

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc)

PAR
LYSANNE BOUVRETTE

L'ENSEIGNEMENT DE L'ADVOCACY DANS LES PROGRAMMES D'ERGOTHÉRAPIE CANADIENS :
UN ÉTAT DES LIEUX

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais remercier Lyne Desrosiers et Marie-Josée Drolet, directrices de cet essai. Un merci très spécial à Marie-Josée Drolet qui a suscité mon intérêt pour l'aspect éthique et le rôle d'agent de changement en ergothérapie qui a permis de mettre en place cet essai. Je voudrais aussi souligner sa patience et sa compréhension qui ont permis de me guider dans des moments plus difficiles. Un énorme merci à Lyne Desrosiers de m'avoir adoptée au cours de mon projet de recherche. Son encadrement et ses commentaires ont été d'une grande aide. Je tiens aussi à la remercier pour son ajustement à mon rythme de travail. Mes prochains remerciements sont dédiés aux programmes qui ont participé à cette étude pour le temps donné afin de répondre aux questionnaires. Sans ces participants, ce projet n'aurait pu être mené. J'aimerais aussi remercier mes collègues de séminaire pour leurs suggestions, leurs commentaires et leur support moral. Finalement, j'aimerais remercier tous mes proches qui ont été présents, patients, compréhensifs et qui ont toujours cru en moi tout au long de ce parcours sinueux.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCTION.....	1
1. PROBLÉMATIQUE	2
2. RECENSION DES ÉCRITS.....	3
2.1. Qu'est-ce que l' <i>advocacy</i>	3
2.2. Raisons d'utiliser l' <i>advocacy</i>	4
2.3. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada.....	7
2.4. Littérature sur l' <i>advocacy</i> en santé et services sociaux.....	8
2.5. Enseignement de l' <i>advocacy</i>	9
2.5.1. Agrément de l'association canadienne des ergothérapeutes	9
2.5.2. Enseignement de l' <i>advocacy</i> dans les domaines de la santé.....	10
2.5.3. Enseignement de l' <i>advocacy</i> en ergothérapie.....	14
2.6. Pertinence de l'étude.....	16
2.7. Objectifs de l'étude et questions de recherche.....	16
3. CADRE CONCEPTUEL.....	17
3.1. Apprentissage expérientiel de Kolb (1984).....	17
3.1.1. Expérimentation concrète.....	18
3.1.2. Observation réfléchie.....	18
3.1.3. Conceptualisation.....	18
3.1.4. Expérimentation active.....	19
4. MÉTHODE.....	20
4.1. Devis	20

4.2. Participants à la recherche.....	21
4.2.1. Méthode d'échantillonnage.....	21
4.2.2. Processus de recrutement.....	21
4.3. Collecte de données.....	22
4.3.1. Déroulement.....	22
4.3.2. Questionnaire.....	22
4.4. Analyse des données.....	23
4.5. Considérations éthiques.....	24
5. RÉSULTATS.....	26
5.1. Description des informateurs et des programmes participants.....	26
5.2. Nombre de cours abordant l' <i>advocacy</i>	27
5.3. Cours obligatoires et facultatifs.....	29
5.4. Heures accordées à l'enseignement de l' <i>advocacy</i>	29
5.5. Formation des enseignants offrant les enseignements d' <i>advocacy</i>	30
5.6. Habilités abordées dans les enseignements.....	31
5.7. Modalités d'enseignement.....	33
5.8. Obstacles à l'enseignement de l' <i>advocacy</i>	35
5.8.1. Les outils pour soutenir l'enseignement de l' <i>advocacy</i>	35
5.8.2. Composition des programmes d'ergothérapie.....	36
5.8.3. Peu d'expérience en milieux naturels.....	36
5.9. Facilitateurs à l'enseignement de l' <i>advocacy</i>	37
5.9.1. Valeurs du programme.....	37
5.9.2. Orientations professionnelles claires.....	37
5.9.3. Expérience des enseignants.....	37
5.9.4. Vivre des expériences cliniques.....	38
6. DISCUSSION.....	39
6.1. Retour sur les questions et objectifs de la recherche.....	39
6.2. Résumé des résultats.....	39
6.3. L'enseignement de l' <i>advocacy</i> sous l'angle de l'apprentissage expérientielle.....	40
6.3.1. Expérimentation concrète.....	43
6.3.2. Observation réfléchie.....	43
6.3.3. Conceptualisation.....	44
6.3.4. Expérimentation active.....	46
6.4. Forces et Limites de l'étude.....	48
6.4.1. Forces de l'étude.....	48
6.4.2. Limites de l'étude.....	48
6.5. Possibles retombées de l'étude.....	49

7. CONCLUSION.....	50
RÉFÉRENCES.....	51
ANNEXE A QUESTIONNAIRE FRANCOPHONE.....	56
ANNEXE B QUESTIONNAIRE ANGLOPHONE.....	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Définitions de l' <i>advocacy</i> dans les domaines de la santé et des services sociaux..	4
Tableau 2	L' <i>advocacy</i> dans les compétences du profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (ACE, 2012).....	8
Tableau 3	Apprentissages et stratégies utilisées pour l'enseignement de l' <i>advocacy</i> selon Mary Rudolf (2003).....	12
Tableau 4	Présentation des données descriptives des programmes participants.....	26
Tableau 5	Présentation des données descriptives des informateurs.....	27
Tableau 6	Représentation des habiletés couvertes dans les cours abordant la sensibilisation à l' <i>advocacy</i>	32
Tableau 7	Représentation des habiletés couvertes dans les cours abordant les stratégies d' <i>advocacy</i>	33
Tableau 8	Modalités d'enseignement utilisées pour les enseignements relatifs à la sensibilisation à l' <i>advocacy</i>	35
Tableau 9	Modalités d'enseignement utilisées pour les enseignements relatifs aux stratégies d' <i>advocacy</i>	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Représentation du cycle de Kolb (Kolb, 1974).....	19
Figure 2	Nombre de cours abordant l' <i>advocacy</i> , la sensibilisation et les stratégies d' <i>advocacy</i> pour tous les programmes participants.....	28
Figure 3	Nombre de cours abordant l' <i>advocacy</i> , la sensibilisation et les stratégies d' <i>advocacy</i> selon chaque programme participant.....	29

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

ACPUE : Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie

AOTA : American occupational therapy association (association américaine d'ergothérapie)

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

RÉSUMÉ

Problématique : Les ergothérapeutes visent à habiliter les clients afin qu'ils puissent s'engager dans des occupations significatives. Toutefois, cet engagement peut être influencé par certains facteurs notamment l'environnement (physique, social, institutionnelle, politique). Ainsi, pour permettre aux clients et aux communautés de s'engager dans les occupations, certaines habiletés sont nécessaires notamment l'*advocacy*. Toutefois, des auteurs soulèvent que l'enseignement de cette habileté dans les programmes d'ergothérapie n'est pas effectué ou la formation n'est pas suffisante. Jusqu'à présent, aucune étude n'aurait décrit la place accordée à l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie. **Objectif :** Dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens et d'explorer les obstacles et les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*. **Cadre conceptuel :** L'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) a été sélectionné pour guider les réflexions de cette étude. Ainsi, le cycle de l'apprentissage qui comprend l'expérimentation concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation et l'expérimentation active guide cette étude. **Méthodologie :** Une enquête descriptive mixte transversale a été utilisée dans le cadre de cette étude. Un questionnaire maison a été élaboré. Celui-ci a été acheminé et rempli par les directeurs de programmes et les professeurs des programmes d'ergothérapie canadiens. **Résultats :** Les analyses démontrent que l'*advocacy* est enseignée dans les programmes d'ergothérapie. Toutefois, son enseignement est variable pour chaque programme participant. Les enseignements abordent davantage la sensibilisation à l'*advocacy* plutôt que les stratégies d'*advocacy*. Les obstacles à son enseignement sont le manque de temps, le manque de littérature, le manque de superviseurs de stage expérimentés. Les facilitateurs quant à eux sont les valeurs du programme, les positions professionnelles claires, l'expérience des enseignants et le partenariat avec une clinique universitaire ou des organismes communautaires. **Discussion :** Les résultats suggèrent qu'il existe une hétérogénéité dans l'enseignement de l'*advocacy* à travers les programmes participants. Aussi, les enseignements octroyés abordent davantage la sensibilisation à l'*advocacy* que les stratégies d'*advocacy*. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les programmes sont chargés et la valeur qu'on accorde à l'*advocacy* aura un impact sur le temps qu'on lui accorde. De plus, le manque de données probantes sur les méthodes d'enseignement de l'*advocacy*, les stratégies d'*advocacy* et le manque de superviseurs peuvent aussi expliquer ces résultats. Ainsi, le cycle complet de l'apprentissage expérientiel n'est pas nécessairement effectué dans tous les programmes. Toutefois, les résultats de l'étude doivent être pris avec précaution puisque les participants proviennent de deux seules provinces, que le questionnaire présente certaines lacunes et que la collecte de donnée a eu lieu en février 2016, et ne représentant ainsi peut-être pas la situation actuelle. **Conclusion :** Un premier portrait de l'enseignement de l'*advocacy* a été dressé. Cependant, d'autres études et complet seraient nécessaires pour avoir un portrait plus précis. De plus, il pourrait être pertinent d'évaluer la perception et les compétences d'ergothérapeutes novices afin de déterminer si des ajustements ou des balises devraient être instaurés puisque l'*advocacy* est nécessaire pour assurer la qualité des services offerts, faire valoir les droits des clients et favoriser le maintien de la profession dans le réseau de la santé. Ainsi, il importe de former des ergothérapeutes capables de défendre leurs clients et leur profession.

Mots clés : Ergothérapie, *advocacy*, enseignement de l'*advocacy*, programmes d'ergothérapie canadiens, enquête descriptive transversale

ABSTRACT

Issue : Occupational therapists aim to enable clients so that they can engage in meaningful occupations. However, this commitment can be influenced by factors such as the environment (physical, social, institutional and political). Thus, to enable clients and communities to engage in occupations, some skills are needed, including advocacy. Some authors suggest that the teaching of this skill in occupational therapy programs is not done or not sufficient. So far, no study has described the place of advocacy in occupational therapy education. **Purpose :** To describe advocacy education in Canadian occupational therapy programs and to explore barriers and facilitators to advocacy education. **Conceptual framework :** The model of Experiential learning (Kolb, 1984) was selected to guide the reflections of this study. Thus the cycle of learning that includes concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization and active experimentation guides this study. **Methodology :** A cross-sectional descriptive survey was used in this study. An in-house questionnaire was developed. The questionnaire was forwarded and completed by program directors and professors of Canadian occupational therapy programs. **Results :** Analyses show that advocacy is taught in occupational therapy programs. However, there is variability across the programs. Teaching focus more on advocacy awareness rather than advocacy strategies. Barriers to advocacy education are lack of time, lack of literature and lack of experienced placement supervisors. Facilitators are program values, clear professional positions, teacher experiences and partnership with a university clinic or community organizations. **Discussion :** Findings suggest that there is a heterogeneity in advocacy education and contents are more about advocacy awareness than advocacy strategies. These results can be explained by the fact that programs are loaded and the value given to advocacy will influence on the time allotted to teach this competence. In addition, the lack of scientific evidence on advocacy strategies and teaching methods may also explain these findings. Furthermore, the lack of supervisors may also explain why advocacy strategies are less taught. Thus, the complete experiential learning cycle is not necessarily performed in all programs. However these results must be taken with caution because the participants came from two provinces only, the questionnaire has gaps and data collection took place in February 2016 and may not reflect the current situation. **Conclusion :** A first portrait of advocacy education has been drawn up. However, further studies need to be done to obtain a more accurate and complete portrait. In addition, it may be relevant to assess the perceptions and skills of novice occupational therapists to determine whether adjustment or guidelines should be done since advocacy is necessary to ensure quality services, to promote clients right and promote our profession in the health network. Thus, it is important to train occupational therapists to defend their clients and their profession.

Key words: Occupational therapy, advocacy, advocacy education, Canadian occupational therapy programs, cross-sectional descriptive survey

INTRODUCTION

L'ergothérapie est une profession qui vise à habiliter une personne ou une communauté afin de pouvoir s'engager dans des occupations qui sont significatives pour favoriser la santé et le bien-être de ces personnes (Townsend et Polatajko, 2013). Toutefois, l'engagement dans celles-ci peut être influencé par les environnements qu'ils soient physiques, sociaux, institutionnels ou politiques (Townsend et Polatajko, 2013). Ainsi, l'*advocacy* peut être une habileté utilisée par les ergothérapeutes afin d'habilité l'occupation de ces personnes (Association américaine des ergothérapeutes [AOTA], 2014).

Certains auteurs ont relevé que l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes universitaires d'ergothérapie était peu ou pas réalisé (Dhillon et colls., 2010; Sullivan et Main, 2007; Walens et colls., 1998). Cependant, le programme d'agrément de l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE) demande à ce que les étudiants puissent mettre en œuvre les sept compétences du profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2011). Certaines compétences telles qu'agent de changement, collaborateur et expert en habilitation de l'occupation sont étroitement liées à l'habileté d'*advocacy*. À la connaissance de l'étudiante chercheuse, aucune étude n'a été effectuée pour décrire l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie au Canada. Ainsi, les objectifs de cette étude sont de dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens et d'explorer les obstacles et les facilitateurs à ceux-ci.

Pour ce faire, une présentation de la problématique sera effectuée suivie de la recension des écrits qui a trait à l'*advocacy* et son enseignement. Dans cette section, il y aura aussi la pertinence de l'étude et les objectifs de la recherche. Par la suite, une description du cadre conceptuel sera faite. Puis, la méthodologie et les résultats de l'étude seront présentés. Ceux-ci seront interprétés et discutés en fonction de la littérature et du cadre conceptuel. Finalement, une conclusion contenant les éléments clés de l'étude et des pistes d'actions pour de futures recherches sera émise.

1. PROBLÉMATIQUE

L'Association canadienne des ergothérapeutes a publié *le profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012). Dans celui-ci, on y retrouve les compétences nécessaires pour exercer la profession d'ergothérapeute afin d'offrir des services de qualité et ainsi favoriser un rendement occupationnel satisfaisant pour les clients. Celui-ci mentionne que les ergothérapeutes ont un devoir d'*advocacy* (défendre son client et sa famille, plaider auprès des tiers payeurs, promouvoir la profession, revendiquer des politiques sociales favorisant le bien-être). Toutefois, Sullivan et Main (2007) contestent l'utilisation de la plaidoirie par les professionnelles de la réadaptation en raison de leur manque de formation. D'ailleurs, certains auteurs dans le domaine de l'ergothérapie soulignent aussi un manque de formation ou de connaissance de l'*advocacy* en ergothérapie. Or, la littérature sur l'enseignement offert aux ergothérapeutes canadiens pour mener des activités de plaidoirie est très limitée. De plus, à notre connaissance, aucune étude portant sur l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie ne documente le temps alloué à cette habileté, les sujets abordés, les techniques d'enseignement, etc. n'ont pu être répertoriés. Puisque l'*advocacy* est une habileté importante dans l'actualisation des compétences de l'ergothérapeute, il est pertinent de se questionner sur la manière dont elle est enseignée dans les programmes universitaires d'ergothérapie.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Cette section vise à présenter les informations qui se retrouvent dans la littérature. Ainsi, une brève présentation du concept d'*advocacy* sera présentée suivie par diverses situations dans lesquelles les ergothérapeutes ont à se servir d'*advocacy*. Par la suite, les compétences nécessaires à la profession d'ergothérapeute proposées par l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2012) en lien avec l'*advocacy* seront abordées. Puis, les techniques d'enseignement de cette habileté dans les programmes en santé seront décrites. Une brève explication de la pertinence de cette étude sera présentée puis cette section se conclura avec les questions et les objectifs de la recherche.

3.1. Qu'est-ce que l'*advocacy*?

La définition de l'*advocacy* ne fait pas l'unanimité et très peu d'ouvrages définissent celle-ci, surtout dans le domaine de la santé et des services sociaux (Bateman et Neil, 2000; Dhillon et coll., 2010). Le terme *advocacy* est un terme anglophone qui provient du mot latin *Advocare* qui signifie d'appeler auprès de (King et Curtin, 2014). Selon le dictionnaire Larousse électronique anglais/français, la traduction d'*advocacy* serait : d'appuyer et de plaider. Certaines définitions sont proposées dans les écrits des domaines de la santé et des services sociaux. Le Tableau 1 illustre certaines de ces définitions de l'*advocacy* en fonction des différentes professions, dont l'ergothérapie. Certaines valeurs sous-jacentes aux différentes définitions de cette habileté sont : 1) la compassion; 2) la communication; 3) l'écoute; 4) la bienfaisance; 5) la justice; 6) la véracité (Hamel, 2001; Stover, 2016). Certains auteurs perçoivent même l'*advocacy* comme une responsabilité sociale, éthique et professionnelle pour les employés du domaine de la santé et des services sociaux (Hamel, 2001; Vaartio, Kilpi, Suominen, salantera, 2006)

Tableau 1
Définitions de l'advocacy dans les domaines de la santé et des services sociaux

Auteurs	Définitions
Travail social	
Davies, 1994; De payne, 1997 cités dans Bateman et Neil, 2000	Stratégie pour favoriser l'autonomisation et assurer la protection des gens vulnérables. Les actions peuvent être faites auprès d'individus ou de l'environnement.
Soins infirmiers	
Vaartio, Kilpi, Suominen, salantera, 2006	Déterminer avec le patient les déterminants de la santé et de la maladie, fournir de l'information et soutenir les patients dans leurs décisions. C'est aussi d'éviter aux clients des inquiétudes inutiles et d'intervenir pour éviter qu'ils soient en danger. Il s'agit d'une relation et d'un processus de prise de décision conjointe.
Hearrell, 2011	Plaider et argumenter en faveur de quelque chose.
Mcleod, 1997	Plaider la cause d'un autre, supporter, promouvoir une idée. Action qui demande une volonté de s'impliquer.
Clark et Crawford, 2010	Parler pour quelqu'un d'autre et agir dans son intérêt fondamental.
Ergothérapie	
McColl, 2003	Initiative prise par le thérapeute dans l'intérêt du patient afin d'effectuer un changement dans son environnement qui permettra un meilleur engagement dans ses occupations.
King et Curtin, 2014	Éduquer et représenter le client et sa famille.
Stover, 2016	C'est de démontrer un intérêt pour le bien-être d'une personne et l'assister pour y parvenir.
AOTA, 2014	Un effort pour promouvoir la justice occupationnelle et outiller son client ou une communauté afin qu'ils puissent avoir les ressources nécessaires pour assurer une participation occupationnelle complète
Dhillon et collaborateurs, 2010	Stratégie de la pratique centrée sur le client incluant plusieurs actions prises par le client et le thérapeute pour effectuer des changements dans l'environnement du client pour favoriser son engagement occupationnel et sa qualité de vie. C'est aussi de faire valoir ses droits.

2.2. Raisons d'utiliser l'advocacy en ergothérapie

En ergothérapie, il y a plusieurs raisons pour lesquelles les habiletés d'*advocacy* sont nécessaires. Certaines de ces raisons ont été répertoriées dans des textes d'opinion et des études qualitatives. Premièrement, l'*advocacy* peut être nécessaire pour défendre le droit occupationnel et l'occupation signifiante d'un client au sein de l'équipe multidisciplinaire (Dhillon et colls., 2010) et de tiers payeurs (Drolet, Lalancette et Caty 2014). Aussi, les ergothérapeutes peuvent parfois utiliser leurs habiletés d'*advocacy* pour impliquer le client dans la participation aux interventions (Dressier et Macrae, 1998). Également, elle peut être utilisée pour la mise en place de politiques (Dressier et Macrae, 1998; ACE, 2016). Une troisième raison pour laquelle les

ergothérapeutes peuvent utiliser leurs habiletés d'*advocacy* est que des barrières peuvent influencer l'accessibilité au soin, l'accessibilité à certains lieux et l'obtention de matériel nécessaire à la participation occupationnelle (Barbara et Curtin, 2008; Dressier et Macrae, 1998; Hamel, 2001; Stover, 2016). D'ailleurs, certains auteurs mentionnent que la pratique centrée sur le client, l'inclusion sociale et la participation occupationnelle peuvent être influencées par des barrières économiques et institutionnelles (Fleming-Castaldy, 2015; Galheigo, 2011; Polatajko, Njelesani et Davis, 2015). Ainsi, l'*advocacy* est une habileté importante pour veiller au bien-être du client ou d'une communauté, favoriser sa qualité de vie, sa participation occupationnelle et sa sécurité. (AOTA, 2014; Braveman, 2016; Dhillon et colls., 2010; Stover, 2016). De plus, les ergothérapeutes peuvent être appelés à plaider pour revendiquer la place de l'ergothérapie dans certains milieux, il leur est donc important d'avoir des habiletés pour faire valoir les services pouvant être offerts en milieux émergents et communautaires (Braveman, 2016; Dressier et Macrae, 1998; Hansen, 2013; Paluch, Allen, McIntosh et Oke, 2011). D'ailleurs, l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et l'Ordre des ergothérapeutes (OEQ) sont deux instances ayant un rôle respectivement dans la défense de la profession et du public. Ainsi, ils proposent plusieurs articles qui mettent de l'avant la place de l'ergothérapie dans certains champs de pratique, tels que la conduite automobile, les soins à domicile, les groupes de médecines familiales, les milieux scolaires, etc., dans le but de promouvoir la profession ou de revendiquer l'accès à des services pour les clients. Elles demandent donc à leurs membres de maintenir les efforts pour la promotion de la profession. Pour ce faire, les habiletés d'*advocacy* doivent parfois être utilisées puisqu'il s'agit de champs de pratiques dans lesquels le rôle de l'ergothérapeute est relativement nouveau et doit être défendu parfois.

Dans le contexte actuel, les ergothérapeutes pourraient avoir besoin d'habiletés pour revendiquer. Notamment par l'adoption de la loi 10, une modification dans la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a eu lieu. De ce fait, les instances régionales ont été abolies, entraînant une gouvernance centralisée (mémoire inter ordre, 2014). Ainsi, le nombre de conseils d'administration sera diminué et les différentes missions régionales risquent d'être sous-représentées. Il est donc possible que certaines actions d'*advocacy* soient nécessaires afin

d'assurer les services et les ressources nécessaires aux clients. De plus, selon l'observatoire des conséquences des mesures d'austérité au Québec tenue par l'institut de recherches et d'informations socio-économiques (IRIS), des coupures de près de 4 024 027 000 \$ ont été effectuées au Québec depuis 2014. Parmi ces coupures, certaines ont été faites dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ainsi, des services offerts aux clients et des ressources professionnelles ont été retirés (<http://austerite.iris-recherche.qc.ca>). Bien que des budgets ont récemment été octroyés pour les services de santé et de services sociaux, il se peut qu'un contexte d'austérité se reproduise. Dans ce contexte, des conséquences sur les clients et sur la profession sont possibles. Il est important que les ergothérapeutes puissent mettre de l'avant des habiletés d'*advocacy* pour assurer de faire valoir les droits des clients et faire valoir l'accès aux services d'ergothérapie au sein du système de santé et des services sociaux.

Certains perçoivent l'*advocacy* comme un devoir politique, éthique et professionnel (Dhillon et colls., 2010; Galheigo, 2011; Lysack et Neufeld, 2003). Comme l'ergothérapeute est souvent appelé à travailler avec des clientèles vulnérables, il se doit de veiller au bien-être de ses clients (Hansen, 2013). Ce qui peut se traduire par : 1) des actions pour la promotion de la santé (Radius, 2009); 2) des actions de promotion du droit occupationnel, c'est-à-dire, le droit de s'engager dans des occupations au même titre que tous (Barbara et Curtin, 2008); 3) des actions pour combattre la stigmatisation et les inégalités vécues par le client ou des groupes (Dressier et Macrae, 1998; Polatajko, Njelesani et Davis, 2015)

D'un point de vue moins clinique, l'*advocacy* peut aussi être utile lorsqu'il est temps de faire valoir un projet de recherche (Watson, 2009). Notamment, les projets de recherches en ergothérapie nécessitent du financement. Les budgets peuvent être restreints et il peut être utile d'avoir des habiletés pour promouvoir des projets de recherches afin de favoriser l'avancement des connaissances en ergothérapie.

2.3. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada

Le profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) est un document permettant d'assurer la qualité de la pratique de l'ergothérapie. Ainsi, on y retrouve les compétences que l'ergothérapeute doit actualiser dans ses activités professionnelles. Ce document est basé sur sept compétences (communicateur, collaborateur, agent de changement, praticien érudit, gestionnaire de sa pratique et professionnel), dont une compétence pivot qui est l'expert en habilitation de l'occupation. Plusieurs de ces habiletés peuvent parfois demander des habiletés d'*advocacy* voir Tableau 2. Dans la description de ce profil, on mentionne que : « Les interventions sont dirigées vers l'individu, le groupe, la collectivité et la population afin d'aborder efficacement les barrières qui font obstacle à la participation occupationnelle ou au rendement occupationnel. » Ainsi, selon les définitions mentionnées précédemment, il est possible de constater que les habiletés d'*advocacy* sont sous-jacentes dans les compétences d'expert en habilitation de l'occupation, de collaborateur et d'agent de changement chez l'ergothérapeute.

Tableau 2.
*L'advocacy dans les compétences du profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada
 (ACE, 2012)*

# Énoncées	Énoncées
Expert en habilitation de l'occupation	
1.1.5	Démontrer des habiletés pour la pratique centrée sur le client, notamment la médiation, la négociation et la capacité de se montrer sensible et respectueux envers le client
1.4.4	Agir à titre de médiateur ou négociateur afin de s'accorder ou de s'entendre pour ne pas poursuivre le processus de pratique
1.6.1	Consulter, représenter, éduquer et inciter le client à participer à travers l'occupation, afin de mettre le processus en œuvre.
Collaborateur	
3.2.4	Négocier en vue de résoudre les conflits entre les membres de l'équipe
Agent de changement	
5.1.1	Aider le client, selon le cas, dans ses efforts pour obtenir le financement et les services requis pour atteindre les résultats déterminés dans le plan d'action
5.1.2	Revendiquer des possibilités en matière d'occupation et de rendement occupationnel pour les clients.
5.1.3	Établir un équilibre entre les questions d'éthique et les questions professionnelles inhérentes à la défense des droits du client, y compris l'altruisme, l'intégrité, l'autonomie, la justice sociale et l'idéalisme
5.1.5	Agir sur les différentes possibilités occupationnelles et de rendement occupationnel, notamment la défense des intérêts, la promotion de la santé et la prévention auprès des individus recevant des services d'ergothérapie
5.2.3	Revendiquer adéquatement au nom des clients vulnérables ou marginalisés afin de favoriser leur participation à travers l'occupation.
5.3.1	Promouvoir adéquatement le rôle de l'ergothérapie auprès des clients et de l'équipe interprofessionnelle.
5.3.2	Profiter des occasions ciblées pour communiquer le rôle et les avantages de l'ergothérapie dans les domaines du rendement occupationnel et de la participation occupationnelle

2.4. Littérature sur l'advocacy en santé et services sociaux

Polatajko, Njelesani et Davis (2015) croient que l'advocacy peut avoir un impact sur l'engagement occupationnel, mais que peu d'études empiriques ont vérifié cette hypothèse. Plus précisément, elles proposent pour les futures recherches de répertorier quelles habiletés sont utilisées en pratiques, qu'est-ce qui les rend efficaces ou inefficaces et comment elles s'actualisent sur le terrain. Ce manque de connaissances est aussi observé chez l'ensemble des services sociaux et soins de santé. Peu de littérature est consacrée à déterminer les habiletés nécessaires à l'advocacy (Bateman et Neil, 2000; Radius, 2009). Aussi, les modèles théoriques permettant de mettre en application l'advocacy sont peu développés. Notamment, Braveman (2016) rapporte que les modèles guidant les interventions au plan organisationnel sont moins

développés que les modèles d'intervention au plan individuel. Ainsi, il se peut qu'il y ait un manque de théorie sur la mise en application de l'*advocacy* au niveau organisationnel. À cet effet, Townsend et Wilcock ont dénoncé, lors du congrès de la fédération mondiale des ergothérapeutes en 2002, un écart entre l'importance accordée à la justice occupationnelle et son application dans la pratique. S'appuyant sur ces affirmations, une étude de Hansen (2013) s'est penchée sur l'efficacité de l'enseignement de stratégies favorisant la justice occupationnelle. Parmi ces stratégies, l'*advocacy* était abordée. D'ailleurs, plusieurs suggèrent que les ergothérapeutes croient en l'importance de l'*advocacy* dans leur travail, mais que peu d'entre eux estiment posséder les habiletés et les connaissances requises pour l'utiliser (Dhillon et colls., 2010; King et Curtin, 2014; Redick, McClain et Brown, 2000; Restall et Ripat, 2008).

2.5. Enseignement de l'*advocacy*

2.5.1. Agrément de l'association canadienne des ergothérapeutes

Au Canada, il existe un programme d'agrément des programmes universitaires régi par l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2011). Le but du processus d'agrément est d'assurer une qualité de l'enseignement en ergothérapie et de favoriser le développement des programmes universitaires. Ainsi, des indicateurs ont été élaborés, certains étant obligatoires tandis que d'autres sont souhaitables. Suite à l'évaluation des programmes, des recommandations dans le but d'améliorer la qualité des enseignements sont émises et les programmes effectuent des modifications. Le programme d'agrément a été révisé en 2011 afin de s'harmoniser avec le profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (ACE, 2007). Par ce fait, la vision qu'un ergothérapeute compétent doit assurer les 7 compétences (expert en habilitation de l'occupation, communicateur, collaborateur, agent de changement, praticien érudit, gestionnaire de sa pratique et professionnel) est au cœur du programme d'agrément. Bien que le document décrivant le processus d'agrément mentionne qu'il peut avoir une différence entre les programmes en fonction de leurs ressources, tous devraient s'assurer que la formation permette à leur étudiant de développer les 7 compétences nécessaires à la pratique de l'ergothérapie au Canada. Ainsi, comme il a été mentionné précédemment, l'*advocacy* est une habileté importante dans l'actualisation de certaines compétences. Principalement dans les

compétences d'expert en habilitation de l'occupation, de collaborateur et d'agent de changement. Elle peut aussi servir à assurer une qualité de soin en assurant le respect des droits des clients et à promouvoir le développement de la profession par la promotion de la place de l'ergothérapeute dans différents champs de pratique, ainsi qu'en plaidant pour la nécessité du développement des connaissances par la recherche.

2.5.2. Enseignement de l'*advocacy* dans les domaines de la santé

Radius (2009), mentionne qu'à sa connaissance, aucune étude sur l'enseignement de l'*advocacy* dans les cursus universitaires du domaine de la santé n'a été menée. En revanche, certains articles se penchent sur les éléments à couvrir lors de l'enseignement de l'*advocacy*. Tappe (2009) propose plusieurs points essentiels dans l'enseignement de l'*advocacy* auprès de futurs professionnels de la santé. Parmi ces recommandations, des professeurs qualifiés et passionnés par le sujet sont nécessaires. Il recommande aussi que l'étudiant puisse élaborer un plan en lien avec des actions et des démarches de revendications. L'étudiant devrait pouvoir implanter et évaluer ce plan. Les enseignements et les évaluations doivent être basés sur un modèle par compétence. De plus, les stratégies d'enseignement doivent être axées sur les habiletés de communication entre autres par l'écriture aux différents partis, les jeux de rôle, les débats, les discussions et les entrevues médiatiques simulées. Il est aussi suggéré d'avoir des conférenciers et des études de cas. Selon Tappe (2009), les thèmes à aborder devraient couvrir :

- 1- Les différentes terminologies en lien avec l'*advocacy* et l'éthique;
- 2- L'identification des enjeux exigeant des stratégies d'*advocacy*;
- 3- Les lois civiles et de santé publique;
- 4- Les processus d'implantation et les rôles des organismes non gouvernementaux;
- 5- La connaissance des ministres et du processus favorisant les discussions auprès de ceux-ci;
- 6- L'utilisation des médias;
- 7- L'étude des communautés.

De son côté, Mary Rudolf (2003) fait part de son expérience de création d'un cours offert aux étudiants en médecine pédiatrique pour développer leur capacité d'*advocacy*. Ainsi, elle propose que les notions doivent comprendre des thèmes pour : 1) favoriser la conscience de la problématique; 2) comprendre les cadres politiques; 3) connaître les théories du changement.

Pour se faire, elle propose des stratégies favorisant ces apprentissages (Tableau 3). L'auteure croit que plus de temps devrait être accordé à l'enseignement de cette matière. Elle suggère donc que les programmes implantent des entraînements où il est possible d'approfondir les connaissances et les habiletés d'*advocacy*. Elle mentionne qu'il serait important de développer du matériel d'enseignement et d'évaluation de cette compétence.

Pauline C. Hamel (2001) propose quant à elle que l'apprentissage en interdisciplinarité lors d'un projet en pratique communautaire permette de favoriser des apprentissages et répondre aux besoins de la communauté. Ce constat est fait à la suite d'une expérimentation auprès d'étudiants (n=21) provenant du *Boston University's Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences*. Ceux-ci ont participé à un projet de promotion de la santé auprès de personnes vulnérables dans un contexte réel. Ainsi, Hamel (2001) suggère que les étudiants doivent pouvoir participer à des projets dans lesquels ils doivent mettre en application des stratégies d'*advocacy* sur le plan politique dans le but de favoriser la santé et le bien-être. Elle propose donc de rassembler des étudiants de différentes disciplines de la santé dans le but de recevoir des enseignements afin de créer un programme de promotion de la santé. Les stratégies d'enseignement suggérées sont des lectures, des laboratoires, des cours magistraux, des jeux de rôles, l'évaluation des besoins de la clientèle et l'animation de séances une fois par semaine pendant dix semaines.

Tableau 3
Apprentissages et stratégies utilisées pour l'enseignement de l'advocacy selon Mary Rudolf (2003)

Apprentissages	Stratégies
1- Prendre conscience des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Journaux personnels; • Consultation des médias.
2- Comprendre les cadres politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Conférences par des membres du parlement; • Conférences de professionnels modèles en lien avec l'<i>advocacy</i>.
3- Comprendre comment le changement peut survenir	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de l'influence des médias et mise en pratique par : 1) la radio étudiante de l'université; 2) ateliers avec des journalistes; • Analyser les parties prenantes d'une problématique; • Développer un plan d'action et le mettre en application.

L'ensemble des auteurs des articles consultés souligne la pertinence de la mise en application d'un projet dans un environnement réel. D'ailleurs, Brzykcy, Geraci, Ortega, Trenary et McWilliams (2016), mentionnent que les stages sont des outils permettant d'appliquer la théorie et de voir les besoins dans des environnements réels. Ainsi, en appliquant les habiletés enseignées dans les institutions universitaires dans un contexte réel, les étudiants développeront des compétences d'*advocacy* et de leadership (Geraci, Ortega, Trenary et McWilliam, 2016). D'ailleurs, les étudiants semblent davantage percevoir la pertinence de l'utilisation de l'*advocacy* lorsqu'ils côtoient des personnes plus vulnérables et se heurtent aux réelles barrières organisationnelles, économiques et sociales (Hamel, 2001; Hansen, 2013; Long et coll., 2014).

Il existe très peu de littérature sur la préparation et le développement des professionnels de la santé en matière d'*advocacy* (Radius, 2009). Toutefois, quelques études empiriques ont été faites aux États-Unis (Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, 2006; DeLago et Gracely, 2007; Long et colls., 2014; Peluso, Seavey, Gonsalves et Friedland, 2007). Ces études avaient pour but de vérifier l'efficacité des enseignements offerts sur les habiletés d'*advocacy* des étudiants. Ces études proposent certaines stratégies d'enseignement de l'*advocacy* dans le domaine de la santé. En

comparant ces études, il est possible de constater que les heures accordées à l'enseignement de l'*advocacy* sont variables. Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, (2006) proposaient un programme de 100 heures en plus des heures consacrées à un projet d'*advocacy* tandis que Long et colls. (2014) proposaient un programme d'environ 20 heures. Les thèmes abordés dans ces études concernaient les différentes politiques et l'organisation des soins de santé et comment l'utilisation des médias pouvait être utilisée afin d'actualiser ses habiletés d'*advocacy* (Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, 2006; DeLago et Gracely, 2007; Long et coll., 2014; Peluso, Seavey, Gonsalves et Friedland, 2013). Pour l'ensemble des études, les résultats suggèrent que les effets des enseignements offerts ont contribué à améliorer le sentiment de compétence et la sensibilisation à l'importance de l'*advocacy* des participants. Très peu d'information reliée aux enseignants offrant ces cours était offerte. Toutefois, l'article de Cha, Ross et Sacajius (2006), mentionnait que des médecins spécialistes en *advocacy* étaient responsables de fournir ces cours. Pour ce qui est des méthodes d'enseignement pouvant être utilisées, 3 études sur 4 ont mentionné avoir utilisé des lectures (DeLago et Gracely, 2007; Long et coll., 2014; Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, 2006). De plus, l'utilisation de groupes de discussion et de débats soit, pour faire des retours ou échanger sur des situations fictives était utilisée par l'ensemble des études (Long et coll., 2014; Peluso, Seavey, Gonsalves et Friedland, 2013; Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, 2006). Finalement, trois études utilisaient l'élaboration d'un programme dans lesquels les étudiants devaient utiliser leurs habiletés d'*advocacy*. Ces programmes variaient selon les études d'une durée d'une à trois années (Peluso, Seavey, Gonsalves et Friedland, 2013; DeLago et Gracely, 2007; Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, 2006). Toutefois, à l'exception de l'étude de DeLago et Gracely (2007), aucun groupe contrôle n'a été utilisé. De plus, les auteurs n'ont pas mentionné quels étaient leurs cadres de référence ou sur quelles données probantes les méthodes d'enseignement à l'étude étaient basées. De plus, ces études présentaient un faible nombre de participants. Les résultats de celles-ci sont donc à prendre avec précaution puisque la méthodologie et le nombre de participants limitent le degré de scientificité de celles-ci.

2.5.3. Enseignement de l'*advocacy* en ergothérapie

En 1993, Elizabeth Townsend a mentionné lors du discours Muriel Driver que certains ergothérapeutes perçoivent leur pratique comme un procédé technique plutôt que de percevoir la portée sociale de la profession. Elle a mentionné que l'enseignement, le coaching et l'*advocacy* devraient permettre aux clients de s'engager dans leurs occupations. Elle a suggéré que les programmes d'ergothérapie soient davantage centrés sur la justice sociale plutôt qu'une approche médicale. Quelques années suivant la déclaration de Townsend, Dhillon et ses collaborateurs (2010) ont effectué une étude qualitative auprès de 13 ergothérapeutes canadiens afin de comprendre quelles raisons amenaient les ergothérapeutes à utiliser l'*advocacy*. Dans cette étude, une question concernait l'apprentissage de cette habileté. Les résultats démontrent que la majorité des participants n'avaient fait que de la sensibilisation à l'*advocacy* en ergothérapie lors de leur formation universitaire. L'apprentissage des habiletés d'*advocacy* s'est fait par expérience et à l'aide d'observation et de commentaires des collègues. De son côté, Walens et ses collaborateurs se sont penchés (1998) sur l'évaluation des programmes d'ergothérapie aux États-Unis. Ainsi, à la suite d'un *focus group* auprès d'ergothérapeutes, de professeurs et d'étudiants, ils ont relevé que les programmes devraient adresser davantage les systèmes politiques et légaux, les stratégies de marketing et de promotion de la profession et les stratégies d'*advocacy*. Ils mentionnent eux aussi que les programmes d'ergothérapie sont orientés davantage en fonction des institutions médicales et peu sur les milieux communautaires ayant pour effet que les étudiants ne se sentent pas prêts à œuvrer seul dans des milieux communautaires. Hammell (2015) souligne l'importance que les programmes universitaires d'ergothérapie fournissent les connaissances et les outils nécessaires pour surmonter les obstacles et les barrières limitant l'occupation et violant les droits occupationnels. Il est alors pertinent de se questionner sur la place de l'enseignement de l'*advocacy* en ergothérapie au Canada à l'heure actuelle puisque la majorité des constats datent de quelques années.

Tout comme les autres programmes dans le domaine de la santé, peu d'études empiriques ont été publiées concernant l'efficacité de l'enseignement de l'*advocacy* en

ergothérapie. À la suite de recherches effectuées par l'étudiante chercheuse, une seule étude empirique a pu être recensée. Il s'agit d'une étude de Hansen (2013). Celle-ci présente les résultats d'un projet mis en place à la suite du congrès de la fédération mondiale des ergothérapeutes de 2002 dans lequel Townsend et Wilcock ont mentionné un écart entre la théorie de justice occupationnelle et l'application de celle-ci dans la pratique. Ainsi, une étude de cas a été faite auprès de 54 étudiants de 4^e année d'un programme de 5 ans dans une université aux États-Unis. Le but du projet était de développer des pratiques probantes afin d'orienter et mettre en place la notion de justice occupationnelle. L'étude s'est déroulée sur deux sessions dans des milieux naturels auprès de personnes vulnérables (organismes communautaires). À la session d'automne, les notions théoriques étaient vues dans le but de mettre sur pieds une animation de groupe pour ces personnes. Celles-ci couvraient les thèmes suivants : 1) la justice occupationnelle; 2) l'*advocacy*; 3) les processus démocratiques; 4) les raisonnements cliniques; 5) les techniques de relation d'aide; 6) la résilience; 7) les besoins de la clientèle. Les heures de cours accordées à ce projet sont de deux heures par semaine pendant huit semaines. À la session d'hiver, les interventions élaborées par les étudiants sont mises en place par l'animation de groupe, et une section théorique demeure. Le nombre d'heures accordées aux enseignements n'y est pas mentionné, mais les étudiants devaient effectuer 1 à 2 heures d'animation de groupe par semaine pendant 10 semaines. Lors de la mise en application des animations de groupes, les étudiants devaient aussi élaborer un plan de revendication selon une perspective locale et nationale. De plus, des jeux de rôles et des visites aux membres de l'association américaine d'ergothérapie ont été faits afin d'obtenir des conseils sur des stratégies d'*advocacy*. Par la suite, les étudiants ont écrit et remis une lettre de remerciements aux députés. À la suite du projet de recherche, les étudiants ont augmenté leurs intérêts pour défendre les clients et la profession. Ils ont aussi amélioré leurs capacités de communication verbales et écrites, tout en actualisant leurs aptitudes d'*advocacy*. Les étudiants ont mentionné avoir augmenté leur sentiment de compétence à être un agent de changement. À la fin de l'étude, certains ont souhaité que plus d'ergothérapeutes mettent de l'avant leur compétence d'*advocacy*. Hansen (2013), mentionne qu'en étant sur le terrain, les étudiants ont une meilleure

compréhension des systèmes politiques et économiques, une meilleure compréhension de soi et des autres.

2.6. Pertinence de l'étude

Comme mentionné précédemment, peu d'études ont été faites sur l'enseignement de l'*advocacy* chez les professionnels de la santé et des services sociaux. La majorité des écrits en lien avec cette notion sont davantage des textes d'opinion soulignant une difficulté à mettre cette habileté en pratique ou bien d'un manque de connaissance face à ce sujet. La plupart des études empiriques ont été faites aux États-Unis et présentent une faible valeur scientifique. De plus, à la connaissance de l'étudiante chercheuse aucune étude n'a été faite dans le but de dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes canadiens d'ergothérapie. Ce projet de recherche permettra d'effectuer un état des lieux, permettant éventuellement que celui-ci permette d'ajuster la formation en ergothérapie pour assurer que les étudiants développent les compétences d'*advocacy* pour assurer des services de qualité, et conséquemment, faciliter l'engagement et la justice occupationnelle des clients.

2.7. Objectifs de l'étude et questions de recherche

Cette recherche vise deux objectifs. Le premier est de dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens et le deuxième est d'explorer les obstacles et les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*. Ainsi, les questions permettant de répondre à l'objectif de l'étude sont :

- 1- Comment enseigne-t-on l'*advocacy* dans les programmes?
- 2- Qui enseigne l'*advocacy*?
- 3- Quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*

3. CADRE CONCEPTUEL

Pour cet essai, le cadre conceptuel utilisé est celui de la théorie de l'apprentissage expérientiel de David Kolb (Kolb, 1984). Ce choix repose sur le fait que les objectifs de l'étude sont de dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie et d'explorer les obstacles et les facilitateurs à celle-ci. Cette théorie propose certains principes relatifs aux apprentissages. Ceci permettra d'analyser les résultats en fonction de cette théorie et de guider les discussions. Ainsi, la prochaine section vise à définir les concepts de l'apprentissage expérientiel et les différentes phases d'apprentissage.

3.1. Apprentissage expérientiel (Kolb, 1984)

Kolb (1984) propose une vision différente des théories d'apprentissage qui font habituellement référence à l'acquisition, la mémorisation et la manipulation de concept abstrait. De plus, il se différencie des théories de l'apprentissage comportemental ou l'aspect subjectif n'est pas considéré (Kolb, 1984).

Le terme d'apprentissage expérientiel dans la théorie de Kolb (1984) fait référence à un processus holistique dans lequel l'apprentissage émerge de la transformation des expériences. Par holistique, Kolb veut dire que l'apprentissage expérientiel comprend à la fois l'expérience, la perception, la cognition et les comportements lors de ce processus. Toutefois, le simple fait de vivre une expérience ne garantit pas l'apprentissage. Celle-ci doit être accompagnée d'un processus réflexif (Kolb, 1984).

Pour illustrer le processus d'apprentissage, Kolb propose un cycle qui comprend quatre phases soit l'expérimentation concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation et l'expérimentation active. L'apprenants doit traverser toutes les phases pour générer de nouvelles connaissances. Kolb suggère aussi qu'il existe deux dimensions dans celles-

ci. La première est la préhension qui comprend l'expérimentation concrète et la conceptualisation où l'apprenant cherche à percevoir et comprendre. La deuxième est la transformation qui comprend l'observation réfléchie et l'expérimentation active. Dans cette dimension, l'apprenant effectuera des réflexions et les mettra en application. Ainsi, selon Kolb (1984), les apprentissages ne peuvent être générés s'il n'y a pas d'opposition et de résolution de conflit entre les deux phases d'apprentissage. La Figure 1 ici-bas illustre le cycle de Kolb.

3.1.1. Expérimentation concrète

Selon Kolb, l'expérimentation concrète serait à la base de l'apprentissage. Ainsi, la personne est amenée à vivre une expérience nouvelle. Elle doit faire preuve d'ouverture et ne présenter aucun biais, c'est-à-dire que la manière dont elle agit est définie par les intuitions plutôt que par des connaissances préalablement déterminées.

3.1.2. Observation réfléchie

À la suite de l'expérimentation concrète, Kolb propose d'analyser l'expérience selon plusieurs angles. Cette analyse permettra d'avoir une meilleure compréhension de la situation vécue. Ce mode d'apprentissage peut aussi être appliqué alors que la personne fait une expérimentation ou observe quelqu'un.

3.1.3. Conceptualisation

La conceptualisation consiste à créer ou se référer à des concepts afin de trouver un sens à l'expérience vécue. Les concepts sont les différentes théories et les modèles conceptuels. Ainsi, lors de la conceptualisation, la personne cherche à entreprendre une situation de manière rationnelle. Pour ce faire, elle se réfère à des concepts et des théories pour s'engager dans une situation.

4.1.4. Expérimentation active

Finalement, la personne cherche à mettre les concepts et les théories qu'elle aura conçus lors des étapes précédentes pour agir lors d'une situation. Notamment pour résoudre des problèmes et prendre des décisions.

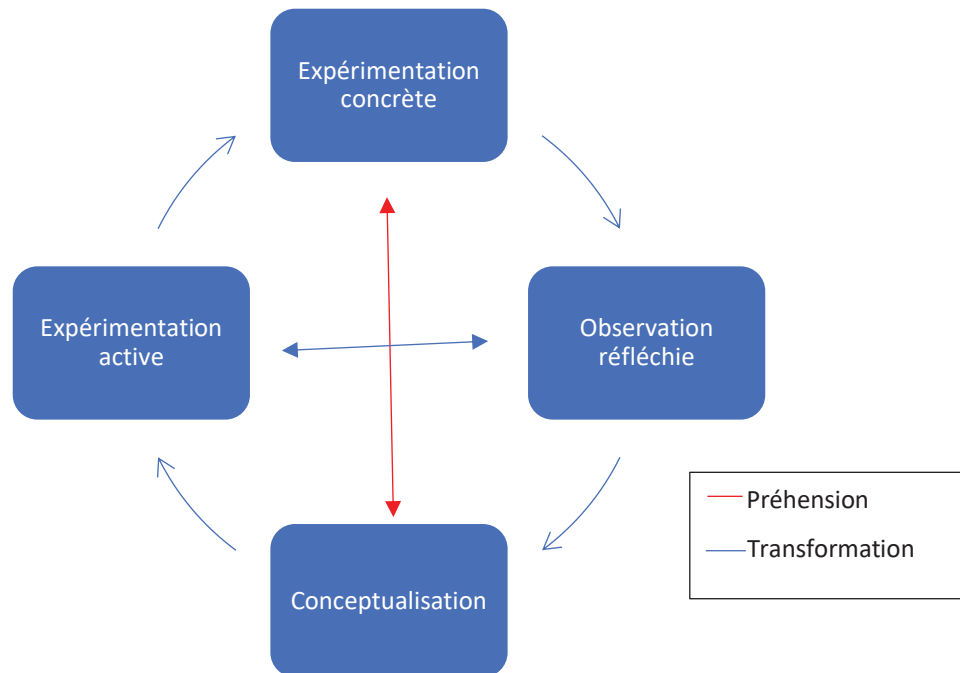


Figure 1. Représentation du cycle de Kolb (Kolb, 1974)

4. MÉTHODOLOGIE

Cette section est destinée à démontrer la méthode utilisée pour cette étude. Elle comprend, notamment le devis de recherche utilisé, la description du recrutement des participants, le format de la collecte et de l'analyse des données. Finalement, cette section se terminera par les démarches entreprises afin de s'assurer du caractère éthique de la recherche.

4.1. Devis

La présente recherche s'est inscrite dans un paradigme pragmatique. Ce type de paradigme est un mélange entre les paradigmes post-positiviste et naturaliste (Fortin et Gagnon, 2010). Ainsi, il peut y avoir une réalité objective qui a trait à l'enseignement de l'*advocacy*, mais il peut aussi y avoir une réalité sociale s'y rattachant (Fortin et Gagnon, 2010). Ainsi, en suivant ce paradigme, la croyance que plusieurs types de données permettent une compréhension plus exhaustive du problème est adoptée. L'avancement des connaissances et l'amélioration de la pratique en ergothérapie sont alors priorisés (Fortin et Gagnon, 2010).

Plus précisément, une enquête descriptive mixte transversale a été sélectionnée. L'enquête descriptive a comme objectif de « recueillir de l'information factuelle sur un phénomène existant, de décrire des problèmes, d'apprécier des pratiques courantes et de faire des comparaisons et des évaluations » (Fortin, 2010, p.293). De plus, selon Fortin et Gagnon (2010), la recherche descriptive s'avère un bon moyen d'aborder « des phénomènes peu connus et peu étudiés dans les travaux de recherche » (p.291). Il s'avérait donc d'un bon devis pour cette étude puisqu'à la connaissance de l'étudiante chercheuse, il s'agissait de la première étude s'intéressant à l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie au Canada. Par ce fait, des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et ont permis de mieux décrire l'enseignement de l'*advocacy* et d'explorer les obstacles et facilitateurs à celui-ci.

4.2. Participants

Le but de la recherche était de déterminer quel est l'enseignement offert aux étudiants en ergothérapie dans les universités canadiennes. Ainsi, les participants potentiels à la recherche étaient les 14 universités canadiennes offrant le programme d'ergothérapie. Celles-ci devaient répondre au critère d'inclusion suivant :

1. Avoir un programme d'ergothérapie menant à l'exercice de la profession d'ergothérapeute. [Depuis 2008, une maîtrise en ergothérapie est nécessaire pour être ergothérapeute (ACE, n,d)].

4.2.1. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage retenue pour cette étude était un échantillonnage par choix raisonné (Fortin et Gagnon, 2010). Notamment, des critères précis présentés dans la section participants ont été sélectionnés pour s'assurer que les résultats soient représentatifs du phénomène à étudier. Aussi, l'échantillonnage par réseau (Fortin et Gagnon, 2010) a eu lieu dans un deuxième temps. Notamment, les directeurs de programme ou les enseignants connus par une des deux directrices de cet essai ont été sollicités pour participer à la recherche. Par la suite, ceux-ci devaient consulter leurs collègues pouvant fournir des informations quant à l'enseignement de l'*advocacy*.

4.2.2. Processus de recrutement

Afin d'identifier la population cible, le site web de l'association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE) a été consulté. Les directeurs de programmes ainsi que leurs adresses courriel ont été répertoriés.

Une des deux directrices de l'étude connaissait des professeurs dans certains programmes universitaires. Un courriel a donc été acheminé aux directeurs de programmes et aux enseignants identifiés. Dans ce courriel, les directeurs de programmes et les professeurs identifiés étaient invités à participer à la recherche et à contacter le corps professoral pouvant aider à répondre au questionnaire ayant trait à l'enseignement de l'*advocacy* dans leur

institution. Un premier courriel a été envoyé en février 2016, puis un courriel de relance a été fait en mars 2016 aux universités n'ayant pas données de réponses. Pour ce qui est du programme dans lequel l'étudiante-chercheuse étudie, une des deux directrices de l'essai s'est assurée de faire parvenir les informations au sein du corps professoral.

4.3. Collecte de données

4.3.1. Déroulement

Comme mentionné précédemment, un courriel avait été envoyé aux directeurs de programme d'ergothérapie et aux professeurs connus par la directrice de l'essai, dans lequel on retrouvait la présentation de la recherche et le questionnaire en pièce jointe. Par la suite, ceux-ci devaient consulter les membres de leur personnel afin de pouvoir le remplir. Un seul questionnaire par université devait être renvoyé à l'adresse courriel de l'étudiante-chercheuse.

4.3.2. Questionnaire

Étant donné les barrières géographiques, l'outil sélectionné pour cette recherche était un questionnaire maison électronique ce qui permettait d'augmenter la population accessible. Celui-ci est décrit plus bas. Puisque le Canada est un pays bilingue, il est normal que les programmes universitaires canadiens d'ergothérapie soient offerts parfois en anglais, parfois en français. Ainsi, une traductrice avait proposé une version anglophone du questionnaire qui a, par la suite, été révisée par l'étudiante-chercheuse et une des deux directrices de l'essai, afin de s'assurer que les termes liés à l'ergothérapie étaient traduits justement.

Le questionnaire utilisé pour cette recherche avait été conçu à l'aide des connaissances de l'étudiante-chercheuse et d'une de ses deux directrices de recherche. Il avait été élaboré sur la base des écrits et de leurs expériences personnelles puisqu'aucun questionnaire n'abordait ce sujet. Le questionnaire contient cinq sections réparties en vingt-cinq questions. Les deux premières sections s'intéressaient respectivement aux caractéristiques du programme (nom de l'université, le nom du programme et la durée du programme) et aux caractéristiques des répondants du questionnaire (le titre qu'ils exercent sein du programme et les années

d'expérience au sein de celui-ci). La troisième et la quatrième partie du questionnaire permettaient quant à elles de recueillir des données quantitatives sur l'enseignement de l'*advocacy* offert dans les programmes universitaires canadiens d'ergothérapie. Les questions qu'on y retrouvait dans les deux sections sont identiques (cote des cours, session à laquelle les cours sont offerts et s'ils sont obligatoires ou facultatifs, le nombre d'heures accordées à l'*advocacy*, la formation des enseignants offrant les cours, quels rôles reliés à l'*advocacy* sont abordés [1) défendre les droits, les intérêts ou les besoins des clients et de leur famille; 2) promouvoir la santé, le bien-être ou l'équité pour des clients et leur famille; 3) argumenter pour convaincre un tiers; 4) promouvoir la profession; 5) revendiquer pour des politiques sociales favorisant la santé, le bien-être ou l'équité.], les modalités pédagogiques utilisées et les référents théoriques utilisés). Toutefois, la section 3 s'intéresse à l'enseignement de la sensibilisation à l'*advocacy* et la section 4 à l'enseignement de stratégies d'*advocacy*. Puisque dans la littérature, il est mentionné que les fondements de l'*advocacy* sont enseignés, mais que parfois l'application et l'apprentissage de stratégies concrètes peuvent laisser à désirer (Fleming, 2015; Hansen, 2013; King et Curtin, 2014). Il a été jugé nécessaire de séparer ces deux notions dans le questionnaire afin de différencier ces enseignements pour mieux répondre aux questions de l'étude. Finalement, la section 5 permettait de recueillir des informations qualitatives sur l'enseignement de l'*advocacy* (les facilitateurs et les obstacles vécus à l'enseignement de l'*advocacy*, s'il y a assez d'outils pour soutenir l'enseignement de l'*advocacy* et sinon, quelles sont les suggestions pour améliorer ce déficit et finalement, toutes autres éléments que les participants souhaitent partager en lien avec l'enseignement de l'*advocacy*.) Les questionnaires francophones et anglophones se retrouvent respectivement à l'annexe A et B.

4.4. Analyse des données

Les deux premières parties du questionnaire permettaient d'identifier les caractéristiques du programme et des répondants. L'analyse de ces sections s'est faite par des distributions de fréquence et est présentée sous la forme de tableau.

Afin de dresser un portrait actuel de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes universitaires canadiens d'ergothérapie, l'analyse statistique descriptive a été sélectionnée. Notamment, cette méthode sera utilisée pour la 3^e et 4^e partie du questionnaire. Plus précisément, des distributions des fréquences ont été effectuées pour l'ensemble des questions. Pour les réponses qualitatives (modalités pédagogiques), des catégories ont été établies. Ainsi, le type de ces distributions de fréquence a été groupé pour procéder à l'analyse. L'ensemble de ces analyses sont présentées sous la forme de figures et de tableaux. De plus, l'utilisation des mesures de tendance centrales telles que le mode, la moyenne puis une mesure de dispersion telle que l'étendue ont été utilisées pour décrire l'enseignement et répondre à la question de recherche.

Pour faire l'analyse de la dernière section, une analyse qualitative subjective et interprétative a eu lieu. La stratégie de révision de texte (Fortin et Gagnon, 2010) a été utilisée. Celle-ci consiste à trouver des segments de texte qui proposent une signification dans le contexte de l'étude, c'est-à-dire les obstacles et les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*. Par la suite, ces segments sont interprétés dans le but d'identifier des catégories qui donnent du sens aux données recueillies (Fortin et Gagnon, 2010). Ainsi, il a été possible de cerner les perceptions des participants face à l'enseignement de l'*advocacy* et pouvoir répondre à la question de recherche.

4.5. Considérations éthiques

Une évaluation du protocole de la recherche a été faite par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières lors de la 219^e réunion en décembre 2015. Toutefois, le comité a jugé qu'un certificat d'éthique n'était pas nécessaire pour cette recherche, car les institutions universitaires ne représentent pas des êtres humains selon la dernière édition de l'Énoncé de politique des trois conseils (EPCT2, 2014). La lettre contenant leur réponse se retrouve en annexe.

Toutefois, les participants ont été informés que le renvoi du questionnaire signifiait qu'ils donnaient leur consentement pour participer à l'étude. Les participants étaient libres de se retirer de la recherche à n'importe quel moment et étaient libres de ne pas répondre aux questions. Les données ont été conservées dans un fichier protégé par un mot de passe dans l'ordinateur de l'étudiante chercheuse.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats obtenus lors de cette étude. Ainsi, les résultats d'analyses descriptives sur les programmes participants et la tenue des cours portant sur l'*advocacy* seront présentés. Dans un deuxième temps, les résultats concernant la perception des programmes quant aux obstacles et facilitateurs de l'enseignement de l'*advocacy* seront exposés.

5.1. Description des informateurs et des programmes participants

Tout d'abord, parmi les quatorze programmes sollicités, huit programmes ont participé à cette étude (57 %). Parmi ces programmes, quatre étaient situés en Ontario et quatre au Québec. Les programmes offraient parfois la formule du baccalauréat et de la maîtrise et d'autres, seulement le programme de maîtrise en ergothérapie. Les sessions d'enseignement offertes aux étudiants variaient entre 6 et 12. Bien que nous ayons spécifié de n'envoyer qu'un seul questionnaire par programme, deux programmes ont fait parvenir respectivement 2 et 5 questionnaires complétés par différents informateurs. Toutefois, l'analyse a été faite en compilant les données de l'ensemble des questionnaires pour un programme. La présentation des données descriptives des programmes participants se retrouve dans le Tableau 4 ici-bas.

Tableau 4.
Présentation des données descriptives des programmes participants

Programmes participants	Province		Formule du programme		Nombre de sessions		Nombre de questionnaires reçus
	Ontario	Québec	Bacc-Maîtrise	Maîtrise	6 À 9	10 À 12	
n=8	n=4	n=4	n=4	n=4	N=5	N=3	13

Les informateurs qui ont coordonné et renvoyé le questionnaire à l'étudiante chercheuse afin de fournir les données pour leur programme occupaient des fonctions différentes au sein de celui-ci. Aussi, le nombre d'années d'expérience au sein du programme variait entre 1 et 24 ans. Les informations quant à chacun des informateurs se retrouvent dans le Tableau 5 ici-bas.

Tableau 5.
Présentation des données descriptives des informateurs

Fonction au sein du programme	Directeur ou directeur adjoint du programme	3
	Professeur	6
	Chargé de cours	3
	Membre du comité de coordination du cursus universitaire	1
Année (s) d'expérience au sein du programme	20-24 ans	3
	15-19 ans	2
	10-14 ans	2
	5-9 ans	5
	0-4 ans	1

5.2. Nombre de cours abordant l'*advocacy*

Une information a limité la qualité de l'analyse des données. Notamment, un participant a mentionné que les stages 3, 4 et 5 étaient utilisés pour enseigner des stratégies d'*advocacy*. Toutefois, l'informateur ne pouvait déterminer quelles étaient les proportions accordées à celles-ci et que cela pouvait varier selon les milieux de stage. Ainsi, ces cours n'ont pas été retenus dans l'analyse des résultats.

Parmi les programmes participants, le nombre de cours consacré à l'*advocacy* est très hétérogène. Un participant aborde cette notion dans plus de 13 cours tandis qu'un autre ne l'enseigne que dans un cours et celui-ci est optionnel. Il est aussi possible de constater que les cours portant sur la sensibilisation à l'*advocacy* sont plus nombreux que les cours abordant les stratégies d'*advocacy*, et ce, pour l'ensemble des participants à l'exception d'un. De plus, deux participants n'offrent aucun cours portant sur les stratégies d'*advocacy* au sein de leur cursus universitaire. Cependant, un de ceux-ci a mentionné que des cours relatifs aux stratégies d'*advocacy* étaient en construction lors de la collecte de données. Les Figures 2 et 3 illustrent le nombre de cours abordant l'*advocacy* pour tous les programmes (Figure 2) et pour chaque programme (Figure 3). Certains cours abordaient à la fois la sensibilisation à l'*advocacy* et les stratégies d'*advocacy*. Ainsi, le nombre de cours total accordé à l'*advocacy* peut être inférieur

lorsqu'on additionne le nombre de cours dans lesquels sont abordées la sensibilisation et les stratégies d'*advocacy*.

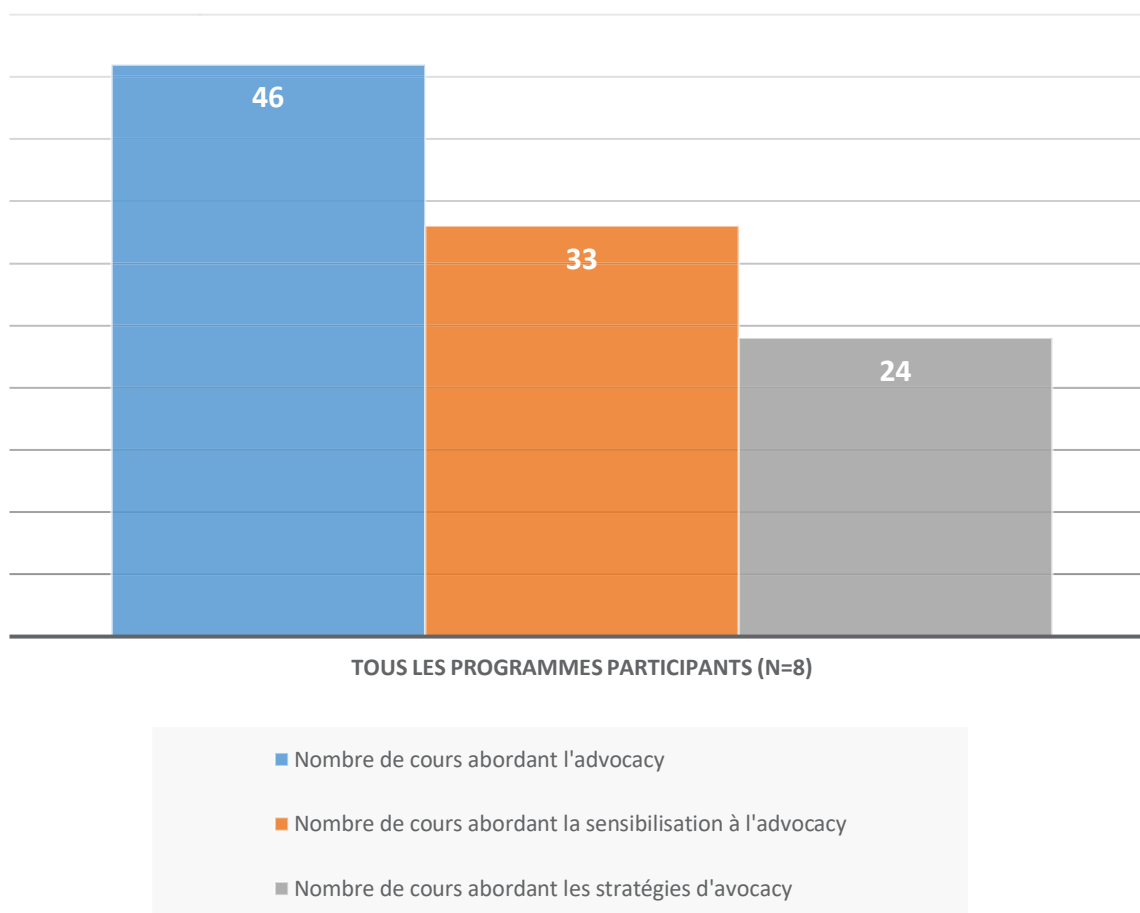


Figure 2. Nombre de cours abordant l'*advocacy*, la sensibilisation et les stratégies d'*advocacy* pour tous les programmes participants

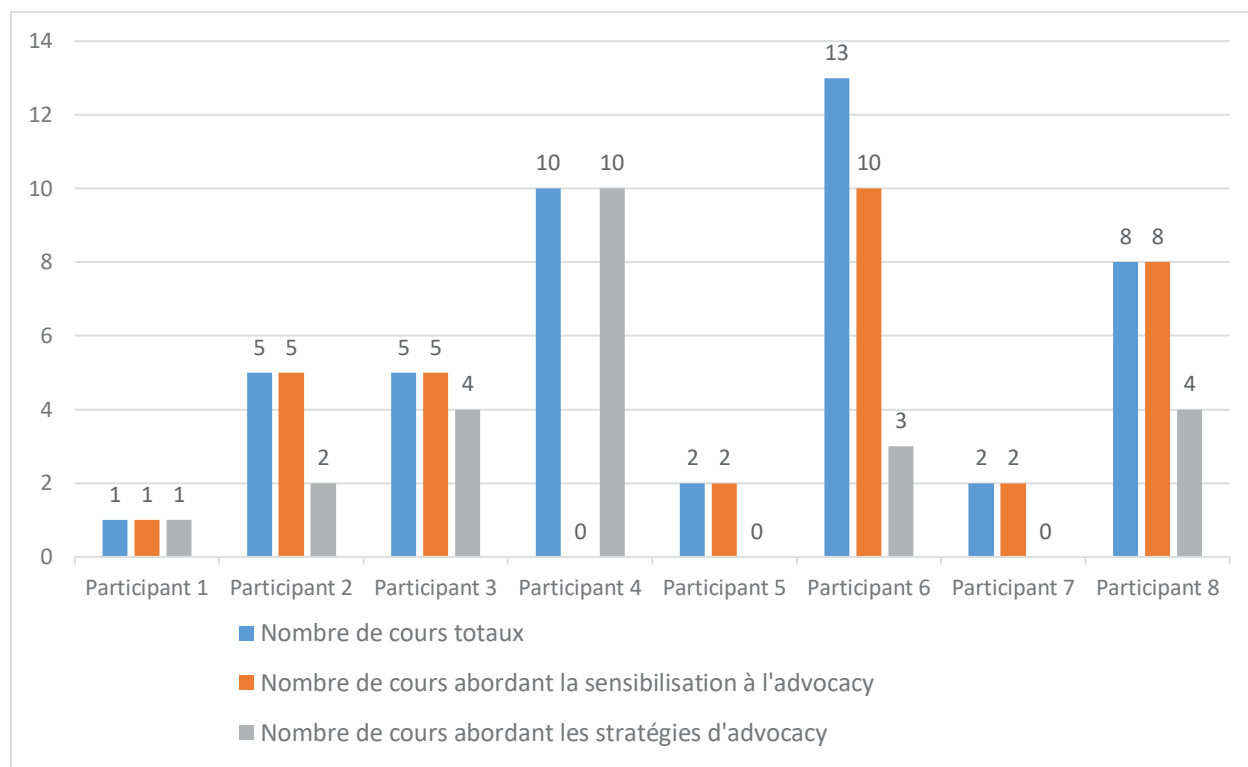


Figure 3. Nombre de cours abordant l'advocacy, la sensibilisation et les stratégies d'advocacy selon chaque programme participant

5.3. Cours obligatoires et facultatifs

La majorité des programmes participants offrent des cours obligatoires dans lesquels il y a des notions d'advocacy, et ce, que ce soit pour la sensibilisation ou les stratégies d'advocacy. Cependant, un programme se démarque des autres en offrant qu'un seul cours optionnel au travers de tout le cursus universitaire. Ainsi, les analyses suggèrent que 75 % des étudiants ont tous accès à quelques notions sur la sensibilisation à l'advocacy. En ce qui concerne les stratégies d'advocacy, 63 % des étudiants reçoivent des enseignements les abordant puisqu'au moins un cours obligatoire relié à l'enseignement de cette matière est offert dans leur institution.

5.4. Heures accordées à l'enseignement de l'advocacy

Tout comme le nombre de cours, les heures d'enseignements accordées à l'advocacy sont très variables d'un programme à l'autre. Toutefois, un portrait n'a pu être dressé. Premièrement, des données étaient manquantes dans les questionnaires. Deuxièmement, certains programmes

participants mentionnaient que les cours pouvaient aborder à la fois la sensibilisation à l'*advocacy* et les stratégies d'*advocacy*. Par ce fait, il ne leur était pas possible de départager le temps accordé à chacun. Ils ont donc inscrit le même nombre d'heures. Troisièmement, les heures de stages n'ont pas été comptabilisées puisqu'il était impossible d'identifier combien de temps était consacré à l'*advocacy* au travers de ceux-ci. C'est pourquoi la différence entre le nombre d'heures accordées aux enseignements visant la sensibilisation à l'*advocacy* et les enseignements de stratégies d'*advocacy* ne peut être analysée.

Malgré qu'il ne soit pas possible d'effectuer des calculs précis, il est possible de constater que les heures accordées à la sensibilisation à l'*advocacy* peuvent varier d'un programme participant à l'autre. Notamment, l'étendue est de 98 heures. La même conclusion peut être faite avec les heures de cours consacrées à l'enseignement de stratégies d'*advocacy*. L'étendue est de 55 heures.

5.5. Formation des enseignants offrant les enseignements d'*advocacy*

Les cours sont offerts par des personnes ayant des formations variées. Il n'est toutefois pas possible de répondre précisément à cette question de recherche puisque certaines informations étaient manquantes. Notamment, la plupart des participants ont répertorié le degré de scolarité des enseignants, mais n'ont pas précisé dans quel domaine cette formation avait été faite. Cependant, pour les participants qui ont précisé ce détail, on retrouve des enseignants qui détiennent un Doctorat, une Maîtrise ou un Baccalauréat. Les champs d'expertise des enseignants se rattachent à la promotion de la santé, à la pédiatrie sociale, à la santé communautaire, aux sciences de la réadaptation, à la réadaptation en retour au travail, à l'éducation, à la gestion des organisations et la philosophie. Il n'y a pas de différence entre la formation des enseignants offrant les enseignements en lien avec la sensibilisation à l'*advocacy* ou les stratégies d'*advocacy*. Lorsqu'un programme offrait les enseignements de sensibilisation et de stratégies, la formation des enseignants (doctorat, maîtrise, baccalauréat) était similaire en proportion. Cependant, d'un programme à l'autre, la formation des enseignants qui donnent les cours varie. Notamment, 38 % des programmes avaient un mélange d'enseignants détenant un

doctorat ou une maîtrise, 25 % ayant uniquement un doctorat, 25 % des enseignants ergothérapeutes et 13 % par un mélange entre des enseignants ayant un doctorat et des ergothérapeutes cliniciens.

5.6. Habiletés abordées dans les enseignements

Les Tableaux 6 et 7 présentent quelles habiletés sont abordées par les participants en fonction des enseignements à la sensibilisation à l'*advocacy* et l'enseignement des stratégies d'*advocacy*. L'habileté la plus abordée par l'ensemble des participants est la défense des droits, des intérêts ou des besoins des clients et de leur famille, et ce, pour la sensibilisation à l'*advocacy* (26,43 %) et les stratégies d'*advocacy* (33,90 %). L'habileté 3 qui vise à convaincre un tiers payeur est celle qui est la moins abordée lors de la sensibilisation à l'*advocacy* par l'ensemble des participants (12,64 %). D'un autre côté, l'habileté 4 qui réfère à la promotion de la profession est la moins abordée lors des enseignements des stratégies d'*advocacy* (10,16 %).

Tableau 6.

Représentation des habiletés couvertes dans les cours abordant la sensibilisation à l'advocacy

	Total des cours dans lesquels est abordée l'habileté pour l'ensemble des participants	Proportion des fois où l'habileté est abordée dans les cours portant sur la sensibilisation à l'advocacy (%)	Proportion de l'enseignement de l'habileté sur l'ensemble des habiletés couvertes pour la sensibilisation à l'advocacy (%)
Habilité 1 : Défense des droits, intérêts ou besoins des clients et de leur famille	23	69,70	26,43
Habilité 2 : Promotion de la santé, du bien-être ou de l'équité pour des clients et leur famille	20	60,60	22,98
Habilité 3 : Argumentation visant à convaincre un tiers payeur	11	33,33	12,64
Habilité 4 : Promotion de la profession	17	51,51	19,54
Habilité 5 : Revendication pour des politiques sociales favorisant la santé, le bien-être ou l'équité	16	48,48	18,39

Tableau 7.

Représentation des habiletés couvertes dans les cours abordant les stratégies d'advocacy

	Total des cours dans lesquels est abordée l'habileté pour l'ensemble des participants	Proportion des fois où l'habileté est abordée dans les cours portant sur les stratégies d'advocacy (%)	Proportion de l'enseignement de l'habileté sur l'ensemble des habiletés couvertes pour les stratégies d'advocacy (%)
Habilité 1 : Défense des droits, intérêts ou besoins des clients et de leur famille	20	83,33	33,90
Habilité 2 : Promotion de la santé, du bien-être ou de l'équité pour des clients et leur famille	11	45,83	18,64
Habilité 3 : Argumentation visant à convaincre un tiers payeur	7	29,17	11,86
Habilité 4 : Promotion de la profession	6	25,00	10,16
Habilité 5 : Revendication pour des politiques sociales favorisant la santé, le bien-être ou l'équité	15	62,50	25,42

5.7. Modalités d'enseignement

Une variété de modalités d'enseignement est utilisée pour enseigner l'advocacy. Les Tableaux 8 et 9 illustrent les modalités utilisées pour l'enseignement visant la sensibilisation à l'advocacy (Tableau 8) et les stratégies d'advocacy (Tableau 9). Pour le Tableau 8, les analyses des données ont été faites à partir de 7 participants étant donné qu'un des participants n'enseignait pas de matière relative à la sensibilisation de l'advocacy. Pour le Tableau 9, les résultats découlent de l'analyse des données à partir de 6 participants pour les mêmes raisons.

Pour l'ensemble des programmes participants, les modalités d'enseignement les plus fréquentes sont les apprentissages par situation clinique/projet, les lectures et les cours

magistraux en ce qui concerne la sensibilisation à l'*advocacy*. Pour les enseignements des stratégies d'*advocacy*, ce sont les mêmes modalités qui sont utilisées, en plus de stages. Ainsi, les résultats démontrent qu'il n'y a pas une grande différence entre les modalités d'enseignement pour la sensibilisation à l'*advocacy* et les modalités d'enseignement des stratégies d'*advocacy*. La seule modalité d'enseignement qui diffère entre les stratégies d'enseignement à la sensibilisation et aux stratégies d'*advocacy* est le recours à des outils de promotions de l'ergothérapie qui étaient utilisés pour favoriser la sensibilisation.

Certains programmes ont fourni plus de détails concernant les modalités utilisées. Notamment, le contenu de certains travaux écrits a été précisé. Pour un participant, il s'agit 1) d'évaluer les besoins d'une clientèle vulnérable et d'élaborer un programme de promotion de la santé pour celle-ci; 2) de développer des plaidoiries; 3) d'élaborer une carte conceptuelle argumentative en lien avec la prise de décision éthique. Aussi, des précisions quant au sujet des débats ont été données. Il s'agit de la place de la réadaptation à base communautaire. D'autres précisions portent sur les modalités des présentations orales. Notamment, les étudiants doivent présenter les meilleures pratiques en fonction des guides de pratiques de manière à convaincre l'auditoire d'adopter celles-ci. De plus, un programme participant a précisé le contenu des présentations de conférenciers. Celles-ci font référence à des ergothérapeutes illustrant la place de l'*advocacy* dans leurs pratiques quotidiennes. Finalement, les outils de promotions de l'ergothérapie consistent en des activités menées par les étudiants en dehors des heures de cours. Parmi celles-ci, il y a la tenue d'un kiosque lors du mois de l'ergothérapie, des discussions avec les étudiants des autres programmes de l'université et la création d'outils promotionnels pour faire connaître la profession.

Tableau 8.
Modalités d'enseignement utilisées pour les enseignements relatifs à la sensibilisation à l'advocacy

Modalités d'enseignement	Nombre de participants qui utilisent ces modalités
Apprentissage par situations cliniques	7
Lectures	6
Cours magistraux	5
Stages/Jeux de rôles et débats	4
Travaux écrits	3
Laboratoires/Présentation orales/Présentation de conférenciers/Vidéos	2
Activités introspectives/Activités de promotions de la profession	1

Tableau 9.
Modalités d'enseignement utilisées pour les enseignements relatifs aux stratégies d'advocacy

Modalités d'enseignement	Nombre de participants qui utilisent ces modalités
Apprentissage par situations cliniques/Cours magistraux/Lectures/Stages	4
Jeux de rôles/Travaux écrits	3
Laboratoires	2
Activités introspectives/Présentations orales/Présentation de conférenciers/Vidéos	1

5.8. Obstacles à l'enseignement de l'advocacy

Pour les questions visant à répondre à cet objectif de recherche, un participant n'a pas répondu à ces questions. Ainsi, les résultats découlent de l'analyse de 7 participants.

5.8.1. Les outils pour soutenir l'enseignement de l'advocacy

Un peu plus de la moitié des participants (57 %) ont mentionné qu'il n'y avait pas assez d'outils pour soutenir l'enseignement de l'advocacy. Notamment, il y a un manque de connaissances sur les outils pédagogiques et les bonnes pratiques de l'enseignement de l'advocacy en ergothérapie. Ainsi, il faut se référer aux écrits des sciences humaines et sociales. De plus, certains participants ont mentionné qu'ils aimeraient avoir accès à des modèles d'ergothérapeutes qui travaillent sur plusieurs aspects autant sur le plan politique que pour la promotion de la profession ou des droits des clients. D'ailleurs, les participants identifient qu'il

devrait y avoir davantage d'étude de cas ou de vidéos démontrant des actions d'*advocacy* afin de pouvoir les présenter aux étudiants. De plus, un participant a souligné que l'*advocacy* était peu abordée dans les congrès d'ergothérapie. Bien qu'un peu plus de la moitié des participants aient mentionné qu'il n'y avait pas assez d'outils pour favoriser l'enseignement de l'*advocacy*, deux participants croient plutôt qu'il existe des outils pour enseigner l'*advocacy*. Notamment, des ouvrages sont présentés : 1) *Occupational justice's intents and impacts. From personal choices to community consequences* de Thibeault (2012) et 2) *ABC de l'argumentation : pour les professionnels de la santé et tout autre personne qui souhaite convaincre* de Drolet, Lalancette et Caty (2015). D'ailleurs, un des participants qui a identifié un manque de littérature sur l'*advocacy* et son enseignement a aussi mentionné que celle-ci s'améliorait depuis quelques années.

5.8.2. Composition des programmes d'ergothérapie

Un autre des facteurs limitant l'enseignement de l'*advocacy* relevé par 57 % des participants est le manque de temps. Celui-ci est causé par des cursus universitaires chargés. Ainsi, il est difficile d'ajouter des enseignements relatifs à l'*advocacy* à celui-ci sans atteindre les enseignements axés sur des compétences cliniques ou de recherche. Un participant a rapporté que l'*advocacy* n'est pas prévue dans la matière à couvrir dans les cours, elle est abordée de manière implicite lors des cours d'éthiques si les étudiants se questionnent. Aussi, dans un autre programme participant, il y aurait 25 % des cours accordés à la méthodologie et aucun cours obligatoire portant sur l'*advocacy*. D'ailleurs, ce participant a identifié que les balises pour déterminer les heures d'enseignement de l'*advocacy* n'étaient pas déterminées pour encadrer le nombre d'heures nécessaires à l'enseignement de cette habileté. Aussi, un manque de temps pour mettre en application les notions théoriques en pratique dans des milieux naturels a été soulevé.

5.8.3. Peu d'expérience en milieux naturels

Certains programmes participants ont souligné que les étudiants avaient peu de possibilités de mettre en application leurs habiletés dans des situations réelles (n=3). En plus du manque de temps, la mise en application des habiletés d'*advocacy* dans des expériences cliniques peut être limitée par un manque de superviseurs de stage qui a une bonne connaissance des habiletés d'*advocacy*. Un autre participant, quant à lui, propose qu'il soit difficile de mettre les notions enseignées en pratique en raison du contexte de pratique actuel dans lequel le rythme de travail est très rapide.

5.9. Facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*

5.9.1. Valeurs du programme

Le principal facilitateur évoqué par 71 % des informateurs est l'appui du programme et la croyance que l'*advocacy* est une habileté importante chez les ergothérapeutes. Pour un des informateurs, celui-ci a été formulé à la négative. Identifiant les valeurs du programme comme étant un obstacle puisque l'ensemble de celui-ci ne trouvait pas pertinent de consacrer des heures d'enseignement afin d'aborder l'*advocacy*. De plus, certains participants ont mentionné que les fondements de l'ergothérapie et certains modèles théoriques s'harmonisaient bien au concept d'*advocacy* ce qui favorisait l'intégration de cette matière dans les enseignements.

5.9.2. Orientations professionnelles claires

Un autre facteur qui a pour effet de faciliter l'enseignement de l'*advocacy* est le fait que l'ACE et les ordres provinciaux ont des positions claires face à certains sujets notamment les problèmes de dysphagie. Ainsi, ils mentionnent qu'il est plus facile de faire leurs enseignements et aborder les enjeux éthiques rencontrés. De plus, un participant a mentionné que l'*advocacy* était un sujet d'actualité dans les discours de l'ACE plus particulièrement au sujet de la promotion de la profession.

5.9.3. Expérience et intérêts des enseignants

Ensuite, le fait d'avoir des enseignants ayant une expertise et de l'intérêt envers cette matière a été soulevé par plus de la moitié des participants (57 %). Notamment, les enseignants ayant vécu des expériences dans lesquels ils ont côtoyé des clients vulnérables et ont mis en place des activités de revendications ont contribué à modifier leur vision de ce qu'est un ergothérapeute. Ainsi, la motivation d'enseigner cette matière est entretenue par ces expériences.

5.9.4. Vivre des expériences cliniques

Finalement, des participants ont abordé la nécessité de vivre des expériences sur le terrain (n=3). Bien que ce soit davantage un facilitateur à l'apprentissage plutôt qu'à l'enseignement de l'*advocacy* cette information est intéressante. Notamment, les facilitateurs à la mise en place de ces expériences sont le partenariat avec des organismes communautaires, des stages en milieux émergents et la présence d'une clinique universitaire d'ergothérapie ayant une approche populationnelle. D'ailleurs, en ce qui concerne la clinique, un participant mentionnait qu'en plus de faire vivre des expériences aux étudiants, cela pourrait éventuellement permettre d'effectuer des recherches sur les techniques d'*advocacy*. Aussi, un informateur a ajouté que le fait de faire des expérimentations sur le terrain permettait aux étudiants d'avoir une vision plus globale en ayant à côtoyer toutes sortes d'acteurs dans les organismes. Ainsi, les étudiants ne sont pas uniquement soumis à l'*advocacy* d'un point de vue des professionnels de la santé.

6. DISCUSSION

Dans cette section, un rappel des questions et des objectifs de la recherche sera effectué suivi d'un résumé des résultats de recherche obtenus. Par la suite, les résultats seront discutés en fonction du cadre théorique de l'étude et plus précisément en fonction des quatre phases d'apprentissage proposées par Kolb (1984). Puis les forces, les limites et les retombées de l'étude seront présentées.

6.1. Retour sur les questions et objectifs de la recherche

Afin d'entamer la discussion sur les résultats obtenus, un retour sur les questions et les objectifs de recherche est pertinent. Tout d'abord, le premier objectif était de dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens. Le deuxième objectif de recherche était d'explorer les obstacles et les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*. Les questions de recherche étaient les suivantes :

- 1- Comment enseigne-t-on l'*advocacy* dans les programmes?
- 2- Qui enseigne l'*advocacy*?
- 3- Quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*?

La réponse à ces questions sera faite à la lumière de la théorie par l'apprentissage expérientiel et les quatre phases d'apprentissages de Kolb (1984).

6.2. Résumés des résultats

Les résultats de cette étude suggèrent qu'une hétérogénéité est présente au travers des différents programmes participants en ce qui concerne l'enseignement de l'*advocacy*. Notamment, en ce qui a trait au temps et aux nombres de cours qui lui sont accordés.

Les résultats suggèrent qu'à l'exception d'un programme participant, les enseignements sont davantage axés sur la sensibilisation à l'importance de l'*advocacy* plutôt que sur les stratégies d'*advocacy*. De plus, les modalités d'enseignements utilisées varient d'un programme participant à l'autre.

Pour les participants ayant spécifié les spécialités des enseignants, la plupart des enseignants qui offrent ces cours ont majoritairement une formation connexe à l'*advocacy* (en promotion de la santé, philosophie, santé communautaire, gestions des organisations, pédiatrie sociale). Bien que les enseignants soient qualifiés, des obstacles ont été identifiés face à l'enseignement de l'*advocacy* soient le manque d'outils pour soutenir l'enseignement de cette habileté, et ce principalement sur le plan pratique. De plus, le manque de temps en raison de programmes chargés et le manque de littérature sur les bonnes pratiques pour l'enseignement de l'*advocacy* rendent celle-ci plus difficile. D'un autre côté, les facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy* sont les valeurs des programmes, l'intérêt et la formation des enseignants, l'orientation en faveur de la mise en application de la compétence d'*advocacy* par les ordres et les associations professionnels et finalement le fait de pouvoir compter sur des partenariats afin que les étudiants puissent vivre des expériences dans des situations réelles.

6.3. L'enseignement de l'*advocacy* sous l'angle de l'apprentissage expérientiel

À la lumière des résultats de cette étude, il apparaît que l'*advocacy* est enseignée dans les programmes universitaires canadiens. Cependant, une grande hétérogénéité se dégage quant au nombre de cours abordant l'enseignement de cette habileté. Cette hétérogénéité peut s'expliquer par la perception de l'importance de l'*advocacy* dans le rôle de l'ergothérapeute au sein des programmes participants. La vision que l'ensemble du corps professoral a du rôle de l'ergothérapeute facilitera ou limitera l'enseignement de l'*advocacy* au sein de celui-ci. Les résultats démontrent que les programmes d'ergothérapie sont chargés. Ainsi, des choix doivent être faits dans la matière abordée lors du cursus universitaire. Les programmes qui n'accordent pas d'importance à l'*advocacy* diminueront les heures d'enseignement de celle-ci pour prioriser autre chose. Il peut s'agir d'une des raisons pour laquelle dans certains programmes participants seulement un cours optionnel était accordé à l'*advocacy*. Dans ce sens, plusieurs auteurs mentionnent que la perception de l'ergothérapeute doit être prise sous un angle de la portée sociale plutôt que sous l'aspect technique et médical de la profession (Fleming, 2005; Galheigo, 2011; Hansen, 2013; Lysack et Neufeld, 2003; Stover, 2016; Townsend, 1993).

De plus, l'agrément des programmes universitaires (ACE, 2011) basé sur le profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2007) est octroyé lorsque les programmes démontrent qu'ils développent les 7 compétences. Bien que les programmes puissent avoir leurs particularités, il est tout de même étonnant qu'un programme participant n'offre pas de cours obligatoire pour développer les habiletés d'*advocacy* rattachés à la compétence d'agent de changement, de collaborateur et d'expert en habilitation de l'occupation.

Aussi, les enseignements visant la sensibilisation à l'*advocacy* occupent une place plus importante que les enseignements des stratégies d'*advocacy*. D'ailleurs, certains programmes n'offrent pas de cours sur les stratégies d'*advocacy*. Le manque de connaissances quant aux bonnes pratiques de l'enseignement de l'*advocacy* et la difficulté à mettre en application les habiletés d'*advocacy* dans des situations réelles peuvent expliquer cette différence entre les enseignements abordant la sensibilisation et les stratégies d'*advocacy*. Cette emphase quant à la sensibilisation peut se refléter dans les écrits. À cet effet, plusieurs auteurs soulignent que les ergothérapeutes croient en l'importance de l'*advocacy*, mais que peu ont les habiletés et les connaissances en lien avec ce sujet (Dhillon et colls., 2010; King et Curtin, 2014; Redick, McClain et Brown, 2000; Restall et Ripat, 2008). Ce résultat est étonnant puisque le profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) suggère que l'*advocacy* est une habileté sous-jacente à l'actualisation de plusieurs compétences nécessaires aux ergothérapeutes. D'ailleurs, l'étude de Dhillon et ses collaborateurs (2010) s'est spécialement intéressée à cette réalité auprès d'ergothérapeutes canadiens. Sur les treize participants de cette étude, la majorité a mentionné avoir été sensibilisée à l'importance de l'*advocacy* dans leur pratique, mais n'avoir reçu aucun enseignement quant aux stratégies pour mettre cette habileté en pratique. Cette étude a été menée en 2009, soit 2 ans après la publication du nouveau profil de la pratique des ergothérapeutes (ACE, 2007). Les ergothérapeutes participants à l'étude avaient entre 1 et 34 années d'expérience. Ainsi, leur formation avait eu lieu bien auparavant. Il est fort probable que les programmes d'ergothérapie de l'époque n'étaient pas conçus pour répondre au nouveau profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. Bien qu'il semble y avoir une amélioration dans les enseignements des stratégies d'*advocacy*, certains programmes sont

encore dans la même orientation que les résultats de Dhillon et ses collaborateurs (2010), et ce, malgré les 7 années qui séparent cette publication et la présente étude. Ainsi, il est possible de se questionner si tous les étudiants en ergothérapie sur le territoire canadien reçoivent la formation nécessaire pour développer leurs habiletés d'*advocacy*. Une autre raison pouvant influencer les contenus des cours et le temps qu'on lui accorde est le manque de données par rapport à l'efficacité de l'enseignement de l'*advocacy*. Comme mentionné dans la recension des écrits, très peu d'études empiriques ont été menées afin de déterminer l'efficacité de l'enseignement de l'*advocacy* sur les habiletés des étudiants en santé. Le nombre d'heures accordées, les thèmes et les modalités d'enseignement varient d'une étude à l'autre. Il est donc difficile de déterminer les balises dans l'enseignement de l'*advocacy*.

Cependant, le fait de ne pas fournir des enseignements relatifs aux stratégies d'*advocacy* ou bien d'offrir qu'un seul cours optionnel est en contradiction avec le processus d'agrément de l'ACE (ACE, 2011). L'agrément a pour objectif d'assurer la qualité des enseignements offerts afin de former des ergothérapeutes qui soient compétents dans les sept compétences du profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (ACE, 2012). Selon Kolb (1984), les apprentissages sont faits lorsqu'il est possible de transformer une expérience et compléter les quatre phases du cycle de Kolb (expérimentation active, observation réfléchie, conceptualisation et expérimentation active). Ainsi, en étant exposé seulement à des enseignements relatifs à la sensibilisation de l'*advocacy* ou même à aucun enseignement en raison de l'absence de cours ou du caractère optionnel de ceux-ci, il est difficile de faire les apprentissages nécessaires pour actualiser les différentes compétences du profil de la pratique. Ce constat soulève la question des opportunités pour les étudiants d'acquérir des habiletés d'*advocacy*. Ainsi, les paragraphes suivants se veulent une discussion des modalités d'enseignements à l'aide du cadre théorique utilisé pour cette étude (Kolb, 1984).

6.3.1. Expérimentation concrète

Les résultats démontrent que ce mode d'apprentissage est peu utilisé lors des parcours universitaires. Toutefois, certaines modalités d'enseignement sont utilisées pour favoriser les

apprentissages par celui-ci dont les stages ou des apprentissages par projets faits en classes. Les apprentissages par projets ne procurent pas exactement la même expérience que des stages, mais bien que les étudiants n'étaient pas sur le terrain, ils devaient faire face à des situations inconnues dans lesquelles ils devaient se fier à leurs instincts pour guider leurs recherches et leurs apprentissages pour résoudre les problématiques présentées. Ainsi, cette modalité s'apparente au mode d'apprentissage d'expérimentation concrète. Cependant, elles ne procurent pas le même niveau d'expérience que les stages. D'ailleurs, des recommandations quant aux modes d'enseignement de l'*advocacy* chez les professionnels de la santé recommandent l'élaboration et la mise en action d'un projet clinique sur le terrain (Brzykcy, Geraci, Ortega, Trenary et McWilliams, 2016; Cha, Ross, Lurie et Sacajiu, 2006; DeLago et Gracely, 2007; Hansen, 2013; Rudolph, 2003, Tappe, 2009; Peluso, Seavey, Gonsalves et Friedland, 2013). En plus de faciliter les enseignements avec plusieurs modes d'apprentissages, les expériences en milieux naturels auraient pour effet d'augmenter le sentiment d'efficacité (DeLago et Gracely, 2007). D'ailleurs, Boswell, Cannon et Miller (2005), mentionnent qu'un des facteurs qui influencent les gens à s'impliquer dans des actions d'*advocacy* est d'avoir eu à s'impliquer lors de ses études ou d'avoir exercé un emploi relatif à celle-ci. Il pourrait donc être intéressant d'avoir davantage de projets en milieux naturels. De plus, bien que des stages aient été nommés comme modalités, le temps accordé à la mise en place des habiletés d'*advocacy* pouvait varier d'un milieu à l'autre. Notamment, certains milieux de stages sont plus propices aux activités d'*advocacy* comme les milieux communautaires. Il serait donc important de s'assurer que les étudiants puissent fréquenter des milieux dans lesquels il serait possible d'être exposé à des situations propices à la mise en place de leurs habiletés d'*advocacy*.

6.3.2. Observation réfléchie

À la lumière des résultats, ce mode d'apprentissage est utilisé par certains programmes participants, mais n'était pas exploité par tous. Les programmes participants l'ayant utilisé ont opté pour des modalités d'enseignement tels que des jeux de rôles, des discussions de groupes, l'analyse de vidéos, l'analyse d'études de cas, des conférences d'expert et des activités introspectives. L'observation réfléchie proposée par Kolb (1984) est de faire un retour sur une

expérience vécue ou observée. Lors de celle-ci, le but est d'explorer l'ensemble des aspects de cette situation afin de favoriser le plus d'apprentissages possible. Ainsi, pour favoriser ce style d'apprentissage les modalités utilisées par les programmes participants peuvent être utilisées à condition que des réflexions et des retours soient faits. Ainsi, des activités de réflexion à la suite de l'utilisation de ces modalités permettent aux étudiants d'analyser la situation dans le but de déterminer les actions futures pouvant être faites, celles qui pourraient être améliorées ou bien celles qui restent à clarifier pour consolider leurs apprentissages. Un des obstacles identifiés dans cette étude est un manque de matériel pour pouvoir observer des ergothérapeutes modèles et des actions d'*advocacy*. Notamment, certains programmes participants aimeraient avoir accès à des vidéos, de conférenciers et des histoires de cas. Ainsi, il est possible que les étudiants soient peu exposés à ce matériel ou ces expériences et qu'il soit difficile d'actualiser l'observation réfléchie sur les habiletés d'*advocacy* en pratique. Boswell, Haron et Miller (2005) ont étudié les facteurs qui influençaient les infirmières à mettre de l'avant leurs habiletés d'*advocacy* et ils ont identifié qu'un de ces facteurs est d'avoir une personne modèle qui s'implique dans la politique. Ainsi, il pourrait être pertinent que l'ACE puisse effectuer des capsules démontrant les démarches faites par différents ergothérapeutes en fonction de différentes habiletés d'*advocacy* dans le but que les étudiants puissent observer les actions concrètes et se questionner sur celles qui pourraient mettre en application lors de leur pratique future. Il pourrait aussi être intéressant de créer un partenariat afin que les étudiants puissent avoir un modèle au niveau politique par des représentants de l'ACE. D'ailleurs, Rudolph (2003) et Tappe (2009) ont publié des articles dans lesquels ils recommandent l'utilisation de conférenciers lors de l'enseignement de l'*advocacy*.

6.3.3. Conceptualisation

La conceptualisation fait référence à l'utilisation de théories et de concepts pour s'engager dans une situation. Celle-ci peut être difficile autant chez les étudiants que les enseignants. Pour se maintenir à jour dans les connaissances et les théories reliées à l'*advocacy*, il est important que les enseignants soient qualifiés et passionnés (Tappe, 2009). D'ailleurs, les résultats de cette étude démontrent que la passion des enseignants est un élément facilitateur dans l'enseignement de l'*advocacy*. Pour ce qui est de la formation des enseignants offrant les

cours reliés à l'*advocacy* dans les programmes participants, certaines données par rapport à la spécialité des enseignants étaient manquantes ce qui limite la généralisation des résultats. Toutefois, selon les données présentes, les résultats de l'étude montrent qu'il y a une disparité dans la formation de ceux-ci. Notamment, elle varie d'un doctorat au baccalauréat. Aussi, les enseignants sont parfois spécialisés dans un champ de pratique en lien avec l'*advocacy* tels que : 1) promotion de la santé; 2) philosophie; 3) santé communautaire; 4) gestion des organisations; 5) pédiatrie sociale; 6) retour au travail. Il est certain qu'il manque des résultats et qu'ils ne peuvent être généralisables, mais une tendance dans les réponses données semble indiquer que les enseignants sont qualifiés pour faire l'enseignement de l'*advocacy* ce qui peut faciliter celle-ci par le choix et l'utilisation de théories pertinentes.

Bien que les enseignants semblent avoir la formation nécessaire, certains participants ont mentionné qu'ils n'étaient pas à l'affût des meilleures pratiques pour enseigner l'*advocacy*, mais qu'il y avait aussi un manque de connaissance sur les données probantes quant à l'utilisation des stratégies d'*advocacy*. Ainsi, il peut être difficile pour les étudiants d'expérimenter l'*advocacy* au niveau de la conceptualisation alors que les enseignants ont peu d'outils et de théories sur lesquels s'appuyer et soutenir les étudiants dans cette phase d'apprentissage. En revanche, cette limite à l'enseignement de l'*advocacy* n'était pas vécue par l'ensemble des participants. Polatajko, Njelesani et Davis (2015) mentionnent que peu d'études empiriques ont identifié quelles habiletés d'*advocacy* sont utilisées en pratique et les facteurs qui les rendent efficaces. Dans ce sens, Frank (2012) suggère que des recherches en lien avec les sciences occupationnelles soient faites en interdisciplinarité avec des professionnels du droit, de la philosophie, de l'économie et de l'anthropologie pour mieux saisir les implications de ces domaines sur l'occupation. Ces publications approfondiraient les théories et pourraient ainsi soutenir la conceptualisation des étudiants.

Aussi, Braveman (2016) rapporte que les modèles qui ont trait à la pratique au niveau organisationnel sont moins développés que les modèles d'intervention sur le plan individuel. En conséquence, les théories permettant l'application de l'*advocacy* au niveau des systèmes

macroscopiques sont limitées. Ainsi, les étudiants ne peuvent apprendre par la conceptualisation étant donné que les théories reliées à l'*advocacy* en ergothérapie pour des contextes de pratique à plus grandes échelles sont peu développées. De plus, ces manques de théories et de modèles qui sont plus importants sur les plans macroscopiques peuvent expliquer pourquoi les habiletés d'*advocacy* relatives aux clients et leurs familles étaient plus enseignées que les habiletés ayant trait à la promotion de la profession, l'argumentation auprès des tiers payeurs et l'argumentation pour des politiques favorisant la santé et le bien-être.

Un des participants a mentionné que les outils pour offrir des enseignements de l'*advocacy* s'amélioraient d'année en année. Il se peut donc que les écrits soient en évolution dans ce domaine et que la connaissance des enseignants par rapport aux développements soit variable. Ce qui pourrait expliquer que certains participants soient au courant de certains outils et que d'autres sentent un besoin que la littérature se développe davantage. De plus, comme le suggère un des participants, l'*advocacy* est un sujet peu abordé dans les congrès et les formations offertes aux ergothérapeutes. Ces éléments peuvent donc contribuer à une difficulté de transmettre les bonnes pratiques en matière d'*advocacy* et par le fait même, d'enseigner cette habileté. Toutefois, des webinaires sont maintenant disponibles sur le site de l'ACE. Ces outils pourraient ainsi contribuer à améliorer la phase de la conceptualisation en fournissant des outils et des théories sur lesquels s'appuyer.

6.3.4. L'expérimentation active

L'expérimentation active fait référence à l'application des théories dans les de nouvelles situations. Quelques-unes des modalités d'enseignement mises en évidence dans les programmes permettaient aux étudiants de faire de l'expérimentation active. Notamment, les laboratoires, les jeux de rôles, les débats, les stages et le recours aux stratégies de promotion de la profession. Cependant, ces modalités n'étaient pas utilisées aussi fréquemment que les autres modalités qui sont davantage associées à la conceptualisation, l'observation réfléchie et l'expérimentation concrète. Par ailleurs, un des programmes participants n'avait recours à aucune modalité associée à l'expérimentation active.

Bien que les jeux de rôles, les pratiques de débats et les laboratoires permettent de vivre une expérience active, celles-ci sont tout de même très différentes qu'une expérience dans une situation réelle. Par exemple, Hansen (2013) mentionne que les étudiants obtiennent une meilleure compréhension des systèmes politiques et économiques lorsqu'ils sont en contexte réel. Brzykcy, Geraci, Ortega, Trenary et McWilliams (2016), suggèrent que les stages sont des modalités d'enseignement pouvant développer les compétences d'*advocacy* et de leadership des étudiants. Ils leur permettent d'appliquer la théorie et voir les besoins dans des environnements réels. D'ailleurs, Tappe (2009) propose qu'un projet clinique ayant pour objectif d'intervenir auprès d'une clientèle vulnérable et auprès de laquelle il est susceptible d'avoir à mettre en application des habiletés d'*advocacy* soit élaboré, implanté et évalué. Il spécifie que ces démarches doivent être faites autant dans des situations fictives (jeux de rôles) que dans des situations réelles (stages). Toutefois lors de stages, les étudiants doivent être supervisés par des ergothérapeutes et ces superviseurs doivent avoir une bonne connaissance de l'*advocacy* et des années d'expérience dans ce domaine. Selon les résultats de cette étude, un manque de superviseurs et un contexte de pratique de performance limitent la mise en place des stages. Certains auteurs parlent de projets d'équipe dans leur article lorsqu'ils proposent des modalités d'enseignements de l'*advocacy* (Hamel, 2001, Hansen, 2013). Les étudiants élaboraient et implantaient des animations de groupes auprès d'une clientèle vulnérable afin d'effectuer des interventions de groupes et des activités d'*advocacy* auprès de celle-ci. Ainsi, ces types de projets pourraient être faits sous forme de groupe et supervisés par des professeurs ce qui pourrait pallier un manque de superviseurs tout en permettant aux étudiants d'actualiser les quatre phases proposées par Kolb (1984).

6.4 Forces et Limites de l'étude

6.4.1. Forces de l'étude

Tout d'abord, à la lumière des recherches effectuées par l'étudiante-chercheuse, aucune étude n'a permis d'effectuer l'état des lieux de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens. Ainsi, cette étude a permis de dresser un premier portrait de celle-ci. Ce qui constitue un premier pas dans l'avancement des connaissances à ce sujet. Dans cette étude, il a été possible d'obtenir un taux de participation de 57 %. Étant donné que le but de l'étude était de dresser un portrait et d'explorer les obstacles et facilitateurs de l'enseignement de l'*advocacy*, ce taux s'avère suffisant. Notamment, Fortin et Gagnon (2010) mentionnent qu'il est normal que la taille de l'échantillon d'une étude descriptive soit petite.

6.4.2. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude réfère au déroulement de la collecte de données. Un questionnaire avait été choisi dans le but d'obtenir des informations provenant de plusieurs endroits du Canada et pour faciliter la mise en commun des informations par programme participant. Toutefois, ce questionnaire n'a pas été testé préalablement à son envoi. Ainsi, certaines questions sont demeurées sans réponses et certaines réponses manquaient de précision. Entre autres, les questions qui concernent la formation des enseignants, le nombre d'heures d'enseignement et les référents théoriques. Également, il est possible que les informateurs n'aient pas sondé et compilé l'ensemble des enseignants pouvant avoir un lien avec l'enseignement de l'*advocacy* au sein de leur programme. Aussi, deux des programmes participants ont retourné plusieurs questionnaires remplis par des informateurs différents à l'étudiante-chercheuse. Il a donc été possible de constater que des opinions différentes pouvaient être émises au sein d'un même établissement.

Un autre facteur pouvant limiter l'application des résultats de cette étude est qu'elle a été menée en février 2016. Un grand laps de temps entre la collecte de données et la rédaction de ce rapport a eu lieu. Dans les questionnaires, deux programmes participants ont mentionné

qu'ils apporteraient des changements à leurs méthodes d'enseignement de l'*advocacy*. Il est donc probable que les résultats obtenus soient désuets.

Finalement, la majorité des programmes participants provenaient des mêmes régions géographiques. Ainsi, il se peut que dans certaines régions, l'*advocacy* ne soit pas enseignée ou enseignée différemment. Les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des programmes d'ergothérapie canadiens.

6.5. Possibles retombées de l'étude

Cette étude a permis de dresser un premier portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens. Les résultats démontrent qu'il existe des différences importantes au travers les programmes participants. Ainsi, il est possible de se questionner sur la congruence entre le processus d'agrément et les enseignements offerts. Peut-être y aurait-il un manque à combler dans l'enseignement de l'*advocacy*? Les programmes reçoivent l'agrément lorsqu'ils permettent de développer les sept compétences du profil de la pratique des ergothérapeutes (ACE, 2011). Cependant, un des programmes participants n'offrait qu'un cours optionnel relatif à cette habileté. Ainsi, des discussions et des réflexions quant aux critères à respecter pour répondre aux exigences pourraient émerger à la suite à cette étude.

En favorisant les réflexions sur la place et les méthodes d'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens, il est possible que la formation des futurs ergothérapeutes soit bonifiée et amène des ergothérapeutes plus compétents principalement dans la compétence d'agent de changement. Comme mentionné précédemment, l'*advocacy* est nécessaire pour assurer la qualité des services offerts, faire valoir les droits des clients et favoriser le maintien de la profession dans le réseau de la santé. Ainsi, il importe de former des ergothérapeutes pouvant défendre leurs clients et leur profession.

7. CONCLUSION

Le but de cette étude était de dresser un portrait de l'enseignement de l'*advocacy* dans les programmes d'ergothérapie canadiens et d'explorer les obstacles et les facilitateurs à celles-ci. Les résultats démontrent qu'il existe une grande hétérogénéité dans les enseignements selon les différents programmes universitaires. Il a aussi été possible de constater que pour certains étudiants aucun enseignement de l'*advocacy* n'était reçu pendant leur parcours universitaire. Les principaux facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy* sont l'intérêt et le soutien des programmes pour l'enseignement de cette matière, des positions professionnelles claires par rapport à la place de l'ergothérapie dans certains champs de pratique ou des positions professionnelles à adopter face à des enjeux éthiques et l'expérience des enseignants. Aussi, un autre facilitateur à l'enseignement de l'*advocacy* est l'expérimentation en milieux cliniques. Toutefois, cette modalité d'enseignement est parfois difficilement applicable puisqu'il doit y avoir des superviseurs d'expériences au niveau de cette habileté. D'autres obstacles à l'enseignement de l'*advocacy* sont le manque de temps en raison des programmes chargés, le manque de connaissances sur les stratégies et les méthodes d'enseignement d'*advocacy* efficaces.

Pour de futures recherches, il pourrait être intéressant d'interroger l'ensemble du corps professoral pour obtenir toutes les informations et obtenir des précisions, au besoin. Aussi, il serait intéressant d'avoir des participants qui proviennent de chaque province afin de pouvoir généraliser les résultats. Aussi, en fonction des résultats obtenus, il pourrait être intéressant de questionner des ergothérapeutes novices afin de recueillir leur perception quant à leurs habiletés d'*advocacy* et la perception de la formation qu'ils ont reçue. Par la suite, il pourrait être pertinent d'identifier quelles stratégies d'*advocacy* sont efficaces et dans quels contextes. Ensuite, des recherches pour déterminer quelles sont les méthodes d'enseignement appropriées pourraient être menées. Puisque les habiletés d'*advocacy* peuvent avoir une influence sur le respect des droits, la santé et le bien-être de nos clients et le développement de la profession, il serait pertinent de continuer les recherches dans le but de favoriser l'enseignement des habiletés d'*advocacy*.

RÉFÉRENCES

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3e éd.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), S1-S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>.
- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S. & King, S. (2012). Exploring professionalism: The professional values of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 209–217.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Normes d'agrément des programmes universitaires et Guide d'autoévaluation de l'ACE*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- ACE. (2016). Advocacy. Repéré à <http://caot.ca/site/adv/advocacy?nav=sidebar>
- Barabara, A. et Curtin, M. (2008). Gatekeepers ord advocates? occupational therapists and equipment funding schemes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 57-60.
- Boswell, C., Haron, C. et Miller, J. (2005). Nurse's political involvement: responsibility versus privilege. *Journal of Professional Nursing*, 21(1), 5-8.
- Braveman, B. (2016). Population health and occupational therapy. *American Journal of occupational Therapy*, 70(1), 70001090010p1- 70001090010p5.
- Brzykcy, D., Geraci J., Ortega, R. Trenary, T. et McWilliams, K. (2016). Occupational therapy fieldwork education: value and purpose. *American Jouranl of Occupational Therapy*. 70(2), p012410060p1-7012410060p2.
- Cha, S. S., Ross, J. S., Lurie, P., & Sacajiu, G. (2006). Description of a research-based health activism curriculum for medical students. *Journal Of General Internal Medicine*, 21(12), 1325-1328.
- DeLago, C., & Gracely, E. (2007). Evaluation and comparison of a 1-month versus a 2-week community pediatrics and advocacy rotation for pediatric residents. *Clinical Pediatrics*, 46(9), 821-83

- Dhillon, S.K., Wilkins, S., Law, M.C., Sterwart, D.A. et Treamblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: exploring clinician's reasons and experiences of advocacy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 241-248.
- Drolet, M.-J. et Hudon, A. (2014), Les professionnels de la santé ont-ils un devoir d'advocacy? *Ethica-Revue interdisciplinaire de recherche en éthique*, 18 (2), 33-63.
- Drolet. M.-J., Lalancette, M. et Caty, M. -E. (2015). *ABC de l'argumentation pour les professionnels de la santé et toute autre personne qui souhaite convaincre*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dressier, J. et Macrae, A. (1998). Advocacy, partnership and client centered practice in california. *Occupational Therapy in Mental health*. 4(1-2), 35-43.
- Fleming-Castaldy, P.R., (2015). A macro perspective for client-centred practice in curricula : Critique and teaching methods, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*., 22, 267–276.
- Fortin, M-F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e édition). Montréal : Chenelière Éducation
- Frank, G. (2012). The 2010 Ruth Zemke lecture in occupational science: Occupational therapy/occupational science/occupational justice : moral commitments and global assemblages. *Journal of occupational science*, 19 (1), 25-25.
- Galheigo, S.M. (2011). What needs to be done? Occupational therapy responsibilities and challenges regarding human rights. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 60–66.
- Hamel, C.P. (2001). Interdisciplinary perspectives, services learning and advocacy: a non-traditional approach to geriatric rehabilitation. *Topics in geriatric rehabilitation*, 17(1), 53-70.
- Hammell, K.W. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 174–181.
- Hammell, K.W. (2015). Participation and occupation : the need for a human right perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82, 4-5. Doi : 10.1177/0008417414567636
- Hansen, W. A. M. (2013). Bridging theory and practice: Occupational justice and service learning. *Work*, 45, 41-58.
- Hearell, C.L. (2011). Nurses making a difference. *Journal of emergency nursing*, 37(1), 73-74.

- King, D. et Curtin, M. (2014). Occupational therapists' use of advocacy in brain injury rehabilitation settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, 446–457.
- Kirsch, N.R. (2007). Reimbursement matters: Case one. Ultrasound for everybody? *PT magazine*, 46-48.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Long, T., Chairachati, K.H., Khan, A., Siddharthan, T., Meyer, E. et Brienza, R. (2014). Expanding health policy and advocacy education for graduate trainees. *Journal of graduate medical education*, 6(3), 547-550.
- Lysack, L.C. et Neufeld, S. (2003). Occupational therapist home evaluations: Inequalities, but doing the best we can? *American Journal of Occupational Therapist*, 57(4), p.369- 378.
- Mattingly, C. et Fleming, M. H. (1994). The underground practice. Dans Mattingly, C. et Fleming, M.H. (Eds.), *Clinical reasoning : Forms of inquiry in a therapeutic practice* (p .295-315). Philadelphia: F.A. Davis
- McLeod, R.P. (1997). Advocacy. *National Association of pediatric nurse associate and practionners*, 37-38A.
- Mémoire interordres. (2014). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Repéré à <http://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/2~v~projet-de-loi-n-10-memoire-interordres-presente-a-la-commission-de-la-sante-et-des-services-sociaux.pdf>
- Paluch, T., Allen, R., McIntosh, K. et Oke, L. (2011). Koori occupational therapy scheme: Contributing to first Australian health through professional reflection, advocacy and action. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 50–53.
- Peluso, M. J., Seavey, B., Gonsalves, G., et Friedland, G. (2013). An inter-professional advocacy and activism in global health : module for the training of physician-advocates. *Global Health Promotion*, 20 (2), 70-73. Doi: 10.1177/1757975913476908
- Phelan, S.K. (2011). Constructions of disability: A call for critical reflexivity in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 164–172.
- Polatajko, J.H., Njelesani, E.J. et Davis, A.J. (2015). Explicating our core competency: a call for global research on occupational enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 208-211.

- Pollard, N., Kronenberg, F. et Sakellariou, D. (2009). A political practice of occupational therapy. dans Pollard, N., Sakellariou, D., Kronenberg, F. et van Bruggen, H. (Eds.), *A political practice of occupational therapy* (p.3–19). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Radius, S. M., Galer-Unti, R.A. et Tappe, M.K. (2009). Educating for advocacy: Recommendations for professional preparation and development based on a needs and capacity assessment of health facult. *Health Promotion Practice*, 10(1), 83-91.
- Restall, G. et Ripat, J. (2008). Applicability and clinical utility of the Client-Centred Strategies framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 288- 300.
- Rudolf, M. (2003). Advocacy training for pediatricians: the experience of running a course in Leeds. *Peadiatrics*, 112(3), 749-751.
- Stover, D.A. (2016). Client-centered advocacy: every occupational therapy practioner's responsibility to understand medical necessity. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(5) 7005090010p1-7005090010p6.
- Sullivan, M.J.L. et Main, C. (2007). Service, advocacy and adjudication: Balancing the ethical challenges of multiple stakeholder agendas in the rehabilitation of chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1596- 1603.
- Tannous, C. (2000). Therapists as advocates for their clients with disabilities: A conflict of roles? *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 41-46. doi:10.1046/j.1440-1630.2000.00204.x
- Tappe, M.K., Galer-Unti, R.A. et Radius, S.M. (2009). Incorporating advocacy training in professional preparation programs. *American Journal of Health Studies*, 24(1), 257-265.
- Townsend, E. et Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 75–87.
- Townsend, E. et Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2 ed. version française Noémi Cantin). Ottawa, Canada : Association canadiennes des ergothérapeutes.
- Townsend, E. (1993). Muriel driver lecture : occupational therapy social vision. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 60(4), 174-184.

Walens, D., Wittman, P., Dickie, V. A., Kannenberf, K.R., Thomlinson, J. L., Unger Raynon, O. (1998). Currents and future education and practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 14(1), 107-118.

Watson, D. (2009). Influencer la politique pour l'avancement de la pratique et l'amélioration de la santé. *Canadian journal of occupational therapy*, 76, 197-198.

ANNEXE A
QUESTIONNAIRE FRANCOPHONE

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Il se peut que vous deviez consulter vos collègues pour remplir ce questionnaire. Merci, le cas échéant, de compiler les informations qu'ils vous auront fournies. Enfin, veuillez remplir un questionnaire par programme et le retourner à l'adresse courriel : marie-josee.drolet@uqtr.ca

A) Caractéristiques de votre programme

1- Quel est le nom de votre université?	
2- Quel est le nom de votre programme?	
3- Quelle est la durée du programme (nombre de sessions)?	

B) Caractéristiques du répondant

1- Quelle est votre profession (ergothérapeute, physiothérapeute, etc.)?	
2- Quel est votre rôle au programme (directeur, professeur, chargé de cours, etc.)?	
3- Depuis combien d'années travaillez-vous à ce programme?	

C) Enseignement de l'*advocacy* à votre programme

Cette section comprend deux parties : une consacrée à la **sensibilisation** à l'*advocacy* et une autre à l'enseignement des **stratégies** requises pour réaliser de l'*advocacy*. Notons que l'*advocacy* réfère ici aux rôles suivants :

- 1) Défendre les droits, les intérêts ou les besoins des clients et de leur famille.
- 2) Promouvoir la santé, le bien-être ou l'équité pour des clients et leur famille.
- 3) Argumenter pour convaincre un tiers.
- 4) Promouvoir la profession.
- 5) Revendique pour des politiques sociales favorisant la santé, le bien-être ou l'équité.

1- Offrez-vous à vos étudiants des cours les sensibilisant à l'*advocacy* ou leur enseignant les stratégies requises pour réaliser de l'*advocacy*? Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

- A) Spécifiez la cote du cours.
- B) Précisez la session où se situe le cours (Automne 1 [A1], Hiver 1 [H1], Été 1 [É1], Automne 2 [A2], etc.).
- C) Indiquez si le cours est obligatoire (O) ou facultatif (F).
- D) Indiquez le nombre d'heures du cours consacré à la sensibilisation à l'*advocacy* ou l'enseignement des stratégies requises pour réaliser de l'*advocacy* lors de ce cours.
- E) Spécifiez la formation de l'enseignant qui donne le cours.
- F) Spécifiez les rôles qui sont abordés dans ces cours (voir les rôles 1 à 5 plus tôt).
- G) Précisez les modalités pédagogiques utilisées par l'enseignant.
- H) Spécifiez les référents théoriques sur lesquels se fondent le cours.

D) Obstacles et facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy*

1. Quels sont les principaux obstacles et facilitateurs à l'enseignement de l'*advocacy* dans votre programme?

Obstacles	Faciliteurs

2. Estimez-vous qu'il y a actuellement assez d'outils pour soutenir l'enseignement de l'*advocacy*? Expliquez. Sinon, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les capacités d'*advocacy* des étudiants de votre programme?
3. Auriez-vous autre chose que vous aimeriez nous partager ? Si oui, veuillez le spécifier ici.

Merci énormément de votre participation!

Votre collaboration est grandement appréciée!

Merci de retourner le questionnaire à l'adresse courriel : marie-josee.drolet@uqtr.ca

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE ANGLOPHONE

We want to thank you for your help in our research.

You may have to consult with your peers in order to fill this survey. If that is the case, please join the information in the same survey. Please send the duly filled survey to the following email : marie-josee.drolet@uqtr.ca

A) Information on the program

1- What is the name of your university?	
2- What is the title of your program?	
3- What is the length of the program? (number of semesters)	

B) Information on the respondent

1- What is your profession (occupational therapist, physiotherapist, etc.)?	
2- What role do you play in the program (program director, professor, lecturer, etc.)?	
3- How many years have you been working in the program?	

C) Teaching *advocacy* in your program

This part of the survey is divided in two sections: one is devoted to **awareness** of *advocacy* and the other one to the teaching of the **strategies** needed to achieve *advocacy*. Please note that *advocacy* is referred as:

- 1) Supporting the rights, interests or needs of the clients and their families.
- 2) Promoting health, welfare and equity for clients and their families.
- 3) Arguing to convince a third party.
- 4) Promoting the profession.
- 5) Defending social policies fostering health, welfare and equity.

1- Do you offer to your students courses that raises their awareness of *advocacy* or teaches them the strategies needed to achieve *advocacy*? If yes, please fill in the following table:

- A) Specify the course code.
- B) Specify the semester in which the course is given. (Fall 1 (F1), Winter 1 (W1), Summer 1 (S1), Fall 2 (F2), Winter 2 (W2), Summer 2 (S2), etc.).
- C) Specify if those courses are compulsory (C) or optional (O).
- D) Specify the number of hours dedicate to awareness of *advocacy* or the teaching of the strategies needed to achieve *advocacy* in the course.
- E) Specify the academic background of the person who teaches the course.
- F) Specify the roles of *advocacy* that are discussed in the course (refer to the roles 1 to 5 above).
- G) Specify the pedagogical methods employed by the person who teaches the course.
- H) Specify the theoretical or conceptual frameworks on which the course is based.

D) Obstacles and facilitators in teaching *advocacy*

1. What are the main obstacles and facilitators to teaching *advocacy* in your program?

Obstacles	Facilitators

2. In your opinion, do you think there are enough teaching tools on *advocacy*? Explain. What do you think could be done to increase your student's competency in *advocacy*?
3. Would you like to share anything else with us? If that is the case, please do so here.