

# ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

juillet/août 2020 • volume 22 • 4

## Dans ce numéro

Réflexions d'un responsable de la pratique interprofessionnelle : le pouvoir de l'humilité, de la curiosité, du courage et de la réflexion sur soi

Niki Roberts

Comment Kelly a « retrouvé mon groove »

Kelly St. Aubin

Roulez avec confiance: un projet d'entraînement par les pairs

Patricia Saad

## NUMÉRO SPÉCIAL :

Mieux ensemble : faire progresser la pratique de l'ergothérapie par la création d'alliances et l'apprentissage collaboratif

Maria Mullaly et  
Ruheena Sangrar



CAOT • ACE

# COVID-19

## LES ERGOTHÉRAPEUTES : ESSENTIELS À LA SANTÉ MENTALE



### PRENEZ DES MESURES DÈS MAINTENANT!

Envoyez un message pour laisser les décideurs savoir que les ergothérapeutes devraient être reconnus comme fournisseurs de services de santé mentale et devraient être inclus dans les régimes d'assurance maladie privés et publics.

Malgré la perturbation sans précédent que COVID-19 a causée dans la vie quotidienne, la plupart des Canadiens n'ont pas accès aux services d'ergothérapie car l'ergothérapie n'est pas couverte par la plupart des régimes d'assurance maladie publics et privés.



Envoyez cette lettre à votre employeur/syndicat/compagnie d'assurance pour leur demander d'inclure l'ergothérapie dans votre régime d'assurance maladie

Téléchargez et partagez ces études de cas sur COVID-19 et la santé mentale :



La perturbation de  
la famille



Le retour au travail



L'isolement social

Nous sommes tous concernés. Les ergothérapeutes sont essentiels à la santé mentale.

## Table des matières

Mieux ensemble : faire progresser la pratique de l'ergothérapie par la création d'alliances et l'apprentissage collaboratif.....	3
<b>RÉPONSES DES ERGOTHÉRAPEUTES À LA PANDÉMIE MONDIALE</b>	
Des dons occupationnels en temps de pandémie.....	5
Hiba Zafran	
L'engagement à vivre pendant la pandémie COVID-19 et les perturbations professionnelles qui en découlent.....	7
Karen Whalley Hammell	
<b>DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE</b>	
Comment Kelly a « retrouvé mon groove » .....	9
Kelly St. Aubin	
Formation interprofessionnelle dans un hôpital communautaire : découverte et opportunité.....	11
Kim de Haan	
« Apprendre avec, de et à propos des autres » : préparer les étudiants ergothérapeutes pour la pratique interprofessionnelle collaborative .....	14
Cynthia Perlman et Liliane Asseraf-Pasin	
<b>PARTAGE DE PERSPECTIVES</b>	
Réflexions d'un responsable de la pratique interprofessionnelle : le pouvoir de l'humilité, de la curiosité, du courage et de la réflexion sur soi.....	17
Niki Roberts	
Apprendre côte à côte : innover dans la formation interprofessionnelle en développant « <i>Faces of Healthcare</i> » .....	19
Emily Tsing-yee Chai, Samantha Aparicio, & Sijia Wang	
Adopter la pratique interprofessionnelle : les clients s'associent aux étudiants.....	21
Sylvia Langlois, Jennifer Boyle, & Elizabeth Cadavid	
<b>INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES</b>	
De la communauté des ergothérapeutes canadiens : en mémoire d'Ann A. Wilcock.....	24
Debbie Laliberte Rudman, Lynn Shaw et Liz Townsend	
<b>UPDATES FROM THE COTF</b>	
Mise à jour du mois de juillet 2020 pour la FCE .....	27
Roulez avec confiance: un projet d'entraînement par les pairs.....	28
Patricia Saad	
<b>CRITIQUE DE LIVRE</b>	
Off to a good start: A behaviorally based model for teaching children with Down Syndrome .....	29
The Aging–Disability Nexus.....	30



Cover photo credit: iStock/IAM-photography



Toute déclaration figurant dans les *Actualités ergothérapeutiques* est la seule responsabilité de l'auteur et, sauf avis contraire, ne représente pas la position officielle de l'ACE qui, de plus, n'assume aucune responsabilité envers une telle déclaration. Les *Actualités ergothérapeutiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation.

#### Tous droits de rédaction réservés

Les *Actualités ergothérapeutiques* et l'ACE ne soutiennent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

#### PRÉSIDENTE DE l'ACE

Catherine Backman, Ph.D., erg. Aut. (C.-B.), FCAOT

#### CHEF DE LA DIRECTION DE l'ACE

Hélène Sabourin, RN, MHA

#### RETOURNER LES COLIS NON DISTRIBUABLES PORTANT UNE ADRESSE CANADIENNE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Association canadienne des ergothérapeutes

100-34 chemin Colonnade,

Ottawa, Ontario K2E 7J6

Courriel : publications@caot.ca

#### INDEXAGE

Le périodique *Actualités ergothérapeutiques* est indexé par : ProQuest et OTDBase

#### PUBLICITÉ

Tracy Joliffe

Tél. : (613) 523-2268, poste 241

Courriel : advertising@caot.ca

#### ABONNEMENTS

Tél. : (800) 434-2268, ext. 221

Courriel : subscriptions@caot.ca

#### DROIT D'AUTEUR

L'ACE détient le droit d'auteur des *Actualités ergothérapeutiques*. Une autorisation écrite de l'ACE doit être obtenue pour photocopier, reproduire ou réimprimer en partie ou en entier ce périodique, sauf avis contraire. Un tarif par page, par tableau ou par figure sera applicable pour fins commerciales. Les membres de l'ACE ou de l'ACPUE sont autorisés à partager des copies d'un article, si ces copies sont distribuées gratuitement à des étudiants ou des consommateurs à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer à l'adresse suivante : copyright@caot.ca

---

Le périodique *Actualités ergothérapeutiques* est publié six fois par année (à tous les deux mois, à partir de janvier) par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

#### RÉDACTRICE EN CHEF

Naomi Hazlett, erg. Aut. (Ont.)

Tél. (613) 523-2268 ext. 243

courriel : otnoweditor@caot.ca

#### TRADUCTION

Julie Bellemare, erg. M.Sc.

#### CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JAR Creative

#### ÉDITION D'ÉPREUVES

Claire Hurd, erg. Aut. (Ont.)

Letitia Henville, Ph.D.

Alexa Gravel (Français)

Priscilia Bolanos (Anglais)

Vicki Piché, Erg. Aut. (Ont.) (Français)

#### COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Naomi Hazlett, erg. Aut. (Ont.)

Patricia Dickson, M.Sc., erg. Aut. (Ont.)

Mercerina Lycheck, erg. Aut. (Ont.)

Juan Lopez, erg. Aut. (Ont.)

Maria Mullally, B.Sc. Hon., M.Sc.OT, erg. Aut. (N.-É.)

Kathryn Wise, OTD, MHSc, erg. Aut. (Ont.)

Jeff Boniface, ergothérapeute

Hiba Zafran, PhD, erg., ergothérapeute-psychothérapeute

ex-officio : Catherine Vallée, Rédactrice en chef, Revue canadienne d'ergothérapie

ex-officio : Julie Lapointe, erg. Aut. (Ont.), Ph.D.

#### ÉDITEURS THÉMATIQUES

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

Laura Giroux, MScOT

Tara White, M.Sc, erg. Aut. (N.-É.)

Relations internationales

Andrew Freeman, Ph.D., erg.

#### Notre passé ergothérapeutique

Hadassah Rais, M.Sc (ergothérapie - post-professionnelle), erg. Aut. (Ont.)

Elizabeth Pooley, erg. Aut. (Ont.)

#### Réflexions sur la pratique privée

Nicola Schaan, erg. Aut. (C.B.)

#### Le sens de l'agir

Katie Lee Bunting, ergothérapeute

#### La télésanté et la technologie d'assistance

Laura Kalef, ergothérapeute

Megan M. MacPherson, ergothérapeute

#### L'application des connaissances en ergothérapie

Mercerina Lycheck, erg. Aut. (Ont.)

Keiko Shikako-Thomas, Ph.D., erg.

#### Histoires quotidiennes

Emilie Simoneau, B.Sc.

#### Rehausser la pratique

Aînés : Ben Mortenson, Ph.D., erg.

Adultes : Bice Amoroso, erg. M.Sc. Aut. (Ont.) et Alexandra Lecours, Ph.D., erg.

Enfants et adolescents : Patricia O'Kafka, erg. M.Sc.

Santé mentale : Hiba Zafran, Ph.D., erg., ergothérapeute-psychothérapeute,

Samantha Oostlander, erg. Aut. (Ont.), doctorante

Pratique en milieu rural et éloigné : Niki Kiepek, Ph.D., erg. Aut. (N.-É.)

#### Perspectives étudiantes

Katharine Fuchigami, MSc. Health and Rehabilitation Sciences, BHS.

Alanna Veitch, Dipl. OTA&PTA

#### La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

Lori Letts, Ph.D., erg. Aut. (Ont.), FCAOT

Jackie Bosch, Ph.D., erg. Aut. (Ont.)

#### Formation clinique et théorique

Catherine White, Ph.D., erg. Aut. (N.-B., N.-É.)

Anne W. Hunt, PhD, erg. Aut. (Ont.)

#### Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

Leslie-Ann Stewart, erg. Aut. (Ont.)

#### Les assistants de l'ergothérapeute et le personnel de soutien en ergothérapie

Erin Moerman, AE/AP

Tous les membres du comité éditorial et les éditeurs thématiques des *Actualités ergothérapeutiques* sont membres en règle de l'ACE.





# Mieux ensemble : faire progresser la pratique de l'ergothérapie par la création d'alliances et l'apprentissage collaboratif

Ruheena Sangrar & Maria Mullally

Bienvenue au numéro spécial de juillet 2020 d'*Actualités Ergothérapeutiques*. En tant que rédactrices invitées, notre intérêt pour ce numéro découle de nos propres expériences de succès et de croissance au sein d'équipes multi-professionnelles. Nous considérons que ces opportunités ont été importantes et significatives pour nos identités professionnelles. À nous deux, nous avons fait partie d'équipes interprofessionnelles en milieu clinique et nous sommes présentement impliqués dans la formation interprofessionnelle et la recherche interdisciplinaire. Tout au long de notre carrière, nous avons établi des partenariats avec des professionnels de la santé et des partenaires non traditionnels. Il s'agit notamment de conseillers en dynamique de la vie, de personnes vivant avec un handicap, de vendeurs d'équipement, d'administrateurs, de décideurs politiques et de formateurs en conduite automobile, pour n'en citer que quelques-uns. À chaque collaboration, nous comprenons de plus en plus l'importance de travailler ensemble.

Nous n'aurions jamais pu prévoir les circonstances dans lesquelles nous allions écrire cet éditorial ; COVID-19 est actuellement responsable d'une pandémie mondiale et d'un état d'urgence à l'échelle nationale. Notre système de santé est mis à l'épreuve au-delà de ses capacités, et dans certains contextes, les services d'ergothérapie ont été jugés non essentiels ou ont été transférés sur des plateformes virtuelles. Nos pairs dans le domaine des soins de santé, des soins aux personnes âgées et des services sociaux bravent les premières lignes et continuent de traiter les membres les plus vulnérables de notre population. Nos routines quotidiennes ont toutes été perturbées ; nous avons été redéployés au sein de nos organisations dans de nouveaux contextes de pratique, mis au défi de rééquilibrer nos rôles personnels et professionnels, tout en luttant pour maintenir un sentiment de stabilité face à un avenir incertain.

Que faire lorsque nous sommes confrontés à un problème aussi énorme, à un changement aussi important et à une incertitude aussi grande ? Whalley Hammell (p. 7) et Zafran (p.5) soulignent l'importance d'utiliser des stratégies d'adaptation à la suite d'expériences de perturbation occupationnelle. Ils nous invitent à réfléchir à la manière dont nous pouvons étendre notre expertise clinique pour faire face à ces circonstances. Mais comment pouvons-nous unir nos efforts à ceux d'autres personnes pour soutenir ceux qui, dans notre société, sont victimes de marginalisation ou d'injustice ? Pour eux, l'impact de cette pandémie est amplifié, avec un risque accru d'aggravation des résultats sur la santé, d'isolement social et d'instabilité économique. En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes dans une position unique pour réduire l'effet de cette crise en y faisant face en collaboration.

## Un mot sur les mots

Nous utilisons l'expression "pratique multiprofessionnelle" pour désigner toutes les formes de partenariats interprofessionnels, interdisciplinaires et multidisciplinaires, dans l'espoir de saisir toutes

les façons dont les ergothérapeutes travaillent conjointement avec leurs collègues dans les milieux académiques, de la pratique et de la recherche. Dans ce numéro, nous avons demandé à chaque auteur de définir les termes qu'il a choisi d'utiliser en fonction de son contexte et de ses collaborateurs. Au-delà de la terminologie, de nombreux contributeurs décrivent également les significations personnelles qu'ils attachent à ces partenariats et la valeur qu'ils perçoivent dans la construction d'alliances et l'apprentissage avec les autres.

## Là où les ergothérapeutes se montrent excellent

Aubin (p. 9) et Roberts (p. 17) décrivent notre capacité en tant qu'ergothérapeutes à avoir une vue d'ensemble en se basant sur leurs expériences de leadership dans de nouveaux rôles au sein de leurs contextes de pratique respectifs. Notre capacité à repousser les limites de notre pratique, à assumer des rôles non traditionnels au sein de comités d'éthique et en tant que chef de file de la pratique interprofessionnelle, nous place dans une position optimale pour guider nos collègues dans des situations complexes. Par exemple, de Haan (p. 11) partage son expérience d'une rare possibilité de diriger un changement de processus de pratique dans une nouvelle équipe clinique, avec pour résultat tangible l'amélioration des soins aux clients.

Un autre thème prépondérant de ce numéro est le rôle de l'ergothérapie dans l'élaboration de la formation interprofessionnelle (FIP) pour les étudiants et les cliniciens expérimentés. La FIP fait partie intégrante des curriculums universitaires de tous les programmes de formation en ergothérapie au Canada. Plusieurs auteurs décrivent des approches structurées pour offrir la FIP dans les programmes universitaires ainsi que pour la formation continue en milieu clinique. Langlois, Boyle et Cadavid (p. 21) et Perlman et Asseraf-Pasin (p. 14) décrivent comment la FIP basée sur les compétences peut être intégrée dans toutes les disciplines de la santé dans un cadre universitaire, Langlois soulignant le rôle important des patients partenaires. Chai, Aparicio et Wang (p. 19) apportent le point de vue étudiant sur les possibilités innovantes d'apprentissage interprofessionnel pour eux-mêmes et leurs pairs en médecine. De Haan (p. 11) décrit également une approche par étapes pour développer à la fois un langage commun et une compréhension partagée des rôles et responsabilités cliniques.

Dans l'ensemble, ces articles présentent des ergothérapeutes et des étudiants qui assument des rôles progressistes et prônent l'établissement de relations avec les collègues et les clients. Ces exemples soulignent non seulement leur capacité, mais surtout leur volonté d'apprendre "les uns au sujet des autres, les uns des autres et avec les autres" (World Health Organisation, 2010). Le Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé a souligné l'importance du leadership collaboratif et d'autres compétences pour les professionnels de la santé, ainsi que l'importance d'intégrer le développement des compétences dans les programmes de

formation professionnelle. Les auteurs de ce numéro d'*Actualités ergothérapeutiques* nous fournissent des illustrations claires de la pratique réflexive tandis qu'ils traversent les obstacles, les défis et les changements - nous espérons que leurs histoires inspireront tant les étudiants que les universitaires et les praticiens.

### Tracer la voie à suivre

Tout en reconnaissant la diversité de la gamme d'articles de ce numéro, il y a aussi des lacunes. Nombre de nos articles proviennent de contextes géographiques et de pratiques similaires, qui ne permettent pas une représentation pancanadienne des réalités régionales complexes en matière de soins de santé et de services sociaux. Nous invitons également nos lecteurs à réfléchir aux autres partenaires qu'ils pourraient envisager à l'extérieur de la bulle des soins de santé, dans le but ultime d'améliorer les soins centrés sur le client. Par exemple, quelles histoires pouvons-nous raconter sur nos relations avec les administrateurs, les experts en affaires, en finances et en droit, ainsi qu'avec les ingénieurs, les innovateurs et les concepteurs ? Comment pouvons-nous développer l'implication des clients de manière créative ?

La pandémie actuelle a suscité une réflexion sur les limites de nos rôles actuels et sur les possibilités de raffiner et d'étendre nos champs d'expertise à des domaines de pratique non traditionnels. Nous sommes reconnaissants pour les contributions de tous les auteurs et pour le point de vue unique de chacun. Nous croyons que ces articles présentent des exemples de la manière dont les ergothérapeutes sont bien placés pour assumer de nouveaux rôles de leaders et d'éducateurs au sein d'équipes multi-professionnelles aujourd'hui et lorsque nous nous dirigeons vers le territoire inexploré d'un avenir qui a plus que jamais besoin d'un leadership collaboratif. Ces articles vous fourniront peut-être des informations supplémentaires et de l'inspiration pour élargir votre propre pensée et votre pratique, quoi que l'avenir vous réserve.

### Références:

World Health Organization (WHO). (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)

### À propos des auteurs



**Maria Mullally, erg. M. Sc., Erg. Aut. (NS)**, est un ergothérapeute originaire de Nouvelle-Écosse qui a étudié l'ergothérapie à l'université McMaster, a pratiqué plusieurs années à l'hôpital d'Ottawa et vit aujourd'hui à Halifax, où elle est associée à *Cornerstone Occupational Therapy Consultants* et tutrice à l'école d'ergothérapie de l'université Dalhousie. Elle peut être contactée à l'adresse suivante : [mariamullally@gmail.com](mailto:mariamullally@gmail.com)



**Ruheena Sangrar, PhD, Erg. Aut. (Ont.)**, a réalisé sa formation clinique et ses études supérieures en Ontario à l'université de Toronto et à l'université McMaster. Elle est actuellement formatrice dans ces deux institutions. Elle s'intéresse à la recherche interdisciplinaire, à l'éducation et à la pratique, ainsi qu'à l'optimisation de la fonction et de l'engagement occupationnel chez les personnes âgées. Elle peut être contactée à l'adresse suivante : [r.sangrar@utoronto.ca](mailto:r.sangrar@utoronto.ca)

## Des dons occupationnels en temps de pandémie

Hiba Zafran

Dans la foulée d'un monde qui doit s'adapter plus que jamais à des priorités en mouvance, les intervenants de santé sont décrits par les médias comme des fantassins combattant en première ligne, les membres de famille sont coupés les uns des autres par la fermeture des aéroports, les difficultés économiques surgissent de toutes parts, et les groupes marginalisés ne le deviennent que davantage. En dépit de l'adaptabilité dont plusieurs font preuve, des avancées scientifiques, et de l'espoir d'une « nouvelle normalité » où les priorités environnementales, sanitaires et économiques seraient reconsidérées, une prise de conscience du phénomène en cours et de sa portée globale peut affecter notre santé mentale. L'ergothérapie offre une perspective unique sur des modalités d'être et d'agir susceptibles de soutenir notre résilience dans des environnements sociaux et professionnels rapetissés – tout en reconnaissant le privilège social qui permet à certains d'entre nous de choisir la distance et l'isolement.

À la suite de décennies de recherche sur la résilience, une méta-synthèse de la littérature a conclu que « la résilience repose, fondamentalement, sur les relations » avec soi-même, les autres, et le monde dans son ensemble (Luthar, 2006, p. 780). Au-delà des travaux sur les facteurs génétiques, les habiletés et comportements individuels, et les analyses statistiques complexes des réseaux sociaux, la recherche de quatrième génération sur la résilience souligne comment les expériences spirituelles et d'engagement communautaire réalisées de façon conjointe ou collective renforcent notre capacité à survivre et nous épanouir (Richardson, 2016). Rachel Thibeault est une ergothérapeute dont le riche parcours professionnel, décoré de l'Ordre du Canada en 2012, est jalonné d'initiatives de réadaptation à base communautaire dans des zones d'après-guerre, ainsi qu'àuprès de communautés autochtones et de réfugiés au Canada. Forte de ses expériences en solidarité avec les « héros méconnus » de ces communautés, Rachel propose le terme « dons occupationnel » pour décrire les occupations qui soutiennent spécifiquement la résilience, la spiritualité, l'espoir et le sentiment d'appartenance dans l'adversité (Thibeault, 2011). Dans le présent texte, je présenterai cinq types de telles occupations, et j'appliquerai les idées de Rachel à nos expériences actuelles de distanciation physique. Quels types d'activités ont glissé hors de vos vies durant ces temps de transition et d'adaptation ? Vivez-vous seuls ou constamment en compagnie d'autres personnes ? De quels types d'activités avez-vous le plus besoin en ce moment ?

**Les occupations de reliance** sont celles où nous nous sentons appartenir à un groupe et à la vie. Se relier aux autres et maintenir des liens dans le contexte actuel, voilà certainement une préoccupation centrale pour plusieurs d'entre nous : comment se sentir véritablement liés (au-delà du simple regard à travers l'écran) les uns aux autres quand tout se transpose en ligne ? Certains prennent une marche « avec » une amie, leur attention tournée vers des écouteurs qui donnent corps au lien. D'autres se regroupent autour d'un café ou d'un martini virtuel. De nombreux groupes d'activités se sont transposés en ligne. Les familles dispersées à travers le monde ont déjà l'habitude des visio-conférences où les conversations s'ancrent dans des activités du quotidien, de la cuisine aux tâches ménagères, réalisées en parallèle d'un pays à l'autre. Nous pouvons également

considérer la reliance de façon plus large, par nos contacts avec le monde naturel lorsque nous prenons le temps de caresser nos animaux domestiques, d'accueillir l'arrivée du printemps, ou de nouer des liens avec nos voisins en conversant (en toute sécurité) d'un balcon à l'autre alors que les beaux jours reviennent. Nous pouvons également réfléchir au sentiment de « reliance globale », à travers le monde, sentiment mis en lumière de façon inédite dans le contexte actuel. De votre côté, quelles sont les personnes ou les choses importantes pour vous et auxquelles vous vous sentez moins lié ?

**Les occupations de centration** soutiennent la présence, le calme et la conscience de soi et de son environnement. Des promenades méditatives en pleine nature en sont l'exemple typique. Toute forme d'activité répétitive comme le tricot, la course à pied, les soins aux animaux domestiques, certaines tâches ménagères (plier des vêtements, par exemple), ou encore des formes douces de yoga où des cycles de salutations au soleil sont répétés peuvent entraîner un tel état de calme. Certains d'entre nous sommes maintenant en présence constante de membres de notre famille ou de colocataires – avons-nous le temps et l'espace pour nous recentrer et nous connecter à nous-mêmes ? Amener notre attention aux dimensions sensorielles de nos expériences quotidiennes afin d'être présent « ici et maintenant » constitue une autre caractéristique des activités de centration. Que voyons-nous dans l'activité ? Que sentons-nous ? Que ressentons-nous ? Qu'entendons-nous ? Cuisiner avec un éclairage feutré et un air de jazz en portant attention aux odeurs et aux saveurs. Repousser les meubles pour danser au centre de la pièce au son de notre musique préférée, dans la pénombre. Ce qui nous centre peut être unique et différent : quelles activités vous permettent de vous sentir calme et réceptif ?

**Les occupations créatives** répondent au besoin humain d'explorer, de jouer et de créer sans jugement. Ceux et celles avec des enfants à la maison en ont peut-être assez de la peinture et autre bricolage ; et,

les enfants peuvent avoir leur vrais désastres à petite échelle, mais les adultes ont les leurs, et de plus gros : guerre, catastrophe, accidents, ouragans, émeutes, maladie, et mort... Les mondes irréels du jeu... nous apprennent comment répondre par les émotions à l'expérience de vivre dans le monde, et comment raviver temporairement cette expérience en transcendant ses limites habituelles (Sutton-Smith, 1997, p.162/159, traduction libre).

Nous aurions tous bien besoin d'écrire des rimes idiotes, de dessiner le chat aperçu dans la ruelle, ou de s'improviser chanteuse étoile. C'est peut-être le moment d'apprendre quelque chose de nouveau – le langage des signes ? – ou de s'occuper d'un projet ménager en dormance. Faire des cadeaux maison pour des proches et les leur envoyer par courrier. La cuisine « de fond de placard » consiste à combiner les aliments restants dans les armoires ou dans le congélateur pour en faire des plats innovants et nutritifs. Pour plusieurs d'entre nous, trouver de nouvelles stratégies et modalités de recherche et d'enseignement en ligne peut être vécu comme une occupation créative. Prenez-vous le temps de créer d'une façon qui stimule à la fois l'imagination et le plaisir ?



**Les occupations contemplatives** sont celles qui induisent de l'émerveillement. Contrairement à la centration qui nous ramène à nos corps et au moment présent, la contemplation favorise la prise de perspective, nous dégageant de nous-mêmes pour nous amener à considérer une vue d'ensemble, incluant ce que les autres (dans le présent, dans le passé et dans les générations à venir) et la planète peuvent vivre, comment tous ont la capacité de s'adapter et d'évoluer. La contemplation peut s'ancrer dans la simple observation d'une plante sur le bord d'une fenêtre ensoleillée. L'art de la contemplation peut représenter un défi alors que le tumulte habituel du monde extérieur s'amenuise, cédant la place à un monde numérique propice à l'éclosion de l'inquiétude et des angoisses. Tenir un journal, prier, prendre de longues marches en nature, le yin yoga où s'exprime la gratitude envers la terre qui nous soutient, certaines formes musicales (les solos de violoncelle ont cet effet sur moi), lire des œuvres littéraires et des romans, visiter un musée en ligne, ou simplement s'accorder le temps d'un café matinal, le regard fixant un point à l'horizon, sont toutes des occupations qui peuvent susciter la contemplation. Qu'est-ce qui vous permet de méditer sur l'énormité de la situation, en tout quiétude ?

**Les occupations de contribution** sont celles qui nous permettent de redonner aux communautés qui nous apportent tant. Les chercheurs s'informent auprès de leurs partenaires de terrain des meilleures façons de donner aux projets une utilité immédiate, les étudiants locaux offrant leur soutien à leurs confrères et consœurs issus de l'étranger, les thérapeutes formant des communautés de pratique en ligne pour appuyant les intervenants de proximité. C'est merveilleux à voir et à vivre. Dans mon quartier, presque chaque foyer où vit un enfant a vu ses fenêtres se parer de dessins d'arc-en-ciel promettant des jours meilleurs. Les gens offrent à leurs voisins âgés de déposer des courses sur le pas de leur porte, font le ménage du printemps, partagent avec les plus démunis, créent des façons pour les grands-parents de participer à l'école à la maison ou à l'heure du conte, cataloguent les numéros de téléphone d'urgence, font circuler une pléthore d'informations sur les ressources d'aide, ou font du

bénévolat pour les organismes communautaires qui doivent faire face à la situation. Les travailleurs de la santé et d'aide humanitaire risquent beaucoup pour nous tous. Malgré tout, plusieurs groupes deviennent plus vulnérables, plus isolés. Quelles activités vous permettent d'offrir un soutien valorisé et valorisant à votre communauté ?

Ces cinq types d'occupation nous amènent à réfléchir sur la qualité de nos activités et sur ce qui nous motive à nous y engager. Personnellement, j'ajouterais la dimension de la culture, et de la richesse de ce que nous pouvons tous et toutes amener à ces cinq formes essentielles d'occupations, comme les rites et cérémonies culturelles, l'artisanat traditionnel, les recettes familiales réconfortantes, les jeux, chansons, romans et films dans notre langue maternelle, les histoires de résilience et les communautés auxquelles nous sommes liés. Au-delà de tout ce qui nous permet de comprendre comment faire les choses différemment dans des environnements contraints, quelles valeurs et quelles actions allons-nous choisir de mettre en pratique pour s'engager (ou se réengager) dans des activités significatives pouvant appuyer notre résilience, et donc notre capacité collective à soutenir ceux qui en auront le plus besoin dans les temps à venir ?

## Références

- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795). John Wiley & Sons Inc.
- Richardson, G. E. (2016). Chapter 11: The applied metatheory of resilience and resiliency. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of psychosocial resilience*. Taylor & Francis.
- Sutton-Smith, B. (1997). *The ambiguity of play*. Harvard University Press.
- Thibeault, R. (2011). Chapter 10: Occupational gifts. In M. A. McColl (Ed.), *Spirituality and Occupational Therapy* (2nd ed., pp. 111-120). CAOT Publications ACE.

## À propos de l'auteur

**Hiba Zafraan, PhD**, est ergothérapeute, psychothérapeute, professeure adjointe (professionnelle) et poète. [www.mcgill.ca/spot/hiba-zafraan](http://www.mcgill.ca/spot/hiba-zafraan)

## L'engagement à vivre pendant la pandémie COVID-19 et les perturbations professionnelles qui en découlent

Karen Whalley Hammell

Les mesures prises pour ralentir la propagation du virus COVID-19 ont perturbé la vie de millions de personnes dans le monde. Pour beaucoup d'entre nous, la vie « d'avant » semblait séduisante et prévisible ; nos agendas étaient remplis de rendez-vous, d'engagements, d'événements et de voyages qui constituaient un avenir envisagé. Et puis tout a changé.

Pour les nombreuses personnes qui partagent avec moi l'expérience des privilèges sociaux qui accompagnent nos statuts de classe, d'éducation, de profession, de célibataire et de validité, il a été frustrant d'endurer — bien que temporairement — le genre de privation des opportunités professionnelles habituellement réservées aux personnes handicapées et aux autres personnes marginalisées et privées de pouvoir par la pauvreté, le racisme et les héritages du colonialisme ; des personnes pour qui la vie est constamment imprévisible et pleine d'incertitudes. Aujourd'hui, une grande partie de la population partage la crainte de l'incertitude financière et les inquiétudes quant à l'obtention de nourriture et d'autres produits de première nécessité. Les expériences qui ont constitué la vie quotidienne de beaucoup de personnes en marge sont maintenant partagées par la population majoritaire : le manque de possibilités d'accès à l'éducation et à l'emploi, l'impossibilité d'accéder aux bâtiments, aux bibliothèques, aux espaces publics, aux arts, à la culture, à la société, aux loisirs et aux autres ressources publiques et la perte de la possibilité de se déplacer librement au sein de nos propres communautés ou dans le monde entier. Ces contraintes sur les capacités et les libertés que beaucoup considéraient autrefois comme des droits et des lois — et la peur du virus lui-même — ont laissé des sentiments intenses d'anxiété et d'incertitude.

Heureusement, en tant qu'ergothérapeutes, nous possédons déjà les connaissances nécessaires pour nous engager pleinement dans la vie malgré les défis actuels, imposants. Nous avons eu l'occasion de tirer les leçons des expériences de tant de clients dont la vie apparemment prévisible — les plans et les routines ennuyantes prises-pour-acquis qui avaient structuré cette vie — ont été perturbés par des facteurs échappant à leur contrôle, tels que des blessures ou des maladies graves, des pertes d'emploi, des actes de violence, des catastrophes naturelles ou des migrations forcées. Grâce à nos clients et aux données de recherche, nous savons que la résilience face aux crises est la norme plutôt que l'exception. Nous savons que le style d'adaptation axé sur les problèmes (« que dois-je faire ? ») qui est la norme dans de nombreuses cultures mondiales est associé à des niveaux d'anxiété et de mauvaise santé plus faibles que le style d'adaptation occidentale omniprésent, axé sur les émotions et centré sur « comment je me sens ? » (Summerfield, 2001). Nous savons que « faire » est important.

Des clients confrontés à la perturbation dévastatrice de leur vie à la suite de blessures physiques graves nous ont appris que lorsqu'il n'est plus possible de s'engager dans des schémas professionnels antérieurs, il est important de se concentrer sur ce que nous pouvons faire et non sur ce que nous ne pouvons pas faire, et de chercher d'autres occupations grâce auxquelles nous pouvons appliquer

nos compétences, nos connaissances et nos forces existantes pour contribuer aux autres, et pour maintenir un sentiment positif de compétence et d'estime de soi.

Les clients souffrant de problèmes de santé mentale nous ont appris l'importance de l'engagement professionnel pour assurer l'ordre, la routine et la structure, pour réduire le stress et la réaffectation des ressources cognitives que nous avons en ruminant nos problèmes, pour nous distraire, nous occuper et gérer notre temps, pour éprouver du plaisir et de l'épanouissement, pour développer un sentiment positif de valeur personnelle et pour encourager l'espoir.

Grâce à notre travail auprès des réfugiés et d'autres personnes qui ont vécu une migration forcée, nous avons appris que l'espoir est un antidote à la désillusion ; et nous savons que l'espoir est l'un des plus importants déterminants de la guérison chez les personnes atteintes de maladies mentales, et qu'il fait partie intégrante de la capacité à trouver un sens à sa vie. Nous savons également que les professions qui relient notre présent au passé et à l'avenir sont efficaces pour susciter l'espoir.

Notre littérature sur l'ergothérapie nous informe que le processus de reconstruction d'une vie et de promotion du bien-être à la suite d'une profonde perturbation occupationnelle exige de porter attention à certains besoins spécifiques : prendre soin de soi-même et des autres, éprouver un sentiment d'appartenance et de connexion, favoriser un sentiment de valeur personnelle, éprouver du plaisir, avoir un but et un sens à travers l'engagement dans des rôles et des occupations auxquels nous tenons, faire des choix dans notre vie, et éprouver de l'espoir et un sentiment de cohérence et de continuité dans notre vie (Hammell, 2020). En tant qu'ergothérapeutes, nous savons que chacun de ces facteurs contribuant au bien-être a une forte dimension occupationnelle, et que la santé mentale est améliorée lorsque les personnes font l'expérience d'un équilibre entre des occupations qui favorisent l'appartenance, la connexion et la contribution, des occupations qui construisent une routine, des occupations créatives ou productives, des occupations choisies ou essentielles, et des occupations qui s'occupent du soin du corps et de l'esprit.

Outre la possibilité de tirer parti de ce que nous avons appris de nos clients sur la façon dont la vie quotidienne peut être reconstruite dans le cadre de paramètres contraignants qui ne sont pas de notre choix, nous avons également la possibilité d'apprendre des idées que l'ergothérapeute canadienne Dr Rachel Thibeault (2002, 2011) a tirées de son travail international auprès de personnes ayant subi des traumatismes, des violences et des tortures extrêmes. S'inspirant à la fois de ses propres expériences et des résultats de ses recherches, Mme Thibeault a défini cinq activités qui jouent un rôle important dans le renforcement de la résilience, dans le rétablissement d'un sentiment de contrôle perdu sur sa vie et dans la reconstruction d'une vie pleine de sens dans un contexte de profonde perturbation. Il s'agit du « centrage », ou de l'engagement dans des occupations routinières et répétitives peu exigeantes qui favorisent le calme ;

de la “contemplation”, comme la méditation, la pleine conscience ou l’absorption dans la nature ; de la “création”, ou de l’engagement dans des occupations créatives ; de la “connexion”, qui décrit des occupations qui renforcent le sentiment d’appartenance, comme à la famille, à la culture, aux amis, à la nature ou au pays ; et de la “contribution”, c’est-à-dire l’engagement dans des occupations qui répondent au besoin de contribuer aux autres.

Les promoteurs de la santé au Royaume-Uni, qui avaient déjà encouragé les gens à manger au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, ont lancé une autre campagne “cinq par jour”, fondée sur des données probantes, qui vise à promouvoir la santé mentale. Cette liste de “cinq par jour” est particulièrement pertinente dans le contexte de la crise actuelle : se connecter, donner, être actif, prendre conscience, continuer à apprendre.

En tant qu’ergothérapeutes, nous disposons des ressources et des connaissances nécessaires pour faire face à l’incertitude, pour choisir des occupations saines qui contribuent à notre bien-être personnel et à celui de nos familles, pour favoriser les relations interpersonnelles

et le sentiment d’appartenance, pour trouver de nouvelles façons de remplir des rôles importants et pour découvrir les occupations qui peuvent donner une structure, une routine et un sens à nos vies perturbées. Et nous avons la possibilité de contribuer au bien-être de notre nation en partageant ce que nous savons avec les autres.

## Références:

- Hammell, K.W. (2020). *Engagement in living : Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing*. Ottawa, ON : publications de l’ACE.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95-98.
- Thibeault, R. (2002). Occupation and the rebuilding of civil society: notes from the war zone. *Journal of Occupational Science*, 9, 38-47.
- Thibeault, R. (2011). Occupational gifts. In, McColl, M.A. (Ed.), *Spirituality and occupational therapy, 2nd edition*, (pp. 111-119). Ottawa, ON : publications de l’ACE.

## À propos de l’auteure

**Karen Whalley Hammell, PhD, MRCOT, OT(C)**. Professeur honoraire, Département des sciences du travail et de l’ergothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Canada. Informations de contact : Boîte 515, Oxbow, Saskatchewan, S0C 2B0, Canada. Téléphone/fax : +1 306 483 2380 ou +1 604 564 7252 ik.hammell@sasktel.net

**ÉPARGNEZ 50%**  
j’usqu’au 31 août

ÉCONOMISEZ SUR CES  
EXCELLENTS TITRES  
DÈS AUJOURD’HUI!

**ACHETER  
MAINTENANT!**

The advertisement features three book covers on a wooden surface. From left to right: 1. 'Living with Alzheimer's Disease and Related Dementias' by a Ministry of Research, Health Services and Long-term Care. 2. 'L'Action contre l'inertie' (Action against inertia) with the subtitle 'Répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave' (Responding to the health needs of active people with a serious mental illness). 3. 'The Functional Capacity Evaluation: A Clinician's Guide' by James Chapman, OT, Alison Henry, OT, Alison McLean, OT, Mary Richardson, OT, Marcella Joanne Sharp, OT, and edited by Susan Young, OT.



## Comment Kelly a « retrouvé mon groove »

Kelly St. Aubin

Au cours des deux dernières années, j'ai entrepris un voyage d'apprentissage, de découverte de soi et de recherche de la joie. J'ai été ergothérapeute en soins aigus pendant 18 ans, principalement en neurochirurgie, mais j'ai également travaillé en médecine générale, en chirurgie cardiaque et en rééducation après un accident vasculaire cérébral. Ma vie professionnelle était autrefois confortable et routinière, ce qui m'a bien servi, car j'étais prise en sandwich entre les exigences de l'éducation de mes deux jeunes enfants et les soins à donner à mes parents vieillissants. Avec le temps, alors que ces exigences diminuaient, j'ai commencé à chercher un nouveau poste et une nouvelle passion dans ma carrière. Il y a cinq ans, j'ai vu un dépliant sur la possibilité de rejoindre le comité d'éthique clinique (CEC) de notre hôpital et une étincelle s'est allumée. Ce comité était composé de professionnels de la santé de tous les secteurs des grands hôpitaux dans lequel je travaillais. J'ai été exposé à différents rôles, différents services et de nombreuses disciplines, ainsi qu'aux dilemmes éthiques auxquels ils étaient tous confrontés. J'ai rapidement eu l'inspiration pour commencer une maîtrise en sciences de la santé (MHSc) en bioéthique à l'Université de Toronto. Ce programme est ouvert à tous les professionnels de la santé, illustrant et soulignant véritablement l'importance de l'apprentissage et de la pratique interprofessionnels. Mon expérience de travail et d'apprentissage avec des personnes qui ne sont pas ergothérapeutes a amélioré tous les aspects de ma vie professionnelle. Je décrirai mon expérience de découverte de la bioéthique, comment le feu et la passion sont revenus dans mon travail, et comment j'ai finalement « retrouvé mon groove » avec l'aide de mes collègues interdisciplinaires.

Travailler dans une unité de neurochirurgie m'a amené à être en conflit avec certaines des décisions prises dans notre service. Être ergothérapeute dans un service de chirurgie est un véritable défi. Notre formation d'ergothérapeute nous amène à regarder la personne, et non la maladie, et il est apparu que parfois les autres personnes travaillant à mon étage ne pouvaient pas voir au-delà de la tumeur cérébrale ou de l'opération qui pouvait la soigner. J'ai parfois eu l'impression d'être confronté à une bataille difficile en essayant de parler de fonction, de qualité de vie et de l'idée que la neurochirurgie ne peut pas tout réparer. Il semblait injuste, par exemple, de proposer une opération à un patient sans pouvoir ensuite le placer dans un étage de rééducation pour traiter ses nouvelles déficiences. Je ne trouvais pas les mots pour influencer le changement autant que je le voulais. Cependant, en trouvant ce dépliant m'invitant à rejoindre la CEC, j'ai rencontré des personnes partageant les mêmes préoccupations sur la prise de décision éthique dans le domaine des soins de santé et qui cherchaient des conseils sur la manière de s'assurer que les décisions étaient bonnes ou justes.

Mon mandat de quatre ans au sein de la CEC m'a permis de comprendre le rôle de l'éthicien clinique et d'apprécier l'impact qu'il peut avoir sur la vie d'un patient. En assistant aux réunions interprofessionnelles du comité, j'ai ressenti une joie et une excitation que je n'avais pas eu depuis mes débuts en tant que jeune

ergothérapeute passionné. J'ai été inspiré par le travail qui était fait et les différentes expériences de mes collègues étant membres du comité. Le fait de travailler avec des infirmières de l'unité de soins intensifs, des spécialistes en pédiatrie de notre hôpital pour enfants et des médecins de la santé a donné lieu à des discussions fascinantes qui ont remis en question ma façon de penser. J'ai pu comprendre les tensions éthiques au sein d'une clinique spécialisée dans les troubles alimentaires et la complexité de la prise en charge des adolescents souffrant de graves problèmes de santé mentale, des situations qui ne font pas partie de mon expérience quotidienne. L'un des nombreux avantages de ce comité interdisciplinaire était qu'il n'y avait pas de hiérarchie. Nous venions tous de milieux différents, réunis par un besoin commun d'éducation, et nous apprenions ensemble. Au cours de mon avant-dernière année au sein du CEC, j'ai réalisé que je voulais poursuivre cet apprentissage. Je voulais en savoir plus sur les théories et les principes dont parlait l'éthicien. J'avais une soif de connaissances et j'avais enfin trouvé un domaine dans lequel je me voyais travailler, en dehors de mon rôle bien-aimé d'ergothérapeute. J'ai posé ma candidature et j'ai été acceptée dans le programme MHSc.

Pendant la première classe de la MHSc, je me suis sentie en insécurité, vieille, et surtout, comme une étudiante en échec. « Qu'est-ce que j'ai fait pendant tout ce temps ? » J'ai pensé, en sentant le syndrome de l'imposteur s'installer. Alors que les autres personnes présentes étaient étonnantes, j'étais « juste une ergothérapeute ». Au début, je me suis sentie seule dans mon combat. J'étais intimidé par mes camarades de classe, les médecins, les avocats, les infirmières en soins intensifs et les étudiants en doctorat, mais en travaillant avec mes collègues (maintenant mes amis) et en apprenant le matériel du programme, j'ai réalisé que j'avais aussi beaucoup à offrir. Grâce à la structure de l'apprentissage interdisciplinaire, j'ai apporté des exemples issus du domaine clinique et j'ai fait découvrir à d'autres le monde de l'ergothérapie. Grâce à cette application des connaissances à mes pairs, j'ai pu affirmer qu'être « juste une ergothérapeute » était également étonnant. J'avais (et j'ai toujours) une telle envie d'apprendre et une telle passion pour l'ergothérapie, et ce nouveau programme de diplôme m'a permis de me rappeler pourquoi. En tant qu'ergothérapeutes, nous pensons différemment de la plupart des autres professionnels de la santé. Comme les éthiciens, nous avons une vue d'ensemble, et pas seulement sur ce qui se passe devant nous. Dans la pratique de l'ergothérapie, le patient/client est au centre de toutes les interactions, comme cela devrait être le cas lors de l'analyse éthique d'une situation. Ce qui est bon pour une personne n'est pas nécessairement le mieux adapté à une autre, et plusieurs facteurs doivent être pris en considération pour déterminer quel est le meilleur plan pour un patient. Ce diplôme a été une parfaite concordance, une adéquation parfaite, avec ma formation d'ergothérapeute. J'aime de plus en plus ce nouveau défi, qui m'a permis de me débarrasser des toiles d'araignée.

Lorsque je réfléchis à ce qui m'a vraiment poussé à suivre ce programme, m'a stimulé, m'a impressionné et continue à m'inspirer,

je me tourne vers mes camarades de classe. Ils m'ont encouragé à développer mes compétences de présentation orale, à améliorer ma confiance en moi, à penser différemment et à continuer à apporter mes connaissances dans le domaine de la bioéthique. Ils m'ont donné l'inspiration nécessaire pour continuer nos discussions de classe. Mes nouveaux amis ont pu m'ouvrir les yeux et l'esprit à de nouvelles façons de penser sur des sujets qui m'étaient auparavant fermés et m'ont donné des opinions bien arrêtées. Mes camarades de classe ont modélisé des façons d'aborder des sujets sensibles, ont apporté des points de vue différents et ont remis en question mes processus de réflexion, ce qui a permis d'élargir ma compréhension du système de santé. Pour être clair, nous n'étions pas un groupe homogène sur le plan professionnel, de la culture ou du sexe. Ces différences ont renforcé notre apprentissage, nous ont aidés à construire une base solide et nous ont permis de souligner l'importance de toutes les professions dans la prestation de soins centrés sur le patient ou le client (Barnsteiner, 2007). Nous avons appris à la fois ensemble et les uns des autres, ce qui semble être crucial dans la collaboration interprofessionnelle (Thistlethwaite, 2016). Il est devenu évident que la diversité de notre classe était au cœur de mes nouvelles connaissances non seulement en matière de bioéthique, mais aussi de soins de santé en général. J'ai travaillé en collaboration interprofessionnelle tout au long de ma carrière. J'ai fait partie d'équipes dont j'étais le seul ergothérapeute — la diversité n'est donc pas un phénomène nouveau pour moi. Cependant, cette fois-ci, nous avons tous commencé sur la même longueur d'onde. Nous nous sommes réunis pour mieux comprendre la bioéthique et, en apportant nos propres expériences, nous avons pu apprendre les uns des autres. Il n'y avait pas de hiérarchie, il n'y avait pas la réalité quotidienne d'un patient devant nous nécessitant une décision, et il n'y avait pas de pression de lit à prendre en compte.

Compte tenu de mes deux dernières années d'apprentissage et de connexion intenses, je suis beaucoup plus confiant dans ma connaissance des questions et des interventions bioéthiques, ainsi que dans ma capacité à amener l'éthique plus ouvertement dans mon

rôle actuel — à amener réellement l'éthique au chevet du patient. En outre, j'ai pu contribuer à faire entendre la voix des patients, même s'ils sont incapables de communiquer. Ce programme m'a également permis de voir où mes compétences en ergothérapie et en analyse éthique peuvent se croiser pour garantir que les patients reçoivent les soins et le traitement qu'ils souhaitent de manière juste et bénéfique. Je suis maintenant mieux préparée à soutenir les patients et les familles dans leur expérience de soins, à participer à des initiatives de qualité et à aider à l'élaboration de politiques. Je suis plus confiante lorsque j'aborde les questions éthiques dans ma position d'ergothérapeute et je suis heureuse d'être l'experte éthique vers laquelle mon équipe clinique peut se tourner pour obtenir du soutien. Ma confiance dans ma formation et dans l'acquisition de nouvelles connaissances m'a permis de développer le langage dont j'ai besoin pour influencer le changement au sein de mon équipe. Ma préparation n'aurait pas été complète sans l'occasion d'apprendre et d'entrer en contact avec d'autres professionnels de la santé qui se joignent à moi dans le but de fournir les meilleurs soins possibles à nos patients. Je pense pouvoir dire sans risque que mon « feu et ma passion » pour les soins de santé sont revenus et que je pourrai utiliser mes compétences et mes connaissances en matière de bioéthique pour le reste de ma carrière, que ce soit en travaillant avec les patients et leurs familles, les chirurgiens, les initiatives d'amélioration de la qualité ou la direction. Grâce à cette expérience d'apprentissage et, surtout, à mes camarades de classe interprofessionnels, j'ai « retrouvé mon groove » !

## Références

- Barnsteiner, J. D. (2007). Promoting interprofessional education. *Nursing Outlook*, 55, 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.03.003>
- Thistlethwaite, J. (2016). Interprofessional learning requires learning with not just from. *Medical Education*, 50, 1075-1076. <https://doi.org/10.1111/medu.13109>

## À propos de l'auteur

**Kelly St. Aubin, Erg. Aut. (Ont.)**, est une ergothérapeute depuis 2001, principalement en neurochirurgie en soins aigus à Hamilton, Ontario. Elle travaille actuellement vers une maîtrise en sciences de la santé en bioéthique. Pour de plus amples informations, veuillez la contacter à l'adresse suivante : [staubink@hhsc.ca](mailto:staubink@hhsc.ca).

# Formation interprofessionnelle dans un hôpital communautaire : découverte et opportunité

Kim de Haan

La formation interprofessionnelle offre aux étudiants et aux membres des équipes de santé l'occasion d'apprendre les uns avec les autres, à se connaître et à échanger, dans le but de favoriser la collaboration et d'améliorer la qualité des soins (Thistlethwaite, 2012). La différence entre une approche multidisciplinaire et une approche interdisciplinaire a été expliquée par Choi et Pak (2006) : "La multidisciplinarité s'appuie sur les connaissances de différentes disciplines mais reste dans leurs limites. L'interdisciplinarité analyse, synthétise et harmonise les liens entre les disciplines en un tout coordonné et cohérent" (p. 351, traduction libre). On présume que les équipes interdisciplinaires ou interprofessionnelles fournissent des soins de manière plus intégrée, ce qui a un impact positif sur les résultats pour les patients (Kilgore et Langford, 2009). Sur la base de cette prémisse, cet article décrira une opportunité d'apprentissage interprofessionnel qui a été offerte à une équipe de réadaptation en évolution, facilitée par une équipe de formation interprofessionnelle. L'auteur partagera les attentes des apprenants, le processus d'éducation et les découvertes réalisées à la fin de l'expérience, ainsi que les rôles contributifs des ergothérapeutes au sein des équipes de réadaptation et d'éducation.

## Contexte

Les dirigeants d'une unité de réadaptation gériatrique de 10 lits récemment créée dans un hôpital communautaire de 60 lits situé dans une région rurale de l'Ontario ont reconnu la nécessité d'optimiser les connaissances théoriques et pratiques en matière de réadaptation de l'équipe de première ligne, qui comprend des infirmières, des préposés au soutien et des professionnels alliés de la santé (un ergothérapeute, un orthophoniste, des physiothérapeutes et des assistants ergothérapeutes/ physiothérapeutes).

L'hôpital a engagé un groupe externe de professionnels de la santé (un orthophoniste, une infirmière, un physiothérapeute et un ergothérapeute) expérimentés dans les soins de réadaptation et voués à la facilitation d'une pratique interprofessionnelle compétente et collaborative en matière de réadaptation, afin d'élaborer et de mettre en œuvre un événement de formation et d'éducation adapté aux besoins de l'équipe de réadaptation.

Avant l'événement, l'équipe de formation a consacré une journée à l'observation et à la discussion avec les membres de l'équipe de réadaptation afin de déterminer l'état actuel de l'équipe, les possibilités d'amélioration et les priorités en matière d'apprentissage et de développement de l'équipe.

L'équipe d'éducation a appris que l'équipe de réadaptation travaillait dans une unité qui avait été créée 11 mois avant les séances d'apprentissage et avait été physiquement déplacée dans une autre zone six mois après l'ouverture. Non seulement l'équipe continuait-elle d'évoluer, mais ses membres s'adaptaient à un nouvel environnement avec son propre ensemble d'obstacles à l'approche de réadaptation. Au cours de la journée d'observation, un membre de l'équipe de réadaptation a indiqué qu'en plus de la nouveauté et des défis du milieu, il y avait des variations dans les techniques et

les approches utilisées par les membres de l'équipe de réadaptation avec les patients - des incohérences qui étaient ressenties comme créant une confusion non seulement pour les patients dans leur rétablissement fonctionnel, mais aussi pour l'équipe. Malgré cela, ils ont eu le sentiment que le personnel "devenait une équipe" avec "plus de collaboration et de communication".

Une des membres de l'équipe de formation avait déjà découvert dans ses recherches que les infirmières auxiliaires autorisées, qui dispensent la plupart des soins de chevet dans les unités de réadaptation, ne disposent pas de compétences spécifiques en matière de réadaptation dans le cadre de leur travail ou de leur formation d'infirmière et ne s'identifient pas non plus comme faisant partie de l'équipe de thérapie (Snobelen, 2016). Partant du principe que les infirmières font partie intégrante de l'équipe thérapeutique, un plan a été mis en place pour faire participer l'ensemble de l'équipe de réadaptation.

L'équipe de formation a reconnu l'importance pour les membres de l'équipe de réadaptation de respecter et de valoriser les compétences et l'expertise complémentaires de chacun tout en comprenant où leurs compétences se chevauchent et où il existe des lacunes dans les connaissances, afin de promouvoir une véritable pratique de collaboration interdisciplinaire (Orchard et al., 2005).

## Processus et attentes

À la suite de la visite sur place, l'équipe de formation a élaboré un programme de quatre modules, avec deux sessions de quatre heures se déroulant sur deux jours consécutifs, suivies d'une période de pratique en équipe de deux semaines, et se terminant par deux autres sessions de quatre heures. Le contenu comprenait la théorie et les principes de la réadaptation ; la pratique centrée sur la personne et la famille ; le vieillissement et les défis fonctionnels ; les techniques et interventions thérapeutiques ; un cadre de compétences pour les infirmières auxiliaires en réadaptation, qui souligne que les connaissances et les compétences des infirmières en réadaptation font partie intégrante du rétablissement fonctionnel des patients (Snobelen, 2016) ; et le travail en équipe interprofessionnelle. L'équipe de formation a mené les séances en utilisant diverses approches, telles que des conférences, des exercices de réflexion, des démonstrations et des pratiques interactives. Au cours d'une discussion préliminaire sur les données statistiques locales et les tendances actuelles en matière de réadaptation, l'équipe de formation a découvert que cette unité de réadaptation générale était en fait une unité spécialisée dans la réadaptation gériatrique, ouvrant la voie à un apprentissage ciblé et à une exploration des possibilités d'améliorer l'expérience et les résultats des patients.

Au total, 21 membres du personnel ont participé aux séances, dont 12 infirmières auxiliaires autorisées, deux préposés au soutien et sept membres du personnel de santé allié (un ergothérapeute, trois physiothérapeutes, un orthophoniste, un assistant ergothérapeute/ physiothérapeute et un assistant physiothérapeute).



Le premier jour de l'événement de formation, les objectifs et les attentes communs que les membres de l'équipe de réadaptation ont identifiés ont inclus :

- “apprendre de meilleures stratégies pour mettre en œuvre la thérapie”
- “mieux comprendre le rôle de chacun”
- “[développer] la collaboration entre les soins infirmiers et le personnel de santé”
- “enrichir l'approche d'équipe”

Ces objectifs reflétaient la nécessité pour les membres de l'équipe de réadaptation d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences en matière de réadaptation, ainsi que le désir d'optimiser le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.

## Transformation en une équipe interprofessionnelle

La deuxième journée d'apprentissage a abordé les questions de santé fonctionnelle et psychosociale dans les soins de réadaptation, les techniques thérapeutiques, et le traitement et le rétablissement des conditions entraînant une incapacité ; elle était dirigée par l'ergothérapeute de l'équipe d'enseignement (cet auteure). La session s'est concentrée sur la personne dans sa globalité d'un point de vue biopsychosocial et a inclus : assurer la préparation du patient à participer d'un point de vue cognitif, perceptuel, émotionnel, sensoriel et communicatif ; favoriser une prise de conscience des défis fonctionnels dans les activités de la vie quotidienne (de base, instrumentales et avancées) ; recourir à l'utilisation de sièges, au positionnement et à l'équipement adaptatif pour faciliter le rétablissement et la fonction ; et encourager et permettre aux patients de participer autant que possible, quelles que soient leurs limitations. Diverses techniques de coaching et d'orientation ont été passées en revue, afin d'encourager chaque membre de l'équipe à saisir toutes les occasions de mobiliser les patients dans leurs activités quotidiennes, aussi peu ou tout autant qu'ils sont en mesure de participer, dans leur cheminement vers une indépendance fonctionnelle aussi grande que possible.

La partie pratique de la deuxième journée a impliqué les membres de l'équipe de réadaptation qui ont exercé l'entraînement à l'utilisation d'une aide vestimentaire adaptative, ainsi que le travail de groupe sur les transferts et la mobilité. En groupes de trois, comprenant un professionnel allié, une infirmière auxiliaire et/ou un préposé aux soins, il était possible de résoudre scénarios de transfert complexes avec diverses aides à la mobilité, chaque personne étant à tour de rôle le “patient” qui reçoit les instructions. L'objectif de cette partie de la session n'était pas de faire en sorte que l'équipe d'éducation instruisse principalement les membres de l'équipe de réadaptation sur les compétences de transfert correctes, mais plutôt de faire en sorte que l'équipe de réadaptation enseigne, apprenne et résout les problèmes collectivement ; d'explorer la manière d'interagir avant, pendant et après le transfert ou l'activité de mobilité ; et de communiquer avec le patient et entre eux pour assurer une interaction sécuritaire et efficace.

## Les ergothérapeutes en tant que facilitateurs

Après la première journée d'observation, avant la deuxième session d'éducation, l'ergothérapeute de l'équipe de formation a consulté l'ergothérapeute de l'équipe de réadaptation pour connaître son point de vue sur les besoins les plus importants de l'équipe en termes de compétences d'intervention de réadaptation et de fonctionnement de l'équipe, afin d'aider à déterminer les domaines sur lesquels portera la composante pratique de la deuxième journée d'éducation. Les ergothérapeutes et l'un des physiothérapeutes de l'équipe de réadaptation se sont ensuite rencontrés pour élaborer des scénarios

types que l'équipe pourrait rencontrer, spécifiquement liés à la fonction et au mouvement du patient. Des équipements d'adaptation et de mobilité ont été prévus pour la session afin que les membres de l'équipe puissent utiliser ces objets pour résoudre ensemble des problèmes au travers d'une série de scénarios de fonctionnement et de mobilité des patients avant la session de pratique interprofessionnelle de deux semaines sur l'unité de réadaptation avec leurs patients.

## Découvertes et réflexion

Tôt dans la deuxième journée d'éducation, il est devenu évident qu'il y avait une différence dans l'utilisation de la terminologie pour décrire les transferts et les équipements de mobilité entre les membres de l'équipe de réadaptation. Une fiche de communication sur les transferts est devenue un sujet de discussion lorsque les membres de l'équipe de réadaptation ont remarqué qu'ils n'utilisaient pas les termes de la même manière et qu'ils appelaient les équipements par des noms différents. Cela a particulièrement préoccupé les membres de l'équipe qui avaient récemment passé beaucoup de temps à réviser le formulaire. Après avoir découvert que non seulement ils utilisaient une terminologie différente, la session interactive a permis de découvrir qu'ils utilisaient des techniques différentes pour faciliter les mouvements des patients. La résolution de problèmes a aidé les membres de l'équipe de réadaptation à travailler ensemble et à rechercher un terrain d'entente sur la terminologie et les techniques pour chaque scénario. L'équipe de réadaptation a également découvert que les différences de terminologie et de techniques s'étendaient aux dossiers des patients, en identifiant que des termes différents ainsi que des niveaux de détail variés étaient utilisés dans les descriptions des activités et des capacités des patients dans la documentation.

Après la deuxième journée de formation, les membres de l'équipe de réadaptation ont effectué une période de pratique de deux semaines, au cours de laquelle il leur a été demandé de saisir le plus d'occasions possibles de travailler avec divers collègues interprofessionnels pendant leur temps passé avec les patients. Ils ont été encouragés à poursuivre le dialogue sur la normalisation de la communication et des approches d'intervention, et à réfléchir à ce qu'ils avaient remarqué, afin de faire un rapport au bout de deux semaines.

Après la période de pratique interprofessionnelle de deux semaines avec les patients de l'unité de réadaptation, une discussion a permis de dégager les réflexions suivantes :

- “les capacités des patients changent rapidement tout au long de la session et sur une période de 24 heures”
- “chacun a un niveau de confiance différent - les patients et les membres du personnel”
- “les patients ont besoin que l'équipe renforce leur confiance tous les jours à chaque interaction”
- “en tant qu'équipe, nous pouvons apprendre les uns des autres” et “les compétences peuvent être partagées avec le nouveau personnel”

## Apprentissage et prochaines étapes

L'équipe de formation a évalué l'événement d'apprentissage à l'aide d'une enquête auprès des participants, d'une évaluation des croyances en matière de réadaptation avant et après le test, et du *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS-II), un outil permettant d'identifier les forces et les opportunités de la pratique collaborative dans les domaines du partenariat, de la coopération et de la coordination (Orchard et al., 2018). Les résultats de l'AITCS-II ont confirmé le respect et la confiance des membres de l'équipe de réadaptation les uns envers les autres et ont aidé à

identifier des stratégies pour mieux répondre ensemble aux besoins des patients. Alors que l'équipe de réadaptation continue à se développer et à apprendre ensemble, cet outil pourrait être utilisé pour suivre les progrès de la collaboration (Orchard et al., 2012), parallèlement à d'autres méthodes pour déterminer l'impact sur les résultats pour les patients.

Bien que l'opportunité d'apprentissage en quatre sessions ait permis d'explorer bien plus que ce qui est discuté ici, l'apprentissage global était conforme aux réflexions du deuxième jour et aux observations partagées après la période de pratique de deux semaines. L'apprentissage de l'équipe de réadaptation comprenait, entre autres, les découvertes suivantes : que chaque membre de l'équipe apporte des compétences et des connaissances qui profitent aux patients dans leur rétablissement fonctionnel et leur transition vers la communauté ; qu'ensemble, les membres de l'équipe peuvent faciliter et permettre aux patients d'avoir des opportunités de s'engager dans des activités fonctionnelles quel que soit le niveau de capacités d'un patient donné ; et, enfin, qu'ils peuvent dépasser les frontières disciplinaires et poursuivre les opportunités de développement individuel et d'équipe, pour apprendre les uns à propos des autres, avec les autres et les uns des autres. Les commentaires suggèrent que les possibilités d'apprentissage devraient s'étendre à l'orientation et à la formation des nouveaux membres de l'équipe de réadaptation, y compris les chefs d'équipe et les médecins, afin de garantir que des connaissances, des compétences et des processus cohérents (tels que la communication et la planification régulières de l'équipe) soient établis pour favoriser des résultats optimaux pour le patient et l'organisation.

## Références

- Choi, B. C. K., & Pak, A. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29, 351-364. <https://doi.org/10.25011/cim.v30i6.2950>
- Kilgore, R. V., & Langford, R. W. (2009). Reducing the failure risk of interdisciplinary healthcare teams. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32, 81-88. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181a27af2>.
- Orchard, C. A., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*, 10, 4387. <https://doi.org/10.3402/meo.v10i.4387>
- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. (2018). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/chp.21123>
- Snobelen, S. (2016). *Registered practical nurses in inpatient rehabilitation settings: A competency framework* (Accession No. 123296218) [Doctoral dissertation, Central Michigan University]. ProQuest.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, 46, 58-70. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>

## À propos de l'auteur

**Kim de Haan, Maîtrise en gestion de santé, Directrice de services de santé (Certified Health Executive), Erg. Aut. (Ont.)**, est membre de *Legacy Rehabilitation*, un groupe interprofessionnel qui se consacre au maintien de l'héritage fructueux de la pratique collaborative de la réhabilitation. Kim est présentement responsable de la qualité et de l'accréditation à l'hospice de Chatham-Kent. Elle peut être rejointe à l'adresse suivante : [kdehaan@imacgroup.ca](mailto:kdehaan@imacgroup.ca)

# « Apprendre avec, de et à propos des autres » : préparer les étudiants ergothérapeutes pour la pratique interprofessionnelle collaborative

Cynthia Perlman & Liliane Asseraf-Pasin

Les professions de santé sont passées d'une pratique en silo à une pratique collaborative visant un modèle plus holistique (Gilbert, 2013 ; Pardue, 2015). La formation interprofessionnelle (FIP) fournit des éléments de base aux étudiants des professions de la santé en leur permettant d'apprendre les uns avec les autres, les uns les autres et à propos les uns les autres, dans le but de changer les attitudes et les comportements afin de s'aligner sur une pratique interprofessionnelle (Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2002 ; Gilbert, 2013 ; Pardue, 2015). La FIP est désormais incluse en tant que norme de programme d'études dans les guides d'autoformation pour les professions de santé dans le cadre de l'accréditation universitaire nationale. Les normes d'accréditation académique et le guide d'autoformation publiés par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE ; 2017 ; voir résultat standard 2.713) ont exigé que les composantes de la formation académique et de la formation clinique intègrent la FIP et la pratique collaborative.

La coordination des étudiants de différentes professions de la santé pour qu'ils apprennent ensemble nécessite un engagement considérable, une organisation logistique, un budget et une connaissance de la conception pédagogique de la FIP. Le Bureau de la formation interprofessionnelle de la faculté de médecine de l'Université McGill à Montréal, au Québec, a été chargé d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer un programme de FIP pour plus de 660 étudiants des professions de la santé. Ce document mettra en lumière le développement et la construction pédagogique de ce programme d'études et partagera les leçons apprises concernant la conception du programme d'études de la FIP.

## Le développement du programme d'études de la FIP à l'Université McGill

McGill a créé le Bureau de la formation interprofessionnelle (qui fonctionnait auparavant sous le nom de « Joint Curriculum Committee ») en 2016, avec des représentants de l'ergothérapie, de la physiothérapie, de la médecine, des soins infirmiers et de l'orthophonie (<https://www.mcgill.ca/ipeoffice>). Le doyen associé de l'éducation de la faculté de médecine a fortement soutenu la gouvernance et le mandat du bureau de la formation interprofessionnelle, puisque la FIP était l'un des trois objectifs stratégiques éducatifs guidant l'éducation et l'érudition. Le bureau de la formation interprofessionnelle a formalisé le programme d'études de la FIP, pour tous les étudiants des programmes des professions de santé.

Le bureau de la formation interprofessionnelle a basé le programme d'enseignement de la FIP sur des pratiques exemplaires et fondées sur des données probantes pour la conception et la mise en œuvre de la FIP. Le programme d'études de la FIP intègre les compétences de la FIP du Cadre national de compétences interprofessionnelles du Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CCIS) (CCIS, 2010). Ce cadre comprend un ensemble de six domaines de compétences sur le développement et l'intégration des attitudes, des comportements, des valeurs et des jugements nécessaires à la pratique collaborative. Ces domaines sont la clarification des rôles, le fonctionnement en équipe, la communication interprofessionnelle, les soins centrés sur le client, la famille et la communauté, la résolution interprofessionnelle des conflits et le leadership collaboratif. Le programme d'études de la FIP utilise des théories de l'apprentissage pour adultes et des activités pédagogiques qui mettent l'accent sur les processus d'interaction, de communication et de travail en

équipe. Ces activités sont soutenues par des possibilités de débriefing avec des animateurs formés (membres de la faculté d'enseignants et praticiens de différentes professions de santé) afin de promouvoir la réflexion des étudiants sur l'apprentissage. Le bureau de la formation interprofessionnelle propose des séances de perfectionnement du corps professoral pour chaque cours de FIP.

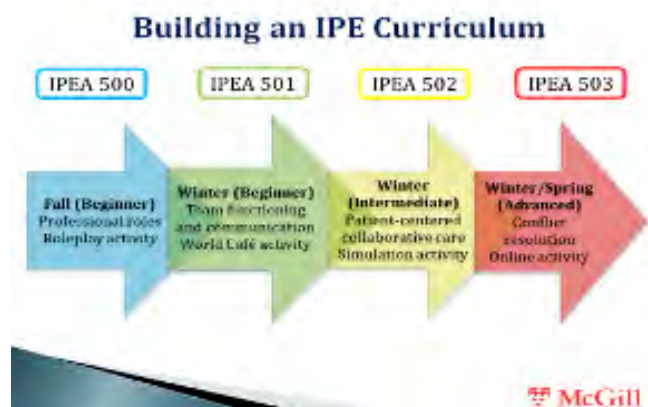
## Description des cours

Le programme comprend une série de quatre cours obligatoires : IPEA 500, les rôles dans les équipes interprofessionnelles ; IPEA 501, la communication dans les équipes interprofessionnelles ; IPEA 502, les soins centrés sur le patient en action : une approche interprofessionnelle ; et IPEA 503, La gestion des conflits dans le cadre des soins dans une équipe interprofessionnelle. Les quatre cours de FIP sont introduits lors des étapes formatrices du programme de maîtrise professionnelle en ergothérapie, à partir de l'année précédant la maîtrise, lorsque la concentration du contenu professionnel commence. Ces cours s'étendent sur quatre semestres entre l'année de pré-maîtrise et la première année du programme de maîtrise. Voir la figure 1.

## Appliquer un cadre de preuves et de compétences

Les approches pédagogiques du programme d'études de la FIP sont conformes aux meilleures pratiques en matière de FIP, car elles sont applicables à des situations réelles, sont actives et participatives et abordent les compétences pertinentes par le jeu de rôle, d'un format de rotation de groupe de type « World Café » et de la simulation du travail d'équipe en action (Barr et coll., 2005 ; Thistlethwaite, 2015).

Les étudiants du programme d'ergothérapie sont préparés à acquérir des compétences pour des aptitudes et des rôles permettant de favoriser la



santé, le bien-être et la justice (Townsend et Polatajko, 2013) et à répondre aux changements de niveau micro, méso et macro dans la pratique des soins de santé. Pour répondre à l'évolution des besoins, il faut d'abord connaître son propre rôle professionnel et celui des autres professionnels de la santé, ce qui conduit à une réflexivité sur l'identité professionnelle. Les activités pédagogiques choisies dans le cadre de la FIP permettent aux étudiants ergothérapeutes de réfléchir à leur identité professionnelle en

développement et aux compétences décrites dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012).

Dans l'IPEA 500, les rôles dans les équipes interprofessionnelles, les étudiants pratiquent le travail en équipe afin de répondre aux besoins du client. Les étudiants clarifient leurs propres rôles par rapport à ceux des autres étudiants des professions de la santé et discutent des possibilités de chevauchement des rôles. Chaque étudiant des professions de la santé apporte ses propres valeurs uniques sur lui-même et sur les autres dans toutes activités d'apprentissage de la FIP, en atteignant les objectifs d'apprentissage ciblés en les mettant en pratique et en pratiquant en collaboration (Reeves et coll., 2016). L'étudiant ergothérapeute explique le rôle de l'expert en de l'engagement occupationnel par rapport à un contexte de cas complexe impliquant des besoins divers. En tant qu'équipe interprofessionnelle, les étudiants abordent les facteurs personnels et environnementaux du client. Au cours de ce processus, l'étudiant ergothérapeute s'appuie sur ses connaissances préalables des modèles de pratique fondés sur l'occupation, notamment le modèle-personne-environnement-occupation (Law et coll., 1996), le modèle canadien de performance et d'engagement professionnels (Polatajko et coll., 2013) et le modèle d'occupation humaine (Taylor, 2017). En outre, des modèles de promotion de la santé, dont la Classification internationale des fonctions, du handicap et de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2001), sont présentés pour permettre aux étudiants d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent la participation et l'engagement dans des occupations choisies ou significatives.

Dans l'IPEA 501, la communication dans les équipes interprofessionnelles, les étudiants affinent leurs compétences en matière de communication et de relations pour examiner un problème de sécurité du client. Un format de « World Café », comprenant des rotations de groupe, permet de nouvelles interactions avec des groupes de pairs et des opportunités de communication d'équipe et de clarification des rôles. Trois cycles de discussion et de prise de décision partagée permettent aux étudiants d'identifier les problèmes de sécurité et les facteurs contribuant aux événements indésirables. Les étudiants ergothérapeutes deviennent mieux à d'articuler leurs rôles lors de chaque rencontre d'équipe successive et de reconnaître les possibilités de chevauchement des rôles. Les étudiants ergothérapeutes sont également encouragés à s'appuyer sur leurs connaissances préalables en matière de sensibilité culturelle (tant personnelle qu'institutionnelle) et de concepts de promotion de la santé lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes de sécurité des clients. À la fin de ce cours, les étudiants sont encouragés à réfléchir sur leur apprentissage en complétant un document de réflexion d'une minute.

La deuxième série d'activités de la FIP, en première année de la maîtrise (IPEA 502 et futur IPEA 503), élargit les connaissances des étudiants sur le leadership collaboratif, les soins centrés sur le patient/client, la famille et la communauté, et la résolution interprofessionnelle des conflits, au cours de laquelle l'accent est mis sur la défense des besoins du client et de la famille. Les étudiants ergothérapeutes intègrent leur expérience clinique et de travail en équipe dans l'IPEA 502, les soins centrés sur le patient en action : une approche interprofessionnelle ; et dans l'IPEA 503, la gestion des conflits dans le cadre des soins dans une équipe interprofessionnelle (en cours de développement pour aborder le domaine de compétence de la résolution des conflits). Ces cours s'appuient sur la complexité de la pratique centrée sur le client et permettent aux étudiants ergothérapeutes de réfléchir à leurs propres rôles de professionnel, d'agent de changement et de gestionnaire de la pratique, en favorisant le leadership. La prise de décision partagée est encouragée ; cependant, l'équipe interprofessionnelle d'étudiants doit s'engager dans la prise de perspective, s'appuyer sur la bonne volonté et négocier les priorités au sein de l'équipe afin de contribuer aux soins efficaces et collaboratifs centrés sur le client (Bainbridge et Regehr, 2015).

L'apprentissage transformateur est fortement valorisé dans les programmes d'études en ergothérapie, afin de s'aligner sur les compétences professionnelles qui visent la collaboration, le leadership et le professionnalisme. Les étudiants ergothérapeutes peuvent faire l'expérience d'un apprentissage transformateur lorsqu'ils remettent en question de

manière réflexive leurs perspectives professionnelles (philosophies, cadres théoriques, pratiques éthiques) en s'engageant dans une réflexion personnelle, un dialogue avec les autres par le biais d'un travail d'équipe et un compte rendu délibéré avec les membres du corps enseignant et les animateurs cliniques (Clark, 2009 ; Pardue, 2015).

Pour atteindre ses objectifs stratégiques, la FIP met en oeuvre un processus d'évaluation des programmes qui garantit un examen et une révision continus des cours de FIP. Les évaluations continues de ces cours avec les étudiants et les facilitateurs de la faculté montrent un degré élevé de satisfaction quant aux domaines de contenu couverts et à la pertinence des activités d'apprentissage par rapport aux compétences du CIHC (2010). Les étudiants ergothérapeutes ont évalué positivement le contenu, le matériel, la prestation, l'animation et la pertinence de chaque cours de FIP. Le bureau de la formation interprofessionnelle et la communauté clinique associée à l'Université McGill ont partagé les changements de comportement observables chez les d'étudiants ergothérapeutes et les étudiants d'autres professions de la santé, notamment un intérêt accru pour les rôles et les responsabilités professionnelles des autres professionnels de la santé, une appréciation du chevauchement des rôles, la responsabilité professionnelle et une communication respectueuse tant en classe que dans les milieux cliniques.

Le bureau de la formation interprofessionnelle a formulé les enseignements suivants lors de la conception d'un programme d'enseignement de la FIP. Notez que les évaluations de cours et de programmes des étudiants ont jusqu'à présent alimenté ces conclusions :

## Les problématiques pédagogiques

Le bureau de la formation interprofessionnelle reconnaît l'intérêt de concevoir un programme d'enseignement de la FIP basé sur les compétences du CIHC (2010). L'intégration de ces compétences permet au bureau de la formation interprofessionnelle de structurer l'apprentissage des étudiants en fonction des compétences définies de manière logique et efficace, en allant des cas simples aux cas plus complexes. Le programme d'études commence par le renforcement des connaissances de sa propre profession (IPEA 500), puis il favorise la compréhension des rôles professionnels des autres, l'impact du chevauchement des rôles et la sécurité des patients (IPEA 501) et enfin il intègre de multiples perspectives pour résoudre les problèmes de soins qui se posent dans la pratique centrée sur le patient, le client, la famille et la communauté (IPEA 502). Le bureau de la formation interprofessionnelle prévoit d'intégrer toutes les compétences de la FIP, y compris la résolution des conflits et le leadership collaboratif, dans un quatrième cours pour compléter le programme d'études.

Le bureau de la formation interprofessionnelle intègre les compétences de la FIP en matière d'exploration et de clarification des rôles dans chaque cours de la FIP réussis. Les activités pédagogiques permettent aux étudiants de maintenir et de développer leurs connaissances et le partage de ces compétences. Le bureau de la formation interprofessionnelle reconnaît que le fait d'avoir différents niveaux d'apprenants avec des expériences variées est avantageux pour le développement des équipes et du leadership, car cela reflète la réalité des équipes interprofessionnelles dans la pratique clinique. Parmi les témoignages d'étudiants sur la clarification des rôles et le chevauchement des rôles, on peut citer

- « En discutant d'un cas, mon propre rôle devient plus clair pour moi ». (étudiant ergothérapeute)
- « Écouter ce que les autres collègues ont à dire est crucial pour sa propre pratique, car la plupart des domaines médicaux se chevauchent. (étudiant infirmier, IPEA 501 « World Café »)
- "Il est important de communiquer les préoccupations et de reconnaître l'avantage de la clarification des rôles et des chevauchements" (étudiant ergothérapeute, IPEA 501 « World Café »)
- En tant qu'étudiant en première année de médecine, je ne pouvais pas contribuer autant que d'autres (comme [les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes]), mais j'ai beaucoup appris d'eux ; par exemple, je ne savais pas que [les ergothérapeutes] pouvaient s'occuper de la déglutition ». (étudiant en médecine, IPEA 502, 2019)

Des difficultés surgissent lorsque l'on utilise des cas centrés sur le patient, le client ou la famille, car l'instinct des animateurs (membres de l'équipe d'enseignant et praticiens de différentes professions de santé) et des étudiants est de se concentrer sur l'expertise du contenu de chaque profession plutôt que sur les processus d'interaction et de travail en équipe. C'est pourquoi le bureau de la formation interprofessionnelle met en œuvre des sessions de formation continue avec des experts formés qui se concentrent sur les techniques de débriefing pour évaluer la dynamique d'équipe et promouvoir la réflexion sur l'apprentissage. En outre, le bureau de la formation interprofessionnelle reconnaît que le fait d'offrir d'authentiques opportunités de travail en équipe interprofessionnelle influencera l'apprentissage des compétences pour la pratique interprofessionnelle et collaborative ; c'est pourquoi des plans futurs visant à développer un programme d'études cliniques interprofessionnelles basé sur des preuves avec les partenaires cliniques de l'Université McGill sont en cours.

## Les problématiques liées aux ressources physiques

Les défis pratiques rencontrés dans la création d'un programme d'études de l'IPE pour six programmes professionnels différents (avec un total de 650 à 700 étudiants) étaient doublés. Le premier défi consistait à programmer les activités de la FIP à des moments qui s'alignaient sur l'emploi du temps de tous les étudiants de la faculté de professionnels de santé. Il était crucial de négocier avec chaque responsable de programme pour trouver les meilleurs jours et heures possibles afin de maintenir une représentation interprofessionnelle au sein de chacun des petits groupes. En fait, chaque cours devait être programmé sur plusieurs jours (entre deux et six jours, selon le cours) afin d'accueillir tous les étudiants. La solution consistait à ce que tous les programmes réservent certains jours d'un trimestre universitaire à la FIP. Le deuxième défi consistait à réserver des salles suffisamment grandes pour une session plénière ainsi que 35 à 40 salles pour des discussions en petits groupes pour chaque jour de mise en œuvre. Le calendrier doit être confirmé au moins un an à l'avance pour garantir la disponibilité des salles.

En conclusion, la préparation des étudiants ergothérapeutes à participer de manière optimale au sein d'équipes interprofessionnelles qui valorisent la prise de perspective, la prise de décision partagée et la bonne volonté commence par un programme d'enseignement de la FIP bien conçu. Les possibilités pour les étudiants ergothérapeutes d'apprendre en collaboration avec d'autres étudiants des professions de santé s'appuient sur leur connaissance de leurs propres rôles de compétence (ACE, 2012) et permettent une participation efficace aux cours de FIP et à la pratique clinique de l'ergothérapie. La FIP doit aborder les changements importants qui se produisent dans le domaine des soins de santé et mettre davantage l'accent sur la capacité des prestataires de soins de santé à travailler en équipe, à communiquer efficacement et à fournir des soins axés sur le client en collaboration.

## References

- Bainbridge, L., & Regehr G. (2015). Should there be an "I" in team? A new perspective on developing and maintaining collaborative networks in health professional care. In C. Bainbridge, L., & Regehr G. (2015). Should there be an "I" in team? A new perspective on developing and maintaining collaborative networks in health professional care. In C. Orchard & L. Bainbridge (Eds.), *Interprofessional client-centred collaborative practice: What does it look like? How can it be achieved?* (pp. 51–66). Nova Science Publishers.

- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. S. (2005). *Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence*. Blackwell Publishing.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2017). *Academic Accreditation Standards and Self-Study Guide*. <http://caot.intouch.org/uploaded/web/Accreditation/CAOT%20Accreditation%20Self%20Study%20Guide%202017%20English.pdf>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). *Profile of practice of occupational therapists in Canada*. <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
- Centre for Advancement of Interprofessional Education. (2002). *Definition of interprofessional education (revised)*. <http://www.caipe.org.uk/>
- Clark, P. G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 213–223. <https://doi.org/10.1080/13561820902877195>
- Gilbert, J. H. V. (2013). Interprofessional – Education, learning, practice and care. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 283–285. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.755807>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Orchard & L. Bainbridge (Eds.), *Interprofessional client-centred collaborative practice: What does it look like? How can it be achieved?* (pp. 51–66). Nova Science Publishers.
- Pardue, K. (2015). A framework for the design, implementation, and evaluation of interprofessional education. *Nurse Educator*, 40, 10–15. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000093>
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2013). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation* (2nd ed., p. 23). CAOT Publications ACE.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J. & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38, 656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application* (5th ed). Wolters Kluwer.
- Thistlethwaite, J. E. (2015). Interprofessional education: Implications and development for medical education. *Medical Education*, 16, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.007>
- Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. CAOT Publications ACE.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and health (ICF)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=D9D376184A4D413CE06C6DE87737CE45?sequence=1>

## À propos des auteurs

**Cynthia Perlman, MEd, OT(C), erg.** est professeure adjointe (professionnelle) à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie et est membre exécutif et présidente du comité du programme d'études de l'IPE au sein du bureau de l'éducation interprofessionnelle de la Faculté de médecine de l'université McGill. Elle peut être jointe à l'adresse suivante : [cynthia.perlman@mcgill.ca](mailto:cynthia.perlman@mcgill.ca)

**Liliane Asseraf-Pasin, PT, PhD,** est directrice du programme de physiothérapie de l'école de physiothérapie et d'ergothérapie et membre exécutif et vice-présidente du comité du programme d'études de l'IPE au sein du bureau de l'éducation interprofessionnelle de la faculté de médecine de l'université McGill. Elle peut être contactée à l'adresse suivante : [liliane.asseraf.pasin@mcgill.ca](mailto:liliane.asseraf.pasin@mcgill.ca)



# Réflexions d'un responsable de la pratique interprofessionnelle : le pouvoir de l'humilité, de la curiosité, du courage et de la réflexion sur soi

Niki Roberts

Je suis une ergothérapeute qui est un chef de pratique interprofessionnelle. Je travaille dans un hôpital communautaire au sein du Département de la pratique et de l'éducation interprofessionnelles. Une grande partie de mon rôle consiste à contribuer à la mise en place d'équipes de pratique interprofessionnelle saine. Je travaille avec de nombreuses professions afin d'impliquer les parties prenantes appropriées, d'explorer les meilleures pratiques, de faire des recommandations pour améliorer la pratique, de créer des plans pour mettre en œuvre les meilleures pratiques, et de coordonner et de dispenser une formation sur ces meilleures pratiques. Je constate chaque jour que la pratique interprofessionnelle est meilleure lorsque tous les membres de l'équipe collaborent. Je voulais partager cette réflexion dans le but d'inspirer les autres et de proposer des suggestions qui pourraient faciliter le cheminement vers la pratique interprofessionnelle.

## Mon cheminement vers le leadership de pratique interprofessionnelle

J'ai toujours eu à cœur l'importance de processus et de procédures clairement définis, d'une équipe qui fonctionne bien, d'une amélioration continue de la qualité et de résultats mesurables qui permettent d'affiner la pratique. Au moment où, dans ma pratique clinique, tous ces éléments semblaient être en place, je me suis demandé si je ne pourrais pas promouvoir ces idéaux dans d'autres secteurs de l'hôpital. J'ai identifié et contacté des mentors au sein de l'hôpital pour en savoir plus sur le cheminement vers leurs rôles. Pour les postes qui ont éveillé mon intérêt, j'ai exploré les compétences dont j'avais besoin pour me développer et j'ai identifié des opportunités - et un plan ultérieur - qui pourraient m'aider à élargir mon expérience dans ces domaines. Lorsqu'un poste s'est libéré au sein de l'équipe de la pratique et de l'éducation interprofessionnelles, j'ai postulé et j'ai été ravi d'être la candidate retenue.

## La pratique interprofessionnelle sous l'angle de l'ergothérapie

Je pense sincèrement que mon cadre de référence ergothérapeutique m'a aidé à réussir dans cette fonction. J'examine toujours la situation dans son ensemble et j'essaie de déterminer les facteurs qui peuvent contribuer à un incident particulier. J'analyse les problèmes à l'aide d'un modèle Personne-Environnement-Occupation modifié (Law et al., 1996) : J'examine les personnes impliquées dans une situation et j'identifie leurs points forts et leurs possibilités d'amélioration. Je considère l'environnement et j'explore les modifications possibles pour corriger les obstacles. Je décompose le problème (" occupation ") en ses différentes composantes et j'identifie les lacunes et les opportunités possibles. Je considère les relations entre les trois domaines et j'esquisse un plan qui tente d'atténuer les obstacles et d'améliorer les performances. Toutefois, sans les compétences fondamentales en matière de communication et de collaboration qui sont intégrées dans la pratique de

l'ergothérapie (Canadian Association of Occupational Therapists, 2012), je ne pourrais pas être efficace dans ce rôle. Ces compétences sont essentielles et constituent à leur tour la base d'une résolution efficace des conflits, sans laquelle, comme je l'expliquerai plus tard, aucune équipe très efficace ne peut fonctionner.

## L'équipe de pratique interprofessionnelle : succès et leçons apprises

Ma fabuleuse équipe est composée d'infirmières autorisées, d'une infirmière auxiliaire autorisée, d'un inhalothérapeute, d'un physiothérapeute, un diététicien, un éthicien, un bibliothécaire, deux assistants administratifs et moi-même. Notre objectif est de soutenir les meilleures pratiques dans tous les domaines afin de fournir des soins optimaux aux patients. Nous travaillons quotidiennement à l'amélioration des résultats pour les patients en identifiant et en réduisant les erreurs, ainsi qu'en augmentant la sécurité des patients, la qualité des soins de santé et la satisfaction des patients. Nous vivons un travail d'équipe interprofessionnel à chaque minute de chaque jour, c'est-à-dire que nous apprécions l'expertise de chacun, respectons les opinions de chacun, collaborons à la prise de décision et partageons le leadership. Pour ce faire, nous mettons également en pratique chaque jour des techniques efficaces de résolution des conflits !

Au long des trois ans et demi que j'ai passés dans ce poste, j'ai connu des victoires et des échecs, qui ont tous été des occasions inestimables de croissance et d'apprentissage. Les plus grandes réussites sont survenues lorsque j'ai modelé et encouragé un travail d'équipe interprofessionnel optimal. La mise à jour du programme de prévention des chutes de mon organisation en 2017-18 en est un exemple. J'ai réuni un groupe de travail interprofessionnel comprenant des cadres supérieurs, des gestionnaires des secteurs de soins internes et externes, des cliniciens de première ligne des disciplines infirmières et des disciplines alliées de la santé, ainsi que des participants non cliniques, notamment des porteurs et des bénévoles. Ce groupe diversifié a permis de s'assurer que de nombreuses opinions et idées différentes étaient partagées, discutées et intégrées dans le projet final. Comme nous avons bénéficié de la contribution et de l'adhésion de tous les groupes, nous avons veillé à ce que les besoins de chacun soient satisfaits. Le succès du projet a mis en évidence que toutes les opinions et les idées sont pertinentes et importantes à prendre en compte dans le cadre d'une collaboration. En deux ans, nous avons mis à jour notre programme de traitement des chutes chez les patients internes, créé un nouveau programme pour les patients externes, commencé à produire des données plus pertinentes pour une évaluation améliorée du programme, rééduqué tout le personnel à la nouvelle politique et satisfait aux normes de Pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada pour les chutes.

Tout au long de ma transition de clinicien de première ligne à chef de pratique interprofessionnelle, j'ai également dû relever des défis. Il est décourageant de soutenir des disciplines et des domaines de

pratique dans lesquels je n'ai aucune expertise. Il est difficile de tenir compte en permanence de mon rôle et des voix de chaque groupe que je soutiens au cours de chaque projet, afin de garantir qu'aucun domaine ou profession ne manque une occasion de contribuer. Il est stressant d'être conscient des hiérarchies implicites ou explicites et des meilleures méthodes pour collaborer avec de nouveaux collègues interprofessionnels. Cependant, chacun de ces défis est également passionnant. À la réflexion, ces défis ne sont pas si différents du travail en première ligne. Mes équipes sont désormais mes clients, les réunions de projet remplacent les réunions familiales, et les interactions avec les nouveaux collègues remplacent les interactions avec les nouveaux clients ou les nouvelles familles. Les aptitudes nécessaires pour réussir sont toutes les mêmes.

La résolution des conflits est difficile. Chacun a un niveau de compétence et d'aisance différent pour la pratiquer. Chaque conflit est légèrement différent, et le fait d'avoir une expérience positive une fois ne signifie pas que vous aurez une expérience positive la fois suivante. Il y a des jours où je veux fuir tous les conflits et des jours où je veux les aborder de front. Il y a aussi des jours où j'ai besoin que quelqu'un m'aide à me rappeler que je suis en conflit et me pousse doucement vers la résolution et loin des plaintes. Il faut du courage et beaucoup de patience et de compassion pour aborder un conflit. La résolution des conflits exige également une culture de sécurité et d'ouverture. Ce sont des qualités que mon organisation s'efforce de développer au sein de toutes nos équipes et de notre personnel.

Je participe activement à ce processus en abordant les conflits qui surviennent dans mon rôle, en renforçant les compétences des membres de mon équipe en matière de résolution des conflits et, si nécessaire, en aidant à gérer les conflits entre les membres de l'équipe. Ces compétences comprennent l'ouverture aux perspectives des autres, la capacité à assumer la responsabilité de son propre rôle dans un conflit et la volonté de travailler ensemble pour trouver une solution. Mon organisation propose des cours de gestion des conflits, que tout le personnel est encouragé à suivre. Nous discutons souvent des concepts liés à la résolution des conflits lors de réunions d'équipe hebdomadaires. Les chefs d'équipe, y compris les chefs de pratique, non seulement donnent l'exemple des compétences en matière de gestion des conflits, mais sont également disponibles pour des consultations individuelles afin d'aider le personnel à identifier des plans d'action pour traiter les enjeux complexes.

## Compétences pour la réussite et prochaines étapes

Au-delà de la communication et de la collaboration, j'ai constaté que certaines caractéristiques supplémentaires sont cruciales dans mon travail. L'humilité me pousse à demander de l'aide lorsque je ne sais

pas ou ne comprends pas quelque chose ; elle m'a permis de gagner le respect de mes collègues et de mes équipes, qui savent qu'on peut me faire confiance pour pratiquer dans mon propre champ de compétences. L'esprit de curiosité me permet d'être enthousiaste face aux possibilités d'apprentissage qu'offre le manque de connaissances. J'ai également besoin de courage pour avancer vers les conflits et les problèmes au lieu de les éviter. Pour moi, le courage consiste à me donner la permission de faire des erreurs. J'ai découvert que le fait de m'offrir de la compassion lorsque j'échoue m'aide à dépasser ma déception et me redonne le courage d'essayer à nouveau. Enfin, je crois que l'autoréflexion est un attribut très puissant. Je l'utilise à la fois comme un outil d'amélioration des performances et comme une stratégie pour m'aider à gérer les situations difficiles. En réfléchissant à une conversation difficile, à ma journée ou à ma semaine, je peux me rappeler des succès ou des aspects positifs de l'interaction. Je peux décrire ce qui ne s'est pas bien passé. Et je peux identifier ce que je peux faire pour changer. En réfléchissant à moi-même, j'espère améliorer le résultat d'incidents similaires à l'avenir. L'autoréflexion me donne ainsi le pouvoir de surmonter une situation difficile et renforce mon courage de la tenter à nouveau.

Alors que je m'engage dans cette réflexion, je me demande sur quelles bases je peux offrir aux autres des conseils pour améliorer leur pratique interprofessionnelle et leurs partenariats interprofessionnels. Je n'ai pas le sentiment d'être une experte, même si j'ai de l'expérience vécue. Je suis passionné par les valeurs et les caractéristiques requises pour une meilleure pratique interprofessionnelle. Le plus important est peut-être simplement que je me sens courageuse en ce moment, et que je me demande si quelque part, d'une manière ou d'une autre, cette réflexion partagée ne pourrait pas être éclairante pour quelqu'un.

Je vous encourage tous à prendre un moment pour réfléchir à votre pratique actuelle, à identifier les défis, puis à les aborder avec un sentiment d'humilité et de curiosité. Je vous encourage à faire preuve de courage et à vous poser des questions : Quelle est une seule chose que je peux faire pour améliorer la pratique interprofessionnelle ?

## Références:

Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). Profile of occupational therapists in Canada. <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>

## À propos de l'auteure

**Niki Roberts, Erg. B.Sc., Erg. Aut. (Ont.)**, est une ergothérapeute qui travaille comme chef de pratique interprofessionnelle à l'hôpital de Markham Stouffville. Elle occupe ce poste depuis trois ans et demi. Auparavant, Niki a travaillé comme ergothérapeute clinique pendant 15 ans dans la région du Grand Toronto ainsi qu'aux États-Unis. Elle peut être rejointe à l'adresse suivante : [roberts\\_niki@yahoo.ca](mailto:roberts_niki@yahoo.ca)

## Apprendre côte à côte : innover dans la formation interprofessionnelle en développant « *Faces of Healthcare* »

Emily Tsing-yee Chai, Samantha Aparicio et Sijia Wang

La collaboration interprofessionnelle est cruciale pour le développement des meilleures pratiques dans les systèmes de soins de santé. À l'université de Toronto, la formation interprofessionnelle (FIP) est une exigence de cours pour diverses disciplines de la santé, y compris l'ergothérapie et la médecine. L'ouverture d'un nouveau programme satellite de maîtrise en ergothérapie sur le campus de Mississauga (UTM) — en tant qu'extension du programme du campus St George de l'Université de Toronto — a permis d'offrir la FIP aux étudiants de l'UTM. En tant que représentants des étudiants de l'association des étudiants en soins de santé interprofessionnels, nous — Samantha, Sijia et Emily — avons créé deux sessions de FIP dirigées par des étudiants sur le campus de l'UTM, avec les commentaires et le soutien administratif des membres du corps enseignant. Nous avons tiré des cas de « *Faces of Healthcare* », un site web qui documente les expériences réelles des patients, révélant souvent les défis systémiques et attitudinaux du système de soins de santé. Nous avons intitulé notre session de FIP « *Faces of Healthcare* », et les étudiants ont discuté et réfléchi sur des cas de patients axés sur les soins interprofessionnels.

### Session « *Faces of Healthcare* » FIP : la cocréation et l'évaluation

Le premier défi de ce projet était de co-créer du matériel pertinent pour les étudiants en médecine et en ergothérapie qui encouragerait la collaboration interprofessionnelle. En outre, l'accès aux praticiens était limité en raison de la nature bénévole et du calendrier des sessions, de sorte que les sessions de FIP devaient être dirigées par les étudiants. Les membres de la faculté nous ont aidés à utiliser les Zones de développement proximal (ZDP) pour étayer la construction de la session d'IPE (Goos et coll., 2002). Nous avons donc utilisé la théorie des ZDP pour structurer les sessions de FIP, en intégrant l'apprentissage en groupe de pairs, les questions à étayer et les partenariats d'apprentissage. Nous avons assigné aux étudiants des rôles d'animateur, de preneur de notes et de chronométrateur pour assurer une participation active. Nous avons élaboré des ensembles d'instructions distincts pour chaque rôle d'étudiant, l'un d'entre nous faisant office de coordinateur pendant la session. Les questions portaient sur le développement des compétences, le brouillage des rôles et les champs d'application professionnels de l'ergothérapie et de la médecine.

Pour évaluer la session, nous avons utilisé un modèle adapté d'enquête sur l'éducation à quatre niveaux de Kirkpatrick, qui comprenait l'évaluation des réactions, de l'apprentissage et du comportement des participants, ainsi que l'impact global de l'apprentissage (Smidt et coll., 2009). Nous avons administré une enquête pré-test et l'échelle d'attitudes interprofessionnelles (EAIP) (Norris et coll., 2015), qui évaluent les attitudes envers les compétences de base de l'interprofessionnalisme, ainsi qu'un post-test de l'IPAS. En utilisant ces évaluations, nous espérons constater que notre programme était viable et qu'une session de FIP dirigée par les étudiants serait bénéfique pour les inciter à participer plus

activement à la FIP.

### Le point de vue des étudiants en médecine : Sijia

**Sijia :** En deuxième année de médecine à l'académie de médecine de Mississauga (MAM) sur le campus de l'UTM, nous avons été informés que des étudiants ergothérapeutes allaient rejoindre notre campus. Pendant nos années précliniques, la plupart des interactions avec d'autres professionnels de la santé se faisaient par le biais de quelques cours obligatoires FIP au centre-ville. Cependant, les étudiants en médecine de MAM auraient désormais la possibilité d'apprendre aux côtés et auprès de nos nouveaux collègues.

En développant le programme, je me suis rendu compte que mes pairs et moi-même avons une vague compréhension des responsabilités et des compétences des ergothérapeutes. Au début de notre planification, nous avons fait un tableau décrivant nos rôles et responsabilités dans les soins d'un patient spécifique, et à ma grande surprise, il y avait plusieurs points de soins qui se chevauchaient. Ce chevauchement mettait l'accent sur le cœur de la FIP : les professionnels de la santé négocient la fourniture de soins aux patients sous différents angles grâce à une communication collaborative. Conscients de ce fait, notre session FIP a mis l'accent sur les compétences en matière de communication : quand consulter, quelles informations sont nécessaires et comment présenter les informations de manière efficace.

La participation des travailleurs paramédicaux à l'optimisation de la santé d'un patient permet de combler les lacunes dans leurs soins. Par exemple, un médecin peut identifier un enfant autiste et recommander aux parents de l'aider à développer ses capacités d'adaptation et son comportement. L'orientation vers une équipe interprofessionnelle peut impliquer un ergothérapeute pédiatrique qui évaluera et guidera le développement du langage, du comportement, de l'expression émotionnelle et des aptitudes motrices. Les aspects médicaux, psychologiques, sociaux et comportementaux sont tous traités par les efforts combinés d'une équipe interdisciplinaire. En tant qu'étudiant en médecine, comprendre les services que nos collègues ergothérapeutes peuvent fournir nous permettra de reconnaître et d'orienter correctement tous les patients éligibles vers un soutien et des soins améliorés.

Avec les séances de FIP de « *Faces of Healthcare* », les étudiants en médecine ont eu l'occasion de réfléchir aux expériences des patients et de reconnaître les lacunes dans les soins qui doivent être comblées par une équipe interprofessionnelle. Les activités de groupe ont permis d'améliorer encore nos compétences en matière de communication, de respect et de désir d'apprendre les uns des autres, qui sont essentiels à la collaboration interprofessionnelle. Les étudiants en médecine ont grandement bénéficié des connaissances et des compétences acquises lors de ces séances de FIP, car ces séances ont facilité notre réflexion critique pour coordonner des soins cohérents aux patients au moment où nous entrons dans notre formation clinique et au-delà dans notre pratique médicale.

## Le point de vue de l'étudiant ergothérapeute : Emily et Samantha

**Emily** : bien que ma cohorte ait été initialement enthousiasmée par la formation interprofessionnelle, notre enthousiasme s'est estompé au cours des deux années de notre programme, car nous considérons de plus en plus chaque session de FIP comme une exigence pour obtenir un diplôme plutôt qu'une compétence essentielle à affiner. Les membres du corps professoral ont donc cherché des moyens plus créatifs de susciter l'intérêt des étudiants et d'accroître la participation à la formation interprofessionnelle. En créant cette session dirigée par les étudiants, nous avons tous reconnu la nécessité des sessions de FIP pour créer une communauté et aider les étudiants à comprendre comment la collaboration est favorisée entre les différentes disciplines.

À l'aide de cas réels, nous avons pu souligner l'importance de comprendre les rôles de chacun dans un format plus accessible, sans que les praticiens aient besoin de fournir des expériences personnelles. Tout au long de l'élaboration et du retour d'information des sessions, les étudiants ont révélé des idées fausses sur les rôles et les responsabilités de chacun. La plupart des étudiants en médecine ont une vue d'ensemble très générale du moment où il faut faire appel à l'ergothérapie, surtout dans le cadre hospitalier, même si le champ d'application de l'ergothérapie est beaucoup plus large ! Il est également apparu que la meilleure façon d'améliorer la collaboration interprofessionnelle était de se concentrer sur l'expérience du patient : en mettant les étudiants à la place des personnes qui reçoivent les soins, on a mis en évidence des problèmes spécifiques qui pouvaient être traités à la fois par les médecins et les ergothérapeutes.

**Samantha** : J'ai eu l'occasion d'assister à la session « Faces of Healthcare », puis de l'animer. C'était non seulement ma première année d'études en ergothérapie, mais je faisais aussi partie de la première cohorte à fréquenter le campus satellite de l'UTM, donc c'était très excitant de faire partie de cette session novatrice de la FIP. J'avais l'impression de ne pas encore bien comprendre ce que signifie être ergothérapeute. Cependant, comme cette session était une session de FIP dirigée par des étudiants, elle nous a donné l'occasion de réfléchir de manière critique à la façon d'appliquer nos connaissances à un cas de patient, sans qu'un membre du corps enseignant ou un praticien ne nous guide.

Lorsque je suis devenue animatrice, les étudiants se sont généralement montrés plus à l'aise lors des discussions interprofessionnelles, comparer aux discussions dirigées par des praticiens, dans lesquelles ils ont fait part de leur réticence à partager leurs pensées et leurs expériences. Le fait d'être facilitateur a également contribué à établir une communication de soutien et d'orientation car j'encourageais et incitais le groupe à répondre plutôt que de lui fournir des réponses. La communication de soutien et d'orientation est une compétence précieuse, car les ergothérapeutes utilisent souvent cette approche avec leurs clients. De plus, cette session a aidé les étudiants de la maîtrise en ergothérapie et du MD à se connaître, à apprendre des perspectives uniques de chacun et

à mettre en pratique leurs compétences d'animation d'équipe. Dans la pratique, il est important de comprendre ce que les membres de l'équipe interprofessionnelle offrent, mais il est également crucial de développer des relations, de la confiance et même des amitiés avec les professionnels avec lesquels nous travaillons — ce que ces activités dirigées par les étudiants permettent.

## Résultats et orientations futures

Cette collaboration entre les étudiants du MScErg et du MD en est à sa troisième cohorte, avec deux sessions prévues par l'association des étudiants en soins de santé interprofessionnels. Les futurs représentants des étudiants de l'IPE disposent désormais d'un modèle sur lequel ils peuvent s'appuyer pour organiser leurs sessions basées sur des cas concrets. Les réactions des participants ont révélé un niveau élevé d'engagement : les scores de l'échelle d'attitudes interprofessionnelles ont été en moyenne de 4,3 sur 5 pour la réalisation des objectifs d'apprentissage, l'application à la pratique future, les avantages généraux de l'apprentissage et la compréhension de l'interprofessionnalisme — ce qui indique une attitude positive à l'égard de l'interprofessionnalisme. Des recherches futures pourraient examiner quels facteurs spécifiques de l'apprentissage dirigé par les étudiants et par le groupe de pairs ont un impact sur les attitudes envers l'interprofessionnalisme. Les sessions de l'IPE Faces of Healthcare continueront d'évoluer et de changer à mesure que les nouveaux représentants de l'IPE affineront et remettront en question les maîtres en ergothérapie et les MD de première année, contribuant ainsi à soutenir une base pour la pratique interprofessionnelle à l'avenir.

## Remerciements

Nous tenons à remercier JinTong Du, Sylvia Langlois, Siobhan Donaghy, le Dr Dhanjit Litt, Shona Lyons et le Centre for Interprofessional Education pour avoir soutenu la création des sessions Faces of Healthcare IPE. Nous tenons également à remercier Crystal Chan et Letitia Henville pour leur travail de révision et leurs commentaires sur cet article.

## References

- Goos, M., Galbraith, P., & Renshaw, P. (2002). Socially mediated metacognition: Creating collaborative zones of proximal development in small group problem solving. *Educational studies in Mathematics*, 49(2), 193–223. <https://doi.org/10.1023/A:1016209010120>
- Norris, J., Carpenter, M. J. G., Eaton, M. J., Guo, J. W., Lassche, M. M., Pett, M. A., & Blumenthal, D. K. (2015). Development and construct validation of the interprofessional attitudes scale. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(10), 1394–1400. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000764>
- Smidt, A., Balandin, S., Sigafoos, J., & Reed, V. A. (2009). The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(3), 266–274. <https://doi.org/10.1080/13668250903093125>

## À propos des auteurs

**Emily Tsing-ye Chai, BCR, MSc Erg**, est une récente diplômée du programme d'ergothérapie de l'université de Toronto. Elle travaille actuellement dans un centre de soins de longue durée pour personnes âgées chinoises à Calgary. Pour la contacter, rendez-vous à l'adresse suivante : emily.chai@mail.utoronto.ca.

**Sijia Wang, BSc**, est actuellement étudiante en troisième année de médecine à l'université de Toronto — Mississauga. Elle s'intéresse aux soins gériatriques. Contactez-la à l'adresse suivante : sijiaz.wang@mail.utoronto.ca.

**Samantha Aparicio** est actuellement étudiante en deuxième année d'ergothérapie à l'université de Toronto — Mississauga. Elle sera diplômée et passera l'examen de l'ACE en novembre 2020. Pour la contacter, rendez-vous à l'adresse suivante : samantha.aparicio@mail.utoronto.ca.

# Adopter la pratique interprofessionnelle : les clients s'associent aux étudiants

Sylvia Langlois, Jennifer Boyle, & Elizabeth Cadavid

Les ergothérapeutes ont une tradition profondément enracinée d'approches centrées sur le client en matière d'évaluation et de prestation de services, par contre autres professions de la santé et des services sociaux adoptent et développent également des approches similaires. Parallèlement, de nombreux hôpitaux ont évolué au cours de la dernière décennie vers une prise en charge des clients en équipe ou en collaboration. Le développement de modèles basés sur l'équipe implique généralement que les professionnels de la santé explorent des sujets tels que la compréhension des rôles de chacun, les pratiques de communication et les efforts de collaboration en matière de qualité et de sécurité, alors que le centre d'intérêt de la pratique interprofessionnelle améliorée est le client et sa famille ou ses soignants. Bien que les souhaits du client soient souvent pris en compte, il n'est pas toujours inclus dans l'équipe de soins de santé. Comme les clients expriment le désir de s'engager davantage dans le processus de soins de santé, le sujet de l'inclusion dans l'équipe est devenu un sujet d'intérêt dans la pratique et, par conséquent, dans la préparation éducative des futurs ergothérapeutes. Une stratégie efficace pour permettre ce changement d'approche est l'inclusion des partenaires clients dans la préparation éducative des étudiants en ergothérapie et des étudiants d'autres professions de santé.

## Introduction au programme de formation interprofessionnelle de l'Université de Toronto : Intégrer la perspective du client

À l'université de Toronto, le programme de formation interprofessionnelle (FIP) comprend des étudiants de onze programmes de professions de la santé : dentisterie, kinésiologie, radiologie médicale, médecine, soins infirmiers, ergothérapie, pharmacie, physiothérapie, médecin assistant, travail social et orthophonie. Le programme d'études de l'FIP vise à développer les compétences de collaboration identifiées dans le Cadre canadien de compétences pour la collaboration interprofessionnelle en santé (CCIS, 2010) ; il offre des possibilités d'apprentissage aux étudiants des programmes professionnels afin qu'ils apprennent « à propos, de et avec les autres » pour améliorer la collaboration et optimiser les résultats de santé (Organisation mondiale de la santé, 2010).

Le programme de l'FIP de l'Université de Toronto fournit aux étudiants plusieurs illustrations de l'engagement des partenaires clients qui améliorent l'équipe de soins de santé. À la base du programme d'études se trouve le comité consultatif des patients/clients, avec une forte représentation des clients partenaires, qui examine les activités d'apprentissage de la FIP afin de déterminer où faire entendre la voix du client, en s'assurant de la pertinence du matériel. Les partenaires-clients participent en tant que membres actifs à tous les groupes de travail responsables du développement des activités d'apprentissage de la FIP. Voici des exemples d'activités d'apprentissage interprofessionnel qui démontrent la collaboration des clients :

1. Comprendre les partenariats avec les clients dans un contexte d'équipe : environ 600 étudiants de première année d'un programme de professionnels de la santé apprennent des stratégies pour améliorer les partenariats d'équipe avec les clients et les membres de leur famille. Ils interagissent avec les clients partenaires et participent à une salle de conférence, en utilisant un scénario préparé par un membre de la faculté et une équipe d'étudiants qui met en évidence les perspectives des clients et des praticiens sur la question du partenariat dans les contextes de pratique (Langlois, et coll., 2017). Des clients-partenaires formés aiment de petits groupes pour améliorer et cibler l'apprentissage.
2. Un programme de mentorat en santé : Les étudiants rencontrent les clients partenaires pour en savoir plus sur l'impact d'un problème de santé chronique et sur les expériences du client dans le système de soins de santé, ainsi que sur les soins en équipe, l'éthique professionnelle, la qualité et la sécurité.
3. L'autonomisation des clients dans un contexte de VIH : Les partenaires clients collaborent avec les membres d'une équipe d'enseignants pour élaborer et dispenser un programme d'études visant à explorer les approches permettant de favoriser l'autonomisation des personnes séropositives dans le contexte d'une équipe de soins de santé.
4. L'autisme : établir un partenariat avec la famille pour fournir un soutien optimal dans la communauté : les parents d'enfants autistes partagent leurs expériences et soutiennent les étudiants dans leur travail sur des scénarios, dans le but de permettre aux parents de jouer leur rôle au sein des équipes.

## Collaborations avec les clients : les preuves

Plusieurs études menées à l'Université de Toronto montrent que les étudiants tirent effectivement des leçons importantes de ces expériences. Une étude faisant état de l'apprentissage des étudiants résultant de leur participation au programme de mentorat en santé a identifié les thèmes suivants : considérer l'autonomie du client comme une considération cruciale dans la prestation de soins optimaux aux clients, permettre l'amélioration de la pratique future grâce aux perspectives des clients sur les erreurs cliniques, adopter la communication et la collaboration interprofessionnelles et identifier les qualités de cliniciens remarquables pour éclairer les idéaux personnels de la pratique future (Langlois, 2016 ; Langois et Lymer, 2016). Dans une autre étude, les thèmes clés qui sont ressortis d'une analyse qualitative des travaux de réflexion comprenaient le développement par les étudiants de nouvelles perspectives offertes par la perspective du client, le désir des étudiants de promouvoir des partenariats avec les clients, la reconnaissance des attitudes qui favorisent les relations thérapeutiques et la nécessité de défendre le client pour qu'il soit membre de l'équipe (Langlois, 2020).

Le commentaire suivant des étudiants, tiré de cette dernière étude, reflète la valeur de l'apprentissage des clients dans un contexte interprofessionnel :



*Ce que j'ai préféré dans cette activité, c'est de rencontrer le client et d'entendre parler de son expérience. Les messages à retenir pour moi étaient les suivants : 1) s'assurer que le patient est un acteur principal dans la discussion sur sa santé [et] 2) la collaboration entre les professionnels est nécessaire pour le traitement et le bien-être du patient.*

Il est clair que les activités d'apprentissage de la FIP qui font appel à la contribution des partenaires clients dans un contexte interprofessionnel ont contribué à favoriser le développement de compétences collaboratives axées sur le client pour les étudiants dans un environnement universitaire. Toutefois, l'apprentissage ne se limite pas aux étudiants. Lorsque les membres du corps enseignant développent conjointement des activités d'apprentissage pour les étudiants avec des partenaires clients, ces membres du corps enseignant constatent également un changement de mentalité, comme l'illustre le commentaire suivant :

*L'utilisation du point de vue du patient a été déterminante pour orienter l'ordre du jour de la session de la FIP. Je me suis étonné de la capacité du patient à faire participer les étudiants à la réflexion sur la collaboration interprofessionnelle. Les étudiants ont fait part de leur appréciation de l'implication du patient dans la session d'EIP, et de la façon dont cela leur a permis de voir le point de vue du patient.*

Grâce à la FIP, les apprenants commencent à reconnaître la réalité selon laquelle les résultats des soins de santé sont influencés non seulement par les interventions de soins cliniques, mais aussi par les expériences des clients. Ils peuvent réfléchir à la manière dont l'expérience du client peut être améliorée — ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Les clients doivent être valorisés et être des membres actifs de l'équipe, en reconnaissant le principe « rien sur moi, sans moi ». Le commentaire ci-dessous reflète ce qu'une cliente a ressenti lorsqu'elle a été incluse dans son équipe de soins :

*Lorsque je sais que mon prestataire de soins me considère comme faisant partie de l'équipe, je me sens confiante et encouragée. Je me sens également rassurée lorsque l'un de mes prestataires comprend les soins et les difficultés que je rencontre lorsque je vois un autre prestataire, car cela se traduit généralement par une solution synergique. Par exemple, mon physiothérapeute m'a suggéré de me procurer des orthèses spéciales pour la cheville et le pied. Ces orthèses sont très coûteuses, mais mon orthopédiste a rempli les formulaires pour une subvention partielle, et mon médecin spécialiste a rempli l'ordonnance pour avoir droit au solde par le biais de mon assurance.*

## À propos des auteurs

**Sylvia Langlois, MSc., BHSc.OT, OT Reg. (Ont.)**, est professeure agrégée au département des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto, ainsi que responsable de la faculté — le programme d'études et de bourses d'études de la EIP au Centre d'éducation interprofessionnelle et au réseau de santé universitaire et à l'Université de Toronto. En tant que responsable de la formation interprofessionnelle, Sylvia a contribué à faire évoluer le programme de formation interprofessionnelle vers son format longitudinal actuel, basé sur les compétences, impliquant onze programmes professionnels et plus de 4000 étudiants. Elle s'intéresse vivement à l'implication des clients dans le processus éducatif et à l'exploration de l'impact qui en résulte sur l'apprentissage des étudiants. Elle peut être jointe à l'adresse suivante : [s.langlois@utoronto.ca](mailto:s.langlois@utoronto.ca)

**Jennifer Boyle, PhD**, est une défenseuse des patients et une bénévole pour de nombreux programmes de recherche et d'éducation liés à l'arthrite. Jennifer travaille avec le Centre for Interprofessional Education en tant que patiente/cliente partenaire au sein du comité consultatif supérieur du programme de certificat de l'EIP et du comité consultatif d'évaluation d'évaluation EIP. Elle est coprésidente du comité consultatif des partenaires patients de l'EIP. Jennifer a reçu la Médaille du civisme de l'Ontario 2016 pour son travail bénévole dans les domaines de la recherche, de l'éducation et de l'application des connaissances.

**Elizabeth Cadavid est la coordinatrice de l'éducation au Centre pour la formation interprofessionnelle. Elizabeth participe à la coordination de divers projets et à l'élaboration du programme de formation interprofessionnelle à l'Université de Toronto en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre, l'évaluation et l'appréciation du programme d'études. Elizabeth est passionnée par la promotion du rôle de la voix du client dans ce contexte d'éducation, en s'assurant que les éléments centraux du travail de la santé et des soins sont intégrés dans tous les aspects du programme de formation interprofessionnelle.**

## Collaborations avec les clients pendant le travail de terrain

La continuité de l'enseignement entre l'université et le milieu professionnel est essentielle à la formation des étudiants ergothérapeutes. Les précepteurs sont dans une position unique pour développer et renforcer ces concepts avec les apprenants pendant les stages cliniques. Voici quelques exemples d'approches potentielles propres aux milieux de pratique :

- Encourager les étudiants à discuter de l'importance de l'engagement des clients en tant que membres de l'équipe, de ce à quoi cet engagement pourrait ressembler, et de la manière de considérer l'état de préparation ainsi que les implications du calendrier
- En milieu hospitalier, aider les étudiants à entrer en contact avec les conseils consultatifs des patients pour les aider à envisager des approches potentielles du rôle du client et des membres de sa famille au sein de l'équipe
- Dans un cadre communautaire, favoriser les liens entre les étudiants et les organisations clientes afin d'examiner les défis que posent les rôles d'équipe lorsque l'équipe n'est pas installée dans les mêmes locaux
- Inviter les clients à participer et éventuellement à développer des activités d'apprentissage interprofessionnel dans lesquelles la perspective du client est mise en évidence et intégrée
- Encourager les étudiants à favoriser l'inclusion du client en tant que membre de l'équipe et à examiner dans quels cas l'apport du client peut aider à repenser les approches fondées sur la pratique

L'adoption de la pratique interprofessionnelle, y compris les partenariats avec les clients dans un contexte d'équipe, devrait passer d'un concept reflétant l'état idéal à un concept normatif. Les précepteurs en ergothérapie sont dans une position unique pour renforcer l'apprentissage lorsque les étudiants sont dans un contexte de pratique. Cette extension de la notion de pratique interprofessionnelle, dans laquelle les clients sont valorisés en tant que membres de l'équipe, permet de leur donner les moyens de participer à leurs propres plans de soins. De plus, l'appréciation des étudiants pour le partenariat d'équipe les prépare à plaider en faveur du changement dans les modèles de pratique existants. Le solide fondement de l'ergothérapie, axé sur le client, peut donc être explicitement étendu à la défense du partenariat entre le client et l'équipe interprofessionnelle.

## Références


Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>

Langlois S. (2016). Developing an appreciation of patient safety: Analysis of interprofessional student experiences with health mentors. *Perspectives on Medical Education*, 5(2), 88–94. doi:10.1007/s40037-016-0258-4

Langlois, S., et Lymer, E. (2016). Learning professional ethics: Student experiences in a health mentor program. *Education for Health*, 29(1), 10–15. doi:10.4103/1357-6283.178927


Langlois, S., Teicher, J., Derochie, A., Jethava, V., Molley, S., et Nauth, S. (2017). Understanding partnerships with patients/clients in a team context through verbatim theater. *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 13, 10625. doi:10.15766/mep\_2374-8265.10625

Organisation mondiale de la Santé (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/_action/en/)



**ADED: The road map to driving success for teens with special needs.**

ADED is a nonprofit organization dedicated to promoting safe, independent mobility for those with disabilities. We map out the training and certification needed to become a Certified Driver Rehabilitation Specialist, giving you the ability to navigate independence for those who need it most.



**ADED**  
The Association for Driver Rehabilitation Specialists

(866) 672-9466 • [www.aded.net](http://www.aded.net)

©2018 ADED 9/18 AOTA-T-1

## De la communauté des ergothérapeutes canadiens : en mémoire d'Ann A. Wilcock



**Ann Allart Wilcock**, Ph.D, membre du collège d'ergothérapeutes, diplôme d'études supérieures en santé publique, BAppScOT, DipCOT ; docteur honoraire de l'université de Derby ; membre de l'université Brunel ; professeur de sciences et de thérapie occupationnelles à l'université Deakin ; professeur agrégé retraité d'ergothérapie de l'université d'Australie du Sud.

Les ergologues et ergothérapeutes canadiens se joignent à nos collègues internationaux pour porter le deuil de Dr Ann Allart Wilcock, le 16 octobre 2019, à Adélaïde, en Australie du Sud. La bourse, l'enseignement et les services de Dr Wilcock ont contribué à l'échelle internationale à l'ergothérapie et à la science occupationnelle. Par exemple, Dr Wilcock a lancé le *Journal of Occupational Science* au début des années 1990 et a été co-fondatrice de la Société internationale des sciences occupationnelles. En Australie, le Dr Wilcock a contribué de manière significative au développement, à la mise en œuvre et à la direction de programmes d'éducation axés sur l'occupation en ergothérapie au South Australia Institute of Technology (aujourd'hui l'Université d'Australie du Sud ; UniSA) et à l'Université Deakin. Comme Dr Mandy Stanley l'a magnifiquement résumé :

Sa contribution à l'ergothérapie et à la science occupationnelle a été immense. Même si elle n'est peut-être plus parmi nous en personne, elle laisse un héritage incroyablement par son enseignement, ses écrits, sa supervision de recherche et son mentorat, et sa passion pour le rôle de l'occupation dans la santé, le bien-être et la justice occupationnelles. Sa marque sur l'ergothérapie a été indélébile (mis en ligne au nom de tous ceux qui ont étudié et travaillé au *South Australia Institute of Technology/UniSA Occupational Therapy Program*).

Dans le cadre de ce mémorial à Ann, nous souhaitons souligner davantage sa contribution à l'ergothérapie et à la science occupationnelle dans le contexte canadien. Ann était bien connue des ergothérapeutes canadiens, en particulier grâce à ses multiples publications et à ses présentations. Les Canadiens peuvent être fiers d'avoir accueilli sa présentation de l'évènement lors du congrès de

la Fédération mondiale des ergothérapeutes de 1998 à Montréal, où elle a présenté "Reflections on Doing, Being, and Becoming" (Wilcock, 1998b), auquel elle a ensuite ajouté l'important concept d'« appartenance » (Wilcock, 2006). Les ergothérapeutes ont adopté cette phrase avec enthousiasme pour encadrer la profession dans le monde entier (Hitch et al., 2014a, 2014b). Nous avons de nouveau accueilli Ann au Canada lorsqu'elle a prononcé son discours liminaire à la conférence de 2004 de l'Association canadienne des ergothérapeutes : elle y a mis à profit divers aspects de son travail, notamment les travaux d'érudition liés à la justice et à l'injustice occupationnelle, les directives pour développer la recherche et la pratique dans le domaine de l'occupation et de la santé (Wilcock, 2005). En outre, les lignes directrices canadiennes sur la justice occupationnelle ont été grandement influencées par plusieurs de ses publications, notamment ses textes célèbres sur une perspective de la santé occupationnelle (Wilcock, 1998a, 2006). La science de l'occupation au Canada a également été influencée par son travail de base. En particulier, la bourse d'études d'Ann, y compris ses monologues (par exemple, *Occupation for Health*, volumes 1 et 2 ; 2001, 2002), a démontré l'importance de s'intéresser à l'histoire, à la santé de la population et aux déterminants socioculturels et politiques des injustices occupationnelles. Le défi qu'elle nous a lancé et l'héritage qu'elle nous a laissé consistent à faire évoluer en permanence la signification de « l'occupation au service de la santé » et à constituer une base de connaissances qui démontre le caractère central de l'occupation pour la santé, le bien-être et la justice des êtres humains et qui éclaire les moyens de faire passer l'occupation du niveau individuel au niveau sociétal.

Ann a été une merveilleuse collègue pour nous quatre qui avons écrit ce mémorial. Nous avons tous eu la chance de publier dans le *Journal of Occupational Science* avec son soutien enthousiaste. Elle a passé du temps à l'université de Western où Helene, Debbie et Lynn ont contribué à développer les études supérieures en sciences de l'occupation sur la base du travail d'Ann. Liz et Helene ont été inspirées par Ann pour créer la Société canadienne des scientifiques du travail lors du symposium de l'Université Dalhousie en 2002, où Ann a été l'une des premières conférencières d'honneur. Liz et Ann sont connues pour avoir introduit le concept de justice occupationnelle lorsqu'elles ont commencé à collaborer il y a 20 ans. Il y a tant de façons dont Ann a touché la vie de nombreux ergothérapeutes. Notre propre expérience avec Ann était qu'elle était une personne qui aimait rire et défier ce qui était considéré comme acquis. L'idée d'un « monde occupationnel juste » qu'elle défendait remet certainement en question des modes de vie considérés comme allant de soi au Canada et ailleurs ! Ann, puisez-vous reposer dans la « paix professionnelle », pour reprendre une expression qui vous aurait fait sourire.

Contribution de Debbie Laliberte Rudman (Ontario), Lynn Shaw (Nouvelle-Écosse) et Liz Townsend (Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse)

## Références

- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2014a). In the footsteps of Wilcock, part one: The evolution of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28, 231–246. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898114>
- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2014 b). In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28, 247–263. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898115>
- Wilcock, A. A. (1998a). *An occupational perspective of health* (1ere éd.). SLACK.
- Wilcock, A. (1998 b). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 248–257. <https://doi.org/10.1177/000841749806500501>
- Wilcock, A. A. (2001). *Occupation for health* (vol. 1): A journey from prescription to self health. British College of Occupational Therapists.
- Wilcock, A. A. (2002). *Occupation for health* (vol. 2): A journey from prescription to self health. British College of Occupational Therapists.
- Wilcock, A. (2005). Occupational science : Bridging occupation and health. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 72, 5–12. <https://doi.org/10.1177/000841740507200105>
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed.). SLACK.

## Ateliers de l'ACE

*Il est à noter que les ateliers sont offerts dans la langue dans laquelle ils sont annoncés.*

### How to create and sustain an arts-based program in your occupational therapy practice

ONLINE - September 14, 2020 to October 26, 2020



This 6-week online course will equip you with the knowledge and skills to start using and to tailor an arts-based program with clients in your occupational therapy practice. Experiential art and music activities completed as homework, and group discussion boards will be utilized to give you a broader understanding of the topic and its relevance for your clients.

Pour en savoir plus ou pour s'inscrire, visiter le [www.caot.ca/workshop](http://www.caot.ca/workshop)  
Association canadienne des ergothérapeutes





## Mise à jour du mois de juillet 2020 pour la FCE

### COVID-19

En ces temps très difficiles, alors que la nation et le monde entier s'occupent de COVID-19, la FCE veut assurer à ses partisans et aux parties prenantes que, maintenant et toujours, nous pensons à vous tous. La FCE exprime sa plus grande gratitude à tous les professionnels de la santé, y compris les ergothérapeutes, à tous les fournisseurs de services et à tous les employés de divers secteurs qui sont en première ligne pour répondre aux besoins quotidiens de tous les Canadiens. La FCE souhaite que tout le monde reste en sécurité et en bonne santé. Veuillez suivre les recommandations de l'Agence de santé publique du Canada : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>.

### Annulation de la conférence de l'ACE 2020

L'ACE a pris la décision difficile, mais nécessaire d'annuler la conférence de l'ACE 2020. Par conséquent, la FCE n'a pas eu l'occasion de rencontrer des ergothérapeutes, de présenter les lauréats de ses prix et d'encourager le soutien de son travail qui profite à tous les Canadiens. La FCE vous encourage à continuer d'appuyer son travail en faisant un don, ce que vous pouvez faire en téléphonant au 613-319-6890, poste 102, en visitant le site [cotfcanada.org](http://cotfcanada.org) ou en envoyant un chèque à la FCE, 64-2420, rue Bank, Ottawa (Ontario) K1V 8S1. Les dons soutiennent le programme de bourses de la FCE, qui s'adresse aux ergothérapeutes du Canada et bénéficie à tous les Canadiens.

### Les résultats des subventions de recherche 2020 de l'ACE

Félicitations aux lauréats des concours !

- Projet de recherche « Broda Excellence in Seating » 15 000 \$ – Karen Hall
- Subvention à l'innovation de la FCE 10 000 \$ – Megan Edgelow
- Subvention à l'innovation de la FCE 5 000 \$ – Janna MacLachlan
- Subvention « McMaster Legacy » pour honorer Sue Baptiste 2 000 \$ – Monique Lizon

Merci au Comité d'examen de la recherche et des bourses de la FCE pour son travail !

### Base de données des bénéficiaires de la FCE

La FCE est heureuse d'annoncer son énorme et exclusive base de données de recherches primées dans le domaine de l'ergothérapie. Cette base de données est une collection de plus de 35 ans de recherche dédiée par la communauté des étudiants et des chercheurs en ergothérapie. Pour consulter la base de données, veuillez visiter le site [cotfcanada.org/awards-program/results](http://cotfcanada.org/awards-program/results)

### Faites un don à votre fondation

N'oubliez pas que la FCE est **VOTRE** fondation ! La FCE soutient la recherche et les bourses exclusivement pour les ergothérapeutes ! Pour faire un don, veuillez consulter le site : [www.cotfcanada.org](http://www.cotfcanada.org)



## Roulez avec confiance: un projet d'entraînement par les pairs



Maude Beaudoin est ergothérapeute et bénéficiaire d'une bourse d'étude 2018 de la Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE) : Bourse à la maîtrise FCE/Invacare. Le projet de Maude vise à évaluer l'effet d'un entraînement à l'utilisation de fauteuils roulants manuels par un pair, c'est à dire une personne utilisant également un fauteuil roulant manuel dans sa vie de tous les jours. L'objectif est de créer un programme d'entraînement plus accessible aux utilisateurs de fauteuils roulants manuels.

Les résultats obtenus par ce projet suggèrent que l'entraînement par les pairs et dans la communauté est possible pour les fauteuils manuels. Le leur a permis leur

et bénéfique utilisateurs de roulants programme d'augmenter confiance et roulant. Les positifs sur utilisateurs l'entraînement davantage de

---

*“On n'a pas beaucoup de cliniciens dans la recherche, c'est toujours intéressant quand ils s'impliquent. C'est vraiment juste de se lancer et après ça on peut créer des belles collaborations!”*

---

leurs habiletés à l'utilisation du fauteuil résultats démontrent aussi des effets leur participation sociale. De plus, les ont rapporté une appréciation envers par un pair et ont suggéré d'inclure

sorties dans la communauté, tels que des centres d'achats et épicerie. Pour les ergothérapeutes, ce programme offre des évidences concernant une alternative innovante pour offrir un entraînement efficace et crédible. Un entraînement par des pairs en fauteuils roulants donne beaucoup de crédibilité au programme puisque ceux-ci vivent aussi avec la réalité d'utiliser un fauteuil roulant au quotidien. Maude indique qu'il y a cependant encore beaucoup de travail à faire puisque ce n'est encore qu'un projet de maîtrise avec un petit échantillon.

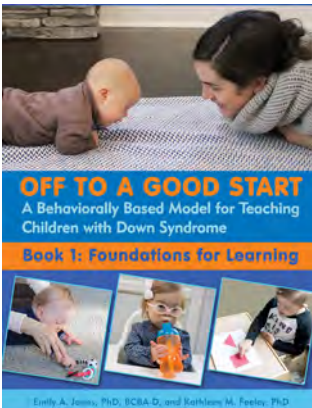
Maude termine par ces quelques mots concernant son expérience en recherche : « C'est important de se lancer. Faut pas hésiter à prendre contact avec les gens qui sont en recherche. Si on lit un article que le domaine [...], il ne faut pas hésiter à leur écrire. Moi, j'ai commencé comme ça! [...] On n'a pas beaucoup de cliniciens dans la recherche, c'est toujours intéressant quand ils s'impliquent. C'est vraiment juste de se lancer et après ça on peut créer des belles collaborations! »

Entrevue et article réalisés par Patricia Saad

### À propos de l'auteur

Patricia Saad est candidate à la maîtrise en ergothérapie à l'Université d'Ottawa, 2019. Elle peut être contactée par courriel: psaad047@uottawa.ca

# Critique de livre



Jones, E. A., & Feeley, K. M. (2019). *Off to a good start: A behaviorally based model for teaching children with Down Syndrome*. Woodbine House.

*Book 1: Foundations for living*. 186 pp. ISBN 9781606132623

*Book 2: Teaching programs*. 244 pp. ISBN 9781606132883

Le premier livre de ce manuel en deux parties recommande d'enseigner aux enfants atteints du syndrome de Down en utilisant les stratégies ABA (*Applied Behaviour Analysis*) basées sur la recherche. Les auteurs décrivent le phénotype comportemental du syndrome de Down, c'est-à-dire les comportements observables vus, qui comprennent des forces dans le traitement visuel, l'intérêt social et le langage réceptif, ainsi que des défis dans le traitement auditif, la parole et le langage expressif, et des faiblesses spécifiques dans le développement cognitif et moteur. Le livre examine comment ces caractéristiques peuvent être mobilisées pour optimiser l'enseignement et fournit des recherches qui soutiennent cette application. Des détails pratiques, tels que l'utilisation de renforts et de fiches de documentation pour le suivi des progrès, sont fournis pour un programme basé sur l'ABA à domicile.

Le deuxième livre fournit le programme d'enseignement des nourrissons jusqu'à la maternelle. Il détaille les programmes d'enseignement visant à la fois à gérer les comportements qui interfèrent avec l'apprentissage et à faciliter le développement des compétences motrices, de communication sociale, cognitives et de soins personnels. Les auteurs expliquent comment inclure leurs stratégies d'enseignement dans les routines quotidiennes habituelles - enseignement naturel, intégré à une activité ou à un apprentissage par essais distincts. Des tableaux détaillés pour le suivi des progrès sont fournis, avec l'autorisation de les copier pour les utiliser. Le deuxième livre explique en outre clairement des concepts tels que le renforcement différentiel, l'évaluation fonctionnelle du comportement (*Functional Behavioural Assessment*) et la fonction d'un comportement (par exemple, l'auto-situation, ou pour obtenir la fuite, l'attention ou l'accès à un objet ou à une activité).

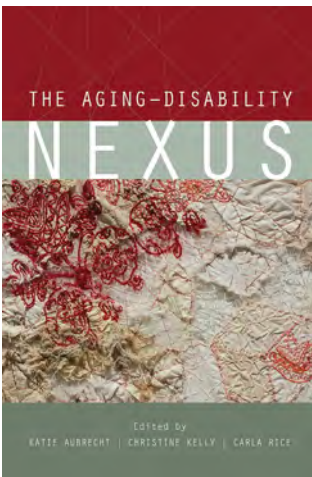
Les livres sont destinés aux parents qui travaillent avec leur enfant à la maison, avec l'aide des membres de la famille élargie et le soutien de la communauté. Les parents qui découvrent ce modèle d'enseignement pourraient probablement bénéficier du soutien d'une équipe professionnelle spécialisée dans l'ABA pour lancer et maintenir le programme. Les auteurs demandent parfois aux lecteurs de consulter leur thérapeute (occupationnel, physique et orthophonique) pour obtenir des suggestions. Cependant, la collaboration continue de l'équipe n'est pas mise en évidence dans cette ressource. Cette collaboration devient essentielle lorsqu'un enfant peut avoir des problèmes au-delà d'un retard général associé au diagnostic de syndrome de Down. Du point de vue de l'ergothérapeute, par exemple, un enfant présentant de graves problèmes sensoriels, une hypermobilité importante

des articulations ou des difficultés de planification motrice aura besoin d'une intervention thérapeutique avant ou en conjonction avec des interventions comportementales pour obtenir des résultats significatifs.

Les ergothérapeutes trouveront les informations contenues dans ces deux ouvrages utiles pour avoir une vue d'ensemble d'un modèle d'enseignement basé sur le comportement. Les praticiens bénéficieront des explications claires et des définitions succinctes données ici, qui faciliteront le travail de collaboration avec les prestataires d'interventions ABA. Les ergothérapeutes apprendront à appliquer des principes comportementaux lorsque cela est approprié pour gérer les comportements perturbateurs pendant la thérapie. La compréhension de ce cadre de référence aidera également les praticiens à préconiser l'utilisation d'interventions ergothérapeutiques spécifiques à la discipline lorsque cela s'avère nécessaire.

Review by Asha Asher, MA, OTR/L, FAOTA

# Critique de livre



Aubrecht, K., Kelly, C., & Rice, C. (2020). *The Aging-Disability Nexus*. Publisher: Université de la Colombie-Britannique Press. 256 pp. ISBN 9780774863674

L'idée générale de ce livre unique est que, bien que les spécialistes du handicap et du vieillissement aient historiquement travaillé dans un isolement relatif, il existe un immense potentiel de fertilisation croisée qui permet de comprendre les expériences du vieillissement et du handicap d'une manière nuancée et sensible au contexte, qui n'oppose ni le vieillissement et le handicap, ni le vieillissement avec le handicap et le vieillissement en handicap. Ce livre comprend 14 chapitres et un dialogue de clôture, qui s'articulent autour de trois thèmes principaux : la conceptualisation du lien entre vieillissement et handicap, « la politique des soins » et « les paysages et les époques ». Ce volume compte 22 contributeurs, dont des universitaires canadiens et internationaux de renom, des militants et des personnes ayant une expérience vécue dans un large éventail de disciplines, notamment les études sur le handicap, la littérature anglaise, les études sur le genre, la gérontologie, la santé, les droits, l'ergothérapie, les sciences politiques, la sociologie, la philosophie, le travail social et la réhabilitation. Au départ, les chapitres sont axés sur le Canada, mais les chapitres suivants offrent une perspective plus globale. Bien

que l'on puisse craindre que ce livre soit trop académique, j'ai trouvé qu'il a été écrit d'une manière extrêmement accessible. J'ai vraiment apprécié l'étendue des sujets, notamment les expériences de danse chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ; une initiative artistique appelée Re-Vision, qui cherche à perturber les récits normatifs sur le vieillissement et le handicap ; et les histoires de deux femmes qui vieillissent avec un handicap cognitif. En outre, à quelques exceptions près, la plupart des discussions théoriques sont illustrées par des exemples concrets convaincants.

Le livre aborde une variété de questions qui suscitent la réflexion et qui sont extrêmement pertinentes pour la pratique de l'ergothérapie. Comment les conceptions normatives du parcours de vie marginalisent-elles les personnes qui vieillissent avec un handicap et qui deviennent handicapées ? Comment les personnes souffrant de handicaps cognitifs peuvent-elles être exclues par les théories conventionnelles sur le handicap ? Contrairement aux revendications des militants du handicap pour une vie indépendante, pourquoi les soins en institution semblent-ils être une nécessité incontestée pour de nombreuses personnes âgées ? Comment pouvons-nous concilier les préoccupations des militants du handicap concernant les effets néfastes des soins, qui mettent l'accent sur les notions de fardeau et tendent à minimiser les déséquilibres de pouvoir d'une manière qui dévalorise le bénéficiaire des soins, avec des appels gérontologiques plus critiques à reconnaître que nous sommes tous interdépendants ? Comment pouvons-nous comprendre comment d'autres formes de discrimination (par exemple, le racisme, le colonialisme, le sexisme, l'hétérosexisme) affectent les expériences des gens en matière de vieillissement et de handicap ? Étant donné la nature de ce livre, en tant que collection de chapitres sur des sujets connexes, le texte n'apporte pas de réponses définitives ou intégrées à ces questions, mais il offre quelques solutions potentielles et encourage à la fois l'autoréflexion et souligne la nécessité d'une meilleure défense professionnelle.

Compte rendu rédigé par W. Ben Mortenson, PhD, MSc, BScOT, professeur associé au département de sciences et d'ergothérapie de l'université de Colombie-Britannique à Vancouver, C-B.

## Ateliers de l'ACE

*Il est à noter que les ateliers sont offerts dans la langue dans laquelle ils sont annoncés.*

### Hoarding: Assessment and intervention for occupational therapists

ONLINE - November 5, 2020 12-5 pm Atlantic Time & November 6, 2020 12-3 Atlantic Time



This two-day online workshop will equip you with the knowledge to support adults and seniors who demonstrate hoarding behaviours by using assessment tools to measure hoarding and its impact on function, safety, and tenancy, as well as by implementing interventions to manage the behaviours that contribute to occupational performance issues.

Pour en savoir plus ou pour s'inscrire, visiter le [www.caot.ca/workshop](http://www.caot.ca/workshop)  
Association canadienne des ergothérapeutes



## Passez à la prochaine étape de votre carrière



Êtes-vous un nouveau diplômé? Êtes-vous un ergothérapeute formé à l'étranger? Réintégrez-vous le marché du travail? Êtes-vous en train de changer de rôle? Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, vous pourriez profiter de l'aide d'un mentor.

Le Mentorat sur demande vous permet de travailler avec un ergothérapeute chevronné pendant une période de six mois pour atteindre vos objectifs professionnels. Vous pouvez commencer quand cela vous convient!

Inscrivez-vous en ligne dès aujourd'hui à l'adresse [www.caot.ca/mentor](http://www.caot.ca/mentor) pour seulement 99 \$ (taxes applicables en sus)!

Canadian Association of Occupational Therapists • Association canadienne des ergothérapeutes








**Silver Cross**  
[silvercrossstores.com](http://silvercrossstores.com)

**Accessibility for home & auto**  
**844.352.7677**




**Silver Cross**  
 AUTOMOTIVE  
[silvercrossauto.com](http://silvercrossauto.com)



**100% HEMP**

Grounding to Mother Earth  
 Feeling Strong and Connected

**Soul Comfort**



Sheepskin & Sheep Wool

[www.soulcomfortsheepskin.com](http://www.soulcomfortsheepskin.com)  
 Phone 250-737-1281 | Fax 250-737-1282  
 Toll-Free 1-800-404-0622

## Programme de reconnaissance des produits par l'ACE

Aider les consommateurs et les ergothérapeutes à prendre des décisions éclairées

Achetez ou recommandez en toute confiance des produits qui ont obtenu le sceau de reconnaissance de l'ACE. Les produits portant le sceau ont approuvés par des membres experts de l'ACE.

Tous les produits reconnus comprennent un rapport d'évaluation professionnelle. Utilisez-les dans votre pratique!

[www.caot.ca/prp](http://www.caot.ca/prp)





## Associés corporatifs de l'ACE

Merci aux compagnies suivantes qui appuient l'Association canadienne des ergothérapeutes





**John F. Barnes, PT**  
International lecturer,  
author, and authority  
on Myofascial Release.

# Myofascial Release

The  
"Missing Link"  
in Occupational  
Therapy!

## Myofascial Release I

- Sedona, AZ**  
March 19-22 (½ days), 2020
- Columbia, MD**  
March 20-22, 2020
- Knoxville, TN**  
March 27-29, 2020
- Harrisburg, PA**  
April 3-5, 2020
- Vancouver, BC**  
April 17-19, 2020
- Burlington, VT**  
May 29-31, 2020
- Houston, TX**  
June 12-14, 2020
- Jacksonville, FL**  
June 12-14, 2020
- New York, NY**  
August 14-16, 2020
- Lincoln, NE**  
August 21-23, 2020
- Pittsburgh, PA**  
August 28-30, 2020
- Denver Area (Aurora, CO)**  
September 18-20, 2020
- Spokane, WA**  
September 25-27, 2020
- St. Louis Area (Chesterfield, MO)**  
October 2-4, 2020
- San Francisco, CA**  
October 9-11, 2020
- Cape Coral, FL**  
October 16-18, 2020

## Myofascial Unwinding

(Prerequisite: MFR I)

- Sedona, AZ**  
March 23-25, 2020
- New York, NY**  
August 18-20, 2020
- San Francisco, CA**  
October 13-15, 2020
- Nashville, TN**  
November 17-19, 2020

## Cervical-Thoracic

(Prerequisite: MFR I)

- Bethany Beach, DE**  
April 23-26 (½ days), 2020
- Chicago, IL**  
July 10-12, 2020

## Women's Health

(Prerequisites: MFR I,  
Fascial-Pelvis, Unwinding)

- Wilmington, DE**  
May 14-17, 2020
- Dallas Area (Irving, TX)**  
May 28-31, 2020
- Sedona, AZ**  
February 6-9, 2020

## Advanced Unwinding

- Sedona, AZ**  
June 25-28 (½ days), 2020
- Wilmington, DE**  
September 11-13, 2020

## Myofascial Release II

(Prerequisite: MFR I)

- Sedona, AZ**  
March 26-29 (½ days), 2020
- New York, NY**  
August 21-23, 2020
- San Francisco, CA**  
October 16-18, 2020
- Nashville, TN**  
November 20-22, 2020

## Myofascial Mobilization

- Madison, WI**  
March 21 & 22, 2020
- Erie, PA**  
April 4 & 5, 2020
- North Shore, MA (Peabody/Salem Area)**  
April 25 & 26, 2020
- Kalamazoo, MI**  
May 30 & 31, 2020
- Sacramento, CA**  
June 6 & 7, 2020
- Austin, TX**  
August 22 & 23, 2020
- Towson, MD**  
August 29 & 30, 2020

## Myofascial Healing

- Cincinnati, OH**  
April 3-5, 2020
- Sedona, AZ**  
June 22-24, 2020

## Fascial-Pelvis

- Fort Worth, TX**  
March 6-8, 2020
- Portland, OR (Vancouver, WA)**  
March 27-29, 2020
- Orlando, FL**  
April 17-19, 2020
- Bloomfield Hills, MI (Detroit Suburb)**  
April 24-26, 2020
- Bethany Beach, DE**  
April 27-29, 2020
- Chattanooga, TN**  
May 15-17, 2020
- Appleton, WI**  
June 5-7, 2020
- Edmonton, Alberta**  
June 12-14, 2020



## Fascial Cranium

- Las Vegas, Nevada**  
March 5-8 (½ days), 2020
- Chicago, Illinois**  
July 17-19, 2020

## Quantum Leap!

- Bethany Beach, DE**  
Apr. 30-May 3 (½ days), 2020

**REGISTER FOR 3 SEMINARS  
& RECEIVE \$300 OFF!**

## MYOFASCIAL RELEASE SEMINAR SERIES



- SEDONA, AZ**
- Myofascial Release I**  
March 19-22 (½ days), 2020
- Myofascial Unwinding**  
March 23-25, 2020
- Myofascial Release II**  
March 26-29 (½ days), 2020

- SEDONA, AZ**
- Myofascial Rebounding**  
June 18-21 (½ days), 2020
- Myofascial Healing**  
June 22-24, 2020
- Advanced Unwinding**  
June 25-28 (½ days), 2020

- CHICAGO, IL**
- Cervical Thoracic**  
July 10-12, 2020
- Myofascial Rebounding**  
July 14-16, 2020
- Fascial Cranium**  
July 17-19, 2020



**1-800-FASCIAL MyofascialRelease.com**



# panthera®

*Performance,  
élégance et légèreté.  
Tout simplement les  
meilleurs fauteuils  
roulants rigides !*



Contactez-nous dès aujourd'hui pour trouver un détaillant près de chez vous  
[TriumphMobility.com](http://TriumphMobility.com) • 1.855.546.0711 • [info@triumphmobility.com](mailto:info@triumphmobility.com)

