



SYNTHÈSE DES FACTEURS EXTERNES QUI INFLUENCENT LA CAPACITÉ DES ERGOTHÉRAPEUTES À AGIR EN TANT QU'AGENTS DE CHANGEMENT

Corinne Valiquette¹, Laura-Maude Houle², Kathryne Chamberland-Deschênes², Anaïs Métivier-Francis², Alice Dionne-Oseciuc², Caroline Beaulne², Annie Carrier³

¹ Ergothérapeute, M.erg. (cand.), étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

² Ergothérapeute, M.erg., Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, BA, LLM, M.Sc. PhD, professeure agrégée au programme d'ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Chercheuse régulière au Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Québec, Canada

Adresse de contact : annie.carrier@usherbrooke.ca

Reçu le 23.04.2022 – Accepté le 01.09.2022

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8.n2.221

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Introduction. Afin de stimuler, voire réaliser des changements favorisant le bien-être, la santé et la justice occupationnelle, on sollicite de plus en plus le rôle d'agent de changement (AC) en ergothérapie. Les facteurs internes essentiels à ce rôle ont déjà été identifiés. Cependant, aucun portrait complet des facteurs externes pouvant influencer son actualisation n'est à ce jour disponible. Un tel portrait pourrait pourtant appuyer les ergothérapeutes désirant agir comme AC. Cette étude vise donc à documenter les facteurs externes influençant la capacité des ergothérapeutes d'agir en tant qu'AC.

Méthode. Reposant sur une stratégie validée et inspirée des études de portée d'Arksey et O'Malley (2005), une recension des écrits a été effectuée dans quatre banques de données jusqu'au 1^{er} février 2021. Une cote de niveau de preuve scientifique a été attribuée à chaque écrit retenu. Les données contextuelles et qualitatives ont été extraites et analysées par statistiques descriptives et par thèmes.

Résultats. Des 739 articles repérés, 26 ont été sélectionnés, dont la plupart étaient théoriques. Trois facteurs sociaux et deux facteurs institutionnels ont été identifiés, respectivement : les regroupements professionnels, la position hiérarchique et les relations avec les acteurs du milieu ; et la formation universitaire et les caractéristiques du système de santé. La culture organisationnelle et les modèles conceptuels ont été reconnus comme facteurs culturels et les outils et les ressources, comme facteur physique.

Conclusion. Par sa synthèse des facteurs externes, cet article peut soutenir la formation des futurs professionnels et contribuer ainsi à une optimisation de la pratique du rôle d'AC en ergothérapie.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Agent de changement, Compétence professionnelle, Professionnel de la santé, Expertise, Environnement

SYNTHESIS OF EXTERNAL FACTORS INFLUENCING OCCUPATIONAL THERAPISTS' ABILITY TO ACT AS A CHANGE AGENT

ABSTRACT

Introduction. To stimulate and even achieve changes that promote well-being, health and occupational justice, the role of change agent (CA) in occupational therapy is increasingly being called upon. The internal factors essential to this role have already been identified. However, no complete picture of the external factors that may influence its actualization is available to date. Such a picture could support occupational therapists who wish to act as CAs. The purpose of this study is therefore to document the external factors influencing the ability of occupational therapists to act as CAs.

Method. Based on a validated strategy inspired by the scoping studies of Arksey and O'Malley (2005), a literature review was conducted in four databases through February 1, 2021. A rating of level of scientific evidence was assigned to each selected literature. Contextual and qualitative data were extracted and analyzed using descriptive statistics and thematic analysis.

Results. Of the 739 articles identified, 26 were selected, most of which were theoretical. Three social and two institutional factors were identified, respectively: professional groups, hierarchical position, and relationships with stakeholders; and academic background and health system characteristics. Organizational culture and conceptual models were identified as cultural factors and tools and resources as a physical factor.

Conclusion. Through its synthesis of external factors, this article can support the education of future professionals and thus contribute to an optimization of the practice of the CA role in occupational therapy.

KEYWORDS

Occupational therapy, Change agent, Professional competence, Health professional, Expertise, Environment

INTRODUCTION

Lorsqu'on vise à favoriser la justice occupationnelle, le rôle d'agent de changement (AC) de l'ergothérapeute est crucial (Picotin *et al.*, 2021). Par ce rôle, l'ergothérapeute utilise ses compétences et son influence pour stimuler des changements afin de promouvoir les possibilités, le rendement et la participation occupationnels des usagers (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Ainsi, les compétences inhérentes au rôle d'AC demeurent un élément attendu de la pratique ergothérapique dans le nouveau référentiel canadien de compétences (Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie [ACORE] *et al.*, 2021). Ce rôle fait donc partie de l'expertise des ergothérapeutes, sans toutefois être complètement endossé par ceux-ci (Picotin *et al.*, 2021). En fait, la capacité des ergothérapeutes à endosser leur rôle d'AC et leur engagement dans ce rôle sont susceptibles d'être modulés par des facteurs internes et externes (Carrier *et al.*, 2021). Les facteurs internes sont propres à l'individu agissant comme AC, tandis que les facteurs externes réfèrent aux éléments environnementaux (Picotin *et al.*, 2021).

Des recherches se sont intéressées à la nature de ces facteurs et à leur influence sur la capacité d'agir en tant qu'AC en ergothérapie. D'abord, une étude de portée (Blondin-Nadeau *et al.*, 2021) a synthétisé les facteurs internes essentiels à l'AC, à savoir les déterminants personnels, les habiletés relationnelles et les aptitudes à diriger. Quoiqu'utile pour soutenir la pratique réflexive des ergothérapeutes, ce portrait ne comprenait pas les facteurs issus de l'environnement. Ainsi, une étude qualitative à visée descriptive et interprétative (Picotin *et al.*, 2021) a été réalisée auprès de 18 ergothérapeutes québécois avec pour objectif de décrire les facteurs personnels et environnementaux influençant la capacité des ergothérapeutes à agir efficacement en tant qu'AC. Cette étude a rapporté six facteurs externes pouvant affecter la réalisation de projets de changement : le développement de la profession, le macrosystème, le mésosystème, le microsystème, la culture de l'organisation et les ressources disponibles. Bien qu'innovante, cette étude comportait des limites méthodologiques : le petit échantillon, qui peut influencer la transférabilité des résultats, et l'utilisation d'un modèle orienté vers les facteurs internes, au détriment des facteurs externes. Ainsi, ces études ne fournissent pas un portrait exhaustif des facteurs externes potentiellement impliqués.

Pourtant, un tel portrait permettrait de guider les ergothérapeutes dans l'analyse rigoureuse de leur environnement et l'identification des facteurs susceptibles de constituer un levier ou un obstacle. Cette analyse pourrait ensuite soutenir la détermination des actions à mener pour conduire leur projet de changement. Par exemple, une des actions pouvant être entreprises est de communiquer, informer et collaborer (Carrier et Beaudoin, 2020). Or, face à certains obstacles externes (p. ex. : manque d'ouverture d'une partie prenante), l'ergothérapeute AC pourrait adapter sa stratégie de communication (p. ex. : utiliser la persuasion ou l'argumentation). Les programmes de formation et de mentorat pourraient bénéficier de ces connaissances pour mieux préparer les futurs ergothérapeutes dans l'actualisation du rôle d'AC (Choi *et al.*, 2014) et favoriser leur sentiment d'auto-efficacité (Carrier *et al.*, 2021). Enfin, une synthèse des facteurs externes pourrait compléter le portrait des facteurs internes identifiés par

Blondin-Nadeau et collaborateurs (2021) et mener au développement d'un outil pour guider la pratique d'AC des ergothérapeutes. L'objectif était donc de réaliser une synthèse exhaustive et intégrée des facteurs externes pouvant influencer la capacité de l'ergothérapeute à agir en tant qu'AC.

MÉTHODES

Pour synthétiser rigoureusement les connaissances recherchées, une recension rapide de la littérature (Tricco *et al.*, 2017) inspirée des cinq étapes des études de portée d'Arksey et O'Malley (2005) a été effectuée. Le choix de ce processus accéléré s'explique principalement par l'utilisation rapide des résultats dans un projet de transfert de connaissances (délai de six mois) et l'absence de financement. La question de recherche (étape 1) a été formulée ainsi : « Quels sont les facteurs externes qui influencent la capacité de l'ergothérapeute à agir en tant qu'AC » ?

Étape 1. Identification des écrits pertinents

Validée par une bibliothécaire spécialisée en sciences de la santé, la stratégie de recherche impliquait d'explorer quatre banques de données avec une combinaison de mots-clés (Tableau 1), jusqu'au 1^{er} février 2021, en circonscrivant la recherche aux revues révisées par les pairs. La recherche par les *Medical Subjects Headings* a été exclue puisque le mot-clé « agent de changement » n'y était pas inclus. Puisqu'il est régulièrement implicite dans d'autres mots-clés plus précis (p. ex. : politique organisationnelle) et est rarement rapporté dans le titre et les résumés, le mot-clé « facteurs externes » a été exclu. En raison du nombre faramineux d'articles repérés (N = 7979), le mot-clé « *advocacy* » a uniquement été utilisé en association avec les mots « agent » ou « rôle ». De plus, le mot « *leadership* », c'est-à-dire l'utilisation des capacités à diriger, coordonner ou enseigner chez les ergothérapeutes (Craik *et al.*, 2013), a été exclu, car il faisait bifurquer les résultats vers les facteurs internes. Par ailleurs, considérant le peu d'articles scientifiques portant spécifiquement sur le rôle des ergothérapeutes, la recherche a été élargie à d'autres professionnels de la santé.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans les banques de données

Bases de données (N = 4)	Combinaisons de mots-clés	
MEDline, CINAHL, Academic Search Complete, AMED	S1	TI ("occupational therap*" OR physiotherap* OR "physical therap*" OR rehabilitation OR nurs* OR physician* OR doctor OR doctors OR "health professional*" OR "health care professional*" OR "healthcare professional*" OR "general practitioner*") OR AB ("occupational therap*" OR physiotherap* OR "physical therap*" OR rehabilitation OR nurs* OR physician* OR doctor OR doctors OR "health professional*" OR "health care professional*" OR "healthcare professional*" OR "general practitioner*")
	S2	TI ((change N1 agent*) OR (innovation N2 agent*) OR "advocacy role" OR "advocacy agent") OR AB ((change N1 agent*) OR (innovation N2 agent*) OR "advocacy role" OR "advocacy agent")
	Recherche	S1 N6 S2

S1 : Représente les mots ou les combinaisons de mots se référant au terme Professionnel de la santé.

S2 : Représente les mots ou les combinaisons de mots se référant au terme AC.

TI : Signifie que les mots-clés ont été recherchés dans les titres.

AB : Signifie que les mots-clés ont été recherchés dans les résumés des articles.

N6 : Signifie que les mots-clés de S1 et de S2 ne devaient pas être espacés de plus de 6 mots.

Étape 2. Sélection et évaluation des écrits pertinents

Après le retrait des doublons, les titres et les résumés ont été examinés par tous les membres de l'équipe. Les études quantitatives et qualitatives, les recensions des écrits et les opinions d'experts (p. ex. : lettre à l'éditeur) ont été retenues si elles étaient rédigées en langue française ou anglaise, publiées dans une revue scientifique révisée par les pairs, accessibles électroniquement (par souci de rapidité, en raison du délai alloué au projet) et concernaient au moins un facteur externe influençant la capacité d'agir en tant qu'AC des professionnels de la santé. Les recensions d'écrits ont été incluses telles quelles, c'est-à-dire que les études qu'elles incluaient n'ont pas été consultées. Les articles étaient exclus s'ils comportaient un coût d'accès, avaient pour objectif de décrire un protocole de recherche et portaient sur un champ d'expertise très spécifique et non généralisable aux autres domaines de la santé. À titre d'exemple, un article portant sur le rôle d'AC des infirmières pour déterminer le dosage de l'héparine dans les dispositifs vasculaires pédiatriques (Marshall *et al.*, 2011) a été rejeté. Ensuite, les membres de l'équipe ont validé les critères de sélection des écrits, puis trois dyades ont effectué un arrimage décisionnel sur 20 articles, afin de valider l'uniformité de la sélection. Les décisions ont été comparées et discutées entre les membres de chaque dyade et entre chaque dyade, avec un taux d'accord de 95 %. Chaque membre de la dyade a ensuite évalué les articles lui étant attribués et, dans les cas d'incertitude, a comparé sa décision avec sa partenaire. Tout désaccord non résolu dans la dyade a été soumis aux auteurs principales (CV et LMH) et résolu par consensus.

Les revues rapides comportent généralement une évaluation des écrits sélectionnés (Tricco *et al.*, 2017). Pour ce faire, à l'instar de Carrier et Morin (2015), le niveau de preuve des écrits a été évalué à l'aide de deux scores : le type de devis et la qualité des méthodes. Le score lié au type de devis a été déterminé selon les critères de Harbour et Miller (2001). Un chiffre de 1 à 6 était associé à chaque critère selon le niveau de preuve (1 = fort et 6 = faible) (Carrier et Morin, 2015). Le score pour la qualité des méthodes a été évalué à l'aide de deux grilles : une pour les études quantitatives et une pour les études qualitatives et les recensions des écrits. En effet, puisqu'elles impliquaient toutes une synthèse qualitative des résultats des études colligées, les recensions ont été évaluées avec la grille des études qualitatives. Ces grilles ont été développées à partir de celles de Lamarche et collaborateurs (2003) et modifiées, respectivement, en fonction des critères quantitatifs de Law et collaborateurs (1998) et qualitatifs de Letts et collaborateurs (2007). Les études quantitatives étaient évaluées en fonction de : la force du devis-contrôle des biais, la puissance statistique, la population à l'étude et le type d'échantillonnage. Les études qualitatives et les recensions des écrits étaient évaluées selon : la pertinence et la cohérence des choix méthodologiques, la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité. Le score attribué pour la qualité des méthodes allait de 1 à 4 (pour les détails, voir Carrier et Morin, 2015). En additionnant les deux scores (type de devis et qualité des méthodes), puis en faisant le quotient arrondi de cette somme et du nombre de scores ($N = 2$), une cote de niveau de preuve scientifique a été attribuée à chaque écrit.

Étape 3. Extraction des données

Les données contextuelles des articles (année et pays de publication, type de devis et de professionnel) ont d'abord été extraites et colligées dans un fichier Excel. Les données qualitatives (facteurs externes) ont été extraites dans un document Word à l'aide d'une grille inspirée de la classification du contexte du Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Craik *et al.*, 2013). L'extraction des données a été effectuée en cascade par les deux premières auteures ; chaque article a été révisé deux fois afin d'en extraire toutes les données et une validation par la dernière auteure (AC) a été effectuée à la fin du processus.

Étape 4. Analyse des données

Des statistiques descriptives (fréquence et pourcentage) ont permis d'analyser les données contextuelles. Les données relatives aux facteurs externes propres à chaque contexte, sociétal et de pratique, ont d'abord été respectivement regroupées selon les quatre dimensions contextuelles du MCP : sociale, institutionnelle, culturelle et physique (Craik *et al.*, 2013).

Les deux premières auteures (CV et LMH) ont procédé à l'analyse thématique en appliquant la méthode de Braun et Clarke (2014). Afin de se familiariser avec les données, une première lecture complète des articles sélectionnés a été faite. Ensuite, les deux auteures ont relevé les thèmes émergents dans les dimensions contextuelles du MCP (étapes 2 et 3) (Braun et Clarke, 2014). Puis elles ont discuté des thèmes recueillis,

de leurs différences et de leurs similitudes, et, par consensus, élaboré les thèmes significatifs dans chaque dimension du MCPP (étape 4). Par la suite, elles ont rédigé la définition de chaque thème et sous-thème et ont catégorisé en dyade les données recueillies (étape 5). Afin de s'assurer de la concordance entre les définitions et les données extraites des articles, le processus d'analyse des données et le choix des thèmes ont été validés par la dernière auteure (AC).

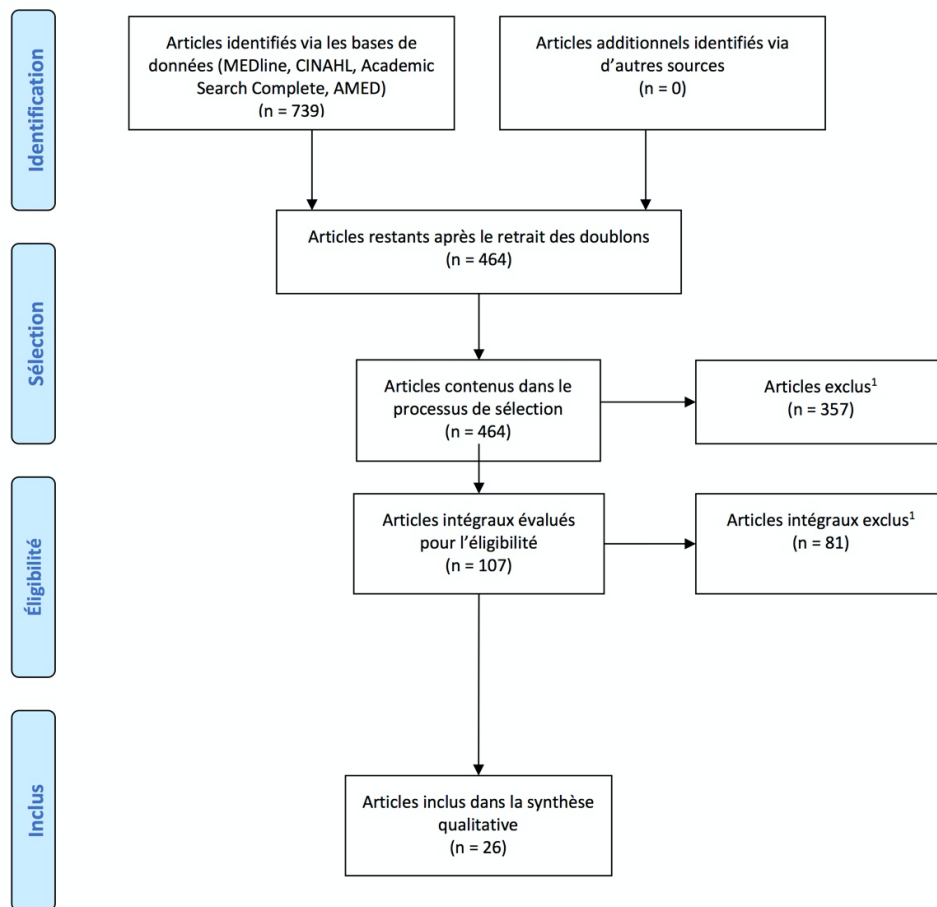
Enfin, toujours en fonction des quatre dimensions du MCPP, les thèmes ont été regroupés dans un graphique synthèse. Pour dresser un portrait juste de l'importance des thèmes soulevés, une analyse de fréquence a été effectuée et seuls les thèmes présents dans un minimum de deux articles ont été retenus. De plus, en concordance avec le MCPP et dans le but d'en faciliter la compréhension et de limiter les redondances, les thèmes ont été regroupés par dimension sur un continuum allant du contexte de pratique au contexte sociétal.

RÉSULTATS

Description des écrits

Tout d'abord, 739 articles ont été repérés, desquels 275 doublons ont été retirés (Figure 1). La lecture des titres et des résumés a permis d'exclure 357 articles. Des 107 articles retenus pour une lecture approfondie, 26 articles répondaient aux critères de sélection. Ces articles étaient majoritairement théoriques (N = 15 ; 57,7 %). Parmi les études empiriques (N = 11 ; 42,3 %), neuf étaient qualitatives (81,8 %), une quantitative (9,1 %) et une mixte (9,1 %).

Figure 1 : Organigramme PRISMA



Dix-sept articles (N = 17 ; 65,4 %) portaient sur le personnel infirmier (Tableau 2), tandis que les ergothérapeutes n'étaient représentés que dans cinq articles (19,2 %). La majorité des articles avaient été publiés aux États-Unis (N = 14 ; 53,9 %), et ce, dans les dix dernières années (N = 17 ; 65,4 %). Une grande proportion des articles (N = 21 ; 80,8 %) abordait autant les facteurs internes qu'externes. Aucune étude ne considérait l'ensemble des facteurs externes pouvant influencer la capacité d'agir comme AC.

Tableau 2 : Années de publication, pays et professions concernées des écrits retenus

Années	N	%	Pays	N	%	Professions concernées	N	%
[1981-1990]	3	11,5	États-Unis	14	53,9	Soins infirmiers	17	65,4
[1991-2000]	1	3,9	Royaume-Uni	4	15,4	Médecine	8	30,8
[2001-2010]	5	19,2	Canada	3	11,5	Ergothérapie	5	19,2
[2011-2020]	17	65,4	Plusieurs pays	3	11,5	Plusieurs professions	5	19,2
			Italie	1	3,9	Physiothérapie	1	3,9
			Nouvelle-Zélande	1	3,9			

L'étendue des scores des niveaux de preuve des 26 articles se situait entre 3 et 5, ce qui représente un niveau de preuve globalement faible (Tableau 3).

Tableau 3 : Écrits scientifiques : niveau de preuve et dimensions abordées

Écrits				Dimension sociale		Dimension institutionnelle		Dimension culturelle		Dimension physique	
	Score type de devis	Score qualité	Niveau de preuve	Regroupements professionnels	Position hiérarchique et dans la sphère politique	Relations avec les acteurs du milieu	Formation universitaire	Caractéristiques du système de santé	Culture organisationnelle	Modèles conceptuels	Outils et ressources
Andrews et Crisp (2017)	6	3,75	5				X		X		
Brooks (2020)	6	4	5		X	X					
Coleman (2015)	6	3,75	5							X	X
Elser <i>et al.</i> (1996)	6	4	5		X	X		X			X
Eskin (1980)	5	4	5		X	X	X		X	X	
Gerlach et Smith (2015)	6	4	5			X					
Guptill et Perry (2015)	6	4	5				X				
Hobbie (2004)	6	4	5			X	X				
Jeffreys (2005)	6	4	5			X	X	X			
Keller (1987)	6	4	5				X				
Reed (2016)	6	4	5		X	X	X	X			X
Scott et Scott (2020)	6	4	5		X	X	X	X			
Thomas <i>et al.</i> (2016)	6	4	5					X	X		
Towle (2000)	5	4	5			X					
Choi <i>et al.</i> (2014)	5	2	4	X		X		X			

- Les écrits sont présentés en ordre croissant de preuve, soit du plus bas (5) au plus haut (3) et, lors d'égalité, par ordre alphabétique.
- Le score « type de devis » est établi en fonction du type d'étude, allant du score le plus faible (6) pour une recension des écrits sans méthodologie reconnue/opinion d'expert au score le plus élevé (4) pour des devis observationnels.
- Le score « qualité » est le quotient du score total qualité et du nombre de catégories évaluées (N = 4 pour les deux grilles).
- Le niveau de preuve est le quotient arrondi de la somme des scores « type de devis » et « qualité » et du nombre de scores (N = 2).

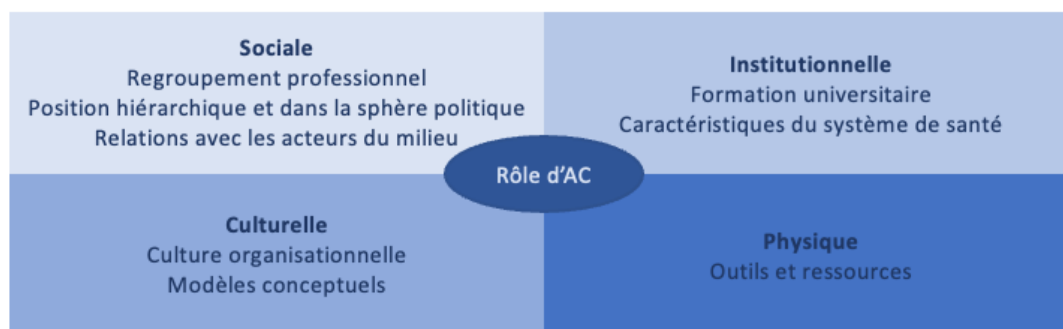
Tableau 3 : Écrits scientifiques : niveau de preuve et dimensions abordées (suite)

Écrits				Dimension sociale			Dimension institutionnelle		Dimension culturelle		Dimension physique
	Score type de devis	Score qualité	Niveau de preuve	Regroupements professionnels	Position hiérarchique et dans la sphère politique	Relations avec les acteurs du milieu	Formation universitaire	Caractéristiques du système de santé	Culture organisationnelle	Modèles conceptuels	Outils et ressources
Klinger et Bossers (2009)	5	2	4		X	X	X				
Logrippo <i>et al.</i> (2018)	5	3	4			X					X
Menkin <i>et al.</i> (2020)	4	44	4			X		X			
Noone (1987)	5	3,5	4		X	X				X	
Reimers et Miller (2014)	5	3,25	4			X		X			X
Wall (2014)	5	2,75	4	X		X		X	X		
Akin et Kurşun (2020)	5	1	3		X	X	X	X	X	X	
Brian <i>et al.</i> (2015)	5	1	3			X		X		X	
Naccarella <i>et al.</i> (2016)	5	1,5	3			X	X	X		X	X
Nowill (2011)	5	1	3			X	X		X		
Tingle (2002)	5	1,75	3		X	X		X	X		X

- Les écrits sont présentés en ordre croissant de preuve, soit du plus bas (5) au plus haut (3) et, lors d'égalité, par ordre alphabétique.
- Le score « type de devis » est établi en fonction du type d'étude, allant du score le plus faible (6) pour une recension des écrits sans méthodologie reconnue/opinion d'expert au score le plus élevé (4) pour des devis observationnels.
- Le score « qualité » est le quotient du score total qualité et du nombre de catégories évaluées (N = 4 pour les deux grilles).
- Le niveau de preuve est le quotient arrondi de la somme des scores « type de devis » et « qualité » et du nombre de scores (N = 2).

Les facteurs externes propres à chaque dimension du MCPP (Figure 2) sont décrits plus bas.

Figure 2 : Facteurs externes selon les dimensions



Dimension sociale

Trois grands thèmes sociaux ont émergé : les regroupements professionnels, la position hiérarchique et la relation avec les acteurs du milieu. Les regroupements professionnels ont la possibilité d'influencer positivement la capacité d'agir de l'AC, notamment en incorporant explicitement ce rôle dans leur code d'éthique (Choi *et al.*, 2014). Toutefois, leur tendance à faire preuve de conservatisme réglementaire (p. ex. : un ordre professionnel canadien des infirmières qui ne reconnaît pas certains rôles d'AC comme faisant partie de leur champ d'activité) et la lourdeur de leur processus de réglementation peuvent mener ces regroupements à entrevoir difficilement d'autres possibilités dans la façon d'organiser les services de santé, nuisant ainsi au changement (Wall, 2014).

La position hiérarchique et dans la sphère politique réfère à la position de l'AC déterminée par son statut et son pouvoir dans le milieu. Elle réfère également à la reconnaissance et au pouvoir dont sa profession dispose au sein du secteur de la santé et des services sociaux. Cette position influencerait directement la capacité d'agir de l'AC (Reed, 2016 ; Tingle, 2002). En effet, pour mener des changements, les AC novices seraient désavantagés par leur position inférieure, tandis que leurs collègues plus expérimentés seraient favorisés (Tingle, 2002). Par ailleurs, une profession positionnée à un niveau politique supérieur, comme la médecine ou la physiothérapie, générerait plus de latitude d'action pour les AC de ladite profession (Reed, 2016).

Enfin, les relations avec les acteurs du milieu et leur nature ont aussi un effet sur la capacité d'agir de l'AC. En effet, une partie importante de la réussite des projets de changement repose sur la mise en place d'alliances formelles dans les milieux (Elser *et al.*, 1996 ; Gerlach et Smith, 2015 ; Jeffreys, 2005 ; Reimers et Miller, 2014). Ces alliances peuvent mener à des collaborations intra-milieu (Hobbie, 2004 ; Menkin *et al.*, 2020 ; Scott et Scott, 2020) et inter-milieux (Jeffreys, 2005 ; Klinger et Bossers, 2009 ; Menkin *et al.*, 2020 ; Naccarella *et al.*, 2016 ; Noone, 1987 ; Reed, 2016 ; Reimers et Miller, 2014) et nécessitent l'inclusion du personnel, tous rôles confondus (Noone, 1987). Une

communication efficace entre les professionnels de la santé, ou entre un professionnel et un usager, est également identifiée comme favorisant la réussite d'un projet (Brooks, 2020 ; Menkin *et al.*, 2020). Tant dans la planification que dans l'évaluation, intégrer la voix des acteurs concernés pour s'assurer que le changement est porteur de sens pour eux est crucial (Menkin *et al.*, 2020).

En contraste, le manque de soutien et d'engagement de la part de l'équipe interdisciplinaire (Brian *et al.*, 2015) ainsi que la résistance des parties prenantes au projet peuvent nuire à son développement (Noone, 1987). Par exemple, en milieu hospitalier, plusieurs professionnels de la santé perçoivent les médecins comme un facteur limitant (Akin et Kurşun, 2020 ; Towle, 2000). Le manque d'appui des gestionnaires et l'absence d'un environnement permissif peuvent aussi constituer des obstacles à la capacité d'agir de l'AC (Naccarella *et al.*, 2016 ; Reimers et Miller, 2014). À l'inverse, certains professionnels n'ayant pas à se soumettre à une autorité hiérarchique (p. ex. : médecins de famille) jouissent d'une liberté d'action favorable au rôle d'AC (Eskin, 1980). Lors d'un processus politique, les conflits d'intérêts entre les parties prenantes induisent une résistance et ralentissent aussi le changement (Klingers et Bossers, 2009). S'ils obtiennent le soutien des principaux acteurs, les professionnels peuvent stimuler un changement systémique (Menkin *et al.*, 2020).

Le mentorat, sous différentes formes, facilite le développement des AC. Celui-ci peut se déployer informellement, par exemple lorsqu'on reçoit des conseils et une rétroaction d'AC plus expérimentés ou qu'on peut les observer en action (Choi *et al.*, 2014 ; Nowill, 2011). L'observation est d'ailleurs considérée comme la façon la plus efficace de développer les compétences de leadership (Nowill, 2011). Le mentorat de type formel comprend les mises en situation d'apprentissage ou la mise en relation d'apprenants et de « modèles » par des structures organisationnelles (Brian *et al.*, 2015 ; Brooks, 2020 ; Logrippio *et al.*, 2018 ; Nowill, 2011 ; Thomas *et al.* 2016).

Dimension institutionnelle

Deux facteurs institutionnels ont été identifiés : la formation universitaire des professionnels et les caractéristiques du système de santé dans lequel ils évoluent. Les professionnels jugent que leur formation universitaire les prépare mal aux défis liés au rôle d'AC (Klinger et Bossers, 2009). Parmi les lacunes identifiées se trouve la capacité à influencer les autres et à prendre des décisions (Noone, 1987). En contrepartie, une formation intégrant l'expérience réelle sur le terrain (Klinger et Bossers, 2009) et l'apprentissage transformateur, par son approche critique et réfléchie (Naccarella *et al.*, 2016), stimulerait l'acquisition de compétences-clés nécessaires au rôle d'AC. Une telle formation sensibiliserait aussi les étudiants aux déterminants sociaux de la santé et leur permettrait d'agir sur ceux-ci, tout en favorisant le développement d'attitudes positives à l'égard de la justice sociale (Akin et Kurşun, 2020). De plus, le développement de compétences non techniques, telles que l'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel, pourrait s'avérer crucial pour les professionnels dans leur rôle d'AC (Nowill, 2011 ; Thomas *et al.*, 2016). Pour ce faire, un système éducatif réactif aux contextes

systémiques changeants et encourageant la pratique réflexive, la pensée créative, le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle est essentiel (Towle, 2000).

Le deuxième facteur institutionnel, soit les caractéristiques du système de santé, se décline en trois aspects : le manque de reconnaissance formelle du rôle d'AC, les politiques institutionnelles des établissements et les ressources limitées. D'abord, comme dans le cas des regroupements professionnels, une reconnaissance claire et précise du rôle d'AC au niveau des établissements de santé, notamment dans leurs codes d'éthique, en faciliterait l'émergence (Wall, 2014). Ensuite, les politiques institutionnelles modulent les inspirations innovatrices des AC et la réalisation du changement (Tingle, 2002). En effet, des politiques qui favorisent l'autonomie, l'accessibilité organisationnelle et le partage du pouvoir créent un environnement propice au progrès organisationnel et à l'*empowerment* des professionnels et, ainsi, peuvent servir de tremplin aux actions d'AC (Brian *et al.*, 2015 ; Naccarella *et al.*, 2016). Cependant, lorsqu'elles limitent leur flexibilité et leur autodétermination (Naccarella *et al.*, 2016), les règles institutionnelles peuvent être perçues comme des barrières par les AC (Scott et Scott, 2020). De plus, la mise en œuvre d'innovations peut se complexifier lorsque les procédures décisionnelles sont bureaucratiques, c'est-à-dire impliquent plusieurs niveaux organisationnels de prise de décision (Thomas *et al.*, 2016).

Les ressources octroyées par le milieu de travail pour des projets novateurs, tant en ce qui concerne le financement et le temps que les ressources humaines, sont au cœur de la capacité d'action des AC. Un financement et une main-d'œuvre suffisants (Menkin *et al.*, 2020) soutiennent la capacité d'agir des AC (Scott et Scott, 2020). Un financement insuffisant entrave l'innovation et les projets (Naccarella *et al.*, 2016). Souvent perçu comme « non productif », le temps de réflexion encourage pourtant la créativité et l'innovation et favorise la résolution de problèmes (Thomas *et al.*, 2016), qualités cruciales de l'AC. De surcroît, si le temps disponible est restreint ou que le nombre d'usagers attribué au professionnel est élevé, l'évaluation des déterminants sociaux de santé peut être affectée, influençant ainsi leur rôle d'AC (Akin et Kurşun, 2020). Ainsi, Nowill (2011) recommande des procédures pour garantir aux professionnels la possibilité et le temps leur permettant de participer aux projets de développement, sans sacrifier leurs responsabilités quotidiennes.

Toujours en matière de ressources, le roulement de personnel et les horaires irréguliers impliquent l'arrivée de nouveaux partenaires, ce qui amène souvent les AC à revenir à des étapes antérieures du projet (Elser *et al.*, 1996 ; Reimers et Miller, 2014). Un environnement où la gestion inefficace mène à une surutilisation des employés ou à un manque de personnel peut contribuer à l'apathie des professionnels (Scott et Scott, 2020), en dissonance avec le rôle d'AC dans lequel l'engagement et la prise de position sont requis. Puisqu'il ne fait pas face aux mêmes contraintes de gestion et, de ce fait, gagne une certaine flexibilité, un travailleur autonome ou à forfait dans un milieu peut être mieux positionné pour mettre un changement en œuvre (Wall, 2014).

Dimension culturelle

Deux facteurs culturels ont été identifiés : la culture organisationnelle et les modèles conceptuels. La culture organisationnelle comprend les valeurs de l'organisation et leurs manifestations concrètes pouvant favoriser et promouvoir le rôle d'AC (Akin et Kurşun, 2020). En effet, un milieu accordant une valeur importante aux changements ou à l'innovation risque d'être plus enclin à soutenir les AC dans leur cheminement (Eskin, 1980). Un tel milieu pourrait mettre sur pied des programmes de développement du leadership de ses employés et, ainsi, les outiller pour agir en AC (Nowill, 2011). D'autre part, plus un environnement tolère un haut niveau d'acceptation des risques (inconnu, imprévu), plus il sera facile pour l'AC d'agir (Akin et Kurşun, 2020 ; Thomas *et al.*, 2016). La culture organisationnelle influence aussi plus largement l'accueil réservé au changement par le fait qu'on y trouve ou non une posture d'ouverture prédisposant à l'innovation (Thomas *et al.*, 2016). Une culture qui valorise le bien-être des usagers et leur inclusion favorise également chez le professionnel l'adoption d'un rôle de leader et d'actions d'AC (Andrews et Crisp, 2017). À l'inverse, un milieu enraciné dans une mentalité de prestations de services (Tingle, 2002) perpétue une perspective traditionnelle des rôles professionnels, c'est-à-dire biomédicale et hospitalocentriste (Wall, 2014) et, ce faisant, nuit au rôle d'AC.

Les modèles conceptuels, issus des fondements théoriques, influencent la capacité d'agir de l'AC en structurant sa pensée et ses actions et en guidant les interventions. Plusieurs modèles (p. ex. : *PRECEDE-PROCEED*, Modèle de Kohnke) et théories (p. ex. : *Theory of Planned Change*, Théorie du changement) existent pour soutenir ce rôle et favorisent l'implantation de changements organisationnels (Akin et Kurşun, 2020 ; Brian *et al.*, 2015 ; Coleman, 2015 ; Noone, 1987).

Dimension physique

Avoir à sa disposition des outils et des ressources conçus pour appuyer le rôle d'AC constitue un facilitateur (Logrippo *et al.*, 2018). Par exemple, une plateforme organisationnelle de collaboration facilite l'implantation d'une approche de santé populationnelle et contribue à la capacité d'agir de l'AC (Naccarella *et al.*, 2016). On constate aussi que l'accès à des outils organisationnels permet le développement de plans d'action ciblés et favorise à court terme la réussite d'un changement (Coleman, 2015). À l'inverse, l'accès limité aux technologies de l'information peut être une barrière à l'implantation d'un changement (Brian *et al.*, 2015). De plus, comme leur utilisation est nécessaire pour soutenir un changement, l'accès aux données probantes influence la capacité d'agir de l'AC (Elser *et al.*, 1996 ; Reed, 2016). En effet, plus les milieux de pratique sont enclins à fournir les ressources pour soutenir une pratique fondée sur les données probantes (Naccarella *et al.*, 2016), plus ils facilitent l'adhésion aux changements qui s'appuient sur elles (Reimers et Miller, 2014).

DISCUSSION

La présente étude visait à synthétiser les facteurs externes influençant la capacité d'agir en tant qu'AC. Les 26 articles sélectionnés étaient majoritairement théoriques et de faible qualité. Trois facteurs sociaux, deux facteurs institutionnels, deux facteurs culturels et un facteur physique ont été identifiés. Ces résultats seront discutés sous trois angles : les caractéristiques des écrits recensés, les facteurs externes au regard des études empiriques récentes en ergothérapie et le rôle de la formation et du mentorat.

Écrits recensés

Surtout publiés depuis 2011, les écrits recensés montrent que les dernières années ont été particulièrement fertiles en études portant sur les actions de changement. Cette effervescence n'est pas étonnante. En effet, l'évolution constante des systèmes de santé occidentaux, notamment en matière de pratiques émergentes (Domènech, 2016), et les modifications structurelles nécessaires face à la croissance des demandes (Bergman *et al.*, 2015) appellent à la mobilisation du rôle d'AC des professionnels dans leur quotidien. Par ailleurs, la prépondérance des écrits anglo-saxons peut s'expliquer par les banques de données utilisées. À titre d'exemple, Academic Search Complete est constituée à 56 % de revues en provenance des États-Unis, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni (Academic Search Complete, s.d.).

Dans les écrits recensés, les sciences infirmières sont surreprésentées, ce qui s'accorde avec le fait qu'une majorité des professionnels occupant des postes dans les systèmes de santé (59 %) sont issus des soins infirmiers (Organisation mondiale de la santé, 2020). Ce résultat peut aussi être lié aux responsabilités accrues des infirmières dans ces systèmes depuis les années 1990 (McPhail, 1997). Les positions variées qu'elles occupent, par exemple de gestionnaires, de superviseuses ou de consultantes en soins infirmiers, font que les infirmières mobilisent plus fréquemment leurs compétences d'AC (Gouvernement du Québec, s. d.).

Enfin, les écrits recensés demeurent peu nombreux, présentent un faible niveau de preuve, sont généralement théoriques ou, lorsqu'empiriques, utilisent des devis qualitatifs. Ainsi, la recherche s'intéressant au rôle d'AC des professionnels apparaît comme encore émergente et, à ce jour, les connaissances demeurent peu développées quant à l'influence des facteurs externes sur ce rôle. Toutefois, avec la croissance récente des pratiques émergentes où plusieurs professionnels, dont les ergothérapeutes, exercent à l'extérieur du cadre clinique traditionnel (ACORE, 2011), l'intérêt pour le rôle d'AC augmente tant en pratique qu'en recherche.

Facteurs externes

Comme nous l'avons mentionné précédemment, peu d'études en ergothérapie se sont intéressées exclusivement ou exhaustivement aux facteurs externes influençant l'actualisation du rôle d'AC. Néanmoins, les présents résultats rejoignent plusieurs des

constats de l'étude descriptive interprétative de Picotin et collaborateurs (2021) réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois. Cette étude rapporte 11 facteurs externes facilitant ou entravant les actions d'AC des ergothérapeutes. Or 8 de ces 11 facteurs correspondent en tout ou en partie à 7 de nos facteurs (Tableau 4).

Tableau 4 : Correspondance entre les facteurs externes de la présente étude et ceux de Picotin et collaborateurs (2021)

Dimensions	Facteurs de la présente étude	Facteurs de Picotin et collaborateurs (2021)
Dimension sociale	Position hiérarchique et dans la sphère politique	Macrosystème avantageux
	Regroupements professionnels	
	Relations avec les acteurs du milieu	Résistance au changement Microsystème collaboratif Expertise accessible
Dimension institutionnelle	Caractéristiques du système de santé	Mésosystème accommodant Disponibilité des ressources
	Formation universitaire des professionnels de santé	Émergence du rôle d'AC
Dimension culturelle	Culture organisationnelle	Mésosystème accommodant Culture organisationnelle facilitante
	Modèles conceptuels	
Dimension physique	Outils et ressources	Expertise accessible
		Disponibilité des ressources

Picotin et collaborateurs (2021) ont rapporté deux facteurs externes qui n'ont pas été identifiés dans la présente étude de portée : la proactivité du groupe d'utilisateurs et les moyens de communication diversifiés. Puisque leur étude portait spécifiquement sur les ergothérapeutes et que ceux-ci adhèrent fortement à l'approche centrée sur l'utilisateur (ACE, 2012), il est possible que la participation de l'utilisateur soit un facilitateur prédominant chez les ergothérapeutes. Quant au facteur des moyens de communication, l'étude étant très récente, celui-ci peut être le reflet de leur rôle prépondérant dans le quotidien d'une majorité (p. ex. : médias sociaux ; Jensen *et al.*, 2019). Picotin et collaborateurs (2021) ont aussi rapporté le manque de connaissance sur l'ergothérapie comme étant un obstacle, ce qui peut être typique de cette profession qui peine parfois à se définir clairement.

Par ailleurs, un résultat des deux études est carrément divergent. En effet, la formation universitaire des professionnels de la santé est ici rapportée comme pouvant être un obstacle au rôle d'AC alors que Picotin et collaborateurs (2021) rapportent que la formation initiale et continue des ergothérapeutes est propulsée par l'émergence du rôle et constitue un facilitateur. Cette divergence peut refléter un intérêt de plus en plus marqué pour le rôle d'AC au Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2021). La présente étude met donc en évidence les lacunes qui pourraient persister dans la formation des professionnels, dont celle des ergothérapeutes, et offre des pistes de solution afin de s'assurer que ceux-ci soient mieux outillés pour agir en tant qu'AC.

Formation et mentorat

Parmi tous les facteurs externes, le plus fréquemment rapporté dans les écrits recensés est la formation universitaire insuffisante. Ces lacunes dans la formation pourraient faire que les professionnels se sentent moins en confiance et moins habilités à occuper leur rôle d'AC (Xuan Shi *et al.*, 2017). Ainsi, un AC novice, généralement dans une position hiérarchique inférieure (dimension sociale), a aussi un raisonnement professionnel moins optimal qu'un AC expert. Ceci couplé avec des lacunes dans la formation, il est possible que son sentiment d'auto-efficacité soit plus faible que celui d'un AC expert, contribuant à freiner davantage ses actions de changement. En y accordant plus d'importance et de temps dans le cursus universitaire, le rôle d'AC pourrait être mis en pratique dans les milieux cliniques et communautaires, plutôt qu'abordé uniquement de façon théorique, ce qui en favoriserait l'actualisation par les jeunes professionnels pendant leur formation (Akin et Kurşun, 2020). Ainsi, exposer les étudiants à des situations d'apprentissage où ils devront agir comme AC leur permettra de développer des compétences associées au rôle. Un tel apport dans le cursus doit cependant s'accompagner d'un changement de culture et d'approche pédagogique. En effet, le système d'éducation actuel favorise principalement la discrétion et l'obéissance aux consignes, ce qui peut être contraire au rôle d'AC. Ce rôle nécessite une capacité de réflexion critique, de remise en question des façons traditionnelles de faire et d'innovation. Le recours aux disciplines sociales (Akin et Kurşun, 2020) et la tenue d'activités pédagogiques reposant sur l'apprentissage transformationnel (Mezirow, 2000, 2003) sont d'autres éléments essentiels. Par exemple, avant la fin de la formation universitaire, des activités de collaboration à l'intérieur d'un projet de changement pourraient agir comme précurseurs au développement de relations bénéfiques avec les acteurs concernés dans le futur contexte de pratique. Finalement, le mentorat formel et informel permettrait de mieux accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de changements, dès le début de leur pratique (Brian *et al.*, 2015), et de favoriser son développement.

Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude offrant une synthèse des facteurs externes influençant le rôle d'AC. En raison du faible niveau de preuve des écrits recensés, une prudence est néanmoins de mise dans l'interprétation des résultats. Il est possible que certains facteurs identifiés détiennent une importance moindre par rapport à d'autres. À cet égard, une analyse de saillance aurait pu être utile. En restreignant la recherche aux sources accessibles électroniquement, la recension d'articles a pu s'en trouver limitée. De même, cibler des bases de données établies dans les pays anglo-saxons et dans le domaine de la santé a pu influencer la provenance des écrits. De plus, des concepts associés au rôle d'AC, tels que les repréailles et l'obligation de loyauté retrouvée dans le *Code civil du Québec* (Lampron, 2021), ont pu être omis.

Pistes de recherche futures et recommandations pour la pratique

L'élaboration d'un modèle de pratique axé sur ce rôle, intégrant les facteurs internes et externes, pourrait faciliter la compréhension et l'actualisation du rôle d'AC. Des recherches plus approfondies pourraient aussi être menées en lien avec des facteurs externes encore peu connus, tels que les représailles ou l'obligation de loyauté. Enfin, les programmes de formation pourraient être davantage axés sur des composantes essentielles au rôle d'AC et du mentorat dans le milieu professionnel les intégrant pourrait être développé.

CONCLUSION

Afin de soutenir les ergothérapeutes dans leur action en tant qu'AC, la présente étude fait une synthèse des facteurs externes impliqués dans l'actualisation de ce rôle. D'abord, la formation est un facteur externe important. Ainsi, la place de ce rôle dans le cursus universitaire devrait être accrue et l'offre de formation dans les milieux de pratique devrait être bonifiée, entre autres, par des activités de mentorat. Ensuite, les relations que l'AC entretient avec les acteurs du milieu sont cruciales dans l'actualisation de son rôle. Il importe donc de les cultiver. Enfin, avant de se lancer dans un projet de changement, l'AC a intérêt à analyser et à agir selon les facteurs externes impliqués. Comme une situation doit être analysée dans son ensemble, les facteurs internes doivent également être considérés. Ayant eux aussi fait l'objet d'une étude de portée, il serait pertinent d'enrichir la conceptualisation du rôle d'AC en intégrant l'ensemble des facteurs. Ainsi, la création d'un modèle tangible permettrait d'optimiser la pratique d'AC des ergothérapeutes novices et expérimentés, menant vers un bien-être, une santé et une justice occupationnelle accrues pour la population.

REMERCIEMENTS

Les autrices tiennent à remercier Josée Toulouse, bibliothécaire à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke pour son aide dans la validation de la stratégie de recherche.

FINANCEMENTS

Annie Carrier est chercheuse boursière Junior 1 du Fonds de recherche du Québec – Santé (#296437).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Academic Search Complete. (s. d.). *Full-text data base: Academic Search Complete*.
<https://www.ebsco.com/fr-fr/products/research-databases/academic-search-complete>
- Akin, B., et Kurşun, S. (2020). Perception and opinion of nursing faculties regarding advocacy role: A qualitative research. *Nursing Forum*, 55(4), 637-644. <https://doi.org/10.1111/nuf.12480>
- Andrews, R. J., et Crisp, N. (2017). The healthcare landscape: Are doctors agents of change or impediments to change? *World Neurosurgery*, 105, 997-1000.
<https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.06.099>

- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012*. <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE). (2011). *Les compétences essentielles à la pratique pour les ergothérapeutes au Canada*. Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. https://www.coto.org/docs/default-source/standards/essen_comp_fr_2011.pdf?sfvrsn=2
- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE), Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE) et Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada*. <https://www.caot.ca/document/7678/Competencies%20for%20Occupational%20Therapists%20in%20Canada%202021%20-%20Final%20FR%20HiRes.pdf>
- Bergman, B., Hellström, A., Lifvergren, S., et Gustavsson, S. M. (2015). An emerging science of improvement in health care. *Quality Engineering*, 27(1), 17-34. <https://doi.org/10.1080/08982112.2015.968042>
- Blondin-Nadeau, P., Audet, J., Chenard, É., Joly, A. A., Pétrin, L., Ruest, J., et Carrier, A. (2021). Synthèse des facteurs internes essentiels aux ergothérapeutes pour agir en tant qu'agent de changement. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 7(1), 33-53. <https://doi.org/10.13096/rfre.v7n1.180>
- Braun, V., et Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 261-272. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Brian, H., Cook, S., Taylor, D., Freeman, L., Mundy, T., et Killaspy, H. (2015). Occupational therapists as change agents in multidisciplinary teams. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 547-555. <https://doi.org/10.1177/0308022615586785>
- Brooks, E. (2020). From shadow to change agent: Revitalization of the clinical nurse specialist role. *Nursing Forum*, 55(2), 297-300. <https://doi.org/10.1111/nuf.12429>
- Carrier, A., et Beaudoin, M. (2020). Conceptualizing occupational therapists' change agent role to support entry-level pedagogical activities: Results from a scoping study. *Journal of Occupational Therapy Education*, 4(3), 1. <https://encompass.eku.edu/jote/vol4/iss3/3/>
- Carrier, A., Ethier, A., Beaudoin, M., Hudon, A., Bedard, D., Jasmin, E., et Verville, F. (2021). Acting as change agents: Insight into Québec occupational therapists' current practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 173-181. <https://doi.org/10.1177/0008417421994367>
- Choi, S. P. P., Cheung, K., et Pang, S. M. C. (2014). A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1584-1593. <https://doi.org/10.1111/jan.12316>
- Coleman, D. N. P. (2015). Stimulating a culture of improvement: Introducing an integrated quality tool for organizational self-assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 261. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.261-264>
- Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. Dans 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). CAOT Publications ACE.
- Domènech, M. (2016). *New technologies and emerging spaces of care*. Routledge.
- Elser, A., McClanahan, M., et Green, T. J. (1996). Advanced practice nurses: Change agents for clinical practice. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 10(1), 72-78. <https://doi.org/10.1097/00005237-199606000-00010>
- Eskin, F. (1980). The community physician as change agent. *Public Health*, 94(1), 44-51. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(80\)80103-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(80)80103-X)

- Gerlach, A. J., et Smith M. G. (2015). "Walking side by side": Being an occupational therapy change agent in partnership with Indigenous clients and communities. *Occupational Therapy Now*, 17(5), 7-9.
- Gouvernement du Québec. (s. d.). *Infirmiers/infirmières*. <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/3012-infirmiers-infirmieres>
- Green, C. A. (2019). Workplace incivility: Nurse leaders as change agents. *Nursing Management*, 50(1), 51-53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000550455.99449.6b>
- Guptill, C., et Perry, A. (2015). Snapshots of occupational therapists as change agents: Poverty. *Occupational Therapy Now*, 17(5), 16-17.
- Harbour, R., et Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence-based guidelines. *British Medical Journal*, 323(7308), 334-336. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7308.334>
- Hobbie, W. L. (2004). Nurses as agents of change. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(1), 7-8. <https://doi.org/10.1177/1043454203259954>
- Jeffreys, M. R. (2005). Clinical nurse specialists as cultural brokers, change agents, and partners in meeting the needs of culturally diverse populations. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(2), 41-48.
- Jensen, J. L., Bruns, A., Graham, T., Angus, D., Larsson, A. O., Stromer-Galley, J., Zhang, F., Rossini, P., et Hemsley, J. (2019). A decade of social media elections – A cross-national perspective. *AoIR Selected Papers of Internet Research*. <https://doi.org/10.5210/spir.v2019i0.10976>
- Keller, K. L. (1987). The international nurse consultant as change agent. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 3(5), 266-321. [https://doi.org/10.1016/s8755-7223\(87\)80036-4](https://doi.org/10.1016/s8755-7223(87)80036-4)
- Klinger, L., et Bossers, A. (2009). Contributing to operations of community agencies through integrated fieldwork experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 171-179. <https://doi.org/10.1177/000841740907600306>
- Lamarche, P.-A., Chauvette, M., Larouche, D., et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2003). *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Annexes*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Lampron, L. (2021). *L'obligation de loyauté : un obstacle à la capacité des acteur/trices terrains de jouer un rôle « d'AC » ?* (communication, 88^e congrès de l'ACFAS, QC, Canada). ACFAS. <https://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/88/100/109/c>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., et Westmorland, M. (1998). *Guidelines for critical review form: Quantitative studies*. McMaster University.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., et Westmorland, M. (2007). *Guidelines for critical review form: Qualitative studies (version 2.0)*. McMaster University.
- Logrippo, M., Kelly, S., Sardinias, N., et Naft, M. (2018). A partnership to assess clinical nurse leadership skills. *Nursing Management*, 49(4), 40-47. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000531169.77846.48>
- Marshall, C., Boldt-MacDonald, K., McLenon, R., Rennie, E., Faraon, M., Conoff, S., Lesnek, J., Becker, C., et Chu, R. (2011). A multidisciplinary approach to determine heparin dosing in pediatric vascular devices. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1), 53-57. <https://doi.org/10.1177/1043454210377330>
- McPhail, G. (1997). Management of change: An essential skill for nursing in the 1990s. *Journal of Nursing Management*, 5(4), 199-205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1997.00017.x>
- Menkin, D., Tice, D., et Flores, D. (2020). Implementing inclusive strategies to deliver high-quality LGBTQ+ care in health care systems. *Journal of Nursing Management*, 1-6. <https://doi.org/10.1111/jonm.13142>
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress. The Jossey-Bass higher and adult education series*. Jossey-Bass Publishers.
- Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of Transformative Education*, 1(1), 58-63. <https://doi.org/10.1177/1541344603252172>

- Naccarella, L., Butterworth, I., et Moore, T. (2016). Transforming health professionals into population health change agents. *Journal of Public Health Research*, 5(1), 643. <https://doi.org/10.4081/jphr.2016.643>
- Noone, J. (1987). Planned change: Putting theory into practice... Utilizing Lippitt's theory. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 1(1), 25-29.
- Nowill, D. P. (2011). Lessons of experience: Key events and lessons learned of effective chief medical officers at freestanding children's hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 56(1), 63-80. <https://doi.org/10.1097/00115514-201101000-00010>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2021). Un 10^e colloque annuel 100 % en virtuel : l'ergothérapie dans un monde en changement. *Occupation : ergothérapeute – La revue de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*, 2(4), 5-6. <https://www.oeq.org/DATA/ERGOEXPRESS/116~v~automne-2021.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332163>
- Picotin, J., Beaudoin, M., Hélie, S., Martin, A. É., et Carrier, A. (2021). Occupational therapists as social change agents: Exploring factors that influence their actions. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 231-243. <https://doi.org/10.1177/00084174211022891>
- Proulx, S. (2016). *La complémentarité du rôle de l'ergothérapeute en milieu scolaire avec celui de l'ergothérapeute en centre de réadaptation* (mémoire de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Reed, K. (2016). Frances Rutherford Lecture 2015: Possibilities for the future: Doing well together as agents of change. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 4-13.
- Reimers, M., et Miller, C. (2014). Clinical nurse specialist as change agent: Delirium prevention and assessment project. *Clinical Nurse Specialist*, 28(4), 224-230. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000063>
- Scott, S. M., et Scott, P. A. (2020). Nursing, advocacy and public policy. *Nursing Ethics*, 28(5), 723-733. <https://doi.org/10.1177/0969733020961823>
- Thomas, T. W., Seifert, P. C., et Joyner, J. C. (2016). Registered nurses leading innovative changes. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No03Man03>
- Tingle, A. (2002). Mental health nurses: Changing practice? *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 657-663. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00647.x>
- Towle, A. (2000). Shifting the culture of continuing medical education: What needs to happen and why is it so difficult? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 20(4), 208-218. <https://doi.org/10.1002/chp.1340200404>
- Tricco, A. C., Langlois, E., Straus, S. E., et World Health Organization. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide*. World Health Organization.
- Wall, S. (2014). Self-employed nurses as change agents in healthcare: Strategies, consequences, and possibilities. *Journal of Health Organization and Management*, 28(4), 511-531. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0049>
- Xuan Shi, D., Rochette, A., et Thomas, A. (2017). *Descriptive study of the current practice of occupational therapists with a professional master's degree*. Student Research Day, McGill University, Montréal.