

« Performance » et pratique professionnelle dans les services de soutien à domicile offerts aux aînés : effets et actions possibles pour assurer un développement durable
“Performance” and Professional Practice in Homecare Services for Seniors: Effects and Possible Actions for Sustainable Development

Annie Carrier

Volume 10, Number 4, 2021

Penser la formation, l'insertion professionnelle et l'exercice d'une profession dans le cadre d'un développement durable des ressources humaines : enjeux et perspectives dans un monde sous tension

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1083982ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1083982ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université de Sherbrooke
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Carrier, A. (2021). « Performance » et pratique professionnelle dans les services de soutien à domicile offerts aux aînés : effets et actions possibles pour assurer un développement durable. *Phronesis*, 10(4), 156–178.
<https://doi.org/10.7202/1083982ar>

Article abstract

Accountability and performance optimization are intended to improve the performance of homecare services (HS) but do not seem to have the desired effects. The lack of decision-making latitude of professionals and, consequently, their insufficient responsiveness would be at fault. This responsiveness is, however, part of their role as change agent, a role that is poorly invested. This article has three objectives : 1) To synthesize knowledge on the role of accountability and performance optimization in the practice of HS professionals ; 2) To describe the role of change agent ; and 3) To explore its teaching.

**“Performance “et pratique professionnelle
dans les services de soutien à domicile
offerts aux aînés : effets et actions possibles
pour assurer un développement durable**


Annie CARRIER

Université de Sherbrooke, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Sherbrooke, Canada
Annie.Carrier@USherbrooke.ca

Mots-clés : *accessibilité, agent de changement, réactivité, reddition de compte*

Résumé : *La reddition de compte et l'optimisation de la performance visent à améliorer la performance des services de soutien à domicile (SSAD) mais ne semblent pas avoir les effets escomptés. Le manque de latitude décisionnelle des professionnels et, conséquemment, leur réactivité insuffisante seraient en cause. Cette réactivité relève pourtant du rôle d'agent de changement, encore peu investi. Cet article poursuit trois objectifs : 1) Synthétiser les connaissances sur le rôle de la reddition de compte et de l'optimisation de la performance dans la pratique des professionnels des SSAD ; 2) Décrire le rôle d'agent de changement ; et 3) Explorer son enseignement.*

“Performance” and Professional Practice in Homecare Services for Seniors : Effects and Possible Actions for Sustainable Development

Keywords : *accessibility ; accountability ; change agent ; responsiveness*

Abstract : *Accountability and performance optimization are intended to improve the performance of homecare services (HS) but do not seem to have the desired effects. The lack of decision-making latitude of professionals and, consequently, their insufficient responsiveness would be at fault. This responsiveness is, however, part of their role as change agent, a role that is poorly invested. This article has three objectives : 1) To synthesize knowledge on the role of accountability and performance optimization in the practice of HS professionals ; 2) To describe the role of change agent ; and 3) To explore its teaching.*

Introduction

Au Québec, la somme allouée au secteur des services sociaux et de santé en 2019-2020 atteignait plus de 45 milliards de dollars, soit 39,3 % des dépenses publiques totales du gouvernement québécois (Gouvernement du Québec, 2019). Avec le vieillissement de la population, les avancées technologiques, les coûts de la main-d'œuvre professionnelle (Beckman, Fields et Stewart, 2014) et les attentes accrues des patients (Richard, Maltais, Bourque, Savard et Tremblay, 2007), la croissance à long terme des dépenses en santé est estimée entre 4,2 % (Bernard, Côté, Fields, Homsy et Scarfone, 2016) et 5,2 % (Beckman *et al.*, 2014) annuellement. Spécifiquement pour les soins de longue durée auprès des aînés, la croissance prévue est de 3,3 à 5,6 % (Clavet, Décarie, Hébert, Michaud et Navaux, 2021) et ce, sans compter l'addition des coûts liés à la pandémie de la COVID-19. Cette croissance dans le contexte d'une décroissance anticipée des revenus de l'État, tant au Québec (Bernard *et al.*, 2016) qu'ailleurs dans le monde (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2019), soulève avec urgence la question de la survie des systèmes publics de santé. Pour assurer cette survie, une des stratégies particulièrement prometteuses est d'optimiser la performance des systèmes (Bernard *et al.*, 2016). Les services de soutien à domicile (SSAD) proposés aux aînés sont la fondation essentielle des systèmes performants (Lamarche, Pineault et Brunelle, 2007), entre autres, parce qu'ils sont une alternative plus économique à l'hébergement (Hébert, Gervais, Labrecque et Bellefleur, 2016).

Telles que révélées par les données relatives à la COVID-19 (Gardner, States et Bagley, 2020), des raisons épidémiologiques sous-tendent également l'importance du maintien à domicile des aînés. Au Québec, les SSAD aux aînés demeurent peu financés, 1,7 milliard de dollars en 2019-2020 (Clavet *et al.*, 2021), ce qui représente environ 14 % de l'enveloppe pour les soins de longue durée (Hébert *et al.*, 2016). Ailleurs dans le monde, leur financement peut atteindre jusqu'à 73 % de la même enveloppe (Clavet *et al.*, 2021). Malgré ce sous-financement chronique, tant au Québec (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2017) qu'à l'échelle mondiale (Canadian Home Care Association, 2016 ; World Health Organization [WHO], 2012), on mise sur l'amélioration de la performance des SSAD pour les aînés, notamment en accroissant leur accessibilité et leur réactivité. L'accessibilité se définit comme la capacité de fournir les services requis, à l'endroit et au moment opportun, tandis que la réactivité est la capacité de s'adapter aux besoins, aux valeurs et aux droits des usagers (MSSS, 2012).

Puisque la prestation de SSAD, comme celle de tous les autres services, repose sur les actions des professionnels qui y œuvrent (p. ex. : ergothérapeutes, infirmières, travailleuses sociales) (Powell *et al.*, 2009), l'accessibilité et la réactivité de ces services passent inévitablement par une pratique professionnelle compétente. Une telle pratique comporte une part invisible, un raisonnement clinique adéquat (Schell, 2009), et une part visible, des interventions pertinentes et responsables (Le Boterf, 2011), toutes deux influencées par le contexte dans lequel elles se déploient (Barris, 1987 ; Kolehmainen, MacLennan, Francis et Duncan, 2010). Or, le contexte peut influencer l'accessibilité et la réactivité des services (Powell, Davies, Bannister et Macrae, 2009).

Parmi les quatre contextes dans lesquels la pratique professionnelle se déroule (Craik, Davis et Polatajko, 2007), (institutionnel, social, physique et culturel, voir tableau 1), le contexte institutionnel est le seul levier formel dont les décideurs de haut niveau (législateurs, ministres, hauts fonctionnaires et cadres supérieurs des Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux [(CI (U) SSS] disposent (Assemblée nationale du Québec, s.d. ; MSSS, s.d.). En effet, pour atteindre leurs objectifs stratégiques en matière d'accessibilité et de réactivité, les décideurs votent des lois et des règlements (aspects légaux et réglementaires), adoptent des politiques et des procédures (administratifs) et réorganisent les services et le travail des professionnels (organisationnels). Deux éléments du contexte institutionnel ont été introduits avec le but d'accroître la performance des SSAD : les mécanismes de reddition de compte et les processus d'optimisation de la performance (Carrier, 2018 ; MSSS, 2017).

Concept	Définition
Contexte	Environnement multidimensionnel situé au niveau micro, méso ou macro-systémique, à l'intérieur duquel les interventions du professionnel prennent place. Les quatre <u>dimensions</u> * sont les contextes physique, social, culturel et, tel que précisé ci-dessous, institutionnel*
Institutionnel, dont les aspects suivants...	Aspects légal, réglementaire, administratif et organisationnel*
<u>...Légal</u>	Relatif aux lois (ex. : la Loi sur les services de santé et les services sociaux) et à la jurisprudence (ex. : les décisions des comités de discipline)**
<u>...Réglementaire</u>	Relatif aux règlements (ex. : le Code de déontologie du professionnel)**
<u>...Administratif</u>	Relatif aux politiques et procédures en matière de santé (ex. : la Politique ministérielle Chez-soi, le premier choix, les guides de pratique, les procédures institutionnelles de l'établissement)**
<u>...Organisationnel</u>	Relatif à l'organisation du travail et des services (ex. : les horaires, la présence de liste d'attente, etc.)*

Tableau 1 : Définitions du contexte institutionnel et de ses aspects

*Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2007). *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). Ottawa : CAOT Publications ACE.

**Émond, A. & Lauzière, L. (2003). *Introduction à l'étude du droit*. Montréal : Éd. Wilson & Lafleur.

Dans un système simple, le changement visé (ex. : amélioration de l'accès) émane d'une hiérarchie formelle (ex. : cibles de performance nationales et reddition de compte associée) et génère un effet proportionnel et linéaire prévisible (ex. : accès amélioré aux SSAD dans chaque CI (U) SSS). Constitué de nombreux acteurs interdépendants, aux rôles, aux intérêts et aux niveaux de pouvoir variés, le système de santé est complexe (Anderson et McDaniel, 2000 ; Maillet, Lamarche, Roy et Lemire, 2015). Pour qu'un système complexe soit performant, il doit plutôt évoluer non linéairement à partir de sa base, à savoir ses professionnels et leurs actions (Anderson et McDaniel, 2000 ; Lamarche, 2014).

Un système de santé performant et innovant nécessite donc des professionnels de la santé impliqués dans le changement souhaité (Champagne, 2002) et capables d'adapter leurs actions

locales au but visé (Greenhalgh et Papoutsis, 2019) (p. ex. : améliorer l'accès). Ainsi, avec une latitude décisionnelle suffisante et un but clair émanant des décideurs, les professionnels et leurs gestionnaires locaux s'auto-organisent et se coordonnent de façon à adapter rapidement leurs services à leur environnement externe, à savoir la population, la communauté et les partenaires (Maillet et al., 2015 ; Müller et Nordin, 2012). Par exemple, face à un besoin légitime non répondu, les professionnels, de concert avec les gestionnaires locaux, peuvent adapter les services pour combler rapidement ce besoin (Contandriopoulos, Brousselle, Breton, Carrier, Duhoux, Pomerleau, Champagne et al., 2016). En contrepartie, lorsque les professionnels ne disposent pas de la latitude suffisante, les services se paralysent : ils deviennent peu adaptés à leur environnement, nuisant ainsi à leur performance (Mintzberg, 2018). Le contexte de la pandémie de COVID-19 a d'ailleurs mis en évidence quelques exemples de cette paralysie. À titre d'exemple, les professionnels et les gestionnaires locaux devaient obtenir l'aval de la haute direction pour prendre des décisions cliniques urgentes mais il leur était impossible d'obtenir réponse rapidement (Perron, Dufour, Marcogliese et Gagnon, 2020). Par un effet d'imitation et de prolifération, les actions locales et concertées des professionnels et de leurs gestionnaires auraient le potentiel de générer des changements de grande envergure, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur milieu (Lamarche, 2014 ; Maillet et al., 2015). S'auto-organiser et agir pour adapter les services relèvent d'un rôle attendu de tous les professionnels de la santé : celui d'agent de changement (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012 ; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada [CRMCC], 2015 ; Groupe consultatif national en physiothérapie [GCNP], 2017). L'agent de changement cherche à promouvoir la santé et le bien-être et à améliorer les services de santé en collaborant avec les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur du système. Puisque le point de bascule pour un changement durable serait son adoption par 25 % d'un groupe (Centola, Becker, Brackbill et Baronchelli, 2018), agir en tant qu'agent de changement pourrait avoir un potentiel important pour générer des changements institutionnels permettant d'accroître l'accessibilité et la réactivité des SSAD et, ce faisant, leur développement durable.

Cet article¹ vise d'abord à synthétiser les connaissances relatives au rôle des mécanismes de reddition de compte et des processus d'optimisation de la performance dans la pratique des professionnels des SSAD. Ensuite, l'exposé décrira une des pistes d'actions possibles pour assurer le développement durable des SSAD et le bien-être des professionnels qui les dispensent, le rôle d'agent de changement. Enfin, l'apprentissage de ce rôle par les étudiants et les professionnels en services sociaux et de santé sera exploré. Dans l'élaboration de cet article, notre posture repose sur les prémisses suivantes : 1) le système de services sociaux et de santé est un système complexe et n'obéit généralement pas aux lois mécaniques simples ; 2) la raison d'être des professionnels qui y œuvrent trouve sa source primaire dans la réponse aux besoins des citoyens ; 3) les directives et les procédures qui, selon la perception des professionnels, les éloignent de leur raison d'être portent atteinte à leur sens du travail ; 4) bien que les ordres, les associations et les syndicats professionnels aient un rôle à jouer pour améliorer les conditions de la pratique, l'empowerment des professionnels par leur rôle d'agent de changement peut leur permettre d'accroître leur sens du travail ; et 5) il est possible d'outiller les professionnels à agir en tant qu'agents de changement.

¹ L'auteur désire remercier Andrew Freeman erg., Ph.D. et Louise Tremblay erg., LL.M. pour leur apport lors de la rédaction de cet article. Annie Carrier est chercheuse-boursière Junior 1 Volet Santé-société du Fonds de recherche du Québec - Santé #296437.

Reddition de compte et optimisation de la performance : deux éléments institutionnels qui modulent la pratique des professionnels des SSAD

Dans cette section, nous exposerons d'abord ce que sont les mécanismes de reddition de compte et les processus d'optimisation de la performance en santé et, plus spécifiquement, au Québec. Nous tracerons ensuite leur impact sur la pratique professionnelle. Enfin, nous questionnerons leurs conséquences possibles en matière de développement durable dans les SSAD.

Reddition de compte et optimisation de la performance en services sociaux et de santé : mise en contexte

En santé, la reddition de compte a été progressivement introduite sur une période de plus ou moins 20 ans (Nordgren, 2008). Mécanisme permettant à une instance (p. ex. : le gouvernement d'un État) de statuer sur l'atteinte de cibles et d'engagements établis par ou pour les établissements et les professionnels de la santé, la reddition de compte a pour but ultime de tenir pour responsables ceux qui échouent à les rencontrer (Stein, 2001). Reposant sur une vision mécanique du système de santé (Lamarche, 2014 ; Mintzberg, 1999), ce mécanisme prend source dans l'idéologie managériale. L'idéologie managériale, aussi appelée Nouvelle gestion publique (Nordgren, 2008), repose sur la prémisse que la gestion des services de santé publics doit s'inspirer des façons de faire de l'entreprise privée afin d'en assurer la viabilité financière (Mackey, 2014 ; Nordgren, 2008 ; Stein, 2001) et, ce faisant, le développement durable. Adoptant un langage économique (Ceci, 2006a), cette idéologie entre en conflit notamment avec les idéologies des services publics et professionnels qui s'appuient, pour leur part, sur la prémisse que le rôle des services publics (Frey, Homberg, et Osterloh, 2013 ; Stein, 2001) et des professionnels de la santé (Mackey, 2014 ; Nordgren, 2008) est de répondre aux besoins des personnes.

Une recension des écrits (Carrier, 2018) portant sur les mécanismes de reddition de compte dans les SSAD à travers le monde a permis d'établir certaines de leurs caractéristiques communes. D'abord, les cibles visées sont essentiellement de type « volume de services » ou « temps alloué pour dispenser le service ». En cohérence, la collecte des données porte sur des indicateurs quantifiables de l'efficacité. Ensuite, ces mécanismes reposent généralement sur une forme de comparaison (benchmarking) entre les établissements, imitant la compétition du secteur privé. La reddition de compte est aussi généralement associée à une standardisation des outils de référencement et d'évaluation. Dans tous les cas, le recours à la reddition de compte est justifié par la nécessité d'augmenter l'imputabilité et la transparence dans la gouvernance de même que l'efficacité et la qualité des SSAD dans un contexte de ressources limitées.

Au Québec, la reddition de compte des établissements de santé prend la forme d'entente de gestion et d'imputabilité entre les établissements et le MSSS (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 182.1 et suivants ; MSSS, 2012). Introduites en 2004, ces ententes sont essentiellement des contrats unissant chaque CI (U) SSS² au MSSS. Ces contrats comprennent les cibles annuelles spécifiques pour chacun des programmes-services de l'établissement, incluant les SSAD. En théorie, l'appréciation de la performance doit reposer sur des indicateurs de ses différentes dimensions telles

² Les CI(U)SSS sont des entités administratives qui ont été créés en 2015 par la fusion des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), eux-mêmes créés par une fusion de différents types d'établissements de services sociaux et de santé en 2004-2005. Lors de leur introduction, les ententes unissaient les CSSS avec l'instance de sa région, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Depuis 2015, les ASSS ayant disparu lors des fusions, les ententes unissent dorénavant les CI(U)SSS directement au MSSS.

que l'efficacité (ou qualité), l'efficience (ou productivité), l'accessibilité, la continuité, la sécurité, la réactivité, l'équité et la viabilité (MSSS, 2012) En réalité, les cibles des ententes de gestion et d'imputabilité se limitent généralement à l'accroissement du volume des activités rendues (p. ex. : nombre de visites à domicile, nombre de patients desservis) et à la réduction des délais d'attente (p. ex. : temps écoulé entre la réception de la requête et la prise en charge du dossier par un professionnel) (Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers, 2016). L'atteinte de ces cibles est importante puisqu'elle permet aux CI (U) SSS d'obtenir un financement supplémentaire (Carrier et al., 2016). Ainsi, la capacité des CI (U) SSS d'obtenir ce financement est fortement lié au volume d'activités rendues, un indicateur de productivité (Lamarche et al. 2007). Accroître leur productivité devient alors essentiel pour les CI (U) SSS.

C'est ici qu'entrent en jeu les processus d'optimisation de la performance, processus qui permettent d'obtenir des gains de productivité dans l'utilisation des ressources (MSSS, 2010 ; Stein, 2001). En augmentant le rapport entre services produits et ressources utilisées pour les produire (Hollingsworth et Peacock, 2008), il est ainsi possible d'en faire plus avec moins (Burke et al., 2014). Parmi les différents types de processus d'optimisation, le plus connu est la méthode LEAN, aussi appelé méthode Toyota de l'entreprise de laquelle elle est issue (Comtois, Paris, Poder et Chaussé, 2013). Considérés comme étant peu performants (Protecteur du citoyen, 2012 ; Vérificateur général du Québec, 2013), les SSAD québécois se sont vus ciblés comme un milieu d'introduction de la méthode LEAN (MSSS, 2010). Cette méthode repose sur deux piliers : l'amélioration continue et le respect des gens (Liker et Hoseus, 2008). Elle puise à cinq principes : la valeur ajoutée au client, l'élimination des gaspillages, la création d'un flux rapide et efficace, une production déterminée et la recherche de la perfection. Bien que l'approche LEAN se qualifie d'ascendante (bottom-up ; Liker et Hoseus, 2008), l'application réelle dans les SSAD québécois s'est plutôt déroulée selon une approche traditionnelle descendante (Carrier et al., 2016).

Effets sur la pratique des professionnels œuvrant dans les SSAD

Nous aborderons ici les effets du discours économique et de la reddition de compte sur la pratique professionnelle. Nous nous attarderons aussi aux effets de l'optimisation de la performance.

Effets du discours économique et de la reddition de compte

Nous présentons ici trois études. Les deux premières s'intéressent à, d'une part, l'idéologie managériale, son discours économique et ses mécanismes de reddition de compte et, d'autre part, la pratique de professionnels dans le milieu communautaire (infirmières et travailleurs sociaux). La troisième, déjà citée précédemment, est une recension d'études portant spécifiquement sur la reddition de compte et les professionnels des SSAD.

D'abord, une étude ethnographique (Ceci, 2006a ; 2006b), réalisée sur une période de neuf mois, visait à documenter l'impact du discours économique sur la pratique de sept infirmières gestionnaires de cas en milieu communautaire canadien. Les résultats mettent en évidence que la restriction budgétaire, le rationnement et les modifications aux critères d'octroi des services (aspects administratifs), de même que les mandats professionnels changeants (aspect organisationnel), appauvrissent la pratique professionnelle des infirmières gestionnaires de cas. Parmi ces appauvrissements, une perte de vue des besoins autres que biomédicaux de la personne, une priorisation des personnes ayant des besoins complexes, paradoxalement à l'encontre d'une approche préventive moins coûteuse, et une attention accrue aux processus organisationnels et à leur standardisation au détriment des conséquences pour les patients sont rapportés (Ceci, 2006a). À titre d'exemple, l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé menait les gestionnaires de cas de cette étude à ne considérer les besoins du proche-aidant qu'en fonction des critères de l'outil (Ceci, 2006b). Aussi, les critères d'admissibilité rigides des services modulaient ce qu'il était possible d'offrir au patient.

Ensuite, une étude qualitative exploratoire visait à connaître les impacts de l'idéologie managériale sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en santé mentale dans la mission Centres locaux de services communautaires (CLSC) des CI (U) SSS du Québec (Sarrazin, 2014). Les SSAD relèvent de cette mission. À l'aide d'entrevues en profondeur auprès de cinq travailleurs sociaux, l'importance grandissante de l'idéologie managériale, de la reddition de compte via les statistiques à compléter et des cibles à atteindre en termes de nombres d'interventions hebdomadaires dans la pratique de ces professionnels est documentée. Les participants rapportent que le discours de la performance mine et déprime leurs actions cliniques en plus de rendre les rapports humains plus impersonnels. Concrètement, le fait d'avoir des objectifs à atteindre en termes de types d'interventions déterminées réduit la flexibilité et l'adaptabilité des interventions offertes aux patients vivant à domicile. Également, la durée des suivis est diminuée. Parce qu'ils étayaient l'impact des mesures de reddition de compte dans les CLSC québécois, ces résultats ont une valeur écologique importante et fournissent des informations pertinentes quant à l'influence de l'idéologie managériale sur la pratique professionnelle. Par contre, la population visée étant les travailleurs sociaux en santé mentale, il est possible que les résultats soient différents pour les autres professionnels des SSAD. Enfin, une étude de portée dans sept banques de données avec stratégies élargies pour capter la littérature grise pertinente a permis de cibler 26 écrits dont six portant exclusivement sur les effets de la reddition de compte sur les SSAD (Carrier, 2018). De ces six études, la moitié s'intéressait au contexte européen et l'autre moitié, au contexte canadien. Cinq études étaient qualitatives alors qu'une seule était quantitative. La synthèse des écrits montre que les mécanismes de reddition de compte utilisés alourdissent les processus administratifs (Benoit et Perron, 2019 ; Carrier et al., 2016 ; Gray et al., 2014 ; Vabø, 2012) et modulent la pratique professionnelle. Spécifiquement, la durée des évaluations est réduite et l'évaluation elle-même se limite généralement au seul motif de la requête de services (Carrier et al., 2016). Le professionnel utilise alors la stratégie des œillères, que Smith (1995) a introduite comme étant l'effet tunnel. La durée et l'étendue des interventions sont également réduites et axées sur le minimum requis pour assurer la sécurité et le maintien à domicile (Benoit et Perron, 2019 ; Carrier et al., 2016 ; Rostgaard, 2012 ; Vabø, 2012). Une diminution des initiatives innovantes (Gray, Berta, Deber et Lum, 2014) de même qu'une rigidité et une mal adaptation des interventions aux besoins du patient sont rapportées (Benoit et Perron, 2019 ; Rostgaard, 2012 ; Vabø, 2012) Smith (1995) y réfère comme étant l'ossification des services. De surcroît, les professionnels évaluent la légitimité de leurs interventions non pas selon les besoins des patients mais plutôt selon la mesure utilisée (cible visée ; Carrier et al., 2016 ; Vabø, 2012), ce qui correspond à la fixation sur les mesures (Smith, 1995). Par contre, ces conséquences sont modulées par le type de gestion pratiquée dans l'établissement (Oomkens, Hoogenboom, et Knijn, 2016).

Effets des processus d'optimisation de la performance

À notre connaissance, le recours aux processus d'optimisation de la performance a surtout été documenté dans les centres hospitaliers. Parmi les cinq articles retenus, nous avons inclus une revue systématique de 18 recensions d'écrits ou d'études de cas portant sur les processus d'optimisation de type LEAN ou autre (Andersen, Røvik et Ingebrigtsen, 2014), ainsi qu'une recension systématique de 23 études s'intéressant aux méthodes LEAN, Sigma-6 et LEAN Sigma-6 (Mason, Nicolay et Darzi, 2014). Des effets généralement positifs de l'optimisation sont rapportés (Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson, et Thor, 2010). Plus spécifiquement, la majorité des études (88 %) soutiennent une amélioration : (1) de l'efficacité et de l'expérience des services (ex. des variables utilisées : délai d'attente moyen pour la chirurgie, temps d'attente moyen de consultation, nombre de patients rencontrés, scores de la satisfaction) ; (2) du taux de complications chirurgicales ; de blessures et d'infections intra-hospitalières (ex. des variables utilisées : taux d'infection, taux de glycémie, taux d'erreurs dans la distribution de médicaments) ; (3) de la mortalité et (4) des coûts et de la durée de séjour (Mason et al., 2014). D'autres études rapportent une réduction du temps d'attente et de la durée de l'épisode de soins (Ahmed, Manaf et Islam, 2013 ; Poksinska, 2010). Par ailleurs, certaines recherches ont également fait état de l'adoption de nouvelles pratiques (Vest et Gamm, 2009), ainsi

que l'amélioration du climat de travail et la préoccupation accrue des professionnels pour la productivité (Poksinska, 2010).

Puisque ces études ont utilisé des variables dépendantes très circonscrites, telles que la durée moyenne d'attente pour la chirurgie des cataractes (Mason et al., 2014) et la durée de la tournée en néonatalogie (Comtois et al., 2013), et ciblaient des milieux spécialisés comme les unités de chirurgie (Mason et al., 2014) et de néonatalogie (Comtois et al., 2013), la portée de leurs résultats pour les SSAD est toutefois limitée. De plus, ces écrits (Andersen *et al.*, 2014 ; Mason et al., 2014 ; Poksinska, 2010 ; Vest et Gamm, 2009) comprenaient un manque important de précisions méthodologiques. Néanmoins, ces études sont utiles pour appuyer la nécessité de mieux documenter le rôle des processus d'optimisation dans la pratique des professionnels. En effet, pour mieux comprendre, voire anticiper leurs résultats, il apparaît nécessaire d'explorer de façon plus vaste et poussée comment les processus d'optimisation influencent localement (Andersen *et al.*, 2014) les actions des professionnels des SSAD.

Nous avons repéré une seule étude visant à explorer spécifiquement comment les mécanismes de reddition de compte et les processus d'optimisation de la performance influencent le choix des interventions des professionnels des SSAD. De type ethnographie institutionnelle, cette étude a été réalisée auprès de dix ergothérapeutes québécois dispensant des SSAD (Carrier et al., 2016). Les résultats montrent que les ergothérapeutes sont constamment préoccupés par leur productivité, ce qui module leurs interventions auprès des aînés. Le temps et le suivi alloué à chaque patient sont restreints et leurs interventions se limitent généralement à l'autonomie dans les soins personnels, sauf si la sécurité du patient est menacée. Les congés sont donnés rapidement afin d'assurer le roulement des statistiques. Alors, « les ergothérapeutes assument une part de travail invisible lors de la fermeture prématurée d'un dossier non stabilisé : « il reste une charge qui n'apparaît nulle part. Je garde [les dossiers fermés dans un cartable] parce que je sais qu'il va y avoir un pop-up. Donc, il est fermé, il n'existe plus dans ma charge, mais il est là pareil » (E6). » (Carrier et al., 2016. p. 775) Parmi les autres effets, les auteurs notent une surcharge cognitive et une fracture entre ce que l'ergothérapeute voudrait faire et ce qu'il peut faire.

Conséquences pour le développement durable en services sociaux et de santé sous l'angle humain et économique

Les effets de la reddition de compte et de l'optimisation de la performance exposés dans les sections précédentes soulèvent d'importants questionnements quant au bien-être des professionnels qui dispensent les SSAD et au développement durable de ceux-ci. La question peut être considérée sous l'angle humain et sous l'angle économique.

D'un point de vue humain, outre les conséquences pour les aînés et leurs proches-aidants (voir prochain paragraphe), le discours de la productivité et l'idéologie managériale sous-jacente n'est pas sans risque pour les professionnels. En effet, la restriction du champ d'exercice du professionnel (Paquette, Dubé, Thériault et Desrosiers, 2020) de même que l'émergence d'une fracture entre ce qu'il veut et ce qu'il peut faire (Aiken et al., 2011), s'accompagnent d'une perte de sens. La perte de sens au travail (ou brown out ; Baumann, 2018), et l'idéologie managériale et ses mécanismes, généreraient des problèmes de santé mentale (de Gaujelac, 2006 ; 2010 ; Morin, Gagné et Cherré, 2009), des enjeux éthiques (Drolet, Lalancette et Caty, 2020), un désengagement envers l'organisation (Morin et al., 2009), de l'attrition (de Gaujelac, 2010 ; Morin et al., 2009 ;), des départs prématurés à la retraite (de Gaujelac, 2010) et, par conséquent, une perte d'expertise dans le système de santé (Waldman, Kelly, Aurora et Smith, 2004). Un processus d'optimisation de la performance utilisé par un établissement de santé québécois a d'ailleurs été contesté avec succès par un important syndicat au Québec (Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux c. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2016).

Dans sa décision, l'arbitre du travail juge que le processus utilisé par l'établissement concerné a porté atteinte aux droits des professionnels à des conditions de travail justes et raisonnables et les a affectés au plan moral et psychologique. Cette décision a été entérinée par la Cour supérieure du Québec (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal c. Jobin, 2017). De tels effets négatifs sur les professionnels constituent un impact indirect sur la qualité du service.

D'un point de vue strictement économique, il y a lieu de se questionner sur les coûts engendrés par de potentiels besoins non répondus chez les aînés. En effet, mis à part les conséquences humaines, ignorer certains besoins des aînés peut mener à une perte d'autonomie plus importante et une surutilisation des services de santé (Allen et Mor, 1997), avec des coûts accrus pour le système public. D'autres questions d'ordre économique sont liées à la potentielle attrition du personnel de la santé et des coûts liés à l'embauche, la formation et le soutien aux nouveaux employés (Waldman et al., 2004). Enfin, la méthode Toyota elle-même n'est pas à coût nul. En fait, son implantation engendre des coûts financiers accrus : pour chaque dollar économisé grâce au LEAN, la province canadienne de la Saskatchewan a payé 1511\$ en frais de consultants et autres (Moraros, Lemstra et Nwankwo, 2015). Ainsi, tant d'un point de vue humain qu'économique, le développement durable des SSAD et des professionnels qui les dispensent ne semblent pas assurés. Il est donc pertinent de se questionner sur la façon dont ces risques à la durabilité peuvent être atténués.

Rôle d'agent de changement : une piste d'action pour assurer un développement durable des services sociaux et de santé ?

Dans cette section, nous décrirons ce qu'est le rôle d'agent de changement du professionnel. Nous explorerons ensuite comment l'investissement du rôle d'agent de changement par les professionnels pourrait favoriser le développement durable des SSAD ainsi que leur développement professionnel.

Rôle d'agent de changement : descriptions théorique et empirique

Selon les référentiels de compétences des associations professionnelles, le professionnel qui agit en tant qu'agent de changement (ou leader) use de son expertise, de son savoir, et de son influence pour promouvoir la santé et le bien-être des individus, des collectivités et de la population ainsi que pour promouvoir la profession. Pour ce faire, il agit en mobilisant des connaissances multidisciplinaires et des habiletés variées. Une étude de portée de la littérature scientifique et grise liée au rôle d'agent de changement (Carrier et Beaudoin, 2020) a présenté le large éventail des objectifs, des contextes et des actions qui peuvent être entreprises en tant qu'agent de changement. Issu de 33 documents portant sur une variété de professionnels de la santé tels qu'infirmières (27,3 %) et médecins (18,2 %), cet éventail peut être structuré autour de deux configurations principales : clinique et sociale.

Agissant à un niveau micro-systémique, les agents de changement cliniques visent principalement à respecter les valeurs et les choix d'un individu ou d'un groupe d'individus et à faire respecter leurs droits civils dans le contexte clinique (p. ex. : refus de traitement). Quant à eux, les agents de changement sociaux étendent leurs actions au niveau macro-systémique, avec pour objectif d'influencer les normes et les réglementations en matière de santé et de services de santé afin de promouvoir la justice sociale pour un groupe, une communauté ou une population (Carrier et Beaudoin, 2020). Pour atteindre leurs objectifs cliniques et/ou sociaux, les actions des agents de changement peuvent inclure : la diffusion des résultats de recherche ; l'utilisation des médias ; l'information sur les droits et les options ; la discussion avec, et la revendication auprès, d'autres professionnels ou gestionnaires ; la dénonciation (whistleblowing) ; l'exercice d'une fonction officielle au sein d'une organisation professionnelle ou de défense des droits ; le lobbying auprès des politiciens ; l'identification des besoins et des déterminants de la santé et des obstacles à l'accès aux services et aux ressources ; le soutien, l'assistance et la promotion de l'autonomisation

(empowerment) des individus et des communautés ; et l'identification des populations vulnérables ou marginalisées et la défense de leurs droits, avec elles et en leur nom (Carrier et Beaudoin, 2020). Quoiqu'informatif sur les buts et les actions des agents de changement, cette étude de portée comportait surtout des articles théoriques (69,7 % des documents retenus). Ainsi, les actions d'agents de changement effectivement réalisées par les professionnels ont surtout été étudiées sous un angle théorique.

Peu d'études empiriques ont cherché à documenter la pratique réelle d'agent de changement des professionnels. Une étude-pilote transversale réalisée dans le cadre d'un partenariat de recherche avec la section québécoise de l'Association canadienne des ergothérapeutes avait pour objectif de déterminer les actions d'agent de changement posées par les ergothérapeutes (Carrier, Éthier, Beaudoin, Hudon, Bédard, Jasmin et Verville, 2021). Grâce à un sondage en ligne, les 103 participants ont décrit leur pratique d'agent de changement, laquelle implique plusieurs types d'actions. Typiquement, les actions de la configuration sociale, telles que la communication de masse, sont sous-investies. Cependant, elles sont davantage utilisées avec un niveau d'expérience plus grand, des diplômes supplémentaires et une formation d'agent de changement. De plus, les ergothérapeutes avec diplômes supplémentaires ou formation d'agent de changement ont tendance à utiliser une plus grande variété d'actions. Enfin, les actions des participants à cette étude s'adressent principalement aux acteurs du contexte clinique et rarement aux acteurs politiques. Ces résultats semblent suggérer que les ergothérapeutes peuvent investir toute la gamme des actions d'agent de changement et le feront pour autant qu'ils puissent développer les connaissances et les compétences requises. Toutefois, puisqu'il s'agissait d'une étude-pilote auprès d'ergothérapeutes intéressés par le rôle d'agent de changement, il n'est pas certain que ces résultats soient transférables à l'ensemble des ergothérapeutes ou aux autres professionnels des SSAD.

Conséquences du rôle d'agent de changement pour le développement durable en services sociaux et de santé

Le rôle d'agent de changement constituerait un levier important pour favoriser le développement durable des SSAD et le bien-être des professionnels qui y œuvrent. Pour les SSAD, tel que souligné dans l'introduction, les actions d'agent de changement orientées vers un but clair pourraient améliorer considérablement la performance du système, notamment en termes d'accessibilité et de réactivité aux besoins des individus et de la population. Des SSAD plus performants à ces égards impliquent une réponse en temps opportun et pertinente aux besoins. De ce fait, le rôle d'agent de changement pourrait limiter les coûts humains et les pertes économiques liés à une réponse qui n'est ni l'une ni l'autre, comme nous l'avons soulevé à la section I.3.

Pour les professionnels, agir en tant qu'agent de changement pourrait permettre de redonner un sens à leur travail. En effet, « le sens du travail se rapporte aux tâches ou aux activités qui s'inscrivent dans un rôle, une fonction » (Morin et al., 2009, p. 5) et sa perception est basée sur deux aspects : les activités quotidiennes concrètes et les conditions de leur accomplissement (Morin et al., 2009). Bien que le professionnel développe sa perception individuelle du travail, celle-ci est modulée par six éléments implicites de son contexte de travail qui contribuent, ou non, à donner un sens au travail : l'utilité sociale, l'autonomie, les occasions d'apprentissages et de développement, la rectitude morale, la qualité des relations et la reconnaissance. (Morin et al., 2009). Le rôle d'agent de changement pourrait être un levier majeur pour conserver ou retrouver le sens du travail. Premièrement, la rationalité professionnelle (Lalancette, Drolet et Caty, 2020) implique l'évaluation de son utilité sociale à l'aune des retombées pour la personne ayant besoin de services. Le rôle d'agent de changement amène le professionnel à travailler pour atteindre des objectifs tournés vers l'individu, la communauté ou la population (utilité sociale). Puisque ces actions sont ascendantes et initiées par le professionnel, le rôle d'agent de changement répond à un désir d'autonomie.

Par les situations nouvelles qu'il génère, ce rôle fournit aussi au professionnel des occasions d'apprendre et de se développer. Les enjeux éthiques soulevés dans la première section étant d'origine systémique, le rôle d'agent de changement permet de s'attaquer aux sources des problèmes et, ce faisant, fournit une réelle occasion de les régler durablement (rectitude morale). Il est aussi possible de penser que le développement de partenariats axés vers un même but offre une occasion de développer des relations significatives basées sur des valeurs communes (qualité des relations). Enfin, à terme, les changements réalisés ont le potentiel de stimuler la gratitude des personnes concernées et de rayonner dans d'autres milieux (reconnaisances). En les outillant à ce rôle, nous fournissons aux professionnels les moyens de se développer dans le système de santé et d'assurer la pérennité des SSAD ainsi que leur qualité.

Outiller les professionnels et les futurs professionnels au rôle d'agent de changement

Dans cette section, nous discuterons de la nécessité d'outiller les professionnels et les futurs professionnels au rôle d'agent de changement. Nous présenterons aussi nos initiatives en la matière.

La nécessité d'outiller

La description tant théorique qu'empirique du rôle d'agent de changement pointe clairement vers la nécessité d'outiller les professionnels et les futurs professionnels à occuper ce rôle. D'abord, une méconnaissance sur ce qu'est le rôle d'agent de changement persiste. Au cours de nos contacts avec les professionnels (voir plus bas, formation continue), nous avons constaté que, lorsque la nature du rôle est expliquée et comprise, les professionnels réalisent que certaines des actions qu'ils font déjà dans la sphère clinique relèvent du rôle d'agent de changement. Par contre, les aspects de ce rôle mobilisés au niveau social soulèvent des défis de nature personnelle. Par exemple, l'idée de poser certaines actions de revendication génère un malaise. Le manque de connaissances sur la façon de procéder pour initier et mettre en œuvre un projet de changement est également rapporté. Les professionnels soutiennent également qu'il y a peu ou pas d'occasion réelle de mettre en pratique ce rôle, ce qui peut révéler leur méconnaissance du rôle ou leur difficulté à identifier des situations où ce dernier pourrait être utile. Or, tel que nous l'avons souligné plus haut, un professionnel outillé devient davantage capable d'identifier ces situations et d'agir en utilisant une variété d'actions.

Le rôle d'agent de changement fait partie des référentiels de compétences et il est explicitement attendu que les programmes canadiens de formation assurent son enseignement. D'ailleurs, parmi les normes d'agrément de ces programmes, on retrouve le respect des compétences attendues d'un diplômé pour chacun des rôles professionnels (ACE, 2012 ; CRMCC, 2015 ; GCNP, 2017), dont celui d'agent de changement. Pourtant, l'enseignement de ce dernier est jugé inégal, voire incomplet (Bessette, Généreux, Thomas et Camden, 2019 ; Bouvrette, 2017 ; Rahimaly et al. 2019). Outre la complexité du rôle, un curriculum déjà chargé peut expliquer la quasi-absence d'intégration des compétences inhérentes à l'agent de changement au sein des programmes professionnalisants en santé (Bessette et al., 2019 ; Bhate et Loh, 2015). Dans les curricula traditionnels en sciences de la santé, il devient ardu d'intégrer de nouveaux contenus sans renoncer à d'autres. Pour cette raison, les programmes universitaires axent leurs efforts sur l'acquisition des compétences requises du professionnel qui touchent davantage la personne humaine et son état neurologique, physique, et psychologique ainsi que l'évaluation et l'intervention. Bien que constituant un effort dans la bonne direction, les activités pédagogiques actuelles portant sur le rôle d'agent de changement ne suffisent de toute évidence pas à l'acquisition des compétences attendues.

À titre d'exemple, lors d'un sondage électronique réalisé auprès de 1196 ergothérapeutes québécois détenteurs d'une maîtrise en ergothérapie récemment diplômés (moyenne 3,6 ans \pm 1,9), seulement 27,4 % des répondants se sentaient compétents à assumer le rôle d'agent de changement (Xuan Shi, Rochette et Thomas, 2017).

Cette acquisition insuffisante des compétences s'explique de deux façons. Premièrement, le rôle d'agent de changement est complexe et repose sur des connaissances multidisciplinaires et des habiletés éloignées des habiletés cliniques traditionnelles (Drolet, Carrier, Hudon et Hurst, 2020). Deuxièmement, l'acquisition des compétences requises est favorisée par un déploiement longitudinal, graduel et explicite des activités. Ce déploiement peut se faire au sein de situations professionnelles à haute validité écologique, s'inspirant de l'apprentissage transformationnel (Liotta-Kleinfeld, 2018) et de la conscience critique (Halman, Baker et Ng, 2017), combinées à l'évaluation des compétences par des approches programmatiques ou longitudinales (Marceau, 2019). De telles activités pédagogiques impliquent une stratégie de déploiement délibérée et réfléchie.

La façon d'outiller : Contenu et Stratégies pédagogiques

Depuis 2015, nous travaillons à développer des formations universitaires et continues pour outiller les futurs professionnels et les professionnels en exercice en services sociaux et de santé au rôle d'agent de changement. Dans cette section, nous ferons état de nos travaux de recherche visant à cibler le contenu le plus pertinent ainsi qu'à déterminer et à évaluer les stratégies pédagogiques à privilégier selon les apprenants.

Contenu

Pour soutenir l'apprentissage du rôle d'agent de changement et structurer le contenu à aborder, nous avons développé un modèle de planification des actions d'agent de changement (Carrier, Freeman et Contandriopoulos, 2017 ; Rahimaly et al., 2019) (ci-après le Modèle PAAC). Ce modèle repose, d'une part, sur les compétences requises pour ce rôle et, d'autre part, sur les résultats d'une recension ciblée des écrits portant sur les : (1) modèles d'évaluation-intervention, (2) contextes d'intervention, et (3) stratégies de communication. Ce modèle comporte huit étapes itératives et dynamiques (Figure 1). Son application n'est pas prescriptive : elle fait place à la flexibilité et à la réactivité, essentielles dans toute action d'agent de changement.

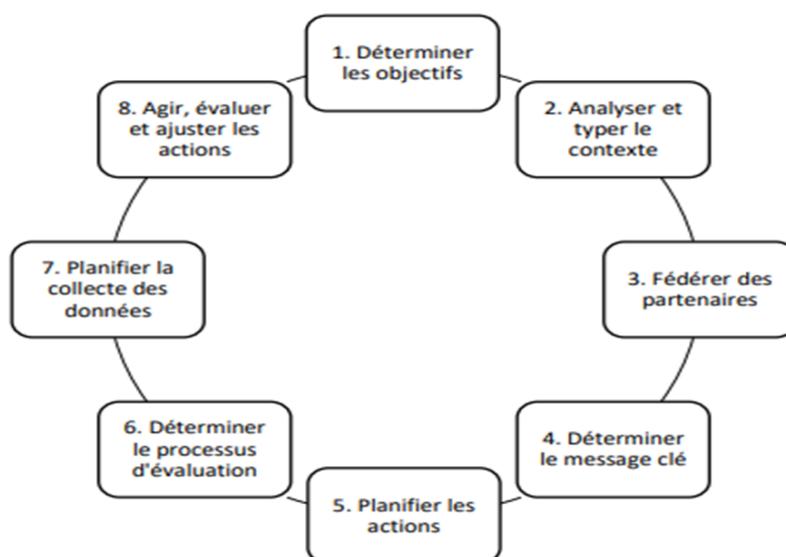


Figure 1 : Le Modèle de planification des actions d'agent de changement (PAAC)
Traduit de Rahimaly et al (2019, p. 3)

Le modèle PAAC met l'accent sur l'identification des problèmes, l'analyse du contexte organisationnel et sociopolitique, les stratégies communicationnelles et partenariales ainsi que la planification et l'évaluation des actions. L'analyse des contextes organisationnel et sociopolitique porte notamment sur les acteurs impliqués ou touchés par le changement, leur réceptivité à celui-ci ainsi que le partage des coûts, humains, financiers et autres, générés par le changement. Ces acteurs peuvent par exemple être des gestionnaires de l'établissement, des organismes externes, des élus, des patients. Ainsi, dans les formations que nous avons développées, nous avons utilisé le modèle PAAC pour guider le contenu à inclure, soit l'analyse contextuelle (contextes interne et externe), incluant des éléments de littérature politique ; les stratégies communicationnelles incluant l'argumentation ; le développement de partenariat avec les parties prenantes et les alliés naturels ; la planification et l'évaluation des actions d'agent de changement (Carrier et al., 2017 ; Rahimaly et al., 2019). Ce contenu est mobilisé dans deux initiatives distinctes : une formation universitaire pour les futurs professionnels et une formation continue pour les professionnels en exercice.

Stratégies pédagogiques pour les futurs professionnels

Grâce à un fonds d'innovation pédagogique (FIP 2020-2022), nous développons en ce moment une intégration longitudinale des compétences de l'agent de changement au sein d'un programme universitaire d'ergothérapie qui se donne sur quatre ans. Ce type de curriculum spirale (Harden, 1999) permet aux apprenants un développement progressif des compétences menant à devenir un agent de changement dans leur pratique autonome. Trois approches théoriques d'apprentissage nous guident dans l'intégration longitudinale explicite des compétences de l'agent de changement : le parcours de professionnalisation (Le Boterf, 2000, 2007), l'apprentissage transformationnel (Duchesne, 2010 ; Mezirow, 2000, 2003 ; Van Schalkwyk, Hafler, Brewer, Maley, Margolis, McNamee et al., 2019) et la conscience critique (Freire, 1970 ; Halman et al., 2017). Le parcours de professionnalisation est une approche pédagogique conçue pour préparer les apprenants des programmes en sciences de la santé à agir de façon pertinente, responsable et compétente dans diverses situations d'interventions, progressant des plus fréquentes aux plus complexes, tout en mettant l'accent sur l'importance de considérer la personne dans sa globalité (Le Boterf, 2000, 2007). Pour sa part, l'apprentissage transformationnel est un processus au cours duquel l'apprenant donne sens à son expérience d'apprentissage en transformant ses perspectives initiales en nouvelles perspectives qui guideront par la suite ses actions futures (Mezirow, 2000, 2003). Enfin, la conscience critique représente un processus de prise de conscience des contradictions existant en soi et dans la société qui mène l'apprenant à pouvoir progressivement apporter une transformation personnelle, c'est-à-dire à l'intérieur de lui, et sociale, c'est-à-dire dans la société (Halman et al., 2017).

Certaines modalités pédagogiques utilisées dans les programmes en sciences de la santé sont particulièrement reconnues pour aider à préparer les apprenants à devenir des agents de changement. Ces modalités tirent ainsi parti de l'enseignement et de l'apprentissage pour former de futurs professionnels capables d'identifier les besoins sociaux et de santé non répondus de la population et de s'y attaquer, réduisant les inégalités sociales et de santé (Bielefeldt et Canney, 2014 ; Seifer, 1998). À titre d'exemple, l'apprentissage par le service constitue une forme d'apprentissage expérientiel en contexte réel de pratique qui implique d'établir des partenariats entre les établissements d'enseignement, les apprenants et les services communautaires (Seifer, 1998). Ces services peuvent être, par exemple, les organismes œuvrant en démence, les ressources de répit pour les proches aidants de personnes âgées ayant des incapacités, ou encore, les ressources en prévention et en promotion de la santé des personnes âgées. L'apprentissage par le service est considéré comme une approche pédagogique capitale en sciences de la santé puisqu'il permet aux apprenants de découvrir en contexte authentique les réalités vécues par les patients et leurs familles (Dharamsi et al., 2010 ; Seifer, 1998). En accompagnant à la conscience critique, de telles expériences ouvrent l'apprenant à la transformation personnelle.

Graduellement, les apprenants développent des compétences, à savoir les connaissances, les habiletés et les attitudes, liées à la défense des droits des patients et de leurs familles, à la participation aux initiatives de justice sociale en partenariat avec les parties prenantes de la communauté et aux stratégies visant à intégrer le service communautaire dans leurs activités futures à titre de professionnels de la santé.

Stratégies pédagogiques pour les professionnels en exercice

Nous avons développé une formation au rôle d'agent de changement pour les ergothérapeutes dans le cadre d'une étude partenariale de type design based research (Rahimaly et al., 2019). Les 103 ergothérapeutes participants estiment avoir acquis des connaissances et des habiletés utiles (Beaudoin et al., 2019). Il est toutefois incertain si la formation aura les mêmes effets sur d'autres professionnels des SSAD. Nous avons donc opté pour éprouver cette formation auprès d'autres professionnels. S'appuyant sur un devis évaluatif de type sommatif (Brousselle et al., 2009) ce projet poursuit ainsi l'évaluation de la formation développée auprès des ergothérapeutes en décrivant ses effets dans le développement des compétences d'agent de changement pour différents professionnels des SSAD (n = 128). À la suite de ce projet, nous pourrions être confiants que la formation est utile pour outiller les professionnels des SSAD au rôle d'agent de changement.

Pour cette formation, nous utilisons l'approche du codéveloppement professionnel. Il s'agit d'une « approche de formation pour des personnes qui croient pouvoir apprendre les unes des autres afin d'améliorer, de consolider leur pratique. La réflexion effectuée, individuellement et en groupe, est favorisée par un exercice structuré de consultation qui porte sur des problématiques vécues actuellement par les participants » (Payette, 2000, p. 40-41). L'approche de codéveloppement professionnel selon Payette et Champagne (1997) et Hoffner-Lesure et Delaunay (2011) définit les rôles des participants en tant que « clients », c'est-à-dire, porteurs d'un objectif de changement pour lequel ils souhaitent de l'aide, et « consultants », c'est-à-dire, contributeurs au service du client dans sa situation, ce qui met à profit ses expériences. Les formateurs sont « animateurs », à savoir qu'ils agissent comme guides du processus et porteurs du contenu théorique de la séance. Le codéveloppement se déroule typiquement en six étapes :

1. Exposé de la situation nécessitant le changement. Le client expose la situation, les consultants écoutent.
2. Clarification. Les consultants posent des questions, le client répond et précise.
3. Contrat. Le client formule sa demande au groupe et précise le type de consultation souhaitée. Les consultants s'assurent avec le client que le contrat permettra la consultation.
4. Consultation – exploration. Les consultants réagissent : ils partagent leurs impressions, questions réflexives, réactions, commentaires, idées, suggestions, etc. Le client écoute sans débattre, fait préciser au besoin, et note les suggestions des consultants.
5. Synthèse des apprentissages et plan d'action par le client. Le client assimile l'information, indique ce qu'il retient, et conçoit un plan d'action. Pendant ce temps, les consultants font la synthèse de leurs apprentissages du jour.
6. Apprentissage et régulation. Le client et les consultants décrivent leurs apprentissages. Ils se régulent et évaluent la session.

Chaque séance d'une journée (sept heures) se déroule de la façon suivante. En avant-midi, l'approche pédagogique de codéveloppement professionnel est expliquée aux participants qui peuvent poser des questions. Les participants sont ensuite regroupés en groupe d'environ sept à huit personnes. Un participant (client) expose sa problématique aux autres participants de son équipe (consultants). La problématique est une véritable situation à changer vécue par le participant et où des actions d'agent de changement sont nécessaires. Les participants sont alors invités à puiser dans leur savoir expérientiel pour cerner la problématique exposée et identifier un plan d'action.

Au cours des échanges, les animateurs / guides (formateurs) identifient les éléments abordés par les participants, tant en termes d'analyse de la problématique que de planification des actions, qui correspondent au contenu théorique tiré du MPAAC et exposé plus haut. Lors du retour en plénière, les formateurs présentent sous forme magistrale des sections de ce contenu théorique et demandent aux participants d'effectuer des liens avec ce qui a été discuté dans leur groupe respectif. La séquence « client exposant sa problématique – participants agissant comme consultants – liens avec le contenu théorique » se répète pour une deuxième situation émanant d'un autre participant. Cette répétition permet d'explorer deux situations différentes et d'aborder tout le contenu théorique en avant-midi et en début d'après-midi. En après-midi, les participants choisissent une des deux situations déjà utilisées pour revisiter leur analyse et leur plan d'action à la lumière de l'ensemble du contenu théorique abordé. La séance se conclut par une réflexion individuelle et une discussion en plénière sur les apprentissages faits.

Une fois cette recherche évaluative terminée et si les résultats sont concluants, nous aimerions offrir la formation à large échelle aux professionnels des SSAD et, éventuellement, ceux d'autres milieux. Nous aimerions également offrir la formation aux gestionnaires locaux qui sont aussi concernés par la performance des services sociaux et de santé et affectés par l'idéologie managériale qui prévaut actuellement dans le système.

Conclusion

Au cours des dernières décennies, nous avons assisté à l'intégration de l'idéologie managériale au sein des services publics sociaux et de santé. Cette idéologie s'est accompagnée de mécanismes de reddition de compte et de processus d'optimisation de la performance. Au Québec, les SSAD ont été un milieu d'introduction de ces mécanismes et processus en raison de leur performance insatisfaisante. Nous avons synthétisé les connaissances sur le rôle des mécanismes de reddition de compte et des processus d'optimisation de la performance dans la pratique des professionnels des SSAD. Les résultats montrent que les SSAD n'ont pas été améliorés à la hauteur des attentes et que des impacts néfastes sur le développement durable des SSAD et de la pratique professionnelle existent.

S'il repose sur leur performance accrue en termes d'accessibilité et de réactivité, le développement durable des SSAD passe nécessairement par une autonomie plus grande des acteurs « terrains », à savoir les professionnels et leurs gestionnaires locaux. Un développement durable des SSAD se fonde également sur le bien-être des personnes qui y œuvrent, bien-être qui ne peut être dissocié du sens au travail qu'elles éprouvent. Tant l'autonomie des acteurs que leur sens au travail peuvent être soutenues, voire promues, par le rôle d'agent de changement. C'est du moins la thèse que nous avons défendue dans cet article.

Nous proposons donc une avenue pour soutenir la durabilité des SSAD et l'engagement des professionnels : l'investissement du rôle d'agent de changement. Agir en tant qu'agent de changement permettrait d'augmenter la réactivité du système et son adéquation aux besoins des patients tout en nourrissant le sens au travail du professionnel. En décrivant ce rôle et en explorant la façon d'outiller les futurs professionnels et les professionnels en exercice à l'occuper, nous espérons que notre article stimulera les éducateurs et les chercheurs de la francophonie à joindre ce mouvement.

Bibliographie

Ahmed, S., Manaf, N.H. et Islam, R. (2013). Effects of Lean Six Sigma application in healthcare services : A literature review. *Reviews on environmental health*, 28(4), 189-194.

Aiken, F. E., Fournier, A. M., Cheng, I. K. S., et Polatajko, H. J. (2011). The meaning gap in occupational therapy : Finding meaning in our own occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 294-302. 10.2182/cjot.2011.78.5.4

Allen, S. M. et Mor, V. (1997). The prevalence and consequences of unmet need : Contrasts between older and younger adults with disability. *Medical care*, 1132-1148.

Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) c. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (installation CSSS Ahuntsic / Montréal-Nord) (griefs collectifs). Tribunal d'arbitrage. 2016A029

Andersen, H., Røvik, K. A., et Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals : Is there a cure for the absence of evidence ? A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 4, e003873. 10.1136/bmjopen-2013-003873

Anderson, R. A. et McDaniel, R. R. (2000). Managing health care organizations : where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 25(1), 83-92.

Assemblée nationale du Québec (s.d.). Au cœur de l'État québécois. Québec : Assemblée nationale du Québec. Accessible à : <http://www.assnat.qc.ca/fr/abc-assemblee/assemblee-nationale/coeur-etat-quebecois.html>

Association canadienne des ergothérapeutes [ACE] (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Ottawa : ACE.

Barris, R. (1987). Clinical reasoning in psychosocial occupational therapy : The evaluation process. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 7(3), 147-162.

Baumann, F. (2018). Le brown-out : quand le travail n'a plus aucun sens. Paris : Josette Lyon.

Beaudoin, M., Bédard, D., Hudon, A., Verville, F., Jasmin, E., Éthier, A., Caron, H., Rahimaly, S. et Carrier, A. (2019). Défense des droits des aînés : une recherche pour outiller les ergothérapeutes. 16^e Édition des Journées de recherche du réseau québécois de recherche sur le vieillissement. 1^{er} octobre, Montréal, Québec.

Beckman, K., Fields, D. et Stewart, M. (2014). Un parcours difficile à négocier : Les perspectives économiques et budgétaires au Canada. Ottawa : Conference Board of Canada. Accessible à : http://www.pmprovinceterritoires.ca/wp-content/uploads/2017/09/conf_bd_perspectiveseconomiquesetbudgetairescanada_aout2014.pdf

Benoit, M. et Perron, L. (2019). Faire plus avec moins : récit du quotidien des travailleuses de première ligne dans les services à domicile. Les conférences du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. 15 mars, Montréal, Québec.

Bernard, M.-C., Côté, J.-G., Fields, D., Homsy, M., et Scarfone, S. (2016). Équilibre budgétaire. Fragile ou robuste ? Les défis du financement de la santé au Québec. Montréal : Institut du Québec. Accessible à : http://www.institutduquebec.ca/docs/default-source/recherche/8097_equilibre-budgetaire_rpt-fr.pdf?sfvrsn=2

Bessette, J., Généreux, M., Thomas, A., et Camden, C. (2019). Teaching and Assessing Advocacy in Canadian Physiotherapy Programmes. *Physiotherapy Canada*, (aop), e20190013.

Bhate, T. D. et Loh, L. C. (2015). Building a generation of physician advocates : the case for including mandatory training in advocacy in Canadian medical school curricula. *Academic Medicine*, 90(12), 1602-1606.

Bielefeldt, A. R., et Canney, N. (2014). Impacts of service-learning on the professional social responsibility attitudes of engineering students. *International Journal for Service Learning in Engineering, Humanitarian Engineering and Social Entrepreneurship*, 9(2), 47-63.

Bouvrette, L. (2017). L'enseignement de l'advocacy dans les programmes d'ergothérapie canadiens : un état des lieux. Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada). <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8250/>

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., et Hartz, Z. (2009). L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Burke, S., Thomas, S., Barry, S. et Keegan, C. (2014). Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008 – 2014. From 'more with less' to 'less with less'. *Health Policy*, 117(3), 275-278.

Canadian Home Care Association. (2016). Better Home Care in Canada : A National Action Plan. Mississauga : Canadian Home Care Association.

Carrier, A. (2018). L'évaluation de la performance des programmes de soutien à domicile : Que sait-on de l'impact sur les services offerts aux aînés ? Colloque « Entre maintien à domicile et hébergement, quelles innovations sociales ? ». Les entretiens Jacques-Cartier, 12 novembre, Lyon, France. Conférence sur invitation.

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. URL : <https://encompass.eku.edu/jote/vol4/iss3/3/>

Carrier, A., Éthier, A., Beaudoin, M., Hudon, A., Bédard, D., Jasmin, E., et Verville, F. (2021). Acting as change agents : insight into Québec occupational therapists' current practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1-9. 0008417421994367. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0008417421994367>

Carrier, A., Freeman, A., et Contandriopoulos, D. (2017). Occupational therapists' change agent role : introducing an advocacy / planning model to support clinical reasoning. College of Occupational Therapists 2017 Annual Conference : Inspiring. Informing. Involving. 19 juin, Birmingham, Angleterre.

Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Revue de Santé Publique*, 28(6), 769-780.

Ceci, C. (2006a). Impoverishment of practice : Analysis of effects of economic discourses in home care case management practice. *Nursing leadership*, 19(1), 56-68.

Ceci, C. (2006b). 'What she says she needs doesn't make a lot of sense': Seeing and knowing in a field study of home-care case management. *Nursing Philosophy*, 7(2), 90-99. 10.1111/j.1466-769X.2004.00258.x

Centola, D., Becker, J., Brackbill, D., et Baronchelli, A. (2018). Experimental evidence for tipping points in social convention. *Science*, 360, 1116-1119.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal c. Jobin, 2017 QCCS 1583 (CanLII), <<http://canlii.ca/t/h3b6p>>, consulté le 2020-10-16

Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/commission-avenir-soins-sante-canada-commission-romanow/documents-importants-commission.html>

Clavet, N. J., Décarie, Y., Hébert, R., Michaud, P. C., et Navaux, J. (2021). Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins (No. 2101). Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels/Research Chair in Intergenerational Economics.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada [CRMCC] (2015). Cadre CanMeds. Ottawa : CRMCC.

Comtois, J., Paris, Y., Poder, T. G., et Chaussé, S. (2013). L'approche Kaizen au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) : un avantage organisationnel significatif. *Santé Publique*, 25(2), 169-177.

Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Carrier, A., Duhoux, A., Pomerleau, S., Champagne, G., Sainte-Croix, D. et A. Lardeux (Février, 2016). Du bon usage des paniers. Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Mémoire des Chaires de recherche PoCoSa et CRC-EASY présenté au CSBE.

Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2007). 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). Ottawa : CAOT Publications ACE.

Dharamsi, S., Espinoza, N., Cramer, C., Amin, M., Bainbridge, L., et Poole, G. (2010). Nurturing social responsibility through community service-learning : Lessons learned from a pilot project. *Medical Teacher*, 32(11), 905-911.

de Gaulejac, V. (2006). La part maudite du management : l'idéologie gestionnaire. *Empan*, 1, 30-35.

de Gaulejac, V. (2010). La NGP : nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 83-98.

Drolet, M.-J., Lalancette, M., et Caty, M. È. (2020). « Brisées par leur travail ! OU Au bout du rouleau » : réflexion critique sur les modes managériaux en santé. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique*, 3(1), 103-107.

Drolet, M.-J., Carrier, A., Hudon, A., et Hurst, S. (2020). Être un agent de changement social : l'advocacy systémique pour résoudre les conflits de loyautés multiples. Dans J. Centeno, L. Bégin, et L. Langlois (dir.), *Les loyautés multiples : Mal-être au travail et enjeux éthiques (Tome 2)*. Montréal : Les Éditions Nota Bene.

Duchesne, C. (2010). L'apprentissage par transformation en contexte de formation professionnelle. *Éducation et francophonie*, 38(1), 33-50.

Émond, A. & Lauzière, L. (2003). Introduction à l'étude du droit. Montréal : Éd. Wilson & Lafleur.

Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York : Seabury.

Frey, B. S., Homberg, F., et Osterloh, M. (2013). Organizational control systems and pay-for-performance in the public service. *Organization studies*, 34(7), 949-972.

Gardner, W., States, D., et Bagley, N. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 310-315. 10.1080/08959420.2020.1750543

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2019). Past, present, and future of global health financing : a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *Lancet*, 393 (10187), 2233-2260. 10.1016/S0140-6736 (19) 30841-4

Gouvernement du Québec (2019). Budget 2019-2020. Vos priorités. Votre budget. Planification budgétaire. Québec : Auteur. Accessible à : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2019-2020/index.asp>

Gray, C. S., Berta, W., Deber, R. B., et Lum, J. (2014). Home and community care sector accountability. *Healthcare Policy*, 10(SP), 56.

Greenhalgh, T., et Papoutsis, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ*, 365, l2068.

Groupe consultatif national en physiothérapie [GCNP] (2017). Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada. Ottawa : GCNP.

Halman, M., Baker, L., et Ng, S. (2017). Using critical consciousness to inform health professions education. *Perspectives on medical education*, 6(1), 12-20.

Harden, R. M. (1999). What is a spiral curriculum ?. *Medical Teacher*, 21(2), 141-143.

Hébert, R., Gervais, P., Labrecque, S., et Bellefleur, R. (2016). L'Assurance autonomie au Québec : une réforme inachevée. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 4(1), article 2. [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1.2737](https://doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1.2737)

Hoffner-Lesure, A. et Delaunay, D. (2011). Le codéveloppement professionnel et managérial : l'approche qui rend acteur et développe l'intelligence collective. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

Hollingsworth, B. et Peacock, S. (2008). *Efficiency measurement in health and health care*. Oxon : Routledge.

Kolehmainen, N., MacLennan, G., Francis, J. J., et Duncan, E. A. S. (2010). Clinicians' caseload management behaviours as explanatory factors in patients' length of time on caseloads : A predictive multilevel study in paediatric community occupational therapy. *BMC Health Services Research*, 10, 249-270. 10.1186/1472-6963-10-249

Lalancette, M., Drolet, M.-J., et Caty, M.È. (2020). Advocacy et nouveaux modes managériaux : le rôle politique de deux ordres professionnels de la santé. *Communiquer : revue de communication sociale et publique*, 29.

Lamarche, P. (2014). Gestion des organisations sous l'angle de la complexité. 12^e édition du Colloque annuel des conseils multidisciplinaires du Québec. 10 novembre, Lévis, Québec.

Lamarche, P., Pineault, R., et Brunelle, Y. (2007). Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec. Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé. Québec : Groupe de travail sur le financement des services de santé.

Le Boterf, G. (2000). Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Eyrolles. Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2007). Professionnaliser : Le modèle de la navigation professionnelle. Paris : Eyrolles. Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Education Permanente*, 188(3), 97-112.

Liker, J. K. et Hoseus, M. (2008). Toyota culture : the heart and soul of the Toyota way. Montréal : Mc Graw-Hill.

Liotta-Kleinfeld, L., Gibbs, D., Hachtel, Y. et Plummer, T. (2018). Applying the Social Change Model of Leadership to an Entry-Level Occupational Therapy Doctorate Program. *Journal of Occupational Therapy Education*, 2(1), 7.

Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS]. L.R.Q. c. S-4.2

Mackey, H. (2014). Living tensions : Reconstructing notions of professionalism in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, 168-176. 10.1111/1440-1630.12097

Maillet, L., Lamarche, P., Roy, B., et Lemire, M. (2015). At the heart of adapting healthcare organizations : Developing a multilevel governance framework. *Emergence : Complexity & Organization*, 17(2), 1-14. 10.emerg/10.17357.03ec71f53f2d5b9105642fb36f20c406

Marceau, M. (2019). Exploration de la validité en tant qu'impératif social dans le contexte de l'évaluation des apprentissages en pédagogie des sciences de la santé [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Sherbrooke.

Mason, S. E., Nicolay, C. R., et Darzi, A. (2014). The use of Lean and Six Sigma methodologies in surgery : A systematic review. *The Surgeon*, E-pub ahead of print, S1479-666X (14) 00102-4. 10.1016/j.surge.2014.08.002

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., et Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare : A realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 19(5), 376-382. 10.1136/qshc.2009.037986

Mezirow, J. (2000). Learning as Transformation : Critical Perspectives on a Theory in Progress. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of Transformative Education*, 1(1), 58-63.

Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2010). Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux. Québec : MSSS.

Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2012). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Québec : MSSS.

Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2017). Planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2015-2020. Mise à jour 2017. Québec : MSSS.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS] (s.d.). Principaux rôles et responsabilités. Système de santé et de services sociaux en bref. Québec : MSSS. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites/>

Mintzberg, H. (1999). The professional organizations. Dans H. Mintzberg (dir.), *Inside our strange world of organization* (p. 173-195). New York : The Free Press.

Mintzberg, H. (2018). Need a strategy ? Let them grow like weeds in the garden. Henry Mintzberg blog. <http://www.mintzberg.org/blog/need-a-strategy-let-them-grow-like-weeds-in-the-garden>

Moraros, J., Lemstra, M. et Nwankwo, C. (2015). Lean interventions in healthcare—do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 1 – 16. 10.1093/intqhc/mzv123

Morin, E. M., Gagné, C., et Cherré, B. (2009). Donner un sens au travail : promouvoir le bien-être psychologique. Montréal : IRSST.

Müllern, T. et Nordin, A. (2012). Revisiting empowerment : a study of improvement work in health care teams. *Quality Management in Healthcare*, 21(2), 81-92.

Nordgren, L. (2008). The performativity of the service management discourse : “Value creating customers” in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 22 (5), 510-528. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260810898723>

Oomkens, R., Hoogenboom, M. et Knijn, T. (2016). Performance-based contracting in home-care work in The Netherlands : professionalism under pressure ? *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 399-410.

Paquette, M.-A., Dubé, C., Thériault, J., Desrosiers, J. (2020). L'ergothérapie en soutien à domicile au Québec, un travail qui a du sens ? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(1), 35-54.

Payette, A. et Champagne, C. (1997). Le groupe de codéveloppement professionnel. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

Payette A. (2000). Le codéveloppement, une approche graduée. *Interactions*, 4(2), 39-59.

Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., et Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19 : une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*, 12(1), 76-90.

Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care : Literature review. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329. <http://dx.doi.org/10.1097/QMH.0b013e3181fa07bb>

Powell, A. E., Davies, H. T. O., Bannister, J., et Macrae, W. A. (2009). Understanding the challenges of service change – learning from acute pain services in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 10 (2), 62-68.

Protecteur du citoyen (2012). Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. Québec : Protecteur du citoyen.

Rahimaly, S., Beaudoin, M., Bédard, D., Hudon, A., Jasmin, E., Verville, F. et Carrier, A. (2019). Social change agent training program tailored to occupational therapists' needs : a design-based study protocol. *BMC Medical Education*, 19(1), 92. <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1530-1>

Richard, M. C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S. et Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 151-164.

Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation. *Health & social care in the community*, 20(3), 247-254.

Sarrazin, S. (2014). L'impact de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux en 2004 sur l'exercice du travail social en santé mentale : le cas du CSSS Gatineau. Cahier n°. 14-03. Ottawa : Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.

Schell, B. A. (2009). Professional reasoning in practice. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn, et B. A. Boyt Schell (dir.), *Willard et Spackman's Occupational Therapy*, 11^e édition (p. 314-327). Philadelphia : Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.

Seifer, S.D. (1998). Service-learning : community-campus partnerships for health professions education. *Academic Medicine*, 73(3), 273-277.

Smith, P. (1995). On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, 18(2-3), 277-310. <http://dx.doi.org/10.1080/01900699508525011>

Stein, J. G. (2001). The cult of efficiency. Toronto : House of Anansi Press Ltd.

Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & social care in the community*, 20(3), 283-291.

Van Schalkwyk, S. C., Hafler, J., Brewer, T. F., Maley, M. A., Margolis, C., McNamee, Meyer, I. et al. (2019). Transformative learning as pedagogy for the health professions : a scoping review. *Medical education*, 53(6), 547-558.

Vérificateur général du Québec (2013). Chapitre IV. Personnes âgées en perte d'autonomie. Services à domicile (p. 1 à 52). Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année financière 2013-2014. Vérification de l'optimisation des ressources. Québec : Vérificateur général du Québec.

Vest, J. R. et Gamm, L. D. (2009). A critical review of the research literature on Six Sigma, Lean and Studer Group's Hardwiring Excellence in the United States : The need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implementation Science*, 4, 35. 10.1186/1748-5908-4-35

Waldman, J. D., Kelly, F., Aurora, S., et Smith, H. L. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health care management review*, 29(1), 2-7.

World Health Organization. (2012). Home care across Europe : current structure and future challenges. World Health Organization. Regional Office for Europe.

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, Faculté de médecine, Université McGill. 17 novembre, Montréal, Québec.

