

Advocacy¹ systémique en santé et réadaptation

*Être un agent de changement social pour résoudre les conflits
de loyautés multiples de nature systémique*

Marie-Josée Drolet, Annie Carrier, Anne Hudon et Samia Hurst

*Un individu conscient et debout est plus
dangereux pour le pouvoir que dix mille
individus endormis et soumis.*

Mahatma Gandhi

*Si tu veux aller vite, marche seul. Si tu
veux aller loin, marchons ensemble.*

Proverbe africain

INTRODUCTION

Le premier tome de cette série consacrée aux conflits de loyautés multiples (Centeno et Bégin, 2015), de même que ce second tome sur le même thème illustrent, par un ensemble patent de témoignages, que les conflits de loyautés multiples sont inhérents à toute pratique professionnelle. Ces ouvrages attestent également d'un autre fait, à savoir que ces conflits ont bien souvent des dimensions systémiques, c'est-à-dire institutionnelles et même sociales. De fait, les professionnels vivent des conflits de loyautés multiples dont les causes ne sauraient se réduire aux individus et à leurs interactions (Bushby et coll., 2015; Drolet et Goulet, 2017; Durocher et coll., 2016; McCarthy et Gastmans, 2015). Ceux-ci peuvent ainsi être confrontés à des situations complexes qui, à première vue, les dépassent et s'apparentent, dans une certaine mesure, au célèbre combat opposant David à Goliath. C'est ce fait qui nous préoccupe ici et qui constitue le thème central de ce chapitre.

Dans ce second tome, certains chapitres traitent des conflits de loyautés multiples vécus par des professionnels de la santé (pharmaciens et infirmières²) ou de la réadaptation (ergothérapeutes³). Les histoires de cas et les vignettes présentées dans ces chapitres démontrent de façon éloquente que ces conflits impliquent certes les individus touchés par ces situations, mais s'étendent également à des sphères plus larges, soit aux institutions ou organisations qui chapeautent ou transigent avec ces individus et même aux politiques ou lois qui régissent plus largement la société. Autrement dit, les conflits de loyautés multiples ont des dimensions micro environnementales⁴ (se situant à l'échelle des individus et de leurs interactions) ainsi que des dimensions méso environnementales (se situant à

¹ Dans ce chapitre, le terme anglais « advocacy » est utilisé dans sa langue d'origine, notamment parce que celui-ci est abondamment utilisé non seulement dans les milieux anglophones, mais également dans les milieux francophones. Aussi, il est difficile de traduire ce terme anglophone par un mot français capable de couvrir l'ensemble des actions qu'il désigne comme défendre, influencer, plaider, promouvoir, revendiquer, etc.

² Les médecins et les nutritionnistes constituent d'autres exemples de professionnels de la santé.

³ Les orthophonistes et les physiothérapeutes sont aussi des professionnels de la réadaptation.

⁴ Nous nous inspirons ici librement des trois domaines de l'éthique de Glaser (1994) que sont les micro (individus), méso (institutions) et macro (société) environnements, sachant que d'autres typologies existent en sciences humaines (Bronfenbrenner, 1979) et en ergothérapie (Craik, Davis et Polatajko, 2013), lesquelles distinguent les dimensions micro, méso et macro systémiques plutôt qu'environnementales.

l'échelle des institutions ou des organisations), voire macro environnementales (se situant à l'échelle des communautés ou des populations ainsi que des politiques ou des lois) qui sont importantes à considérer.

Pour résoudre ces conflits tout en protégeant les droits et intérêts des patients⁵, les professionnels⁶ de la santé ou de la réadaptation doivent parfois s'engager dans des activités d'advocacy. Dans ce chapitre, l'advocacy correspond au fait pour un professionnel de plaider, promouvoir, défendre ou revendiquer le respect des droits, intérêts ou besoins d'un individu (généralement un patient) ou d'un groupe de personnes. Ce faisant, ils tentent d'influencer diverses personnes ou organisations afin de modifier un état de choses considéré comme inadéquat ou injuste. Autrement dit, il s'agit pour lui d'agir à titre d'agent de changement afin de soutenir un ou des patients, voire d'autres groupes d'individus dans la promotion ou la défense de leurs droits et intérêts, de façon à ce que leurs besoins soient répondus ou mieux répondus (Lee et Rodgers, 2009). D'ailleurs, maints référentiels de compétences, élaborés par des associations, ordres ou collèges professionnels, exigent de professionnels de la santé ou de la réadaptation qu'ils soient des agents de changements dans leur pratique professionnelle (ACE, 2012; APC, 2006; CANMEDS, 2015; CCPUP, 2009; GCNP, 2009; OOAQ, 2011; UKCC, 1989).

Pour plusieurs raisons que nous exposerons bientôt, il nous est apparu judicieux de dédier un chapitre de cet ouvrage à l'advocacy systémique. Le présent chapitre est donc entièrement consacré au rôle d'agent de changement social des professionnels de la santé ou de la réadaptation, lequel se révèle un complément bien souvent nécessaire au traditionnel rôle de clinicien. Après avoir établi plus clairement le lien entre l'advocacy et les conflits de loyautés multiples, les prochaines sections de ce chapitre décrivent plus en détails en quoi consistent exactement le rôle d'agent de changement social et l'advocacy systémique, tout en fournissant des exemples d'activités d'advocacy systémique en médecine ainsi qu'en ergothérapie et physiothérapie. Elles précisent des partenaires potentiels du professionnel dans la réalisation de ce rôle et présentent des ressources pouvant le soutenir dans la conduite de ces activités de nature politique plus que clinique.

Dans le cas des conflits de loyautés multiples, mais également en présence d'autres enjeux de nature éthique (Drolet et Hudon, 2014), les professionnels de la santé et de la réadaptation sont donc conviés à réaliser des activités d'advocacy adaptées à l'enjeu rencontré. Tantôt, ces activités cibleront plus spécifiquement les individus visés par la problématique et se situeront à l'échelle micro environnementale. À titre d'exemple, ces activités peuvent prendre la forme d'activités de conscientisation, d'enseignement ou de formation dirigées vers des acteurs spécifiquement identifiés. À d'autres moments, les activités d'advocacy cibleront de façon plus large des regroupements d'individus, des organisations touchées par le conflit, voire la société dans son ensemble afin que de réels changements organisationnels ou sociaux puissent s'opérer (Drolet, 2018a). Ces activités se situeront alors à l'échelle méso, voire macro environnementale. Lorsqu'on parle du rôle d'agent de changement

⁵ Dans ce chapitre, le terme « patient » est utilisé pour désigner les personnes recevant des soins de santé ou participant à des services de réadaptation. Ce terme a été préféré aux mots « client », « usager » et « bénéficiaire ».

⁶ Par souci de simplification du propos et d'inclusion de la minorité masculine des professionnels de la santé et de la réadaptation, le genre masculin est utilisé dans ce chapitre.

dans ces contextes, on réfère alors à l'agent de changement « social » et aux activités d'advocacy « systémique ».

À cet égard, une problématique importante doit être soulevée. Dans les faits, les professionnels de la santé ou de la réadaptation ne mobilisent que rarement des stratégies d'advocacy qui visent les dimensions méso et macro environnementales des enjeux auxquels ils sont confrontés (Drolet et Goulet, 2017). Les stratégies généralement mises de l'avant (et celles souvent proposées) pour gérer ces situations s'avèrent donc partiellement efficaces puisqu'elles sont guidées par une approche individualiste qui cible de façon restreinte les attitudes, les croyances et les comportements des individus impliqués, en négligeant les dimensions systémiques des enjeux. Ainsi, bien qu'essentielles, les solutions de nature micro environnementale se révèlent bien souvent insuffisantes pour résoudre à leurs sources les conflits de loyautés multiples ayant des dimensions systémiques. Plusieurs hypothèses peuvent contribuer à expliquer cette tendance, c'est-à-dire cette inadéquation entre les causes des conflits (souvent systémiques) et les stratégies d'emblée mobilisées par les professionnels pour les résoudre (principalement individualistes). Quatre de ces hypothèses sont discutées dans les paragraphes suivants.

Premièrement, la formation des professionnels de la santé ou de la réadaptation est actuellement majoritairement axée sur les aspects cliniques de la pratique. Ces professionnels sont en effet généralement formés et socialisés dans un contexte où le rôle de clinicien occupe une très grande place. Ils reçoivent en comparaison bien peu d'enseignement à propos des problématiques qui touchent les organisations prodiguant les soins de santé et les services de réadaptation, les communautés dont sont issus les patients ainsi que la société et son organisation dans son ensemble. De fait, les formations relatives à la littératie politique (c'est-à-dire aux connaissances et aux compétences touchant les aspects politiques qui s'opèrent aux échelles méso et macro environnementales de leur pratique professionnelle) et à l'argumentation sont quasiment absentes des corpus universitaires et des formations continues offertes aux professionnels de la santé ou de la réadaptation (Dhillon et coll., 2010; Sullivan et Main, 2007). Il est donc possible que ces professionnels manquent de connaissances et n'aient pas développé de compétences dans ces domaines (littératie politique et argumentation), de façon à bien comprendre et à être à l'aise avec le rôle d'agent de changement social. Ces manques d'opportunités éducatives pourraient aussi expliquer le fait que plusieurs professionnels de la santé ou de la réadaptation se disent peu à l'aise à exercer ce rôle social (Heinowitz et coll., 2012).

Deuxièmement, certains professionnels considèrent le rôle d'agent de changement social comme facultatif, c'est-à-dire non essentiel à leur pratique professionnelle, laquelle devrait s'en tenir aux aspects cliniques (Aguilar et coll., 2013). Dans ce contexte, des auteurs estiment qu'un changement de paradigme est requis pour que le rôle d'agent de changement social soit pleinement assumé (Lee et Rodgers, 2009) afin que celui-ci fasse partie intégrante de l'identité professionnelle. Pour comprendre cette résistance à considérer le rôle d'agent de changement social comme essentiel, des chercheurs considèrent que cette posture pourrait s'expliquer par des éléments reliés à la socialisation selon le genre (Grayson, 1993; Griffin, 2001; Kelly, 1996; Redick, McClain et Brown, 2000; Restall et Ripat, 2008). Étant donné que les professionnels de la santé ou de la réadaptation sont en majorité des femmes, il est possible, estiment-ils, que la valorisation sociale de certaines caractéristiques dites féminines (par

exemple, le fait de valoriser l'adaptation, le compromis et la sollicitude avant l'argumentation) soit contributive de cet inconfort à embrasser pleinement le rôle d'agent de changement social (Grayson, 1993; Griffin, 2001; Kelly, 1996). Aussi, des études montrent que les femmes sont en général moins formées que les hommes aux rudiments de base de l'argumentation (Redick, McClain et Brown, 2000; Restall et Ripat, 2008).

Troisièmement, en plus d'être parfois perçue comme facultative, la pratique de l'advocacy systémique peut également être perçue comme inadmissible ou hors du rôle admissible pour des cliniciens. Le mandat thérapeutique est en effet fondé sur deux piliers qui semblent à première vue l'exclure : la pratique centrée sur le patient et l'abstention de tout abus de pouvoir (Hurst, 2012). Or, assumer un rôle d'agent de changement social implique un éloignement du patient individuel, et faire peser son rôle de clinicien dans la défense d'une position politique peut sembler relever d'une forme d'abus de pouvoir. Il faut souligner que l'advocacy systémique peut, dans les faits, être pratiquée de manière à respecter ces deux éléments de la pratique professionnelle. La pratique centrée sur le patient peut être conservée lors d'actions aux échelles méso et macro environnementales, comme c'est d'ailleurs le cas plus généralement dans la plupart des efforts de santé publique. Dès lors que cette pratique est conservée, la défense de la santé et celle des patients demeure dans les mandats des professionnels de la santé et ne constitue pas en tant que tel un abus de pouvoir. Des positions politiquement tranchées et parfois très à contrecourant des politiques en vigueur ont ainsi été défendues sans transgression de ces limites professionnelles (Hastings, 2012).

Quatrièmement, il faut ajouter que la pratique d'activités d'advocacy systémique n'est pas sans risque. Comme l'indiquent Lee et Rodgers (2009), le professionnel qui s'engage sur cette voie peut vivre de la pression, voire subir le harcèlement de supérieurs au travail, être ostracisé par certains de ses collègues, avoir une réputation de fauteur de trouble, perdre certaines opportunités d'avancement de carrière ou constater l'effritement de la frontière entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle. En bref, le professionnel qui actualise le rôle d'agent de changement social en réalisant des activités d'advocacy systémique peut en subir des conséquences négatives somme toute importantes.

Ces hypothèses permettent possiblement d'expliquer l'inadéquation qui se présente dans les faits entre les causes des conflits de loyautés multiples (souvent systémiques) et les stratégies spontanément mises de l'avant par les professionnels pour les résoudre (principalement individualistes). Premièrement, les professionnels sont essentiellement formés pour être des cliniciens et peu formés à la littérature politique et à l'argumentation. Deuxièmement, ils sont socialisés d'une manière peu favorable à l'exercice du rôle d'agent de changement social. Troisièmement, ils perçoivent ce rôle comme inadmissible, car celui-ci est potentiellement lié à un abus de pouvoir. Quatrièmement, la pratique de l'advocacy systémique n'est pas sans risque individuel pour eux. Devant ces constats, il n'est guère étonnant que les professionnels de la santé ou de la réadaptation qui cherchent à résoudre des conflits de loyautés multiples mettent souvent de côté les dimensions systémiques de ces conflits. Or, en plus de limiter l'efficacité de leurs solutions, ce manque d'adéquation entre les causes de ces conflits et les moyens utilisés pour les résoudre fait en sorte que plusieurs professionnels se sentent dépassés par ces enjeux allant jusqu'à vivre de la souffrance et du mal-être au travail, voire de l'épuisement professionnel (Durocher et coll., 2016; McCarthy et Gastmans, 2015).

Les conséquences négatives de ces enjeux sur la santé et le bien-être des professionnels ainsi que sur leur capacité à effectuer un travail de qualité sont d'ailleurs bien documentées (Bushby et coll., 2015; McCarthy et Gastmans, 2015). Centeno et Bégin (2015) résumant judicieusement la situation : « stress, dépressions, *burn-out*, voire suicides : ce sont là quelques-unes des manifestations de la souffrance et du mal-être vécus dans les milieux de travail » (p. 5). Sur ce sujet, une récente étude pancanadienne révèle des statistiques pour le moins troublantes.

Près de 24% de travailleurs souffriraient de détresse psychologique, 12% d'épuisement émotionnel, 6% présenteraient des symptômes de dépression et 4% des signes d'épuisement professionnel. (...) Les problèmes de santé mentale coûtent plus de 50 milliards de dollars chaque année à l'économie canadienne [et] 47 % des travailleurs canadiens estiment que leur emploi est l'élément le plus stressant de leur quotidien (Letarte, 2017).

Par ailleurs, la récente progression des modes de gestion néolibéraux peu participatifs dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec contribue à alimenter ces difficultés (Clouston, 2014; Durocher et coll., 2016; Leicht et coll., 2009; Mackey, 2014; Newman et Lawler, 2009). À cet effet, l'insistance actuelle des associations, ordres ou collèges professionnels quant à la nécessité pour les professionnels de la santé ou de la réadaptation de réaliser des activités d'advocacy systémique apparaît d'autant plus justifiée.

ADVOCACY SYSTÉMIQUE POUR ÊTRE UN AGENT DE CHANGEMENT SOCIAL

Pour cerner plus précisément le rôle d'agent de changement (ou d'advocate) du professionnel de la santé ou de la réadaptation, les résultats d'une étude de portée (*scoping study*) sont ici résumés. Réalisée dans neuf banques de données (en sciences de la santé et en droit) et élargie aux sites web pertinents ainsi qu'aux listes de références des articles retenus, cette étude a couvert les écrits publiés jusqu'en février 2012 portant sur l'advocacy des professionnels de la santé, de la réadaptation et des services sociaux (Carrier, Freeman, Levasseur et Desrosiers, 2014). Pour offrir un portrait plus actuel, des écrits pertinents intentionnellement ciblés ont été intégrés en décembre 2017.

Dans les 48 écrits retenus pour l'analyse finale, le rôle d'advocate ne fait pas l'objet d'un consensus clair. En effet, certaines définitions de ce rôle sont tantôt larges ou vagues (par exemple, le rôle d'advocate s'amalgamerait aux obligations déontologiques du professionnel), tantôt limitées ou spécifiques (par exemple, ce rôle serait essentiellement actualisé par la réalisation d'actions de dénonciation (*whistleblowing*)). Néanmoins, suivant le but visé, les auditoires cibles⁷, les actions posées, les contextes dans lesquels les activités d'advocacy sont réalisées et les environnements au sein desquels le professionnel exerce son influence (micro, méso ou macro), il est possible de dégager deux figures-types de l'advocacy, soit : l'advocacy clinique et l'advocacy systémique (voir la Figure 1).

⁷ La notion d'auditoire cible est expliquée plus loin lorsque des stratégies communicationnelles pouvant faciliter le professionnel dans son rôle d'agent de changement sont présentées.

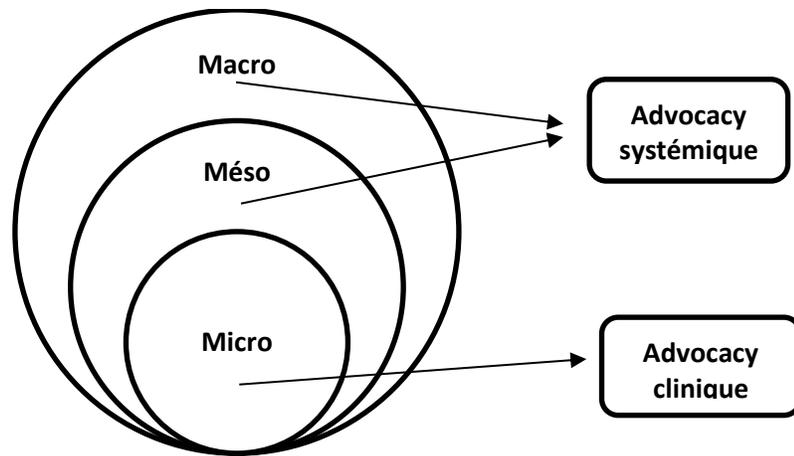


Figure 1. *Advocacy clinique versus systémique et environnements où s'exerce l'influence*

L'**advocacy clinique** a surtout pour **but** de résoudre des enjeux ayant des causes micro environnementales et de soutenir une personne (en général un patient donné) dans sa prise de décision, l'exercice de ses droits, le respect de ses intérêts et la réponse adéquate à ses besoins. Des exemples de telles situations sont la cessation de traitement pour une personne en soins palliatifs, la protection de la confidentialité de l'intervention chez un mineur ou la revendication auprès d'un tiers au nom d'un patient. L'advocacy clinique aura dès lors comme **auditoire cible** la personne que tente de convaincre un patient, fut-elle un membre de sa famille, de l'équipe ou un partenaire externe (par exemple son employeur ou son assureur). Réalisées dans le **contexte** quotidien de la clinique (**micro environnement**), les **actions** de l'advocate clinique impliquent d'abord de comprendre les valeurs du patient, de l'informer de ses droits et de ses options et, à sa demande et en collaboration avec lui, d'entreprendre les activités requises afin de résoudre le problème. Réalisées en partenariat avec les individus concernés, ces actions comprennent aussi de discuter et de revendiquer avec ou pour un individu ou un groupe de personnes, de rédiger des notes complètes et systématiques au dossier, voire de dénoncer des situations inacceptables. Dans les écrits, le rôle d'agent de changement clinique est vu comme une obligation inhérente au statut de professionnel et à la relation thérapeutique.

Par contraste, l'**advocacy systémique** transcende le milieu de la clinique pour s'étendre aux méso et macro environnements. Lorsqu'elle concerne le **méso environnement**, l'advocacy systémique vise à influencer les décisions extra-cliniques qui affectent la vie de plusieurs patients (actuels ou potentiels) confrontés au même problème ou à un problème similaire (par exemple stigmatisation organisationnelle, discrimination inique à l'admission ou lors des interventions). Le **but** est de faire modifier des règlements, politiques ou procédures de l'établissement de santé ou de services sociaux, en exerçant une influence sur plusieurs **auditoires cibles** au sein de l'organisation, notamment les décideurs de l'établissement comme les gestionnaires ou les administrateurs du conseil d'administration. Réalisées dans le cadre d'instances de l'établissement, les **actions** de l'advocate systémique entendent ici corriger un problème à sa source, et ce, pour tous les patients concernés, ceux d'aujourd'hui comme ceux de demain. Il pourra par exemple réaliser, en collaboration avec des collègues et des patients, des activités d'éducation, de sensibilisation, de conscientisation et de revendication afin d'éclairer le problème, de

façon à ce que celui-ci soit connu dans son milieu par les personnes à même de corriger la situation. Contrairement à l'advocacy clinique qui se réalise dans le contexte quotidien de la clinique, qui concerne un patient donné et qui requiert de convaincre une ou quelques personnes impliquées auprès de ce patient, l'advocacy systémique de nature méso environnementale a plutôt pour cible un élément organisationnel qu'il s'agit de modifier pour mettre fin à une injustice systémique qui touche plusieurs patients. Ce faisant, ce type d'advocacy systémique requiert d'influencer, voire de convaincre plusieurs acteurs sociaux, notamment des décideurs au sein de l'établissement. Aussi, une fois que les actions de l'advocate systémique ont porté leurs fruits, le problème ne devrait plus se présenter dans l'avenir pour les patients concernés.

Enfin, l'advocacy systémique de nature **macro environnementale** a une portée plus large que l'advocacy systémique de nature méso environnementale. En effet, lorsqu'elle concerne le macro environnement, l'advocacy systémique vise à influencer les décisions extra-organisationnelles qui affectent la vie d'un grand nombre de patients (actuels ou potentiels) confrontés à la même problématique (par exemple, discontinuité dans leur trajectoire de soins, vide de services ou racisme systémique) (Drolet et Goulet, 2018; Rondeau-Boulanger et Drolet, 2016). Les actions de l'agent de changement peuvent avoir pour **but** de modifier des aspects de l'organisation des soins de santé ou des services sociaux, les lois sanitaires, ayant un impact sur la santé, le développement, le bien-être et la justice sociale, ou des règlements afférents. Le cas échéant, les lois sanitaires visées peuvent être de nature administrative (par exemple l'accès aux services pour les personnes âgées), pénale (par exemple la détermination des peines juvéniles) ou privée (par exemple les règlements relatifs à la garde des enfants). Les buts des actions de l'advocate systémique seront alors de créer, de modifier ou d'appliquer les lois et règlements de façon thérapeutique, c'est-à-dire de manière à ce que ceux-ci soutiennent et promeuvent la santé et le bien-être des individus. Conséquemment, son influence cherche à s'exercer au niveau sociétal (macro environnemental), en ceci que ses **auditoires cibles** sont ici les décideurs des différents paliers de pouvoir (gouvernement national, provincial ou municipal). Pour exercer une certaine pression politique, l'advocate systémique pourra chercher à influencer les décideurs en ralliant à sa cause l'opinion publique. Il est ainsi souhaité que la pression populaire puisse aider à faire bouger les choses dans la direction souhaitée. En cohérence, dans un **contexte** d'initiatives individuelles ou au sein d'un groupe d'activistes, il réalisera diverses actions qui auront pour cible des acteurs sociaux précis ou des collectivités. Ses **actions** seront variées, allant d'appartenir à un groupe de revendication (par exemple un syndicat, une association professionnelle, un regroupement citoyen, un groupe de lobbyistes ou une coalition) à partager des résultats de recherche, en passant par l'utilisation des médias, la prise de parole publique, la création d'un blogue, la rédaction de lettres d'opinion, le dépôt d'une pétition ou d'un mémoire à l'Assemblée nationale, l'organisation ou la participation à une manifestation et le lobbying auprès d'élus. À ce degré d'engagement social, il est possible que les frontières entre les vies professionnelle et personnelle du professionnel soient ténues et qu'il soit difficile pour certains de poursuivre, à temps plein, leur pratique professionnelle. Dans la plupart des écrits recensés, l'advocacy systémique est considérée comme une opportunité importante à saisir pour le professionnel de la santé ou de la réadaptation pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Des auteurs estiment aussi que l'advocacy systémique fait tout autant appel à la responsabilité éthique des professionnels que l'advocacy clinique (Drolet et Hudon, 2014; Lee et Rodgers, 2009).

Ces catégorisations de l'advocacy mettent en lumière un continuum qui débute près du rôle traditionnel de clinicien (advocate clinique) pour s'en éloigner progressivement (advocate systémique). Elles permettent aussi de constater que les actions proches du rôle traditionnel du professionnel font appel à des connaissances et des compétences qui sont somme toute collées à sa formation initiale. Au contraire, les actions que requiert l'advocacy systémique nécessitent la mobilisation de vastes connaissances, compétences et expériences, en plus de requérir des qualités personnelles particulières (comme faire montre de leadership, être un bon stratège politique, un bon communicateur et avoir la capacité de fédérer des personnes ou organisations autour d'une idée, d'un projet) (Finalyson, 2013) et d'avoir certaines qualités éthiques déterminées (par exemple avoir une vision sociale inspirante et motivante) (Lee et Rodgers, 2009). Somme toute, l'advocacy systémique est un moyen permettant au professionnel d'être un agent de changement social, de façon à ce qu'il puisse, en collaboration avec divers partenaires, contribuer plus largement à la santé et au bien-être de la population et à la mise en place d'institutions sociales plus justes et plus inclusives.

PARTENAIRES POTENTIELS DE L'AGENT DE CHANGEMENT SOCIAL

Comme indiqué en introduction, l'advocacy systémique n'est pas sans risque pour le professionnel qui décide de devenir un agent de changement social. Ainsi, lorsque vient le moment pour ce dernier de réaliser des activités d'advocacy systémique, celui-ci a avantage à se solidariser avec d'autres personnes ou organisations. D'une part, ce type d'alliance permet à l'agent de changement social de ne pas porter seul cette responsabilité et, d'autre part, de non seulement bonifier son projet, mais également de faire avancer plus efficacement et collectivement la cause qu'il défend (Carrier et coll., 2014; Dorfman, Sorenson et Wallack, 2009; Drolet, Lalancette et Caty, 2019; Googman-Lavey et Dunbar, 2003; Lee et Rodgers, 2009). Ainsi, comme l'affirment Dorfman et ses collaborateurs (2009), une fois la problématique cernée et documentée, l'un des aspects cruciaux de l'advocacy systémique réside dans l'obtention d'appuis et le développement de partenariats, voire de coalitions afin de défendre efficacement les droits et intérêts des individus ou groupes concernés. D'ailleurs, de plus en plus d'études tendent à supporter l'hypothèse que les réseaux de partenariat joueraient un rôle déterminant sur l'efficacité des activités entreprises dans le but d'influencer les décideurs organisationnels et politiques (Contandriopoulos et coll., 2017). Ainsi, tant la densité des relations que la position centrale des partenaires auraient un impact sur les résultats obtenus par les activités d'influence vis-à-vis les décideurs.

Il s'agit alors de partager le pouvoir et l'imputabilité entre les partenaires, de même que les rôles et les responsabilités de chacun d'entre eux (Dorfman et coll., 2009). Il s'agit aussi ce faisant de fédérer leurs ressources humaines, matérielles et financières afin de réaliser les changements sociaux requis (Dorfman et coll., 2009). En plus de procurer un poids politique et une crédibilité à la cause défendue, le partage entre les partenaires de leurs expertises, compétences et ressources respectives contribuent au succès potentiel de l'advocacy systémique. Le Tableau 1 énumère certains des partenaires potentiels auxquels les professionnels pourraient s'allier pour l'une ou l'autre de leurs activités d'advocacy systémique. Bien entendu, ce tableau n'est pas exhaustif et d'autres partenaires pourraient être envisagés selon la cause défendue.

Tableau 1. Partenaires potentiels, individuels ou organisés, pour l'advocacy systémique⁸

Partenaires potentiels	Description
Individuels	
Chercheur de collège⁹ ou universitaire	Personne dont une partie des tâches implique de réaliser des recherches et d'en diffuser les résultats. Ce partenaire peut permettre d'établir la crédibilité d'un message (voir plus bas, stratégies communicationnelles).
Collègue disciplinaire ou interdisciplinaire	Professionnel de la santé ou de la réadaptation issu de la même discipline que le professionnel ou d'une autre discipline.
Dirigeant d'établissement	Gestionnaire détenant un certain pouvoir au sein d'une organisation. Ce peut être par exemple un chef d'équipe ou un directeur de programme.
Élu : municipal, provincial ou fédéral (ex. : maire, conseiller, député)	Personne ayant obtenu le mandat démocratique de représenter une population donnée pour un temps déterminé (généralement quatre ans) à un des paliers législatifs (Assemblée nationale du Québec, s.d.; Chambre des communes du Canada, s.d.; Ministère des affaires municipales et de l'occupation du territoire du Québec, s.d.).
Fonctionnaire (ex. : sous-ministre, agent d'un ministère)	Personne employée par l'État qui a pour rôle de fournir le meilleur avis possible aux décideurs politiques (élus), puis de mettre en œuvre leurs décisions (Morestin, 2017).
Patient et sa famille	Personne qui reçoit les soins de santé et participe aux services de réadaptation ainsi que ses proches impliqués dans les soins et services.
Personnalité publique (ex. : vedette de la télévision ou de l'Internet, juriste reconnu, athlète de haut niveau, etc.)	Personne ayant une crédibilité populaire de par ses réalisations personnelles ou sa notoriété. Ce partenaire peut soutenir la crédibilité d'un message (voir plus bas, stratégies communicationnelles), dans la mesure où celui-ci a un savoir expérientiel pertinent en lien avec la cause défendue (Drolet, Lalancette et Caty, 2019).
Personnel politique (ex. : membre du cabinet d'un ministre ou du maire; attaché politique d'un député)	Personne employée par l'État qui a pour rôle de fournir des avis partisans aux décideurs politiques, c'est-à-dire aux élus municipaux, provinciaux ou fédéraux (Morestin, 2017). Puisque le gouvernement est élu sur la base d'un programme politique, chaque politique publique doit être évaluée selon la position du parti et les conséquences probables de celle-ci sur le plan électoral. Ainsi, contrairement aux fonctionnaires, les analyses du personnel politique intègrent des considérations de nature partisane.
Organisés : associatifs ou institutionnels	

⁸ Les partenaires potentiels, qu'ils soient individuels ou organisés, sont listés par ordre alphabétique.

⁹ Un nombre croissant d'enseignants des Cégeps du Québec réalisent des activités de recherche.

Association de défense des droits (ex. : association de patients ou de familles de patients et association professionnelle)	Organisme autonome ayant généralement pour mission de défendre les droits culturels, économiques, politiques et sociaux des personnes qu'il regroupe (ex. : patients, proches-aidants). L'organisme peut fournir des services de soutien (ex. : groupe d'échanges). Il peut aussi informer le citoyen de ses droits en santé (Ménard Martin avocats, s.d.). Les associations de patients ou de familles de patients se portent à la défense des droits de personnes aux prises avec différents problèmes de santé ou de leurs proches. Par exemple, « l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) a pour mission d'améliorer la condition et de réduire l'isolement des personnes atteintes de douleur chronique au Québec » (AQDC, s.d.), tandis que l'Association des retraités se porte à la défense des droits des personnes à la retraite (AQDR, s.d.). Pour leur part, les associations professionnelles se portent à la défense des droits des professionnels de la santé ou de la réadaptation (CIQ, s.d.).
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des soins et services	Personne à l'emploi du réseau de la santé et des services sociaux qui a pour rôle de traiter une plainte ou de la transmettre à l'autorité compétente, de promouvoir la qualité des soins et des services ainsi que de s'assurer du respect des droits des usagers des services (Portail Québec, s.d.).
Conseil d'administration de l'organisation, voire de l'établissement	Le conseil d'administration (CA) est l'instance décisionnelle supérieure de toute organisation publique ou privée. Son principal rôle est de veiller aux intérêts de l'organisation et, le cas échéant, des administrateurs, tout en considérant les impacts de ses décisions sur les différentes parties prenantes. « Il se situe au-dessus de l'équipe de direction dont le mandat est de s'occuper de la gestion courante de l'entreprise » (Collège des administrateurs de société, 2009). Tout établissement de santé est dirigé par un CA qui doit rendre des comptes au Ministre de la santé (Gouvernement du Québec, 2018).
Groupe d'intérêts à but lucratif ou non	Organisation qui réunit des personnes partageant la mise en valeur d'un sujet particulier ou la défense d'une position précise sur ce sujet donné. Cette organisation réalise généralement des activités de lobbying auprès des décideurs. Comme l'observent Grossman et Saurrigger (2012), « les groupes d'intérêt, tels que Greenpeace, ATTAC ou le MEDEF jouent un rôle croissant à tous les niveaux : national, européen, [nord-américain], mondial. Bien au-delà des seules stratégies d'influence sur lesquelles on tend à les replier, ils sont devenus socialement structurants; leurs oppositions tendent à prendre le pas sur celles, classiques, entre employeurs et syndicats, et ils s'imposent de plus en plus comme producteurs de normes » (endos de l'ouvrage).
Instance gouvernementale (municipale, provinciale ou fédérale)	Ministère ou organisme relevant de l'administration publique. Au Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et les organismes paragouvernementaux, tels que la Régie de l'Assurance-maladie ou l'Office de la protection des personnes handicapées constituent des exemples de telles instances.
Ordre professionnel	Organisme autonome qui regroupe les personnes exerçant une même profession (CIQ, s.d.) et a pour « mandat de réglementer et de surveiller les activités professionnelles qui peuvent comporter des risques pour le public » (Office des professions, s.d.).
Organisme communautaire ou entreprise d'économie	Organisation autonome qui œuvre dans le secteur de la santé, de la réadaptation ou des services sociaux. L'organisme communautaire est un organisme à but non lucratif enraciné dans sa communauté, libre de déterminer la conduite de ses activités et qui entretient une vie associative et démocratique, notamment via la

sociale et ses regroupements	constitution de son conseil d'administration où siègent les usagers de ses services (Coalition des Tables régionales des organismes communautaires, s.d.). Pour sa part, l'entreprise d'économie sociale est une coopérative, une mutuelle ou un organisme à but non lucratif qui « exerce des activités économiques à des fins sociales, c'est-à-dire qu'elle vend ou échange des biens et services non pas dans le but de faire du profit, mais plutôt dans celui de répondre aux besoins de ses membres ou de la communauté qui l'accueille » (Ministère de l'économie, des sciences et de l'innovation du Québec, s.d.).
Parti politique (municipal, provincial ou fédéral)	« Tout groupe organisé de particuliers partageant au moins généralement les mêmes visées et opinions politiques, et cherchant à influencer sur les politiques publiques par l'élection de leurs candidats à des charges publiques » (Le Réseau du savoir électoral, s.d.).
Protecteur du citoyen, Conseil pour la protection des malades et autres ombudsmans	Organisme institutionnel ou à but non lucratif qui a pour rôle de protéger le citoyen dans l'utilisation des services publics, incluant les soins de santé et les services de réadaptation (Assemblée nationale du Québec, s.d.; Conseil de la protection des malades, s.d.).
Syndicat	Organisme autonome qui regroupe les travailleurs d'un même secteur et vise à protéger les conditions de travail de ses membres (CIQ, s.d.).

Si la constitution de partenariats s'avère un moment important dans la conduite d'activités d'advocacy systémique, l'identification des situations pouvant requérir d'entreprendre de telles activités et l'opérationnalisation de ces activités s'avèrent tout autant cruciales. Pour ce faire, des ressources ont été créées pour soutenir le professionnel. Tenant compte que l'advocacy systémique peut faire partie des solutions que mobilise un professionnel pour résoudre les conflits de loyautés multiples de manière durable et efficace, examinons deux de ces ressources.

DEUX RESSOURCES PERTINENTES POUR ÊTRE UN AGENT DE CHANGEMENT SOCIAL EFFICACE

Les écrits regorgent de cadres, modèles et outils qui ont été développés dans divers domaines afin de soutenir différents acteurs sociaux lorsqu'ils entreprennent des activités d'advocacy systémique (AOTPAC, 2000; Carrier et Contandriopoulos, 2015; 2016; Dorfman et coll., 2009; Drolet et coll., 2019; Kirsh, 2015; Kruger, 2014; Morestin, 2015; Nixon et coll., 2017). Comme ces ressources sont généralement peu connues des professionnels de la santé ou de la réadaptation, il nous est apparu important d'en présenter deux d'entre elles que nous considérons intéressantes, notamment parce qu'elles sont issues de disciplines de la réadaptation. Cette section décrit donc le Cadre critique de Nixon et ses collaborateurs (2017) et le Modèle de planification des activités d'advocacy systémique de Carrier et Contandriopoulos (2016).

Le choix de ces deux ressources repose non seulement sur leur pertinence, mais également sur leur complémentarité. En effet, tandis que le cadre de Nixon et ses collaborateurs (2017) permet d'identifier les situations pouvant requérir du professionnel qu'il entreprenne des activités d'advocacy systémique, le modèle de Carrier et Contandriopoulos (2016) permet d'opérationnaliser ces activités. Ainsi, le cadre

de Nixon et ses collaborateurs se présente comme une propédeutique nécessaire à toute entreprise d'advocacy, en ceci que pour être en mesure de percevoir ce qui pose problème d'un point de vue éthique dans les conflits de loyautés multiples, encore faut-il adopter un regard critique sur les manières usuelles de faire et de penser, et c'est ce que permet ce cadre critique. Pour sa part, le modèle de Carrier et Contandriopoulos propose une méthode à la fois rigoureuse et structurée afin d'actualiser toute entreprise d'advocacy systémique et de lui assurer, peut-on souhaiter, un certain succès.

A) Cadre critique de Nixon et ses collaborateurs

Ce chapitre porte sur la résolution des conflits de loyautés multiples ayant des dimensions systémiques par la réalisation d'activités d'advocacy systémique. Comme les situations pouvant requérir du professionnel qu'il entreprenne des activités d'advocacy systémique ne sont pas toujours évidentes à percevoir, ce cadre d'analyse critique peut se révéler utile en rendant ces dernières plus saillantes. Ce faisant, le professionnel agit de façon proactive en repérant les situations qui requièrent de telles activités. Aussi, dans les cas où les situations sont déjà avérées et repérées, il peut être nécessaire pour ce dernier de mieux en définir les éléments qui les composent. Dans tous les cas, il reste primordial que le professionnel sache porter un regard critique sur les soins et services prodigués aux patients, de façon à appréhender et reconnaître les situations éthiquement problématiques qui se présentent dans sa pratique, dont font partie les conflits de loyautés multiples.

Pour répondre à cette préoccupation, des auteurs dans le domaine de la physiothérapie ont développé un cadre d'analyse, comprenant sept étapes, qui permet d'adopter une posture critique quant aux manières d'allouer ou de prodiguer les soins en santé et les services de réadaptation (Nixon et coll., 2017). Ce cadre permet au professionnel de s'arrêter et de réfléchir à certaines habitudes, façons de faire ou de penser ou encore à certaines règles ou normes qui régissent les processus de soins qui, en plus d'être souvent prises pour acquises ou peu remises en question, pourraient contribuer à maintenir des inégalités ou à perpétuer des préjudices envers certains groupes de personnes. Ce cadre vise à outiller les professionnels à réfléchir de manière critique aux pratiques, règles ou normes qui ont cours au sein de leur profession, de leur établissement, du système de santé ou de la société et à identifier des éléments qui pourraient et devraient être corrigés. Plus le professionnel sera à même de repérer les conflits de loyautés multiples, plus il pourra les gérer de manière éthique, voire les éviter. Les sept étapes clés du modèle sont ici brièvement présentées.

Étape 1 : Identifier une pratique à analyser de manière critique

À cette étape, le professionnel repère une pratique (habitude, façon de faire ou de penser, règle ou norme) qui est généralement prise pour acquise, mais qui pourrait être problématique, et sur laquelle il serait pertinent de se pencher pour améliorer les soins et services ou le contexte entourant ces soins et services. Par exemple, on pourrait penser à l'obligation de faire payer certains patients lorsqu'ils annulent leur rendez-vous, au fait d'offrir les rendez-vous de matin et de soir seulement aux personnes qui occupent un emploi ou à l'utilisation de critères d'admission aux soins et aux services qui excluent certaines personnes en fonction de certaines caractéristiques (âge, nom de l'assureur, diagnostic

médical, etc.). On pourrait aussi penser au fait d'utiliser une couleur différente de dossier pour les patients en fonction de leur statut d'assurance, à la pratique de faire payer certains items aux patients (pansements, compresses, etc.), au choix des critères de gestion de la liste d'attente (hasard, possibilité de chute, patients motivés et payants vus en priorité, etc.), à l'utilisation qui est faite des contentions physiques ou chimiques dans certains établissements, à l'internement contre leur volonté de certains patients ou au fait de ne pas offrir les soins et les services dans la langue d'usage des patients immigrants ou autochtones. En bref, à cette étape, il s'agit de cibler une pratique en particulier afin de l'analyser de manière critique. Cette pratique peut concerner une profession, un établissement, le réseau de la santé ou la société en général.

Étape 2 : Cerner les raisons et les buts de la pratique

Ensuite, le professionnel répond à la question suivante : Pourquoi cette pratique a-t-elle cours? Autrement dit, il s'agit ici pour lui de cerner les raisons qui expliquent et justifient que cette pratique soit opérante. Ce faisant, le professionnel nomme les visées de la pratique, ses buts. À cette étape, les buts de la pratique qui est analysée devraient être simplement énoncés, sans analyse approfondie. Suivant l'un des exemples nommés ci-haut, on pourrait affirmer par exemple que les rendez-vous de matin et de soir dans les cliniques de physiothérapie et d'ergothérapie sont réservés aux personnes qui occupent un emploi, car celles-ci ne sont généralement pas libres durant les heures dites « ouvrables ». Il semble par ailleurs adéquat de présumer que les patients qui ne travaillent pas ou qui sont retraités peuvent en règle générale se présenter à n'importe quelle heure de la journée. En bref, il s'agit à cette seconde étape d'identifier les raisons qui ont motivé la mise en place de la pratique et les buts qu'elle cherche à accomplir. Dans notre exemple, il s'agit de rendre les soins et les services accessibles aux personnes qui ont un emploi.

Étape 3 : Rendre explicites les raisons et les présomptions derrière cette pratique

À cette étape, le professionnel décortique les raisons et présomptions qui soutiennent cette pratique. Ce faisant, il répond aux questions suivantes : Certains éléments ont-ils été pris pour acquis lors de la mise en place de la pratique? Lesquels? Pourquoi une telle pratique a-t-elle été mise sur pied et pourquoi fonctionne-t-elle de cette façon? Quels messages sont réellement véhiculés par cette pratique? Dans l'exemple précité, le fait de réserver les rendez-vous de matin et de soir aux personnes qui occupent un emploi a probablement été mis sur pied afin que les travailleurs puissent bénéficier des soins et services avant ou après leur journée de travail, sans avoir à interrompre leur journée ou à manquer du travail. Cette pratique laisse donc sous-entendre que les journées des personnes sans emploi sont généralement libres et que ces dernières disposent de tout le temps nécessaire pour venir en traitement au milieu de la journée. Contrairement au temps d'un travailleur qui ne doit pas être gaspillé et qui a une valeur intrinsèque (le fait de travailler est important et on ne peut manquer du travail pour venir à un rendez-vous), les activités des individus qui ne travaillent pas peuvent être manquées ou interrompues pour que ces derniers se rendent en thérapie. Ainsi, cette pratique pourrait laisser croire que les personnes qui n'occupent pas d'emploi ne réalisent pas d'activités significatives ou importantes pour la société. Quand

on scrute les présomptions qui soutiennent cette pratique, on peut se rendre compte qu'une telle pratique envoie le message que les gens sans emploi ont probablement beaucoup de temps libre et qu'ils peuvent facilement se présenter en milieu de journée en thérapie, sans que cela leur occasionne quelque problème que ce soit. En bref, il s'agit à cette étape d'explicitier et de réfléchir plus en profondeur à l'origine de la pratique et à sa capacité à atteindre les buts qu'elle cherche à atteindre.

Étape 4 : Identifier ceux qui bénéficient de la pratique

En partant des éléments décrits à l'étape 3, le professionnel est ensuite amené à réfléchir aux groupes de personnes qui bénéficient, dans les faits, de la pratique. Par exemple, ce dernier peut se demander : Quelles sont les conséquences d'une telle pratique et pour qui exactement? Qui cette pratique favorise-t-elle en réalité et quels bénéfices apporte-t-elle concrètement à ces personnes? Certaines conséquences favorables ont-elles été omises ou négligées? Lesquelles? Quels groupes de personnes pourraient se sentir habilités par cette pratique? Sont-ce des groupes déjà favorisés au sein de la société? Dans notre exemple, les travailleurs (ceux qui occupent un emploi) bénéficient de cette pratique, car en plus de pouvoir choisir des plages horaires de traitement dans la journée, on leur réserve également les plages horaires du matin et du soir. Les individus qui travaillent ont donc un plus grand choix d'horaires pour recevoir les soins et participer aux traitements que ceux qui n'occupent pas un emploi. Dans la société, les individus qui occupent un emploi constituent déjà un groupe de personnes favorisées. Ces dernières possèdent parfois une voiture pour se rendre en traitement plus rapidement. Aussi, elles ont plus de revenus et occupent un statut social supérieur aux personnes sans emploi. Par ailleurs, elles bénéficient parfois d'horaires flexibles qui leur permettent de reprendre le travail manqué à d'autres moments et certaines parmi elles peuvent avoir de l'aide pour veiller à leurs occupations familiales ou autres (ex. gardien pour leurs enfants, aide à la préparation des repas ou l'entretien du domicile). En offrant plus de plages horaires à un groupe déjà favorisé, la pratique contribue à renforcer les privilèges dont bénéficient souvent les personnes qui occupent un emploi dans la société, en plus de supporter l'idée que leur temps est plus précieux que celui des individus qui ne travaillent pas. En bref, à cette étape, il s'agit pour le professionnel de cerner les avantages qui découlent de la pratique analysée ainsi que les personnes qui les retirent. Ce faisant, celui-ci est amené à cerner les rapports de force entourant la pratique en question, ce qui ne saurait être négligé.

Étape 5 : Identifier ceux qui sont désavantagés par la pratique

Maintenant, le professionnel réfléchit aux personnes qui pourraient être désavantagées ou marginalisées par la pratique, se sentir brimées ou exclues par elle. Ces désavantages ou préjudices peuvent être réels ou potentiels. Autrement dit, le professionnel est amené à cette étape à réfléchir aux effets pervers de la pratique sur tous les individus qui n'en tirent pas de bénéfices et même qui en subissent des conséquences négatives. C'est ici que le professionnel doit faire preuve d'ouverture et de créativité afin de réfléchir aux groupes de personnes qui sont souvent peu représentés dans les discours qui légitiment la pratique en question et qui pourraient être affectés négativement par elle. Il devra ce faisant faire preuve d'imagination éthique (Gibert, 2014) afin d'entrevoir les perspectives et expériences

de ces groupes. Il peut donc s'aider des questions suivantes : Qui cette pratique défavorise-t-elle? Pour qui est-elle nuisible? Quels désavantages ou préjudices apporte-elle concrètement à ces personnes? Certaines conséquences négatives ont-elles été omises ou négligées? Lesquelles? Quels groupes de personnes pourraient se sentir brimés par cette pratique? Sont-ce des groupes déjà défavorisés au sein de la société ou laissés de côté? Dans l'exemple précité, les individus qui sont sans emploi sont défavorisés par cette pratique. Parmi ces personnes, on peut penser à celles qui sont bénéficiaires de l'aide sociale, à celles qui sont retraitées, aux mères et aux pères qui sont en congé parental, aux individus qui se sont blessés et qui sont en arrêt de travail ou qui ne peuvent plus travailler, aux nouveaux arrivés qui sont sans emploi, etc. Parmi ces personnes, plusieurs profiteraient de pouvoir choisir un rendez-vous le matin ou le soir, en fonction de leurs activités et de leurs capacités. Certains patients voient peut-être leur niveau d'énergie décliner rapidement avec l'avancement de la journée et seraient plus en forme pour se rendre et pour participer à leur thérapie en début de journée. Certains parents qui s'occupent leur enfant dans la journée seraient probablement plus disponibles le soir, quand leur conjoint rentre du travail et est en mesure s'occuper de la famille. Certaines personnes sans emploi tiennent le rôle de proche-aidants dans la journée et ne peuvent ainsi se libérer que le matin ou le soir pour participer à leurs traitements. D'autres perdraient beaucoup moins de temps et d'énergie à se rendre en thérapie aux heures de pointe et de grand service en transport en commun, plutôt qu'en milieu de journée. Les individus qui ne travaillent pas sont-ils des patients « moins importants »? Pourquoi ce groupe en particulier dispose-t-il alors de moins de choix de plages horaires de traitement? Cette pratique contribue donc à marginaliser les personnes qui ne travaillent pas, un groupe qui est déjà défavorisé dans la société de manière générale. Bien que les cliniques qui mettent en place ce genre de pratique ne cherchent pas intentionnellement à brimer ce groupe de personnes, le message envoyé par cette pratique est néfaste et contribue à renforcer les stéréotypes concernant les individus sans emploi. En bref, il s'agit à cette étape d'identifier les personnes qui sont affectées négativement par la pratique et de spécifier les désavantages ou préjudices que cette dernière leur cause.

Étape 6 : Établir un portrait de la société par la synthèse et l'analyse des réponses aux étapes 1 à 5

La sixième étape de ce cadre critique amène le professionnel à réfléchir plus globalement aux significations des réponses apportées aux questions des étapes 1 à 5, et ce, en dehors de son milieu de pratique. Ici, ce dernier doit tenter de voir comment des pratiques qui peuvent sembler anodines au quotidien peuvent contribuer, de façon intentionnelle ou non, à renforcer certaines règles ou normes sociétales qui placent certains groupes de personnes dans des situations privilégiées au détriment d'autres groupes désavantagés (Nixon et coll., 2017). À la manière de McIntosh (1988), le professionnel est amené à mettre le doigt sur des privilèges indus qui apparaissent telles des normes légitimes et fondées. Ce faisant, il dévoile ces privilèges indus, étape essentielle pour modifier l'ordre des choses. Le professionnel est ainsi amené à adopter un point de vue systémique pour percevoir comment certaines inégalités bien présentes au sein de la société peuvent être, plus ou moins insidieusement, encouragées par les façons de faire ou de penser des professionnels ou des milieux cliniques qui offrent les soins de santé et les services de réadaptation. Même si ces pratiques ne sont pas réalisées ou mises sur pied suivant de mauvaises intentions, il importe tout de même de prendre conscience de leur influence

pernicieuse et des torts parfois invisibles ou peu visibles qu'elles perpétuent à l'échelle plus large de la société. Dans notre exemple, il pouvait paraître « normal », à première vue, pour une clinique de physiothérapie ou d'ergothérapie, de réserver les plages horaires du matin et du soir aux individus qui occupent un emploi. Grâce à l'analyse conduite aux étapes précédentes, on est amené à réaliser que cette pratique contribue à renforcer les normes sociétales actuelles qui privilégient certains groupes de la société, comme les travailleurs, aux dépens de groupes moins favorisés, comme ceux qui sont sans emploi. Les personnes qui vivent de l'aide sociale ou ceux qui sont sur le chômage sont souvent stigmatisées dans la société actuelle, qui reconnaît et récompense ouvertement la performance et la productivité. Les personnes qui ne travaillent pas se voient donc refuser certains droits et privilèges, en raison de leur statut. Les professions que sont la médecine, la physiothérapie et l'ergothérapie ne doivent pas être aveugles à ces influences sociétales pernicieuses et doivent activement veiller à maintenir l'équité entre tous les groupes de citoyens qui reçoivent leurs soins et participent à leurs services. Dans cet exemple, les professionnels doivent comprendre que cette pratique contribue à maintenir des inégalités entre certains groupes de patients et contribue à marginaliser davantage un groupe qui l'est déjà dans la société. Ces professionnels doivent donc s'abstenir de perpétuer de telles inégalités. En bref, à cette étape, le professionnel établit un portrait macro environnemental d'un aspect de la société, et ce, par la synthèse et l'analyse approfondie des résultats des étapes précédentes.

Étape 7 : Concevoir des alternatives à la pratique pour en atténuer les désavantages

À cette étape, le professionnel réfléchit aux alternatives qui pourraient permettre de modifier la pratique problématique analysée à l'aide du cadre afin que les groupes de personnes visées par celle-ci cessent d'être désavantagés. C'est à cette étape que le professionnel peut imaginer des activités d'advocacy systémique qui pourraient permettre d'atténuer les préjudices subis par ces personnes dans son milieu clinique, tout comme dans la société. Dans l'exemple en exergue, le professionnel pourrait discuter avec les gestionnaires de son milieu de pratique afin d'abolir cette pratique qui désavantage systématiquement les personnes sans emploi. Le professionnel pourrait conscientiser les dirigeants de la clinique, le siège social de la bannière ou encore le regroupement d'établissements du réseau de santé aux pratiques de ce genre qui ont cours et qui contribuent sournoisement à marginaliser certains patients déjà désavantagés, comme ceux qui ne travaillent pas. Le professionnel pourrait également tenter de voir comment faciliter l'accès aux services de physiothérapie et d'ergothérapie pour les individus qui sont sans emploi et dont les intérêts sont plus souvent brimés, par exemple, en effectuant un sondage auprès de ces personnes. À plus grande échelle, le professionnel pourrait travailler avec certains groupes de personnes qui connaissent bien la réalité des personnes sans emploi ou pouvant avoir de la difficulté à se trouver un emploi (ex. groupe de support à l'emploi, regroupement de proches-aidants, regroupement de personnes handicapées) afin d'entrevoir des façons d'améliorer leur accès aux soins et leur expérience de soins en physiothérapie et en ergothérapie, et de rétablir l'équité dans les soins pour cette clientèle. Cette étape place donc le professionnel en action afin de collaborer avec les groupes désavantagés à mettre sur pied des activités qui visent à rétablir les déséquilibres de pouvoir qui sévissent dans la société et à promouvoir des politiques qui favorisent l'équité et l'inclusion à l'échelle sociale. Bien que le cadre de Nixon et ses collaborateurs (2017) ne le spécifie pas, nous suggérons que les

actions envisagées à cette étape soient soutenues par un modèle d'advocacy systémique comme celui décrit au point suivant.

En définitive, ce cadre d'analyse critique en sept étapes développé par Nixon et ses collaborateurs (2017) est un outil intéressant puisqu'il peut aider le professionnel de la santé ou de la réadaptation à faire preuve de jugement critique quant aux pratiques qui contribuent à maintenir des inégalités au sein de la société. En outillant son regard pour percevoir ces pratiques iniques, ce cadre se présente comme un outil précieux à l'actualisation du rôle d'agent de changement social du professionnel. En lui permettant de se questionner sérieusement sur les raisons, buts et privilèges qui sous-tendent certaines pratiques et en identifiant comment celles-ci peuvent nuire à certains groupes de personnes et participent au maintien des privilèges d'autres groupes d'individus, il amène le professionnel à prendre action pour changer les pratiques nuisibles et rétablir un équilibre plus juste entre les différents groupes de la société. Enfin, comme indiqué, ces changements peuvent être mis de l'avant par son engagement dans des activités d'advocacy systémique.

B) Modèle de planification des activités d'advocacy systémique de Carrier et Contandriopoulos

Le Modèle de planification des activités d'advocacy systémique a été développé pour soutenir le professionnel de la santé ou de la réadaptation dans la réalisation du rôle d'agent de changement social. Sa conception repose, d'une part, sur les compétences requises pour accomplir les activités d'advocacy systémique que ce rôle social implique, et, d'autre part, sur les résultats d'une recension ciblée des écrits portant sur les : (1) modèles d'évaluation-intervention, (2) contextes d'intervention, et (3) stratégies de communication. Ce modèle comporte huit étapes itératives et dynamiques (voir la Figure 2) qui ont été ici bonifiées par des apports en provenance d'autres cadres ou modèles, notamment celui développé par Dorfman et ses collaborateurs (2009) et celui créé par Kruger (2014). Les paragraphes suivants décrivent brièvement chacune des étapes du modèle, suit ensuite le Tableau 2 qui applique chacune d'elles à un cas particulier. Bien que les étapes soient présentées linéairement, elles se déroulent de manière itérative et leur ordre est appelé à changer en cours de mise en œuvre, selon les situations. Afin de ne pas alourdir la Figure 2 inutilement, les flèches bidirectionnelles unissant chacune des étapes entre elles ont été omises.

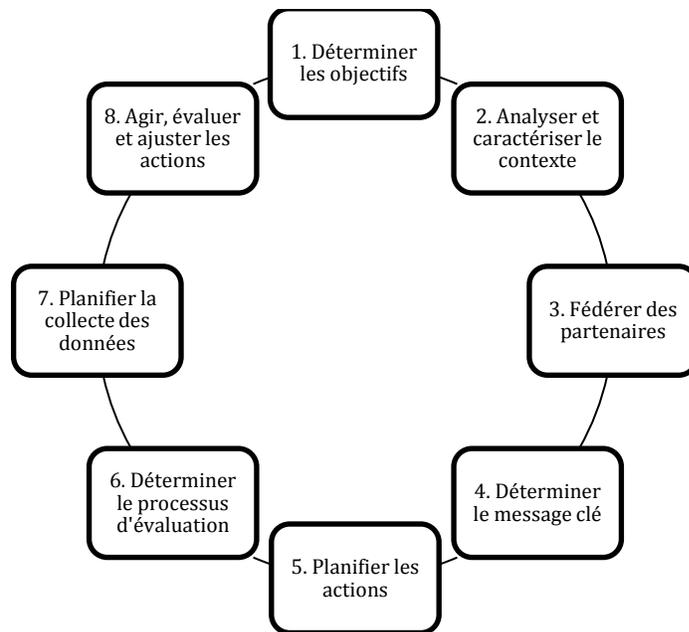


Figure 2. Huit étapes de l'advocacy systémique de Carrier et Contandriopoulos (2016)

Étape préalable : Cerner le problème

Avant d'envisager la planification des actions d'advocacy systémique, il importe de cerner le problème ainsi que colliger des preuves de son existence (Dorfman et coll., 2009). Le cadre de Nixon et ses collaborateurs (2017) vu précédemment peut s'avérer utile pour faire un bon diagnostic de la situation. Par l'entremise de la collecte de données probantes entourant la situation, de témoignages de personnes touchées par le problème et de points de vue variés sur les différents aspects du problème, le professionnel documente le problème, son importance et son ampleur afin d'en avoir une connaissance complète, précise et approfondie. Telle est l'étape préalable à toute démarche d'advocacy systémique. Ce faisant, le professionnel et ses partenaires auraient tort de ne s'en tenir qu'aux données probantes (Kirsh, 2015). Les témoignages recueillis auprès de personnes confrontées directement au problème ou désavantagés par la pratique visée sont essentiels, car ils rendent le problème tangible, lui procurent un visage, lui donnent de la substance. Ces témoignages permettront de communiquer de manière sensible et touchante le message clé de l'advocacy systémique (étape 4). Aussi, le fait de colliger les différents aspects du problème, en documentant les points de vue variés et contrastés le concernant, permettra d'anticiper et, éventuellement, de contrer les résistances qui pourraient, le cas échéant, se présenter.

Étape 1 : Déterminer les objectifs

À l'instar de Kruger (2014), Carrier et Contandriopoulos (2016) considèrent que le professionnel doit d'abord préciser ce qu'il cherche à faire pour régler le problème ou modifier la pratique critiquée. Cette étape consiste à établir clairement les objectifs visés par l'activité d'advocacy. Ceux-ci peuvent être de nature variée allant d'informer ou de sensibiliser certaines personnes au problème, à faire modifier une

loi jugée inadéquate ou injuste. Aussi, les objectifs peuvent comporter des sous-objectifs préalables. Par exemple, le professionnel pourrait viser à créer des partenariats avec des acteurs-clés (étape 3) pour, ultérieurement, organiser des actions d'advocacy systémique concertées (étape 5). Les objectifs doivent être précis, réalistes et, idéalement, mesurables (étape 6).

Étape 2 : Analyser et caractériser le contexte

Pour choisir les actions à réaliser afin d'atteindre les objectifs visés, une étape-charnière consiste à préciser le contexte dans lequel celles-ci se déploieront. La matrice analytique du contexte, qui a été développée par Contandriopoulos (2012), permet de caractériser le contexte de réalisation selon deux axes : le partage des coûts et le degré de polarisation. Relativement aux coûts, ceux-ci peuvent être à la charge exclusive d'une personne ou d'une organisation ou être partagés entre divers partenaires. Relativement à la polarisation, la situation peut faire consensus ou générer des positions plus ou moins opposées, voire irréconciliables. Ainsi, selon la position sur chacun de ces axes, trois types de contextes ou de zones existent : paradisiaque, marécageuse ou polarisée. Analyser et caractériser le contexte permet de dégager la réceptivité potentielle des différents auditoires cibles au message clé (étape 4) et de déterminer les actions les plus appropriées pour atteindre les objectifs visés (étape 5). Par exemple, quand les coûts de l'utilisation sont partagés et que les visions et intérêts convergent (zone paradisiaque), l'objectif de modifier une situation peut être aisément atteint par la simple sensibilisation ou information des décideurs concernés. Par contre, si les coûts ne sont pas partagés, et ce, même si la polarisation des idées et intérêts est faible, les interventions et la situation risquent de s'enliser, quelles que soient les actions du professionnel. Enfin, lorsqu'il y a polarisation, un travail préparatoire est généralement nécessaire et implique des actions, telles que la persuasion, le développement de coalition de partenaires ou encore l'activisme politique. Cette analyse du contexte de l'advocacy systémique met en évidence les acteurs impliqués et leur position respective, en termes de pouvoir et de convergence d'idées et d'intérêts entourant le problème (favorable, défavorable ou neutre). Ceux-ci doivent être explicitement identifiés et considérés dans la planification des actions. À l'instar de Contandriopoulos, Kruger (2014) considère aussi qu'il est crucial d'évaluer le contexte dans lequel s'effectueront les activités d'advocacy. Selon lui, l'évaluation du contexte doit permettre d'identifier les éléments qui seront perçus comme des facilitateurs ou des barrières à la réalisation des objectifs définis à l'étape 1. Afin de s'assurer que les différentes dimensions contextuelles pouvant influencer les activités d'advocacy soient prises en compte, l'acronyme PESTLE peut être utilisé (P : politique, E : économique, S : sociale, T : technologique, L : légale, E : environnementale; Stokes, Kruger, Harwood, Dantile et Warren, 2015).

Étape 3 : Fédérer des partenaires

Comme spécifié à la section précédente, le professionnel qui décide d'être un agent de changement social a tout avantage à obtenir des appuis et à cibler des partenaires pouvant l'aider à résoudre le problème (Dorfman et coll., 2009). De fait, l'advocacy systémique nécessite généralement la collaboration de divers partenaires. En analysant et caractérisant le contexte de réalisation des actions de l'advocacy systémique qui inclut les différents acteurs impliqués, le professionnel pourra déterminer

d'éventuels partenaires à ses actions et les fédérer à son projet. Ces partenaires peuvent être des individus, des groupes ou des associations comme vu précédemment (voir le Tableau 1). Le cas échéant, le professionnel pourra être stratégique afin de cibler des partenaires ayant une grande crédibilité sociale, un certain poids politique, des connaissances et habiletés complémentaires aux siennes et approfondies du problème à régler ainsi que des moyens financiers, matériels ou autres.

Étape 4 : Déterminer le message clé

Une fois les appuis obtenus et les partenaires fédérés autour du projet, l'étape suivante consiste à identifier le message clé à utiliser pour convaincre les individus ou groupes qui doivent être sensibilisés, conscientisés et informés au sujet du problème et de ses solutions, afin d'atteindre les objectifs visés. Pour ce faire, les stratégies communicationnelles présentées à la prochaine section peuvent être utiles. Car pour devenir un agent de changement social efficace, l'une des clés du succès réside dans la communication (Drolet et coll., 2019). Le professionnel doit en effet être en mesure de communiquer efficacement, c'est-à-dire de manière convaincante son message clé, et ce, aux divers auditoires auxquels il s'adresse (décideurs, bailleurs de fonds, population générale, etc.). Il s'agira par exemple pour lui de communiquer l'importance et l'ampleur du problème ainsi que de montrer pourquoi il importe de le corriger et par quels moyens. Dans tous les cas, il devra faire montre d'une connaissance approfondie du problème, être clair, précis et structuré dans son propos, sans négliger de « raconter une histoire simple et touchante » (Kirsh, 2015, p. 8) qui illustre le problème ou l'une des solutions proposées.

Étape 5 : Planifier les actions

En plus de déterminer le message clé à transmettre, les partenaires de l'advocacy systémique devront élaborer un plan d'actions précis pour atteindre les objectifs ciblés au départ. Pour chaque objectif et sous-objectif, ce plan d'actions comprendra des stratégies définies en fonction des différents auditoires cibles et du contexte, caractérisé à l'étape 2, dans lequel seront réalisées les actions (Kruger, 2014). Ce plan, sur lequel tous les partenaires s'entendent, est en quelque sorte la feuille de route qui les guidera dans leurs actions (Kirsh, 2015), suivant leurs ressources et l'échéancier déterminé. Ce plan est appelé à être révisé selon l'évaluation des effets (étape 8). Outre la détermination des actions spécifiques à réaliser, cette étape précise aussi qui est responsable de la réalisation de chacune d'entre elles. Par exemple, une activité pourra être réalisée par le professionnel ou un partenaire ou encore être concertée et réalisée par plusieurs partenaires. Dans la planification des actions, le langage utilisé doit être adapté finement aux auditoires cibles (comme nous le verrons à la section suivante). Après avoir identifié les auditoires cibles et les stratégies communicationnelles qui seront utilisées, il importe également de cibler les lieux précis où les actions d'advocacy seront réalisées (Dorfman et coll., 2009). Ces lieux peuvent être variés suivant la nature du problème et les solutions envisagées par les partenaires dans leur plan d'actions. À titre d'exemple, les lieux des actions peuvent être les suivants : organisme gouvernemental, organe parlementaire, tribunal administratif, pénal ou municipal, établissement de santé et de services sociaux, école ou établissement post-secondaire, organisme sans

but ou à but lucratif, lieu public, Web, etc. (Kirsh, 2015). Aussi, des actions peuvent être réalisées dans plusieurs de ces lieux.

Étape 6 : Déterminer un processus d'évaluation des effets des actions

Pour déterminer si les actions réalisées (étape 5) ont atteint les objectifs fixés au départ (étape 1) et afin de réajuster au besoin le plan d'action (étape 8), un processus d'évaluation des effets devrait être d'emblée défini. Cela implique que les partenaires doivent identifier des indicateurs précis qui leur permettront de mesurer les effets des actions effectuées. Aussi, ils devront se doter d'outils afin de les documenter et, ainsi, évaluer leurs actions en fonction des objectifs de départ. Ces informations leur seront précieuses pour améliorer leur plan d'actions. Par exemple, si le professionnel cherche à faciliter l'accès aux soins de santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, il pourrait définir des indicateurs relatifs aux délais d'attente et à la réponse aux besoins de santé de ces personnes et s'assurer de recueillir l'information à des moments précis de la mise en œuvre de son plan. Si l'objectif est plutôt d'obtenir du financement pour recourir à des interprètes professionnels dans les services de réadaptation pour les patients allophones, le professionnel et ses partenaires pourraient établir une cible financière selon les besoins établis pour la population locale. Cette cible pourrait inclure un gradient temporel pour noter la progression du financement et être ventilée selon la pérennité ou non de celui-ci. Enfin, si l'objectif est d'accroître la connaissance et l'utilisation des langues autochtones par les professionnels de la santé œuvrant auprès de ces populations dans un établissement de santé donné, l'indicateur pourrait être le nombre de professionnels écrivant, parlant et comprenant à l'écrit et à l'oral une ou plusieurs de ces langues.

Étape 7 : Planifier la collecte des données pour l'évaluation

En cohérence avec les indicateurs sélectionnés visant à mesurer les effets des actions, une méthode de collecte de données pertinente sera ciblée et des outils pourront être développés au besoin. Dans le premier des exemples précédents (réfugiés et demandeurs d'asile), les données pourraient être de sources gouvernementales, c'est-à-dire tirées à même les statistiques gouvernementales sur le sujet. Dans le deuxième (financement pour les interprètes), un simple outil de type bilan financier avec projections financières pourrait suffire à la tâche. Enfin, le dernier exemple (langues autochtones) pourrait impliquer de colliger des données auprès des professionnels de l'établissement à l'aide d'un questionnaire en ligne auto-administré, existant ou créé avec l'aide de chercheurs dans le domaine. Le questionnaire comprendrait des variables permettant de bien étayer le degré de maîtrise des langues autochtones visées et la fréquence de leur utilisation. Une partie du questionnaire pourrait aussi inclure de courtes réponses afin de fournir des données qualitatives portant sur les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation d'une ou de ces langues dans l'établissement. Combiné à cette méthode de collecte, des rencontres avec des membres des nations autochtones concernées sous forme de groupes de discussion permettraient de mieux comprendre et d'évaluer leur vécu et la réponse à leurs besoins.

Étape 8 : Agir, évaluer et ajuster les actions

Enfin, vient le temps d'agir. Qu'il s'agisse de mettre sur pied un nouveau programme, de créer une fondation, d'élaborer un site Web ou de modifier une loi, un règlement ou une politique, les actions d'advocacy planifiées (étape 5) et réalisées varieront selon le problème identifié (étape préalable), les objectifs visés (étape 1), le contexte (étape 2), les partenaires impliqués (étape 3) et le message clé à transmettre (étape 4). Dans tous les cas, ces actions auront des dimensions systémiques, c'est-à-dire institutionnelles, voire sociales, et des données seront collectées selon le plan d'évaluation des effets (étapes 6 et 7). Tout au long de la mise en œuvre des actions et ce, de façon continue ou fréquente, le professionnel évaluera les effets de ses actions et réajustera le plan d'action en conséquence.

Tableau 2. Application du modèle de Carrier et Contandriopoulos (2016) à un cas particulier

Situation nécessitant un changement social	
Étapes	Exemples
Étape préalable	Les aînés éprouvent de la difficulté à utiliser le transport en commun. Une des causes ciblées est le peu de temps dont ils disposent pour embarquer, s'asseoir et débarquer de l'autobus.
1. Déterminer les objectifs	Faciliter l'utilisation du transport en commun par les aînés sans incapacité significative dans une ville donnée. Sous-objectif : Sensibiliser les chauffeurs d'autobus aux difficultés des aînés.
2. Analyse et caractériser le contexte	Partage des coûts : répartis entre la Société urbaine des transports et les partenaires. Polarisation : faible, la ville visée fait partie des Villes amies des aînés. Caractériser de contexte : Zone paradisiaque.
3. Fédérer les partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Association des personnes retraitées – groupe local ➤ Élu municipal responsable du dossier <i>Transport en commun et mobilité durable</i> ➤ Équipe de recherche disposant d'une subvention pour former les chauffeurs d'autobus ➤ Société urbaine de transport ➤ Syndicat des chauffeurs d'autobus ➤ Table de concertation des aînés – groupe local
4. Déterminer le message clé	Quelques secondes de plus pour l'autonomie de nos aînés! Sous-texte : les aînés ont besoin de quelques secondes supplémentaires pour embarquer, s'asseoir et débarquer de l'autobus en toute sécurité.
5. Planifier les actions	Développer une formation destinée aux chauffeurs d'autobus (équipe de recherche en collaboration avec l'Association des personnes retraitées, la Table de concertation des aînés et le professionnel, la Société urbaine de transport et le Syndicat des chauffeurs d'autobus). Rencontrer la direction de la Société urbaine de transport pour expliquer le but et le contenu de la formation (professionnel avec élu municipal et autres partenaires, si pertinent). Établir un calendrier des formations (équipe de recherche avec la Société urbaine de transport et le Syndicat des chauffeurs d'autobus). Collecter les données pour évaluer les effets (équipe de recherche).

	<p>Ajuster la formation (équipe de recherche). Donner la formation (professionnel). Collecter les données pour évaluer les effets (équipe de recherche). Diffuser les résultats auprès des partenaires et de l'auditoire-cible. *Pour chacune des actions, considérer les stratégies communicationnelles appropriées aux différents auditoires et les lieux de diffusion les plus pertinents.</p>
6. Déterminer le processus d'évaluation	<p>Mesure pré-formation et post-formation des perceptions, attitudes et comportements des chauffeurs à l'égard des aînés utilisant le transport en commun, ce qui implique de développer un questionnaire auto-administré, de le valider et de le pré-tester et de fixer une cible précise de variation pour juger du succès de la formation.</p> <p>Mesure pré-formation et post-formation de l'utilisation par les aînés du transport en commun, ce qui implique aussi de développer un questionnaire auto-administré, de le valider et de le pré-tester et de fixer une cible précise de variation pour juger du succès de l'intervention.</p>
7. Planifier la collecte des données	<p>Collecter les données pré-formation suffisamment tôt pour permettre d'ajuster la formation au besoin.</p> <p>Saisir et analyser les données avec un logiciel de statistiques.</p> <p>Collecter les données post-formation immédiatement après et après 6 mois.</p> <p>Saisir et analyser les données avec un logiciel de statistiques.</p> <p>Comparer et évaluer les effets selon les objectifs de départ et les indicateurs (degré de variation) choisis pour chacun des objectifs.</p>
8. Agir, évaluer et ajuster les actions	<p>Selon les résultats obtenus, réajuster la stratégie initiale.</p>

CONCLUSION

Les conflits de loyautés multiples vécus au travail ont bien souvent des dimensions systémiques. Or, ces dimensions sont fréquemment négligées par les professionnels de la santé ou de la réadaptation lorsqu'ils entreprennent de résoudre ces conflits, ceux-ci ciblant principalement les dimensions micro environnementales de ces enjeux. Ce faisant, leurs actions se révèlent partiellement efficaces. Aussi, ces situations peuvent à la longue affecter négativement la santé et le bien-être au travail des professionnels allant même jusqu'à les épuiser affectivement ou moralement. Dans ce contexte, l'advocacy systémique peut faire partie des solutions que mobilise un professionnel pour résoudre ces conflits de manière durable et efficace. Cette suggestion est d'ailleurs en droite ligne avec plusieurs associations, ordres ou collègues professionnels qui exigent de leurs membres qu'ils réalisent des activités d'advocacy pour plaider, promouvoir, défendre ou revendiquer le respect des droits, intérêts ou besoins de patients, voire de collectivités. Plus encore, l'advocacy systémique peut même se révéler comme un outil indispensable à la portée des professionnels de la santé et de la réadaptation pour améliorer les soins de santé et les services de réadaptation, l'organisation du système de santé ou d'autres aspects de la vie collective.

Cela dit, comme l'advocacy systémique peut avoir un effet dissuasif chez certains professionnels de la santé ou de la réadaptation, en outre parce que le rôle d'agent de changement social peut être

intimidant, qu'il est méconnu ou peut être perçu comme complexe et exigeant, notamment parce que les dimensions politiques des pratiques sont négligées, il nous est apparu essentiel de dédier ce chapitre à ce rôle social et l'advocacy systémique qu'il implique. L'engagement dans ce rôle peut contribuer à la santé et au bien-être au travail du professionnel, en lui permettant de résoudre les conflits de loyautés multiples à leurs sources. La réalisation de ce rôle social peut également soutenir une pratique respectueuse des valeurs qui l'animent. Aussi, comme l'affirment Goodman-Lavey et Dunbar (2003), le fait de réaliser des activités d'advocacy systémique peut lui permettre d'actualiser l'essence humaniste de sa profession, tout en contribuant à la santé et au bien-être de patients, de même qu'à une plus grande inclusion et justice sociales. Armé des outils d'advocacy systémique présentés dans ce chapitre et solidarisé avec divers partenaires clés, il est souhaité que le professionnel de la santé ou de la réadaptation puisse être un agent de changement social efficace et résoudre à leurs sources les conflits de loyauté multiples qu'il rencontre au travail.

BIOGRAPHIES DES AUTEURES

Marie-Josée Drolet est professeure agrégée au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières où elle y enseigne l'éthique, la compétence culturelle et l'argumentation en santé, de même qu'y réalise des recherches dans ces domaines. Ayant travaillé pendant plusieurs années comme ergothérapeute dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, et ayant obtenu un doctorat en philosophie, spécialisé en éthique, ses recherches actuelles documentent les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie. Elle est l'auteure de plusieurs ouvrages, dont *Acting ethically?* (Drolet, sous presse), *De l'éthique à l'ergothérapie*. (Drolet, 2014) et coauteure du livre *ABC de l'argumentation* (Drolet, Lalancette et Caty, 2015). En 2017, elle a obtenu le prix d'excellence de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) pour le développement d'une méthode permettant de solutionner des enjeux éthiques. Enfin, Marie-Josée Drolet est membre de l'Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval.

Annie Carrier est ergothérapeute depuis 1996 (Université Laval), professeure adjointe à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke et chercheure régulière au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). En tant que clinicienne, elle a œuvré une dizaine d'années en première ligne au Québec. Suite à un stage postdoctoral en transfert des connaissances systémique à l'Université de Montréal, Annie s'intéresse au rôle d'agent de changement et aux stratégies permettant d'influencer les décideurs organisationnels et politiques. Ses intérêts de recherche incluent les aspects éthiques, légaux, administratifs et organisationnels de la pratique et leur rôle dans le raisonnement clinique des professionnels de la santé. Son enseignement porte sur ces aspects et leur influence de même que sur le rôle d'agent de changement de l'ergothérapeute. En 2017, Annie a obtenu le prix Ergothérapeute de l'année au Québec de l'ACE pour sa contribution à la profession.

Anne Hudon est physiothérapeute et stagiaire post-doctorale à l'Université de Waterloo et à l'Université d'Ottawa, conjointement supervisée par Ellen MacEachen et Katherine Lippel. Dans sa pratique clinique, elle travaille comme physiothérapeute auprès de personnes aux prises avec des blessures musculosquelettiques et travaille également comme chargée de cours au programme de physiothérapie de l'Université de Montréal. Pendant son doctorat, Anne a exploré les enjeux éthiques et organisationnels rencontrés par les physiothérapeutes offrant des soins aux travailleurs blessés

indemnisés, dans trois provinces canadiennes. Ses recherches post-doctorales visent à mieux comprendre et à comparer les politiques qui régissent les choix et les rôles des professionnels de santé de première ligne pour les travailleurs blessés indemnisés au sein de quatre juridictions, dans trois pays. Ses intérêts de recherche incluent les aspects éthiques, organisationnels et systémiques de la pratique en physiothérapie, les politiques de soins qui touchent les travailleurs blessés, la réadaptation au travail, la recherche qualitative et le transfert des connaissances.

Samia Hurst est médecin et bioéthicienne, professeure associée de bioéthique à la Faculté de médecine de l'Université de Genève où elle dirige l'Institut Ethique, Histoire, Humanités (iEH2), et consultante éthicienne auprès du Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève et du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Ses recherches portent principalement sur des questions d'éthique sociale en lien avec la médecine, notamment sur les enjeux de justice dans la santé et la pratique clinique, ainsi que la protection des personnes vulnérables. Son équipe a développé la définition de la vulnérabilité qui a été intégrée à la Déclaration de Helsinki lors de sa révision de 2013. Elle porte ces intérêts dans plusieurs groupes consultatifs, dont le Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, le groupe de travail *ELSI* du *Swiss Personalised Health Network* et le comité exécutif du CIOMS.

RÉFÉRENCES

- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., & King, S. (2013). Towards a definition of professionalism in Australian occupational therapy: Using the Delphi technique to obtain consensus on essential values and behaviours, *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 206-216.
- American Occupational Therapy Political Action Committee (AOTPAC). (2000). *Ressource manual on influencing public policy*, Bethesda, American Occupational Therapy Association.
- Assemblée nationale du Québec (s.d.). *La fonction de député*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/abc-assemblee/fonction-depute/index.html>
- Assemblée nationale du Québec (s.d.). *Le protecteur du citoyen*. Repéré à <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/a-propos/role-et-mandats>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*, Ottawa, CAOT Publications ACE.
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR). (s.d.). AQDR. Repéré à <https://www.aqdr.org/aqdr/mission/>
- Association québécoise de douleur chronique (AQDC). (s.d.). AQDC. Repéré à <https://douleurchronique.org/a-propos/>
- Australian Physiotherapy Council (APC). (2006). *Australian Standards for Physiotherapy. Safe and Effective Physiotherapy*, Canberra, Australian Physiotherapy Council.
- Breton, P. (2008). *Convaincre sans manipuler : apprendre à argumenter*, Paris, La Découverte.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., & Kinsella, E.A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review, *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221.
- CANMEDS. (2015). *Le Cadre des compétences CanMEDS pour les médecins*, Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Carrier, A., & Contandriopoulos, D. (2016). Raisonement clinique sous-jacent au rôle d'agent de changement : Un modèle pour faciliter l'enseignement. *3e Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique*. 27 octobre 2016, Montréal, Québec.
- Carrier, A., & Contandriopoulos, D. (2015). Le rôle d'agent de changement des ergothérapeutes : influencer la politique par des idées percutantes. *Actualités ergothérapeutiques édition spéciale « Les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement : améliorer la vie des Canadiens »*, 17.5, 4. URL: <https://caot.in1touch.org/document/4432/agentdechangement.pdf>
- Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., & Desrosiers, J. (2014). The change agent role of occupational therapists: Toward further actions? *Canadian Association of Occupational therapists National Conference 2014: « Reflection on Occupation: Enabling Healthy Communities »*. 8 mai, Fredericton, Nouveau-Brunswick, p. 25.
- Centeno, J., & Bégin, L. (2015). *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques*, Montréal, Les Éditions Nota Bene.

- Chambre des communes du Canada. (s.d.). *Députés*. Repéré à <http://www.noscommunes.ca/fr/deputes>
- Clouston, T. (2014). Whose occupational balance is it anyway? The challenge of neoliberal capitalism and work–life imbalance, *British Journal of Occupational Therapy*, 77, 507-515.
- Coalition des tables régionales des organismes communautaires. (s.d.). *Action communautaire autonome*. Repéré à <http://www.ctroc.org/encore-une-page/nouvelle-page>
- Collège des administrateurs de sociétés. (2009). *Le conseil d'administration Rôles et responsabilités*. Repéré à http://bel.uqtr.ca/1809/1/CAR%C3%B4lesResponsabilit%C3%A9s_2009.pdf
- Conseil de la protection des malades (CPM). (s.d.). *CPM. Mot de bienvenue*. Repéré à <https://www.cpm.qc.ca/le-cpm/mot-de-bienvenue>
- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ). (s.d.). *Vous avez dit « ordre professionnel »?* Repéré à <http://ordreproteger.com/blog/2013/11/15/vous-avez-dit-ordre-professionnel/>
- Contandriopoulos, D. (2012). Some thoughts on the field of KTE. *Healthcare policy*, 7(3), 29-37.
- Contandriopoulos, D., Benoît, F., Bryant-Lukosius, D., Carrier, A., Carter, N., Deber, R., Duhoux, A., Greenhalgh, P.M., Larouche, C., Leclerc, B.-S., Levy, A., Martin-Misener, R., Maximova, K., McGrail, K., Nykiforuk, C., Roos, N., Schwartz, R., Valente, T.W., Wong, S., Lindquist, E., Pullen, C., Lardeux, A., & Perroux, M. (2017). Structural Analysis of Health-relevant Policy-making Information Exchange Networks in Canada. *Implementation science*, 12, 116.
- Council of Canadian Physiotherapy University Programs (CCPUP). (2009). *Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian University Programs*. Repéré à <http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/National%20PT%20Curriculum%20Guidelines%202009.pdf>
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H.J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (p. 229-246). Ottawa, CAOT Publications ACE.
- Dhillon, S.K., Wilkins, S., Law, M.C., Stewart, D.A., & Tremblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: Exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 241-248.
- Dorfman, L., Sorenson, S., & Wallack, L. (2009). Working upstream. Skills for social change : A resource guide for developing a course on advocacy for public health. Repéré à http://bmsg.org/sites/default/files/bmsg_handbook_working_upstream.pdf
- Drolet, M-J. (2018a). Solutions pour habiliter l'ergothérapeute et les collègues de son milieu à surmonter la détresse éthique, *Actualités ergothérapeutiques*, 20.3, 15-17.
- Drolet, M-J. (2018b). *Acting ethically? A theoretical framework and method designed to overcome ethical tensions in occupational therapy practice*. Ottawa, CAOT Publications ACE.
- Drolet, M-J., & Goulet, M. (2018). Travailler avec des patients autochtones du Canada? Perceptions d'ergothérapeutes du Québec des enjeux éthiques de cette pratique. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 10, 25-56.

- Drolet, M.-J., & Goulet, M. (2017). Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles: perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 9, 7-42.
- Drolet, M.-J., & 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., Caty, M.-È. (2019). *ABC de l'argumentation pour les professionnels de la santé et toute personne qui souhaite convaincre*, 2^e édition. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Durocher, E., Kinsella, E.A., McCorquodale, L., & Phelan, S. (2016). Ethical tensions related to systemic constraints: occupational alienation in occupational therapy practice, *Occupation, Participation and Health*, 36(4), 216–226.
- Finalyson, M. (2013). Muriel Driver Memorial Lecture 2013: Embracing our role as change agents. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 205-214.
- Gandhi, M. (2005). *La voie de la non-violence*, Paris, Gallimard.
- Gibert, M. (2014). *L'imagination en morale*, Montréal, Éditeurs Hermann, Collection L'avocat du diable.
- Glaser, J. W. (1994). *Three realms of ethics: individual, institutional, societal: theoretical model and case studies*, Lanham, Rowman and Littlefield.
- Goodman-Lavey, M., & Dunbar, S. (2003). Federal legislative advocacy. Dans G. L. McCormack, E. G. Jaffe et M. Goodman-Lavey, *The occupational therapy manager* (pp. 421-438), 4th édition, Bethesda, American Occupational Therapy Association Inc.
- Gouvernement du Québec (s.d.). *Portail Québec*. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/plaintes/>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Conseil d'administration des établissements*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/ca/>
- Grayson, R. (1993). Sylvia Docker Lecture: Footprints on the sands of time – Reflecting on the impact of attitude, *Australian Occupational Therapy Journal*, 40 (2), 55–66.
- Griffin, S. (2001). Occupational therapists and the concept of power: A review of the literature, *Australian Occupational Therapy Journal*, 48, 24–34.
- Groupe consultatif national en physiothérapie (GCNP). (2009). *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*. Repéré à <https://www.peac-aepc.ca/pdfs/PT-French-2009.pdf>
- Hastings, G. (2012). Why corporate power is a public health priority. *British Medical Journal*, 345:e5124.
- Heinowitz, A.E., Brown, K.R., Langsam, L.C., Arcidiacono, S.J., Baker, P.L., Badaan, N.H., Zlatkin, N.I., & Cash, R.E. (2012). Identifying Perceived Personal Barriers to Public Policy Advocacy Within Psychology, *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 372-378.
- Hurst, S. (2012). *Clinical Ethics*. Dans Callahan, D., Chadwick, R., & Singer, P. (dir.), *Encyclopedia of Applied Ethics* (pp. 476-487). Amsterdam, Elsevier.

- Kelly, G. (1996). Feminist or feminine? The feminine principle in occupational therapy, *British Journal of Occupational Therapy*, 59 (1), 2–6.
- Kirsh, B. H. (2015). Transforming values into action. Advocacy as a professional imperative, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 212-223.
- Kruger, J. (2014). Advocacy in physical therapy: strategies for individuals and organisations, Focused Symposium held during the Congress of the World Confederation for Physical Therapy, Singapore.
- Le Réseau du savoir electoral. (s.d.). *Partis politiques et candidats*. Repéré à <http://aceproject.org/ace-fr/topics/pc/pca/pca01/pca01a>
- Lee, C.C., & Rodgers, R.A. (2009). Counselor Advocacy: Affecting Systemic Change in the Public Arena, *Journal of Counseling & Development*, 87, 284-287.
- Leicht, K., Walter, T., Sainsaulieu, I., & Davies, S. (2009). New public management and new professionalism across nations and contexts, *Current Sociology*, 57(4), 581-605.
- Letarte, M. (2017). Le travail, c'est la santé? *Revue des diplômés*, 7 décembre. Repéré à <http://nouvelles.umontreal.ca/article/2017/12/07/le-travail-c-est-la-sante/>
- Lewis, J.A., Arnold, M.S., House, R., & Toporek, R.L. (2002). *ACA Advocacy Competencies*. American Counseling Association. Repéré à <http://www.counseling.org/Publications/>
- Mackey, H. (2014). Living tensions: Reconstructing notions of professionalism in occupational therapy, *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, 168-176.
- McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress. A review of the argument based nursing ethics literature. *Nursing ethics*, 22(1), 131-152.
- McIntosh, P. (1988). *White privilege: unpacking the invisible knapsack. White privilege and male privilege*. Wellesley, Wellesley College Center for Research on Women.
- Ménard Martin avocats (s.d.). *Vos droits en santé*. Repéré à <http://www.vosdroitsensante.com/>
- Ministère de l'économie, des sciences et de l'innovation du Québec. (s.d.). *L'économie sociale. Des valeurs qui nous enrichissent*. Repéré à https://www.economie.gouv.qc.ca/objectifs/informer/economie-sociale/page/apercu-18543/?tx_igaffichagepages_pi1%5Bmode%5D=single&tx_igaffichagepages_pi1%5BbackPid%5D=18542&tx_igaffichagepages_pi1%5BcurrentCat%5D&cHash=a918897710ec7c1bfc4b8b2fac5d0d74
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (s.d.). *Conseil d'administration des établissements*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/ca/>
- Ministère des affaires municipales et occupation du territoire du Québec. (s.d.). *Organisation territoriale*. Repéré à <https://www.mamot.gouv.qc.ca/organisation-municipale/organisation-territoriale/instances-municipales/conseil-et-elus/>
- Morestin, F. (2017). *Les conseillers des décideurs politiques : qui sont-ils, comment manient-ils les connaissances scientifiques, et quelles leçons en tirer quand on veut partager de telles*

connaissances? Série Partage de connaissances et politiques publiques. Montréal et Québec, Canada : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

- Morestin, F. (2015). *Partage de connaissances et politiques publiques : une représentation des processus d'influence*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Repéré à http://www.ccnpps.ca/docs/2015_PC-KS_PartageConnaissancesPolitiquesPubliquesModeleLogique_Fr.pdf
- Newman, S., & Lawler, J. (2009). Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing, *Journal of Sociology*, 45, 419-432.
- Nixon, S.A., Yeung, E., Shaw, J.A., Kuper, A., & Gibson, B.E. (2017). Seven-Step Framework for Critical Analysis and Its Application in the Field of Physical Therapy. *Physical Therapy*, 97(2), 249-257.
- Office des professions (s.d.). *Ordres professionnels*. Repéré à <http://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/>
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ). (2011). *Profil proposé des compétences relatives à la pratique des orthophonistes au Canada*. Repéré à http://www.ooaq.qc.ca/profession/membre/hors_canada_formation/profil-competences-orthophonistes.pdf
- Redick, A.G., McClain, L., & Brown, C. (2000). Consumer empowerment through occupational therapy : The Americans with Disabilities Act III, *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 207-213.
- Restall, G., & Ripat, J. (2008). Applicability and clinical utility of the client-centred strategies framework, *Canadian journal of Occupational Therapy*, 75, 288-300.
- Rondeau-Boulanger, É., & Drolet, M.-J. (2016). Ruptures dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : Perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire, *BioéthiqueOnline*, 5/8, 1-21.
- Stokes, E., Kruger, J., Harwood, K., Dantile, Z., et Warren, J. (2015). Advocacy in physical therapy: strategies for individuals and organisations. *Focused symposia, World Confederation for Physiotherapy 2015 Congress*. May 1 to 4 2015, Singapore, Republic of Singapore. Repéré à : <http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/wpt15/fs/FS-01.pdf>
- Sullivan, M.J.L., & 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(20-21), 1596-1603.
- Townsend, E., Cockburn, L., Letts, L., Thibeault, R., & Trentham, B. (2013). Habilitier au changement social. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Dir.), *Habilitier à l'occupation* (2 éd., pp. 181-203). Ottawa, CAOT Publications ACE.
- United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visitors (UKCC). (1989). *Exercising accountability. A framework to assist nurses, midwives and health visitors to consider ethical aspects of professional practice*, London, UKCC.