

Agentivité : perspectives des ergothérapeutes quant à leur sentiment de compétence et quant à leurs compétences à la suite d'une formation

Agency: occupational therapists' perspectives on their sense of competence and their skills following training

Annie Carrier,^{1,2} Alexandra Éthier,^{1,2} Michaël Beaudoin,^{1,2} Anne Hudon,³⁻⁵ Denis Bédard,⁶ Emmanuelle Jasmin,^{1,7} Étienne Lavoie-Trudeau,¹ France Verville⁸

¹École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada; ²Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Québec, Canada; ³École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada; ⁴Centre de recherche interdisciplinaire sur la réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM), CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Québec, Canada; ⁵Centre de recherche en éthique, Université de Montréal, Québec, Canada; ⁶Département de pédagogie, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada; ⁷Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSE de l'Estrie-CHUS, Québec, Canada; ⁸Association canadienne des ergothérapeutes – Québec (ACE-Qc) de 2016 à 2022, Québec, Canada

Correspondance à : Annie Carrier, 3001 12^e Avenue Nord Sherbrooke, Québec, Canada J1H 5N4; courriel : Annie.Carrier@USherbrooke.ca

Publié avant le numéro : 13, juin 24 ; RCÉM 2024. Disponible à <https://doi.org/10.36834/cmej.78346>

© 2024 Carrier, Éthier, Beaudoin, Hudon, Bédard, Jasmin, Lavoie-Trudeau, Verville; licence Synergies Partners. Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution -Pas d'Utilisation Commerciale -Pas de Modification 4.0 International. Vous êtes autorisé à partager copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous format. Vous devez créditer l'œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'œuvre.

Résumé

Contexte. Pour s'attaquer aux injustices systémiques vécues par les personnes en situation de vulnérabilité, l'agentivité des ergothérapeutes, soit leur pouvoir d'agir, est nécessaire. Or, elles se sentent peu compétentes à l'exercer et aimeraient développer leurs compétences. L'objectif général de cette recherche était donc de documenter la perception des ergothérapeutes de leurs compétences avant et à la suite d'une formation à l'agentivité.

Méthodes. Nous avons utilisé un devis mixte séquentiel explicatif, comportant un volet quantitatif constitué d'un questionnaire auto-administré pré-post formation et un volet qualitatif descriptif avec entretiens de groupe.

Résultats. Un total de 103 ergothérapeutes ont suivi la formation entre le 19 janvier et le 19 octobre 2019. Leur sentiment de compétence s'est amélioré, surtout pour celles n'ayant pas de formation antérieure à l'agentivité. Les compétences perçues comme s'étant les plus développées correspondent aux compétences jugées prioritaires à développer, à savoir la communication efficace, la collaboration intentionnelle, ainsi que l'observation et l'analyse. Par contre, les ergothérapeutes soulignent ne pas maîtriser l'exercice de ces compétences en contexte réel.

Conclusion. Bien que la formation continue soit une avenue pour améliorer les compétences nécessaires à l'exercice de l'agentivité, des questions demeurent quant aux modalités optimales pour assurer leur plein développement de façon pérenne.

Abstract

Context. To tackle the systemic injustices experienced by people in vulnerable situations, occupational therapists' agency, i.e. their power to act, is necessary. However, occupational therapists feel ill-equipped to exercise this power, and would like to develop their skills. The general aim of this research was therefore to document occupational therapists' perception of their skills before and after agency training.

Methods. We used a mixed sequential explanatory design, comprising a quantitative component consisting of a pre- and post-training self-administered questionnaire and a descriptive qualitative component with group interviews.

Results. A total of 103 occupational therapists completed the training between January 19 and October 19, 2019. Their sense of competence improved, especially for those with no prior training in agency. The skills perceived as having developed the most corresponded to the skills deemed a priority for development, namely effective communication, intentional collaboration, and observation and analysis. On the other hand, occupational therapists emphasized that they had not mastered the exercise of these skills in a real-life context.

Conclusion. Although continuing education is one way of improving the skills needed to exercise agency, questions remain as to the optimal modalities for ensuring their full and lasting development.

Introduction

La responsabilité sociale des personnes professionnelles de la santé implique notamment qu'elles s'attaquent aux injustices systémiques pouvant avoir des effets sur la santé globale des individus, des communautés et des populations, telles que les inégalités sociales et environnementales et la discrimination (p.ex., âgisme, capacitisme, racisme).¹ Considérant que les injustices systémiques touchent davantage les personnes en situation de vulnérabilité, dont celles ayant des incapacités persistantes,^{2,3} et puisque les ergothérapeutes interviennent quotidiennement auprès de ces personnes,⁴ ces dernières¹ sont particulièrement interpellées à agir. Or, pour s'attaquer aux injustices systémiques, le pouvoir d'agir des ergothérapeutes est essentiel; il est alors question d'agentivité. Définie comme la capacité d'agir en fonction de ce qui est considéré comme valable,⁵ l'agentivité peut s'exercer individuellement ou collectivement et peut se développer chez une personne.^{6,7} L'agentivité nécessite d'une part, la liberté de processus et de réalisation et, d'autre part, le sentiment d'être capable d'agir,⁷ aussi nommé sentiment de compétence.

Le sentiment de compétence des ergothérapeutes pour générer un changement, de même que les compétences nécessaires pour ce faire ont fait l'objet de discussions théoriques (p.ex., Finlayson⁸, Kirsh⁹), d'études empiriques (p.ex., Picotin et collaborateurs¹⁰) et de publications professionnelles (p.ex., Association canadienne des ergothérapeutes^{11,12}). Trois constats principaux se dégagent des études empiriques. Premièrement, les ergothérapeutes se sentent peu compétentes à agir pour générer un changement.¹³ Ce constat concerne aussi les diplômées récentes.¹⁴ Deuxièmement, les ergothérapeutes en exercice estiment ne pas maîtriser les compétences nécessaires, mais aimeraient les développer.^{13,14} Par compétence nécessaire, on entend les attitudes, les connaissances et les habiletés requises. Enfin, troisièmement, il est possible d'améliorer ces compétences.¹⁴ En effet, selon le modèle de la dynamique motivationnelle,¹⁵ un sentiment de compétence accru est un élément essentiel pour amener une personne à s'engager et à persévérer dans un projet et, par le fait même, à améliorer ses compétences. Ainsi, des ergothérapeutes plus sûres de leur capacité d'agir sont susceptibles de mobiliser plus fréquemment leurs

compétences, de les consolider, de persévérer face aux obstacles et, ce faisant, d'être davantage motivées à agir.

Exercer son agentivité, ou agir comme agent de changement (AC), peut être qualifié de complexe. Une modélisation du rôle d'AC des ergothérapeutes montre que leurs actions se déploient au niveau du micro (p.ex., auprès des collègues du service) du méso (p.ex., auprès des cadres supérieurs de l'établissement) et du macro-système (p.ex., auprès des hauts fonctionnaires du ministère ou des élus municipaux).¹⁶ Ces actions requièrent aussi la mobilisation d'attitudes,¹⁷ de connaissances et d'habiletés interdisciplinaires diversifiées qui peuvent s'éloigner de celles généralement acquises en formation initiale.¹⁸ Picotin et collaborateurs¹⁰ ont pu approfondir le mélange d'attitudes et de caractéristiques individuelles, de connaissances et d'habiletés (acquises et déployées) nécessaires à l'exercice de l'agentivité auprès de 18 ergothérapeutes reconnues par leurs pairs comme étant des AC efficaces. Cette étude qualitative descriptive interprétative a mené à l'identification de neuf facteurs personnels impliqués dans l'exercice de l'agentivité. Ces facteurs sont : l'adaptation et la flexibilité, la confiance en son expertise, la collaboration intentionnelle, la communication efficace, la découverte, l'observation et l'analyse, la planification, l'optimisme et la réactivité.¹⁰ Ainsi, développer ces facteurs personnels aurait le potentiel d'améliorer le sentiment de compétence et les compétences effectives des ergothérapeutes dans leur rôle d'AC.

Bien que les études antérieures pistent vers la nécessité d'améliorer leur sentiment de compétence et leurs compétences d'AC, il n'est pas toujours clair quelles compétences les ergothérapeutes estiment manquantes. En effet, à notre connaissance, il n'y a pas d'études qui s'intéressent spécifiquement aux perceptions des ergothérapeutes en exercice quant aux compétences à développer pour exercer leur agentivité. De surcroît, aucune formation continue sur l'agentivité s'adressant aux ergothérapeutes en exercice n'a pu être repérée. Pourtant, pour assurer le développement de compétences, les formations continues sont généralement prisées par les ergothérapeutes canadiennes en exercice et leurs ordres professionnels (p.ex., Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ]¹⁹).

Par conséquent, l'objectif général de ce projet de recherche était de documenter la perception des

¹ La forme féminine inclut l'ensemble des ergothérapeutes, quel que soit leur genre.

ergothérapeutes de leurs compétences avant et à la suite d'une formation au rôle d'AC. Plus spécifiquement, les objectifs étaient d'identifier les compétences perçues comme nécessaires à développer pour agir en tant qu'AC (obj. 1) et de documenter l'évolution de leur sentiment de compétence (obj. 2) et de leurs compétences à agir comme tel (obj. 3), à la suite de la formation et selon leur perception.

Méthodologie

Nous avons utilisé un devis mixte séquentiel explicatif (voir la Figure 1) comportant un volet quantitatif constitué d'un questionnaire auto-administré pré-post formation et un volet qualitatif descriptif avec entretiens de groupe.²⁰⁻²² La présente étude s'insérait dans une recherche plus large orientée par la conception (*design-based research*).²³ Conduite en partenariat avec l'Association canadienne des ergothérapeutes – chapitre québécois (ACE-Qc) entre mars 2018 et février 2020, cette étude plus large a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (#2019-2938 obtenu le 23 juillet 2018).

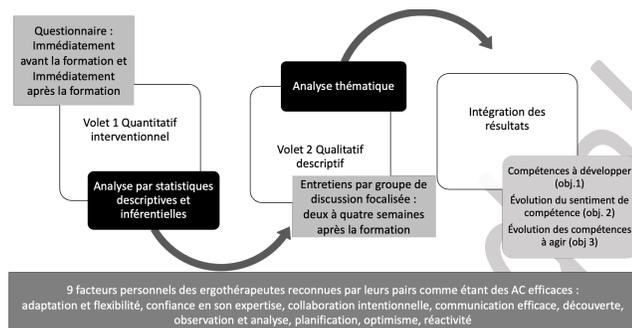


Figure 1. Processus de recherche

Formation

D'une durée de sept heures, la formation reposait sur une approche pédagogique de type co-développement afin de mettre à profit les expériences antérieures des participantes.²⁴⁻²⁶ Le contenu théorique abordé portait sur quatre thèmes : l'analyse du contexte de réalisation du projet de changement, le développement de partenariat, les stratégies de communication et la planification des actions. Bien que n'étant pas axée spécifiquement sur les injustices systémiques, la formation abordait les éléments pertinents aux actions méso et macro-systémiques typiquement nécessaires pour combattre de telles injustices (p.ex., analyser le contexte sociopolitique, communiquer efficacement). Une description plus détaillée de la formation est disponible en ligne.^{27,28}

Échantillonnage et recrutement

Nous avons constitué un échantillon de convenance au sein de la population des ergothérapeutes du Québec. Nous les avons recrutées par courriel via la liste des membres de l'ACE-Qc et de l'OEQ (environ 5464 membres; OEQ²⁹). De plus, comme recommandé par Dillman et collaborateurs³⁰, elles ont été contactées à trois différentes journées (lundi, mardi et mercredi). L'intervalle entre l'envoi initial et le premier rappel était de 11 jours et, entre ce rappel et le deuxième, de sept jours. Nous avons aussi publié des annonces sur la page Facebook de l'ACE-Qc et du groupe Ergothérapie Québec. Pour participer, les ergothérapeutes devaient pouvoir comprendre suffisamment le français, langue de la formation. Il n'y avait aucun critère d'exclusion. 217 ergothérapeutes ont manifesté leur intérêt. Un assistant de recherche les a contactées par téléphone pour expliquer le projet et répondre à leurs questions. Si l'ergothérapeute souhaitait toujours participer, l'assistant lui envoyait un formulaire de consentement. Parmi les participantes au premier volet, celles souhaitant participer au deuxième volet, complétaient une section indépendante du questionnaire avec leurs coordonnées. Elles étaient ensuite invitées à la rencontre de groupe.

Collecte et analyse de données

Volet 1 : Quantitatif pré-post. Les ergothérapeutes ayant assisté à une des sept journées de formation offertes entre le 19 janvier et le 19 octobre 2019 ont rempli un questionnaire auto-administré en ligne immédiatement avant et immédiatement après la formation. Inspiré du *Participant Workshop Evaluation*,³¹ le questionnaire était disponible sur la plateforme Limesurvey hébergée par l'Université de Sherbrooke. Nous avons décrit le questionnaire complet et la validation de son contenu ailleurs.³² Dans ce questionnaire, les thèmes abordés pertinents à la présente étude étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les compétences à développer ou développées, incluant l'atteinte de l'objectif initial d'apprentissage relatif aux compétences, et le sentiment de compétence. Les six questions sociodémographiques comportaient des choix multiples, quatre des cinq questions relatives aux compétences étaient ouvertes et une comportait une échelle Likert à quatre niveaux, tout comme les deux questions relatives au sentiment de compétence (voir Annexe A). Parmi les questions ouvertes, les répondantes devaient identifier trois compétences nécessaires à l'AC et, après la formation, les trois les plus développées et celle la moins développée. En ciblant la

compétence jugée la moins développée, l'équipe de recherche était en mesure d'identifier rapidement où des modifications à la formation s'avéraient le plus nécessaires. Cette identification rapide permettait de rencontrer les objectifs de l'étude plus large.

Après chaque formation, nous avons traité et examiné les données brutes (quantitatives et qualitatives) du groupe dans Excel pour identifier les aspects à approfondir lors des groupes de discussion (voir section suivante). Ultérieurement, toujours dans Excel, nous avons regroupé les données de tous les groupes. Pour identifier les compétences à développer selon les ergothérapeutes (obj. 1), nous avons catégorisé les réponses aux deux questions ouvertes répondues avant la formation à l'aide d'une analyse de contenu déductive³³ où les catégories étaient les neuf facteurs personnels identifiés par Picotin et collaborateurs.¹⁰ Spécifiquement, AE a procédé à la catégorisation de chacune des réponses; MB a validé cette catégorisation. AE, MB et AC ont discuté de toutes les divergences jusqu'à consensus. Pour chaque catégorie, l'équipe a ensuite calculé les fréquences dans SPSS 26.

Toujours dans SPSS 26, pour documenter l'évolution du sentiment de compétence (obj. 2), nous avons effectué des comparaisons pré et post formation des réponses aux questions de type échelle de Likert. Comme notre échelle reposait sur des catégories qualitatives ordinales (p. ex., totalement en accord, en accord), nous avons utilisé le test non paramétrique McNemar pour variables liées et, par la suite, le test de khi carré pour déterminer si des variables étaient associées à l'évolution du sentiment de compétence. Pour documenter l'évolution des compétences (obj. 3), nous avons catégorisé les réponses aux deux questions ouvertes répondues après la formation à l'aide de la même procédure d'analyse de contenu déductive décrite plus haut et calculé les fréquences. Nous avons ensuite créé deux variables composites : la première, pour les compétences identifiées comme nécessaires et moins développées par la formation; la deuxième, pour celles développées. Ces variables permettaient d'identifier si un changement était survenu entre les deux temps de mesure. AE et MB ont validé les valeurs attribuées. Puis, pour l'ensemble des variables de l'objectif 3, nous avons calculé les fréquences dans SPSS 26 et effectué un test de khi carré pour déterminer si des variables sociodémographiques étaient associées à l'atteinte de l'objectif fixé par les ergothérapeutes. Nous avons fixé le seuil de signification à 0,05 et une statisticienne a validé les

analyses. Au total, nous avons effectué 23 tests statistiques non-paramétriques sur 13 variables différentes.

Volet 2 : Qualitatif descriptif. Deux à quatre semaines après chaque formation, deux assistants de recherche ont conduit des groupes de discussion de 60 à 90 minutes en présentiel ou sur la plateforme Zoom, selon la provenance des ergothérapeutes. Ce type de méthode permet d'obtenir l'avis du groupe, tout en offrant à chaque participante la possibilité d'enrichir les réponses des autres.²² Nous avons développé cinq guides d'entretien semi-structuré personnalisés, un pour chacun des cinq groupes. Pour tous les guides, les questions pertinentes à la présente étude portaient sur des thèmes liés à l'évolution du sentiment de compétences (obj. 2) et des compétences (obj. 3), selon la perspective du groupe. Les questions des deux thèmes avaient la même structure initiale dans chaque guide. Par contre, leur contenu précis pouvait varier d'un groupe à l'autre selon les résultats issus des questionnaires auto-administrés individuellement au volet 1. Par exemple, dans la question « Les participants ont rapporté que [nom de la compétence] a été la plus développée à la suite de la formation, qu'est-ce qui explique cette perception ? », la compétence la plus développée pouvait varier d'un groupe à l'autre. Nous avons préalablement validé le premier guide auprès de deux experts de contenu et pré-testé auprès de trois personnes étudiantes en ergothérapie. Vu l'homogénéité des groupes,³⁴ de trois à cinq groupes étaient prévus.

Un assistant de recherche a retranscrit les bandes audios et un deuxième a vérifié la retranscription. En cohérence avec les stratégies d'analyse rapide,^{p.ex.35} le deuxième assistant a analysé les retranscriptions après chaque groupe, c'est-à-dire avant la formation suivante, et a développé un lexique de codes. Ensuite, la chercheuse principale vérifiait et validait la codification et le lexique. L'assistant a réduit les codes interreliés en catégories, ce que la chercheuse principale a aussi validé. Ainsi, il y a eu une combinaison des codes. Nos discussions nous ont menés à résoudre les divergences d'opinion et à enrichir les analyses.

Une fois toutes les données quantitatives et qualitatives analysées, nous avons comparé et mis en relation les résultats quantitatifs et qualitatifs convergents et contradictoires pour leur interprétation intégrée à l'aide de tableaux.²⁰

Résultats

Des 119 ergothérapeutes initialement recrutées, 16 ont abandonné pour différentes raisons (p.ex., obligations familiales). Ainsi, 103 ergothérapeutes ont complété le premier volet de la recherche et suivi la formation. La majorité s'identifie comme femme ($n = 95$; 92,2 %), est âgée de plus de 35 ans ($n = 57$; 55,3 %), a 5 ans et plus d'expérience professionnelle ($n = 70$; 74,5 %; 9 données manquantes) et n'a suivi aucune formation antérieure relative au rôle d'AC ($n = 69$; 67,0 %). Les participantes travaillent surtout en réadaptation ($n = 49$; 47,6 %), services communautaires ($n = 48$; 46,6 %) et centres hospitaliers, à l'interne ($n = 43$; 41,7 %; plus d'un milieu possible). Outre leur formation universitaire en ergothérapie, 43 participantes (41,7 %) ont au moins un diplôme additionnel, tout domaine confondu. Pour le deuxième volet, des 56 personnes ayant signifié leur intérêt, 24 y ont participé, réparties en cinq groupes, composés chacun de deux à sept participantes. Les deux principales raisons d'abandon étaient 1) le conflit d'horaire (date de l'entretien) et 2) les obligations familiales.

Compétences à développer (obj. 1)

Avant d'entreprendre la formation, lorsque questionnées sur les trois compétences nécessaires pour agir en tant qu'AC (Tableau 1), les ergothérapeutes rapportent comme compétence la plus importante la « communication efficace » ($n = 110$; 35,6 %), suivie de la « collaboration intentionnelle » ($n = 68$; 22,0 %) et des habiletés « d'observation et d'analyse » ($n = 67$; 21,7 %).

Tableau 1. Compétences nécessaires à développer, développées et moins développées selon les 103 ergothérapeutes participantes

9 facteurs personnels de Picotin et coll.	Avant	Après	
	À développer* Fréquence (%)	Développées† Fréquence (%)	Moins développées‡ Fréquence (%)
Adaptabilité et flexibilité	7 (2,3)	6 (2,0)	1 (1,0)
Collaboration intentionnelle	68 (22,0)	63 (20,9)	26 (25,2)
Communication efficace	110 (35,6)	76 (25,2)	25 (24,3)
Confiance	6 (1,9)	2 (0,6)	2 (1,9)
Esprit de découverte	13 (4,2)	0 (0,0)	1 (1,0)
Observation et analyse	67 (21,7)	113 (37,4)	8 (7,8)
Planification	13 (4,2)	28 (9,3)	9 (8,7)
Optimisme	4 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Réactivité	12 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Aucune	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (12,6)
Autre	9 (2,9)	14 (4,6)	18 (17,5)
Total	309 (100,00)	302 (100,00) ^a	103 (100,00)

^aSept données étaient manquantes ici; ^bTrois compétences; ^cTrois compétences; ^dUne seule compétence.

Évolution du sentiment de compétence (obj. 2)

Avant d'entamer la formation, la plupart des ergothérapeutes indiquent ne pas se sentir compétentes pour agir en tant qu'AC ($n = 54$; 52,4 %; Tableau 2). Or, après la formation, seulement 14 (14,3 %) ergothérapeutes ne se sentent toujours pas compétentes ($p < 0,001$). La formation apparaît associée à une évolution positive du sentiment de compétence, ce que confirment les participantes aux groupes de discussion « [...] notre sentiment de compétence a augmenté ne serait-ce que par la théorie qu'on a eue et par l'expérimentation. » (g2-p25). Bien qu'ils mentionnent tous que leur sentiment de compétence s'est accru, les groupes expriment que « [nous sommes] capables [...] d'aller présenter les choses » (g2-p20), mais « [est-ce que] ça veut dire que [nous avons] le sentiment d'être compétent à agir comme AC ? [On] ne le sait pas » (g2-p26), suggérant qu'un questionnement subsiste quant au niveau ressenti de compétence.

Lors des groupes de discussion, les ergothérapeutes soulignent aussi que la formation « [...] peut aider même les gens qui sont en début de pratique » (g1-p3). Or, il appert que parmi les ergothérapeutes ayant augmenté leur sentiment de compétence, ce sont surtout celles n'ayant pas reçu une formation antérieure pour agir en tant qu'AC qui sont touchées, comparativement à celles ayant reçu une telle formation ($\chi^2 (1, N = 93) = 5,256, p = 0,022$). Pour leur part, le nombre d'années d'expérience, les diplômes additionnels et les milieux de pratique ne sont pas significativement associés à l'évolution du sentiment de compétence (Tableau 2).

Tableau 2. Évolution du sentiment de compétence des 103 ergothérapeutes participantes

	Pré-formation	Post-formation
	Fréquence (%)	Fréquence (%)
Sentiment de compétence à agir		
Pas ou pas du tout confiant	54 (52,4)	14 (14,3)
Confiant ou très confiant	49 (47,6)	84 (85,7)
Total	103	98 ^a
Comparaison pré et post formation		
Test de McNemar	$P < 0,001, n = 98$	
Évolution du sentiment de compétence (de négatif à positif) ^b		
Diplôme additionnel	$\chi^2 (1, n = 93) = 1,331, p = 0,249$	
Aucune formation additionnelle d'AC	$\chi^2 (1, n = 93) = 5,256, p = 0,022^*$	
Années d'expérience	$\chi^2 (1, n = 90) = 0,920, p = 0,337$	
Milieux de pratique		
Réadaptation	$\chi^2 (1, n = 93) = 0,436, p = 0,509$	
Services communautaires	$\chi^2 (1, n = 93) = 2,178, p = 0,140$	
Hôpital interne	$\chi^2 (1, n = 93) = 0,755, p = 0,385$	
Académique	$\chi^2 (1, n = 93) = 0,507, p = 0,477$	
Autre ^c	$\chi^2 (1, n = 93) = 3,980, p = 0,046^*$	
Longue durée	$\chi^2 (1, n = 93) = 0,002, p = 0,966$	
Hôpital externe	$\chi^2 (1, n = 93) = 0,405, p = 0,524$	
Jeunesse	$\chi^2 (1, n = 93) = 0,470, p = 0,493$	

^a5 données étaient manquantes ici; ^b5 participantes passaient de confiant ou très confiant à pas confiant ou pas du tout confiant. Ces données n'ont pu faire l'objet d'analyses plus poussées en raison de leur faible nombre; ^cCompte tenu que la catégorie Autre comportait plusieurs types de milieux différents, ce résultat est à interpréter avec prudence.

Évolution des compétences à agir comme AC (obj. 3)

La majorité des ergothérapeutes disent avoir atteint l'objectif qu'elles s'étaient fixé en matière de compétences à développer ($n = 87$; 84,5 %) et ce, peu importe leurs caractéristiques sociodémographiques (données non présentées²). Selon les ergothérapeutes, les trois compétences à agir en tant qu'AC les plus développées à la suite de la formation (Tableau 2) sont « l'observation et l'analyse » ($n = 113$; 37,4 %), la « communication efficace » ($n = 76$; 25,2 %) et la « collaboration intentionnelle » ($n = 63$; 20,9 %), ce qui correspond aux trois compétences jugées les plus nécessaires avant la formation.

Les participantes aux entretiens de groupe expliquent qu'elles ont acquis des connaissances et surtout, mis des habiletés en pratique, soit qu'« on a travaillé un peu plus notre savoir-faire; oui, il y a eu des connaissances et du savoir, mais on l'a pratiqué » (g3-p22). En fait, les ergothérapeutes estiment que les connaissances acquises ne sont pas suffisantes. En effet, « sur le plan des connaissances, je n'ai pas trouvé que ça m'avait apporté beaucoup, je trouvais que c'était plus du côté des savoir-faire, des habiletés [...] » (g4-p1). D'ailleurs, 64,8% ergothérapeutes ($n = 57$) rapportent au moins une des trois compétences considérées comme nécessaires au début de la formation comme étant la moins développée à la suite de la formation.

En comparant les compétences identifiées pré formation à celles développées post formation, 46 (46,0 %) ergothérapeutes soulignent avoir développé au moins une des compétences identifiées avant la formation, 15 (15,0 %) au moins deux compétences, et 3 (3,0 %) toutes les trois (Tableau 3). La compétence rapportée comme la moins développée est la « collaboration intentionnelle » ($n = 26$; 25,2 %), suivie de la « communication efficace » ($n = 25$; 24,3 %). Treize participantes (12,6 %) ont signifié qu'aucune n'était moins développée que les autres. Lors des entretiens, les ergothérapeutes nuancent l'évolution perçue de leurs compétences, notamment en matière « d'observation et d'analyse », de « collaboration intentionnelle », de « communication efficace » et de « planification ». Les participantes discutent spécifiquement de cinq habiletés : « analyser le contexte de réalisation », « réfléchir aux alliances stratégiques », « collaborer », « communiquer efficacement » et « planifier ses actions ».

Tableau 3. Évolution des compétences selon les 103 ergothérapeutes participantes

Fréquence (%)	
Comparaison des trois compétences à développer et développées	
Nombre de compétences développées correspondant aux trois à développer identifiées avant la formation	
0	36 (36,0)
1	46 (46,0)
2	15 (15,0)
3	3 (3,0)
Total	100 (100,0) ^a
Comparaison des trois compétences à développer à celle moins développée	
Une des 3 compétences à développer est identifiée comme étant la moins développée post formation	57 (64,8)
Aucune des 3 compétences à développer n'est identifiée comme la moins développée post formation	31 (35,2)
Total	88 (100,0) ^b

^a3 réponses manquantes; ^b15 réponses manquantes

Relativement à « l'observation et à l'analyse », les participantes soulignent avoir développé l'habileté « analyser le contexte de réalisation », puisque « [l]analyse a vraiment fait une différence dans ma réflexion » (g4-p37). Elles prennent dorénavant le temps d'identifier les différents éléments contextuels qui pourraient avoir un impact sur le projet, incluant les parties prenantes, soulignant l'importance d'« identifier toutes les personnes impactées, ce qui [sera] facilitant et ce qui [sera] plus difficile. » (g4-p35). Par cette analyse, elles se disent généralement capables d'« identifier qui pourrait aider à mobiliser les gens [dans le changement] » (g2-p7) et ainsi, déceler des partenaires potentiels au projet. Néanmoins, certaines ergothérapeutes relèvent que la compétence demeure peu développée puisque « c'était peut-être plus difficile des fois d'identifier tous les acteurs » (g4-p2).

En matière de collaboration, les ergothérapeutes mettent de l'avant deux habiletés : « réfléchir aux alliances stratégiques » et « collaborer intentionnellement ». En réfléchissant aux alliances, non seulement les ergothérapeutes identifient plus aisément des partenaires potentiels, mais elles entament aussi des démarches de développement de partenariats, notamment qu'« [o]n est parties plus habiles [pour aller chercher les bons partenaires] en sortant [de la formation] que quand on est entrées » (g1-p53). Cependant, contacter certaines parties prenantes constitue toujours un défi puisqu'« on nomme ces acteurs-là et on dit comment ils pourraient être des leviers, mais [...] où ces leviers-là sont [...] dans la hiérarchie » (g4-p8) reste nébuleux. En collaborant, les ergothérapeutes visent à générer des partenariats

² Les données non présentées en tableaux sont les résultats du test de khi carré portant sur la relation entre l'atteinte de l'objectif fixé avant la formation et les données sociodémographiques (années d'expérience, diplôme additionnel, formation additionnelle en tant qu'AC et milieu de pratique).

fructueux où elles se sentent à l'aise de partager leurs idées et d'écouter celles des autres de façon à ouvrir vers des solutions novatrices, soit « *mettre ensemble plusieurs têtes différentes de différentes 'gangs' [...] il y a des idées qui sortent avec des partenaires auxquels je n'aurais pas pensé* » (g2-p38). Bref, c'est « *en travaillant ensemble, [...] en 'gang', qu'on va plus loin.* » (g2-p3).

Au regard de la communication, les ergothérapeutes expriment une meilleure compréhension de l'importance de l'habileté « *communiquer efficacement* » puisque « *tu peux passer complètement à côté de la track [...] si ton message clé n'est pas assez bien ciblé et pas assez porteur ou rassembleur* » (g1-p57). Toutefois, bien qu'elles aient pris conscience des effets d'une « *communication efficace* », les ergothérapeutes n'estiment pas avoir développé une grande compétence puisqu'elles se disent « *loin de maîtriser ce concept-là [...], [ignorants de] comment l'appliquer* » (g1-p55-57). D'autres demeurent incertaines quant à l'évolution de leur compétence et sentent qu'« *[elles sont] capables, mais il faut peut-être de la pratique* » (g3-p23).

Pour la planification, les ergothérapeutes expriment que l'habileté « *planifier ses actions* », à savoir « *l'habileté "avoir un processus structuré", tout le monde l'a développée durant la formation* » (g4-p3). Les participantes disent être passées d'une approche spontanée d'une problématique à une approche réfléchie, soit que « *[j]'ai appris un processus plus formel [...] quand je veux élaborer un projet plutôt que d'y aller un peu par l'instinct* » (g5-p1). Ce temps de réflexion avant de passer à l'action est nécessaire puisque « *ça donne quoi d'aborder le plan d'action si notre analyse ne marche pas du tout et si on n'a pas vraiment élaboré notre cause comme il le faut ?* » (g3-p26). La planification a « *vraiment fait une différence dans ma réflexion* » (g4-p37) à un point tel qu'elle « *a [généré] un changement de pratique* » (g4-p37). Bien qu'elles disent maîtriser le processus de planification et sa structure, les ergothérapeutes doutent tout de même de leurs compétences à mettre en œuvre réellement le plan d'action. Ainsi, certaines se sentent à l'aise de « *mettre en place le plan d'action, mais [non] pas [d'] agir* » (g4-p31).

En somme, les ergothérapeutes estiment avoir progressé dans le développement de leurs compétences d'AC bien que la mise en pratique demeure un défi. En soi, ce constat constitue un apprentissage pour les ergothérapeutes puisqu'il « *permet [...] de mettre un petit peu le doigt sur les éléments [que] toi en tant qu'intervenant [...] tu as besoin d'aller chercher peut-être un peu plus.* » (g2-p4).

Discussion

La présente étude visait à documenter la perception des ergothérapeutes de leurs compétences avant et après une formation au rôle d'AC. Les 103 ergothérapeutes participantes ont fait part de leur perception des compétences qu'elles estimaient nécessaires de développer pour agir en tant qu'AC, de l'évolution de leur sentiment de compétence et de leurs compétences à agir après la formation.

En matière de compétences nécessaires à développer, les ergothérapeutes ont identifié le plus fréquemment la « *communication efficace* », la « *collaboration intentionnelle* » et les « *habiletés d'observation et d'analyse* ». Ce résultat peut d'abord sembler surprenant considérant qu'il s'agit de compétences non spécifiques aux actions d'AC. En effet, chez les professionnelles de la santé, ces compétences sont activement mobilisées dans les interventions cliniques et, par conséquent, leur développement est généralement exhaustivement soutenu par les cursus universitaires d'entrée en pratique.³⁶⁻³⁸ Pourtant, le fait que les ergothérapeutes soulignent la nécessité de développer ces compétences peut être une indication de leurs particularités en contexte d'actions pour mener un changement, particulièrement au regard de la lutte aux injustices systémiques.

Des auteurs^{16,18} ont déjà souligné la diversité des sources disciplinaires (p.ex., sciences humaines, politiques) nécessaires au développement des compétences spécifiques au rôle d'AC. Il est donc probable que les cursus universitaires préparent insuffisamment les futures ergothérapeutes à cet égard. D'ailleurs, une étude récente inspirée de l'approche du *Scholarship of Teaching and Learning* corrobore cette hypothèse en soulignant le défi d'intégrer longitudinalement de façon optimale ces connaissances interdisciplinaires au sein des cursus traditionnels d'ergothérapie.³⁹ Entre autres, l'équipe de recherche note que les programmes universitaires misent surtout sur l'enseignement informatif, soit le développement des connaissances et des habiletés relatives au rôle d'AC, et peu sur les enseignements formatif et transformatif, respectivement définis comme l'internalisation de valeurs et la construction d'alliances et l'accroissement du leadership et des habiletés collaboratives. Pourtant, les trois types d'enseignement seraient nécessaires au développement des compétences d'AC et essentiels en matière de combat aux injustices systémiques.³⁹

Le sentiment de compétence à la suite de la formation a évolué positivement, particulièrement chez les ergothérapeutes n'ayant pas suivi antérieurement de formation touchant le rôle d'AC. D'autres études évaluant les effets sur le sentiment de compétence de formation continue portant notamment sur la sexualité des personnes ayant une déficience physique,⁴⁰ sur les soins palliatifs et de fin de vie,⁴¹ ainsi que sur la connaissance des troubles alimentaires,³⁵ ont obtenu des résultats similaires. À la lumière de la théorie motivationnelle de Pelaccia et Viau¹⁵, il est possible de formuler l'hypothèse qu'avec un sentiment de compétence accru, la motivation des ergothérapeutes à exercer leur agentivité pourrait augmenter. Cependant, il n'est pas clair si ce sentiment de compétence accru se maintient dans le temps et si l'effet de la formation au rôle d'AC à cet égard serait le même pour les personnes professionnelles de la santé autres que les ergothérapeutes.

En ce qui a trait aux compétences développées à la suite de la formation, les résultats peuvent apparaître contradictoires à première vue. En effet, les compétences les plus développées selon les ergothérapeutes sont aussi celles qu'elles jugent les moins développées. Pourtant, les nuances apportées par les participantes aux groupes de discussion mettent en évidence la complexité de ces compétences.

D'une part, l'acquisition de connaissances peut ne pas correspondre à la capacité d'exercer l'habileté correspondante en contexte réel, ou à l'exercer à un niveau avancé, ou dans une situation à complexité élevée.⁴² Par exemple, en matière de « communication efficace », les ergothérapeutes rapportent avoir acquis la connaissance relative à l'importance du message clé. Elles rapportent toutefois ne pas savoir comment exercer l'habileté de développer un tel message. D'autre part, il est aussi possible de penser que la profondeur des connaissances et la complexité des habiletés acquises peuvent différer de celles jugées nécessaires à développer par les ergothérapeutes. Par exemple, les ergothérapeutes estiment que « l'observation et l'analyse » est une des compétences les plus développées, entre autres, en ce qui a trait à l'identification des parties prenantes. Pourtant, elles soulignent également que le développement à cet égard n'est pas suffisant et reste à parfaire.

Enfin, bien que les caractéristiques de la formation répondent à plusieurs des éléments favorisant un apprentissage optimal des connaissances (p.ex., durée, pédagogie active en petit groupe, un seul type de

professionnels)⁴³ et que de façon générale, les formations continues soient jugées efficaces pour l'amélioration de la pratique professionnelle,⁴⁴ il est possible que ces caractéristiques soient insuffisantes pour un effet durable sur les compétences,^{43,44} incluant sur l'exercice de ces compétences en contexte réel. À moins d'utiliser un devis longitudinal avec des mesures de l'apprentissage, il demeure difficile d'établir clairement si les formations de courte durée qui abordent plusieurs thèmes permettent l'acquisition en profondeur des compétences,⁴⁵ comme nos résultats l'illustrent.

Forces et limites

Notre étude est la première s'intéressant aux effets d'une formation au rôle d'AC sur le sentiment de compétence et les compétences du point de vue des ergothérapeutes participantes. Comme les caractéristiques de notre échantillon sont représentatives de celles de la population des ergothérapeutes du Québec, au moment de l'étude²⁹ et à ce jour⁴⁶, nos résultats sont probablement applicables à cette dernière. Bien qu'elle soit importante à considérer, la perception des participantes demeure une évaluation des compétences peu robuste. Néanmoins, la rigueur de nos résultats est soutenue par les méthodes de collecte et les analyses statistiques utilisées. Notamment, la triangulation des chercheurs nous a permis de soutenir la transparence et la précision du processus de codage en plus d'augmenter la réflexivité de l'équipe sur les thèmes abordés.⁴⁷ Par ailleurs, il est possible qu'il y ait eu une perte d'information liée à la dichotomisation de la variable changement. Enfin, il n'est pas certain que les résultats de l'étude, quantitatifs et qualitatifs, soient transférables dans d'autres contextes socio-culturels ou géographiques.

Retombées et pistes futures

Les résultats offrent des pistes pour le futur, tant d'un point de vue éducationnel que de la recherche. Au regard de l'éducation, notre étude soutient qu'il est possible d'améliorer le sentiment de compétence et de développer certaines de ces compétences par la formation des ergothérapeutes. Un sentiment de compétence accru est un indicateur de la motivation et de l'engagement de l'ergothérapeute, ici, à agir en tant qu'AC. Ainsi, en investissant davantage dans la formation à ce rôle, tant dans les cursus universitaires qu'en formation continue, des retombées sociales significatives pourraient être générées notamment pour les personnes qui vivent au quotidien des injustices systémiques qui devraient être dénoncées et cessées. Au regard de la recherche, il serait important de vérifier les effets de telles formations auprès

d'autres professionnelles de la santé ainsi que le maintien dans le temps de ces effets à l'aide d'un devis longitudinal. Une autre avenue serait de poursuivre la formation auprès des ergothérapeutes en y intégrant un soutien longitudinal (p.ex., mentorat de groupe), reconnu comme étant plus efficace.⁴³ D'autres formats pédagogiques pourraient également être explorés et évalués. À cet égard, il serait intéressant de documenter les effets de la contextualisation des formations sur la transition vers l'application en contexte réel de la compétence d'agentivité, dont en matière d'injustices systémiques.

Conclusion

Notre recherche de type devis mixte séquentiel visait à documenter la perception des ergothérapeutes de leurs compétences avant et à la suite d'une formation au rôle d'AC. Ainsi, les ergothérapeutes ont identifié des compétences à développer pour agir en tant qu'AC, décrit l'évolution de leur sentiment de compétence ainsi que leurs compétences à agir, à la suite de la formation. Globalement, la formation au rôle d'AC a contribué à améliorer leur sentiment de compétence, particulièrement chez les ergothérapeutes n'ayant jamais été formés à ce rôle antérieurement. Il leur a aussi été possible de développer une partie des compétences d'AC qu'elles jugeaient nécessaires. Cependant, les résultats montrent que le développement de ces compétences n'est pas perçu comme étant suffisant. Par ailleurs, il n'est pas clair si l'accroissement du sentiment de compétences et le développement des compétences identifiées perdurent dans le temps. Or, puisque les ergothérapeutes sont particulièrement interpellées pour s'attaquer aux injustices systémiques rencontrées par les personnes en situation de vulnérabilité, leur offrir des opportunités pour accroître leur pouvoir d'agir est essentiel. Une de ses opportunités est la formation universitaire et continue. Il importe donc que les programmes universitaires, les ordres et les associations professionnelles concernés s'engagent et collaborent de façon à assumer un leadership fort pour s'assurer que ces opportunités soient offertes et saisies.

Conflits d'intérêts: Aucun conflit à rapporter.

Financement : Un soutien financier et en nature a été fourni par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (#892-2018-0092), la Faculté de médecine et des sciences de la santé, l'Université de Sherbrooke et l'Association canadienne des ergothérapeutes. Au moment de l'étude, Anne Hudon était boursière postdoctorale du Fonds de recherche du Québec – Santé (#35581). Annie Carrier et Anne Hudon sont chercheuses junior 1 du Fonds de recherche du

Québec - Santé (respectivement #296437 et #35581). Alexandra Éthier est boursière doctorale des Instituts de recherche en santé du Canada (#476590-71729).

Modifié par: Jean-Michel Leduc (Rédacteur de la section) ; Miriam Lacasse (Rédacteur de la section) ; Christina St-Onge (Rédacteur en chef de la section) ; Marcel D'Eon (Rédacteur en chef)

Références

1. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: translating the quest for social responsibility into medical education and practice. *Acad Med.* septembre 2011;86(9):1108-13. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318226b43b>
2. Diaz A, Baweja R, Bonatakis JK, Baweja R. Global health disparities in vulnerable populations of psychiatric patients during the COVID-19 pandemic. *World J Psych.* 19 avril 2021;11(4):94. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i4.94>
3. Grabovschi C, Loignon C, Fortin M. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 12 mars 2013;13(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
4. Bushby K, Chan J, Druif S, Ho K, Kinsella E. A. Ethical tensions in occupational therapy practice: a scoping review. *British J Occup Therap.* 15 avril 2015;78(4):212-21. <https://doi.org/10.1177/0308022614564770>
5. Sen A. Well-being, agency and freedom: the Dewey Lectures 1984. *J Philosophy.* Avril 1985;82(4):169-221. <https://doi.org/10.2307/2026184>
6. Colin A. Glossaire « Les mots de Sen ... et au-delà ». *Revue Tiers Monde.* Février 2009;198(2):373-81. <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-2-page-373.htm>
7. Morin É, Therriault G, Bader, B. Le développement du pouvoir agir, l'agentivité et le sentiment d'efficacité personnelle des jeunes face aux problématiques sociales et environnementales: apports conceptuels pour un agir ensemble. *Éducation et socialisation.* 2019;51. <https://doi.org/10.4000/edso.5821>
8. Finlayson ML. Muriel Driver Memorial Lecture 2013: Embracing our role as change agents. *Can J Occupat Therapy.* 28 août 2013; 80(4):205-14. <https://doi.org/10.1177/0008417413499505>
9. Kirsch BH. Muriel Driver Memorial Lecture 2015: Transforming values into action: Advocacy as a professional imperative. *Can J Occupat Therapy.* 17 septembre 2015;82(4):212-23. <https://doi.org/10.1177/0008417415601395>
10. Picotin J, Beaudoin M, Hélie S, Martin AÉ, Carrier A. Occupational therapists as social change agents: Exploring factors that influence their actions. *Can J Occupat Therapy.* 23 juillet 2021;88(3):231-43. <https://doi.org/10.1177/00084174211022891>
11. ACE. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Ottawa: Auteur; 2012.
12. ACORE, ACPUE et ACE. *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada* [En ligne], 2021. Disponible sur : <https://acotro-acore.org/wp-content/uploads/2022/08/OT-Competency-Documents-FR-web.pdf>

13. Restall G, Ripat J. Applicability and clinical utility of the client-centred strategies framework. *Can J Occupat Therapy*. 1 décembre 2008;75(5):288-300. <https://doi.org/10.1177/000841740807500512>
14. Rochette A, Brousseau M, Vachon, B, Engels C, Amari F, Thomas A. What occupational therapists' say about their competencies' enactment, maintenance and development in practice? A two-phase mixed methods study. *BMC Med Educ*. 15 juin 2020;20:1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4>
15. Pelaccia T, Viau R. La motivation en formation des professionnels de la santé. *Pédagogie Médicale*. 4 novembre 2016;17(4):243-253. <https://doi.org/10.1051/pmed/2017006>
16. Carrier A, Beaudoin M. Conceptualizing occupational therapists' change agent role to support entry-level pedagogical activities: Results from a scoping study. *J Occupat Therapy Educ*. 15 juillet 2020;4(3):3. <https://doi.org/10.26681/jote.2020.040303>
17. Brian H, Cook S, Taylor D, Freeman L, Mundy T, Killaspy H. Occupational therapists as change agents in multidisciplinary teams. *British J Occupat Therapy*. 7 juillet 2015;78(9):547-55. <https://doi.org/10.1177/0308022615586785>
18. Drolet MJ, Carrier A, Hudon A., Hurst S. Être un agent de changement social : l'advocacy systémique pour résoudre les conflits de loyautés multiples. Dans Centeno J, Bégin L, Langlois L. (Eds.), *Les loyautés multiples : Mal-être au travail et enjeux éthiques*. Volume 2. Montréal: Groupe Nota Bene; 2020. p. 131-184.
19. Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ]. Formation continue 2023-2024. *Occupation : Ergothérapeute*. printemps 2023;4(2):53-9. <https://www.oeq.org/DATA/ERGOEXPRESS/125~v~printemps-2023.pdf>
20. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 3^e éd. Los Angeles: Sage publications; 2018.
21. Kim H, Sefcik JS, Bradway C. Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in nursing & health*. 30 septembre 2016;40(1):23-42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
22. Baribeau C, Germain M. (2010). L'entretien de groupe: Considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*. 2010;29(1):28-49. <https://doi.org/10.7202/1085131ar>
23. Amiel T, Reeves TC. Design-based research and educational technology: Rethinking technology and the research agenda. *Educational Technology & Society*. Octobre 2008;11(4):29-40.
24. Hoffner-Lesure A, Delaunay D. *Le codéveloppement professionnel et managérial : l'approche qui rend acteur et développe l'intelligence collective*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec; 2011.
25. Payette A, Champagne C. *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec; 1997.
26. Payette A. Le codéveloppement, une approche graduée. *Interactions*. 2000; 4(2), 39-59.
27. Carrier A. «Performance» et pratique professionnelle dans les services de soutien à domicile offerts aux aînés: effets et actions possibles pour assurer un développement durable. *Phronesis*. 2021;10(4), 156-178. <https://doi.org/10.7202/1083982ar>
28. Rahimaly S, Beaudoin M, Bédard D, et al. Social change agent training program tailored to occupational therapists' needs: a design-based study protocol. *BMC Med Educ*. 29 mars 2019;19(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1530-1>
29. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2017-2018. Montréal: Auteur; 2018. <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUUEL/13~v~2017-2018.pdf>
30. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. 4e éd. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2014.
31. Dagenais C, Dargis-Damphousse L, Dutil J. The essential skills series in evaluation: assessing the validity of the ESS participant workshop evaluation questionnaire. *Can J Prog Eval*. Automne 2011;26(2):89-100.
32. Carrier A, Ethier A, Beaudoin M, et al. Acting as Change Agents: Insight Into Québec Occupational Therapists' Current Practice: Actions menées à titre d'agents de changement: aperçu des pratiques actuelles parmi les ergothérapeutes du Québec. *Can J Occupat Therapy*. 2021;88(2):173-181. <https://doi.org/10.1177/0008417421994367>
33. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nursing*. 18 mars 2018;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
34. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2e éd. Thousand oaks, California: Sage Publications; 1997.
35. Thaler L, Paquin-Hodge C, Leloup AG, et al. Barriers and Facilitators to the Implementation of an Eating Disorders Knowledge Exchange Program for Non-specialist Professionals. *J Behavioral Health Serv Res*. 30 septembre 2022;50(3):365-80. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09822-3>
36. Madsen W, Bricknell L, Langham E, O'Mullan C, Oorloff A, Trott B. Planning to practice: Developing partnership-building skills across the curriculum. *Pedag Health Prom*. 11 juin 2018;5(1):24-9. <https://doi.org/10.1177/2373379918776675>
37. Sonnino RE. Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *J healthcare leadership*. 12 février 2016:19-29. <https://doi.org/10.2147/JHL.S68068>
38. Hung CH, Ho TH, Lin CY. Investigating the effectiveness of using a situated simulation-based program to improve occupational therapy students' interactions and observation skills with children. *Occupat Therapy Intern*. 3 novembre 2021;2021. <https://doi.org/10.1155/2021/1698683>
39. Lavoie-Trudeau É, Dubé T, Beaudoin M, Carrier A. Developing the change agent competencies of occupational therapy university students: using a scholarship of teaching and learning approach in a canadian program. *J Occupat Ther Educ*. 2023;7(3). <https://doi:10.26681/jote.2023.070305>
40. Higgins A, Sharek D, Nolan M, et al. Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *J Adv Nurs*. 20 février 2012;68(11):2559-69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05959.x>
41. Wong KTC, Chow AYM, Chan, IKN. Effectiveness of Educational Programs on Palliative and End-of-life Care in Promoting Perceived Competence Among Health and Social Care

- Professionals. *American J Hospice Pall Med*. 19 août 2021;39(1):45-53. <https://doi.org/10.1177/10499091211038501>
42. O'Connell J, Gardner G, Coyer F. Beyond competencies: using a capability framework in developing practice standards for advanced practice nursing. *J Adv Nurs*. 11 août 2014;70(12):2728-35. <https://doi.org/10.1111/jan.12475>
43. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Cont Educ Health Prof*. 2007;27(1):6-15.
44. Forsetlund L, O'Brien MA, Forsen, L, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 2021;9(9).
45. Cox DR., Grus, CL. From continuing education to continuing competence. *Profess Psychol: Res Pract*. 2019; 50(2):113. <https://doi.org/10.1037/pro0000232>
46. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2022-2023. Montréal: Auteur; 2023. <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/24~v~2022-2023.pdf>
47. O'Connor C, Joffe, H. (2020). Intercoder reliability in qualitative research: debates and practical guidelines. *Intern J Qual Meth*. 2020;19. <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>

Published ahead of issue

Annexe A.

Questions de la présente étude selon chaque thème

Thème caractéristiques sociodémographiques : 6 questions à choix multiples

1. Genre : Masculin Féminin Autre

2. Âge : 18-24 25-34 35-44 45-54 55 et plus

3. Combien d'années d'expérience avez-vous comme ergothérapeute :
 Moins de 5 ans entre 6 et 10 ans entre 11 et 20 ans Plus de 21

4. Avez-vous d'autres diplômes: Oui Non

Si oui, veuillez précisez :

5.Type de formation reçue en lien avec le rôle d'AC (ex. : formation en lien avec une intervention particulière, etc.):

6. Identifier les différents milieux de pratique dans lesquels vous avez œuvré en tant qu'ergothérapeute :

- Centre hospitalier, à l'interne
- Centre local de services communautaires
- Centre de jour
- Centre de réadaptation, déficience intellectuelle
- Centre jeunesse
- Clinique privée
- Centre de la petite enfance
- Pratique autonome
- Institution d'enseignement post-secondaire
- Industrie / Commerces
- Centre ambulatoire/clinique externe/hôpital de jour
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Centre de réadaptation, déficience physique
- Centre de réadaptation, alcoolisme et toxicomanie
- Agence de placement
- École / commission scolaire
- Organisme gouvernemental / paragouvernemental
- Centre de recherche
- Groupes communautaires / associatifs
- Autre :

Thème sentiment de compétence : 2 questions à échelle de Likert
--

Avant la formation :

1. Présentement, je me sens compétent(e) pour agir à titre d'agent de changement :

Totalemment en désaccord En désaccord En accord Totalemment en accord

Après la formation :

2. À la suite de la formation, je me sens compétent(e) pour agir à titre d'agent de changement

Totalemment en désaccord En désaccord En accord. Totalemment en accord

<p><i>Thème compétences à développer ou développées (dont atteinte de l'objectif initial d'apprentissage) :</i> <i>4 questions ouvertes et 1 à échelle de Likert</i></p>
--

Avant la formation :

1. Qu'espérez-vous apprendre avec cette formation?

2. Selon vous, pour agir à titre d'agent de changement, quelles connaissances ou habiletés sont nécessaires? Nommez les trois principales.

Après la formation :

3. Quelles sont les trois connaissances ou habiletés liées au rôle d'AC que vous avez le plus développées grâce à la formation ? (les classer en ordre croissant de développement) ?

4. Quelle est la connaissance ou l'habileté liée au rôle d'AC que vous avez le moins développée pendant la formation ?

5. Je sens que j'ai atteint l'objectif que je m'étais fixé :

Totalemment en désaccord En désaccord En accord Totalemment en accord

Published ahead of issue