leurs expériences, de leurs connaissances de ce qui fait problème, de leurs motivations et de leurs compétences.
6. Quels sont les impacts du plan d'actions sur la personne et les proches ? Qu'avez-vous été capable de résoudre ? - Soutenir la réflexivité de la personne et des proches : - Quelles étaient vos intentions ? - Qu'avez-vous réussi à solutionner ? - Que pensez-vous des effets de votre plan d'actions ? - Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? - Parlez-moi de votre situation actuelle...	6. Quel est l'impact principal sur la personne, les proches ? Pratique réflexive : quelle est la répercussion de l'intervention sur le problème dans les différentes sphères de la vie ?
7. Quels sont les ajustements à faire ? - Pratique réflexive de l'équipe : - Quelles sont les répercussions de l'intervention ? - Qu'est-ce que l'équipe a appris ? - Qu'est-ce qui a été le plus utile, le moins utile ? - Qu'est-ce que l'équipe a besoin d'autre ? - Qu'est-ce qui met l'équipe à l'aise ou mal à l'aise ? - Quelles façons de faire l'équipe peut-elle partager avec les autres ?	7. Nouveau plan d'actions.

partenariat axée sur les forces de la personne et centrée sur le projet choisi par celle-ci. L'accompagnement se fait en co-construction avec l'équipe, l'accompagnateur, la famille et la personne TCC, dans son environnement de vie naturel lui offrant ainsi davantage d'options (Jourdan-Ionescu, 2001). Au contraire de l'approche de l'expert, les objectifs de l'intervention seront identifiés du point de vue de la personne et ensemble, avec l'accompagnateur, les activités pour les réaliser sont explorées et mises en œuvre.

D'ailleurs, cette approche en partenariat favorise le co-développement des compétences tant à l'intérieur de l'équipe d'intervenants et de chercheurs qu'avec l'accompagnateur, la personne ayant un TCC et ses proches. Ainsi, la personne pourra davantage s'autodéterminer et exercer un pouvoir sur sa vie.

Bibliographie

BANDURA, A., et J. LECOMTE (2002). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck.

BENIGHT, C.C. et A. BANDURA (2004). «Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy», *Behaviour Research and Therapy*, vol. 42, n° 10, p. 1129-1148.

BOURQUE, D. (2005). «Interfaces entre les organismes communautaires et le réseau public: continuité et rupture», *Économie et solidarités*, vol. 36, n° 2, p. 13-29.

BRONFENBRENNER, U. (1986). «Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives», *Developmental Psychology*, vol. 22, n° 6, p. 723-742.

CARRIÈRE, M., D. REINHARZ et S. TÉTRAULT (2005). *Analyse coût-efficacité et organisationnelle des services médicaux et sociaux visant la participation sociale des personnes avec TCC*, rapport de recherche, Québec, Université Laval.

CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE RHÔNE-ALPES (2003). *Regards croisés: répercussions de la lésion cérébrale chez la personne victime d'un traumatisme crânien ou d'un accident vasculaire cérébral*, rapport de recherche, Lyon.

COHADON, J.F., J.P. CASTELI, E. RICHER, J.M. MAZAUX et H. LOISEAU (2002). *Les traumatisés crâniens, De l'accident à la réinsertion*, nouvelle édition, France, Arnette.

COLANTONIO, A., G. RATCLIFF, S. CHASE, S. KELSEY, M. ESCOBAR et L. VERNICH (2004). «Long term outcomes after moderate to severe traumatic brain injury», *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, n° 5, p. 253-261.

CULLEN N, J. CHUNDAMALA, M. BAYLEY et J. JUTAI (2007). «The efficacy of brain injury rehabilitation», *Brain Injury*, vol. 21, n° 2, p. 113-132.

CYRULNIK, B. (2008). «Résilience, pratiques d'intervention», conférence donnée lors du congrès «Résilience, intervention en contexte d'adaptation et de réadaptation», Montréal, 25 et 26 février 2008.

DELL ORTO, A.E. et P.W. POWER (2000). *Head Injury and the Family, A Life Living Perspective*, Boca Raton, Floride, Gr/St. Lucie Press.

DUNST, C.J. et K.D. PAGET (1991). «Parent-professional partnerships and family empowerment», dans M.J. FINE (dir.). *Collaboration with Parents of Exceptional Children*, Brandon, CPPC, p. 25-44.

DUNST, C.J. et C.M. TRIVETTE (1987). «Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues», *School Psychological Review*, vol. 16, p. 443-456.

DUMONT, C., M. GERVAIS, P. FOUGEYROLLAS et R. BERTRAND (2004). «Towards an explanatory model of social participation for adult with traumatic brain injury», *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 19, n° 6, p. 431-444.

DURGIN, C.J. (2000). «Increasing community participation after brain injury: Strategies for identifying and reducing the risks», *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 15, n° 6, p. 1195-1207.

DUTIL, E., N. BIER et C. GAUDREAU (2007). «Le Profil du loisir, un instrument promoteur en ergothérapie», *Revue canadienne d'ergothérapie*, vol. 4, n° 74, p. 326-336.

FOUGEYROLLAS P., H. BERGERON, R. CLOUTIER, J. CÔTÉ et G. ST-MICHEL (1998). *Classification québécoise: Processus de production du handicap*, Québec, RIPPH.

FOUGEYROLLAS P. et L. NOREAU (1997). «Guide de l'utilisateur. Instrument de mesure des habitudes de vie (MHAVIE 2.1) et instrument de mesure de la qualité de l'environnement (MQE)», *Réseau international CIDIH*, vol. 9, n° 1, p. 6-19.

FRANKL, V. (2005). *Trouver un sens à sa vie*, Paris, Les éditions de l'Homme.

GADOURY, M. (2001). *Cadre de référence clinique pour l'élaboration de programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral, Volet adulte*, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec.

GÉLINAS, I. (1998). «L'évaluation fonctionnelle et la réadaptation», cinquième journée annuelle du Département de psychiatrie de la Cité de la Santé, formation médicale continue, 1^{er} mai 1998, Laval, Cité de la Santé.

GORDON, W.A., R. ZAFONTE, K. CICE-RONE, J. CANTOR, M. BROWN, L. LOMBARD et al. (2006). «Traumatic brain injury rehabilitation: State of the science», *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, n° 85, p. 343-382.

GOSSELIN, A. (2003). *La double problématique traumatisme craniocérébral et consommation de substances psychoactives: Un défi en réadaptation*, rapport

d'analyse de stage présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, École de service social, 67 p.

JOURDAN-IONESCU, C., F. JULIEN-GAUTHIER, M.L. CHAGNON et M. HUARD (2005). «Les pairs mentors, tuteurs de résilience pour jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle», actes de colloque, *Recherche défi*, numéro spécial, mai 2005, p. 23-27.

JOURDAN-IONESCU, C. (2001) «Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 1, p. 163-186.

LEFEBVRE, H. (2008). «Étude du programme d'intervention "Approche de résolution de problème non structurée centrée sur les acteurs": comment opérationnaliser une intervention en partenariat entre les intervenants et la personne-proches», dans Anne-Marie FONTAINE et Jean-Claude KALUBI (dir.), *Partage de savoirs entre parents et stratégies d'apprentissage*, Temática Psicologia Família – Relações Interpessoais Coleção Livpsic, p. 29-47.

LEFEBVRE, H., G. CLOUTIER et M.J. LEVERT (2008). «Perspectives of survivors of traumatic brain injury and their caregivers on long-term social integration», *Brain Injury*, vol. 22, n° 7, p. 535-543.

LEFEBVRE, H., C. DAVID, I. GÉLINAS, D. PELCHAT, B. SWAINE, P. BOUDREAU et al. (2007). *L'adéquation entre les besoins vécus par les proches de personnes ayant un traumatisme craniocérébral et les services offerts par le continuum de soins*, Montréal, Université de Montréal, 70 p.

LEFEBVRE, H., D. PELCHAT, B. SWAINE, I. GÉLINAS et M.J. LEVERT (2005). «The experiences of individuals with traumatic brain injury, families, physicians and health professionals regarding care provided throughout the continuum», *Brain Injury*, vol. 19, n° 8, p. 585-597.

LEFEBVRE, H., M. VANIER, E. DUTIL, I. GÉLINAS, B. SWAINE, D. PELCHAT, P. FOUGEYROLLAS, M. PÉPIN, C. DUMONT et P. MCCOLL (2004). *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme*, rapport de recherche, Montréal, Université de Montréal.

MCCABE, P., C. LIPPERT, M. WEISEIR, M. HILDITCH, C. HARTRIDGE et J. VILLMERE (2007). «Community reintegration following acquired brain injury», *Brain Injury*, vol. 21, n° 2, p. 231-257.

MCCOLL, M.A., O. CARLSON, J. JOHNSON, P. MINNES, K. SHUE, D. DAVIES et T. KARLOVITS (1998). «The definition of community integration: Perspectives of people with brain injuries», *Brain Injury*, vol. 12, n° 1, p. 15-30.

MCCOLL, M.A., D. DAVIES, P. CARLSON, J. JOHNSON et P. MINNES (2001). «The community integration measure: Development and preliminary validation», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 82, n° 4, p. 429-434.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, Paramètres d'organisation*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINNES, P., K. BUELL, M.L. NOLTE, M.A. MCCOLL, P. CARLSON et J. JOHNSON (2001). « Defining community integration of persons with brain injuries as acculturation: A Canadian perspective », *Neurorehabilitation*, n° 16, p. 3-10.

NOCHI, M. (2000). « Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury », *Social Science of Medicine*, vol. 51, n° 12, p. 1795-1804.

RICHARDSON, G.E. (2002). « The metatheory of resilience and resiliency », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 3, p. 307-321.

RICHARDSON, G.E., B.L. NEIGER, S. JENSEN et K.L. KUMPFER (1990). « The resiliency model », *Health Education*, vol. 21, n° 6, p. 33-39.

TISSERON, S. (2007). *La résilience*, Paris, Presses universitaires de France.

WAGNER, A.K., H.C. SASSER, F.M. HAMMOND, D. WIERCISIEWSKI et J. ALEXANDER (2000). « Intentional traumatic brain injury: Epidemiology, risk, factor, and associations with injury severity and mortality », *The Journal of Trauma*, vol. 49, n° 3, p. 404-410.

WEBSTER, G., A. DAISLEY et N. KING (1999). « Relationship and family breakdown following acquired brain injury: The role of the rehabilitation team », *Brain Injury*, vol. 13, n° 8, p. 593-603

WHITE B., S. DRIVER et A.M. WARREN (2008). « Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities », *Rehabilitation Psychology*, vol. 53, n° 10, p. 9-17.

Note

1. Co-chercheuses de l'équipe: Carolina Botari, Claire Croteau, Guylaine LeDorze et Michelle McKerrall. Collaborateurs: Michel Desjardins, Jacques Drolet et Audrey Fortin. Cette étude est subventionnée par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ, 2009-2011).