

Le pouvoir d'agir des intervenants dans le domaine de la réadaptation

CHANTAL CAMDEN,

CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE ET UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

VALÉRY RIDDE,

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

RÉSUMÉ

Le pouvoir d'agir des intervenants peut avoir un impact sur la santé des usagers. Cependant, dans les écrits scientifiques dans le domaine de la santé, le pouvoir d'agir des intervenants est moins bien documenté que celui des usagers. Le présent article fait une synthèse des connaissances sur le pouvoir d'agir des intervenants dans le domaine de la santé, en prenant pour exemple celui de la réadaptation. Un état de situation sur le pouvoir d'agir en réadaptation est présenté. La nécessité d'établir un portrait plus global du pouvoir d'agir dans le domaine de la réadaptation, en incluant le rôle central des intervenants dans ce processus, est discuté. Différentes démarches et quelques outils sont présentés afin d'évaluer le pouvoir d'agir des intervenants en réadaptation, tout en discutant des pistes d'interventions et de recherche qui peuvent y être associés.

MOTS-CLÉS: Réadaptation, pouvoir d'agir, cliniciens, santé, outils

ABSTRACT

Clinicians' empowerment can have a positive impact on patients' health. However, in the medical scientific literature, clinicians' empowerment is discussed less than that of patients. This article presents a summary of the literature on clinicians' empowerment, using examples from the field of rehabilitation. Current knowledge about empowerment in rehabilitation is presented. A more comprehensive portrayal of the key issues around empowerment and the central role of clinicians in this process are also discussed. Experiences and existing tools to evaluate clinicians' empowerment are presented. Intervention and research avenues are also discussed.

KEYWORDS: Rehabilitation, Empowerment, Clinicians, Health, Tools.

INTRODUCTION

La réadaptation est un processus qui vise à faciliter l'intégration sociale d'un individu, notamment en lui donnant des outils pour augmenter son autonomie, pour gagner du pouvoir et du contrôle sur sa vie. La notion d'*empowerment*, laquelle peut être traduite en français par l'habilitation, le pouvoir d'influence et le pouvoir d'agir (Le Bossé, 2003), est au cœur de ce processus. En réadaptation, le terme appropriation est également fréquemment utilisé puisque les usagers doivent se réapproprier une nouvelle condition de santé. La notion de pouvoir d'agir est au cœur de ce processus de réappropriation puisque les usagers doivent se sentir en mesure de prendre des décisions et d'agir face à cette condition de santé afin de donner un sens nouveau à leur vie et de participer activement à la société. Différents aspects de cette même société peuvent favoriser ou entraver le développement du pouvoir d'agir. Dans le cadre du présent article, nous nous attarderons principalement à l'influence des intervenants et des composantes organisationnelles des services de réadaptation sur le pouvoir d'agir des usagers. Celui-ci peut être défini comme un processus et un résultat par lesquels les individus, les organisations et les communautés gagnent du contrôle sur ce qui est important pour eux dans leur vie et deviennent des participants actifs pour influencer leur environnement (Zimmerman & Warschausky, 1998). Le pouvoir d'agir est associé à l'autonomie, à la responsabilité personnelle, à la reddition de comptes (*accountability*), au pouvoir, à la possibilité de faire des choix, à la capacité de plaider (*advocacy*), à la motivation et à l'autorité (Scott, Matthews, & Corbally, 2003).

Les antécédents du pouvoir d'agir sont la confiance, le respect, l'ouverture à diverses possibilités, l'éducation, la participation et l'engagement de l'individu (Scott, Matthews, & Corbally, 2003). Ces antécédents peuvent être développés via la relation thérapeutique entre les usagers et les intervenants. De plus, ces derniers peuvent accompagner les usagers dans la prise de décisions éclairées concernant leur santé (St-Cyr Tribble et al., 2008). Les intervenants peuvent donc créer un environnement propice au développement du pouvoir d'agir des usagers. L'augmentation du pouvoir d'agir des usagers contribue à augmenter leur niveau de santé (Wallerstein, 2006), notamment en augmentant l'adhérence aux traitements, l'efficacité personnelle, la motivation, le bien-être, l'estime de soi, la détermination, l'atteinte d'objectifs, le sentiment de contrôle et d'espoir (Dunst & Trivette, 1996; Godin, 2002; Scott, Matthews, & Corbally, 2003).

Le pouvoir d'agir des intervenants peut donc avoir un impact sur la santé des usagers. Cependant, dans les écrits scientifiques dans le domaine de la santé, le pouvoir d'agir des intervenants est moins bien documenté que celui des usagers. Le présent article fait une synthèse des connaissances sur le pouvoir d'agir des intervenants dans le domaine de la santé, en prenant pour exemple celui de la réadaptation, afin de pouvoir identifier des pistes de recherche et d'intervention dans ce domaine. Un état de situation sur le pouvoir d'agir en réadaptation est présenté, tant d'un point de vue clinique qu'organisationnel. La nécessité d'établir un portrait plus global du pouvoir d'agir dans le domaine de la réadaptation, en incluant le rôle central des intervenants dans ce processus est discutée. Différentes démarches et quelques outils sont présentés afin d'évaluer le pouvoir d'agir des intervenants en réadaptation, tout en discutant des pistes d'interventions et de recherche qui peuvent y être associées.

1. RÉADAPTATION ET POUVOIR D'AGIR

La réadaptation est l'ensemble des « services liés aux activités qui permettent à une personne en situation de handicap de développer ses capacités physiques et mentales et son potentiel d'autonomie sociale » (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1998). Les services de réadaptation visent à favoriser la participation sociale des personnes en situation de handicap. En réadaptation, la participation sociale est définie comme étant la pleine réalisation des habitudes de vie, lesquelles résultent de l'interaction de facteurs personnels et environnementaux (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1998). Au Québec, la majorité des travaux publiés en réadaptation sur le pouvoir d'agir font uniquement référence au pouvoir d'agir des usagers et de leurs familles. Cependant, les gestionnaires des programmes de réadaptation auraient avantage à faciliter le développement d'une organisation des services et du travail favorisant le pouvoir d'agir de leurs employés.

Pour une organisation, le pouvoir d'agir des employés ne seraient pas à favoriser systématiquement, puisqu'il existe des avantages, mais aussi des désavantages aux approches managériales favorisant le pouvoir d'agir des employés (Bowen & Lawler, 1992). Les approches managériales favorisant le pouvoir d'agir des employés seraient à favoriser lorsque les tâches demandent une grande personnalisation ou différenciation d'une fois à l'autre (ou d'un usager à l'autre), lorsqu'elles impliquent des relations à long terme, lorsqu'elles sont complexes et non routinières, lorsque plusieurs imprévus peuvent survenir et lorsque les employés sont caractérisés par un grand besoin de développement personnel et qu'ils ont de fortes capacités interpersonnelles (Bowen & Lawler, 1992). Le domaine de la réadaptation correspond à ces caractéristiques, puisque les services requis s'inscrivent dans une perspective à long terme, les activités doivent être personnalisées en fonction des besoins non seulement de l'individu, mais également de l'environnement dans lequel il évolue. Les usagers ont besoin d'apprendre à composer avec leur nouvelle réalité, laquelle implique fréquemment des changements de mode de vie.

Le pouvoir d'agir se définit par les mêmes concepts peu importe le type d'acteurs. Cependant, puisque le pouvoir d'agir doit être conceptualisé différemment selon les contextes et les populations visés (Zimmerman & Warschausky, 1998), nous croyons que les programmes de réadaptation doivent utiliser des stratégies différentes pour favoriser à la fois le pouvoir d'agir des usagers et des intervenants. Par exemple, le pouvoir d'agir peut être défini comme un processus par lequel les individus se sentent confiants d'agir et d'exécuter avec succès certaines actions (Suominen, Leino-Kilpi, Merja, Doran et Puukka, 2001). Cette définition est applicable tant aux usagers qu'aux intervenants en réadaptation, mais réfère à des actions distinctes tant sur le plan des actions à exécuter que des éléments à mettre en place pour faciliter le développement du sentiment de confiance dans la capacité d'agir d'un individu.

Les différentes théories sur le pouvoir d'agir des employés peuvent être classées en deux grandes catégories, qui sont également applicables aux écrits sur le pouvoir d'agir des usagers : les théories organisationnelles (ou structurelles), qui s'intéressent principalement à l'accès au

pouvoir dans une organisation (Miller, Goddard, & Spence Laschinger, 2001), et les théories psychosociales, qui réfèrent plus à des processus interne de croissance et de développement qu'à des structures de pouvoir (Spreitzer, 1995). La théorie sociale critique est une troisième catégorie en émergence qui analyse de façon politique l'histoire du développement des professions, mais peu d'études sur le pouvoir d'agir ont utilisé cette théorie (Fulton, 1997 ; Scott, Matthews, & Corbally, 2003).

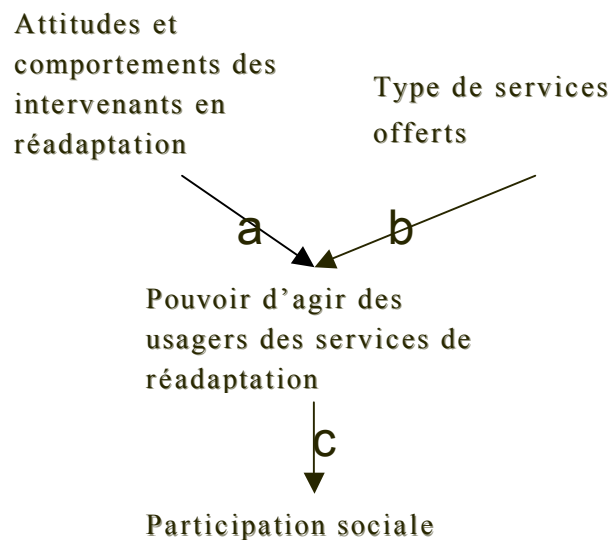
Ces théories ont influencé tant les travaux sur le pouvoir d'agir des usagers que des intervenants. Cependant, elles se sont concrétisées de façon différente selon le groupe d'acteurs visé. En réadaptation, les théories psychosociales ont eu une influence plus grande sur l'organisation des services que les théories structurelles et ont contribué au développement de différentes activités et approches favorisant le pouvoir d'agir des usagers. Les prochaines sous-sections présentent différents points de vue sur le pouvoir d'agir. D'abord, une vision plus traditionnelle, plus clinique, qui concerne les approches et types de services favorisant le pouvoir d'agir des usagers. Ensuite, nous présentons une vision plus globale de ce qui devrait être, selon nous, la conception du pouvoir d'agir en réadaptation. Celle-ci englobe à la fois les enjeux cliniques et organisationnels et tient compte des besoins des différents acteurs. Le pouvoir d'agir des employés, « contextualisé » pour les intervenants en réadaptation, est discuté. Les retombées associées aux stratégies organisationnelles visant l'amélioration du pouvoir d'agir des intervenants ainsi que quelques démarches et outils d'évaluation du pouvoir d'agir sont présentées. Les pistes d'intervention et de recherche découlant de l'intérêt pour le pouvoir d'agir des intervenants sont discutées.

1.2 POUVOIR D'AGIR: POINT DE VUE CLINIQUE ET CENTRÉ SUR LES USAGERS

Le pouvoir d'agir est une notion centrale dans le processus de réadaptation, puisque l'utilisateur et sa famille doivent se réapproprier une nouvelle condition de santé, ce qui contribue ultimement à la reprise des habitudes de vie et contribue donc à la participation sociale. Le pouvoir d'agir est donc intimement lié à la notion de participation, autant dans le sens de la participation sociale que dans le sens de la participation au processus de réadaptation. Pour Zimmerman et Warschausky, (1998), le pouvoir d'agir est un processus et un résultat relevant d'enjeux sur le contrôle, la conscience critique et la participation au processus de réadaptation. Le pouvoir d'agir est perçu comme un processus par lequel les individus vivant une situation de handicap et leurs familles ont accès à des connaissances, des habiletés et des ressources qui leur permettent de gagner du contrôle sur leur vie (Dunst & Trivette, 1996). Il est assumé que le pouvoir d'agir contribue au bien-être de l'utilisateur et de sa famille, ce qui influencerait positivement, ultimement, la participation sociale des personnes en situation de handicap.

La figure 1 schématise les liens présumés entre les attitudes et comportements des intervenants en réadaptation, l'offre de service, le pouvoir d'agir des usagers et la participation sociale. La flèche a représente les travaux fait sur les attitudes et comportements que les intervenants peuvent adopter pour favoriser le pouvoir d'agir des usagers. La flèche b représente différents types de services qui ont été mis en place pour favoriser le pouvoir d'agir des usagers. Quant à la flèche c, elle illustre l'influence présumée du pouvoir d'agir sur la participation sociale. Cependant, à notre connaissance, il n'y a pas de recherches qui ont porté directement sur ce dernier lien.

Figure 1. Conception actuelle du pouvoir d'agir en réadaptation



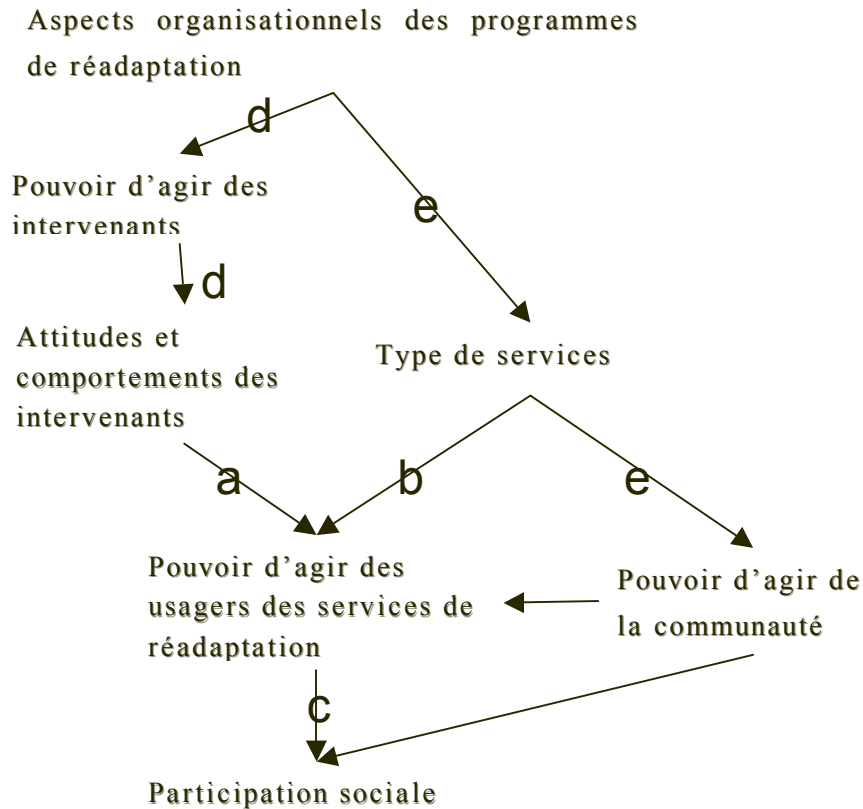
Les travaux qui ont été faits sur les attitudes et comportements des intervenants (flèche a) ont portés sur les relations de pouvoirs entre les intervenants et les usagers, le processus de transfert de connaissance et le partage des savoirs (Lefebvre, Pelchat, Swaine, Gélinas, & Prévert, 2005; St-Onge, Tétreault, Carrière, & Béguet, 2002). L'échange d'information est primordial, puisqu'il permet aux familles de prendre des décisions éclairées. Cliniquement, cela se traduit par le développement de philosophies de services telles que l'approche centrée sur la famille, où l'utilisateur et sa famille sont actifs dans leur processus de réadaptation. L'échange d'information est favorisée, l'expertise de chacun est reconnue, les intervenants contribuent à donner plus de pouvoir aux familles en les supportant dans leur développement de connaissances et de compétences, et la prise de décision se fait conjointement afin de répondre aux besoins des familles (King et al., 2002; Law et al., 2005; Rosenbaum, 1998).

Parmi les services mis en place afin de favoriser le pouvoir d'agir des usagers dans le domaine de la réadaptation au Québec (flèche b), plusieurs visent l'inclusion des usagers et les familles dans le processus de réadaptation. Par exemple, l'utilisateur et sa famille sont invités à participer à un plan d'intervention. Cette rencontre interdisciplinaire permet d'établir, avec les membres de l'équipe de réadaptation, les objectifs à atteindre et les services à mettre en place pour favoriser la participation sociale d'un usager (Agence de la santé et des services sociaux, 2004; Hébert, 2007).

1.3 PORTRAIT PLUS GLOBAL DES ENJEUX ENTOURANT LE POUVOIR D'AGIR EN RÉADAPTATION

Le schéma à la figure 1 nous apparaît comme une simplification des enjeux entourant le pouvoir d'agir en réadaptation. La figure 2 nous apparaît comme une illustration plus détaillée des enjeux entourant le pouvoir d'agir en réadaptation. En effet, afin d'être en mesure d'influencer le pouvoir d'agir des usagers, les intervenants doivent eux aussi être dans un contexte favorisant leur pouvoir d'agir, ce qui suppose une organisation du travail favorisant l'échange d'information et l'autonomie professionnelle (flèche d). De plus, l'organisation des services doit non seulement inclure des activités cliniques favorisant le pouvoir d'agir des usagers, mais compte tenu de la nature de la participation sociale, des activités doivent également être planifiées afin de développer le pouvoir d'agir des acteurs de la communauté pour qu'ils puissent permettre l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap (flèche e).

Figure 2. Portrait global des enjeux entourant le pouvoir d'agir en réadaptation



Même si elles demeurent relativement peu connues dans le domaine de la réadaptation, dans d'autres domaines, les stratégies pour favoriser le pouvoir d'agir des employés (Bartle, Couchonnad, Canda, & Staker, 2002; Chenoweth & Kilstoff, 2002) et de la communauté (Laverack & Wallerstein, 2001; Rousseau, 1993) sont bien documentées dans les écrits scientifiques. Les deux points soulevés ci-haut ont en commun certains aspects organisationnels des pratiques de réadaptation. Cependant, ils impliquent des enjeux différents pour les programmes de réadaptation. Dans le présent article, nous avons choisi de nous concentrer sur le pouvoir d'agir des intervenants, puisque compte tenu de leurs interactions directes tant avec les usagers qu'avec les partenaires communautaires des programmes de réadaptation, ce sont eux les principaux acteurs de changement.

1.4 POUVOIR D'AGIR: POINT DE VUE ORGANISATIONNEL ET CENTRÉ SUR LES INTERVENANTS

Les philosophies de services, telle que l'approche centrée sur la famille, demandent aux intervenants d'adopter certaines attitudes, mais ne discutent pas des enjeux organisationnels liés au pouvoir d'agir, que ce soit au niveau structurel ou psychosocial. Pourtant, les styles de

management et l'organisation de l'environnement influencent la possibilité des employés d'acquérir des habiletés et de l'autonomie de travail, et de participer aux décisions de l'entreprise (Chenoweth & Kilstoff, 2002; Kane-Urrabazo, 2006; Lloyd, Braithwaite, & Southon, 1999). Une approche favorisant le pouvoir d'agir des employés implique, dans une organisation, le partage d'information et la reconnaissance de la performance organisationnelle, la diffusion de connaissances à l'ensemble des employés pour qu'ils soient en mesure de contribuer à la performance organisationnelle et la délégation de pouvoir afin qu'ils puissent prendre des décisions influençant les orientations et la performance de l'organisation (Bowen & Lawler, 1992).

Les retombées des stratégies favorisant le pouvoir d'agir des employés sont souvent regroupées en deux catégories : les bénéfiques personnels pour les employés (sentiment accru d'efficacité personnelle et d'autonomie, motivation plus grande, augmentation de l'engagement envers l'organisation et de la participation aux activités, diminution de l'épuisement professionnel et augmentation de la satisfaction à l'emploi) et les bénéfiques pour l'organisation (performance organisationnelle, respect et coopération au sein de l'organisation et satisfaction de la clientèle) (Miller, Goddard, & Spence Laschinger, 2001). Des interventions au niveau des programmes de réadaptation pourraient se concrétiser par différents bénéfices, autant pour l'établissement que pour l'intervenant et l'utilisateur. Tel que mentionné précédemment, un intervenant ayant un haut niveau de pouvoir d'agir pourrait se sentir confiant et en mesure d'assumer ses responsabilités personnelles et professionnelles. Ce faisant, il serait plus à même d'accompagner et de favoriser le développement du pouvoir d'agir des usagers et des partenaires communautaires avec lesquels il interagit. De plus, cela se traduirait certainement par une meilleure satisfaction au travail et diminuerait les risques d'épuisement professionnel, problématique fréquente dans le domaine de la réadaptation. Enfin, pour l'établissement, cela pourrait se traduire, entre autre, par une meilleure rétention des employés. Cliniquement, cela aurait un impact sur la stabilité de la relation thérapeutique, ce qui permet le développement de la confiance nécessaire au processus de réadaptation, de la résilience et ultimement facilite le bien-être et la participation sociale. La stabilité du personnel peut également contribuer à l'efficacité du travail des intervenants en réadaptation, ce qui aurait à la fois des retombées organisationnelles (efficacité de l'utilisation des ressources) et cliniques (meilleure atteinte des résultats pour les usagers).

Tel que mentionné, à l'exception d'un projet de recherche en cours au Centre de Réadaptation Estrie, il existe présentement peu de travaux en réadaptation sur le pouvoir d'agir des intervenants. De plus, il est important d'explorer dans quelle mesure le pouvoir d'agir des intervenants en réadaptation influence celui des usagers et des partenaires communautaires, et d'identifier des pistes d'actions concrètes. Les retombées cliniques et organisationnelles escomptées associées au pouvoir d'agir des intervenants en réadaptation découlent de travaux effectués dans d'autres domaines et n'ont pas fait l'objet de recherche. Les liens entre les composantes organisationnelles, le pouvoir d'agir des intervenants et celui des usagers doivent être mieux compris. Pour ce faire, des outils d'évaluation du pouvoir d'agir doivent être disponibles. Certains outils sur le pouvoir d'agir des usagers sont connus et utilisés en réadaptation (ex. Dempsey, 1995), mais les outils qui pourraient être utilisés pour les intervenants sont méconnus.

2. ÉVALUATION DU POUVOIR D'AGIR DES INTERVENANTS EN RÉADAPTATION

Aucun article portant sur le pouvoir d'agir des intervenants en réadaptation dans le contexte du Québec n'a été répertorié. Cependant, quelques articles portant sur l'évaluation et la description du pouvoir d'agir des intervenants dans le domaine de la santé ont été trouvés. Le tableau 1 présente les articles impliquant une collecte de données dans un milieu clinique. Les études présentées ont été regroupées en trois catégories: 1) Les démarches qualitatives pour explorer la signification du pouvoir d'agir des intervenants de la santé ; 2) Les outils de mesures quantitatifs standardisés qui ont été développés à partir d'une démarche qualitative préalable portant sur la conceptualisation du pouvoir d'agir et 3) Les outils de mesure développés à partir de théories et d'opinions d'experts. Le tableau 1 présente également quelques articles reproduisant des démarches ou utilisant des outils de mesures standardisés ayant été développés et présentés dans des études précédentes, et qui ont été appliqués dans le domaine de la réadaptation ou dans des contextes similaires.

Tableau 1. Tableau résumé des études portant sur la conceptualisation et l'évaluation du pouvoir d'agir des intervenants dans le domaine de la santé

<u>Démarche qualitative pour explorer la signification du pouvoir d'agir des intervenants de la santé</u>	
Études originales	Exemples d'études ayant reproduit les démarches
Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring (Falk-Rafael, 2001)	N/A
Nurses' views on empowerment: a critical social theory perspective (Fulton, 1997)	N/A
A model for empowerment of nursing in Iran (Hajbaghery et Salsali, 2005)	N/A
<u>Outils de mesures quantitatifs standardisés qui ont été développés à partir de démarches qualitatives</u>	
Études originales	Exemples d'études ayant utilisé les outils de mesures standardisés
Nurses' and Midwives Understanding and Experiences of Empowerment in Ireland (Scott, Matthews et Corbally, 2003) (Matthews et al., 2005)	N/A
Measurement of staff empowerment within health service organizations (Irvine, Leatt et al. 1999)	-Work-related empowerment of the multidisciplinary team at the Rheumatism Foundation Hospital Suominen, Savikko, Kukkurainen, Kuokkanen et Doran-Irvine, 2006) - Work empowerment as experienced by head nurses (Suominen, Savikko, Puukka, Doran-Irvine et Leino-Kilpi, 2005) -Staff empowerment in Finnish intensive care units (Suominen, Leino-Kilpi, Merja, Doran et Puukka, 2001)
The qualities of an empowered nurse and the factors involved (Kuokkanen et Leino-Kilpi, 2001)	Promoting or impeding empowerment? Nurses' assessments of their work environment (Kuokkanen et Katajisto, 2003)

<u>Outils de mesures quantitatifs standardisés développés à partir de théories et d'opinion d'experts</u>	
Études originales	Études ayant utilisé l'outil de mesure
<p>Conditions for Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ), The Job Activities Scale (JAS) et The Organisational Relationship Scale (ORS) (version I et II)</p> <p>Version 1 : Thèse de doctorat (Chandler 1986)</p> <p>Version 2 : Promoting nurses' health : effect of empowerment on job strain and work satisfaction (Laschinger, 2001 in Laschinger 2006)</p> <p>Questionnaire disponible à: http://publish.uwo.ca/~hkl/scoring.html</p>	<p>-Evaluating physical therapists' perception of empowerment using Kanter's theory of structural power in organizations (Miller, Goddard et Laschinger, 2001)</p> <p>- Differences in perceptions of Empowerment among nationally certified and noncertified nurses (Piazza, Donahue, Dykes, Griffin et Fitzpatrick, 2006)</p> <p>Liste plus exhaustive des études ayant utilisées ces questionnaires à l'adresse internet suivante:</p> <p>http://publish.uwo.ca/~hkl/</p>
Empowering Health Care Improvement: An Operationnal Model (Dveirin et Adams, 1993)	N/A
A scale for measuring social worker Empowerment (Frans, 93)	Empowerment, skills, and values: A comparative study of nurses and social workers (Itzhaky, Gerber et Dekel, 2004)
An analysis of Empowerment between African-American, Hispanic-American, and White-American social workers employed by a county human services department (P. F. L. Scott, 1997)	N/A
Questionnaire: Psychological Empowerment Scale	Testing Karasek's Demands-Control Model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life (Laschinger, Finegan, Shamian et Almost, 2001)
Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation (Spreitzer, 1995)	

Les études ayant utilisé une démarche qualitative visaient surtout à explorer la signification du pouvoir d'agir des intervenants de la santé (Falk-Rafael, 2001; Fulton, 1997; Hajbaghery & Salsali, 2005). Ces études ont été réalisées auprès d'infirmières dans différents contextes et ont principalement utilisé des entrevues semi-structurées ou des groupes focalisés afin de colliger l'information. Puisqu'il s'agit d'études qualitatives, la généralisation et l'interprétation des résultats doivent être faites avec prudence. Deux de ces études semblent adopter la théorie sociale critique définie comme angle d'approche sur la notion de pouvoir d'agir (Falk-Rafael, 2001; Fulton, 1997) alors que la troisième étude semble plus près des théories structurelles (Falk-Rafael, 2001). Aucune de ces études ne visait à évaluer directement le pouvoir d'agir des infirmières, mais elles exploraient plutôt la perception des infirmières sur ce qu'est le pouvoir d'agir. Cependant, une étude visait à approfondir la conception du pouvoir d'agir, mais également à identifier les facteurs qui influençaient le niveau du pouvoir d'agir perçu par les infirmières afin de développer un modèle pour favoriser leur pouvoir d'agir (Hajbaghery & Salsali, 2005).

Trois outils de mesure quantitatifs standardisés ont été développés à partir de démarches qualitatives : le *Measurement of Empowerment* (Irvine, Leatt, Evans, & Baker, 1999), le *Nurses' and Midwives' Understanding and Experiences of Empowerment in Ireland* (Scott, Matthews, & Corbally, 2003) et le *Work Empowerment Promoting/Impeding Factors Scale* (Liisa Kuokkanen & Katajisto, 2003; Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2001). Ces trois outils ont été développés en trois phases. 1) Une démarche qualitative utilisant des entrevues et des groupes focalisés auprès d'infirmières (Kuokkanen 2001 ; Scott, Matthews, & Corbally, 2003) ou d'employés de diverses professions en milieux hospitaliers (Irvine, Leatt, Evans, & Baker, 1999) a été réalisée afin d'explorer la conceptualisation du pouvoir d'agir. La théorie psychosociale (Irvine, 1999; Kuokkanen et al., 2001) ou une approche mixte, intégrant les théories structurelles, psychosociales et social critique (Scott et al., 2003) a guidé le développement des entrevues ou groupes focalisés. 2) Un outil de mesure utilisant une échelle de type Likert a été développé à partir des catégories et des thèmes qui ont émergés de la démarche qualitative. 3) L'outil a été validé et parfois utilisé par la suite dans d'autres études.

Plusieurs articles répertoriés dans la recension des écrits ont utilisés des outils de mesures quantitatifs standardisés développés à partir de théories et d'opinions d'experts. Cependant, plusieurs études différentes reprennent les mêmes outils. En tout, ce sont cinq outils différents qui ont été répertoriés (voir le tableau 1), dont quatre utilisent des échelles de Likert où les intervenants dans le domaine de la santé s'autoévaluent sur différentes composantes du pouvoir d'agir. Les études ont principalement été réalisées auprès d'infirmières (Frans, 1993; Laschinger, 1996; Laschinger, Finegan, & Shamian, 2001; Spreitzer, 1995) et quelques unes auprès de travailleurs sociaux (Frans, 1993; Scott, 1997), de physiothérapeutes (Miller, Goddard, & Spence Laschinger, 2001) ou d'équipes interdisciplinaires (Dveirin & Adams, 1993). Plusieurs études répertoriées découlent des travaux de Kanter et mesurent donc particulièrement l'aspect du pouvoir à l'intérieur des organisations. Plusieurs recherches ont utilisé ces outils afin d'explorer les liens entre le pouvoir d'agir et diverses variables, évaluées avec divers autres outils. Entre autres, des relations significatives ont été trouvées entre le pouvoir d'agir et la certification des infirmières (Piazza, Donahue, Dykes, Griffin, & Fitzpatrick, 2006), le stress et la satisfaction du

travail (Patrick & Laschinger, 2006), la charge de travail, le burn-out, l'engagement et la santé (Laschinger & Finegan, 2005). D'autres outils de mesures ont été développés à partir de théories psychosociales (Spreitzer, 1995) ou d'approches mixtes (Frans, 1993), ce qui permet d'évaluer d'autres aspects du pouvoir d'agir.

DISCUSSION

Dans le domaine des affaires, il existe une littérature prolifique sur le pouvoir d'agir des employés et les bénéficiaires qui y sont associés (Bartle, Couchonnad, Canda, & Staker, 2002; Bowen & Lawler, 1992; Chenoweth & Kilstoff, 2002). Puisque le pouvoir d'agir doit être conceptualisé différemment selon les contextes et les populations visés (Zimmerman & Warschausky, 1998), les études réalisées dans le domaine des affaires ne sont pas automatiquement transférables à celui de la santé ou à celui de la réadaptation. Jusqu'à présent, dans le domaine de la santé, certaines études auprès des intervenants ont été réalisées, mais aucune de celles répertoriées n'a été effectuée dans un contexte de réadaptation similaire à celui du Québec. Or, la réadaptation est un domaine où le pouvoir d'agir des intervenants pourrait être lié au pouvoir d'agir des usagers, et ultimement influencer positivement leur santé et leur participation sociale. Puisque le pouvoir d'agir en réadaptation est davantage discuté d'un point de vue clinique et de celui des usagers, il est nécessaire de développer une compréhension plus globale du pouvoir d'agir dans ce domaine, afin d'intervenir sur les différents aspects et acteurs concernés.

Afin de comprendre mieux les enjeux sur le pouvoir d'agir en réadaptation, celui des intervenants nous apparaît central, puisqu'il nous semble plus négligé, mais également parce qu'il s'agit des acteurs principaux afin de faciliter le pouvoir d'agir des usagers et des membres de la communauté. Cela implique une organisation du travail et des services qui favorisent le développement de leur pouvoir d'agir. Les recherches participatives pourraient être des approches intéressantes, puisqu'elles permettent de mieux comprendre un phénomène, mais également de développer le pouvoir d'agir des participants (Ridde, Baillargeon, Ouellet & Roy, 2003). Or, peu de recherches ont été faites en ce sens en réadaptation. Il est pourtant nécessaire d'être en mesure de développer une compréhension plus approfondie des facteurs influençant le pouvoir d'agir des intervenants (ex. organisation du travail, philosophie de gestion de l'organisation, etc.) ainsi que des retombées de celui-ci (ex. pouvoir d'agir accru des usagers, impact sur la participation sociale, etc). Pour ce faire, des outils de mesure et d'analyse doivent être disponibles, mais ils demeurent rares (Ridde & Queuille, 2006).

Un premier défi relié à l'utilisation des divers outils de mesures disponibles pour évaluer le pouvoir d'agir des intervenants est la non disponibilité en français de la majorité de ces outils (à l'exception de Spreitzer, 1995), autant pour les grilles d'entrevues qualitatives que pour les outils quantitatifs standardisés. De plus, ces outils ont rarement été validés auprès d'intervenants en réadaptation. Puisque la nature du travail des intervenants en réadaptation au Québec est différent des autres groupes de population auprès desquels ces études ont été réalisées (ex. infirmières en milieu hospitalier), nous pouvons nous attendre à ce que se soit les mêmes concepts du pouvoir

d'agir qui seront importants, mais que les outils pour l'évaluer devront être adaptés afin de bien capturer les facteurs l'influençant et les retombées de celui-ci.

Les futures recherches en réadaptation pourraient toutefois s'inspirer de certaines études décrites dans les écrits scientifiques. Par exemple, une démarche utilisant la théorie ancrée, l'observation participante et des entrevues individuelles auprès d'acteurs clés afin de développer un modèle pour décrire l'expérience vécue du pouvoir d'agir des intervenants (Hajbaghery & Salsali, 2005) pourrait être adaptée dans le domaine de la réadaptation. Cela pourrait permettre de développer des objectifs et formuler des recommandations afin de favoriser le pouvoir d'agir des intervenants spécifiquement dans le domaine de la réadaptation au Québec. Cette démarche ne permettrait pas d'évaluer directement le pouvoir d'agir des intervenants, mais elle permettrait de développer une meilleure compréhension de ce qu'est le pouvoir d'agir et des facteurs qui l'influencent. Certaines autres études répertoriées dans les écrits scientifiques ont également utilisé des démarches qualitatives pour explorer la signification du pouvoir d'agir, mais elles ont également servi au développement d'outils de mesure quantitatifs standardisés. Dans certaines démarches, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes travaillant en contexte hospitalier ont été impliqués (Irvine, Leatt, Evans, & Baker, 1999) et l'outil ainsi développé a été utilisé par la suite auprès d'une équipe multidisciplinaire (Tarja Suominen, Savikko, Kukkurainen, Kuokkanen, & Doran, 2006), également en contexte hospitalier. Puisqu'une grande partie de la réadaptation au Québec se fait à l'extérieur des hôpitaux, certains ajustements seraient probablement à apporter à l'outil de mesure. Une autre démarche qui nous apparaît intéressante a servi à conceptualiser le pouvoir d'agir en quatre tableaux sur les qualités et les façons d'agir d'une infirmière (ou d'un intervenant) ayant un haut niveau de pouvoir d'agir, de même que les facteurs qui favorisent ou limitent le développement du pouvoir d'agir dans une organisation, ce qui pourrait fournir des pistes d'intervention pour les établissements de réadaptation.

Parmi les outils de mesures quantitatifs standardisés développés à partir d'opinions d'experts ou de théories, le *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ)*, qui mesure l'accès à diverses sources de pouvoir dans le milieu de travail (catégories : information, support, ressources, opportunités) (Laschinger, Purdy, Cho & Almost, 2006) est celui qui est le plus utilisé dans les écrits scientifiques. Il est fréquemment utilisé en combinaison avec le *The Job Activities Scale (JAS)* et le *The Organisational Relationship Scale (ORS)*, deux questionnaires qui mesurent respectivement le pouvoir formel et informel (Laschinger, Purdy, Cho & Almost, 2006). Entre autres, des relations significatives ont été trouvées entre le pouvoir d'agir et la certification des infirmières (Piazza, Donahue, Dykes, Griffin, & Fitzpatrick, 2006), le stress et la satisfaction du travail (Patrick & Laschinger, 2006), la charge de travail, le burn-out, l'engagement et la santé (Laschinger & Finegan, 2005). Une étude rapporte que ces outils sont applicables pour diverses catégories d'intervenants, mais qu'il existe cependant des différences entre les professions (Miller, Goddard, & Spence Laschinger, 2001). L'applicabilité de ces outils dans le domaine de la réadaptation demanderait d'abord une vérification de la pertinence et de la formulation des questions. Puisque ces outils sont développés à partir des théories structurelles, les éléments relationnels avec l'utilisateur et les éléments psychosociaux du pouvoir d'agir sont peu explorés. Certaines études ont utilisé ces questionnaires en complément avec d'autres outils présentés dans le tableau 1, tel que le *Psychological Empowerment Scale* (Spreitzer, 1995), pour compléter ce

volet psychosocial. Les autres outils présentés dans le tableau 1 pourraient également être intéressants dans le domaine de la réadaptation, mais tous demanderaient une validation préalable.

Ces études pourraient inspirer le développement de recherche en réadaptation afin d'avoir un portrait plus global des enjeux entourant le pouvoir d'agir. En comprenant mieux ces enjeux, les milieux de réadaptation seraient plus en mesure de développer des interventions efficaces, tant sur le plan de la distribution des services que sur le plan de l'organisation du travail, afin de favoriser la participation sociale de leurs clientèles. Par exemple, de plus en plus d'établissements en réadaptation développent différentes stratégies afin de mettre diverses informations à la disposition des usagers, ce qui facilite la prise de décision éclairée. Or, les intervenants doivent eux-mêmes avoir accès à cette information et ils doivent être sensibilisés à l'importance de l'information pour faciliter le pouvoir d'agir des usagers. De même, plus les intervenants pourront participer aux orientations des établissements de réadaptation, plus ils se les approprieront, ce qui favorisera leur pouvoir d'agir. Ils seront alors plus aptes non seulement à adhérer à ces orientations, mais également à les transposer en services. Bref, pour chaque changement organisationnel, les intervenants ont besoin d'être, à tout le moins, soutenus afin qu'ils puissent se réapproprier de nouveaux rôles. De plus en plus, les intervenants doivent apprendre à jouer différents rôles, tant celui d'expert que celui de consultant. Ce dernier rôle est particulièrement important afin de favoriser le pouvoir d'agir des individus. Or, pour que les intervenants soient en mesure de bien l'assumer, ils doivent eux aussi posséder un certain pouvoir d'agir.

Les milieux de pratiques de la réadaptation devront non seulement ajuster leur structure afin de favoriser le pouvoir d'agir des intervenants, mais ils devront également offrir de la formation continue en ce sens. Les milieux académiques ont également un rôle à jouer pour préparer les futurs intervenants. Plusieurs programmes de réadaptation ont intégré dans leur formation des composantes liées au savoir-être. Par exemple, dans le volet professionnalisme, le programme de physiothérapie de l'Université de Sherbrooke inclut les compétences liées à la communication et aux transferts de connaissances (<http://www.usherbrooke.ca/programmes/maitrise/physiotherapie.html>). Cependant, le pouvoir d'agir est souvent une notion négligée. Lorsqu'il est abordé, il l'est plus d'un point de vue clinique, centré sur les usagers. Rarement sont abordées les façons pour les futurs intervenants de développer leur propre pouvoir d'agir. De même, l'impact de leurs attitudes et comportements sur le pouvoir d'agir des usagers, et ultimement le lien avec la participation sociale, est peu discuté. Les programmes de formation pourraient intégrer dans leurs compétences essentielles différents aspects liés au pouvoir d'agir. Ceux-ci pourraient s'inspirer des travaux faits dans le domaine de l'évaluation et de la santé publique (Calhoun, Ramiah, MacGean Weist & Shortell, 2008), où les compétences clés ont été identifiées et dont certaines sont en lien avec une pratique réflexive (Stevahn, King, Ghere, & Minnema, 2005), ce qui favorise le pouvoir d'agir. La formation théorique devrait donc permettre d'accroître le pouvoir d'agir des futurs intervenants, de les sensibiliser sur l'importance de celui-ci et sur celui des usagers. La formation pratique devrait, elle aussi, offrir des opportunités afin que les futurs intervenants puissent mettre à l'œuvre leurs connaissances théoriques.

CONCLUSION

Il est nécessaire pour le domaine de la réadaptation de développer une vision plus globale du pouvoir d'agir. Les usagers peuvent bénéficier de services visant à développer leur pouvoir d'agir. Cependant, les organisations doivent également prendre en considération les facteurs influençant le pouvoir d'agir des intervenants, puisque ce sont ces derniers qui interagiront avec les usagers et influenceront leurs opportunités pour développer leur pouvoir d'agir. Pour ce faire, plus de recherches doivent être réalisées sur le pouvoir d'agir des intervenants en réadaptation. La validation d'outils de mesure du pouvoir d'agir des intervenants permettrait d'approfondir les connaissances dans le domaine de la réadaptation, notamment en développant une meilleure compréhension des liens entre les structures organisationnelles, le pouvoir d'agir des intervenants, celui des partenaires communautaires, celui des usagers et, ultimement, l'influence sur la participation sociale.

Pour les établissements de réadaptation, les outils de mesure peuvent servir à faire un premier diagnostic organisationnel sur le pouvoir d'agir dans leurs programmes. Bien qu'il y ait à première vue de nombreux bénéfices reliés à l'utilisation de stratégies favorisant le pouvoir d'agir des intervenants, cela demande toutefois aux établissements de développer une structure organisationnelle du travail qui permette aux employés d'avoir accès au pouvoir formel et informel au sein de l'entreprise (Miller, Goddard, & Spence Laschinger, 2001). Cela pose certains défis dans la gestion quotidienne, notamment en ce qui concerne l'échange d'information entre la direction et les intervenants, et l'accès à la formation continue. Cela suppose aussi que les intervenants soient autonomes non seulement dans la prise de décisions cliniques, mais également qu'ils soient impliqués dans les orientations de l'établissement.

Le pouvoir d'agir étant un concept complexe et difficile à circonscrire, il est nécessaire de poursuivre les travaux afin de développer un cadre intégrateur des différents concepts reliés au pouvoir d'agir, en fonction des différents acteurs dans le domaine de la réadaptation.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux. (2004). *Cadre de référence sur le plan de services individualisés (PSI): Estrie*. Sherbrooke: Table de concertation Établissements/Agence.
- Bartle, E., Couchonnad, G., Canda, E., & Staker, M. (2002). Empowerment as a Dynamically Developing Concept for Practice: Lessons Learned from Organizational Ethnography. *Social Work, 47*(1), 32-40.
- Bowen, D. E., & Lawler, E. E., 3rd. (1992). The empowerment of service workers: what, why, how, and when. *Sloan Management Review, 33*(3), 31-39.
- Chenoweth, L., & Kilstoff, K. (2002). Organizational and structural reform in aged care organizations: empowerment towards a change process. *Journal of Nursing Management, 10*(4), 235-244.
- Calhoun, J. G., Ramiah, K., MacGean Weist, E. & Shortell, S. M. (2008). Development of a Core Competency Model for the Master of Public Health Degree. *American Journal of Public Health, 98*(9), 1598-1607.
- Dempsey, I. (1995). The enabling practices scale: the development of an assessment instrument for disability services. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 20*(1), 67-73.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helping practices and family-centred care. *Pediatric Nursing, 22*(4), 334-337.
- Dveirin, G. F., & Adams, K. L. (1993). Empowering Health Care Improvement: An Operational Model. *Journal on Quality Improvement, 19*(7), 222-233.
- Falk-Rafael, A. R. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science, 24*(1), 1-16.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de Production du Handicap*. Lac St-Charles: RIPPH/SCCIDIH.
- Frans, D. J. (1993). *A scale for measuring social worker empowerment: Research on Social Work Practice*. Vol 3(3) Jul 1993, 312-328.
- Fulton, Y. (1997). Nurses' views on empowerment: a critical social theory perspective. *Journal of Advanced Nursing, 26*(3), 529-536.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In G. F. Fisher (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Les Éditions Dunod.

- Hajbaghery, M. A., & Salsali, M. (2005). A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health Services Research*, 5(24), 1-11.
- Hébert, R. (2007). Équipe multidisciplinaire et interdisciplinarité. In Arcand-Hébert (Ed.), *Précis de gériatrie*: Edisem-Maloine.
- Irvine, D., Leatt, P., Evans, M. G., & Baker, R. G. (1999). Measurement of staff empowerment within health service organizations. *Journal of Nursing Measurement*, 7(1), 79-96.
- Kane-Urrabazo, C. (2006). Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*, 14, 186-194.
- King, G., Tucker, M. A., Baldwin, P., Lowry, K., LaPorta, J., & Martens, L. (2002). A life needs model of pediatric service delivery: services to support community participation and quality of life for children and youth with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 22(2), 53-77.
- Kuokkanen, L., & Katajisto, J. (2003). Promoting or impeding empowerment? Nurses' assessments of their work environment. *Journal of Nursing Administration*, 33(4), 209-215.
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2001). The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of Nursing Management*, 9(5), 273-280.
- Laschinger, H. K. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: a review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Almost, J. (2001). Testing Karasek's Demands-Control Model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 233-243.
- Laschinger, H. K. S., & Finegan, J. (2005). Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 439-449.
- Laschinger, H. K. S., Purdy, N., Cho, J., & Almost, J. (2006). Antecedents and consequences of nurse managers' perceptions of organizational support. *Nursing Economics*, 24(1), 20-29.
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179-185.

- Law, M., Teplicky, R., King, S., King, G., Kertoy, M., Moning, T., et al. (2005). Family-centred service: moving ideas into practice. *Child: Care, Health & Development*, 31(6), 633-642.
- Le Bossé, Y. (2003). De l' "habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(2), 30-51.
- Lefebvre, H., Pelchat, D., Swaine, B., Gélinas, I., & Prévert, M. J. (2005). *Expérience de la personne, de sa famille, des médecins et des professionnels lors de l'épisode de soins du traumatisme crânien suite à un accident de la route: Des soins critiques à la réadaptation*. Montréal: Université de Montréal.
- Lloyd, P., Braithwaite, J., & Southon, G. (1999). Empowerment and the performance of health services. *Journal of Management in Medicine*, 13(2), 83-94.
- Miller, P. A., Goddard, P., & Spence Laschinger, H. K. (2001). Evaluating physical therapists' perception of empowerment using Kanter's theory of structural power in organizations. *Physical Therapy*, 81(12), 1880-1888.
- Patrick, A., & Laschinger, H. K. S. (2006). The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 13-22.
- Piazza, I. M., Donahue, M., Dykes, P. C., Griffin, M. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2006). Differences in perceptions of empowerment among nationally certified and noncertified nurses. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 277-283.
- Ridde, V. & Queuille, L. (2006). Evaluer l'empowerment : tentative d'application d'un cadre d'analyse en Haïti. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(3), 173-180.
- Ridde, V., Baillargeon, J., Ouellet, P. & Roy, S. (2003). L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service Social*, 50(1), 263-279.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-centered service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20.
- Rousseau, C. (1993). Community Empowerment: The Alternative Resources Movement in Québec. *Community Mental Health Journal*, 29(6), 535-546.
- Scott, P. A., Matthews, A., & Corbally, M. (2003). *Nurses' and Midwives' Understanding and Experiences of Empowerment in Ireland*. Dublin: Department of Health and Children.
- Scott, P. F. L. (1997). *An analysis of empowerment between African-American, Hispanic-American, and White-American social workers employed by a county human services department*. Dissertation

Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol 57(11-A), May 1997, pp. 4932.

Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.

St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Bell, L., Caron, C., Godbout, P., Leblanc, J., et al. (2008). Empowerment Interventions, knowledge translation and exchanges: perspectives of home care professionals, clients and caregivers. *BMC Health Services Research*, 8(177), 1-24.

St-Onge, M., Tétreault, S., Carrière, M., & Béguet, V. (2002). *La collaboration entre le personnel clinique et les parents de jeunes enfants ayant une déficience physique: ce qu'en disent les intervenants et les parents*. Québec: Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec.

Stevahn, L., King, J., Ghere, G., & Minnema, J. (2005). Evaluators competencies in university-based evaluations training programs. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(2), 101-123.

Suominen, T., Leino-Kilpi, H., Merja, M., Doran, D. I., & Puukka, P. (2001). Staff empowerment in Finnish intensive care units. *Intensive & Critical Care Nursing*, 17(6), 341-347.

Suominen, T., Savikko, N., Kukkurainen, M., Kuokkanen, L., & Doran, D. I. (2006). Work-related empowerment of the multidisciplinary team at the Rheumatism Foundation Hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 94-104.

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO regional office for Europe.

Zimmerman, M. A., & Warschausky, S. (1998). Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3-16.

PRÉSENTATION DES AUTEURS

Chantal Camden est physiothérapeute et coordonnatrice de recherche au Centre de Réadaptation Estrie. Elle est également étudiante au doctorat en sciences biomédicales, option réadaptation, à l'Université de Montréal, et membre du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain.
chantal.camden@umontreal.ca

Valéry Ridde, Ph.D., est chercheur en santé publique au Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal et au département de médecine sociale et préventive. Ses travaux de recherche portent sur les politiques publiques de santé, l'accès aux soins et l'équité, ainsi que l'évaluation de programme et les approches participatives.
valery.ridde@umontreal.ca