

LA PRATIQUE INFIRMIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION EN CSSS, MISSION CLSC

De la volonté à la réalité...

Ce rapport synthèse présente les résultats d'une étude réalisée en étroite collaboration par des chercheurs de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP), de l'Université de Montréal et de quatre centres de santé et de services sociaux de Montréal (CSSS). Cette démarche participative s'inscrit dans une volonté d'ajuster la recherche aux réalités des CSSS, dans le but de formuler des recommandations et d'entreprendre des actions afin de favoriser une actualisation accrue de la pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention dans une perspective populationnelle.

La réforme des CSSS : la volonté d'une approche populationnelle

Créés en juin 2004, les CSSS sont chargés de mobiliser les acteurs du territoire en vue de revoir leur offre de services en santé. Celle-ci doit traduire un continuum d'interventions à mettre en place, incluant la promotion de la santé et la prévention. La responsabilité populationnelle au cœur de cette réforme entraîne les CSSS à non seulement fournir une réponse adéquate aux demandes de soins, mais à considérer les besoins de la population.

L'approche populationnelle : une réalité pour les infirmières?

Comment l'approche populationnelle se traduit-elle dans la pratique de promotion/prévention des infirmières en CSSS, mission CLSC? Est-elle devenue une réalité pour ces intervenantes qui composent près de la moitié des effectifs professionnels de ces milieux?

En réponse à ces questions, ce rapport synthèse présente cinq composantes du développement de la pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention dans une approche populationnelle (PPPP) : la formation, les activités privilégiées, l'identité professionnelle, l'organisation du travail et le développement de liens entre les acteurs.

La recherche

Cette recherche est réalisée par une équipe d'infirmières cliniciennes et de gestionnaires des CSSS-CAU Cavendish, de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, de la Montagne et Jeanne-Mance associée à des chercheuses de la DSP et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le premier volet, une analyse documentaire du contexte organisationnel des équipes CLSC de ces quatre CSSS-CAU, a fait l'objet d'un précédent rapport.

Pour le second volet de cette recherche, 28 gestionnaires et 41 infirmières de ces mêmes équipes ont accepté de participer, entre juillet 2006 et janvier 2007, à un entretien semi-dirigé pour discuter de leur pratique de promotion/prévention. Les participants provenaient des secteurs enfance/famille/jeunesse, personnes âgées/en perte d'autonomie, services généraux et services spécifiques. Les directions générale, de soins infirmiers et de santé publique étaient aussi représentées. La presque totalité des participants occupait un poste permanent à temps complet; la moyenne d'ancienneté au poste occupé était de cinq ans.

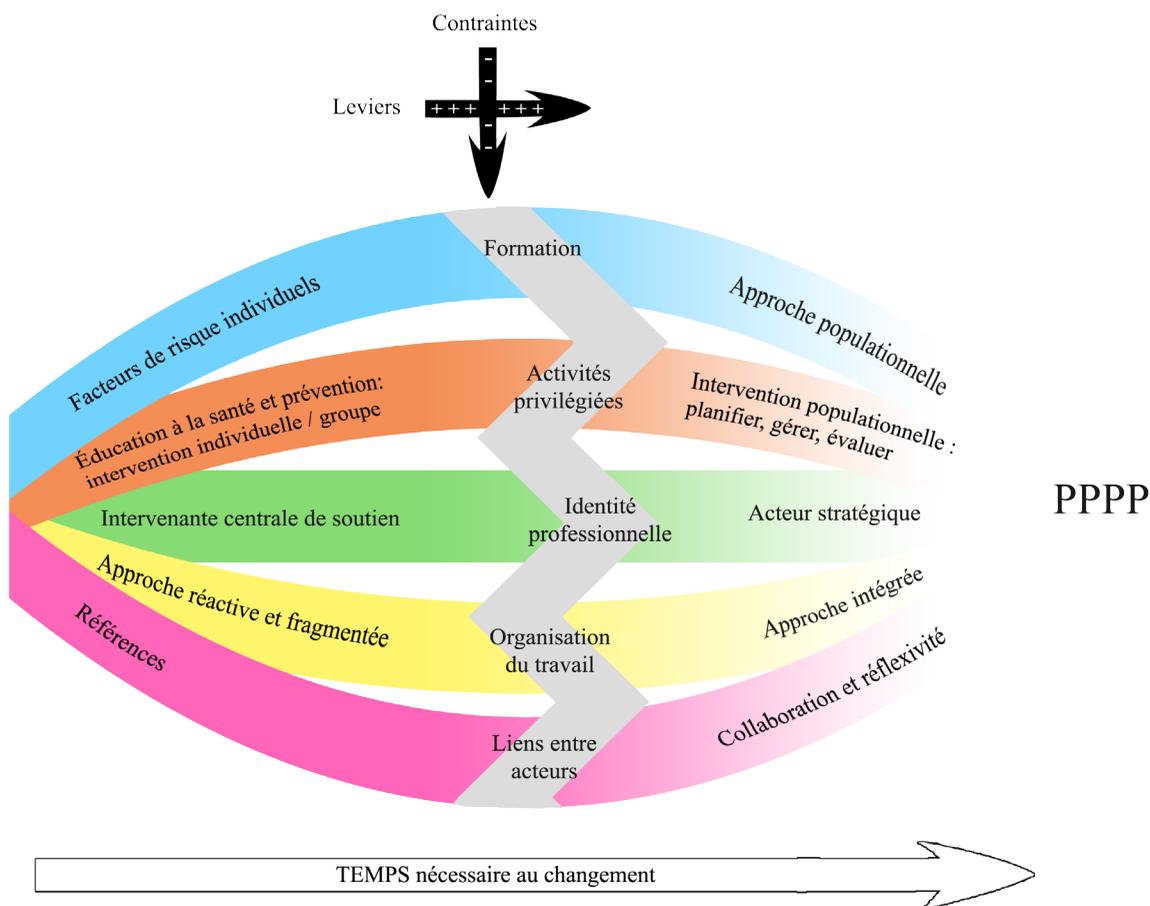
L'analyse

L'analyse des données qualitatives s'est déroulée selon la méthode de comparaison constante. Les propos des infirmières et des gestionnaires ont été regroupés en catégories conceptuelles, puis illustrés à l'aide d'extraits, pour faire ressortir tant les tendances générales que les contrastes entre les types de participants. À chaque étape de l'analyse, des rencontres d'équipe ont permis la discussion des idées émergentes, la confrontation des interprétations rivales et l'identification de pistes d'analyse. La modélisation a ensuite procédé à travers la spécification et la mise en relation des thèmes construits; il en a résulté deux modèles.

RÉSULTATS

Un premier modèle illustre le constat général de la recherche : la pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention selon une approche populationnelle (PPPP) tarde à se concrétiser au sein du continuum d'interventions en CSSS, mission CLSC.

Les cinq bandes colorées représentent les composantes du développement de cette pratique infirmière. La coloration foncée des bandes, à la gauche du modèle, traduit la pratique observée; tandis que la coloration pâle, à la droite, désigne les attentes formulées en regard de la PPPP, lesquelles demeurent en voie de développement. Une fracture est modélisée pour rendre compte d'un certain désalignement entre la pratique et les attentes. Les flèches noires suggèrent, enfin, que des leviers (+ +) et des contraintes (- -) agissent sur l'actualisation de la PPPP. En outre, cette actualisation nécessite du temps; les organisations et les intervenants en ont besoin pour intégrer les changements souhaités.



Les composantes du développement de la PPPP

Les cinq composantes du développement de la PPPP renvoient à des dimensions et des tendances qui façonnent la pratique des infirmières en promotion de la santé et en prévention. Ces composantes ont, par ailleurs, été abordées sous l'angle d'un certain désalignement, voire d'une fracture, entre des conditions favorables à une pratique infirmière davantage orientée vers une approche populationnelle et la réalité de la pratique actuelle. Considéré autrement, ce désalignement suggère la nécessaire réconciliation de tendances complémentaires pour renforcer la pratique infirmière souhaitée en promotion de la santé et en prévention, tant par les gestionnaires que les infirmières et ce, pour les cinq composantes suivantes :

- La formation : poursuivre le développement des savoirs tant sur les déterminants de la santé que sur les facteurs de risque individuels.
- Les activités infirmières privilégiées : combiner l'éducation à la santé et l'intervention populationnelle.
- L'identité professionnelle de l'infirmière : concilier sa position centrale de soutien avec son potentiel stratégique.
- L'organisation du travail : faire face à la diversification des demandes à travers une approche intégrée.
- Les liens entre les acteurs : déployer sa capacité d'agir, en collaboration, à travers des réseaux réflexifs.

Ces composantes sont élaborées et illustrées à l'aide de verbatim dans les sections suivantes.

Des leviers et des contraintes agissant sur l'actualisation de la PPPP

Selon les participants, notamment les gestionnaires, la création des CSSS donne un élan favorable à l'actualisation accrue de la promotion de la santé et à la prévention. Un *momentum* s'installe et des mesures de soutien sont mises en place : directions de santé publique au sein des CSSS, budgets réservés, tables de concertation des directeurs généraux et de santé publique figurent parmi les **leviers** identifiés. La responsabilité populationnelle et les processus favorisant l'imputabilité des CSSS sont abordés comme des défis stimulants.

Par contre, plusieurs **contraintes**, particulièrement celles liées aux réformes successives de notre système de santé et de services sociaux, sont nommées par les gestionnaires et les infirmières rencontrés. D'une part, les CSSS disposent de ressources limitées pour composer avec le virage ambulatoire et favoriser l'intégration de la vision PPPP dans une culture plutôt centrée sur les services cliniques. D'autre part, les infirmières ne sont pas suffisamment accompagnées pour intégrer les changements récents et s'assurer que l'action correspond aux réalités et aux besoins de la population. À cela s'ajoute une certaine verticalisation de l'organigramme dans les CSSS qui a pour effet, selon certaines personnes interviewées, d'éloigner les dirigeants et leurs décisions des réalités des intervenants sur le terrain. Finalement, la nature même de la promotion de la santé et de la prévention en fait un choix difficile à assumer : les résultats sont peu visibles à court terme, en plus d'être moins faciles à mesurer, donc moins bien documentés.

Malgré l'espoir qu'expriment les infirmières face à la création des CSSS, ces contraintes suscitent un mélange d'impuissance, d'incompréhension et de craintes quant à la perte anticipée de certaines facettes de leurs rôles. Aussi, elles se disent épuisées par l'enchaînement des transformations du réseau et questionnent le bien-fondé des choix politiques. Elles constatent, de manière répétée, que les priorités énoncées ne sont pas toujours respectées, les ressources allouées aux activités de promotion/prévention étant encore trop souvent précaires.

La formation : essentielle et continue

Les participants se sont exprimés sur les savoirs et les compétences nécessaires à la pratique de promotion/prévention. Ils ont fourni des informations concernant la formation de base des infirmières et la formation continue qui leur est offerte. L'ensemble des propos renvoie surtout à la prévention primaire et secondaire ainsi qu'à des stratégies d'éducation à la santé et de communication de masse. La notion de *promotion de la santé* est rarement traitée distinctement. Peu de répondants s'expriment sur les déterminants socio-environnementaux de la santé.

Les infirmières affirment que, pour réussir des activités de promotion/prévention, elles ont besoin de nombreuses connaissances et compétences; cependant, elles n'arrivent pas à en cerner la nature spécifique. Elles démontrent et demandent surtout des sa-

voirs et des aptitudes axés sur les facteurs de risque individuels, pour la prévention. Les bases théoriques de la promotion de la santé et de l'approche populationnelle sont peu comprises. Les connaissances un peu plus précises des gestionnaires reflètent le fait qu'ils ont bénéficié de formations sur l'approche populationnelle.

Les infirmières et les gestionnaires soutiennent, en majorité, que la formation de base ne prépare pas adéquatement les infirmières à la pratique de la promotion/prévention dans une approche populationnelle. La formation continue est appréciée par les infirmières, bien qu'elles notent des améliorations possibles. Les gestionnaires estiment que la formation continue est un puissant outil de motivation, mais qu'en pratique, l'effet est souvent contraire, par manque de suivi ou de mise en pratique.

Les infirmières...		Les gestionnaires...	
<ul style="list-style-type: none"> ■ considèrent que la formation de base se centre sur l'intervention individuelle sans suffisamment toucher les notions d'approche motivationnelle et de marketing social; ■ connaissent bien les facteurs de risque individuels et l'éducation à la santé; ce sont aussi ces éléments qu'elles souhaitent parfaire : être plus aptes à saisir les occasions d'enseignement et à encourager leur clientèle à adopter de meilleures habitudes de vie; ■ constatent que l'accès à la formation continue est grandement compromis par le manque de ressources; ■ désirent une formation continue plus adaptée à leurs besoins, axée sur le développement de compétences, avec un meilleur suivi pour favoriser l'intégration des acquis. 	<p>« ... dans notre formation, l'approche individuelle est très favorisée. »</p> <p>« Et ce que je déplore, c'est qu'il n'y a jamais de suite. C'est beau une formation, mais ça prend un suivi. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ aimeraient que les infirmières aient plus d'aptitudes pour motiver les individus à adopter des comportements de santé; ■ décrivent des compétences stratégiques à acquérir : gérer des projets, mieux connaître les acteurs, travailler en équipe ou en intersectoriel; ■ éprouvent de la difficulté à libérer les infirmières pour assister aux formations continues tout en maintenant l'offre de services; ■ soulignent la nécessité de mieux planifier la formation continue : l'offre actuelle de formation est plus réactive que proactive; ■ énumèrent des enjeux à considérer pour cette planification : les priorités dictées au niveau régional, les besoins normatifs liés aux clientèles ou aux changements de techniques, les besoins exprimés par les professionnels. 	<p>« ... on est plus ou moins structuré dans la planification de nos formations. On n'a pas de plan directeur qui découle d'un processus d'analyse de besoins puis de priorisation. On est très en lien avec des obligations de mise à jour ou des priorités qui émergent au plan régional, pour lesquelles on n'a pas le choix. »</p>

Les activités infirmières privilégiées

Les activités de promotion/prévention évoquées dans les propos des infirmières décrivent majoritairement des interventions d'éducation à la santé. Avec leur vision globale de la santé, elles dispensent des soins, prodiguent des conseils et tentent de responsabiliser la clientèle.

Il semble exister des tensions entre les activités observées et celles souhaitées. L'idéal décrit par les infirmières et les activités attendues d'elles par les gestionnaires incluent aussi une vision populationnelle de leurs interventions. L'infirmière devrait être présente dans le milieu et développer d'autres stratégies de promotion de la santé que l'éducation, ainsi que d'autres niveaux d'intervention comme la planification, la gestion de projet ou l'évaluation de programmes.

Les infirmières...		Les gestionnaires...	
<ul style="list-style-type: none"> ■ définissent leur rôle premier, mis à part leurs activités plus cliniques, comme celui d'éducatrices à la santé : elles sensibilisent, informent et responsabilisent la clientèle; ■ travaillent majoritairement avec des individus; elles s'adressent parfois à des groupes, mais rarement à des communautés; ■ soulignent un grand impact des caractéristiques de la population sur leurs activités : âge, complexité des besoins, multiculturalisme; ■ souhaitent des actions plus communautaires en promotion/prévention : planifier des interventions selon les besoins de la population, rencontrer les gens des différents milieux, aller dans les organismes communautaires; ■ apprécieraient que l'OIIQ se positionne et défende le rôle infirmier en promotion/prévention. 	<p>« ... cibler les problématiques majeures, faire un plan, voir comment on peut rejoindre les populations et aller dans les organismes communautaires... »</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ décrivent l'idéal des activités infirmières en s'inspirant des fondements de l'approche populationnelle : des infirmières ancrées dans la communauté, qui identifient les acteurs, les décideurs et les occasions susceptibles de soutenir un programme; ■ ouvrent la porte à la gestion de projet; ils sont prêts à placer l'infirmière dans cette position stratégique, mais constatent que peu d'infirmières semblent disposées à relever ce défi : « Elles ont peut-être envie de cette diversité, mais elles ont en même temps de la crainte, parce qu'elles ne se sentent pas outillées. » 	<p>« ... je vois l'infirmière comme étant présente dans le milieu et aussi importante que l'organisateur communautaire. C'est une infirmière très communautaire, impliquée dans le milieu, qui connaît les ressources. »</p>

L'identité professionnelle de l'infirmière

L'autoportrait tracé par les infirmières et le visage professionnel que les gestionnaires observent au quotidien convergent vers l'identité *centrale de soutien* de l'infirmière. Compétente, flexible, ouverte, dévouée : l'infirmière construit son identité d'abord à partir de ses qualités, puis de son expérience professionnelle, de ses connaissances et de ses atouts. L'infirmière se trouve au centre de toutes les activités; sa présence est nécessaire à leur bon déroulement, mais elle est davantage dans un rôle de soutien qu'en situation de leadership. L'infirmière œuvre à la réalisation des activités davantage qu'à leur développement et à leur planification.

Les infirmières se définissent comme des intervenantes d'action, mais aussi de cœur; elles constatent un décalage entre le rôle d'exécution qu'elles se voient jouer et l'identité créatrice qu'elles aimeraient exploiter davantage. Leurs rôles et leurs activités semblent les laisser un peu sur leur faim, comme en témoignent la ferveur avec laquelle elles décrivent leur motivation et leur désir de faire de la promotion/prévention, ainsi que leur crainte de perdre la responsabilité de l'éducation à la santé.

Les gestionnaires abordent aussi le volet *centrale de soutien* de l'infirmière : ils la décrivent comme l'intervenante aux qualités multiples sur qui reposent toutes les interventions. Ils ouvrent également la porte à un rôle *d'acteur stratégique* pour l'infirmière. Ils aimeraient qu'elle possède des capacités à négocier avec une diversité d'acteurs et des aptitudes à influencer des dynamiques, tant entre professionnels qu'avec la clientèle.

Les infirmières et les gestionnaires...

- notent de nombreuses caractéristiques et qualités personnelles de l'infirmière – accessible, ouverte, inspirante – qui font d'elle la *porte d'entrée du système* et l'outillent pour rejoindre la communauté et bien saisir la spécificité des clientèles;
- rapportent l'importance capitale de la motivation pour intervenir en promotion/prévention; les infirmières la voient davantage comme un élément intrinsèque – elles se doivent d'« y croire » et « d'être vraiment convaincues » – et les gestionnaires ajoutent des éléments de motivation externe tels qu'un milieu stimulant et la formation continue;
- identifient un grand défi pour l'infirmière : s'affirmer au sein de l'équipe interprofessionnelle, prendre sa place tout en reconnaissant l'apport de l'autre;
- ajoutent que l'infirmière a une grande valeur au sein de cette équipe; en raison de sa polyvalence et de sa vision globale, elle peut y jouer un rôle de pivot et de leadership.

« ... il faut vraiment y croire... »

« Elles ont la motivation, le viscéral. »

« ... je pense qu'il faut être visible, prendre notre place. Sans trop casser des œufs, être là au bon moment, puis être enthousiaste. »

« [L'infirmière doit] devenir un acteur efficace. »

Les infirmières...		Les gestionnaires...	
<ul style="list-style-type: none"> ■ souffrent de ne pouvoir se réaliser pleinement dans le volet promotion/prévention de leur pratique, en partie en raison des exigences élevées qu'elles se fixent; certaines n'hésitent pas à consacrer du temps personnel à l'exercice de leur rôle d'éducatrice, alors que d'autres affirment se désengager; ■ rapportent que des préjugés défavorables envers la promotion/prévention circulent au sein même des CSSS; des infirmières de secteurs plus cliniques discréditent le rôle de l'infirmière comme agent de promotion/prévention; certaines réfèrent même à la promotion/prévention comme une activité moralisatrice et inutile. 	<p><i>« ... on n'est pas des bonnes infirmières parce qu'on voit juste des petites mada-mes et des petits bébés en santé; on ne fait pas des gros pansements, on ne met pas des pompes, des so-lutés... t'imagines, c'est des infir-mières de CLSC qui ont un dis-cours comme ça. »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ décrivent l'infirmière comme une intervenante <i>centrale de soutien</i> : une généraliste polyvalente « <i>soucieuse de l'autre et de bien faire</i> »; pour qui il est « <i>naturel d'aider</i> »; c'est une ambassa-drice de la promotion/prévention auprès des autres professionnels, qui conserve cependant le savoir nécessaire pour assurer l'ensemble des services cliniques et de prévention; ■ évoquent également l'affirmation d'une identité plus stratégique sans toutefois noter la contra-diction entre ces deux identités difficiles à concilier : la prise de position dans un jeu de pouvoir versus la position centrale de celle qui soutient l'ensemble des activités, en prenant sa place tout en respectant celle de l'autre. 	<p><i>« ... les infirmières ne voient pas l'im-portance de leur rôle. Ce n'est pas là-dedans qu'on les reconnaît et si on les reconnais-sait dans un rôle élargi, au même titre que des soins, ça aiderait. »</i></p>

L'organisation du travail

Les infirmières décrivent une intégration parcellaire et fragmentée de la promotion/prévention dans une pratique quotidienne surchargée de curatif et dans un contexte de rareté des ressources. Les gestionnaires sont conscients de ces contraintes : ils se disent forcés de faire des choix aux dépens de la promotion/prévention et présentent des suggestions de réorganisation des ressources et de changements de structures pour en favoriser la réalisation. Tant les infirmières que les gestionnaires sont d'avis qu'il faut allouer spécifiquement des ressources à la promotion/prévention.

L'offre de services des CSSS et l'organisation du travail infirmier sont réactives. Elles sont définies en fonction des demandes qui surviennent, et il y a peu d'anticipation des besoins populationnels. De plus, le fonctionnement de l'organisation semble s'appuyer sur un mode de décision centralisé qui engendre une séparation des activités de planification et d'intervention. À travers ces constats se dessine le défi de gérer la complexité dans une approche intégrée qui laisse une large place aux professionnels et aux acteurs de la communauté.

Les infirmières...

- font face à des mandats ambigus; les attentes reposent sur des indicateurs de performance quantitatifs – nombre de rendez-vous, nombre de personnes vaccinées, etc. – et ces statistiques ne traduisent pas l'ensemble de leurs activités de promotion/prévention;
- rapportent une très grande distance entre les discours priorisant la promotion/prévention et les choix réellement effectués dans leurs organisations; ces activités sont les premières suspendues lorsque les ressources manquent; les infirmières ont l'impression que leurs gestionnaires ont peu d'impact sur ces choix; ils seraient contraints de répondre à des orientations dictées par le palier national ou régional;
- décrivent leur travail comme une suite d'actions pour répondre à des demandes davantage qu'en termes d'interventions qu'elles auraient contribué à planifier et à organiser;
- s'opposent majoritairement à ce que les activités de promotion/prévention soient entièrement réservées à certains intervenants, afin d'éviter que la planification et la réalisation des interventions se retrouvent déconnectées de la réalité du terrain;
- croient qu'il faudrait avoir des ressources protégées, afin d'éviter que la promotion/prévention ne cède sous le poids des activités curatives. Dans cette optique, lorsqu'on leur propose la création d'une équipe de promotion/prévention, elles la décrivent comme un ensemble interdisciplinaire d'intervenants de deuxième ligne qui disposent des savoirs et des ressources pour soutenir les intervenants dans la planification, la réalisation ou l'évaluation d'interventions de promotion/prévention, sans s'y substituer;
- soulignent que le soutien des gestionnaires compte beaucoup : elles notent leur disponibilité, leur ouverture aux besoins des intervenants, la confiance qu'ils leur accordent, ainsi que l'énergie qu'ils consacrent à défendre la promotion/prévention au sein de l'organisation.

« Ce qui est valorisé, c'est les listes d'attente pour la vaccination. Il faut qu'on vaccine les enfants dans les délais prévus, il faut qu'on visite le plus proche de 100 pour cent des mères dans les trois jours qu'elles sortent de l'hôpital [...]. Puis tant que ces statistiques-là sont remplies, tant que ces chiffres-là sont beaux, bien, elle est satisfaite, notre patronne. »

« Tout le monde dit que c'est important, mais quand vient le temps de planifier les activités ou d'allouer les ressources humaines, finalement il n'y a pas autant d'importance qui est accordée que ce qu'on dit. »

Les gestionnaires...

- parlent de l'importance de développer une culture organisationnelle de promotion/prévention; cette culture se traduit par un positionnement de l'organisation, des gestionnaires et des intervenants vers une vision commune;
- expriment le besoin de revoir toute la planification, le développement et l'organisation de l'offre de services de promotion/prévention; ils rapportent en ce sens les principales étapes proposées dans le modèle d'approche populationnelle qui leur a été présenté;
- proposent de revoir la configuration des directions et des équipes et d'attribuer spécifiquement des budgets, des ressources humaines et du temps pour élaborer et réaliser la promotion/prévention;
- constatent qu'offrir un continuum élargi d'interventions est un grand défi, compte tenu des besoins de santé grandissants et des ressources limitées; les cadres intermédiaires semblent voir davantage de défis, notamment l'arrimage des nouvelles structures avec les anciennes;
- sont contraints de supprimer les activités de promotion/prévention en premier lieu lorsque les ressources se font rares.

« ... c'est là que c'est le plus susceptible de fonctionner. [...] Si, dans l'organisation, il y a un message clair que la prévention et la promotion c'est quelque chose d'important, c'est quelque chose qu'on valorise, puis on s'attend à ce que tous nos intervenants en fassent chaque fois qu'ils interviennent. »

« C'est sûr que quand on fait de la priorisation, les activités de promotion et de prévention, c'est souvent ce qu'on met de côté, même si c'est pas une bonne idée [...]. Et ça démontre à quel point on est encore très curatif dans notre système... »

Les liens entre les acteurs

Les infirmières sont continuellement dans l'action et disposent de peu de temps de réflexion. Elles sont souvent isolées dans leur pratique; elles ont peu d'occasions de partager leurs réflexions ou leurs apprentissages. Elles souhaiteraient avoir des occasions d'échange entre elles, avec les autres professionnels et avec les acteurs du réseau local pour améliorer les interven-

tions de chacun et assurer une plus grande cohérence de l'ensemble. La création de ces lieux d'échange permettrait également aux infirmières de poser un regard critique sur leur pratique. Les gestionnaires, quant à eux, se sont donnés des lieux communs d'échange entre différentes instances de leur CSSS, du réseau local, des autres CSSS et de la DSP pour favoriser la collaboration, la cohérence dans les actions ainsi que la réflexivité.

Les infirmières...		Les gestionnaires...	
<ul style="list-style-type: none"> ■ valorisent le fonctionnement en équipes interprofessionnelles, parce qu'il offre la possibilité d'une plus grande complémentarité des rôles et des actions de chacun; il s'agit alors davantage d'une mise en commun des savoirs et des ressources que d'un travail conjoint; ■ déplorent le peu d'occasions qu'elles ont d'échanger entre elles et avec d'autres professionnels de la première ou de la deuxième ligne; elles apprécient avoir accès à des formations/discussions, des comités, des tables de concertation; elles demandent davantage de ces lieux d'échange; ■ aimeraient participer à des initiatives d'action intersectorielle; des interventions communes existent et sont appréciées, mais elles sont peu nombreuses et de portée insuffisante; ■ font état, dans l'ensemble, de rapports harmonieux avec les autres acteurs; cependant notent des rapports plus difficiles entre elles, avec des médecins et certains organisateurs communautaires; ■ apprécient l'expertise apportée par la DSP, mais qualifient parfois d'irréalistes les mandats et les programmes que la DSP développe et transfère aux CSSS. 	<p><i>« ... avoir un lieu d'échange, un lieu de discussion. Savoir qu'est-ce qu'on peut faire dans tel cas. Pas réinventer la roue tout le temps. »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ entretiennent, via leurs espaces de discussion et de collaboration (tables, comités intersectoriels), une mobilisation conjointe vers des objectifs communs et des interventions concertées; ■ discutent de la collaboration intersectorielle comme d'une opportunité majeure qui permet de mettre à profit d'autres types de ressources et de développer une offre de services bonifiée; cette collaboration s'accompagne toutefois de défis : partenaires multiples, délais supplémentaires, etc.; ■ voient positivement leurs nouveaux liens avec l'Agence de la santé et des services sociaux et sa direction de santé publique; la DSP est vue comme une ressource pour la formation, l'information, l'encadrement et le financement. 	<p><i>« Je pense qu'il y a vraiment une mobilisation importante de toutes sortes d'acteurs dans la communauté. Ça, je pense que c'est quelque chose de positif. »</i></p>

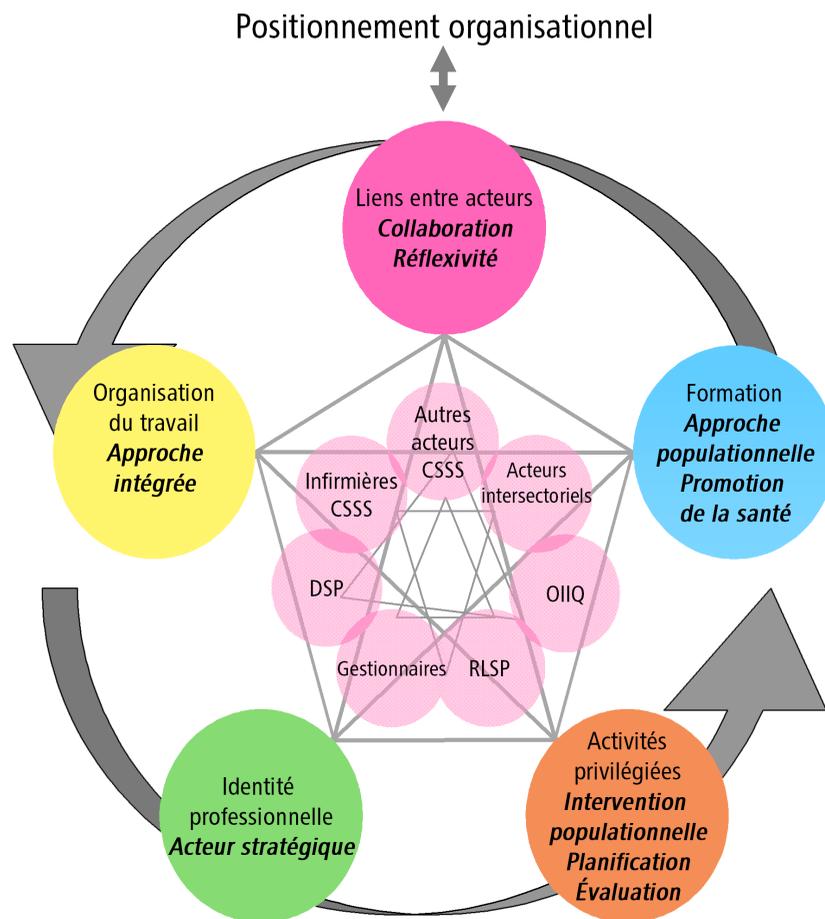
PISTES DE RÉFLEXION

À partir des cinq composantes du développement de la PPPP cernées, des pistes de réflexion et d'action ont été élaborées. Ces pistes sont inspirées des propos tenus par les participants et des réflexions de l'équipe de recherche.

- Un point de départ important : le **positionnement clair** de la part de l'organisation, soit un engagement à faire des pratiques de promotion/prévention une priorité. Ce positionnement soutient les acteurs dans la mise en commun de leurs réflexions, mais peut à son tour être nourri de l'espace réflexif partagé des acteurs.

- **Les cinq composantes** identifiées sont complémentaires et interdépendantes.

- **Au centre**, tous les acteurs sont regroupés et mis en relation les uns avec les autres. La **circularité** du modèle présenté met en évidence le besoin d'animer des échanges soutenus entre les acteurs autour des cinq composantes du développement de la PPPP.



Un positionnement organisationnel fort en faveur de la promotion/prévention

- Assurer un positionnement organisationnel fort en faveur de la promotion/prévention.
- Développer conjointement avec les directeurs et les professionnels des orientations claires pour favoriser une vision commune en faveur de la promotion/prévention.

Des formations axées sur l'approche populationnelle et la promotion de la santé

- Influencer les programmes universitaires de 1^{er} et 2^e cycles pour intégrer la promotion de la santé et l'approche populationnelle dans la formation en sciences infirmières.
- Arrimer la planification de la formation continue de la DSP, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), des universités et des CSSS pour assurer une offre cohérente et structurée.
- Élaborer la planification de la formation continue en CSSS avec les infirmières, la direction des ressources humaines, le responsable local de santé publique et la direction des soins infirmiers.
- Repenser la formation continue : oser des nouvelles formules plus participatives et réflexives, soutenir l'intégration des savoirs et le suivi dans le changement de pratique.

Des activités infirmières qui s'inscrivent dans l'intervention populationnelle comportant la planification, la gestion de projets et l'évaluation

- Maintenir les activités éducatives tout en favorisant d'autres stratégies d'action pour effectuer la promotion/prévention dans une optique d'intervention populationnelle.
- Octroyer à des infirmières des responsabilités d'identification des besoins de la population, de planification, d'organisation et d'évaluation des activités de promotion/prévention.

Des infirmières qui s'affirment comme des acteurs stratégiques

- Outiller les infirmières pour exercer leur leadership et déployer des capacités stratégiques d'influence et de négociation.
- Identifier et mobiliser d'autres acteurs (OIIQ, gestionnaires, universités) qui pourront contribuer à créer des contextes favorables à cette transition identitaire.

Une approche intégrée de l'organisation du travail qui tient compte de la diversité du continuum d'interventions

- Traduire le positionnement organisationnel en mandats explicites assurant une place à la promotion/prévention au sein du continuum d'interventions.
- Développer des indicateurs de performance en promotion de la santé et en approche populationnelle pour rendre compte de l'atteinte des objectifs et soutenir la planification.
- Allouer spécifiquement des ressources pour assurer la protection des activités de promotion/prévention.
- Créer des postes d'infirmière clinicienne spécialisée en santé publique.

« ... il faut traduire cette vision dans des orientations plus claires, il faut que les directions, les directeurs se l'approprient, et eux-mêmes fassent pénétrer ça dans leurs équipes [...]. On va se donner les moyens... on va dégager des gens, on va structurer, on va mettre l'emphase, il faut que les messages soient très clairs de la part de la direction aussi vis-à-vis les équipes. » Un gestionnaire

Des acteurs qui collaborent et se donnent des temps de réflexion

- Créer des espaces d'échange entre infirmières, et entre infirmières et autres professionnels, pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.
- Créer des espaces de discussion entre gestionnaires et professionnels pour alimenter le processus de décision et la réalisation d'interventions.
- Intégrer dans la pratique infirmière un partenariat avec les professionnels et les acteurs du réseau local pour développer des interventions innovantes. Dans ce sens, mettre en place des mécanismes qui assureront la participation des infirmières aux tables de concertation.

DES RÉSULTATS À PARTAGER, DES IDÉES À DISCUTER ET DES ACTIONS À CONCRÉTISER

Près de deux ans ont passé depuis la réalisation de ces entrevues. Il s'agissait alors d'un moment charnière de la mise en place des CSSS : certains gestionnaires étaient tout récemment nommés et plusieurs infirmières étaient encore peu au fait des changements en cours. Depuis, la situation a sans doute évolué au sein des CSSS. Toutefois, les suivis de l'équipe de recherche avec les gestionnaires et les infirmières confirment que les observations et pistes de réflexions soulevées demeurent des plus pertinentes. Il importe de souligner la demande cohérente et répétée des participants à assurer une protection des activités de promotion/prévention, en y

allouant spécifiquement des ressources et en fournissant aux infirmières et aux autres intervenants des outils et des conditions pour s'approprier et soutenir l'approche populationnelle.

Il ressort de l'ensemble des discours une volonté partagée de s'engager pour la pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention dans une approche populationnelle (PPPP). Le processus de réflexion pour traduire cette volonté en réalité repose entre les mains des partenaires impliqués dans la recherche (CSSS, DSP, Université de Montréal) et d'alliés potentiels (OIIQ, INSPQ).

Quelques références

Beaudet, N., et al. (2007). *Les pratiques infirmières de promotion de la santé et de prévention dans une perspective de santé publique/populationnelle en CLSC. Portrait du contexte organisationnel et de la formation infirmière en établissement CLSC de quatre CSSS de Montréal : rapport intérimaire*. Montréal.

Huberman, A.M., et Miles, M.B. (2003). *Analyse des données qualitatives (2^e édition)*. Paris : De Boeck.

Le Moigne, J-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod.

O'Neil, M., Dupéré, S. et al. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Toronto : CSPI.

Paillet, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Whitehead, D. (2003a). The health promoting nurse as a health policy career and expert and entrepreneur. *Nurse Education Today*, 23(8), 585-592.

Remerciements

Aux gestionnaires et aux infirmières qui ont donné de leur temps pour contribuer à cette recherche.

RAPPORT SYNTHÈSE

La série **Rapport synthèse** met en relief les faits saillants des principales études, recherches, projets d'intervention ou promotion réalisés dans les différents domaines de la santé publique.

Une publication de la
Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

Éditeur : Jo Anne Simard

Équipe de recherche : Nicole Beaudet, Annie Bisailon, Nancy Boisvert, Diane Boyer, Louise De Villers, Marie-Hélène Garceau-Brodeur, Christiane Gendron, Sylvie Gendron, Carol Hyland, Martine Longtin, Lucie Richard, Marie Soleil Sauvé

Collaboration : Marie Pinard

Infographie : Paul Cloutier, Manon Girard, Julie Couture

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales
du Québec, 2008

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISSN 1911-6845 (version imprimée)

ISSN 1911-6853 (version PDF)

Numéro de convention : 40005583

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Centre de santé et de services sociaux
de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

Université
de Montréal