

Physiothérapie en contexte de soins primaires

Module 3

Espaces sûrs favorisant l'esprit de courage pour les clients, leur réseau et l'équipe

Remarque : ce cours a été conçu pour que les participants puissent interagir et s'engager dans les modules en ligne. Ce **guide d'accompagnement du module** est une ressource créée pour compléter les diapositives en ligne. En cas de divergence entre ce guide et le module en ligne, veuillez vous référer au module.

TABLE OF CONTENTS

PRESENTATION DU MODULE.....	3
SECTION 01: Présentation des systèmes d'inégalité ou des « ismes ».....	5
SECTION 02 : Manières dont les systèmes d'inégalité se manifestent	12
SECTION 03 : Sécurité culturelle et soins tenant compte des traumatismes	18
SECTION 04 : Plan d'apprentissage individuel	27
CONCLUSION	30

PRESENTATION DU MODULE

Veuillez consulter le module d'apprentissage en ligne pour avoir une expérience complète des interactions du présent document.

La création d'espaces plus sûrs qui favorisent l'esprit de courage pour les clients, leur réseau de soutien et les membres de l'équipe est essentielle à la prestation de soins primaires sécuritaires, accessibles, équitables et efficaces en équipe. Par espaces plus sûrs, nous faisons allusion à des espaces propices à la prestation de soins tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaires qui rendent les soins primaires plus accessibles et équitables. Par espaces qui favorisent l'esprit de courage, nous faisons référence à la création d'espaces qui encouragent la participation à des conversations souvent difficiles et inconfortables à propos des privilèges, de l'oppression et des systèmes d'inégalité en milieu clinique¹.

Grâce à ce module, les apprenants feront l'acquisition de connaissances fondamentales à propos des systèmes d'inégalité qui contribuent aux privilèges et à l'oppression, des principes des soins tenant compte des traumatismes et des stratégies permettant d'intervenir lorsqu'une microagression se produit. Il les aidera à cerner leurs besoins d'apprentissage personnels relativement aux questions d'équité, de diversité, d'inclusion et d'accessibilité (EDIA) et à établir des plans afin de les combler. Également utilisé, l'acronyme EDIIA a un sens plus large, le « I » supplémentaire désignant l'indigénité. Veuillez prendre note que le concept d'indigénité revêt de l'importance dans le cadre de ce sujet et qu'il est couvert dans la section consacrée aux ressources de l'équipe interprofessionnelle dans le « **Module 2 : Fondements des soins primaires prodigués en équipe** ». Voilà pourquoi nous avons décidé d'utiliser l'acronyme EDIA tout au long du présent module.

Résultats d'apprentissage du module

À la fin de ce module, les apprenants seront en mesure de faire ce qui suit :

1. Reconnaître les « ismes » courants qu'il peut être nécessaire d'aborder ou d'explorer lors de la prestation de soins primaires.
2. Résumer ce que signifie l'expression « soins tenant compte des traumatismes » et réfléchir à la manière dont un physiothérapeute peut en appliquer les principes dans le cadre de toutes ses interactions.
3. Élaborer au moins deux stratégies pour intervenir lorsqu'une microagression se produit.
4. Cerner leurs besoins d'apprentissage personnels relativement aux questions d'équité, de diversité, d'inclusion et d'accessibilité (EDIA) et se fixer des objectifs pour les combler.

Remarque : Une liste exhaustive des références pour tous les sujets abordés dans le présent module se trouve à la section « Conclusion ».

Les principes d'EDIA recoupent tous les domaines des **compétences attendues des physiothérapeutes pour la prestation de soins primaires en équipe**, et en constituent même les assises. Certaines de ces compétences sont attendues au niveau d'entrée à l'exercice, alors que d'autres seront acquises par la pratique, notamment grâce à une formation et un soutien supplémentaires. Le présent module vous aidera plus précisément à cerner vos besoins

d'apprentissage et à établir des plans pour les combler afin d'améliorer les compétences 1.1, 1.2, 1.3, 1.14, 1.15, 1.16, 2.1, 2.2 et 4.3.

Continuez la lecture pour consulter les compétences visées dans le cadre de ce module.

Compétences visées dans le cadre du module

1.1 Fournir des soins centrés sur la personne tenant compte des facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé d'une personne.

1.2 Établir des relations thérapeutiques collaboratives et souvent longitudinales, axées sur la confiance, avec les personnes en quête de soins, leur famille et leur réseau de soutien.

1.3 Créer et maintenir des espaces propices aux interactions sécuritaires sur les plans physique, émotionnel et culturel avec les communautés et les personnes en quête de soins, ainsi qu'avec leur famille et leur réseau de soutien.

1.14 Appliquer les principes des soins tenant compte des traumatismes, s'il y a lieu, lorsqu'un soutien est apporté aux personnes en quête de soins, à leur famille ou à leur réseau de soutien.

1.15 Faire preuve d'humilité culturelle dans le cadre de sa pratique et prodiguer des soins culturellement sécuritaires.

1.16 Adopter dans le cadre de sa pratique des approches anti-oppressives (c'est-à-dire des approches qui luttent contre le racisme, la grossophobie, le capacitisme, l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le classisme, le sexisme et les idéologies qui découlent du colonialisme de peuplement).

2.1 Communiquer clairement et ouvertement, avec respect et empathie, en prenant soin d'adopter une approche culturellement sécuritaire et centrée sur la personne afin d'encourager la participation des personnes en quête de soins, de leur famille et de leur réseau de soutien.

2.2 Communiquer clairement et ouvertement, avec respect et empathie, en prenant soin d'adopter une approche culturellement sécuritaire et centrée sur la personne afin d'encourager la participation de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires ainsi que la collaboration au sein de celle-ci.

4.3 Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques organisationnelles qui favorisent la sécurité des personnes en quête de soins et des membres de l'équipe interprofessionnelle.

Passer à la section 1

SECTION 01: Présentation des systèmes d'inégalité ou des « ismes »

Dans cette section, vous en apprendrez davantage sur les systèmes d'inégalité. Le modèle de la médaille sera présenté comme un moyen de cerner les systèmes d'inégalité ou les « ismes » courants. Le modèle de la médaille présenté est une adaptation du modèle mis au point par Stephanie Nixon. Cet outil vous aidera à réfléchir à des stratégies pour briser ces systèmes dans le domaine des soins primaires.

Systèmes d'inégalité

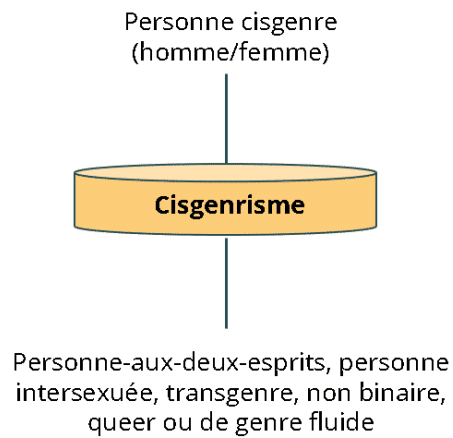
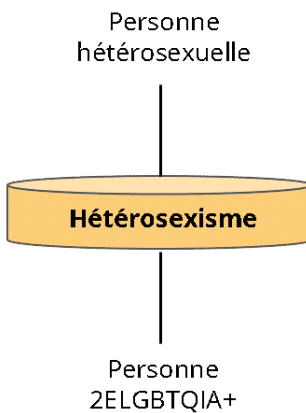
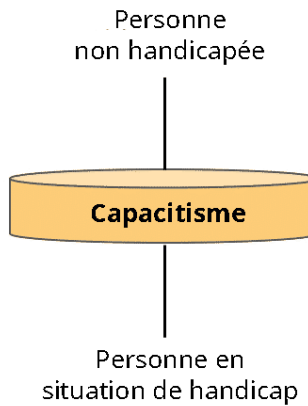
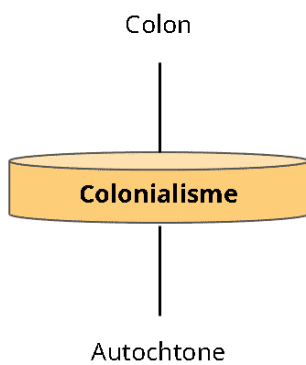
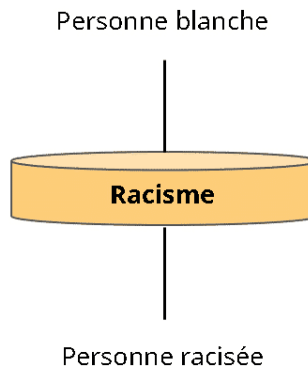
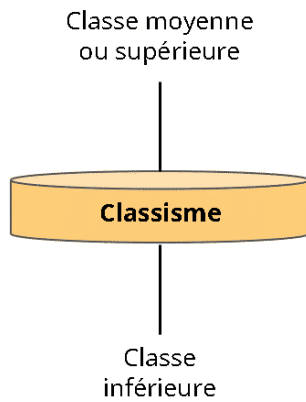
Il existe de nombreuses forces systémiques, souvent prises pour acquises, qui privilégient certains groupes sociaux et en oppriment d'autres. Créées et maintenues en place par l'homme, ces forces sont enracinées depuis longtemps dans l'histoire ainsi que dans différentes visions culturelles du monde. Pour changer les systèmes qui créent et perpétuent des iniquités en santé, il est essentiel de reconnaître notre propre rôle au sein de ces systèmes.

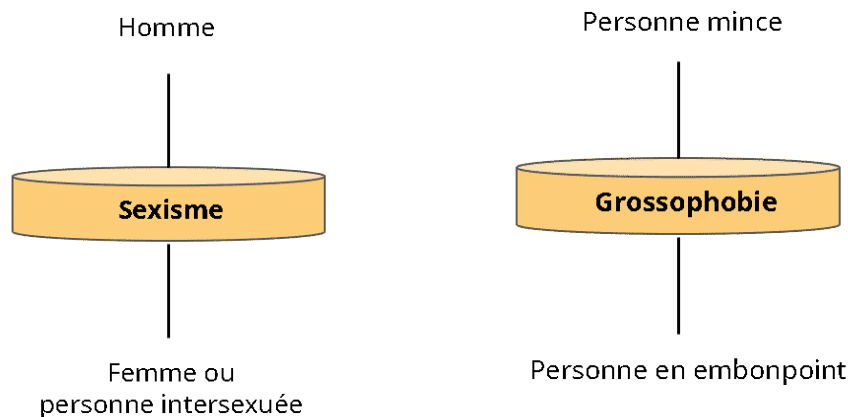
Stephanie Nixon propose **le modèle de la médaille** pour décrire les systèmes de privilège et d'oppression que l'on retrouve dans les sociétés occidentales ainsi que leur incidence sur les résultats de santé². Il existe un certain nombre de systèmes d'inégalité, que l'on désigne souvent par le suffixe « isme ».

Reconnaître les « ismes » courants : le modèle de la médaille

Dans un système d'inégalité, certaines personnes sont désavantagées et subissent de l'oppression, alors que d'autres sont privilégiées ou bénéficient d'un avantage non mérité. Personne n'existe en dehors de ces deux groupes; tout le monde existe au sein des mêmes systèmes à un moment et à un endroit donné. Imaginez chaque système d'inégalité comme étant une médaille à plat : les gens subissant de l'oppression se trouvent en dessous de la médaille, tandis que ceux qui bénéficient de privilèges se trouvent au-dessus de celle-ci². Dans le domaine des soins de santé, on met souvent l'accent sur les problèmes rencontrés par les groupes défavorisés, alors que les privilèges ou avantages relatifs concédés à d'autres groupes sont souvent invisibles. Cette approche a pour conséquence d'entraver la reconnaissance des systèmes d'inégalité, car les expériences des groupes privilégiés sont normalisées et considérées comme étant neutres².

Il existe de nombreuses médailles dans la société qui peuvent se recouper pour engendrer ensemble d'autres inégalités². Voici quelques exemples de systèmes d'inégalité, ou de médailles, que l'on rencontre souvent dans les cultures occidentales dominantes.





Remarque : Il existe de nombreuses autres médailles (systèmes d'inégalité) qui ne sont pas présentées dans ce module (p. ex., l'âge, la religion et la couleur de la peau).

Stratégies pour lutter contre les systèmes d'inégalité

Tout le monde occupe une position sur chaque médaille. La position occupée n'a rien à voir avec le comportement ni le mérite personnel. Si, en tant que société, nous décidons d'ignorer ou d'occulter le côté de la médaille qui représente les privilégiés, nous ne serons plus en mesure de nous attaquer aux structures sociales qui sont à l'origine des iniquités évitables en matière de santé².

Si nous définissons les problèmes seulement en fonction des difficultés rencontrées par les groupes défavorisés, les stratégies mises au point ne permettront pas de lutter contre l'intégralité des systèmes d'oppression, de privilèges indus et d'inégalité. Pour éviter de reproduire ces systèmes encore et encore, nous devons mettre l'accent sur les structures sociales qui créent l'oppression et le privilège, plutôt que sur le groupe qui se trouve en dessous de la médaille seulement².

Les professionnels de la santé ont pour responsabilité de fournir des soins qui ne reproduisent et ne renforcent pas les inégalités, ce qui représente un défi de taille.

Pour y arriver, il convient de commencer par établir la position que vous occupez sur chaque médaille. Ce travail peut contribuer à rendre les systèmes d'inégalité plus visibles. Il est difficile de concevoir la position privilégiée (au-dessus de la médaille) comme étant neutre ou la norme lorsque l'on prend le temps de réfléchir aux diverses façons dont on profite d'un système d'inégalité pour lequel on occupe cette position. Il importe également de reconnaître que le groupe qui se trouve en dessous d'une médaille, dont vous pouvez faire partie, représente les experts de ce système d'inégalité.

Les personnes occupant la position au-dessus d'une médaille peuvent nouer des **alliances critiques** pour travailler dans un esprit de solidarité avec celles qui se trouvent en dessous afin de susciter un changement systémique².

Voici les principales étapes pour nouer une alliance critique :

- Comprendre sa propre position.

- Tirer parti de l'expertise des personnes opprimées pour comprendre comment les systèmes d'inégalité sont reproduits.
- Veiller à ce que les membres de groupes privilégiés approfondissent leurs connaissances sur les systèmes d'inégalité.
- Travailler dans un esprit de solidarité avec des groupes historiquement marginalisés et sous leur direction pour intervenir et lutter contre les systèmes d'inégalité.

Penchons-nous d'abord sur une étude de cas pour amorcer une réflexion sur les identités et les suppositions relativement à ces systèmes d'inégalité.

Cas 1 : Les préjugés dans la pratique

Réfléchissez au cas d'Isabelle et de Franc.

Isabelle et Franc

Isabelle et Franc Hamilton sont des jumeaux âgés de 18 ans. Ils reçoivent tous les deux une aide financière provinciale qui leur permet de fréquenter une université située à l'extérieur de leur collectivité. Isabelle joue dans une ligue intra-muros de soccer deux fois par semaine et fréquente régulièrement la salle de sport du campus. Franc s'intéresse à la programmation informatique et est membre d'un club de codage. Ils aiment tous les deux jouer au tennis avec leur famille en été. Franc et Isabelle se considèrent tous les deux comme étant en bonne santé. Avant le prochain semestre, ils prennent rendez-vous avec des membres de l'équipe de santé familiale ou du réseau de soins primaires de leur collectivité.

À la lumière de ces renseignements, réfléchissez à l'image que vous vous faites d'Isabelle et de Franc.

Remarque : La série d'activités qui suit vise uniquement à susciter une réflexion personnelle; il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

Activité : Réflexion sur le cas d'Isabelle

Chaque carte-éclair représente les deux côtés des différents « ismes ». Continuez la lecture pour découvrir et décidez quel côté s'applique à Isabelle selon vous.

1. Classe moyenne ou supérieure

- **Classe inférieure**

2. Personne racisée

- **Personne blanche**

3. Autochtone

- **Colon**

4. Personne non handicapée

- **Personne en situation de handicap**

5. Personne hétérosexuelle

- **Personne 2ELGBTQIA+**

6. Personne-aux-deux-esprits, personne intersexuée, transgenre, non binaire, queer ou de genre fluide

- **Personne cisgenre (homme/femme)**

7. Femme ou personne intersexuée

- **Homme**

8. Personne mince

- **Personne en embonpoint**

Maintenant que vous avez déterminé la position qu'occupe Isabelle sur chaque médaille, prenez un moment pour réfléchir aux raisons pour lesquelles vous avez pris ces décisions (jugements). Remarquez-vous quelque chose de particulier à propos de vos propres suppositions?

Répondez aux questions suivantes en vous basant sur votre réflexion à propos du cas d'Isabelle.

Questions : Sur quels éléments de l'histoire et du passé d'Isabelle vous êtes-vous basé pour faire vos suppositions? Pourquoi avez-vous fait ces suppositions?

Activité : Réflexion sur le cas de Franc

Chaque carte-éclair représente les deux côtés des différents « ismes ». Cliquez sur chacune des cartes-éclairs et décidez quel côté s'applique à Franc selon vous.

1. Classe inférieure

- **Classe moyenne ou supérieure**

2. Personne blanche

- **Personne racisée**

3. Colon

- **Autochtone**

4. Personne en situation de handicap

- **Personne non handicapée**

5. Personne 2ELGBTQIA+

- **Personne hétérosexuelle**

6. Personne cisgenre (homme/femme)

- **Personne-aux-deux-esprits, personne intersexuée, transgenre, non binaire, queer ou de genre fluide**

7. Homme

- **Femme ou personne intersexuée**

8. Personne en embonpoint

- **Personne mince**

Maintenant que vous avez déterminé la position qu'occupe Franc sur chaque médaille, prenez un moment pour réfléchir aux raisons pour lesquelles vous avez pris ces décisions (jugements). Remarquez-vous quelque chose de particulier à propos de vos propres suppositions?

Répondez aux questions suivantes en vous basant sur votre réflexion à propos du cas de Franc.

Questions : Sur quels éléments de l'histoire et du passé de Franc vous êtes-vous basé pour faire vos suppositions? Pourquoi avez-vous fait ces suppositions?

Activité : Quelle position occupez-vous sur la médaille?

Maintenant que vous avez mené une réflexion sur les suppositions que vous avez faites à propos d'Isabelle et de Franc, le temps est venu de réfléchir à la position que vous occupez au sein de ces systèmes d'inégalité.

Remarque : Cette activité vise uniquement à susciter une réflexion personnelle; il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Dans le cadre de cette activité, seulement deux options s'offrent à vous pour chaque « isme » ou système d'inégalité mentionné dans le **modèle de la médaille**.

Veuillez sélectionner la position que vous occupez selon le modèle de la médaille pour chacun des différents « ismes ». Vos renseignements ne sont pas sauvegardés.

Classisme

- Classe moyenne ou supérieure
- Classe inférieure

Racisme

- Personne blanche
- Personne racisée

Colonialisme

- Colon
- Autochtone

Capacitisme

- Personne non handicapée

- Personne en situation de handicap

Hétérosexisme

- Personne hétérosexuelle
- Personne 2ELGBTQIA+

Cisgenrisme

- Personne cisgenre (homme/femme)
- Personne-aux-deux-esprits, personne intersexuée, transgenre, non binaire, queer ou de genre fluide

Sexisme

- Homme
- Femme ou personne intersexuée

Grossophobie

- Personne mince
- Personne en embonpoint

Nous vous remercions d'avoir participé à cette activité. Nous sommes conscients qu'il peut être plus difficile de sélectionner un « côté » pour certaines médailles que pour d'autres. L'objectif de cette activité était de vous aider à réfléchir à votre propre position afin de vous préparer pour la suite du module.

Dans cette section, vous avez découvert comment le modèle de la médaille permet de mieux comprendre les systèmes d'inégalité, notamment en établissant une division nette entre les privilégiés (au-dessus de la médaille) et les opprimés (en dessous de la médaille) pour chacun des « ismes » courants. Vous avez ensuite appris des stratégies pour créer des alliances critiques. Pour ce faire, vous devez reconnaître la position que vous occupez, vous fier à l'expertise des opprimés pour tirer des leçons et veiller à ce que les privilégiés approfondissent leurs connaissances au sujet des systèmes d'inégalité. Enfin, vous vous êtes livré à une réflexion à propos de vos propres suppositions à l'égard de l'identité d'une personne à l'aide d'une étude de cas.

Le contenu de cette section vous a aidé à prendre conscience des systèmes d'inégalité et des suppositions que l'on peut avancer quant à la position qu'une personne occupe au sein de ces systèmes. À la section suivante, vous apprendrez comment ces systèmes se manifestent.

Passer à la section 2

SECTION 02 : Manières dont les systèmes d'inégalité se manifestent

Dans cette section, vous vous pencherez sur un scénario pour vous aider à comprendre comment les systèmes d'inégalité sont créés. Vous découvrirez que ces systèmes sont créés et perpétués à trois différentes échelles, soit à l'échelle de la population, à l'échelle de l'établissement et à l'échelle interpersonnelle. Vous serez ensuite invité à réfléchir à la manière dont vous appliqueriez vos connaissances et aux moyens que vous utiliseriez pour lutter contre ces systèmes. Finalement, vous découvrirez trois types de microagressions et apprendrez à les reconnaître en situation réelle.

Pour mettre un terme aux systèmes d'inégalité avec habileté, il faut apprendre à reconnaître comment ces systèmes culturels de privilèges et d'oppression se manifestent. Ils se profilent de différentes manières, au-delà des pensées et des opinions individuelles. Le temps est venu de nous pencher sur une deuxième étude de cas pour illustrer ces différentes manifestations.

Cas 2 : Manifestation des systèmes de privilèges et d'oppression

Brenda

Un membre de l'équipe vous demande d'aider Brenda à perdre du poids. Vous examinez son dossier et notez qu'il s'agit d'une femme de 50 ans avec un indice de masse corporelle (IMC) de 32. À l'aube de votre rendez-vous, vous cherchez à déterminer comment vous pourriez aider Brenda à mettre en place une routine d'activité physique.

À l'arrivée de Brenda, vous vous renseignez sur ses antécédents. Vous apprenez qu'elle joue au hockey depuis 20 ans, qu'elle prend notamment part à des entraînements et à des parties chaque semaine, et qu'elle fait du vélo en été pour garder la forme. Elle s'est blessée à quelques reprises au fil des ans, mais depuis peu, une douleur au genou la gêne de façon plus régulière. Lorsque vous lui mentionnez la raison de la consultation (perte de poids), elle vous demande si vous pourriez plutôt l'aider à soulager sa douleur au genou. Elle ajoute qu'elle en a marre des gens, dont son médecin, qui lui disent de perdre du poids. Elle affirme qu'elle n'arrive pas à perdre du poids de façon durable et que d'autres professionnels de la santé lui cassent les oreilles avec ça depuis des années. Elle a déjà consulté un nutritionniste qui avait peu de solutions à lui proposer, comme Brenda avait déjà de bonnes habitudes alimentaires. Brenda vous confie alors qu'elle ne travaillera avec vous que si vous consentez à l'aider à soulager sa douleur au genou afin qu'elle puisse reprendre le hockey.

Vous utiliserez le cas de Brenda pour comprendre comment les systèmes d'inégalité se manifestent à trois différentes échelles dans le domaine des soins de santé, soit à l'échelle de la population, à l'échelle de l'établissement et à l'échelle interpersonnelle.

À l'échelle de la population

À l'échelle de la population, les systèmes d'inégalité peuvent être reflétés dans les politiques gouvernementales, les représentations dans les médias et les campagnes de santé publique³. Par exemple, les codes des droits de la personne au Canada ne considèrent pas la masse corporelle comme étant une « catégorie protégée ». Ainsi, il est possible de licencier ou de refuser de servir une personne plus corpulente, comme aucun cadre légal au Canada ne reconnaît officiellement qu'il s'agit d'un acte de discrimination. En outre, les représentations dans les médias et les campagnes de santé publique véhiculent parfois des stéréotypes qui renforcent les systèmes d'inégalité³.

Pour décortiquer un exemple d'inégalité reproduit à l'échelle de la population, veuillez consulter [cette ressource](#) (Suivez le lien pour la consulter).

Réflexion

Maintenant que vous avez vu comment les systèmes d'inégalité se manifestent à l'échelle de la population, veuillez prendre un moment pour réfléchir aux deux questions suivantes.

Question de réflexion 1

Pouvez-vous citer des exemples à l'échelle de la population reprenant la supposition selon laquelle une personne a le plein contrôle sur sa composition corporelle (minceur ou corpulence), que ce contrôle relève de la discipline ou qu'il suffit d'adopter de « bonnes » habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique? Si oui, quels exemples vous viennent à l'esprit?

Question de réflexion 2

Avez-vous entendu des propos au sein de la population évoquant la génétique, le stress ou le revenu comme des déterminants majeurs de la masse et de la composition corporelles?

À l'échelle de l'établissement

Au sein d'un **établissement**, comme un établissement de santé ou un organisme de services communautaires, les systèmes d'inégalité peuvent tirer leur origine de politiques discriminatoires, de l'exclusion de l'environnement physique ou de l'insuffisance des services offerts aux groupes opprimés³. Si l'on reprend l'exemple du poids corporel, les politiques discriminatoires pourraient comprendre des parcours de soins différents selon l'IMC. L'exclusion de l'environnement physique pourrait englober l'absence de chaises ou de lits d'une largeur appropriée pour les personnes plus lourdes ou plus corpulentes au sein d'une clinique. Les affiches sur les murs et les prospectus de la clinique pourraient également reproduire des stéréotypes négatifs, par exemple, en mettant seulement en scène des personnes heureuses dans des corps minces.

Réflexion

Maintenant que vous avez vu comment les systèmes d'inégalité se manifestent à l'échelle d'un établissement, veuillez prendre un moment pour réfléchir aux trois questions suivantes.

Question de réflexion 1

Dans le cas de Brenda, quels éléments le clinicien qui l'a aiguillée vers vous a-t-il omis en mettant l'accent sur son poids, plutôt que sur sa douleur au genou? Quels aspects de l'examen du genou par le clinicien auraient pu différer si Brenda était une femme menue présentant la même douleur au genou?

Question de réflexion 2

Dans quelle mesure votre clinique est-elle adaptée pour accueillir des personnes plus lourdes et plus corpulentes?

Par exemple :

- Avez-vous des chaises adaptées à leur morphologie?

- Les lits de votre clinique sont-ils confortables pour les personnes plus corpulentes?
- Les affiches sur les murs reflètent-elles un éventail de corps de manière positive?

Question de réflexion 3

Que pourriez-vous faire dès aujourd'hui dans le cadre de votre pratique pour être plus accueillant à l'égard des personnes plus lourdes et plus corpulentes?

À l'échelle interpersonnelle

Lorsque deux personnes ou plus interagissent, les systèmes d'inégalité et de privilèges peuvent se manifester à **l'échelle interpersonnelle**. Ils prennent alors souvent la forme de microagressions³. Selon la définition de Torino et coll. (2018), « les microagressions sont des remarques désobligeantes ou des insultes adressées à une ou plusieurs personnes appartenant à un groupe opprimé » [traduction libre]⁴. Il peut s'agir de commentaires ou d'actes délibérés ou de bévues involontaires. Quoi qu'il en soit, elles perpétuent des croyances culturelles à l'égard de la supériorité ou de l'infériorité d'un groupe. Ainsi, les microagressions sont des incivilités qui ne sont pas le fruit du hasard.

Les microagressions se présentent sous trois formes : les microattaques, les micro-insultes et les micro-invalidations. L'utilisation du préfixe « micro » ne diminue en rien l'impact de ces agressions, il fait plutôt référence à l'échelle à laquelle elles se produisent, c'est-à-dire à l'échelle individuelle plutôt qu'à l'échelle de la population ou d'un groupe tout entier.

Continuez la lecture pour comparer les trois formes de microagressions.

Microattaques

Les microattaques sont « des attaques verbales, comportementales ou environnementales flagrantes destinées à véhiculer des sentiments discriminatoires et partiels [...] en lien avec le racisme, le sexisme, l'hétérosexisme, le capacitisme, la discrimination religieuse et autre à l'aide desquelles des personnes transmettent délibérément des messages désobligeants à des groupes cibles »⁴. La profération d'insultes et l'affichage de symboles racistes en sont des exemples.

Micro-insultes

Les micro-insultes sont « des comportements ou des commentaires verbaux qui véhiculent de l'insensibilité ou de l'hostilité envers une personne ou qui ont pour effet de la rabaisser en raison de son appartenance à un groupe »⁴. Il peut s'agir de petits affronts qui dissimulent un message insultant.

Micro-invalidations

Les micro-invalidations sont « des commentaires verbaux ou des comportements qui excluent, nient ou invalident les pensées psychologiques, les sentiments ou le vécu d'un groupe cible »⁴. Parmi les exemples, citons les déclarations telles que « je ne vois pas la couleur de la peau, je ne vois que l'être humain » ou le fait de banaliser l'exclusion ou le traitement injuste vécu par une personne en lui disant qu'elle se lamente. Ces agressions vont du préjudice intentionnel au tort causé involontairement.

Quelle que soit l'intention, les microagressions reflètent une vision du monde qui considère qu'il y a des groupes normaux et anormaux, supérieurs et inférieurs.

La supposition qu'une personne n'est pas physiquement active, qu'elle ne s'investit pas dans son bien-être ou qu'elle est paresseuse parce qu'elle est plus corpulente ou qu'elle présente un excès de masse adipeuse constitue un exemple de microagression à l'encontre de ces personnes que l'on rencontre dans le domaine des soins de santé. Elles se manifestent par un raisonnement clinique tendancieux et peuvent même pousser un professionnel à ne pas évaluer un patient, à douter de ses antécédents subjectifs, à lui prescrire des activités physiques de moindre qualité ou à lui prodiguer de mauvais conseils thérapeutiques.

Réflexion

Maintenant que vous avez vu comment les systèmes d'inégalité se manifestent à l'échelle interpersonnelle, veuillez prendre un moment pour réfléchir aux deux questions suivantes.

Question de réflexion 1

Dans quelles circonstances le fait de recommander à une personne de perdre du poids constitue-t-il une microagression?

Question de réflexion 2

Quelles sont les autres actions que les cliniciens de Brenda pourraient poser qui constitueraient des microagressions?

Continuez la lecture pour écouter le physiothérapeute, François Desmeules, pht., Ph.D., Fellow de l'OPPQ aborder les microagressions en contexte de perte de poids.

Transcription de l'enregistrement audio:

Certaines personnes plus vulnérables sont souvent victimes de discrimination par rapport à leur poids corporel et elles rapportent qu'on leur dit qu'elles doivent "perdre du poids" ou elles reçoivent des messages du type "mangez moins et faites plus d'exercice", dans leurs différentes interactions avec des professionnels de la santé ou dans d'autres contextes en société.

Ces messages sont des exemples de microagressions.

Voici pourquoi :

Dire aux gens de perdre du poids, c'est comme leur dire de "réduire leur taux de cholestérol" ou de "réduire leur tension artérielle" ou d'"arrêter d'être anxieux".

Le poids est influencé par de nombreux facteurs, mais il est souvent traité comme s'il était vraiment contrôlable par les individus et pouvait être facilement modifié de manière sécuritaire et durable par des changements dans l'alimentation et des niveaux d'activité physique.

En réalité, les déterminants d'un poids santé ou d'un surpoids, comme pour d'autres caractéristiques corporelles, sont nombreux et la plupart ne sont pas contrôlables par les individus eux-mêmes.

Les changements dans les habitudes de vie n'amènent que des réductions minimales du poids, en moyenne seulement de 3 à 5% du poids maximal 5.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

Les microagressions peuvent avoir de lourdes conséquences psychologiques et physiques chez les personnes qui en sont la cible. En raison de leur fréquence, les microagressions incitent à la vigilance et déclenchent la réaction au stress. Les personnes qui subissent régulièrement des microagressions peuvent se tenir sur la défensive lors de rendez-vous avec des prestataires de soins de santé, y compris des physiothérapeutes.

Réflexion

Maintenant que vous avez passé en revue des exemples de microagressions ainsi que leurs répercussions sur les patients, veuillez prendre un moment pour réfléchir aux deux questions suivantes à propos du cas de Brenda.

Question de réflexion 1

Lorsque vous avez examiné son cas pour la première fois, comment avez-vous réagi face à l'insistance de Brenda pour que vous l'aidiez à soulager sa douleur au genou plutôt que de vous concentrer sur sa perte de poids?

Question de réflexion 2

Si vous considérez que la réaction de Brenda constitue une intervention en amont pour éviter d'éventuelles microagressions, comment pourriez-vous réagir différemment?

Cas 2 : Retour sur le cas de Brenda

Découvrez comment s'est déroulée la suite du rendez-vous de Brenda.

Brenda

Vous décidez de vous concentrer sur le principal problème de Brenda, à savoir sa douleur au genou, et vous lui dites. Votre évaluation indique une laxité du ligament latéral interne du genou et une douleur associée du côté interne lors de l'épreuve d'effort. Ensemble, ces tests révèlent qu'une attelle pourrait aider Brenda et vous en discutez avec elle.

Après le rendez-vous, vous réalisez que si Brenda n'avait pas insisté pour que vous vous concentriez sur sa douleur au genou, il vous aurait été impossible de faire ces constatations cliniques et de lui recommander ce traitement, car vous présumiez qu'elle était inactive. Vous commencez alors à réfléchir à la façon dont vous devriez réagir à l'avenir lorsqu'un professionnel de la santé aiguillera un patient vers vos services afin que vous l'aidiez à « perdre du poids ».

Dans cette section, vous vous êtes penché sur une deuxième étude de cas mettant en lumière des systèmes de privilèges et d'oppression et avez découvert les répercussions de ces systèmes à l'échelle interpersonnelle, de la population et de l'établissement. Vous avez également vu trois types de microagressions : les microattaques, les micro-insultes et les micro-invalidations. En étudiant le cas de Brenda, vous avez appris à reconnaître comment les systèmes culturels de privilèges et d'oppression se manifestent et avez été invité à réfléchir à la manière dont vous devriez réagir en leur présence dans le cadre de votre pratique.

Lien de page :

<https://www.ajc.com/news/opinion/fight-obesity-not-the-people/2J8JayrYJCJSUox0RLDBzN/>

Passer à la section 3

SECTION 03 : SÉCURITÉ CULTURELLE ET SOINS TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Dans cette section, vous découvrirez comment la sécurité culturelle et les soins tenant compte des traumatismes sont intégrés dans le cadre de la prestation de soins primaires en équipe. Vous explorerez un modèle de sécurité culturelle et apprendrez les facteurs qui y contribuent. Vous verrez les quatre types de traumatismes : individuels, interpersonnels, collectifs et structurels. Puis, on vous présentera les trois « E » des traumatismes de même qu'une approche des soins de santé tenant compte des traumatismes.

La sécurité et l'humilité culturelles sont importantes pour l'adoption d'approches anti-oppressives. Ces deux concepts sont abordés dans le « **Module 2 : Fondements des soins primaires prodigués en équipe** ».

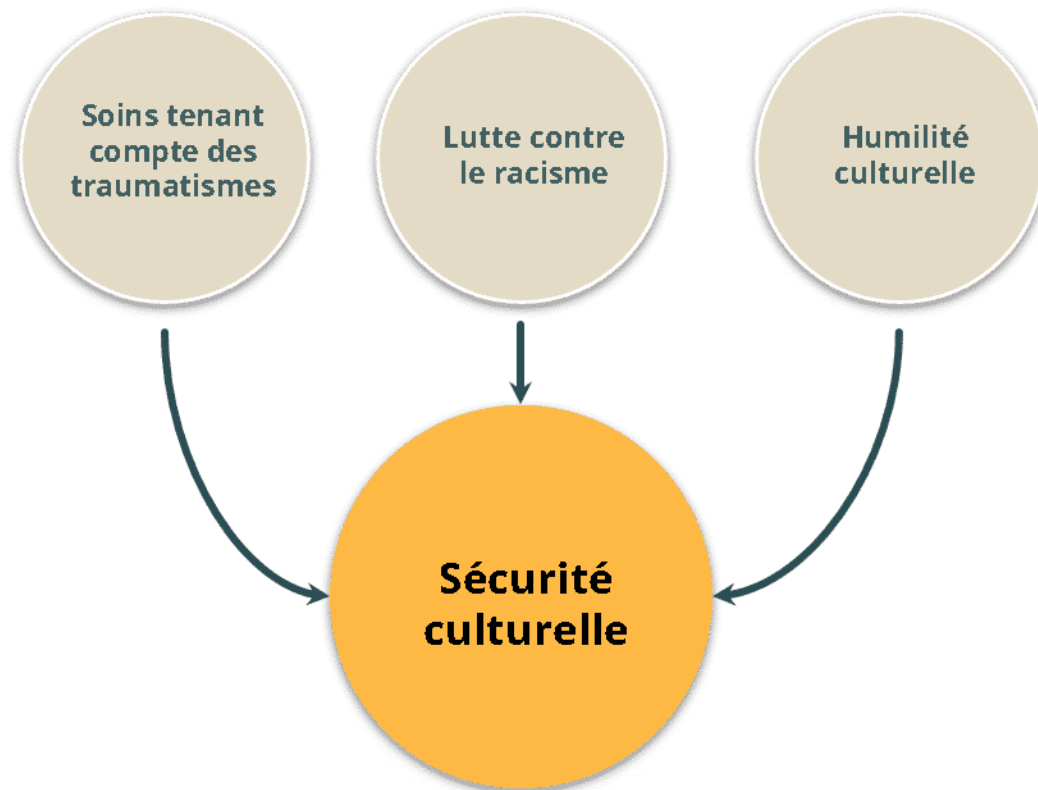
Les systèmes d'inégalité abordés aux sections précédentes peuvent engendrer des traumatismes. Les soins tenant compte des traumatismes contribueront donc à la réalisation d'importantes avancées. Voici la définition des soins tenant compte des traumatismes proposée par Krystyna Holland, titulaire d'un doctorat en physiothérapie :

« Processus continu visant à minimiser sa propre propension à causer du tort à autrui. Pour y arriver, il faut reconnaître que l'on peut porter préjudice à une personne ainsi que les différentes façons dont on peut le faire, peu importe si nous en avons fait personnellement l'expérience ou non. Il s'agit ensuite de réduire au minimum les occasions où nous causons de tels préjudices. » [traduction libre]

(Holland, 2022)⁶

La sécurité culturelle et les soins tenant compte des traumatismes sont interreliés, comme l'affirme l'Agence de la santé publique du Canada (2019)³.

Continuez la lecture pour découvrir comment les soins tenant compte des traumatismes, la lutte contre le racisme et l'humilité culturelle contribuent à la sécurité culturelle.



Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes s'inscrivent dans une approche qui consiste à reconnaître les causes profondes des traumatismes et leurs répercussions lorsque l'on offre des services ou du soutien.

Lutte contre le racisme

La lutte contre le racisme consiste à réduire les déséquilibres de pouvoir entre les groupes.

Humilité culturelle

L'humilité culturelle est un processus d'introspection visant à reconnaître les préjugés personnels et systémiques, ainsi que les privilèges de chacun.

Sécurité culturelle

La sécurité culturelle est définie par l'expérience d'un patient ou d'une communauté. Pour assurer la sécurité culturelle, les cliniciens doivent tenir compte des contextes sociaux, politiques et historiques et adopter une pratique introspective.

Comme les systèmes d'inégalité causent des traumatismes, les physiothérapeutes peuvent fournir de manière délibérée des soins tenant compte des traumatismes afin de créer des environnements plus sûrs pour toutes les personnes qui font appel à leurs services. Comme vous le verrez plus loin dans cette section, une approche tenant compte des traumatismes peut également réduire le risque de causer de nouveaux traumatismes ou d'autres préjudices à une personne.

Soins tenant compte des traumatismes

Qu'est-ce qu'un traumatisme?

Un traumatisme est un concept large à multiples facteurs qui inclut les volets individuel, interpersonnel, collectif et structurel et qui ne se produit pas nécessairement de manière isolée⁷.

Continuez la lecture pour afficher les définitions des traumatismes individuels, interpersonnels et collectifs.

Traumatisme individuel

Un traumatisme individuel correspond à un événement, à une série d'événements ou à un ensemble de circonstances portant préjudice à une personne sur les plans physique ou émotionnel ou mettant sa vie en danger, et qui entraînent des effets indésirables à long terme sur son fonctionnement ou son bien-être mental, physique, social, émotionnel ou spirituel⁸.

Traumatisme interpersonnel

Les traumatismes interpersonnels peuvent comprendre « les expériences négatives vécues durant l'enfance, la maltraitance envers les enfants, la violence conjugale et sexuelle, la traite des personnes, la maltraitance envers les aînés, etc. »⁷.

Traumatisme collectif

On entend par traumatisme collectif « les traumatismes culturels, historiques, sociaux, politiques et structurels (p. ex., racisme, préjugés, stigmatisation, oppression, génocide) dont l'incidence sur les gens et les communautés transcende les générations »⁷.

Les trois « E » des traumatismes : événements, expérience, effets

Selon la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA; 2014), l'**expérience** d'une personne face à un **événement** traumatisant ou stressant influencera considérablement les **effets** indésirables à long terme associés au fardeau de ce traumatisme⁸. Ce concept est synthétisé par les trois « E » des traumatismes.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur les événements, l'expérience et les effets, comme il s'agit d'éléments importants pour comprendre les traumatismes.

Événements

Les **événements** correspondent à des menaces réelles et sérieuses de préjudice physique ou psychologique ou de négligence grave mettant la vie en danger qui compromettent le développement sain de la personne.

Expérience

L'**expérience** fait référence à la manière dont une personne catégorise un événement, y donne un sens et subit des bouleversements physiques et psychologiques dans la foulée de celui-ci, ce qui contribue à déterminer si l'événement se révélera traumatisant ou non.

Effets

Les **effets** peuvent survenir sur-le-champ ou après un certain temps, et peuvent être de courte ou de longue durée.

Remarque : N'oubliez pas qu'un même événement peut être traumatisant pour une personne et pas pour une autre!

Qu'est-ce qu'une approche tenant compte des traumatismes?

Une approche tenant compte des traumatismes englobe des interventions adaptées à chaque traumatisme et veille à intégrer les principes clés des traumatismes dans la culture organisationnelle⁸. Un programme, une organisation ou un système qui tient compte des traumatismes reconnaît que les traumatismes sont communs et répandus. Il reconnaît également qu'il existe un lien étroit entre les traumatismes et les systèmes d'inégalité, et que les mesures prises pour remédier à ces systèmes peuvent avoir une incidence directe sur la prévalence et l'expérience des traumatismes.

Pour tenir compte des traumatismes, il faut⁸ :

- Comprendre les voies possibles vers la guérison.
- Reconnaître les signes et symptômes des traumatismes chez les clients, leur famille, les membres du personnel et d'autres personnes investies dans le système dont il est question.

Une approche tenant compte des traumatismes revêt une grande importance, puisque nous ignorons toujours si la personne devant nous est aux prises avec des enjeux de la sorte. Le temps est venu d'en apprendre davantage sur les hypothèses qui constituent le fondement de l'approche tenant compte des traumatismes.

Principales hypothèses constituant le fondement de l'approche tenant compte des traumatismes

Une approche tenant compte des traumatismes repose sur quatre hypothèses principales : prendre conscience, reconnaître, réagir et éviter les nouveaux traumatismes (retraumatisation)⁸.

Avant d'en apprendre davantage sur chacune d'entre elles, continuez la lecture pour afficher la définition de « nouveau traumatisme ».

Nouveaux traumatismes (retraumatisation)

Par nouveaux traumatismes (retraumatisation), on entend « toute exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants après avoir vécu un premier traumatisme psychologique. L'exposition ultérieure rappelle le traumatisme psychologique antérieur et exacerbe la détresse liée aux expériences traumatisantes passées. [...] Il convient de faire la distinction entre un traumatisme et d'autres concepts comme la réactivation du stress post-traumatique (augmentation de la détresse à court terme résultant de rappels de traumatismes passés) et la revictimisation (exposition à de multiples traumatismes infligés par une autre personne)⁹ ».

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur les quatre hypothèses qui constituent le fondement d'une approche tenant compte des traumatismes.

Prendre conscience

Il importe que les cliniciens **prennent conscience** que :

- Les expériences et les comportements des gens sont interprétés en contexte de stratégies d'adaptation conçues pour surmonter l'adversité et des circonstances accablantes (passées ou actuelles) ou la détresse émotionnelle que suscite le fait d'écouter une personne nous raconter directement ses expériences⁸.
- Les traumatismes ne se limitent pas aux services de santé et sont au cœur d'autres systèmes en place (p. ex., protection de l'enfance, justice pénale, organismes communautaires et gérés par des pairs)⁸.

Reconnaître

Les mesures visant à détecter et évaluer les traumatismes peuvent aider à les **reconnaître**⁸. Les signes de traumatisme comprennent notamment les suivants¹⁰ :

- Excès ou manque d'émotions
- Dépression
- Honte
- Peur, y compris la peur des autres
- Crises de panique
- Chagrin ou tristesse
- Troubles physiques (p. ex., maux de tête et d'estomac)
- Difficulté à nouer des liens étroits avec les autres
- Problèmes de concentration
- Automutilation

Réagir

Les cliniciens peuvent **réagir** aux traumatismes en appliquant le principe des soins tenant compte des traumatismes à tous les domaines d'activité de l'organisation⁸. Par exemple :

- Modifier leur langage, leurs comportements et les politiques pour tenir compte des expériences traumatisantes vécues par tous les membres du personnel, peu importe leurs fonctions.
- Offrir de la formation au personnel et publier des énoncés de mission et des manuels qui font la promotion d'une culture de résilience, de rétablissement et de guérison à la suite d'un traumatisme.
- Mettre en place des conseils consultatifs pour les clients.
- Créer des environnements sécuritaires sur les plans physique et psychologique.

Éviter les nouveaux traumatismes (retraumatisation)

Les membres du personnel doivent être en mesure de :

- Reconnaître les pratiques organisationnelles susceptibles de raviver des souvenirs douloureux et de causer de nouveaux traumatismes aux clients;
- Déployer des efforts pour réduire le risque de causer de nouveaux traumatismes aux personnes qu'ils rencontrent (p. ex., en appliquant ce qu'ils ont appris dans le cadre de ce module)⁸.

Considérations d'ordre pratique

L'adoption d'approches tenant compte des traumatismes comme mesure de précaution générale peut vous permettre d'aborder dans le cadre de consultations de soins primaires certaines expériences pouvant être difficiles pour les clients en raison de traumatismes passés⁷.

Il est possible de poser des questions générales pour engager des conversations qui permettent de tirer d'importants renseignements sur la manière de structurer les interactions et les environnements de soins. En tant que clinicien, n'oubliez pas que vous devrez adapter vos questions, de même que la manière et le moment de les poser, en fonction de vos interactions avec vos clients.

Les cliniciens devraient se demander s'il convient de poser des questions générales telles que « **Quelles expériences de vie ont eu une incidence sur votre santé et votre bien-être, à votre avis?** » lorsqu'ils se renseignent sur les antécédents subjectifs de la personne, et à quel moment ils devraient le faire.

N'oubliez pas qu'une des étapes clés de l'approche tenant compte des traumatismes consiste à reconnaître les traumatismes. **Les réactions aux traumatismes peuvent prendre plusieurs formes**, notamment l'anxiété, le manque de contact visuel, l'hésitation à participer à la consultation, une piètre observance thérapeutique ou une douleur disproportionnée par rapport à la blessure ou au stimulus lors de l'examen. Il importe de comprendre qu'il peut s'agir de réactions à des traumatismes antérieurs. Ainsi, pour adopter une approche tenant compte des traumatismes avec tous les patients, il faut :

- Protéger la vie privée du patient lors de la consignation de renseignements à son dossier et préserver son intimité lors des examens physiques en s'assurant d'obtenir son consentement tout au long du processus.
- Demander la permission au patient avant de le toucher, s'il y a lieu, et lui expliquer la raison de votre geste.
- Veiller à demeurer à la hauteur des yeux du patient.
- Expliquer le plan de soins au patient et lui demander son avis.

Principes directeurs d'une approche tenant compte des traumatismes

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis de l'avant six principes directeurs pour une approche tenant compte des traumatismes : sécurité, fiabilité et transparence, soutien par les pairs, collaboration et réciprocité, autonomisation et liberté de choisir, reconnaissance des questions culturelles, historiques et de genre¹².

Continuez la lecture pour afficher des exemples de questions d'orientation qui pourraient vous aider à envisager différentes façons dont votre organisation et vous pourriez mettre en œuvre une approche globale axée sur les traumatismes.

Sécurité

La sécurité psychologique est définie comme étant « la conviction partagée par les membres d'une équipe de travail que celle-ci ne présente aucun danger pour la prise de risques interpersonnels »¹³.

Posez-vous les questions suivantes : l'environnement physique est-il sécuritaire sur les plans physique et psychologique? Les interactions interpersonnelles favorisent-elles un sentiment de sécurité? Sur quels éléments basez-vous votre réponse¹²?

Soutien par les pairs

Le soutien par les pairs et l'entraide mutuelle sont essentiels pour susciter un sentiment de sécurité et d'espoir, instaurer la confiance, renforcer la collaboration et tirer profit d'expériences antérieures pour favoriser la guérison.

Disposez-vous d'un réseau de soutien par les pairs ou d'un réseau d'entraide mutuelle à votre clinique? Pourquoi ou pourquoi pas¹²?

Autonomisation et liberté de choisir

Les clients bénéficient-ils d'un soutien pour prendre des décisions partagées, faire des choix, se fixer des objectifs et défendre leurs intérêts? Sur quels éléments basez-vous votre réponse? Veuillez citer trois exemples pour étayer votre réponse¹².

Les forces et les expériences des membres du personnel sont-elles reconnues et mises à profit? Le lieu de travail est-il organisé de manière à favoriser l'autonomisation des membres du personnel et de la clientèle? Tous les membres du personnel se sentent-ils en sécurité sur le lieu de travail? Comment le savez-vous? Si vous n'en êtes pas certain, comment pourriez-vous le savoir¹²?

Fiabilité et transparence

L'organisation mène-t-elle ses activités et prend-elle des décisions en toute transparence dans le but d'instaurer et de maintenir un climat de confiance (avec les clients, leur famille et les membres du personnel)? Comment le savez-vous? Si vous n'en êtes pas certain, comment pourriez-vous le savoir¹²?

Collaboration et réciprocité

L'organisation reconnaît-elle que chacun a un rôle à jouer dans le cadre d'une approche tenant compte des traumatismes? Accorde-t-on de l'importance au partenariat en vue d'une prise de décision partagée? Comment le savez-vous? Si vous n'en êtes pas certain, comment pourriez-vous le savoir¹²?

Reconnaissance des questions culturelles, historiques et de genre

L'organisation cherche-t-elle activement à éviter les stéréotypes culturels et les préjugés (basés sur la religion, l'identité de genre, etc.) ou offre-t-elle des services sensibles aux sexospécificités? A-t-elle mis en œuvre des politiques, des procédures, des protocoles ou des processus qui répondent aux besoins des personnes aux origines raciales, ethniques ou culturelles variées auxquelles des soins sont prodigués?

Retour sur le cas 1 : Les préjugés dans la pratique

Reprenons le cas de Franc et d'Isabelle afin d'appliquer les concepts d'une approche tenant compte des traumatismes et de déterminer comment il convient de réagir lorsque vous remarquez des microagressions dans le cadre de votre pratique.

Isabelle et Franc

Vous êtes le physiothérapeute de l'équipe et vous apprenez que Franc et Isabelle ont tous les deux signalé leur arrivée à la réception. Alors que vous vous dirigez vers la salle d'attente pour les accueillir, vous remarquez qu'un autre membre de l'équipe s'approche de Franc et l'appelle Isabelle, ce qui semble troubler Franc. Lorsque vous commencez votre évaluation initiale avec Franc, vous remarquez qu'il semble plus renfermé.e et pas aussi ouvert.e que lors de ses précédentes visites.

Vous décidez d'aborder la situation avec Franc et l'autre membre de l'équipe.

Avant de déterminer les prochaines étapes à suivre, répondez aux questions suivantes pour consolider votre compréhension des microagressions, comme elles vous ont été expliquées à la section 2.

Question : De quel type de microagression s'agit-il dans ce cas-ci?

- a) Microattaque
- b) Micro-insulte
- c) Micro-invalidation

Retour d'information :

Bonne réponse : b

Nous considérons qu'il s'agit d'une micro-insulte, c'est-à-dire un commentaire ou un geste impoli ou insensible qui a pour effet de rabaisser une personne en raison de son identité. Dans ce cas-ci, c'est le fait d'avoir mégenré Franc qui est considéré insensible.

Question : Pensez-vous que la microagression était intentionnelle?

- a) Oui
- b) Non
- c) Impossible à dire selon les renseignements fournis

Retour d'information :

À la lumière des renseignements fournis, il est impossible de savoir si la microagression était intentionnelle. Tout dépend de l'information dont disposait le membre de l'équipe (p. ex., le dossier était-il mal identifié? Comportait-il une section précisant les pronoms à utiliser?).

Bonne réponse : c

À la lumière des renseignements fournis, il est impossible de savoir si la microagression était intentionnelle. Tout dépend de l'information dont disposait le membre de l'équipe (p. ex., le dossier était-il mal identifié? Comportait-il une section précisant les pronoms à utiliser?).

Réflexion

Réfléchissez aux trois questions suivantes à propos du cas de Franc et d'Isabelle afin de vous aider à décider comment aborder la situation.

Question de réflexion 1

Comment engageriez-vous la conversation avec Franc et l'autre membre de l'équipe?

Question de réflexion 2

Quelles mesures pourraient être prises à l'échelle de la clinique pour réduire le risque qu'une situation similaire se reproduise à l'avenir?

Question de réflexion 3

Prenez le temps de réfléchir à la manière dont vous réagirez la prochaine fois que vous serez l'auteur d'une microagression. Veuillez indiquer au moins deux façons de réagir qui pourraient contribuer à rétablir la relation avec la personne qui a subi la microagression.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de réfléchir à ces interactions, de même qu'à la manière de les améliorer lors des prochaines consultations. Nous vous invitons à utiliser ces questions comme point de départ pour cerner tout besoin d'apprentissage supplémentaire que vous pourriez avoir.

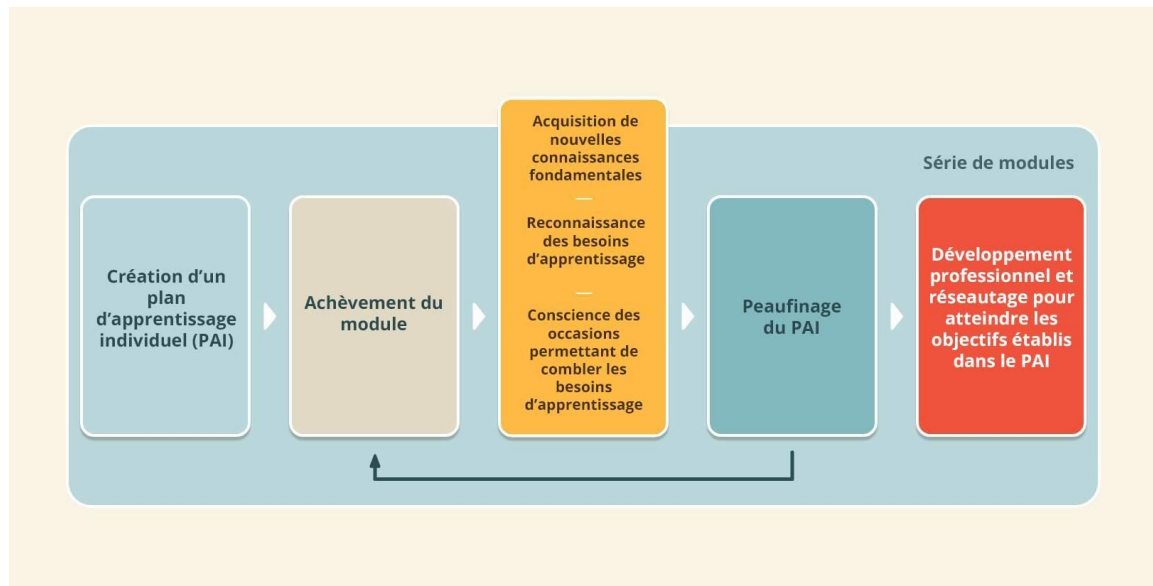
Dans cette section, vous avez appris que la sécurité culturelle et les soins tenant compte des traumatismes sont interreliés. Vous avez pris connaissance des trois types de traumatismes (individuel, interpersonnel et collectif), vous êtes penché sur les trois « E » des traumatismes et avez passé en revue les principales hypothèses qui constituent le fondement de l'approche tenant compte des traumatismes (prendre conscience, reconnaître, réagir et éviter les nouveaux traumatismes). Vous avez réfléchi aux questions d'orientation pour favoriser l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes dans les soins aux patients et sur le lieu de travail, conformément au modèle des six principes directeurs pour une approche tenant compte des traumatismes mis au point par les CDC. Enfin, vous avez appliqué vos nouvelles connaissances à propos de la pratique tenant compte des traumatismes au cas d'Isabelle et de Franc.

Passer à la section 4

SECTION 04 : Plan d'apprentissage individuel

Le module « **Créer des espaces plus sûrs qui favorisent l'esprit de courage pour les clients, leur réseau de soutien et les membres de l'équipe** » a été conçu pour vous aider à acquérir de nouvelles connaissances fondamentales, à cerner vos éventuels besoins d'apprentissage et à cibler les occasions qui vous permettront de combler vos besoins d'apprentissage en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et d'accessibilité (EDIA).

Continuez la lecture pour passer en revue les connaissances fondamentales présentées dans le cadre de ce module, ainsi que les besoins et les occasions d'apprentissage que vous avez peut-être cernés.



Nouvelles connaissances fondamentales acquises dans le cadre du module 3

- Systèmes d'inégalité qui contribuent aux « ismes ».
- Principes des soins tenant compte des traumatismes.
- Stratégies pour intervenir lorsqu'une microagression se produit.

Besoins d'apprentissage possibles et occasions pour les combler

- Reconnaître et lutter contre les systèmes d'inégalité, ou « ismes », courants.
- Appliquer les principes des soins tenant compte des traumatismes.
- Aborder les microagressions.

Révision de votre plan d'apprentissage individuel (PAI)

Maintenant que vous avez achevé ce module, le temps est venu de réviser vos réponses pour chacune des activités du PAI.

Commencez par l'« Activité 1 : Auto-évaluation des compétences ».

- Passez en revue les notes d'auto-évaluation, les besoins d'apprentissage et les niveaux de priorité que vous avez établis pour les compétences visées dans le module 3 dans le cadre de l'activité 1 de votre PAI initial.
- Au besoin, modifiez vos notes d'auto-évaluation, ajoutez de nouveaux besoins d'apprentissage et ajustez le niveau de priorité établi.

Continuez la lecture pour afficher les compétences pertinentes dans le cadre de ce module.

Compétences visées dans le cadre du module

1.1 Fournir des soins centrés sur la personne tenant compte des facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé d'une personne.

1.2 Établir des relations thérapeutiques collaboratives et souvent longitudinales, axées sur la confiance, avec les personnes en quête de soins, leur famille et leur réseau de soutien.

1.3 Créer et maintenir des espaces propices aux interactions sécuritaires sur les plans physique, émotionnel et culturel avec les communautés et les personnes en quête de soins, ainsi qu'avec leur famille et leur réseau de soutien.

1.14 Appliquer les principes des soins tenant compte des traumatismes, s'il y a lieu, lorsqu'un soutien est apporté aux personnes en quête de soins, à leur famille ou à leur réseau de soutien.

1.15 Faire preuve d'humilité culturelle dans le cadre de sa pratique et prodiguer des soins culturellement sécuritaires.

1.16 Adopter dans le cadre de sa pratique des approches anti-oppressives (c'est-à-dire des approches qui luttent contre le racisme, la grossophobie, le capacitisme, l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le classisme, le sexisme et les idéologies qui découlent du colonialisme de peuplement).

2.1 Communiquer clairement et ouvertement, avec respect et empathie, en prenant soin d'adopter une approche culturellement sécuritaire et centrée sur la personne afin d'encourager la participation des personnes en quête de soins, de leur famille et de leur réseau de soutien.

2.2 Communiquer clairement et ouvertement, avec respect et empathie, en prenant soin d'adopter une approche culturellement sécuritaire et centrée sur la personne afin d'encourager la participation de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires ainsi que la collaboration au sein de celle-ci.

4.3 Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques organisationnelles qui favorisent la sécurité des personnes en quête de soins et des membres de l'équipe interprofessionnelle.

Passez ensuite à l'« **Activité 2 : Auto-évaluation des valeurs** ».

- Peaufinez votre liste de valeurs en ajoutant toute valeur personnelle omise jusqu'ici qui vous est venue à l'esprit en suivant ce module.

Puis, passez en revue l'« **Activité 3 : Auto-évaluation du développement professionnel et du réseautage** ».

- Consignez les objectifs et les occasions de développement professionnel et de réseautage qui vous sont passés par la tête alors que vous suiviez ce module.

Enfin, révisez l'« **Activité 4 : Création de votre plan d'apprentissage individuel** ».

- Examinez les compétences, les objectifs d'apprentissage et les occasions de développement professionnel et de réseautage que vous avez inscrits à court, moyen et long terme. Mettez votre PAI à jour en fonction des changements que vous avez apportés à vos besoins d'apprentissage et aux niveaux de priorité établis (**activité 1**), à vos valeurs (**activité 2**) et aux occasions de développement professionnel et de réseautage cernés (**activité 3**).

Passer à la conclusion

CONCLUSION

Dans le cadre de ce module, vous avez pris connaissance des systèmes d'inégalité qui contribuent aux privilèges et à l'oppression. Ce module vous a permis d'acquérir des connaissances fondamentales pour reconnaître et lutter contre les « ismes » courants dans le domaine des soins de santé, en plus de vous présenter les principes des soins tenant compte des traumatismes et des solutions pour intervenir lorsqu'une microagression se produit. Nous espérons que ce module vous a fourni des bases solides pour la prestation de soins primaires sécuritaires, accessibles, équitables et efficaces en équipe et qu'il vous a aidé à cerner des occasions pour poursuivre votre apprentissage dans ces domaines.

Ressources complémentaires à prendre en considération

Continuez la lecture pour consulter les ressources supplémentaires en lien avec le contenu du module 3.

[Seven-Step Framework for Critical Analysis and its Application in the Field of Physical Therapy \[Cadre d'analyse critique en sept étapes : application dans le domaine de la physiothérapie – en anglais seulement\]](#)

[Vidéo sur le modèle de la médaille](#)

[Krystyna Holland Interview: What Do We Mean by "Trauma-Informed Care?" \[Entrevue de Krystyna Holland : Qu'entendons-nous par « soins tenant compte des traumatismes »? – en anglais seulement\]](#)

Remerciements

Ce module a été rédigé par :

- Patricia Thille, College of Rehabilitation Sciences, Université du Manitoba
- Amy Hondronicols, Ontario Physiotherapy Association
- Sarah Wojkowski, School of Rehabilitation Science, Université McMaster
- Lisa Carroll, Association canadienne de physiothérapie
- François Desmeules, École de réadaptation, Université de Montréal
- Jordan Miller, School of Rehabilitation Therapy, Université Queen's
- Kadija Perreault, École des sciences de la réadaptation, Université Laval
- Julie Richardson, School of Rehabilitation Science, Université McMaster
- Emily Stevenson, physiothérapeute agréée
- Andrews Tawiah, School of Physical Therapy, Université Western.

Ce module a en outre été révisé par :

- Peter Sheffield, Factor-Inwentask Faculty of Social Work, Université de Toronto

Les modules ont été créés en collaboration avec l'équipe d'élaboration de cours de l'Office of Professional Development and Educational Scholarship de la faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's.

L'Association canadienne de physiothérapie est également reconnue à titre d'organisation partenaire dans le cadre de ce projet.



HEALTH SCIENCES
Course Development



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie

Reconnaissance de l'appui financier

Ce projet est l'un des quelques projets financés dans le cadre de l'initiative « Équipe de soins primaires – Former pour transformer ». Il s'agit d'une initiative interprofessionnelle de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale qui bénéficie du financement d'Emploi et Développement social Canada, un ministère du gouvernement fédéral. Elle est codirigée par le Collège des médecins de famille du Canada et le Réseau canadien des personnels de santé, et réalisée en partenariat avec plus de 100 organisations professionnelles et éducatives dans le domaine de la santé d'un bout à l'autre du pays.



Fondation pour
l'avancement de la
médecine familiale

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

RCPS
Réseau canadien des
personnels de santé



CHWN
Canadian Health
Workforce Network

Liens de page :

<https://doi.org/10.2522/ptj.20160149>

<https://youtu.be/4qUc5rS0dq8?si=gJPJbxRIFYZuwEjZ>

<https://open.spotify.com/episode/1dgOKKQ4aV3G2EsvbBvbKX?nd=1&si=cce30f038dfe42ec>

Références :

1. North Carolina State University Office for Institutional Equity and Diversity (2020). *What is a Brave Space?* Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://diversity.ncsu.edu/news/2020/04/02/what-is-a-brave-space/> (s'ouvre dans un nouvel onglet)
2. Nixon, S., A. (2019). Le Modèle de la médaille, de privilège et de l'alliance critique : Implications pour la santé. *BMC Public Health*, 19(1), 1637. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://rehab.queensu.ca/source/Research/SN/Accessible-French-Coin-Model-Article-PDF-Taggings.pdf> (s'ouvre dans un nouvel onglet)
3. Agence de la santé publique du Canada (2019). *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html> (s'ouvre dans un nouvel onglet)

4. Torino, G.C., Rivera, D.P., Capodilupo, C.M., Nadal, K.L. et Sue, D.W. (2018). Everything you wanted to know about microaggressions but didn't get a chance to ask. Tiré de : Torino, G.C., Rivera, D.P., Capodilupo, C.M., Nadal, K.L. et Sue, D.W. (éditeurs). *Microaggression theory* (pp. 1-15). John Wiley & Sons, Inc. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1002/9781119466642.ch1>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
5. Wharton, S., Lau, D.C.W., Vallis, M., Sharma, A.M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., ... Wicklum, S. (août 2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 192(31), E875-E891. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
6. Cozean, N., et Cozean, J. (animateurs), (juillet 2022). Krystyna Holland interview: What do we mean by "trauma-informed care?" [Épisode de balado audio]. Tiré de : *Pelvic PT Rising Podcast*. Spotify. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://open.spotify.com/episode/1dgOKKQ4aV3G2EsvbBvbKX?nd=1&si=cce30f038dfe42ec>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
7. Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O'Connor, A., Stevens, J., Wong, L. Y., et Bonne, S. (2021). Trauma-informed care: Recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma surgery & acute care open*, 6(1), e000815. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
8. SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative (juillet 2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
9. Follette, V., et Vijay, A. (2008). Retraumatization. Tiré de : Reyes, G., Elhai, J.D., et Ford, J.D. (éditeurs), *Encyclopedia of psychological trauma* (586-589). John Wiley & Sons, Inc. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1002/9781118269947>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
10. Centre de toxicomanie et de santé mentale. (n.d.). *Les traumatismes : Questions courantes sur les effets des agressions physiques, sexuelles, affectives*. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.camh.ca/fr/info-sante/guides-et-publications/les-traumatismes>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
11. Obésité Canada. (n.d.). *Banque d'images*. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://obesitycanada.ca/fr/ressources-professionnelles/banque-dimages/>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
12. Centers for Disease Control and Prevention (2020). *Infographie : 6 guiding principles to a trauma-informed approach*. Consulté en novembre 2023 à l'adresse https://www.cdc.gov/orr/infographics/6_principles_trauma_info.htm(s'ouvre dans un nouvel onglet)
13. Newman, A., Donohue, R., et Eva, N. (2017). Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*, 27(3), 521-535. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.01.001>