

Université de Montréal

Les conditions liées à l'intégration de l'approche écologique dans la  
programmation de prévention-promotion offerte à la clientèle aînée par des CSSS  
du Québec: une étude de cas

Par

Marie-Eve Leblanc

Faculté des Sciences Infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise  
en Sciences Infirmières  
option expertise-conseil en soins infirmiers

Décembre, 2009

© Marie-Eve Leblanc, 2009

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Les conditions liées à l'intégration de l'approche écologique dans la  
programmation de prévention-promotion offerte à la clientèle aînée par des CSSS  
du Québec: une étude de cas

Présenté par :  
Marie-Eve Leblanc

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Gendron Ph.D., présidente rapporteuse  
Lucie Richard Ph.D., directrice de recherche  
Damien Contandriopoulos Ph.D., membre du jury

## Résumé

L'objectif de cette étude de cas multiples est d'identifier les facteurs associés à l'intégration de l'approche écologique dans la programmation de prévention-promotion (PP) offerte aux aînés par des organisations locales de santé du Québec. Le modèle de Scheirer a guidé l'étude réalisée dans cinq CSSS choisis en fonction de la dimension écologique de leur programmation PP. Une analyse documentaire et des entretiens semi-dirigés auprès de 38 professionnels et gestionnaires ont constitué la stratégie de collecte de données. Trois catégories de facteurs ont été examinées : les facteurs professionnels, organisationnels et environnementaux. Les résultats suggèrent que les normes organisationnelles, les priorités concurrentes, la structure des équipes, les partenariats avec l'environnement externe, les préjugés, de même que la formation et l'intérêt du personnel influencent le degré d'intégration de l'approche écologique au sein des programmations. Ces résultats permettront de dégager des leviers d'action en vue d'optimiser l'offre de services en prévention-promotion destinée aux aînés.

**Mots-clés:** promotion de la santé, prévention, approche écologique, personnes âgées, organisations de santé publique, étude de cas

## Abstract

This multiple case study investigates conditions that influence the integration of an ecological approach in disease prevention and health promotion (DPHP) programs offered to older adults by local health organizations in Quebec. Scheirer's implementation model guided the study in five CSSS that were selected to portray differing degrees of ecological character in their DPHP programs. Data collection proceeded through content analysis of thirty-eight semi-structured interviews conducted with professionals and managers as well as document analysis. Professional, organizational and environmental factors were explored. Results indicate that the ecological character of programs is influenced by organizational norms, competing priorities, team structure, external partnerships, preconceived ideas regarding DPHP for older adults as well as professional interest and training. These results suggest avenues for action to optimize the impact of services offered to an ageing population through disease prevention and health promotion programs.

**Keywords:** health promotion, prevention, ecological approach, older adults, public health organizations, case study

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures.....	ix
Dédicace .....	x
Remerciements .....	xi
Chapitre I	
Introduction .....	1
<i>Problématique</i> .....	2
<i>Cadre conceptuel</i> .....	5
<i>Contexte de l'étude</i> .....	6
<i>But de l'étude</i> .....	7
Chapitre II	
Recension des écrits.....	8
<i>Promotion de la santé et santé des populations</i> .....	9
<i>Système de santé québécois</i> .....	14
<i>La pratique infirmière en santé communautaire</i> .....	19
<i>Distinction entre l'éducation à la santé et la promotion de la santé</i> .....	20
<i>L'approche écologique : origine et définition</i> .....	22
<i>Pertinence du modèle écologique en prévention-promotion</i> .....	24
<i>Approche écologique et approche populationnelle</i> .....	26
<i>Facteurs d'influence de l'intégration de l'approche écologique en prévention-promotion</i> .....	27
<i>Le vieillissement de la population</i> .....	32
<i>Les pratiques actuelles de prévention-promotion destinée aux aînés</i> .....	34

<i>Cadre de référence</i> .....	38
<i>Le niveau macro</i> .....	39
<i>Le niveau intermédiaire</i> .....	40
<i>Le niveau individuel</i> .....	40
Chapitre III	
Méthodologie.....	44
<i>Devis</i> .....	45
<i>Sélection des cas et des participants</i> .....	45
<i>Sélection des cas</i> .....	45
<i>Stratégies de recrutement et de gestion de participants</i> .....	48
<i>Stratégies de collecte de données</i> .....	49
<i>Entretiens semi-dirigés</i> .....	50
<i>L'analyse documentaire</i> .....	50
<i>Processus de gestion et d'analyse des données</i> .....	51
<i>Critères de scientificité</i> .....	52
<i>Validité interne</i> .....	53
<i>Transférabilité</i> .....	53
<i>Fiabilité</i> .....	54
<i>Éthique</i> .....	54
Chapitre IV	
Article .....	55
Chapitre V	
Discussion.....	95
<i>Facteurs professionnels</i> .....	97
<i>Facteurs environnementaux</i> .....	100
<i>Partenaires</i> .....	100
<i>Environnement communautaire</i> .....	102
<i>Facteurs organisationnels</i> .....	103
<i>Limites de l'étude</i> .....	107
Chapitre VI	
Conclusion.....	109

Références .....	112
Annexe A	
Lettres de présentation.....	xii
Annexe B	
Renseignements aux participants et formulaire de consentement .....	xvii
Annexe C	
Questionnaire-Profil des répondants .....	xxv
Annexe D	
Guide d'entretien .....	xxvii

## Liste des tableaux

Tableau I : Portrait des régions desservies par les CSSS.....	46
Tableau II: Profils d'intégration de l'approche écologique.....	47
Tableau III: Profil des répondants par CSSS.....	49

## Liste des figures

Figure 1:.....	42
----------------	----

## Dédicace

À Isabelle, pour avoir accepté de m'aider en veillant sur tes petits-enfants pendant ce long cheminement. Tu m'as permis de me consacrer à ce projet sans que je n'aie jamais senti que je négligeais ce que je possède de plus précieux au monde. Ce fût long et laborieux mais voilà, c'est fait et c'est en grande partie grâce à toi. J'ai souvent dit qu'une partie de ma maîtrise te serait due alors, l'accomplissement des pages qui suivent te revient.

## Remerciements

Lucie, je tiens d'abord à souligner la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié sous votre direction. Je vous remercie pour votre rigueur et votre compréhension des derniers mois. Merci à Maryse Trudel, Annie Bisailon, Francine Ducharme et Lise Gauvin pour votre précieuse collaboration. Merci à Mathieu, pour ton soutien à un projet qui semblait sans fin. Merci pour toutes ces fins de semaines où, malgré toi, tu as accepté de te transformer en père monoparental. Ton soutien aura non seulement permis le fonctionnement de notre « PME », mais aussi son expansion! Merci aux grands-mamans, disponibles et fidèles au poste! Bien que vous soyez en partie responsables de l'étirement de ce projet, merci Justine, Félix-Anne et Emmanuel de m'avoir permis de me changer les idées quand j'en avais assez!

Pour terminer, merci aux organisations qui m'ont permis de me consacrer à mes études en m'octroyant une aide financière. Merci aux organismes suivants : La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Fondation Gracia du CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ).

## Chapitre I

### Introduction

### *Problématique*

La complexité des problèmes de santé liée à l'augmentation des inégalités sociales justifient le besoin d'investir dans des interventions prenant appui sur une variété de déterminants de la santé et de s'engager dans l'action intersectorielle (Colin, Gendron, Gerould-Pointel, & Deschamps, 2004). Cette orientation s'inscrit dans les principes prônés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (OMS, 1986). Selon l'OMS (Nutbeam, 1998), la promotion de la santé représente un éventail d'actions ayant pour but, d'une part, de renforcer les aptitudes et les capacités des individus et d'autre part, de modifier les conditions sociales, environnementales et économiques de façon à réduire leurs effets négatifs sur la santé des populations. Ce travail suppose la diversification des stratégies et des milieux d'intervention. L'approche écologique s'appuie sur cette perspective et constitue une approche clé en matière de promotion de la santé (Green, Richard, & Potvin, 1996; Institute of Medicine, 2003; Navarro, Voetsch, Liburd, Giles, & Collins, 2007).

Depuis la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux entraînée par l'adoption de la loi 25 par le gouvernement du Québec, la qualité et l'organisation des services et des interventions à visée populationnelle constitue l'un des mandats des Centre de Santé et Services Sociaux (CSSS) (Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004). Dorénavant, la responsabilité des CSSS s'étend au-delà de l'intervention auprès des individus qui utilisent les services. L'approche populationnelle vise à optimiser l'impact des services sur la santé de la population d'un territoire, qu'elle

fasse appel ou non aux services. Cette nouvelle responsabilité implique, entre autres, l'adoption d'une perspective écologique de sorte à soutenir la mise en place des conditions favorisant une prise en charge globale, notamment via l'action intersectorielle.

Au Québec, les infirmières sont plus de 6000 à œuvrer dans différents programmes de santé communautaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007a) et sont nettement majoritaires au sein des équipes multidisciplinaires des établissements de mission CLSC (Colin & Rocheleau, 2004). Elles sont impliquées dans une majorité d'actions de prévention-promotion à visée populationnelle (Beaudet & al., 2007). De fait, selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (2006), la pratique infirmière contribue de manière décisive à l'efficacité des approches de prévention-promotion. Certains travaux montrent toutefois que le virage ambulatoire a été porteur de lourdes contraintes quant à l'actualisation du rôle des infirmières eu égard à la prévention-promotion, particulièrement en ce qui a trait aux interventions à caractère écologique (Beaudet et al., 2007b; Richard, Lehoux, Breton, Denis, Labrie, & Leonard, 2004). Il importe donc de mieux connaître les conditions qui pourraient contribuer à faciliter l'adoption de pratiques professionnelles davantage en lien avec le discours écologique.

Parmi divers champs d'intervention possible, la thématique des programmes s'adressant aux aînés sera retenue pour les fins du présent projet. Comme plusieurs sociétés à travers le monde, les sociétés canadienne et

québécoise assistent présentement à un vieillissement sans précédent de leur population. En 2001, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus était de 13% au Québec. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (2008), cette proportion devrait atteindre près de 25% en 2026 et près de 30% en 2051. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus connaîtra la croissance la plus notable au cours des prochaines décennies. L'effectif actuel d'environ 220 000 sera multiplié par près de trois en 2031 et par plus de quatre en 2051 (Institut de la statistique du Québec, 2003).

Afin d'éviter que le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie ne se traduisent par une augmentation des incapacités et une diminution de la qualité de vie, il importe d'agir en amont (Beattie, Whitelaw, Mettler, & Turner, 2003). En plus de leur potentiel relatif à l'amélioration de la qualité de vie des individus, les approches préventives pourraient également permettre de mieux maîtriser les coûts de santé (Aucoin, 2005). Or, comparativement à d'autres groupes d'âge, il semblerait que la prévention-promotion pour les aînés soit encore relativement peu développée (Keller & Fleury, 2000; Richard, Gauvin, Gosselin, Ducharme, Sapinski, & Trudel, 2008b). La programmation actuelle continue de reposer largement sur des approches traditionnelles centrées sur l'action visant la modification des comportements individuels au détriment d'interventions visant la création d'environnements favorables à la santé et au maintien de l'autonomie (Keleher & Murphy, 2004). Les interventions actuelles s'éloignent malheureusement souvent des valeurs de promotion de la santé prônées par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Somme toute,

malgré le consensus entourant la pertinence de l'approche écologique en matière de prévention-promotion, son intégration à la programmation destinée à la clientèle aînée demeure limitée (Satariano & McAuley, 2003).

Une analyse récente de l'implantation de l'approche écologique dans les programmations destinées aux aînés en matière de prévention des chutes, d'utilisation adéquate de médicaments de même que de prévention des abus, de la violence et de la négligence, suggère, en effet, une importante variation quant au degré d'intégration de cette approche dans les programmations québécoises (Richard et al., 2008b). Afin d'optimiser le développement d'une programmation qui s'appuie davantage sur une approche écologique, il importe d'abord de cerner les facteurs influençant son intégration. La recension des écrits permet de constater que plusieurs facteurs tels la formation des professionnels, les processus de travail et la collaboration avec les partenaires externes jouent un rôle important à cet égard (Richard, Lehoux, Breton, Denis, Labrie, & Leonard, 2004). Toutefois, aucune étude n'a jusqu'ici examiné la question dans le contexte des programmes de prévention-promotion offerts aux aînés par des organisations locales de santé du Québec, là où une majorité de ces interventions sont placées sous la responsabilité d'infirmières.

### *Cadre conceptuel*

Le cadre théorique guidant la présente étude est le modèle d'implantation de programmes de Scheirer (1981). Selon ce modèle, l'organisation constitue un système ouvert logé dans un environnement social, lequel exerce divers niveaux

d'influence. Ce modèle met en évidence le rôle du contexte sur l'implantation de programmes au sein des organisations. Il a été utilisé avec succès dans une étude antérieure ayant examiné la question de l'intégration de l'approche écologique dans les programmes de réduction du tabagisme (Richard et al. 2004). Ce modèle suggère l'étude d'un large éventail de conditions et dynamiques regroupées autour de trois ensembles de facteurs : individuels, organisationnels et extra-organisationnels. La démarche inhérente au modèle permet dans un premier temps, de dresser un portrait des établissements eu égard aux facteurs explicatifs postulés et par la suite, de mettre en évidence des configurations de conditions et processus associés à des patrons particuliers d'intégration de l'approche écologique.

### *Contexte de l'étude*

Ce projet s'inscrit dans le contexte d'une étude plus large qui porte sur l'étude des programmes de prévention et promotion de la santé pour les aînés. À ce jour, l'inventaire des programmes ainsi que l'analyse de leur dimension écologique ont été réalisés (Richard, Gauvin, Ducharme, Gosselin, Sapinski, & Trudel, 2005a; Richard et al., 2008b). Cette recherche fait partie du troisième volet, lequel vise l'identification des facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels jouant un rôle-clé en ce qui a trait à l'intégration de l'approche écologique dans les programmations visées. Une première partie de ce volet a été réalisée dans les Directions de santé publique du Québec (Richard, Gauvin, Ducharme, Trudel, & Leblanc, Soumis). La présente étude poursuit le même objectif et porte sur les organisations locales de santé, soit les établissements de mission CLSC des CSSS.

*But de l'étude*

Cette étude de cas multiples vise à identifier les facteurs professionnels, organisationnels et extra-organisationnels associés à l'intégration de l'approche écologique au sein de la programmation en prévention-promotion offerte aux aînés par les CSSS du Québec.

## Chapitre II

### Recension des écrits

Cette recension des écrits abordera cinq thèmes. Un premier a trait à la définition et aux origines de la promotion de la santé et de la santé des populations. En deuxième lieu, un bref portrait du système de santé du Québec sera dressé en mettant l'accent sur le domaine de la santé publique. La dernière réforme sera décrite plus en détail et les implications de ces changements pour les établissements de santé québécois seront exposées. Le troisième thème portera sur la position des infirmières québécoises en santé communautaire. Le quatrième thème abordé aura trait à l'approche écologique et aux facteurs susceptibles d'influencer son intégration. Un cinquième thème évoquera le vieillissement de la population alors qu'une description des services présentement offerts à la clientèle aînée sera présentée. En conclusion de ce chapitre, le cadre de référence guidant la présente étude sera exposé.

### *Promotion de la santé et santé des populations*

En 1974, Marc Lalonde, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social produit un rapport intitulé « *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* ». Ce document rend compte de l'influence sur la santé de conditions autres que les soins de santé (Lalonde, 1974). On souligne alors le rôle prépondérant des habitudes de vie, de l'environnement et de la biologie humaine. Le message central est le suivant : des améliorations au niveau de l'environnement et des comportements de santé pourraient contribuer de façon significative à la réduction de la morbidité et des décès prématurés (Bunton & Macdonald, 2002). Ces constats donnent lieu, notamment, à l'émergence d'initiatives visant la

réduction des risques liés aux comportements. Dans le but de décourager l'adoption de comportements jugés à risque, plusieurs programmes d'éducation en matière de santé, de campagnes de sensibilisation de même que quelques interventions au plan législatif sont mis sur pied (Hamilton & Bhatti, 1996). Suite à la parution du Rapport Lalonde, le Canada fait figure de leader mondial en matière de promotion de la santé (Kothari & Edwards, 2003) et de nombreux pays s'en inspirent afin d'élaborer leurs politiques (Rootman, Goodstat, Potvin, & Springett, 2001).

Quelques années plus tard, la Déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978) pose la santé comme droit humain fondamental et entraîne la mondialisation du débat sur l'influence des déterminants de la santé (Hamilton & Bhatti, 1996). Cette déclaration constitue, selon plusieurs, l'une des assises principales de la promotion de la santé (Catford, 2004). Lors de cette déclaration, l'OMS réaffirme une vision positive de la santé où la santé ne signifie pas l'absence de maladie ou d'infirmité mais plutôt un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 1978). De ce fait, on reconnaît que l'amélioration de la santé ne peut dépendre exclusivement du développement du secteur des soins de santé. La santé constitue une responsabilité collective et que conséquent, la collaboration intersectorielle est essentielle à la poursuite d'un tel objectif.

Inspirés par cette Déclaration, deux documents importants sont ensuite publiés, soit « *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* » (Epp, 1986) et « *La Charte d'Ottawa* » (OMS, 1986). Il s'agit ici d'un point

culminant qui représente, pour certains, selon Jackson & Riley (2007), la naissance du mouvement de promotion de la santé. Ces travaux mettent en lumière le rôle des déterminants sociaux, environnementaux et politiques en affirmant que les causes et par le fait même, les solutions à divers problèmes de santé ne reposent bien souvent pas uniquement que sur les individus. Par conséquent, ils réclament la nécessité de réorienter les interventions de façon à agir sur ces déterminants. Ces documents ont contribué de manière décisive à orienter le débat sur l'amélioration de la santé pour l'ensemble de la société et ce tant au niveau local que sur la scène internationale (Hamilton & Bhatti, 1996).

À ce jour, la Charte d'Ottawa (1986) demeure un document clé et une référence incontournable en matière de promotion de la santé sur la scène internationale. Les stratégies d'intervention proposées par la Charte d'Ottawa vont bien au-delà, mais n'excluent pas, l'éducation à la santé. En effet, la Charte d'Ottawa encourage l'action sur cinq fronts. Ainsi, elle propose:

- *L'élaboration de politiques publiques saines* : La promotion de la santé reconnaît que le secteur de la santé ne peut assurer seul la mise en place des conditions nécessaires à la santé et l'inscrit à l'agenda des responsables politiques des différents secteurs. Une action coordonnée et des méthodes complémentaires telles que l'adoption de politiques fiscales et sociales permettent d'offrir des biens et services plus sains et favorisant davantage la santé et l'égalité.

- *La création de milieux favorables* : Étant donné la prémisse selon laquelle les individus et leur milieu s'influencent étroitement, les milieux dans lesquelles les individus évoluent se doivent d'être sources de santé.
- *Le renforcement de l'action communautaire* : Cette stratégie vise à mettre à profit les ressources des communautés de manière à renforcer leur participation au processus décisionnel entourant les enjeux sanitaires.
- *L'acquisition d'aptitudes individuelles* : Il s'agit de permettre aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé. Cette stratégie comprend l'éducation à la santé mais ne s'y limite pas. Cette démarche doit être accomplie dans les milieux où les gens vivent, travaillent et étudient.
- *La réorientation des services de santé* : Le secteur sanitaire doit aller au-delà de son mandat de prestation de soins médicaux et investir en promotion de la santé. Il se doit également de plaider en faveur d'une politique publique saine.

Tel que définie lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, la promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé (OMS, 1986). Elle représente un éventail d'actions ayant pour but, d'une part, de renforcer les aptitudes et les capacités des individus et d'autre part, de modifier les conditions sociales, environnementales et économiques de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé (Nutbeam, 1998). Depuis la Charte d'Ottawa, l'affirmation du mouvement de promotion de la santé

se poursuit notamment par le développement des approches par milieux (Frolich & Poland, 2006).

Au milieu des années 90, on assiste à l'émergence du mouvement de santé des populations. Ce cadre d'analyse des déterminants de la santé, d'abord exposé par Evans et Stoddart (1990), a été repris et développé par Evans, Barer et Marmor (1994). Tout comme la promotion de la santé, l'approche de santé des populations prône une vision élargie des déterminants de la santé et une intervention multisectorielle en réponse aux besoins de la population (Zollner & Lessof, 1998). Tout comme la promotion de la santé, cette perspective repose sur l'idée selon laquelle la prestation des soins de santé n'est qu'une des constituantes du système de santé et qu'il ne suffit pas d'investir dans le système de soins pour améliorer le bien-être des gens (Zollner & Lessof, 1998). Certaines divergences entre les valeurs prônées par ces deux perspectives ont été relevées, entre autres sur l'importance relative accordée à l'économie et à la santé ainsi que la place de l'épidémiologie et des données probantes. Malgré ces quelques divergences, leurs ressemblances sont telles que des auteurs ont proposé un modèle intégrateur de ces deux perspectives (Hamilton & Bhatti, 1996).

Désormais, de nombreuses données empiriques montrent que les écarts de santé entre les groupes persistent malgré les avancées de la médecine (Hertzman, Frank, & Evans, 1994). Il est aujourd'hui reconnu que ces disparités s'expliquent par une variété de facteurs souvent en interaction les uns avec les autres: prédispositions biologiques et génétiques, habitudes de vie et comportements liés à

la santé, conditions de vie et milieux de vie, environnement physique, organisation des services sociaux et de santé et accès aux ressources (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

Étant donné la diversité des facteurs façonnant la santé des individus, l'importance fondamentale d'agir sur une variété de déterminants fait consensus. Au Québec, cet intérêt se traduit par l'élaboration de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) en 1992 (MSSS, 1992). Cependant, l'application des valeurs et des pistes d'action proposées par la Charte d'Ottawa ou par la PSBE demeure un défi, notamment dû au manque de financement et de soutien des politiques ministérielles en ce sens (Jackson & Riley, 2007; Pinder, 2006; St-Pierre & Richard, 2006). Tout porte à croire que ces valeurs soient davantage prêchées en théorie qu'en pratique. De fait, les pratiques actuelles de promotion de la santé continuent de reposer largement sur les actions visant la modification des comportements individuels (Kickbusch, 2003).

#### *Système de santé québécois*

À l'époque de leur création au début des années 70, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) sont théoriquement responsables de la prestation des services de santé curatifs et préventifs de base, des services sociaux de même que du développement communautaire (Gaumer & Desrosiers, 2004). Ce mandat est toutefois appelé à s'élargir considérablement au cours des années 90 suite à la « *Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux* » (Rochon, 1988) présidée par le docteur Jean Rochon. L'accroissement des dépenses publiques liées aux soins de santé donne lieu à des coupures budgétaires

et entraîne une importante réforme du système de santé québécois (Gaumer & Desrosiers, 2004; Lévesque & Bergeron, 2003). D'importantes restructurations sont alors implantées dont le principal aboutissement est le virage ambulatoire. On assiste à la fermeture de plusieurs établissements de santé et à la désinstitutionalisation des clientèles de santé mentale et de déficience physique et intellectuelle. De plus, la durée des séjours à l'hôpital diminue pour l'ensemble des clientèles. Ces changements orientent une partie des soins, auparavant assurés par les établissements, vers les communautés. Étant donné leur rôle-clé en matière de dispensation des soins à domicile, une grande partie du poids de ce virage pèse alors sur les CLSC (Gaumer & Desrosiers, 2004). Parallèlement au virage ambulatoire, dans le contexte de « déficit zéro », le gouvernement du Québec met en place des incitatifs favorisant les départs massifs à la retraite des employés du réseau public. Plusieurs employés du secteur de la santé s'en prévalent et ces retraites anticipées ont un effet dévastateur sur l'effectif infirmier. Le contexte du virage ambulatoire et des départs massifs à la retraite ne facilite pas le développement d'activités de prévention et promotion de la santé et fragilise les services existants (St-Pierre & Richard, 2006). Par ailleurs, l'intérêt du public, des médias et des politiciens pour les soins aigus détourne les ressources et porte ombrage à la promotion de la santé (Cohen, 2006; Jackson & Riley, 2007; O'Neill & Cardinal, 1994). De l'avis de certains auteurs, l'engouement pour la promotion de la santé durant cette période ne s'expliquerait pas tant par son potentiel d'amélioration de la santé mais plutôt par son potentiel pour contrer l'accroissement des coûts de santé (Pederson, O'Neill, & Rootman, 1994).

Quelques années plus tard, suite aux réflexions suscitées par la *Commission Clair* (Clair, 2000), où la prévention et la promotion de la santé sont déterminés prioritaires, l'adoption de la *Loi sur la santé publique* en 2001 (Gouvernement du Québec, 2001), fournit des leviers importants à l'affirmation de la promotion de la santé. Elle oblige l'ensemble des ministères à considérer l'effet de nouvelles lois et réglementations sur la santé et vise à favoriser la collaboration intersectorielle (St-Pierre & Richard, 2006). En 2002, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) (MSSS, 2003) affirme les objectifs et définit les fonctions essentielles du secteur de la santé publique. Ce programme est élaboré dans le but d'encadrer et d'harmoniser la planification des activités de santé publique à l'échelle du Québec. Les objectifs du PNSP impliquent une perspective de prise en charge globale de la population et servent à définir la programmation offerte par les établissements de santé. La loi sur la santé publique impose aux instances régionales et locales, l'implantation de ce programme. Cette responsabilité se traduit par l'élaboration de plans d'action régionaux (PAR) et des plans d'action locaux de santé publique (PAL) cohérents avec le PNSP, tout en étant adaptés aux réalités et aux spécificités de chacun des territoires. Ainsi, le PNSP confère non seulement aux établissements la responsabilité d'offrir des services axés sur la prévention et la promotion de la santé, mais également de mettre en place des mécanismes de concertation locale et de créer des milieux de vie qui favorisent la santé (MSSS, 2003). Ces mandats s'inscrivent à l'intérieur d'un cadre de gestion où des mesures d'imputabilité sont imposées aux établissements par le biais d'ententes de gestion avec les paliers régionaux et gouvernementaux.

Les recommandations émises lors de la « *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* » (Clair, 2000), appelaient l'ensemble du gouvernement à reconnaître sa responsabilité face à la santé de la population de même qu'à la réorganisation des services de santé. Ainsi, l'adoption de la loi 25 en décembre 2003 (Gouvernement du Québec, 2003), a entraîné, à nouveau, une restructuration majeure de l'organisation des établissements de santé et de services sociaux du Québec. De la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH), 95 Centres de Santé et Services Sociaux (CSSS) ont vu le jour (MSSS, 2008). Cette récente réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux vise à répondre aux défis que pose l'adoption d'une approche populationnelle préconisée dans le projet clinique. Le projet clinique constitue la responsabilité des CSSS et s'articule autour de deux principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010). La responsabilité populationnelle consiste à optimiser l'impact des services sur la santé de la population d'un territoire, qu'elle consulte ou non les services. La qualité et l'organisation des services et des interventions selon une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population constitue dorénavant l'un des importants mandats des CSSS (Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004). Quant à la démarche de hiérarchisation des services, elle vise à offrir des services complémentaires et coordonnés de manière à faciliter le parcours des personnes dans le réseau. Elle implique

notamment de favoriser l'accès et la continuité des services à travers les différents niveaux, allant de la prévention à la réadaptation.

Les CSSS ne pouvant à eux seuls assurer l'offre de services, la mise en œuvre du projet clinique s'effectue en collaboration avec les partenaires du réseau local de services (RLS). Les CSSS doivent ainsi mobiliser et mettre en réseau les acteurs de chacun des territoires notamment, les acteurs des services médicaux, les commissions scolaires, les municipalités, le milieu de l'habitation, les pharmacies communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources non institutionnelles et les organismes communautaires (Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004). La responsabilité populationnelle implique que le CSSS et ses partenaires sont conjointement responsables d'identifier les priorités et de coordonner les actions dans le but de créer des milieux de vie favorables à la santé de la population. Elle suppose une approche davantage proactive qui contribue à maintenir et à améliorer la santé des citoyens. Cette nouvelle responsabilité suggère notamment l'adoption d'une perspective écologique qui permet de soutenir la mise en place des conditions favorisant une prise en charge globale.

Bien que beaucoup d'énergies soient actuellement consacrées à l'implantation et à la consolidation des changements issus de cette dernière réforme, le contexte actuel d'application des PAL et de la responsabilité populationnelle des CSSS laisse entrevoir un potentiel de rehaussement des

interventions et le développement de nouveaux leviers dans le développement d'activités de prévention-promotion.

### *La pratique infirmière en santé communautaire*

Au Québec, on estime que les infirmières sont près de 6000 à œuvrer dans divers programmes de santé communautaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2007a). De ces infirmières, la majorité œuvre dans les établissements de mission CLSC des CSSS<sup>1</sup> (OIIQ, 2007a). Au Québec et dans les provinces canadiennes, les infirmières œuvrant dans les organisations de santé communautaires représentent respectivement environ 10% et 14% de l'effectif total des infirmières (Institut canadien d'information sur la santé, 2007; OIIQ, 2007b). Bien qu'il soit impossible de déterminer la proportion réelle des infirmières impliquées dans des activités de prévention-promotion à partir de ces données, de par leur nombre et leur proximité de la population, les infirmières occupent une position clé en matière de prévention-promotion (Benson & Latter, 1998; Lafrenière, 2004). Elles sont nettement majoritaires au sein des équipes multidisciplinaires des établissements de mission CLSC et bien qu'elles soient peu nombreuses à œuvrer dans des secteurs dédiés à la santé publique (Beaudet et al., 2007b), elles constituent des acteurs essentiels de santé publique dans les différents programmes offerts (Colin & Rocheleau, 2004). Elles sont, par conséquent, impliquées dans une majorité d'actions de prévention-promotion à

---

<sup>1</sup> Depuis la création des CSSS, les données révélant le nombre d'infirmières à l'emploi des établissements de mission CLSC ne sont plus disponibles. Les statistiques présentées reflètent donc la position de l'OIIQ (2007) sur ce que constituent des infirmières « de première ligne œuvrant dans la communauté ». Précisément, l'appellation est réservée aux infirmières des programmes de soutien/soins à domicile, de petite enfance/famille, de santé des jeunes et scolaire, d'Info-santé, de même que les infirmières dites de santé publique (ex : dépistage, vaccination, maladies infectieuses etc.).

visée populationnelle (Beaudet et al., 2007b). La pratique infirmière contribue de façon majeure à l'efficacité des approches de prévention-promotion (Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2006). Certains travaux montrent toutefois que les réformes successives ont eu l'effet de contraindre les infirmières à prodiguer davantage de soins cliniques entraînant un impact négatif sur la pratique infirmière en prévention-promotion (Beaudet et al., 2007b; Renaud, Leane, La Tour, Chevalier, & Paradis, 2004; Richard et al., 2004).

#### *Distinction entre l'éducation à la santé et la promotion de la santé*

Tel que mentionné précédemment, les activités de promotion de la santé visent le développement de la capacité individuelle et la modification des conditions sociales, environnementales et économiques de façon à réduire leurs effets négatifs sur la santé (Nutbeam, 1998). Pour leur part, les pratiques d'éducation à la santé ont pour objectif d'influencer les connaissances et les attitudes des individus dans le but de modifier les comportements individuels (Whitehead, 2004). Selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), l'éducation à la santé ne constitue qu'une fraction du travail nécessaire au développement des aptitudes individuelles et, rappelons-le, ne renvoie qu'à une seule des cinq stratégies d'intervention recommandées pour un travail de promotion de la santé. L'action de promotion de la santé qui ne se résume qu'à la transmission d'information liée à l'adoption de modes de vie sains ou qu'à la réduction de facteurs de risque, fait l'objet de vives critiques. D'une part, on rapporte le manque d'efficacité et l'impact limité des approches prescriptives et standardisées de ces pratiques.

Même lorsque les individus ont en main une information complète leur permettant de réduire les risques sur leur santé, leur comportement n'est que rarement modifié (Scutchfield, 2004; Syme, 2003). Ces pratiques sont également critiquées du fait que leurs actions visent l'individu en faisant abstraction de son contexte (Whitehead, 2001b) et qu'elles entraînent un effet pervers de « *victim-blaming* ». Les individus, dorénavant jugés responsables de leur propre santé, ne sont parfois pas en position ou ne possèdent pas les moyens pour effectuer et soutenir un changement requis. Ces approches ciblent aussi souvent des facteurs de risque liés à des maladies spécifiques (Keleher & Murphy, 2004) plutôt que de promouvoir la santé selon une définition positive de la santé.

Dans le but d'expliquer pourquoi les interventions d'éducation à la santé continuent de constituer une part importante des activités de prévention-promotion, certaines recherches montrent du doigt la confusion entourant les concepts de promotion de la santé et d'éducation à la santé qui sont souvent utilisés par plusieurs de façon interchangeable (Whitehead, 2004). Ce manque de clarté pourrait s'expliquer, entre autres, par des formations qui demeurent souvent empreintes d'un modèle biomédical et qui continuent de reposer sur un nombre restreint de déterminants de la santé (Beaudet et al., 2007b; Whitehead, 2004). On souligne également l'influence des conditions de travail peu favorables à un engagement en ce sens ou par la philosophie véhiculée dans certains milieux de travail (Benson & Latter, 1998; Maben & Macleod, 1995). Pour pallier les nombreuses lacunes des approches traditionnelles, la perspective écologique s'avère, selon plusieurs, une alternative intéressante pour appréhender la

prévention-promotion (Institute of Medicine, 2003; Jackson, Perkins, Khandor, Cordwell, Hamann, & Buasai, 2006; Navarro, Voetsch, Liburd, Giles, & Collins, 2007; Scutchfield, 2004).

### *L'approche écologique : origine et définition*

Plusieurs domaines de recherche et d'intervention ont adopté une perspective qui s'inspire de l'écologie humaine et de l'écologie sociale laquelle met de l'avant l'interaction entre les individus et leurs environnements physique et social dans la compréhension des phénomènes humains (Green, Richard, & Potvin, 1996). Parmi les auteurs ayant proposé une modélisation de cette perspective, les travaux de Bronfenbrenner (1979) sont fondateurs et demeurent une référence importante en ce qui a trait à la perspective écologique dans le domaine des sciences infirmières. Le modèle écologique proposé par Urie Bronfenbrenner est représenté par une superposition de cercles concentriques symbolisant les différents niveaux d'influence sur l'individu. Inspiré notamment par Bronfenbrenner, certains auteurs ont contribué au développement théorique et à l'utilisation de modèles écologiques en promotion de la santé. La plupart des travaux ont visé la définition des concepts et la description des diverses composantes du modèle (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996; Stokols, 1996). L'application à diverses problématiques (Jackson et al., 2006; Satariano & McAuley, 2003) ainsi que l'élaboration de lignes directrices destinées à la pratique et à l'évaluation des interventions (Kok, Gottlieb, Commers, & Smerecnik, 2008; Richard et al., 1996) ont également été présentées.

Selon la perspective écologique en promotion de la santé, les pratiques de santé des individus ne sont pas le simple résultat de leurs connaissances, valeurs et attitudes. Ils s'inscrivent à l'intérieur de contextes sociaux et environnementaux lesquels exercent également une influence sur la santé (McLeroy, Norton, Kegler, Burdine, & Sumaya, 2003). À cet effet, selon McLeroy et al. (1988), les comportements sont le résultat de cinq niveaux d'influence soit : les caractéristiques personnelles des individus, leur environnement interpersonnel, leur communauté, leur environnement physique de même que les politiques publiques. Sans pour autant ignorer la portée des déterminants individuels, le modèle écologique accorde ainsi une attention particulière au contexte global et prône des actions visant une gamme élargie de déterminants. Ainsi, l'analyse des problématiques de santé s'appuie sur la prémisse selon laquelle l'état de santé, étant influencé par un ensemble de facteurs, exige des interventions qui atteignent différents niveaux. Ce cadre expose également l'interaction réciproque entre les systèmes des différents paliers, ce qui suggère la possibilité d'agir à un niveau pour entraîner un changement à un autre niveau.

Étant question de la perspective écologique en promotion de la santé, le modèle proposé par Richard et al. (1996) pour l'analyse de la dimension écologique des programmations propose comme dimensions centrales les notions de milieux, de cibles et de stratégies. Ces notions étant reprises dans la présente étude, des explications s'imposent ici. On définit les milieux comme les espaces sociaux à travers lesquels sont rejoints les clients. La notion de cible réfère aux bénéficiaires de l'intervention. Les cinq cibles potentielles identifiées sont: les

individus, les groupes, les organisations, les communautés ainsi que la sphère politique (McLeroy et al., 1988). Pour leur part, les stratégies comprennent l'action sur les cibles ou l'action par la mise en réseau de cibles. L'action sur les cibles suppose la transformation d'une cible ou d'un enchaînement de cibles ayant ultimement un impact sur l'individu, par exemple, apporter des modifications à l'environnement dans le but de favoriser l'activité physique. Les stratégies de mise en réseau de cibles impliquent la mise en réseau de deux ou plusieurs cibles, par exemple par la création d'un groupe d'entraide (mise en réseau d'individus) ou d'une coalition constituée de différents organismes communautaires (mise en réseau d'organisations).

#### *Pertinence du modèle écologique en prévention-promotion*

Les études montrant que de nombreux problèmes de santé sont profondément ancrés dans les structures et les conditions sociales se multiplient. La perspective écologique vise à diriger les efforts à la source même des problématiques de santé de sorte à engendrer des changements durables. Ce faisant, les interventions doivent viser les différents secteurs et parfois plusieurs déterminants socio environnementaux simultanément. La création d'environnements favorables, l'adoption de nouvelles politiques publiques ou de normes sociales constituent bien souvent des stratégies nécessaires pour soutenir ces changements (McLeroy et al., 2003).

Les recherches montrent l'efficacité des programmes de prévention-promotion s'appuyant sur les approches multi niveaux (Jackson et al., 2006;

Keleher & Murphy, 2004; Navarro et al., 2007; Richard et al., 2005a; Stokols, 1992). En lien avec ces travaux, la perspective écologique est reconnue comme un cadre pertinent à l'intervention et à la recherche depuis plus de vingt ans (Green et al., 1996; Smedley & Syme, 2000); elle est également tout à fait cohérente avec les principes véhiculés par la Charte d'Ottawa. Des documents provenant de nombreuses instances reconnaissent le potentiel du modèle pour investiguer les déterminants ayant un impact sur la santé de même que pour soutenir le développement de stratégies d'intervention (MSSS, Epp, 1986; 2003; Sallis & Owen, 2002). Il est donc peu étonnant que depuis 2001, reconnaissant le potentiel du modèle écologique, l'*Institute of Medicine* des États-Unis en recommande l'enseignement dans les écoles de santé publique (2003).

Toutefois, bien que plusieurs auteurs aient contribué à la bonification et à la clarification du modèle écologique depuis son développement, bien des éléments relatifs au modèle et à l'intervention qu'il suggère sont encore insuffisamment développés ou font l'objet de critiques. Celles-ci ont trait majoritairement à la complexité du modèle écologique et aux difficultés associées à son opérationnalisation, notamment en ce qui a trait au niveau de collaboration et de coordination intersectorielles qu'implique nécessairement l'approche écologique (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; McLeroy et al., 2003). Les difficultés d'évaluation des interventions à caractère écologique sont également relevées (McGinnis et al., 2002). Ainsi, le temps nécessaire avant d'apprécier les résultats des interventions de type écologique ne correspond pas au modèle actuel de reddition de compte mis en place par les gouvernements. Certains estiment

également que l'absence de données probantes quant à l'efficacité des interventions de prévention-promotion de type écologique justifie que soit favorisée l'utilisation d'approches traditionnelles, telles les interventions strictement éducatives, dont les aboutissements sont plus facilement mesurables et quantifiables.

### *Approche écologique et approche populationnelle*

L'approche populationnelle laquelle est préconisée dans le projet clinique des CSSS (Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004), reconnaît qu'étant donné le large éventail de déterminants de la santé, les cibles d'interventions prometteuses dépassent la simple consultation individuelle pour un problème de santé. Cette approche implique que la responsabilité des CSSS s'étend au-delà de l'intervention auprès des individus qui utilisent les services. Elle suppose notamment, un travail en amont de manière à maintenir et à améliorer la santé. Depuis l'adoption de cette approche par les CSSS, les établissements sont contraints d'adopter une perspective semblable à celle proposée par la perspective écologique laquelle implique l'intervention dans divers milieux et sur différentes cibles. De fait, la perspective écologique et l'approche populationnelle s'appuient sur une vision élargie des déterminants de la santé laquelle implique une intervention multisectorielle (Zollner & Lessof, 1998). Elles impliquent la nécessité de créer des environnements favorables afin d'inciter l'action sur les déterminants de la santé et ainsi engendrer un impact favorable sur la santé, notamment, via une influence sur les comportements. De par leur portée sociale plutôt qu'individuelle, les approches multidimensionnelles telles que

l'approche écologique et l'approche populationnelle permettraient de rejoindre les groupes généralement peu touchés par les services traditionnels. Cependant, l'atteinte de ces objectifs ne constitue pas la responsabilité exclusive du secteur de la santé mais de toute institution pouvant influencer la santé des individus (Marshall & Altpeter, 2005). Par conséquent, l'action intersectorielle s'inscrit comme un levier indispensable.

Malgré la reconnaissance du potentiel qu'offre la perspective écologique en matière de prévention-promotion et l'adoption d'un tel cadre d'analyse et d'intervention par différentes instances tant sur le plan national qu'international, elle demeure relativement peu utilisée. Dans le but d'optimiser l'intégration du modèle écologique, il est essentiel de cerner les facteurs susceptibles d'expliquer ce paradoxe.

*Facteurs d'influence de l'intégration de l'approche écologique en prévention-promotion*

Quoique le mandat de la mission CLSC des CSSS suggère l'adoption de l'approche écologique au sein de leur programmation, le fait que les programmations actuellement offertes aux aînés soient rarement empreintes d'une perspective écologique soulève des questions quant à la capacité des organisations à implanter des interventions s'appuyant sur cette approche. Les études empiriques ayant traité ce phénomène de manière plus approfondie sont peu nombreuses. Les résultats disponibles montrent néanmoins l'influence d'une variété de facteurs

professionnels, organisationnels et extra-organisationnels sur l'intégration d'une perspective écologique au sein des programmations offertes.

Les facteurs professionnels ayant été mis en lumière par ces recherches ont trait aux aptitudes et aux croyances des intervenants. Dans un contexte de pratique quotidienne surchargée de soins curatifs (Beaudet et al., 2008), les programmations à caractère davantage écologique sont celles où les efforts de prévention-promotion sont soutenus par un personnel convaincu de la pertinence des activités de prévention-promotion (Robinson, Driedger, Elliott, & Eyles, 2006). Sans ces croyances et le dévouement des intervenants en ce sens, ces activités sont souvent reléguées au second plan. La présence d'intervenants qualifiés en matière de stratégies de prévention-promotion constitue un autre facteur déterminant facilitant l'adoption d'une perspective écologique. Également, il y a lieu de noter la formation et l'expérience comme facteurs reliés aux croyances et qualifications (Holden, Strazza Moore, & Holliday, 1998; Renaud et al., 2004; Richard, Gauvin, Potvin, Denis, & Kishchuk, 2002).

À cet égard, la perception qu'ont certains professionnels de leur propre capacité à offrir ces services est telle que beaucoup ne se sentent pas suffisamment outillés et qu'ils ne possèdent pas toujours les connaissances nécessaires à une pratique adéquate de prévention-promotion. Les sciences infirmières constituent un domaine où ce phénomène est documenté (Richard, Gendron, Beaudet, Boisvert, Garceau-Brodeur, & Sauvé, sous presse;

Runciman, Watson, McIntosh, & Tolson, 2006). Tel que mentionné précédemment, les infirmières sont appelées à offrir une gamme élargie de services de prévention-promotion. Une analyse récente fait état de lacunes au sein de la formation initiale des infirmières, lacunes se répercutant sur la pratique d'activités de prévention-promotion (Beaudet et al., 2007b), notamment celles s'appuyant sur une perspective écologique.

Parmi les facteurs organisationnels internes, le manque d'intérêt pour la prévention-promotion ainsi que la présence de priorités concurrentes ont pour effet d'accaparer les ressources et freinent l'implantation d'activités de promotion de la santé (Robinson et al., 2006). Dans un contexte de pratique où la prévention-promotion est déjà fragilisée et où les soins curatifs et les situations d'urgence de santé publique mobilisent la plupart des ressources, les normes organisationnelles et les priorités accordées aux activités de prévention-promotion jouent un rôle significatif dans leur implantation (Riley, Taylor, & Elliott, 2001). Des travaux montrent l'influence positive et marquée de la présence de leaders sur le développement de la capacité des organisations à planifier et implanter des initiatives de promotion de la santé (Robinson et al., 2006). Le soutien offert au personnel contribue à consolider ces pratiques. La présence d'éducateurs ou de coordonateurs qualifiés, la disponibilité de formations continues et de centres de ressources mis à la disposition des professionnels sont des exemples de conditions qui favoriseraient le renforcement des pratiques de prévention-promotion (Holden et al., 1998; Riley et al., 2001). Un enjeu majeur réside dans la stabilité du personnel-clé.

En effet, l'instabilité des ressources humaines (professionnels et bénévoles) contribue au ralentissement de la planification et du déploiement des efforts de prévention-promotion (Richard et al., 2004; Robinson et al., 2006). Les programmations seraient également plus empreintes d'une perspective écologique au sein des programmations où la durabilité d'un financement suffisant est assurée (Agence de santé publique du Canada, 2005; Robinson et al., 2006). En plus d'être nécessaires à l'élaboration et l'implantation des programmes, les ressources financières seraient aussi essentielles au soutien des partenariats (Riley, Edwards, & d'Avernas, 2008). Une structure où les services sont offerts de façon intégrée (Riley et al., 2001) et par des équipes multidisciplinaires concorde avec une intégration supérieure de la perspective écologique.

En ce qui a trait aux facteurs externes à l'organisation, parmi les facteurs facilitants les plus fréquemment cités, on note le rôle crucial de l'existence réseau de partenaires externes (Agence de santé publique du Canada, 2005; Richard et al., 2002; Richard et al., 2004; Riley et al., 2001; Robinson et al., 2006). Ces résultats sont peu étonnants étant donné l'importance de la collaboration intersectorielle dans l'opérationnalisation du modèle écologique. Il apparaît, cependant, que le simple fait d'établir des collaborations ne suffise pas et que la qualité des partenariats ainsi qu'un historique de collaboration saine soient des éléments-clés. Le déploiement d'une diversité de stratégies prenant appui sur une gamme élargie de déterminants de la santé est en effet favorisé par des partenariats riches (Robinson et al., 2006). Réciproquement, un réseautage pauvre ou un partenariat

où un rapport de force se serait établi au fil du temps freinent l'adoption d'une approche écologique (Berkeley & Springett, 2006; Robinson et al., 2006). Dans un autre ordre d'idées, Berkeley et Springett (2006) soulignent l'hégémonie du modèle biomédical dans la culture organisationnelle comme facteur freinant l'affirmation des activités de prévention-promotion. La domination de ce modèle, souvent critiquée pour son caractère réductionniste, nuit au déploiement d'efforts cohérents avec une conception holiste et davantage sociale des inégalités de santé. Ces auteurs évoquent également l'influence du contexte politique. Les mandats politiques étant de courte durée cela implique souvent qu'une vision à court terme soit favorisée dans l'élaboration des priorités et des modalités de financement accordé aux programmations (Richard et al., Soumis). Comme le stipulent Beudet et al, (2008) « la nature même de la prévention-promotion en fait un choix politique difficile à assumer : les résultats sont moins bien documentés, moins faciles à mesurer et peu visibles à court terme » (p. 2). Les lignes directrices alors émises par les instances ministérielles sont empreintes de cette vision faisant ainsi peu de place à des efforts de prévention-promotion cohérents avec une perspective écologique.

Étant question des programmes destinés aux aînés, l'âgisme pourrait constituer un obstacle supplémentaire à la participation des aînés et à leur empowerment, lesquels constituent des stratégies-clés en promotion de la santé. Le troisième âge est souvent davantage associé aux incapacités plus qu'à la possibilité d'un vieillissement sain (Runciman et al., 2006), ce qui pourrait avoir comme effet

de nourrir une vision biomédicale et, par conséquent, décourager les efforts de promotion de la santé des aînés.

En dernier lieu, les auteurs s'étant attardés à l'impact des facteurs géographiques rapportent qu'en milieux ruraux, l'implantation de programmations PP serait plus laborieuse (Robinson et al., 2006) et que les programmations implantées dans les grandes villes présenteraient un meilleur score d'intégration de l'approche écologique (Richard et al., 2002).

### *Le vieillissement de la population*

Comme plusieurs sociétés à travers le monde, les sociétés canadienne et québécoise assistent présentement à un vieillissement de leur population sans précédent. En 2001, la proportion de personnes âgées de 65 et plus était de 13% au Québec. Selon des projections, cette proportion devrait atteindre près de 25% en 2026 et près de 30% en 2051 (Institut de la statistique du Québec, 2008). Parallèlement, les aînés devraient constituer près de 27% de la population canadienne en 2056 (Statistique Canada, 2007). Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus connaîtra la croissance la plus notable au cours des prochaines décennies. L'effectif actuel d'environ 220 000 sera multiplié par près de trois en 2031 et par plus de quatre en 2051 (Institut de la statistique du Québec, 2003).

Les conditions de vie des aînés se sont grandement améliorées au cours des dernières décennies (MSSS, 1999; Rice & Fineman, 2004) et une enquête québécoise menée en 1998 révèle que l'espérance de vie sans perte d'autonomie

s'estime à 69,4 et 70,6 ans chez les hommes et les femmes respectivement (MSSS, 1999, 2003). Au Québec, plus de 70% des personnes âgées sont autonomes en dépit de leurs problèmes de santé (MSSS, 1999). Malgré ces progrès, on assiste à une hausse du nombre d'individus aux prises avec des conditions menaçant leur autonomie. Plus de 80% des personnes âgées de 65 ans et plus sont atteints d'au moins une maladie chronique et environ 20% des individus âgés de plus de 75 ans vivent en institution (MSSS, 1999).

Les statistiques démontrent également que la plupart des aînés vieillissent en santé (MSSS, 1999). Le vieillissement doit donc être perçu comme une expérience normale et non comme un problème social ou médical (Keleher & Murphy, 2004). Cependant, la tendance actuelle en ce qui a trait aux soins de santé des aînés et, par conséquent, aux investissements en santé, est telle que les soins curatifs constituent le domaine prioritaire (McGinnis et al., 2002). L'attention que portent les individus à leur santé (ou à celle de leurs proches) lors d'épisodes de maladie explique l'importance supérieure accordée à la maladie plutôt qu'à la prévention du déclin fonctionnel et à la promotion du bien-être.

Les changements démographiques auront sans doute un impact considérable sur la société. Certains sont cependant d'avis que c'est davantage l'attitude de la société à l'endroit des personnes vieillissantes et le manque d'adaptation des milieux aux besoins particuliers des aînés qui peut poser problème. « Ce n'est pas le vieillissement en soi mais plutôt le vieillissement mal préparé sur le plan individuel comme à l'échelle de la collectivité qui peut

transformer la vieillesse en fardeau » (MSSS, 1999, p. 44). Ce type d'analyse pave la voie à l'adoption d'une perspective écologique qui accorde nécessairement une large place aux déterminants environnementaux de la santé des aînés. Le phénomène de vieillissement auquel les sociétés assistent présentement exige que le soutien à cette population soit repensé. Les approches de promotion de la santé qui visent un vieillissement sain et actif s'inscrivent dans une telle perspective (Beattie et al., 2003; Keller & Fleury, 2000; Rice & Fineman, 2004). Elles permettent d'accroître la qualité de vie d'un nombre grandissant d'aînés et d'assurer que le vieillissement n'engendre pas inévitablement une augmentation des incapacités (Beattie et al., 2003). Quoique les conclusions quant à l'impact économique du vieillissement demeurent mitigées (Rice & Fineman, 2004) les initiatives de prévention-promotion s'inscriraient comme une opportunité de contenir les dépenses de santé (Aucoin, 2005; Rice & Fineman, 2004) du fait qu'elles contribuent à accroître la longévité et la santé des aînés sans toutefois accroître les coûts (Lubitz, Cai, Kramarow, & Lentzner, 2003).

#### *Les pratiques actuelles de prévention-promotion destinée aux aînés*

L'objectif des activités de prévention-promotion auprès des aînés est d'améliorer ou de retarder l'apparition des incapacités fonctionnelles de manière à en réduire la durée (Goetzl et al., 2007; Keller & Fleury, 2000). Elles visent un vieillissement sain (Keleher & Murphy, 2004) et l'amélioration de la qualité de vie (Keller & Fleury, 2000). Contrairement à l'idée selon laquelle, à un âge avancé, il peut être trop tard pour la prévention, plusieurs recherches ont montré les bénéfices des activités de prévention-promotion chez les aînés notamment dans les

domaines de l'exercice, de l'arrêt tabagique et la saine alimentation (Goetzel et al., 2007). Contrairement à la perception courante selon laquelle les aînés demeurent peu touchés par les interventions de prévention-promotion, une étude québécoise conclut que les aînés sont la cible de nombreux programmes offerts par les CLSC et les centres de jour (Richard et al., 2005a).

Le travail des infirmières de santé communautaire eu égard à la prévention-promotion auprès des personnes âgées au Québec s'effectue en collaboration avec des collègues provenant d'autres disciplines du secteur de la santé et vise notamment, selon Lafrenière (2004), à :

- Encourager une vie active et une saine alimentation
- Prévenir les chutes et les blessures
- Prévenir certaines maladies contagieuses
- Développer des environnements sains et sécuritaires
- Développer le potentiel des familles qui comptent au moins une personne âgée fragilisée
- Faciliter les transitions de la vie (veuvage, perte d'autonomie, retraite)
- Encourager l'utilisation rationnelle de médicaments
- Prévenir et combattre la violence et la négligence à l'endroit des aînés

Les écrits sont nombreux à affirmer l'importance fondamentale des programmations reposant sur une variété de déterminants (Beattie et al., 2003; Butler-Jones, 2009; Keller & Fleury, 2000). Ces constats sont à l'origine des nombreuses recommandations du PNSP qui, de manière implicite, incitent les

établissements à adopter une perspective écologique. L'implantation de programmes à l'intérieur desquels une variété de déterminants n'est pas considérée, ne peuvent qu'avoir un impact limité. Le développement de programmes efficaces passe par la compréhension de la nature même des problèmes de santé et une action ciblant une gamme élargie de facteurs de risque et par le fait même des stratégies dirigées à divers niveaux.

Or, parmi les activités de prévention-promotion destinées aux aînés, on constate que la majorité des stratégies privilégiées sont souvent directement destinées aux individus (Richard et al., 2005a; Runciman et al., 2006) et continuent de reposer sur une approche visant les déterminants individuels se limitant généralement à des activités de sensibilisation et d'éducation à la santé (MSSS, 1999; Richard et al., 2005a).

Il semble également que, parmi les initiatives destinées aux aînés, des approches traditionnelles soient déployées au détriment de la création d'environnements favorables à la santé et au maintien de l'autonomie (Keleher & Murphy, 2004) ainsi que d'approches favorisant l'empowerment et l'action sociopolitique (Latter, 1998). Les résultats d'une étude écossaise menée auprès d'infirmières œuvrant en santé communautaire auprès de la clientèle aînée confirme que plus de 85% des répondants rapportent l'utilisation d'approches d'éducation à la santé tandis que moins de 25% d'entre elles tentent de cibler l'environnement physique et sociopolitique (Runciman et al., 2006). Dans le même sens, une récente étude révèle que les activités à visée préventive et de

promotion offertes aux aînés sont relativement nombreuses mais les programmes actuels s'appuient encore bien peu sur un modèle écologique et privilégient encore des approches traditionnelles d'éducation à la santé (Richard et al., 2008b). Ces deux études concluent que malgré les recommandations, les interventions ciblant les sphères politiques ou l'environnement physique et social font malheureusement encore figure d'exception. Par ailleurs, la majorité des thèmes abordés lors d'activités de prévention-promotion auprès des aînés dans les établissements de mission CLSC ont trait à la santé physique et aux services cliniques (Richard et al., 2005b). Bien souvent ces programmes tendent à cibler des problèmes de santé précis ou des facteurs de risques spécifiques (Keleher & Murphy, 2004) s'éloignant ainsi d'une vision positive et holiste de la santé. Par exemple, les études recensées révèlent que parmi les thématiques abordées en prévention-promotion destinée aux aînés, une importance prépondérante est accordée aux activités de vaccination (Richard et al., 2005a; Runciman et al., 2006; Wallace & Levin, 2000). De plus, les milieux d'intervention sont peu diversifiés. Les intervenants favorisent une approche où les aînés sont rejoints dans les établissements de santé au détriment d'autres milieux de vie (Richard et al., 2008b). Ces constats ne sont pas propres au contexte québécois. Ils concordent avec les résultats de recherches qui démontrent qu'une grande proportion des thématiques abordées relèvent de la santé physique et que les interventions ciblent surtout les individus et ce, au domicile ou via les établissements de santé (Runciman et al., 2006).

Les connaissances eu égard aux facteurs liés aux situations de santé qui affectent les aînés suggèrent pourtant que de nombreuses stratégies pourraient optimiser l'efficacité des programmations existantes. Or, comparativement à d'autres groupes d'âge, la prévention-promotion pour les aînés semble encore peu développée du point de vue des approches et du contenu des programmations. Malgré la pertinence reconnue du modèle écologique et du mandat des établissements de santé d'organiser les soins selon une telle perspective, son intégration à la programmation destinée à la clientèle aînée demeure limitée (Richard et al., 2008b; Satariano & McAuley, 2003). Il est pourtant essentiel que l'état actuel des connaissances se reflète dans les programmations de prévention-promotion (Keleher & Murphy, 2004).

### *Cadre de référence*

Le *modèle écologique* constitue une perspective pour orienter l'action et non un modèle d'intervention. Dans le cadre de cette recherche, *l'approche écologique* renvoie à un ensemble d'interventions cohérentes avec une perspective écologique. Pour sa part, *l'intégration* de l'approche écologique, qui constitue l'objet d'intérêt, réfère à la mise en œuvre de ces pratiques à l'intérieur des programmations PP destinées aux aînés. Étant donné la responsabilité des CSSS d'adopter une telle perspective en ce qui a trait à l'organisation des services, cette étude ne s'attarde pas à l'adoption d'une perspective écologique, mais aborde plutôt la mise en action d'interventions s'appuyant sur celle-ci. Ainsi, étant question de favoriser le déploiement et la mise en œuvre de pratiques, le choix d'un cadre d'implantation a été jugé pertinent pour mener cette recherche.

Le cadre théorique guidant la présente étude est le modèle d'implantation de programmes de Scheirer (1981). Le choix de ce cadre théorique fait écho aux travaux antérieurs ayant portés sur l'intégration de l'approche écologique (Richard et al., Soumis; Richard et al., 2004). Ce modèle se veut inspiré de diverses perspectives théoriques sur le changement organisationnel, telles que le modèle rationnel, les modèles de diffusion des innovations de même que des modèles de psychologie individuelle (Scheirer, 1981). À la lumière de la recension d'écrits effectuée précédemment, le cadre proposé par ce modèle s'avère pertinent du fait qu'il suggère l'étude d'une gamme variée de facteurs et qu'il met notamment en évidence le rôle du contexte sur l'implantation de programmes au sein des organisations. La proposition théorique principale de ce modèle est qu'un bon degré d'ajustement (*fit*) entre l'innovation et les différentes composantes du système organisationnel facilitent l'implantation de l'innovation. Ce modèle présente une valeur heuristique certaine en termes de l'explication des conditions liées à l'intégration de l'approche écologique tel que prescrit par le PNSP. Il pointe vers l'examen du rôle de trois catégories de facteurs : macro, intermédiaire et individuel.

#### *Le niveau macro*

Ce niveau regroupe des facteurs internes et externes qui influencent l'organisation dans son ensemble. Il est important de souligner que les acteurs ou constituantes se situant à ce niveau ne sont généralement pas impliqués directement dans l'implantation du programme; le soutien qu'elles procurent

influence néanmoins sa mise en œuvre. Les facteurs investigués au niveau macro concernent donc les interactions entre l'organisation visée par l'implantation et son environnement. Leur compréhension implique l'adoption de perspectives politique, communautaire ou administrative de l'organisation. Plus spécifiquement, il est ici question de facteurs tels le soutien administratif, la disponibilité des ressources et les partenariats entre l'organisation et les acteurs extra-organisationnels.

#### *Le niveau intermédiaire*

Les facteurs du niveau intermédiaire se rapportent à l'unité organisationnelle impliquée dans l'implantation du programme. L'examen de ceux-ci implique une perspective organisationnelle, incluant notamment l'analyse des normes organisationnelles, des structures organisationnelles et des processus de travail. Sont également considérés les éléments propres à l'innovation notamment ses attributs et les impératifs qui s'y rattachent.

#### *Le niveau individuel*

Les conditions se rapportant à ce niveau concernent les caractéristiques des professionnels chargés d'implanter le programme. Il est ici question de facteurs influençant le comportement, la compréhension et le dévouement des individus nécessaire à l'implantation du programme. Sans atteindre le niveau de sophistication des modèles théoriques portant spécifiquement sur les déterminants psychosociaux des comportements, le modèle de Scheirer inclut toutefois des facteurs se rapportant aux attitudes, habiletés, expérience et formation.

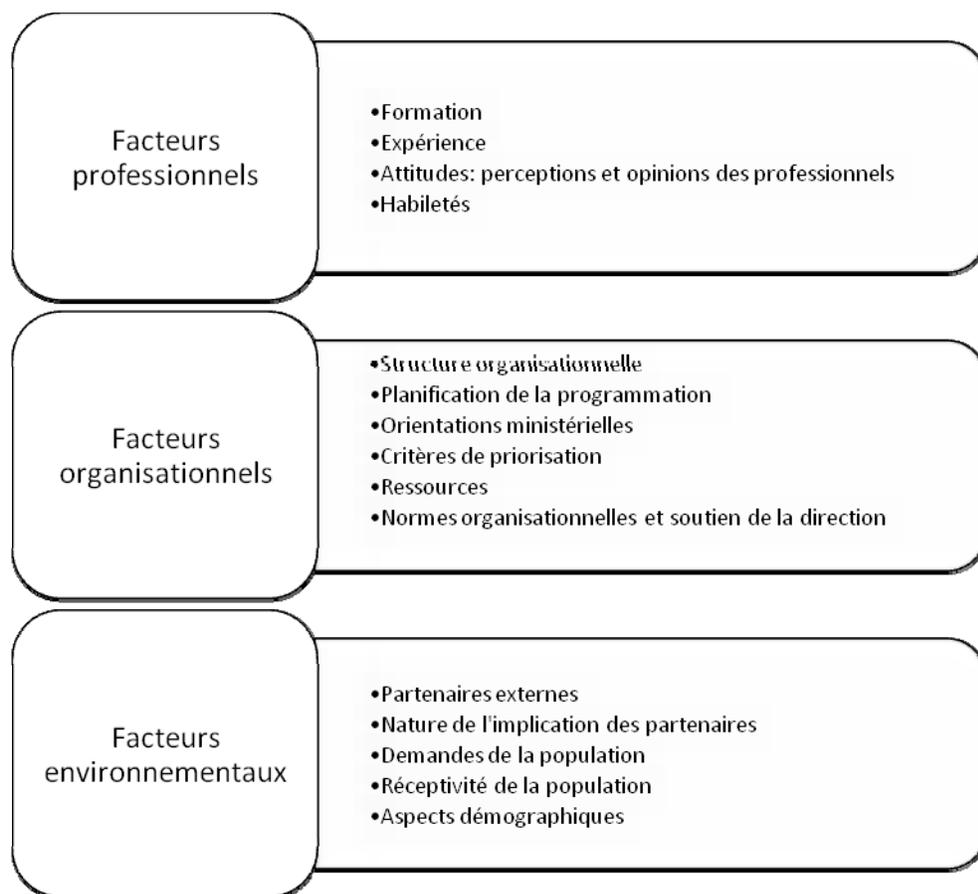
En plus de son utilisation dans le cadre de recherches portant sur la réduction du tabagisme (Richard et al., 2004) ce modèle a été utilisé avec succès pour expliquer l'implantation de programmes dans des contextes de santé mentale et de santé dentaire (Scheirer, 1990).

Il est à noter que, en ligne avec les travaux antérieurs de Richard (Richard et al., Soumis; Richard et al., 2002), des modifications ont été apportées au modèle original (voir figure 1). D'abord, la catégorisation de certains facteurs a été revue de manière à ce que le modèle soit davantage cohérent avec la structure organisationnelle à l'étude. La gestion des ressources ainsi que l'adaptation et la mise en œuvre des orientations ministérielles s'inscrivent dans un processus continu, du palier gouvernemental aux équipes locales. Ainsi, pour éviter le chevauchement des analyses, les facteurs entourant le soutien politique et administratif, tels que la disponibilité des ressources et les orientations ministérielles ont été regroupées avec les facteurs se rapportant à l'unité organisationnelle. Bien que le modèle original propose également de rendre compte des caractéristiques liées à l'innovation, ce thème sera exclusivement étudié sous l'angle des perceptions et des opinions des individus et par conséquent, sera traité au niveau individuel.

Pour terminer, les ensembles de facteurs ont été identifiés par de nouvelles expressions afin de rendre la catégorisation plus cohérente avec les changements apportés et ainsi faciliter la lecture des résultats. L'ensemble de conditions regroupées sous l'appellation « niveau macro » est dorénavant désigné « facteurs

environnementaux » et les niveaux intermédiaires et micro ont pour leur part été respectivement renommés « facteurs organisationnels » et « facteurs professionnels ».

Figure 1



Adaptation du modèle de Scheirer (1981) par Leblanc, Richard, Bisailon, Gauvin, Ducharme et Trudel (soumis)



## Chapitre III

### Méthodologie

### *Devis*

Un devis qualitatif d'étude de cas multiples a été utilisé. Ce devis permet l'étude d'un phénomène social contemporain complexe qui s'inscrit dans un contexte dont il ne peut être dissocié (Yin, 1994). L'unité d'analyse est la programmation prévention-promotion destinée aux aînés offerte par des CSSS.

### *Sélection des cas et des participants*

#### *Sélection des cas*

Étant donné l'objectif de généralisation théorique inhérent aux études de cas, l'objectif de l'échantillonnage est de sélectionner des cas susceptibles de dégager un maximum d'information nécessaire à la compréhension du phénomène à l'étude (Yin, 1994). Plus spécifiquement, un échantillonnage non-probabiliste d'hétérogénéité (Patton, 2002) a été effectué. Concrètement, les cas retenus devaient présenter de la variabilité quant au degré d'intégration du modèle écologique au sein de leur programmation PP pour les aînés. À cet égard, le choix des CSSS a été effectué en fonction des résultats obtenus dans un volet antérieur de l'étude portant sur la dimension écologique des programmations destinées aux aînés en matière de prévention des chutes, d'utilisation adéquate de médicaments de même que de prévention des abus, de la violence et de la négligence (Richard et al., 2008b). Selon le nombre et le type de stratégies utilisées dans leurs programmations respectives, les CSSS ont été classés selon trois niveaux d'intégration de l'approche écologique (fort, modéré et limité). Divers critères

d'exclusion ont été appliqués. D'abord, il convient de mentionner que les CSSS des régions de Montréal et Québec n'ont pas été retenus. En effet, la formation des CSSS étant encore récente, il a été jugé que les changements organisationnels engendrés par cette restructuration pouvaient être plus importants à l'intérieur des centres urbains où un plus grand nombre d'établissements ont été fusionnés. Une telle situation aurait certes compliqué la collecte et l'analyse des données. D'autre part, pour des raisons pratiques, les CSSS situés à plus de 200 km de Montréal ont également été exclus. Au terme de ce processus de décision, six CSSS ont été retenus. Les profils de ces sites sont présentés au tableau I.

Tableau I : Portrait des régions desservies par les CSSS

CSSS	Population	Population aînée	% Aînés	Densité de population	Urbanisation	Revenu personnel/ habitant	Chômage
A	185 650	19 641	10,6	30,4H/km2 et 383H/km2	<i>urbain et semi-urbain</i>	28 432\$	3,9%
B	47 737	7 995	16,7	30,9 Hab/km2	<i>urbain et semi-urbain</i>	27 560\$	6,7%
C	46 266	7 773	16,8	35 Hab/km2	<i>urbain et semi-urbain</i>	29 677\$	7,4%
D	126 870	21 582	17,0	438.7 Hab/km2	<i>urbain</i>	26 872\$	11,4%
E	376 845	53 093	14,1	1532 Hab/km2	<i>urbain</i>	31 160\$	7,8%
X	42 609	7 293	17,1	23 et 17.1 Hab/km2	<i>semi-urbain</i>	26 842\$	7,4%

(Institut National de Santé Publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la Statistique du Québec, 2006)

Des six organisations approchées, une a refusé de participer à l'étude, limitant ainsi l'échantillon à cinq CSSS ( $n_{\text{cas}}=5$ ). Pour des raisons d'ordre financier

et d'échéancier, cette organisation n'a pas été remplacée. Les organisations retenues sont donc les CSSS A, B, C, D et E.

Étant donné que des modifications auraient pu être apportées aux programmations depuis l'obtention de la mesure de la dimension écologique ayant guidée le choix des cas (Richard et al., 2008b), une mise à jour s'imposait. La mesure du degré d'intégration de l'approche écologique a donc été vérifiée dans chacun des cas ( $n_{\text{cas}}=5$ ) par le biais d'entrevues téléphoniques (cette opération ne faisant pas partie des travaux de recherche inhérent au présent mémoire de maîtrise, celle-ci ne sera pas décrite en détail). Cette mise à jour (Richard, Gauvin, Ducharme, Trudel & Leblanc, 2008) a permis de montrer la stabilité des programmations. Les cas retenus représentaient des cas intégrant l'approche écologique de façon importante, modérée ou limitée. Les profils d'intégration sont présentés au tableau II (Richard, Gauvin, Ducharme, Trudel, & Leblanc, 2008a).

Tableau II: Profils d'intégration de l'approche écologique

CSSS	Nombre d'initiatives PP	Nombre de milieux distincts	Nombre de stratégies distinctes	Score d'intégration de l'approche écologique
A	5	4	3	Limité
B	9	7	4	Modéré
C	12	7	8	Fort
D	7	4	9	Fort
E	7	4	5	Modéré

(Richard et al., 2008a)

*Stratégies de recrutement et de gestion de participants*

Suite à l'obtention du consentement de la direction des établissements, un premier contact a été établi par l'agente de recherche avec une personne ressource identifiée par la direction. L'objectif de ce premier échange était de dresser une liste des participants potentiels à interviewer en fonction de certains critères. Le choix des participants a impliqué la sélection des informateurs clés (n=38). Cette sélection a été effectuée dans chacun des CSSS ( $n_{\text{cas}}=5$ ) parmi les intervenants et décideurs impliqués dans la programmation destinée à la clientèle aînée. Les personnes ressources identifiées comme responsables décrites des initiatives lors de la première phase de l'étude de même que les individus occupant des positions jugées clés au sein des programmations destinées aux aînés ont été sollicités. Cette sélection avait notamment pour but de saisir de façon optimale certains aspects de l'organisation. Une lettre d'invitation et un formulaire de consentement ont par la suite été acheminés aux personnes désignées. Les acteurs rencontrés étaient impliqués à divers niveaux dans la planification, la prestation et l'évaluation des interventions composant la programmation de prévention-promotion destinée aux aînés. Concrètement, il s'est agi de cadres (supérieurs et intermédiaires), d'infirmières et d'autres professionnels. Au total, 38 répondants ont été rencontrés ce qui représente en moyenne 7,6 entretiens d'une durée d'environ 60 minutes dans chacun des CSSS. Près de la moitié de ces entrevues ont été réalisées auprès de personnel cadre. Le profil des répondants est présenté au tableau III.

Tableau III: Profil des répondants par CSSS

CSSS	Nombre de répondants	Nombre d'années moyen au poste actuel	Formation				
			DEC Professionnel	1 <sup>er</sup> cycle Professionnel	Cadre	2 <sup>e</sup> cycle Professionnel	Cadre
A	6	0.9	-	2	1	-	3
B	9	6.9	-	4	1	-	4
C	8	5.9	-	3	1	1	3
D	7	5.2	-	-	2	3	2
E	8	1.9	1	2	2	1	2

### *Stratégies de collecte de données*

Deux stratégies principales ont été utilisées : l'entretien semi-dirigé et l'analyse documentaire. Ces stratégies ont été complétées par un questionnaire sur le profil des répondants (annexe A) et un journal de bord visant le recueil d'informations non verbales et autres impressions inspirées par l'entretien. La collecte des données, a été effectuée entre juillet 2006 et décembre 2007 par un membre de l'équipe de recherche.

### *Entretiens semi-dirigés*

Suite à l'obtention d'un consentement libre et éclairé de chacun des participants, les des entretiens individuels semi dirigés ont été menés dans chaque organisation auprès de six à huit acteurs concernés par les interventions des programmations à l'étude. Les guides d'entretien (annexe B) ont été élaboré à partir de l'adaptation du modèle de Scheirer (1981) (fig.1). Les thèmes abordés avaient trait à la description du contexte entourant la programmation destinée aux aînés ainsi qu'à l'identification des facteurs susceptibles d'expliquer le niveau d'intégration de l'approche écologique. En lien avec le modèle de Scheirer, il a été question d'une variété de facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels.

### *L'analyse documentaire*

Préalablement à l'entrevue, les participants ont été invités à fournir des documents pertinents à la programmation. Les documents pertinents à l'étude sont ceux faisant état du soutien de la direction aux programmes, du profil du personnel œuvrant au sein des équipes et de la description des activités de prévention-promotion. Il s'agit principalement de documents administratifs tels que des projets cliniques, des plans d'action locaux des organisations (PAL), des portraits de santé ou de données sociodémographiques sur les populations desservies. Ceux-ci ont ensuite été examinés pour juger de leur pertinence. Les documents à l'intérieur desquels figuraient de l'information pouvant compléter et enrichir les données recueillies ont été conservés. Ce sont principalement les documents

faisant état de la structure organisationnelle et des énoncés de mission d'établissement qui ont été étudiés.

### *Processus de gestion et d'analyse des données*

Le matériel recueilli dans le cadre des entretiens a été retranscrit intégralement. La codification du matériel a été effectuée en fonction des catégories prédéterminées par l'adaptation du modèle de Scheirer (1981) (fig. 1) mais permettait aussi l'émergence de nouvelles catégories. Une première codification réalisée par un membre de l'équipe de recherche a été révisée intégralement et amendée par un second membre, c'est-à-dire l'auteur de ce protocole. Les divergences ont été résolues par consensus entre les codeurs et, au besoin, avec l'aide la directrice de recherche. Le logiciel informatique N'Vivo a été utilisé pour aider à la synthèse des données obtenues, plus précisément pour l'attribution de codes aux verbatim et au regroupement du matériel en fonction des catégories. Les données, issues de l'analyse documentaire, ont été insérées par la suite.

L'analyse des données a été inspirée de l'approche préconisée par Miles et Huberman (2003) laquelle s'appuie principalement sur la construction de matrices regroupant les données pertinentes. L'analyse a permis, dans un premier temps, de dresser un portrait de chacun des établissements selon les codes leur ayant été attribués. Une attention particulière a été portée à la convergence des données entre les répondants d'un CSSS. Deuxièmement, il s'agissait de déterminer si, selon le degré d'intégration de l'approche écologique, il existait des patrons

particuliers eu égard à ces facteurs. Pour terminer, une comparaison de ces patrons a été effectuée de manière à exposer les divergences entre les CSSS. Toutes ces étapes ont impliqué une spécification détaillée du raisonnement analytique en incluant les références appropriées aux données recueillies. Une validation de la démarche suivie lors de cette étape a été effectuée par la directrice de l'étudiante-chercheuse. Suite à cette analyse, les personnes ressources de chacun des milieux ont été sollicitées, par courriel ou lors d'un entretien téléphonique, afin d'organiser des rencontres de groupe dans le but de vérifier la plausibilité des interprétations des données et d'enrichir les analyses. À la convenance des personnes ressources, l'organisation des rencontres a été prise en charge par une personne du CSSS ou par un des membres de l'équipe de recherche (LR ou MEL). De telles rencontres ont eu lieu dans trois des cinq CSSS (B, D et E). Au CSSS A, en raison des horaires chargés des participants, on a préféré procéder à cette validation par le biais d'un courriel acheminé aux participants. Les personnes contactées au CSSS C n'ont quant à elles pas donné suite aux nombreuses tentatives d'organiser une rencontre. La validation des résultats par les participants du CSSS C n'a par conséquent pas été possible. Les participants rencontrés par un des membres de l'équipe de recherche étaient somme toute en accord avec le portrait dressé de leur CSSS. Le cas échéant, les résultats ont été revus et modifiés à la lumière des commentaires reçus.

### *Critères de scientificité*

Différentes mesures ont été utilisées afin d'assurer la rigueur méthodologique de la démarche de recherche. Celles-ci sont présentées plus bas en

les regroupant selon trois critères de scientificité dérivés des travaux de Lincoln et Guba (1985) et Laperrière (1997).

#### *Validité interne*

La validité de la présente étude est renforcée par l'examen de cas multiples, notamment ceux présentant des profils contrastés en ce qui a trait au degré d'intégration de l'approche écologique (Yin, 1994). La vérification de la dimension écologique des programmations effectuée par la mise à jour des profils a permis d'assurer une catégorisation juste sur laquelle ont reposé les comparaisons subséquentes.

Le recours à un second codeur a permis d'optimiser la précision et la cohérence de la codification. La validité des données a également été renforcée par la révision des analyses par le groupe de recherche (LR, AB, LG et FD) (*member checking*) (Laperrière, 1997; Lincoln & Guba, 1985). Cette étape a permis d'obtenir un consensus intersubjectif relativement à la justesse et à la pertinence des liens entre les données et les interprétations (Laperrière, 1997). Ultimement, la concordance entre les données et la plausibilité des interprétations a été vérifiée auprès des participants.

#### *Transférabilité*

L'objectif de l'étude de cas est de permettre la généralisation théorique (Yin, 1994). Ainsi, dans l'exposition des résultats, une description riche et détaillée des milieux (Lincoln & Guba, 1985) a été effectuée. Une attention

particulière a été portée à la description du contexte organisationnel et des pratiques de chacun des CSSS afin de pouvoir rendre possible par les utilisateurs une transférabilité des résultats à des milieux semblables.

### *Fiabilité*

La documentation et l'explicitation des différentes phases du processus d'analyse ainsi que la construction de la chaîne d'évidences s'appuyant sur des extraits pertinents des données ont permis l'examen et la validation du processus par la directrice de l'étudiante-chercheure.

### *Éthique*

Le protocole de recherche a été soumis et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal ainsi que le Comité scientifique et d'éthique de la recherche de l'un des CSSS participants. Un formulaire de consentement faisant état des risques et des avantages ainsi que du caractère volontaire de la participation a été soumis à chacun des participants pour l'obtention de leur consentement éclairé. Bien qu'aucun risque ou conséquence négative lié à la participation n'ait été entrevu, tous les participants ont été avisés de leur droit de refuser de participer ou de se retirer à tout moment au cours de l'étude et ce, sans conséquences négatives pour eux ou leur organisation. Afin d'assurer la confidentialité du matériel recueilli, seuls les membres de l'équipe de recherche ont accès aux enregistrements et aux verbatim des entretiens. L'anonymat des établissements et des participants sera préservé lors de la présentation des résultats dans les différents véhicules de diffusion.

## Chapitre IV

### Article

Leblanc, ME., Richard, L., Bisailon A., Gauvin L., Ducharme F., Trudel M. (soumis). Les conditions liées à l'intégration de l'approche écologique dans la programmation de prévention-promotion offerte à la clientèle aînée par les CSSS du Québec: une étude de cas. *La Revue Canadienne du Vieillissement*.

## Contribution

Cette recherche a été initiée par l'Équipe de recherche sur l'intégration de l'approche écologique en prévention-promotion de l'Université de Montréal. Ma directrice de maîtrise, Madame Lucie Richard, chercheure principale sur ce projet m'a invité à me joindre à l'équipe en 2007. À cette date, l'étape de la collecte de données prenait fin. Mon implication a donc débuté à la phase de codification. Sous la supervision de ma directrice et avec la collaboration des autres chercheurs, j'ai été la principale responsable des analyses ainsi que de la présentation des résultats. Les résultats qui suivent ont été présentés sous forme d'article soumis à *La Revue Canadienne du Vieillessement* dans le cadre de mon mémoire de recherche.

## Introduction

L'adoption de la loi 25, en décembre 2003, a entraîné une restructuration majeure de l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec. De la fusion des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD) et dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH), 95 Centres de Santé et Services Sociaux (CSSS) ont vu le jour. Cette réorganisation vise à répondre aux défis que pose l'adoption d'une approche populationnelle, laquelle vise à optimiser l'impact des services sur la santé de la population d'un territoire, qu'elle fasse appel ou non aux services. L'approche populationnelle traduit une volonté de réorienter le système de la santé, jusqu'ici grandement axé sur le curatif, vers le maintien et l'amélioration de la santé de la population. L'organisation des services et des interventions à visée populationnelle constitue dorénavant l'un des importants mandats des CSSS (Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004). Cette nouvelle responsabilité implique de soutenir la mise en place des conditions favorisant une prise en charge globale, notamment via l'action intersectorielle. Bien que beaucoup d'énergies soient actuellement encore dirigées à l'implantation et la consolidation des changements issus de cette dernière réforme, le contexte actuel laisse entrevoir un potentiel de rehaussement des interventions et le développement de nouveaux leviers favorisant le déploiement d'activités de prévention-promotion (PP).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la promotion de la santé représente un éventail d'actions ayant pour but d'une part, de renforcer les aptitudes et les capacités des individus et, d'autre part, de modifier les conditions sociales, environnementales et économiques de façon à réduire leurs effets négatifs sur la santé des populations (Nutbeam, 1998). Ce travail suppose une diversification des stratégies et des milieux d'intervention. L'approche écologique est en lien avec cette perspective et constitue une approche-clé en matière de promotion de la santé (Green et al., 1996). Cette approche s'avère d'ailleurs, selon plusieurs, une alternative qui permet de pallier les nombreuses lacunes des approches traditionnelles, critiquées notamment pour leur impact limité (Gebbie, Rosenstock, & Hernandez, 2003; Navarro et al., 2007; Scutchfield, 2004).

Comme plusieurs sociétés à travers le monde, les sociétés canadienne et québécoise assistent présentement à un vieillissement sans précédent de leur population. En 2001, la proportion de personnes âgées de 65 et plus était de 13% au Québec. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (2008), cette proportion devrait atteindre près de 25% en 2026 et près de 30% en 2051. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus connaîtra la croissance la plus notable au cours des prochaines décennies. Afin d'éviter que ce vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie ne se traduisent par une augmentation des incapacités et une diminution de la qualité de vie, il importe d'agir en amont (Beattie et al., 2003). Or, comparativement à d'autres groupes d'âge, la PP pour les aînés demeure encore relativement peu développée (Harris & Grootjans, 2006; Keller & Fleury, 2000; Richard et al., 2008b). La programmation

actuelle continue de reposer largement sur des approches traditionnelles centrées sur la modification des comportements individuels au détriment de la création d'environnements favorables à la santé et au maintien de l'autonomie (Keleher & Murphy, 2004; Satariano & McAuley, 2003), ou encore d'approches favorisant l'empowerment et l'action sociopolitique (Lafrenière, 2004; Latter, 1998). Les interventions actuelles s'éloignent souvent des principes véhiculés par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Somme toute, malgré le consensus entourant la pertinence de du modèle écologique en matière de prévention-promotion, son intégration à la programmation destinée à la clientèle aînée demeure limitée (Satariano & McAuley, 2003).

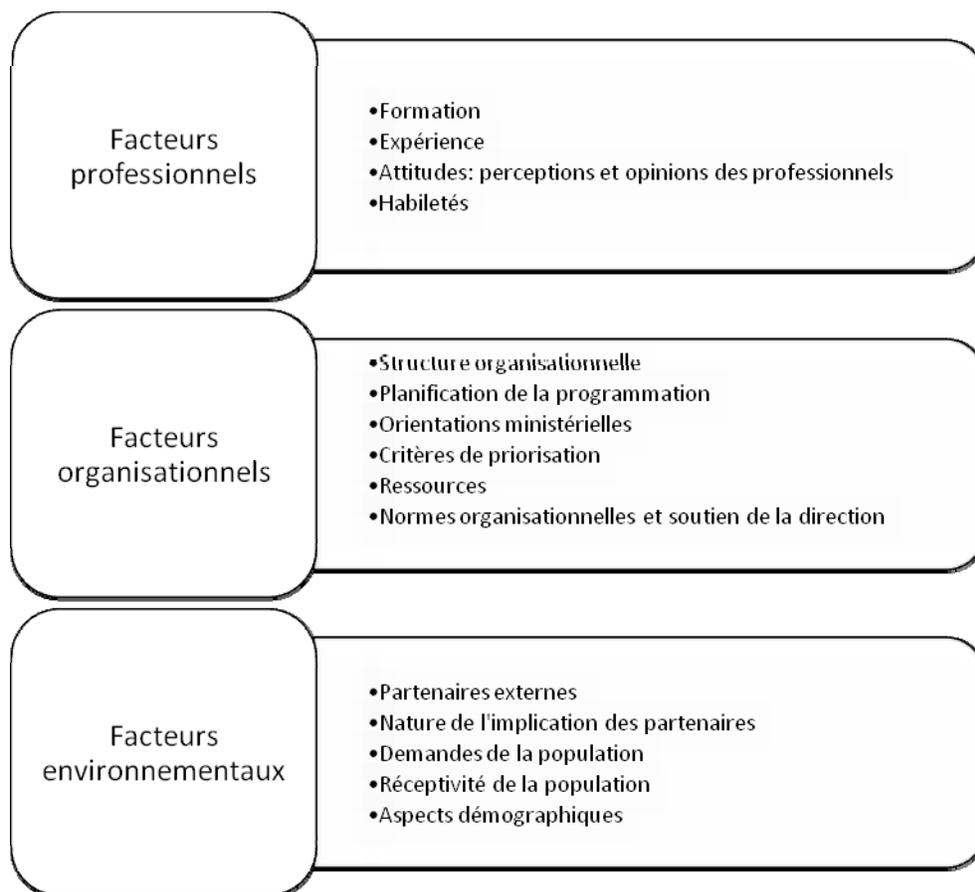
De fait, des analyses de programmations PP destinées aux aînés montrent une forte prépondérance des thématiques liées à la santé physique et aux services cliniques, souvent autour de l'immunisation (Richard et al., 2005a; Runciman et al., 2006; Wallace & Levin, 2000). Une évaluation récente de l'implantation de l'approche écologique au sein de programmations en prévention-promotion pour les aînés dans le contexte québécois suggère d'ailleurs une importante variation quant au degré d'intégration de l'approche (Richard et al., 2008b). Quoique le mandat des organisations de type CLSC des CSSS encourage l'adoption de l'approche écologique au sein de leurs programmations (MSSS, 2003), celles offertes aux aînés en sont rarement empreintes. Cela soulève des questions quant à la capacité des organisations à intégrer une telle perspective. Afin d'optimiser le développement d'une programmation qui s'appuie davantage sur ce modèle, il importe d'abord de cerner les facteurs influençant son intégration pour orienter la

pratique. En ce domaine, certaines études ont souligné le rôle crucial du réseau de partenaires externes (Agence de santé publique du Canada, 2005; Richard et al., 2002; Richard et al., 2004; Riley et al., 2001; Robinson et al., 2006). D'autres ont montré l'importance du soutien offert au personnel ainsi que l'impact des aptitudes et des croyances des intervenants (Robinson et al., 2006). Plus largement, Berkeley et Springett (2006) évoquent la courte durée des mandats politiques et l'hégémonie du modèle biomédical comme facteurs freinant l'adoption d'activités de prévention-promotion selon une perspective écologique. Ceci s'avère particulièrement fondé en ce qui a trait aux aînés, le troisième âge étant associé aux incapacités et à la maladie davantage qu'à la possibilité d'un vieillissement sain (Runciman et al., 2006).

Les études empiriques ayant traité des difficultés liées à l'implantation de l'approche écologique en prévention-promotion sont peu nombreuses. Aucune étude n'a jusqu'ici examiné la question dans le contexte des programmes PP offerts aux aînés par des organisations locales de santé publique du Québec. Ainsi, la présente étude vise l'identification des conditions influençant l'intégration de l'approche écologique au sein de la programmation PP offerte aux aînés par les CSSS du Québec. Une adaptation du modèle de Scheirer (1981) (figure 1) a guidé la collecte et l'analyse des données. Ce modèle a été utilisé avec succès, précédemment, pour examiner l'implantation de programmes et d'approches novatrices de programmation (Richard et al., 2004). Conformément à ce modèle, cette étude investiguera trois catégories de facteurs pouvant influencer

l'intégration de l'approche écologique en prévention-promotion, soient les facteurs environnementaux, professionnels et organisationnels.

Figure 1



Adaptation du modèle de Scheirer (1981)

## Méthodologie

### Contexte de l'étude

Cette recherche s'inscrit dans un programme de recherche portant sur la prévention et la promotion de la santé pour les aînés. À ce jour, l'inventaire des programmes de prévention-promotion offerts par les Directions de santé publique

régionales (DSP), les CLSC et les Centres de jour ainsi que l'analyse de leur dimension écologique a été réalisé (Richard et al., 2005a; Richard et al., 2008b). La présente étude complète ces premiers efforts et vise l'identification des facteurs influençant l'intégration de l'approche écologique dans les programmations visées. Une première analyse a porté sur les DSP du Québec (Richard et al., Soumis). Les résultats présentés dans cet article sont issus de l'analyse du contexte des organisations locales de santé, soit les établissements de mission CLSC des CSSS.

### Devis et échantillonnage

Le devis de recherche est l'étude de cas multiples, avec la programmation PP destinée aux aînés offerte par le CSSS comme unité d'analyse. Pour des raisons pratiques, les CSSS devaient être situés à moins de 200km de Montréal. Les organisations situées sur l'île de Montréal ont été exclues en raison du contexte ambiant de changements organisationnels impliquant la fusion d'un plus grand nombre d'établissements sur l'île, ce qui aurait rendu les comparaisons entre les établissements difficiles.

Le choix des cas a été effectué en fonction de la dimension écologique des programmations destinées aux aînés, telle qu'évaluée lors de travaux antérieurs (Richard et al., 2008b). Selon le nombre et le type de stratégies et de milieux d'intervention utilisés dans leurs programmations respectives, les établissements ont été classés selon trois niveaux d'intégration de l'approche écologique : fort, modéré et limité. Trois organisations ont été recrutées en milieu urbain et semi-urbain, deux autres en milieu urbain. En préalable à la collecte des données dans

les sites retenus, une mise à jour des activités a été effectuée afin de confirmer le profil écologique de la programmation de l'établissement (Richard et al., 2008a). Le tableau 1 présente les cinq établissements retenus en fonction du degré d'intégration de l'approche écologique au sein de leur programmation en prévention-promotion ainsi que de quelques caractéristiques des territoires s'y rattachant.

Tableau 1: Portrait des établissements et de leur territoire

CSSS	Degré d'intégration de l'AE <sup>a</sup>	Population	Population aînée	% Aînés	Densité de population Hab/Km <sup>2</sup>	Urbanisation	Revenu personnel/habitant	% Chômage
<b>A</b>	Limité	185 650	19 641	10,6	30,4 et 383	Urbain et semi-urbain	28 432\$	3,9
<b>B</b>	Modéré	47 737	7 995	16,7	30,9	urbain et semi-urbain	27 560\$	6,7
<b>C</b>	Fort	46 266	7 773	16,8	35	urbain et semi-urbain	29 677\$	7,4
<b>D</b>	Fort	126 870	21 582	17,0	438,7	urbain	26 872\$	11,4
<b>E</b>	Modéré	376 845	53 093	14,1	1532	urbain	31 160\$	7,8

(Institut National de Santé Publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la Statistique du Québec, 2006)

<sup>a</sup>(Richard et al., 2008a)

La sélection des informateurs clés a été effectuée dans chacun des sites parmi les décideurs et intervenants impliqués dans la programmation destinée à la clientèle aînée. Des entretiens semi-dirigés (en moyenne 7,6 par site), d'une durée d'environ une heure ont été conduits auprès d'un total de 21 cadres (supérieurs et intermédiaires) et 17 professionnels (tableau 2).

Tableau 2 : Portrait des répondants

CSSS	Nombre de répondants	Nombre d'années moyen au poste actuel	Formation				
			DEC Professionnel	1 <sup>er</sup> cycle		2 <sup>e</sup> cycle	
				Professionnel	Cadre	Professionnel	Cadre
A	6	0.9	-	2	1	-	3
B	9	6.9	-	4	1	-	4
C	8	5.9	-	3	1	1	3
D	7	5.2	-	-	2	3	2
E	8	1.9	1	2	2	1	2

Le guide d'entretien a été élaboré en s'inspirant du modèle de Scheirer (1981). La collecte de données a été complétée par une analyse documentaire de documents obtenus par l'entremise des informateurs-clés. Il s'agit principalement de documents administratifs tels que des projets cliniques, des plans d'action locaux des organisations (PAL), des portraits de santé ou de données sociodémographiques sur les populations desservies.

## Analyse

Le matériel issu des entretiens a été retranscrit verbatim et une codification initiale a été effectuée par un membre de l'équipe de recherche (MT) sur la base

des catégories prédéterminées par le modèle de Scheirer (1981). Le résultat de cet exercice a été révisé par un second membre (MEL) et les divergences ont été résolues par consensus. L'analyse, inspirée de l'approche de Miles et Huberman (2003), a permis dans un premier temps de dresser un portrait des établissements selon les facteurs explicatifs postulés par le modèle. Par la suite, les analyses ont permis d'identifier des patrons particuliers et de les comparer en fonction du degré d'intégration de l'approche écologique. Cette démarche conduite par MEL a été validée par un troisième membre de l'équipe de recherche (LR) et par l'ensemble de l'équipe de recherche à l'occasion de réunions (n=6) d'environ 90 minutes chacune. Pour terminer, les participants de chacun des sites ont été invités à valider les résultats obtenus via une rencontre de groupe. Cet exercice a pu être réalisé dans 4 des 5 CSSS.

## Résultats

Dans chacun des CSSS à l'étude, les résultats obtenus mettent en lumière un ensemble de conditions susceptibles d'influencer le degré d'intégration de l'approche écologique dans les programmations PP destinées aux aînés. Les tableaux 3 et 4 présentent un résumé des résultats obtenus dans chacun de ces établissements.

Tableau 3 : Facteurs facilitant l'intégration de l'approche écologique

CSSS	A	B	C	D	E
Degré d'intégration de l'approche écologique	Limité	Modéré	Fort	Fort	Modéré
<b>Facteurs professionnels</b>					
Formation avancée ou discipline sociale			x	x	
Opportunités de formation continue		x	x	x	
Opinion favorable à l'approche écologique		x	x	x	
<b>Facteurs environnementaux</b>					
<i>Partenaires</i>					
Partenaires diversifiés et novateurs			x	x	
Partenaires égalitaires			x	x	
<i>Facteurs communautaires</i>					
Action communautaire forte			x	x	
Population réceptive		x	x	x	x
Demandes: développement de nouveaux programmes			x	x	
<b>Facteurs organisationnels</b>					
Équipes territoriales			x		
Détermination des priorités: importance accordée aux besoins de la population		x	x	x	
Flexibilité des ententes de gestion			x		
Normes organisationnelles favorables à la PP aînés			x	x	
Budget alloué à la formation continue			x	x	

Tableau 4 : Facteurs limitant l'intégration de l'approche écologique

CSSS	A	B	C	D	E
Degré d'intégration de l'approche écologique	Limité	Modéré	Fort	Fort	Modéré
<b>Facteurs professionnels</b>					
Nombre d'années moyen limité d'occupation du poste	x				x
<b>Facteurs environnementaux</b>					
<i>Partenaires</i>					
Soutien matériel/technique des partenaires	x	x			x
Réticence des partenaires à collaborer				x	x
<i>Facteurs communautaires</i>					
Forte proportion d'aînés	x	x	x		x
Faible densité populationnelle	x	x			
Réticence de la population	x	x	x	x	x
Demandes: programmes existants	x	x			x
<b>Facteurs organisationnels</b>					
Contexte de fusion	x	x		x	x
Partage des tâches curatives et PP par les intervenants	x	x	x	x	x
Modes de financement/reddition de comptes		x	x	x	
Manque d'enthousiasme/intérêt	x	x	x	x	x
Préjugés/âgisme		x	x	x	x

#### Facteurs professionnels

Il existe une variation considérable du nombre moyen d'années d'occupation du poste actuel (tableau 3), soit de 11 mois au CSSS A (profil limité) à 5 à 6 ans aux CSSS C et D (profils forts), lesquels emploient d'ailleurs la majorité (11 sur 15) des répondants formés dans une discipline sociale.

Peu de répondants, cadres ou intervenants, démontrent une connaissance satisfaisante de la définition de l'approche écologique (pour être jugée correcte une définition devait inclure une référence aux notions de milieux, cibles et/ou stratégies d'intervention). Toutefois, la capacité à définir l'approche de façon théorique ne semble pas déterminante à son intégration. Par exemple, alors que la programmation du CSSS C est jugée fortement écologique, les connaissances des répondants interrogés dans ce site apparaissent relativement limitées. Par ailleurs, dans tous les CSSS, plusieurs commentaires recueillis illustrent une conception étroite de l'environnement, lequel semble souvent se limiter à la famille. Enfin, les interventions auxquelles réfèrent de nombreux répondants se résument souvent à des actions visant la modification des comportements individuels.

*E02 : C'est sûr qu'une personne mettons qui ne prend pas bien ses médicaments ou qui a un problème, je le fais déjà beaucoup, on travaille avec la famille (...)*

En ce qui a trait aux habiletés pour traduire le modèle écologique en action, la plupart des répondants déclarent les avoir acquises avec l'expérience plutôt que dans le cadre de leur formation académique. Les données suggèrent qu'à l'exception des formations dans une discipline sociale, les formations académiques de base semblent faire peu de place à l'approche écologique, les habiletés étant acquises davantage lors de formations avancées. Aussi, quelques répondants des CSSS B (profil modéré), C et D (profils forts), sont d'avis que les formations continues contribuent à l'acquisition de telles habiletés.

*C04 : Bien la formation en travail social, oui, la plupart des professeurs que j'ai eus avaient cette approche-là et on était amenés à développer une capacité d'analyse des différents facteurs qui conditionnent les problèmes sociaux et à tenir compte de l'environnement de la personne et à travailler sur son environnement et éventuellement sur les politiques.*

La plupart des répondants ont une opinion positive de l'approche écologique, qualifiée de pertinente bien que complexe. Les répondants des CSSS B, C et D expriment une opinion nettement plus favorable à l'égard de l'approche écologique, qu'ils considèrent prometteuse. Globalement, les opinions au sujet de cette approche vont de pair avec le degré d'intégration à la programmation offerte par les différents établissements. Au CSSS A (profil limité), on constate entre autres une position défavorable à l'égard des processus inhérents aux partenariats.

*A03 : ... savoir qu'il peut y avoir dix personnes autour de la table pour une affaire bête (...), plus il y a de monde, plus c'est compliqué. (...) quelque chose qui aurait pu être simple des fois, peut devenir un peu complexe.*

D'autre part, dans les CSSS B et E (profils modérés), on exprime une opinion favorable et un intérêt pour adopter des interventions qui s'appuient sur cette approche, tout en admettant que les pratiques ne sont pas actualisées en ce sens.

*B04 : on l'applique oui mais, à mon avis, actuellement, avec notre fonctionnement actuel on va pas assez loin dans la communauté.*

Enfin, les répondants des organisations C et D (profils forts) préconisent non seulement l'adoption d'une telle perspective, mais leurs propos font état de son intégration aux pratiques actuelles.

*C05 : Bien moi c'est sûr que c'est ce que je valorise le plus. Si je regarde depuis l'arrivée ici, bon, le fait d'avoir mis les équipes territoriales, d'avoir revu le cadre de pratique en organisation communautaire (...) et que ce sont des valeurs qui sont privilégiées, et de revenir justement avec nos partenaires (...) pour leur reconfirmer que c'est une approche qu'on valorise.*

#### Facteurs environnementaux

##### *Partenaires*

Les résultats révèlent deux profils majeurs en ce qui a trait aux partenaires extérieurs et à la nature de leurs liens avec les CSSS. Aux CSSS C et D (profils forts), les partenaires impliqués dans les programmes PP destinés aux aînés sont diversifiés et vont nettement au-delà des partenariats traditionnels des secteurs de la santé. On compte ainsi des acteurs politiques, de nombreux organismes gouvernementaux non directement liés à la santé ainsi que des institutions financières. On note également des liens avec le milieu universitaire ainsi qu'une participation marquée des municipalités. Au CSSS C les liens semblent particulièrement développés avec une variété d'organismes communautaires tandis qu'au CSSS D la collaboration entre les différents CSSS de la région et avec le secteur bénévole ressortent de manière substantielle.

À l'opposé, les partenaires des CSSS A (profil limité) et E (profil modéré) sont peu diversifiés. Quoique les partenariats avec des organismes communautaires y soient bien implantés, les partenaires traditionnels que sont les professionnels du réseau de la santé et les résidences pour personnes âgées reviennent souvent. Au CSSS A, les collaborations établies avec les organismes communautaires apparaissent souvent instaurées en fonction de besoins ponctuels plutôt que sur une base formelle; ces partenariats sont décrits comme ne permettant pas toujours une participation optimale des organismes. Au CSSS E, les propos indiquent que l'implication des organismes communautaires du territoire est surtout reliée aux services d'aide à domicile, impliquant alors des services davantage destinés aux individus. Par ailleurs, la contribution des partenaires aux CSSS A et E se limite généralement à offrir au CSSS un soutien technique, principalement sous forme de financement, de formations ou de participation à des séances d'informations destinées à la clientèle.

*A06 : J'ai beaucoup à faire moi, sur mon territoire avec les pharmaciens (...) Ils parlent du ménage de la pharmacie et ils font le ménage par des codes de médicaments, des dates de péremption et tout ça.*

À l'opposé, les collaborateurs des CSSS C et D (profils forts) s'inscrivent couramment comme les principaux responsables de dossiers ou partagent conjointement des dossiers PP avec les CSSS. L'entretien de ces relations égalitaires semble à la fois stimulé par un souci de partager les responsabilités mais surtout, sur la reconnaissance et la mise en valeur de l'expertise des collaborateurs.

Bien qu'on note des efforts de réseautage et un souci de partager la responsabilité des interventions avec les partenaires, les pratiques en vigueur au CSSS B (profil modéré) semblent moins actualisées en ce sens. Au CSSS E (profil modéré), des difficultés en ce qui a trait aux partenariats sont évoquées, les rapports avec certaines associations et organisations communautaires étant ardu. De plus, malgré une configuration singulière du territoire E, pourtant propice à la collaboration, peu de liens sont établis avec la municipalité.

#### *Environnement communautaire*

Plusieurs des propos recensés portent sur la réalité des territoires desservis par les CSSS. Trois éléments ressortent : les aspects démographiques, la réceptivité de la population eu égard aux aînés et aux interventions leur étant offertes et les demandes faites à cet égard au CSSS.

Perceptions de la démographie : Tous font référence à la forte proportion d'aînés se trouvant sur leur territoire. Même au CSSS A (profil limité), où la proportion d'aînés est la plus faible (voir tableau 2), on caractérise le phénomène « d'explosion démographique ». Cela est perçu par presque tous les répondants comme étant un obstacle plutôt qu'un moteur au déploiement d'activités PP, du fait que les ressources doivent d'abord être allouées aux soins curatifs.

Cet avis n'est cependant pas partagé par les répondants du CSSS D (profil fort) où la proportion d'aînés est d'ailleurs la plus élevée. Le discours traduit plutôt

la nécessité « *d'être prêts à travailler avec les aînés* ». Bien que ce discours soit moins répandu au CSSS E (profil modéré), on associe au vieillissement de la population une opportunité, voire la nécessité, d'intensifier les efforts en PP.

*E08 : On va devoir s'adapter à ça, prévoir, planifier les installations, planifier les ressources, (...) changer des pratiques (...) Donc l'intervention de PP va être très très importante. Parce qu'on ne va pas, dans le fond « les laisser aller à eux-mêmes » et les ramasser à l'urgence. Le système va craquer si on fait ça. Donc la PP va prendre un sens tout à fait particulier*

Selon certains répondants des CSSS A (profil limité) et B (profil modéré), la faible densité populationnelle de leur territoire complexifie les interventions PP et justifierait un plus grand recours à l'utilisation d'approches individuelles ou en petits groupes. Au CSSS C (profil fort) où une réalité semblable est en vigueur, cet enjeu semble poser moins de difficultés, probablement du fait que les aînés de ce territoire sont décrits comme étant « *plus jeunes, éduqués et mobilisés* ». En effet, les aînés des territoires C et D (profil fort) sont dépeints très favorablement par de nombreux répondants qui soulèvent leurs qualifications et la volonté des aînés de les mettre à profit, donc leur potentiel pour collaborer aux dossiers de PP.

*C06 : ...il y a tous les gens qui viennent prendre leur retraite ici, qui habitent la région (inaudible). Il n'y a pas grand régions qui ont ce bassin de personnes aînées, qualifiées, qui ont plein d'expériences de vie, personnelle, donc on a beaucoup de potentiel pour réaliser des activités d'intervention intéressantes*

Perception de la réceptivité des aînés: Selon les répondants, qui sont toutefois moins nombreux à exprimer un tel point de vue au CSSS A (profil limité), la population des territoires paraît réceptive et reconnaît la pertinence des efforts déployés pour les aînés. Cependant, la portée à long terme des interventions ainsi que des tabous liés à certains sujets expliqueraient, selon plusieurs, la réticence des aînés face aux efforts PP. En effet, qu'ils soient en bonne santé ou non, il semblerait que les aînés ne se sentent souvent pas concernés et ne perçoivent pas la nécessité de telles interventions. Il est à noter que, de façon générale, la réceptivité ou la réticence de la population aux efforts PP réfère aux interventions visant la modification des comportements individuels puisque ce sont celles-ci qui prévalent actuellement.

En raison des préjugés à l'égard des aînés qui seraient véhiculés dans la population, les activités PP sont souvent perçues par les répondants comme étant non pertinentes pour cette population. Cela constitue donc un obstacle supplémentaire à l'implantation de telles activités.

*C04 : Mais la population en général, je pense qu'elle est touchée par les stéréotypes qui sont plus... bon, les personnes âgées, c'est plus un fardeau qu'autre chose, puis... quand on vieillit, on vieillit, il n'y a pas... comment tu veux... c'est plus le temps de faire de la prévention, là.*

Demandes de services et implication de la population du territoire : Les demandes de services PP logées aux CSSS sont relativement fréquentes mais concernent surtout la présentation de contenu de programmations existantes. Ce sont généralement les interventions individuelles ou de groupe, par le biais de conférences ou d'ateliers qui font l'objet de requêtes de la population.

Selon les données, seuls les CSSS C et D (profils forts) sont sollicités par la population de leur territoire pour développer et mettre sur pied de nouvelles initiatives répondant à des besoins précis.

*D02 : Bien entre autres sur les abus. Ça c'est venu de la communauté. Oui. Par rapport aux tables qui se sont formées et tout ça, c'est venu beaucoup des organisations, je pense. (...) la Maison des Grands-Parents exemple, c'est aussi des... c'est venu du milieu.*

C'est également au CSSS D (profil fort) que l'on caractérise le lobbying en faveur des aînés comme étant plus organisé que celui dédié aux enfants et on estime que la mobilisation substantielle des aînés facilite le déploiement d'activités PP leur étant destinées.

Dans les territoires A (profil limité), B et E (profils modérés), la collaboration s'articule autour de projets ciblant les individus tels que les services d'aide à domicile. Aux CSSS C et D (profils forts), elle s'organise aussi autour de projets fondés sur une approche écologique tels que la revitalisation de quartier ou les projets « *Villes amies des aînés.* »

*C08 : Il y a de plus en plus je crois, une volonté des partenaires intersectoriels, les partenaires municipaux, scolaires, etc., de travailler avec les partenaires de la santé dans une approche plus globale, dans une approche où on essaie d'être le plus proactifs possible.*

L'implication considérable des organisations communautaires du territoire C (profil fort) dans les dossiers PP en font souvent les principaux responsables. Fait intéressant à noter, le CSSS fait l'objet de critiques relativement à son manque d'orientation PP.

*C02 : le milieu communautaire est très axé sur la PP. C'est vraiment leur créneau, c'est des gens qui ont toujours cru justement aux déterminants de la santé communautaire autour, et qui veulent agir sur justement les facteurs qui fait qu'une population n'est pas en santé, peu importe son âge et tout ça. Et ils trouvent bien sûr que nous on est plus en 2e ou 3e ligne, qu'on est beaucoup plus curatifs, beaucoup plus... et pas assez préventifs.*

## Facteurs organisationnels

### *Structure organisationnelle*

Les fusions entre les établissements, inhérentes à la réforme, ont exigé des modifications importantes des structures organisationnelles. Au moment des entretiens, ces structures et l'état d'avancement des fusions différaient considérablement selon les CSSS. Dans certains milieux, notamment au CSSS D (profil fort), des équipes locales de santé publique avaient été implantées tandis

qu'ailleurs, comme au CSSS C (profil fort), l'ensemble des activités PP étaient toujours intégrées au programme de soutien à domicile (SAD). Puisque ces établissements présentent tous deux un profil fort, il est difficile d'affirmer qu'une structure organisationnelle est davantage performante eu égard à l'intégration de l'approche écologique.

Quoi qu'il en soit, on note dans tous les CSSS une pratique davantage transversale de la PP, où la responsabilité des interventions est partagée par différentes directions. Dans tous les milieux, le secteur du SAD se voit attribuer une part importante de la responsabilité du déploiement des activités PP. Les professionnels responsables de la prestation de soins curatifs se voient donc attribuer une responsabilité additionnelle impliquant la prévention-promotion. Dans ce contexte, il n'est guère surprenant que soient privilégiées des approches davantage individuelles. Le manque de ressources au SAD est invoqué dans tous les établissements pour expliquer les lacunes dans la pratique PP. Selon les répondants, les ressources étant insuffisantes pour assurer les soins curatifs, les interventions PP sont souvent reléguées au second plan :

*A04 : on demande aux gens qui sont déjà dans le curatif par-dessus la tête de faire ce job-là. Et ça, c'est insensé.*

Le degré avec lequel les interventions PP seront effectivement implantées semble varier en fonction de diverses caractéristiques : type d'emploi, disponibilité et intérêt personnel du professionnel. Plusieurs commentaires évoquent la situation difficile des infirmières eu égard à la prévention-promotion :

*E07 : il y a des individus qui sont très ancrés (..) travailleur social ou autre, très communautaire. Le fait peut-être d'avoir eu des cours très spécifiques à ça, l'approche communautaire, tandis que les infirmières un petit peu moins.*

*C03 Nous (infirmières), à part le suivi de médication, les références au programme PAPA et la vaccination, c'est ça. Nous on n'a pas le temps de faire d'autres choses. On éteint des feux.*

Relativement à la structure des équipes, des répondants du CSSS C (profil fort) sont d'avis que l'existence d'équipes territoriales faciliterait la connaissance des ressources et des partenaires du territoire de même que le travail interdisciplinaire. À cet égard, il semble que la proximité des organisateurs communautaires et des autres intervenants favorise une reconnaissance du besoin d'agir sur différents déterminants de la santé et l'adoption d'une vision holiste de la PP. Ces conditions favoriseraient les interventions multi-cibles et multi-milieus.

De façon générale, les répondants estiment que la PP des aînés pourra bénéficier du contexte de fusion. Certains mentionnent que la création d'équipes locales de santé publique devrait assurer aux activités PP des ressources suffisantes. Le contexte devrait également permettre de faire valoir les enjeux PP auprès de l'ensemble des dirigeants du CSSS, souvent davantage orientés vers les soins curatifs. En revanche, d'autres expriment certaines réserves à l'égard des fusions. À leur avis, les nombreux changements simultanés qu'elles entraînent créent un sentiment de ralentissement, voire de désorganisation au sein des CSSS.

Aussi, au CSSS D (profil fort), la taille de l'établissement fait craindre que certains dossiers soient négligés. Le constat est néanmoins différent au CSSS C (profil fort), là où la fusion a été opérée il y a une dizaine d'années.

*Planification de la programmation : priorités et reddition de comptes*

Dans l'ensemble des CSSS, en ce qui a trait à la programmation PP, les priorités sont d'abord établies en fonction du Programme national de santé publique (PNSP) et des plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL), étant donné les ententes de gestion et le financement leur étant directement rattaché. Cela étant, les répondants sont d'avis que les aînés ne constituent pas une priorité de santé publique.

*D02: Moi là, ça fait deux, trois congrès que je vais de Santé  
Publique, de quoi on parle? Qu'est-ce qu'on valorise? Les enfants,  
le VIH... mais jamais, à peu près jamais question de cette  
dimension-là de la personne âgée et de la population qui vieillit.*

D'autre part, tel que spécifié dans les énoncés ministériels (Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004), les priorités régionales et locales doivent être arrimées aux besoins des populations en question. Or, des répondants des CSSS A (profil limité) et E (profil modéré) sont d'avis que la marge de manœuvre est limitée et qu'en conséquence, il arrive que l'on se sente « *comme des exécutants des programmations en provenance de l'Agence* » (E02). A l'opposé, les propos recueillis dans les sites B (profil modéré), C et D (profils forts), montrent une plus grande primauté accordée aux besoins

locaux telle que révélée non seulement par les portraits de santé de leur population mais aussi par des consultations des partenaires qui apparaissent nettement plus étendues que dans les deux autres sites. Au CSSS C, on rapporte également être ouvert à des révisions des ententes de gestion en fonction des besoins locaux.

Selon des répondants rencontrés dans au moins 3 CSSS (B, C et D), d'autres facteurs expliqueraient la position défavorable de la PP vis-à-vis du curatif, à savoir les modes de financement et de reddition de comptes.

*C02: le curatif est capable de te faire une démonstration*

*statistique: (...) PP, tu ne peux pas chiffrer. (...) on a sensibilisé tant de personnes l'an dernier à telle problématique, combien ont effectivement changé leurs habitudes de vie, combien ont effectivement cessé de fumer (...) on ne le sait pas (...) on a un discours très théorique (...) et à côté t'as un discours statistique, t'as de la misère à faire le poids.*

*Normes organisationnelles*

Quoique les répondants occupant des postes cadres notent un équilibre entre la PP et le curatif, l'opinion dominante évoque toutefois plutôt une importance accrue des soins curatifs, en raison des grands besoins individuels et curatifs des aînés.

*D04: quand tu parles de PP de la santé, tu penses tout le temps à la petite enfance, la jeunesse, mais très peu aux aînés. C'est rendu très très curatif au niveau des aînés.*

Dans les sites A (profil limité) et E (profil modéré), quelques propos recueillis font état d'une vision plutôt réductionniste de même que d'opinions et d'attitudes défavorables à la PP aînés. Toutes les organisations ne semblent visiblement pas encourager et soutenir les approches multi-cibles et multi-milieus avec la même ardeur. En effet, dans les CSSS B (profil modéré), C et D (profils forts), les répondants sont plus nombreux à reconnaître la nécessité de s'investir dans les partenariats. Parmi les CSSS dont les pratiques PP semblent soutenues, les CSSS C et D se démarquent par l'importance accordée aux actions ciblant l'environnement politique même si elles sont peu fréquentes et qu'il s'avère parfois délicat pour l'organisation de s'investir dans ces interventions.

Dans l'ensemble des milieux, les propos à l'égard des normes organisationnelles et des pratiques en vigueur vont de pair avec le degré d'intégration de l'approche écologique. Les répondants des CSSS C et D (profils forts) sont les seuls à être majoritairement d'avis que les interventions multi-cibles et multi-milieus font partie intégrante du mandat de l'organisation. Ils font aussi état de milieux encourageant et mettant en pratique les interventions de ce type. À l'opposé, des répondants des trois autres sites estiment que la diversification des cibles et des milieux d'intervention n'est parfois pas encouragée par l'organisation.

Enfin, malgré les normes organisationnelles favorables à la PP pour les aînés, on note, dans tous les milieux, un manque d'enthousiasme et d'intérêt manifeste pour celle-ci.

*D02: Les aînés là, c'est pas populaire du tout . (...) des fois le point de vue que j'ai c'est que c'est pas drôle travailler avec des aînés, ils sont chialeurs, ils ne sont pas vite (...)*

#### Autres facteurs

Pour terminer, contrairement aux autres établissements, des répondants des CSSS C et D (profils forts) rapportent que le budget alloué à la formation continue est largement supérieur au minimum de 1% de la masse salariale requis par la loi.

## Discussion

Compte tenu de son potentiel d'efficacité (Jackson et al., 2006; Navarro et al., 2007), le modèle écologique continue d'être privilégié pour l'analyse des situations de santé et le développement de programmes en promotion de la santé. Son intégration pose toutefois des défis et il est crucial de poursuivre les travaux afin de mieux connaître les conditions et dynamiques facilitant son opérationnalisation. La présente étude constitue un effort important en ce sens alors que des programmations PP de cinq CSSS et les facteurs qui y sont associés ont fait l'objet d'une étude de cas multiples. Des variations notables de dimension écologique des programmations ont pu être reliées à des patrons particuliers de facteurs professionnels et contextuels. Ces résultats sont importants car ils permettent d'accroître la compréhension des facteurs influençant l'implantation de

l'approche écologique. Cette étude est également importante en ce qu'elle aborde le terrain peu étudié de l'intervention PP destinée aux aînés dans un contexte nouveau, celui des organisations locales de santé publique.

Cette recherche corrobore les résultats d'études antérieures. Quoique certaines organisations présentent des profils davantage écologiques, l'ensemble des programmations continue néanmoins d'arborer des interventions de type individuel. Les interventions ciblant les sphères politiques ou l'environnement social font encore figure d'exception (Richard et al., 2008b; Runciman et al., 2006).

#### Contraintes communes aux organisations

Les analyses révèlent que plusieurs contraintes à l'intégration de l'approche écologique, particulièrement celles liées aux facteurs organisationnels, sont communes aux cinq organisations. Les contraintes les plus fréquemment invoquées sont les priorités concurrentes, les préjugés et le manque d'intérêt du personnel. De fait, plusieurs répondants ont élaboré sur les responsabilités assumées par les professionnels impliqués au sein des programmes de soutien à domicile dédiés aux aînés, une clientèle souvent fragilisée par de nombreux problèmes de santé. Dans un contexte où les besoins en termes de soins curatifs ne peuvent attendre, il est fréquent que les interventions PP soient reléguées au second plan. L'obstacle qu'engendre ces priorités concurrentes (Robinson et al., 2006) nourrit sans doute la perception que la forte proportion d'aînés constitue un frein aux activités PP. Également, le mode de prestation de soins au programme de

soutien à domicile favorise typiquement les interventions individuelles et limite la diversification des milieux d'interventions. Analysant les programmes prévention-promotion, Richard et al. (2008b) et Runciman et al. (2006) ont effectivement observé que les aînés y sont plus souvent rejoints au domicile ou dans les établissements de santé que dans d'autres milieux de vie.

Bien que plusieurs recherches montrent les bénéfices des activités PP chez les aînés (Goetzel et al., 2007; Rowe & Kahn, 1998), les résultats présentés ici, révèlent que les idées à l'effet qu'il soit trop tard à cet âge pour investir des efforts en PP demeurent répandues. Ces préjugés à l'égard des aînés pourraient contribuer à expliquer le manque d'intérêt que suscite le travail PP auprès de cette population. L'âgisme qui commence à être évoqué dans les écrits (Ory, Kinney Hoffman, Hawkins, Sanner, & Mockenhaupt, 2003) pourrait aussi contraindre les activités PP du fait qu'il nuit à la participation des aînés et à leur empowerment, stratégies communément associées aux efforts de promotion de la santé. Les résultats mettent également en lumière la réticence aux interventions PP dont font preuve certains aînés. Les données ayant été recueillies auprès de professionnels et cadres impliqués dans les services aux aînés, il serait important d'étudier la question auprès des aînés eux-mêmes.

#### Principaux facteurs explicatifs des profils différentiels

L'analyse des résultats montre que certains facteurs sont associés à des profils différentiels d'intégration de l'approche écologique: les partenariats avec

l'externe, la formation du personnel, la structure des équipes, le processus de planification de la programmation ainsi que les normes organisationnelles.

La dimension écologique des programmations semble varier en fonction de la structure du réseau de partenaires impliqués ainsi que la nature des collaborations instaurées avec ceux-ci. Les programmations sont davantage écologiques lorsque l'expertise des partenaires est mise à profit et que les collaborateurs sont nombreux et diversifiés, allant au-delà des alliances traditionnelles avec les résidences pour aînés, les professionnels de la santé et les organismes communautaires. Ces résultats sont peu étonnants puisque la collaboration intersectorielle est inhérente à l'approche écologique. Ces facteurs sont d'ailleurs parmi ceux les plus fréquemment cités dans les recherches portant sur les conditions d'implantation de pratiques PP (Agence de santé publique du Canada, 2005; Richard et al., 2002; Richard et al., 2004; Riley et al., 2001; Robinson et al., 2006; Simonsen-Rehn, Laamanen, Sundell, Brommels, & Suominen, 2009). À cet égard, une étude canadienne conclut que le simple fait d'établir des collaborations ne suffit pas et que la qualité des partenariats et un historique de collaboration saine sont des pré-requis au déploiement d'une diversité de stratégies visant une gamme élargie de déterminants de la santé (Robinson et al., 2006).

La forte représentation des répondants détenant une formation dans une discipline sociale au sein des organisations C et D (profil fort) semble favoriser l'intégration de l'approche écologique. Ces résultats concordent avec une étude

récente qui met en lumière qu'à l'exception des organisateurs communautaires, les intervenants des CSSS auraient une implication très limitée dans le développement communautaire (Caillouette, Garon, Dallaire, Boyer, & Ellyson, 2009). L'existence d'équipes territoriales interdisciplinaires au CSSS C suggère que la proximité et les liens qu'entretiennent les organisateurs communautaires avec les autres intervenants sont des éléments porteurs d'une meilleure intégration de l'approche écologique. L'apport favorable des équipes multidisciplinaires à l'implantation de programmations PP a déjà été évoqué (Riley et al., 2001). Ces résultats rejoignent aussi les recommandations en faveur d'un travail ne reposant pas uniquement sur les organisateurs communautaires mais sur un engagement collectif au sein des CSSS (Caillouette et al., 2009). Toutefois, plusieurs répondants ont souligné l'absence d'une vision concertée et des capacités inégales entre différentes disciplines. Le décalage existant entre la formation et les pratiques attendues de certains professionnels a été rapporté par diverses études, notamment dans le domaine des sciences infirmières (Richard, Gendron, Beaudet, Boisvert, Garceau-Brodeur, & Sauvé, *Accepté pour publication; Richard et al., sous presse*). À cet effet, les analyses suggèrent que la formation continue pourrait en partie pallier cette lacune, du fait qu'elle offre la possibilité de développer des habiletés s'inscrivant dans une perspective écologique.

Au sujet des priorités organisationnelles, les répondants sont unanimes quant à l'influence décisive du PNSP sur la planification des programmations locales et sur la marge de manœuvre limitée que son application stricte laisse aux priorités locales. Des auteurs sont même d'avis que les actions territoriales visant

le développement des communautés semblent en opposition avec la logique d'application des programmes nationaux auxquels sont rattachés un mode de reddition de comptes étroit (Caillouette et al., 2009). Ils plaident en faveur d'un assouplissement des cadres de gestion, solution déjà adoptée sur le territoire C qui pourrait peut-être expliquer une part de leur réussite à intégrer la perspective écologique à leur programmation.

Le contexte actuel fragilise la pratique de la PP et favorise la mobilisation des ressources vers les soins curatifs et les situations d'urgence de santé publique. Dans ce contexte, les normes organisationnelles en faveur des approches multi-cibles et multi-milieus, véhiculées au sein des organisations C et D (profils forts), semblent déterminantes pour un plus grand engagement en PP. Ces conclusions sont soutenues par des études montrant que le soutien (Simonsen-Rehn et al., 2009) de même que les normes organisationnelles et les priorités accordées aux activités PP jouent un rôle significatif dans leur implantation (Riley et al., 2001). Deux thèmes ont été peu développés par les répondants; la responsabilité du gouvernement de développer et soutenir des programmations empreintes d'une perspective écologique et la faible importance accordée à la PP des aînés dans l'agenda ministériel. Ces facteurs ont pourtant été abondamment discutés par les professionnels œuvrant dans les Direction de Santé Publique régionales (Richard et al., Soumis). Les conditions susceptibles d'influencer l'intégration de l'approche écologique abordées dans la présente étude ont en effet davantage trait à des facteurs locaux qu'à des conditions découlant du contexte politique ou des enjeux liés à la planification et l'évaluation des interventions en santé communautaire.

Ceci s'explique probablement du fait que les répondants des CSSS sont plus impliqués dans l'intervention directe; ils s'attardent donc davantage aux facteurs influençant celle-ci de façon proximale. Cependant, dans une optique d'amélioration des pratiques, il s'avèrera crucial de considérer les divers niveaux d'influence ainsi que le large éventail de conditions susceptibles d'influencer la dimension écologique des programmations.

#### Limites de l'étude

Tel que mentionné précédemment, l'étude s'est déroulée dans un contexte de changements organisationnels majeurs, où des transformations avaient lieu dans la plupart des établissements. L'état d'avancement de ces transformations étant différent d'un CSSS à l'autre, l'analyse de certains facteurs a par conséquent été limitée. Par exemple, la formation d'équipes locales de santé publique étant récente, leur apport potentiel à l'amélioration des pratiques n'a pu être pleinement apprécié. Ce constat s'applique surtout au CSSS E où l'état d'avancement des fusions était considérablement plus limité. En second lieu, bien que l'utilisation du modèle de Scheirer ait permis d'apprécier la contribution substantielle des facteurs externes à l'organisation, ce modèle ne permet toutefois pas de tenir compte de la capacité des partenaires à s'investir en lien, par exemple, avec leur niveau de ressources ou leur intérêt. Le fait que certains répondants aient évoqué ce type de contrainte confirme l'importance d'examiner ces facteurs au cours de recherches ultérieures. Par ailleurs, de tels résultats sont le reflet des perceptions des professionnels et des gestionnaires du point de vue d'autres acteurs, ce qui constitue une limite additionnelle. Un devis qui aurait fait place à différentes

sources, telles que les partenaires et les aînés, aurait contribué à enrichir les résultats.

Pour terminer, la participation des répondants au processus de validation des résultats, qui a eu lieu au printemps 2009, a été compliquée par deux facteurs. Premièrement, le délai entre les entretiens initiaux et la phase de validation s'étendant parfois jusqu'à plus de deux années, certains répondants avaient alors quitté l'organisation. De plus, la phase de validation a concidé avec l'écllosion de la grippe A (H1N1), laquelle a grandement mobilisé le personnel des équipes de santé publiques locales, les rendant donc moins disponibles.

## Conclusion

Cette étude attire l'attention sur un ensemble de conditions susceptibles d'influencer l'intégration de l'approche écologique dans les programmations PP destinées aux aînés. Les portraits dégagés permettent d'affirmer le rôle marquant des normes organisationnelles, de la nature des partenariats, du processus de planification de la programmation, de la formation et de la structure des équipes de professionnels dans l'intégration d'une approche écologique. Parmi les contraintes, le manque d'intérêt que suscite le travail en PP des aînés, les préjugés à leur égard ainsi que les priorités concurrentes en matière de santé ont également été soulignées. Ainsi, ces résultats permettront de dégager des leviers d'action en vue d'optimiser l'offre de services en prévention-promotion et ce faisant, participeront

aux efforts en vue d'ajuster la réponse du système de santé aux défis que pose le vieillissement de la population.

## Références

- Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2004). L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé, Trousse d'information.
- Agence de santé publique du Canada. (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Ottawa.
- Beattie, B., Whitelaw, N., Mettler, M., & Turner, D. (2003). A Vision for Older Adults and Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 18(2), 200-204.
- Berkeley, D., & Springett, J. (2006). From rhetoric to reality: Barriers faced by Health For All initiatives. *Social Science and Medicine*, 63(1), 179-188.
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., & Ellyson, A. (2009). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas* Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).
- Gebbie, K., Rosenstock, L., & Hernandez, L. M. (2003). *Who will keep the public healthy? : Educating public health professionals for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Goetzl, R. Z., Reynolds, K., Breslow, L., Roper, W. L., Shechter, D., Stapleton, D. C., et al. (2007). Health promotion in later life: it's never too late. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 1-5.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- Harris, N., & Grootjans, J. (2006). Potential role of ecological health promotion in progressing healthy ageing. *Ageing International*, 31(4), 276-282.
- Institut de la statistique du Québec. (2008). *Le bilan démographique du Québec, édition 2008*. Récupéré le 27 mai 2009 de <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2008/bilan2008.pdf>
- Institut National de Santé Publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la Statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21(suppl\_1), 75-83.
- Keleher, H., & Murphy, B. (2004). *Understanding health : a determinants approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Keller, C., & Fleury, J. (2000). *Health promotion for the elderly*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Lafrenière, S. (2004). Promouvoir la santé des aînés : une question de conception. *Santé Publique, 16*(2), 303-312.
- Latter, S. (1998). Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead. *Health Education Research, 13*(2), 163-.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux
- Navarro, A., Voetsch, K., Liburd, L., Giles, H., & Collins, J. (2007). *Charting the future of community health promotion: recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion* Récupéré le 25 août de [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07\\_0013.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0013.htm).
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349-364.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Ory, M., Kinney Hoffman, M., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine, 25*(3, Supplement 2), 164-171.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Gosselin, C., Sapinski, J.-P., & Trudel, M. (2005). Health promotion and disease prevention for older adults: Intervention themes and strategies used in Quebec local community health centres and seniors' day centres. *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique, 96*(6), 467-470.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Trudel, M., & Leblanc, M.-E. (Soumis). Navigating the headwinds: A case study of the contextual factors influencing the degree of integration of the ecological approach in disease prevention and health promotion programs for older adults. *Social Science & Medicine*.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Trudel, M., & Leblanc, M. (2008a). *Health promotion and disease prevention for older adults: Breadth and ecological character of programmes offered in five Health and Social Services Centres in Québec*. Communication présentée dans le cadre de la 37<sup>e</sup> Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie London, ON.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J. P., & Trudel, M. (2008b). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health, 53*(1), 46-56.
- Richard, L., Gauvin, L., Potvin, L., Denis, J.-L., & Kishchuk, N. (2002). Making youth tobacco control programs more ecological: organizational and professional profiles. *American Journal of Health Promotion, 16*(5), 267-279.

- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Garceau-Brodeur, M., & Sauvé, M. (Accepted for publication). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec. *Public Health Nursing*.
- Richard, L., Lehoux, P., Breton, E., Denis, J.-L., Labrie, L., & Leonard, C. (2004). Implementing the ecological approach in tobacco control programs: results of a case study. *Evaluation and Program Planning*, 27(4), 409-421.
- Riley, B. L., Taylor, S. M., & Elliott, S. J. (2001). Determinants of implementing heart health: promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. *Health Education Research*, 16(4), 425-441.
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice*, 7(4), 467-476.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
- Satariano, W. A., & McAuley, E. (2003). Promoting physical activity among older adults: From ecology to the individual. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3, Supplement 2), 184-192.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation : the organizational context*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Scutchfield, F. D. (2004). A third public health revolution: An editorial. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 83-84.
- Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Sundell, J., Brommels, M., & Suominen, S. (2009). Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 4-12.
- Wallace, S. P., & Levin, J. R. (2000). Patterns of Health Promotion Programs for Older Adults in Local Health Departments. *American Journal of Health Promotion*, 15(2), 130-133.



Chapitre V

Discussion

Cette étude a permis l'examen des facteurs liés à l'intégration de l'approche écologique dans les programmations PP destinées aux aînés dans cinq CSSS. Quoique certaines organisations présentent des profils davantage écologiques, l'ensemble des programmations continue néanmoins d'inclure, en majorité, des interventions de type individuel. Un corpus de recherche grandissant met en lumière la variation notable de la dimension écologique des programmations PP et permet de constater que les interventions ciblant les sphères politiques ou l'environnement social font encore figure d'exception (Richard et al., 2008b; Runciman et al., 2006). L'étude actuelle contribue à l'avancement des connaissances dans ce domaine, puisqu'elle permet de relier la dimension écologique des programmations PP à un ensemble de facteurs professionnels et contextuels.

Les analyses révèlent l'influence décisive des partenariats avec l'externe, de la formation du personnel, de la structure des équipes, du processus de planification de la programmation ainsi que des normes organisationnelles sur le degré d'intégration de la perspective écologique au sein des programmations de prévention-promotion auprès des aînés. L'analyse des résultats montre également que plusieurs contraintes susceptibles de limiter l'intégration de l'approche écologique, sont communes aux cinq organisations. Les contraintes les plus fréquemment évoquées sont attribuables à des facteurs organisationnels ainsi qu'aux préjugés et au manque d'intérêt du personnel.

*Facteurs professionnels*

Les résultats réaffirment l'apport favorable des équipes multidisciplinaires à l'intégration de d'une perspective écologique aux programmations PP, corroborant ainsi les travaux de Riley (2001). Les analyses permettent également d'apporter une précision à ce sujet. Ainsi, les équipes des CSSS C et D (profils forts), qui impliquent un plus grand nombre de répondants détenant une formation dans une discipline sociale semblent favoriser l'intégration de l'approche écologique. Au Québec, il semblerait qu'à l'exception des organisateurs communautaires, les intervenants des CSSS auraient une implication très limitée dans le développement communautaire (Caillouette et al., 2009). D'après les propos recueillis, l'existence d'équipes territoriales interdisciplinaires au CSSS C montre que la proximité et les liens qu'entretiennent les organisateurs communautaires avec les autres intervenants pourraient favoriser une meilleure intégration de l'approche écologique. Les habiletés pour des pratiques qui s'inscrivent dans une perspective écologique ressortant davantage comme acquises avec l'expérience qu'au cours de la formation académique, l'opportunité qu'ont les intervenants de côtoyer régulièrement les organisateurs communautaires les sensibiliseraient sans doute à des modes d'intervention plus diversifiés.

Des recommandations ont été émises en faveur d'un travail impliquant l'adoption d'une perspective écologique au rôle de tous les professionnels en promotion de la santé de la santé et d'un engagement collectif en ce sens (Caillouette et al., 2009; Simonsen-Rehn et al., 2009; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Toutefois, plusieurs répondants ont révélé l'absence d'une vision concertée

en ce sens et des capacités inégales entre différentes disciplines. Le décalage existant entre la formation et les pratiques attendues de certains professionnels eu égard à la prévention-promotion, a été rapporté par diverses études, notamment dans le domaine des sciences infirmières (Whitehead, 2007). Des recherches suggèrent que les pratiques PP sont davantage « laissées à l'initiative des infirmières que soutenues concrètement par les gestionnaires » (Renaud et al., 2004) et que la proportion d'activités PP menées par les infirmières œuvrant en santé communautaire est largement influencée par l'intérêt qu'elles ont pour ce champ de pratique (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Dans un contexte où les pratiques PP dépendent de la volonté de chacun et puisque l'engagement dans les activités de promotion de la santé augmente selon le niveau de connaissances et d'aptitudes des intervenants (Simonsen-Rehn et al., 2009), il importe que les infirmières soient suffisamment sensibilisées et formées afin de répondre aux enjeux actuels de prévention-promotion.

Certains résultats témoignent de progrès entourant la conceptualisation de la promotion de la santé, qui se distingue dorénavant clairement du concept d'éducation à la santé pour les infirmières « expertes » en promotion de la santé sur la scène internationale (Whitehead, 2008). Cependant, au Québec, une analyse récemment opérée auprès d'un échantillon d'infirmières œuvrant en CLSC révèle encore l'existence d'une pratique qui se limite souvent à l'éducation à la santé et ce, malgré le soutien de directives ministérielles tout à fait en lien avec une approche populationnelle (Beudet et al., 2008). Le constat faisant état des lacunes associées aux pratiques de prévention-promotion par des infirmières a également

été posé ailleurs, par exemple aux Etats-Unis et en Angleterre (Casey, 2007; Runciman et al., 2006; Whitehead, 2001a); dans plusieurs cas, les lacunes au sein de la formation académique ont été proposées en guise d'explication.

À cet égard, une recension des écrits traitant du contenu PP dans le curriculum en sciences infirmières suggère que l'enseignement demeure largement centré sur la maladie et les habitudes de vie au détriment des dimensions sociales et politiques qui demeurent malheureusement peu abordées (Whitehead, 2007). Les modèles conceptuels infirmiers auxquels nombre d'infirmières continuent d'être exposées encouragent les interventions sur l'environnement familial tout en abordant avec parcimonie le rôle des infirmières au regard des déterminants communautaires et politiques (Hills, Carroll, & Vollman, 2006). Quelques propos recueillis lors de la présente étude confirment que la dimension environnementale sur laquelle les intervenants sont invités à agir se limite souvent à la famille. De telles données pourraient certes alimenter un plaidoyer en faveur d'une formation en sciences infirmière qui s'attarderait davantage au domaine de la promotion de la santé selon une perspective écologique.

En 2007, un groupe d'experts émettait des recommandations afin que soit revue la formation des professionnels de la santé de sorte qu'ils acquièrent et possèdent les capacités nécessaires au déploiement d'activités cohérentes avec une perspective écologique (Navarro et al., 2007). Par exemple, dans un contexte de promotion de la santé, il s'avère important de bien outiller les professionnels de sorte à ce qu'ils soient en mesure d'instaurer des partenariats avec l'externe. Les

données de la présente étude suggèrent que la formation continue pourrait en partie pallier cette lacune, du fait qu'elle offre la possibilité de développer des habiletés pour une pratique qui s'inscrit dans une perspective écologique. La promotion de la santé constitue un domaine relativement nouveau auquel, il est légitime de croire, plusieurs professionnels et gestionnaires actuellement en poste n'ont pas été exposés lors de leur formation académique. La formation continue constituerait donc un mode d'accès privilégié pour ce bassin de professionnels. Le potentiel qu'offre la formation continue justifie d'y investir des efforts notamment, comme le suggèrent Beaudet et al. (2007a), en se penchant sur l'adéquation entre les thèmes abordés lors de ces formations et les pratiques attendues. Du fait que la promotion de la santé constitue une responsabilité partagée entre une foule de secteurs, la sensibilisation des individus à ce domaine d'intervention doit évidemment, et de loin, dépasser le cadre des sciences infirmières (Latter, 1998).

### *Facteurs environnementaux*

#### *Partenaires*

Les données recueillies montrent que le partenariat ressort comme un facteur influençant de façon notable la dimension écologique des programmations de prévention-promotion. D'abord, la dimension écologique apparaît varier en fonction de la structure du réseau de partenaires impliqués ainsi que de la nature des collaborations instaurées avec ceux-ci. Ainsi, les programmations sont davantage empreintes d'une perspective écologique lorsque l'expertise des partenaires est mise à profit et que les collaborateurs sont nombreux et diversifiés, allant au-delà des alliances traditionnelles avec les résidences pour aînés, les

professionnels de la santé et les organismes communautaires. Ces résultats sont peu étonnants puisque la collaboration intersectorielle est inhérente à l'approche écologique. À cet égard, une étude canadienne conclut que le simple fait d'établir des collaborations ne suffit pas et que la qualité des partenariats et un historique de collaboration saine sont pré-requis au déploiement d'une diversité de stratégies visant une gamme élargie de déterminants de la santé (Robinson et al., 2006). Il est intéressant de noter que les alliances et partenariats sont parmi les facteurs les plus fréquemment cités dans les recherches portant sur les conditions d'implantation de pratiques PP (Agence de santé publique du Canada, 2005; Richard et al., 2002; Richard et al., 2004; Riley et al., 2001; Robinson et al., 2006; Simonsen-Rehn et al., 2009).

Globalement, les conclusions des études quant au rôle du partenariat suggèrent l'importance d'agir sur ce type de levier pour améliorer les pratiques PP. Tels que le montrent nos résultats, une connaissance optimale des ressources du territoire au CSSS C (profil fort) s'avère profitable à l'établissement de partenariats avec la communauté. Ceci dit, Jackson et Riley (2007) rappellent que les partenariats doivent être le résultat d'efforts complémentaires vers un même objectif afin de consolider efficacement les interventions, sans quoi les efforts de l'un pourraient contrecarrer le travail des autres. Le renforcement des partenariats constitue cependant un défi. Des propos recueillis font état de perceptions entourant les difficultés des partenaires de participer aux projets collectifs, notamment à cause du manque de ressources au sein de leur organisme ou à des enjeux de pouvoir quelquefois bien enracinés. Pour illustrer ce phénomène,

Boutilier et Mason (2006) réfèrent au « désordre » de la collaboration qu'engendre la confrontation des valeurs ou des modes de fonctionnement des différents milieux de pratique. Ces confrontations peuvent occasionnellement mener à des enjeux de pouvoir et entraîner un engagement inégal des partenaires.

Une analyse des facteurs facilitant l'établissement de partenariats enracinés ou novateurs pourrait s'avérer une avenue de recherche intéressante en ce qu'elle permettrait d'identifier des leviers pour une intervention.

#### *Environnement communautaire*

Il serait légitime de croire que le vieillissement de la population constitue un moteur en faveur de l'intensification des efforts en PP. Cependant, il semble que la perception dans les milieux soit plutôt à l'inverse et que la forte proportion d'aînés exerce une pression sur les ressources, ce qui constitue un frein aux activités PP.

Les résultats mettent également en lumière la réticence face aux interventions PP dont font preuve certains aînés. À cet égard, des répondants ont suggéré des pistes de réflexion quant aux causes de ces réserves. La connaissance des obstacles qui gênent la participation des communautés est essentielle à l'identification de leviers pour favoriser la mobilisation citoyenne en vue d'actions PP pour les aînés. Cette recherche ayant été menée auprès de professionnels et de cadres, il serait important d'étudier la question auprès des aînés eux-mêmes.

*Facteurs organisationnels*

Bien que le peu d'intérêt que suscitent la population âgée et la promotion de la santé explique, en partie, le manque d'attention portée à ces activités, la présente recherche confirme que les priorités concurrentes s'avèrent une contrainte additionnelle considérable (Robinson et al., 2006; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Plusieurs répondants ont élaboré sur l'influence défavorable du cumul des responsabilités et d'un mode quasi-exclusif de prestation de soins au soutien à domicile, là où est campée une part substantielle des activités PP. Les aînés représentent une clientèle souvent fragilisée par de nombreux problèmes de santé (Beaudet et al., 2008) pour laquelle plusieurs répondants, notamment des infirmières, avouent attribuer une part limitée de leur temps aux activités PP. Le contexte organisationnel fragilise la pratique de la PP, notamment en favorisant les interventions individuelles et limitant la diversification des milieux d'interventions. Une étude portant sur les pratiques infirmières en santé du cœur dans les CLSC du Québec révélait également que l'augmentation de la clientèle combinée à la diminution des ressources rendait difficile la mobilisation des ressources nécessaire à la PP (Renaud et al., 2004). Les répondants sont nombreux à admettre que, souvent, les ressources disponibles sont d'abord mobilisées vers les soins curatifs et les situations d'urgence de santé publique. Comme l'ont rapporté Wilhelmsson et Lindberg (2009), dans un contexte où les besoins en termes de soins curatifs ne peuvent attendre, il est fréquent que les interventions PP soient reléguées au second plan. Ces auteurs ont aussi noté qu'il paraît plus difficile pour les infirmières d'investir en promotion de la santé qu'en prévention secondaire, cette dernière étant davantage cohérente avec le modèle biomédical

généralement en vigueur dans les organisations de santé (Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

Le contexte de soins confronte les intervenants en promotion de la santé à leur double obligation de rendre compte (Boutilier & Mason, 2006), où les intervenants sont contraints de rendre compte à la fois à la communauté et à leur employeur. Cette situation paradoxale les incite, en théorie, à adopter une approche populationnelle et à agir sur des cibles politiques mais en pratique, est souvent découragée par l'hégémonie du modèle biomédical et sa triade diagnostiquer-traiter-guérir. Malgré un contexte parfois contraignant, les normes organisationnelles en faveur des approches multi-cibles et multi-milieux, véhiculées au sein des organisations C et D (profils forts), semblent déterminantes pour un plus grand engagement en PP. Ces CSSS semblent notamment encourager davantage les partenariats avec l'externe, ce qui demande parfois un investissement de ressources dont les aboutissements sont peu mesurables. Ces conclusions sont soutenues par des études montrant que le soutien (Simonsen-Rehn et al., 2009) de même que les normes organisationnelles et les priorités accordées aux activités PP jouent un rôle significatif dans leur implantation (Riley et al., 2001; Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

Bien que plusieurs recherches démontrent les bénéfices des activités PP chez les aînés (Goetzel et al., 2007; Rowe & Kahn, 1998), les résultats de cette recherche montrent que les idées à l'effet qu'il soit trop tard à cet âge pour investir des efforts en PP demeurent répandues. Ces préjugés à l'égard des aînés pourraient

contribuer à expliquer le manque d'intérêt que suscite le travail PP auprès de cette population. L'âgisme qui commence à être évoqué dans les écrits en santé publique (Ory et al., 2003) pourrait aussi contraindre les activités PP du fait qu'il nuit à la participation des aînés et à leur empowerment, stratégies communément associées aux efforts de promotion de la santé. Ces idées préconçues détournent l'attention des décideurs et des intervenants du potentiel qu'offre la PP pour cette clientèle. Un changement de conception doit s'opérer et, comme le suggèrent Ory et al. (2003), ce sont à la fois les gouvernements, les intervenants et la population entière qui doivent être ciblés. Comme le préconisent ces auteurs et tel qu'observé aux CSSS C et D (profils forts), la mobilisation des aînés est rehaussée lorsqu'ils sont incités à s'impliquer de manière productive plutôt que lorsqu'ils sont la cible d'une attitude paternaliste.

Au sujet des priorités organisationnelles, les répondants sont unanimes quant à l'influence décisive du PNSP sur la planification des programmations locales et sur la marge de manœuvre limitée que son application stricte laisse aux priorités locales. Des auteurs sont même d'avis que les actions territoriales visant le développement des communautés semblent en opposition avec la logique d'application des programmes nationaux auxquels sont rattachés un mode de reddition de comptes étroit (Caillouette et al., 2009). Ils plaident en faveur d'un assouplissement des cadres de gestion, solution déjà adoptée sur le territoire C qui pourrait peut-être expliquer une part de leur réussite dans l'intégration d'une perspective écologique à leur programmation PP destinée aux aînés.

Les répondants ont peu abordé la question de la responsabilité du gouvernement de développer et de soutenir des programmations empreintes d'une perspective écologique ou encore, du peu d'importance accordée à la PP des aînés dans l'agenda ministériel. Ces facteurs ont pourtant été abondamment évoqués par les professionnels œuvrant dans les Directions de Santé Publique régionales (Richard et al., Soumis). Les conditions susceptibles d'influencer l'intégration de l'approche écologique soulevées dans la présente étude ont en effet davantage trait à des facteurs locaux qu'à des conditions découlant du contexte politique ou des enjeux liés à l'évaluation des interventions en santé communautaire. Ceci s'explique probablement du fait que les répondants des CSSS sont plus impliqués dans l'intervention directe; ils s'attardent donc davantage aux facteurs influençant celle-ci de façon proximale. Cependant, dans une optique d'amélioration des pratiques, il s'avèrera crucial de considérer les divers niveaux d'influence ainsi que le large éventail de conditions susceptibles d'influencer la dimension écologique des programmations. À ce sujet, les défis méthodologiques liés à l'évaluation des interventions PP occupent une place prépondérante dans les écrits (Potvin, Bilodeau, & Gendron, 2008; Potvin & Goldberg, 2006).

Quant au contexte de fusion dans lequel s'est inscrite cette recherche, il demeure trop tôt pour se prononcer sur son impact. Bien que le tumulte engendré par ces réorganisations ait été dénoncé par certains, les répondants se sont montrés majoritairement optimistes quant à la place qui sera faite aux activités PP dans cette nouvelle structure.

*Limites de l'étude*

L'étude s'est déroulée dans un contexte de changements organisationnels majeurs, où des transformations avaient lieu dans la plupart des établissements. L'état d'avancement de ces transformations étant différent d'un CSSS à l'autre, l'analyse de certains facteurs a, par conséquent, été limitée. Par exemple, la formation d'équipes locales de santé publique étant récente, leur apport potentiel à l'amélioration des pratiques n'a pu être pleinement apprécié. Ce constat s'applique surtout au CSSS E où l'état d'avancement des fusions était considérablement plus limité.

En second lieu, bien que l'utilisation du modèle de Scheirer ait permis d'apprécier la contribution substantielle des facteurs externes à l'organisation, ce modèle ne permet toutefois pas de tenir compte de la capacité des partenaires à s'investir en lien, par exemple, avec leur niveau de ressources ou leur intérêt. Selon Chappell, Funk, Carson, MacKenzie et Stanwick (2006) une compréhension des enjeux sociaux, politiques et économiques façonnant les communautés est indispensable à l'implantation des approches multi-niveaux. Des répondants ont évoqué des contraintes en lien avec la capacité des partenaires à collaborer, confirmant l'importance d'examiner ces facteurs au cours de recherches ultérieures. Par ailleurs, de tels résultats sont le reflet des perceptions des professionnels et des gestionnaires du point de vue d'autres acteurs, ce qui constitue une limite additionnelle. Un devis qui aurait fait place à différentes sources, telles que les partenaires et les aînés, aurait contribué à enrichir les résultats.

La mesure de la dimension écologique des programmations sur laquelle repose cette étude constitue une autre limite méthodologique. Cette phase aurait bénéficié d'une observation participante afin de confirmer que les pratiques constituaient un juste reflet des scores compilés à partir de la description des programmations par les personnes-ressources.

Pour terminer, la participation des répondants au processus de validation des résultats qui a eu lieu au printemps 2009 a été compliquée par deux facteurs. Premièrement, le délai entre les entretiens initiaux et la phase de validation s'étendant parfois jusqu'à plus de deux années, certains répondants avaient alors quitté l'organisation. De plus, la phase de validation a concidé avec l'éclosion de la grippe A (H1N1) laquelle a grandement mobilisé le personnel des équipes de santé publique locales, les rendant donc moins disponibles pour d'autres activités.

Chapitre VI

Conclusion

Compte tenu de son potentiel d'efficacité (Jackson et al., 2006; Navarro et al., 2007), le modèle écologique continue d'être privilégié pour l'analyse des situations de santé et le développement de programmes en promotion de la santé. Son intégration aux programmations pose toutefois des défis et il est crucial de poursuivre les travaux afin de mieux connaître les conditions et dynamiques facilitantes à cet égard. La présente étude constitue un effort important en ce sens alors que des programmations PP de cinq CSSS et les facteurs associés à leur dimension écologique ont fait l'objet d'une étude de cas. Cette étude attire l'attention sur un ensemble de conditions susceptibles d'influencer l'intégration de l'approche écologique dans les programmations PP destinées aux aînés. Les résultats sont importants car ils permettent d'avancer les connaissances relativement à la difficile question de l'intégration de l'approche écologique au sein des programmations. En effet, les portraits dégagés permettent d'affirmer le rôle marquant des normes organisationnelles, de la nature des partenariats, du processus de planification de la programmation, de la formation et de la structure des équipes de professionnels dans l'intégration d'une approche écologique. Parmi les contraintes, le manque d'intérêt que suscite le travail en PP des aînés, les préjugés à leur égard ainsi que les priorités concurrentes en matière de santé ont également été soulignées.

Cette étude est également importante en ce qu'elle aborde le terrain peu étudié de l'intervention PP destinée aux aînés dans un contexte nouveau, celui des organisations locales de santé publique. Puisqu'une majorité de ces interventions sont placées sous la responsabilité d'infirmières œuvrant dans les CSSS, il est

particulièrement pertinent que cette étude soit réalisée dans le contexte d'un programme de recherche et de formation en sciences infirmières. Du fait qu'elles occupent un rôle pivot au sein des organisations locales de santé publique, l'étude propose que d'investir des efforts dans la formation continue leur étant destinée constituerait un levier d'action en vue d'optimiser l'offre de services en prévention-promotion. Étant donné la responsabilité populationnelle des CSSS, il importe de développer les habiletés professionnelles eu égard à la mobilisation de nouveaux partenaires et à l'utilisation de stratégies d'intervention davantage alignées sur une approche écologique. Cette recommandation doit non seulement cibler la profession infirmière, mais elle doit également cibler l'ensemble des professionnels impliqués dans la programmation, de manière à mieux soutenir un changement de pratique. Par ailleurs, l'étude permet d'apprécier les liens entre les normes organisationnelles de même que les opinions des individus, et le degré d'intégration de l'approche écologique au sein des programmations. Ces résultats invitent les organisations à veiller à ce que des normes en faveur de l'approche écologique soient véhiculées. À ce sujet, en plus de soutenir le développement d'habiletés, la formation continue pourrait s'avérer un espace privilégié pour stimuler un tel changement.

Qu'il s'agisse de repenser l'offre de formation continue ou d'intensifier l'engagement avec les partenaires externes, ces résultats permettent de dégager des leviers d'action et ce faisant, ces initiatives participeront aux efforts en vue d'ajuster la réponse du système de santé aux défis que pose le vieillissement de la population.

## Références

- Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2004). L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé, Trousse d'information.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Les centres de santé et de services sociaux*. Récupéré le 15 février 2010 de <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/portrait/csss.html>
- Agence de santé publique du Canada. (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Ottawa.
- Aucoin, L. (2005). Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois: problématique, prévention et gestion. *PRIISME info*, 1-55.
- Beattie, B., Whitelaw, N., Mettler, M., & Turner, D. (2003). A Vision for Older Adults and Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 18(2), 200-204.
- Beaudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villiers, L., Garceau-Brodeur, M.-H., et al. (2008). *De la volonté à la réalité...Les pratiques infirmières de promotion de la santé et de prévention dans une perspective de santé publique/populationnelle en CSSS*. Montréal.
- Beaudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villiers, L., Garceau-Brodeur, M.-H., et al. (2007a). *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: Agence de la santé et des services sociaux.
- Beaudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villiers, L., Garceau-Brodeur, M.-H., et al. (2007b). *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: Agence de la santé et des services sociaux.
- Benson, A., & Latter, S. (1998). Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 100-107
- Berkeley, D., & Springett, J. (2006). From rhetoric to reality: Barriers faced by Health For All initiatives. *Social Science and Medicine*, 63(1), 179-188.
- Boutilier, M., & Mason, R. (2006). Le praticien réflexif en promotion de la santé: de la réflexion à la réflexivité. Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Éds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 399-420). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). *Health Promotion: Disciplinary Developments*. (2<sup>e</sup> éd.). New York: Routledge.

- Butler-Jones, D. (2009). A Reflection on Public Health in Canada: Applying Lessons Learned for the Next Century of Public Health Practitioners. *Canadian Journal of Public Health, 100*(3), 165-168.
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., & Ellyson, A. (2009). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas* Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).
- Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing, 16*(6), 1039-1049.
- Catford, J. (2004). Health promotion: origins, obstacles, and opportunities. Dans H. Keleher & B. Murphy (Éds.), *Understanding health: a determinants approach* (pp. 134-151). Australia: Oxford University Press.
- Chappell, N., Funk, L., Carson, A., MacKenzie, P., & Stanwick, R. (2006). Multilevel community health promotion: How can we make it work? *Community Dev J, 41*(3), 352-366.
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*. Québec: La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Cohen, B. (2006). Barriers to population-focused health promotion: the experience of public health nurses in the province of manitoba. *Canadian Journal of Nursing Research, 38*(3), 52-67.
- Colin, C., Gendron, S., Gerauld-Pointel, G., & Deschamps, J. P. (2004). Infirmières et santé publique...infirmières de santé publique. *Santé Publique, 16*(2), 181-183.
- Colin, C., & Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec : une contribution essentielle et... méconnue. *Santé Publique, 16*(2), 263-272.
- Epp, J. (1986). *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa: Santé et bien-être social Canada.
- Evans, R., & Stoddart, G. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine 31*, 1347-1363.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not? the determinants of health of populations*. Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.
- Frolich, K. L., & Poland, B. (2006). Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de "modes de vie collectifs". Dans S. D. M. O'Neill, A. Pederson & I. Rootman (Éd.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 62-80). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Gaumer, B., & Desrosiers, G. (2004). L'histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *Ruptures, 10*(1), 52-70.
- Gebbie, K., Rosenstock, L., & Hernandez, L. M. (2003). *Who will keep the public healthy? : Educating public health professionals for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Goetzl, R. Z., Reynolds, K., Breslow, L., Roper, W. L., Shechter, D., Stapleton, D. C., et al. (2007). Health promotion in later life: it's never too late. *American Journal of Health Promotion, 21*(4), 1-5.

- Gouvernement du Québec. (2001). *Loi sur la santé publique*. L.R.Q: chapitre S-2.2.
- Gouvernement du Québec. (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. L.R.Q: chapitre A-8.1.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *Promotion de la santé de la population: Modèle intégrateur de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Ottawa: Santé Canada.
- Harris, N., & Grootjans, J. (2006). Potential role of ecological health promotion in progressing healthy ageing *Ageing International*, 31(4), 276-282.
- Hertzman, C., Frank, J., & Evans, R. G. (1994). Heterogeneities in health status and the determinants of population health Dans R. G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor (Éd.), *Why are some people healthy and others not?* (pp. 67-92). New York: Aldine De Gruyter.
- Hills, M., Carroll, S., & Vollman, A. (2006). Promotion de la santé et professions de la santé au Canada. Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Éds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 436-456). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Holden, D. J., Strazza Moore, K., & Holliday, J. L. (1998). Health education for a breast and cervical cancer screening program: using the ecological model to assess local initiatives. *Health Education Research*, 13, 293-299.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. Ottawa
- Institut de la statistique du Québec. (2003). *Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051, édition 2003*. Récupéré le 2 avril 2008 de [http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec/population\\_que/poptot20.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec/population_que/poptot20.htm)
- Institut de la statistique du Québec. (2008). *Le bilan démographique du Québec, édition 2008*. Récupéré le 27 mai 2009 de <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2008/bilan2008.pdf>
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2006). *Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières: L'apport d'expériences européennes et canadiennes*. Paris: IRDES.
- Institut National de Santé Publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la Statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*
- Institute of Medicine. (2003). *Who will keep the public healthy? : educating public health professionals for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21(suppl\_1), 75-83.

- Jackson, S. F., & Riley, B. L. (2007). La promotion de la santé au Canada : de 1986 à 2006. *Promotion & Education, 14*(4), 214-218.
- Keleher, H., & Murphy, B. (2004). *Understanding health : a determinants approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Keller, C., & Fleury, J. (2000). *Health promotion for the elderly*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health, 93*(3), 383-388.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Commers, M., & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: a decade later. *American Journal of Health Promotion, 22*(6), 437-442.
- Kothari, A., & Edwards, N. (2003). Who is Protecting the Canadian Public Health System? *Home Health Care Management Practice, 15*(5), 391-398.
- Lafrenière, S. (2004). Promouvoir la santé des aînés : une question de conception. *Santé Publique, 16*(2), 303-312.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Latter, S. (1998). Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead. *Health Education Research, 13*(2), 163-.
- Leblanc, M., Richard, L., Bisaillon A., Gauvin L., Ducharme F., Trudel M. (soumis). Les conditions liées à l'intégration de l'approche écologique dans la programmation de prévention-promotion offerte à la clientèle aînée par les CSSS du Québec: une étude de cas. *La Revue Canadienne du Vieillissement*.
- Lévesque, J., & Bergeron, P. (2003). De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Rupture, 9*(2), 73-89.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Lubitz, J., Cai, L., Kramarow, E., & Lentzner, H. (2003). Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly. *New England Journal of Medicine, 349*(11), 1048-1055.
- Maben, J., & Macleod, C., J., . (1995). Health promotion: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 1158-1165.
- Marshall, V. W., & Altpeter, M. (2005). Cultivating Social Work Leadership in Health Promotion and Aging: Strategies for Active Aging Interventions. *Health and Social Work, 30*(2), 135-144.
- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion.[see comment]. *Health Affairs, 21*(2), 78-93.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs *Health Education & Behavior, 15*(4), 351-377.

- McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N., & Sumaya, C. V. (2003). Community-Based Interventions. *American Journal of Public Health, 93*(4), 529-533.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: De Boeck Université.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1999). Bien vivre avec son âge : Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées. 115.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Centres de santé et de services sociaux*. Récupéré le 9 septembre de <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php>
- Navarro, A., Voetsch, K., Liburd, L., Giles, H., & Collins, J. (2007). *Charting the future of community health promotion: recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion* Récupéré le 25 août de [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07\\_0013.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0013.htm).
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349-364.
- O'Neill, M., & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Canada : provincial, national & international perspectives. Dans A. P. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Éds.), (pp. 401). Toronto: W.B. Saunders Company Canada.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007a). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du Tableau des membres au 31 mars 2007*. Montréal: OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007b). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Montréal.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma Ata. Conférence Internationale des Soins de Santé Primaires*. Alma Ata, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Ory, M., Kinney Hoffman, M., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine, 25*(3, Supplement 2), 164-171.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3<sup>rd</sup> éd.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Pederson, A. P., O'Neill, M., & Rootman, I. (1994). *Health promotion in Canada : provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Company Canada.
- Pinder, L. (2006). Le rôle du gouvernement fédéral en promotion de la santé: une éclipse partielle? Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Éds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 119-137). Québec: Presses de l'Université Laval.

- Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education, 15*(Supp. 1), 17-21.
- Potvin, L., & Goldberg, C. (2006). Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Éds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 457-473). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Renaud, L., Leane, V., La Tour, S., Chevalier, S., & Paradis, G. (2004). Pratiques des infirmières des Centres locaux de services communautaires du Québec de prévention et promotion en santé du coeur. *Santé publique*(2).
- Rice, D. P., & Fineman, N. (2004). Economic Implications of increased Longevity in the United States. *Annual Revue of Public Health 25*, 457-473.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Gosselin, C., Sapinski, J.-P., & Trudel, M. (2005a). Health promotion and disease prevention for older adults: Intervention themes and strategies used in Quebec local community health centres and seniors' day centres. *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique, 96*(6), 467-470.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Trudel, M., & Leblanc, M.-E. (Soumis). Navigating the headwinds: A case study of the contextual factors influencing the degree of integration of the ecological approach in disease prevention and health promotion programs for older adults. *Journal of Applied Gerontology*.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Trudel, M., & Leblanc, M. (2008a). *Health promotion and disease prevention for older adults: Breadth and ecological character of programmes offered in five Health and Social Services Centres in Québec*. Communication présentée dans le cadre de la 37<sup>e</sup> Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie London, ON.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J. P., & Trudel, M. (2008b). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health, 53*(1), 46-56.
- Richard, L., Gauvin, L., Potvin, L., Denis, J.-L., & Kishchuk, N. (2002). Making youth tobacco control programs more ecological: organizational and professional profiles. *American Journal of Health Promotion, 16*(5), 267-279.
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Garceau-Brodeur, M., & Sauvé, M. (Accepté pour publication). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec. *Public Health Nursing*.
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Garceau-Brodeur, M., & Sauvé, M. (sous presse). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec. *Public Health Nursing*.
- Richard, L., Lehoux, P., Breton, E., Denis, J.-L., Labrie, L., & Leonard, C. (2004). Implementing the ecological approach in tobacco control programs: results of a case study. *Evaluation and Program Planning, 27*(4), 409-421.

- Richard, L., Pineault, R., D'Amour, D., Brodeur, J.-M., Seguin, L., Latour, R., et al. (2005b). The diversity of prevention and health promotion services offered by Quebec Community Health Centres: a study of infant and toddler programmes. *Health & Social Care in the Community*, 13(5), 399-408.
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.
- Riley, B. L., Edwards, N. C., & d'Avernas, J. R. (2008). People and money matter: investment lessons from the Ontario Heart Health Program, Canada. *Health Promotion International*, 23(1), 24-34.
- Riley, B. L., Taylor, S. M., & Elliott, S. J. (2001). Determinants of implementing heart health: promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. *Health Education Research*, 16(4), 425-441.
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice*, 7(4), 467-476.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
- Rootman, I., Goodstat, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. Dans M. G. I. Rootman, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (Éd.), *Evaluation in health promotion : principes and perspectives* (pp. 7-38). Copenhagen: World Health Organization.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
- Sallis, J. F., & Owen, N. (2002). Ecological models for health behavior. Dans Karen Glanz, Barbara K. Rimer & Frances Marcus Lewis (Éds.), *Health behavior and health education : theory, research, and practice* (3rd<sup>e</sup> éd.) (pp. 462-484). San Francisco: Jossey-Bass.
- Satariano, W. A., & McAuley, E. (2003). Promoting physical activity among older adults: From ecology to the individual. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3, Supplement 2), 184-192.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation : the organizational context*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Scutchfield, F. D. (2004). A third public health revolution: An editorial. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 83-84.
- Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Sundell, J., Brommels, M., & Suominen, S. (2009). Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 4-12.

- Smedley, B. D., & Syme, S. L. (2000). *Promoting health : intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- St-Pierre, L., & Richard, L. (2006). Le sous-système de la santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006: progrès certains, ambiguïtés persistantes. Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Éds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 183-204). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Statistique Canada. (2007). *Aperçu de l'Annuaire du Canada 2007: Les aînés*. Récupéré le 25 août de [http://www41.statcan.gc.ca/2007/70000/ceb70000\\_000-fra.htm](http://www41.statcan.gc.ca/2007/70000/ceb70000_000-fra.htm)
- Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments: Toward a Social Ecology of Health Promotion. *American Psychology*, 47, 6-22.
- Stokols, D. (1996). Translating Social Ecologic Theory into Guidelines for Community Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298.
- Syme, S. L. (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(Suppl.), 400-402.
- Wallace, S. P., & Levin, J. R. (2000). Patterns of Health Promotion Programs for Older Adults in Local Health Departments. *American Journal of Health Promotion*, 15(2), 130-133.
- Whitehead, D. (2001a). Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? *Journal: Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 10.
- Whitehead, D. (2001b). Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 10.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320.
- Whitehead, D. (2007). Reviewing health promotion in nursing education. *Nurse Education Today*, 27(3), 225-237.
- Whitehead, D. (2008). An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 891-900.
- Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 156-163.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research : design and methods*. (2nd<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zollner, H., & Lessof, S. (1998). *Population Health-Putting Concepts Into Action*. Copengahen: World Health Organization

## Annexe A

### Lettres de présentation

Date

Adresse

**Objet : Étude sur les services de prévention et de promotion de la santé pour les aînés—Volet CSSS - Mission CLSC**

Bonjour,

La présente s'inscrit dans le contexte d'une étude sur les services de prévention et de promotion de la santé pour les aînés, étude à laquelle votre organisation a aimablement accepté de participer en 2002-2003. Pour rappel, cette étude visait la description et l'analyse des programmes visés, en particulier à ce qui a trait à leurs stratégies et milieux d'intervention. Une description sommaire de notre démarche et des résultats obtenus sont disponibles dans le document *Faits saillants du rapport de recherche* que vous trouverez ci-joint. Fort de ces premières données, nous avons obtenu des Instituts de recherche en santé (IRSC) le renouvellement de notre subvention de recherche afin d'examiner les facteurs associés à une offre de programmation diversifiée. Pour ce faire, nous conduirons maintenant une étude de cas dans un petit nombre de DSP et de CSSS, choisis en fonction de leur profil de programmation. Après avoir procédé à la mise à jour de nos données, nous estimons que votre CSSS, compte tenu de son offre d'interventions et de programmes pour les aînés, constituerait un milieu particulièrement intéressant pour poursuivre notre étude du processus de programmation et des facteurs qui l'influencent. Par la présente, nous vous invitons formellement à participer à ce nouveau volet de nos travaux, à titre d'un des CSSS retenus comme cas d'étude.

Le document *Renseignements aux participants*, ci-joint, fournit une description des objectifs et des étapes de cette étude de cas. Notre protocole a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal. En bref, la stratégie de collecte de données implique la conduite d'entrevues et l'analyse de documents. Les personnes que nous souhaiterions solliciter pour une entrevue sont les membres de la direction et quelques professionnels impliqués dans la planification d'activités de prévention et promotion pour les aînés de votre CSSS. Ces entrevues visent essentiellement deux objectifs. D'abord, elles permettront de compléter notre portrait de votre programmation en prévention-promotion pour les aînés. Il s'agirait ici de conduire une entrevue téléphonique avec les responsables des initiatives visées pour fins de complétion et de mise à jour des informations que nous avons déjà au sujet de votre programmation. Ensuite, notre protocole prévoit la conduite d'entrevues face-à-face afin de documenter les facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels susceptibles d'influencer votre programmation en prévention-promotion pour les aînés. Ces entrevues, d'une durée d'environ une heure et demie seraient réalisées sur votre lieu de travail. Enfin, dans la mesure où de tels documents sont disponibles, nous apprécierions pouvoir compléter notre collecte de données en

consultant la documentation disponible sur votre programmation et les facteurs qui l'influencent.

Notre protocole inclut une validation des informations recueillies et de nos analyses auprès des répondants consultés, de même qu'un retour de l'information dans les milieux ayant participé. Le format et le calendrier de ces activités de validation et de retour seront bien sûr établis en collaboration étroite avec vous et les membres de votre équipe.

Nous sommes disponibles pour répondre à toute question que vous pourriez avoir au sujet de cette recherche et de votre participation éventuelle. Si d'emblée, vous souhaitez participer, nous vous serions gré de signer et retourner le formulaire de consentement ci-joint. Suite à la réception de votre formulaire, notre agente de recherche, Madame Maryse Trudel, communiquera avec vous pour déterminer plus avant les modalités de la participation de votre organisation.

Votre participation est importante pour assurer le succès de ce projet et nous espérons sincèrement que vous répondrez favorablement à notre invitation. Le cas échéant, soyez assuré de notre entière collaboration. En tout temps, n'hésitez pas à communiquer avec nous pour tout commentaire ou question. En vous remerciant sincèrement de votre collaboration, veuillez recevoir, nos salutations distinguées.

Pour Lucie Richard, Ph.D.  
Chercheure principale

Maryse Trudel, MSc  
Agente de recherche  
(514) 343-6111 #3542

Date

Adresse

**Objet : Étude sur les services de prévention et de promotion de la santé pour les aînés—Volet CSSS – Mission CLSC**

Bonjour,

La présente s'inscrit dans le contexte d'une étude sur les services de prévention et de promotion de la santé pour les aînés, étude à laquelle votre organisation a aimablement accepté de participer en 2002-2003. Pour rappel, cette étude visait la description et l'analyse des programmes visés, en particulier à ce qui a trait à leurs stratégies et milieux d'intervention. Une description sommaire de notre démarche et des résultats obtenus sont disponibles dans le document *Faits saillants du rapport de recherche* que vous trouverez ci-joint. Fort de ces premières données, nous avons obtenu des Instituts de recherche en santé (IRSC) le renouvellement de notre subvention de recherche afin d'examiner les facteurs associés à une offre de programmation diversifiée.

Pour ce faire, nous conduisons maintenant une étude de cas dans un petit nombre de DSP et de CSSS, choisis en fonction de leur profil de programmation. Après avoir procédé à la mise à jour de nos données, nous avons estimé que votre CSSS, compte tenu de son offre d'interventions et de programmes pour les aînés, constituerait un milieu particulièrement intéressant pour poursuivre notre étude du processus de programmation et des facteurs qui l'influencent. À cet égard, nous sommes heureuses de vous informer que votre Direction générale a répondu de façon positive à l'invitation de participer à ce nouveau volet de nos travaux. Votre directeur(trice) vous a d'ailleurs désigné(e) comme répondant(e) habilité(e) à nous transmettre une information détaillée concernant la programmation en matière de prévention-promotion pour les aînés. Par la présente, nous vous invitons maintenant à participer à ce nouveau volet de nos travaux.

Le document *Renseignements aux participants*, ci-joint, fournit une description des objectifs et des étapes de cette étude de cas. En bref, la stratégie de collecte de données impliquera d'abord la mise à jour de nos informations relativement à vos interventions et programmes. Cette étape pourra être complétée au moyen d'une entrevue téléphonique. Par la suite, il est possible que vous soyez invité(e) à participer à une entrevue face-à-face, laquelle portera sur les facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels susceptibles d'influencer votre programmation en prévention-promotion pour les aînés. Elle sera réalisée sur votre lieu de travail, pour une durée approximative d'une heure et demie. À cette occasion, si vous le souhaitez, vous pourrez également nous transmettre de la documentation pertinente, si disponible. Les documents que nous souhaiterions consulter sont ceux contenant des informations sur

vosre programmation de prévention et promotion pour les aînés de même que sur les facteurs susceptibles de l'influencer.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toute question que vous pourriez avoir au sujet de cette recherche et de votre participation éventuelle. Si d'emblée, vous souhaitez participer, nous vous serions gré de signer et retourner le formulaire de consentement ci-joint. Suite à la réception de votre formulaire, notre agente de recherche, Madame Maryse Trudel, communiquera avec vous pour déterminer plus avant les modalités de votre participation.

Votre participation est importante pour assurer le succès de ce projet et nous espérons sincèrement que vous répondrez favorablement à notre invitation. Le cas échéant, soyez assuré de notre entière collaboration. En tout temps, n'hésitez pas à communiquer avec nous pour tout commentaire ou question.

En vous remerciant sincèrement de votre collaboration, veuillez accepter, nos salutations distinguées.

Pour Lucie Richard, Ph.D.  
Chercheure principale

Maryse Trudel, M.Sc.  
Agente de recherche  
(514) 343-6111 #3542

## Annexe B

Renseignements aux participants et formulaire de consentement

**RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS ET FORMULAIRE DE  
CONSENTEMENT  
(DIRECTION GÉNÉRALE)**

1. Titre : Cette étude est intitulée « Implantation de l'approche écologique dans les programmes de prévention-promotion pour les aînés : une étude de cas ».
2. Chercheure responsable : Lucie Richard professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (UdeM), C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7. Tél. : (514) 343-7486. Fax : (514) 343-2306.
3. Chercheurs collaborateurs : Lise Gauvin (Professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, UdeM), Francine Ducharme (Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, UdeM), Céline Gosselin, (Agente de recherche, Direction de la santé publique Montréal-Centre) et Jean-Louis Denis (Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, UdeM).
4. Introduction, buts et objectifs : Le vieillissement de la population interpelle directement les instances de santé publique. Il est crucial de s'assurer que l'augmentation de l'espérance de vie ne se solde pas par une diminution de la qualité de vie au cours des dernières années de vie. La prévention-promotion figure certes parmi les réponses à apporter à ce nouveau besoin. Or, il semble que comparativement à d'autres groupes d'âge, les personnes âgées soient moins souvent visées par des actions préventives et de promotion. Qui plus est, les rares programmes offerts en ce sens seraient surtout axés sur la modification des facteurs personnels. Les programmes dits écologiques, c'est-à-dire axés sur la modification des facteurs délétères présents au sein de l'environnement, seraient encore très peu développés. Afin de faire le point sur cette question, nous avons amorcé en 2002 une étude des programmes de prévention et promotion de la santé pour les aînés, étude à laquelle votre organisation avait accepté de participer. À ce jour, deux volets ont été réalisés : l'inventaire des programmes et l'analyse de leur dimension écologique. Nous en sommes maintenant au troisième volet lequel vise l'identification des facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels jouant un rôle-clé en ce qui a trait à l'intégration de l'approche écologique dans les programmations visées. Compte tenu des résultats observés à l'étude descriptive, huit organisations (deux DSP et six CLSC) présentant des degrés d'intégration variables de l'approche écologique au sein de leurs programmes de prévention et promotion de la santé pour les aînés ont été choisies aux fins de réalisation de la présente étude de cas multiple. Votre organisation est incluse dans ce groupe.
5. Méthodologie et modalités de participation : Nous étudierons en détail le processus de programmation de prévention-promotion de huit établissements choisis en

fonction de leur profil de programmation. Deux stratégies de collecte de données seront utilisées : l'entrevue avec les professionnels (de quatre à six) et les cadres (deux ou trois) d'une part et, d'autre part, l'analyse documentaire.

6. Nature de la contribution du participant : En tant que directeur de l'organisation, vous serez appelé à participer à une entrevue de mise à jour de nos informations sur vos programmes de prévention et de promotion de la santé visant les aînés. Cette première entrevue d'une durée d'environ 20 minutes sera réalisée par téléphone et enregistrée dans la mesure où vous y consentez. Également, en tant que membre de la direction générale, vous serez appelé à réaliser une seconde entrevue d'une durée d'environ une heure. Les questions posées auront trait à des facteurs environnementaux (ex : caractéristiques de votre territoire), organisationnels (ex : processus de travail, ressources) et professionnels (ex : croyances des professionnels) postulés comme facilitant l'offre de programmes et d'interventions de prévention-promotion, en particulier ceux reposant sur une approche écologique. Cette entrevue sera réalisée sur votre lieu de travail. Elle sera enregistrée dans la mesure où vous y consentez.

Afin de compléter les renseignements obtenus lors des entrevues, vous serez invité à nous transmettre des documents susceptibles de contenir des informations relatives au processus de programmation de votre établissement. Il pourrait s'agir, par exemple, de résultats d'analyses de besoin, de plans d'action, de procès-verbaux, de bilans d'activités ou d'articles/ communications sur les activités de votre équipe, etc.

7. Risques et avantages à participer : La participation à cette étude n'implique pas comme tel d'inconvénients autres que ceux inhérents à la vie quotidienne et le temps à consacrer aux entrevues. Les résultats obtenus permettront de fournir des pistes d'action concrètes afin d'améliorer les programmations de prévention et promotion de la santé pour les aînés.
8. Participation volontaire : Votre participation est entièrement volontaire. Vous serez libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Votre décision à cet égard demeurera confidentielle et ne sera en aucun cas transmise à des tiers. Le cas échéant, toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation vous sera transmise.
9. Caractère confidentiel des informations : Toutes les informations que vous divulgerez dans cette étude demeureront confidentielles. Les résultats seront présentés de façon anonyme; ni votre nom, ni celui de votre organisation ne seront divulgués dans le rapport et les publications. L'ensemble des données recueillies ne sera accessible qu'aux membres de l'équipe de recherche. Les enregistrements audio des entrevues et les documents que vous nous aurez transmis seront détruits au plus tard six mois après la publication du rapport final de la recherche. Les autres données (transcriptions d'entrevue, compte rendu de lecture des documents) seront conservées pendant sept ans.

10. Validation des résultats : Vous aurez l'opportunité de prendre connaissance de nos analyses et conclusions avant diffusion et de proposer les corrections qui vous apparaîtraient requises en ce qui a trait à l'analyse de la situation dans votre établissement.
11. Diffusion des résultats : Vous serez informé(e) des résultats obtenus pour l'ensemble de la recherche. Les faits saillants de la recherche vous seront acheminés et la version complète du rapport sera disponible sur le site Web du GRIS à l'UdeM ([www.gris.umontreal.ca](http://www.gris.umontreal.ca)).
12. Questions sur l'étude : Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec Lucie Richard au (514) 343-7486.
13. Éthique : Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président intérimaire du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Monsieur Michel Bergeorn (tél.: 514-343-6111 poste 5520). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (tél.: 514-343-2100).

**RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS ET FORMULAIRE DE  
CONSENTEMENT  
(PROFESSIONNELS)**

14. Titre : Cette étude est intitulée « Implantation de l’approche écologique dans les programmes de prévention-promotion pour les aînés : une étude de cas ».
15. Chercheure responsable : Lucie Richard professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (UdeM), C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7. Tél. : (514) 343-7486. Fax : (514) 343-2306.
16. Chercheurs collaborateurs : Lise Gauvin (Professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, UdeM), Francine Ducharme (Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, UdeM), Céline Gosselin, (Agente de recherche, Direction de la santé publique Montréal-Centre) et Jean-Louis Denis (Professeur titulaire, Département d’administration de la santé, UdeM).
17. Introduction, buts et objectifs : Le vieillissement de la population interpelle directement les instances de santé publique. Il est crucial de s'assurer que l'augmentation de l'espérance de vie ne se solde pas par une diminution de la qualité de vie au cours des dernières années de vie. La prévention-promotion figure certes parmi les réponses à apporter à ce nouveau besoin. Or, il semble que comparativement à d’autres groupes d’âge, les personnes âgées soient moins souvent visées par des actions préventives et de promotion. Qui plus est, les rares programmes offerts en ce sens seraient surtout axés sur la modification des facteurs personnels. Les programmes dits écologiques, c’est-à-dire axés sur la modification des facteurs délétères présents au sein de l’environnement, seraient encore très peu développés. Afin de faire le point sur cette question, nous avons amorcé en 2002 une étude des programmes de prévention et promotion de la santé pour les aînés, étude à laquelle votre organisation avait accepté de participer. À ce jour, deux volets ont été réalisés : l’inventaire des programmes et l’analyse de leur dimension écologique. Nous en sommes maintenant au troisième volet lequel vise l’identification des facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels jouant un rôle-clé en ce qui a trait à l’intégration de l’approche écologique dans les programmations visées. Compte tenu des résultats observés à l’étude descriptive, huit organisations (deux DSP et six CSSS) présentant des degrés d’intégration variables de l’approche écologique au sein de leurs programmes de prévention et promotion de la santé pour les aînés ont été choisies aux fins de réalisation de la présente étude de cas multiple. Votre organisation est incluse dans ce groupe et votre directeur a déjà consenti à la poursuite de cette nouvelle collecte de données dans votre établissement.
18. Méthodologie et modalités de participation : Nous étudierons en détail le processus de programmation de prévention-promotion de huit établissements choisis en fonction de leur profil de programmation. Deux stratégies de collecte de données

seront utilisées : l'entrevue avec les professionnels et les cadres d'une part et, d'autre part, l'analyse documentaire.

19. Nature de la contribution du participant : En tant que personne impliquée dans le processus de programmation de votre établissement, vous serez appelé à réaliser une entrevue d'une durée approximative d'une heure et demie. Les questions posées auront trait à des facteurs environnementaux (ex : caractéristiques de votre territoire), organisationnels (ex : processus de travail, ressources) et professionnels (ex : croyances des professionnels) postulés comme facilitant l'offre de programmes et d'interventions de prévention-promotion pour les aînés, en particulier ceux reposant sur une approche écologique. Cette entrevue sera réalisée sur votre lieu de travail. Elle sera enregistrée dans la mesure où vous y consentez.

Afin de compléter les renseignements obtenus lors des entrevues, vous serez invité à nous transmettre des documents susceptibles de contenir des informations relatives au processus de programmation de votre établissement. Il pourrait s'agir, par exemple, de résultats d'analyses de besoin, de plans d'action, de procès-verbaux, de bilans d'activités ou d'articles/ communications sur les activités de votre équipe, etc.

20. Risques et avantages à participer : La participation à cette étude n'implique pas comme tel d'inconvénients autres que ceux inhérents à la vie quotidienne et le temps à consacrer aux entrevues. Les résultats obtenus permettront de fournir des pistes d'action concrètes afin d'améliorer les programmations de prévention et promotion de la santé pour les aînés.
21. Participation volontaire : Votre participation est entièrement volontaire. Vous serez libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Votre décision à cet égard demeurera confidentielle et ne sera en aucun cas transmise à des tiers. Le cas échéant, toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation vous sera transmise.
22. Caractère confidentiel des informations : Toutes les informations que vous divulguerez dans cette étude demeureront confidentielles. Les résultats seront présentés de façon anonyme; ni votre nom, ni celui de votre organisation ne seront divulgués dans le rapport et les publications. L'ensemble des données recueillies ne sera accessible qu'aux membres de l'équipe de recherche. Les enregistrements audio des entrevues et les documents que vous nous aurez transmis seront détruits au plus tard six mois après la publication du rapport final de la recherche. Les autres données (transcriptions d'entrevue, compte rendu de lecture des documents) seront conservées pendant sept ans.
23. Validation des résultats : Vous aurez l'opportunité de prendre connaissance de nos analyses et conclusions avant diffusion et de proposer les corrections qui vous apparaîtraient requises en ce qui a trait à l'analyse de la situation dans votre établissement.

24. Diffusion des résultats : Vous serez informé(e) des résultats obtenus pour l'ensemble de la recherche. Les faits saillants de la recherche vous seront acheminés et la version complète du rapport sera disponible sur le site Web du GRIS à l'UdeM ([www.gris.umontreal.ca](http://www.gris.umontreal.ca)).
25. Questions sur l'étude : Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec Lucie Richard au (514) 343-7486.
26. Éthique : Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président intérimaire du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Madame Marie-France Daniel (tél.: 514-343-5624). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (tél.: 514-343-2100).

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ  
(À REMETTRE À L'ÉQUIPE DE RECHERCHE)**

**Titre de l'étude:** « Implantation de l'approche écologique dans les programmes de prévention-promotion pour les aînés : une étude de cas ».

**Chercheur responsable:** Lucie Richard

Je, (nom en lettres moulées du participant).....  
déclare avoir pris connaissance des renseignements ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec .....et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Nom du participant (lettres moulées): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je, Lucie Richard, déclare avoir transmis un document présentant les but, nature, avantages et inconvénients de l'étude à (nom du participant).....

Signature de l'investigateur \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Annexe C

### Questionnaire-Profil des répondants

## Profil des répondants

1. **Nom** : \_\_\_\_\_

2. **Poste occupé actuellement** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis combien de temps : \_\_\_\_\_

Nom du CSSS : \_\_\_\_\_

3. **Expériences antérieures**

a. Dernier poste occupé : \_\_\_\_\_

Nombre d'année : \_\_\_\_\_

Type d'organisation : \_\_\_\_\_

b. Poste occupé antérieurement : \_\_\_\_\_

Nombre d'années : \_\_\_\_\_

Type d'organisation : \_\_\_\_\_

4. **Formation académique** (précisez le domaine d'études)

DEC : \_\_\_\_\_

Baccalauréat : \_\_\_\_\_

Maîtrise : \_\_\_\_\_

Certificat : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

## Annexe D

### Guide d'entretien

## Guide d'entretien pour les cadres supérieurs

### Direction générale

#### 1) Le contexte historique du CSSS

- Pouvez-vous me parler du contexte de fusion ayant donné lieu à la création de votre CSSS?
- Que pouvez-vous me dire au sujet de la fusion des équipes des CLSC?
- Pouvez-vous me nommer un élément positif de cette fusion?
- Pouvez-vous me nommer un élément négatif de cette fusion?
- D'après vous, quel est l'impact de cette fusion sur votre programmation de santé publique et de prévention-promotion?

#### 2) La mission du CSSS et ses objectifs/grandes orientations

Quelle est la mission et les grandes orientations poursuivies par votre CSSS?

- Quelle est la place accordée à la prévention-promotion au sein de votre CSSS? Pouvez-vous me donner un exemple illustrant votre propos?
- Qu'en est-il de la clientèle aînée? Pouvez-vous me donner un exemple?
- D'après vous, est-ce que la création des CSSS aura un effet sur l'intérêt porté à la clientèle aînée?

#### 3) Les ressources financières et humaines

- Êtes-vous en mesure de m'indiquer à combien s'élève le nombre d'employés du CSSS? *Sinon, où pourrais-je trouver cette information?*
- À combien s'élève, approximativement, le budget d'opération du CSSS? *Sinon, où pourrais-je trouver cette information?*
- À combien estimeriez-vous approximativement la proportion de ce budget dédiée à la prévention-promotion?
- À combien estimeriez-vous approximativement la proportion de ce budget dédiée à la clientèle aînée?

#### 4) La place des interventions de prévention-promotion dans la structure organisationnelle

Est-ce que vous pourriez me décrire un peu le cadre organisationnel dans lequel s'inscrivent les interventions de prévention-promotion de la santé?

Relance : Où sont logées les interventions PP?

Demander l'organigramme du CSSS
---------------------------------

- Où est logée l'équipe (ou les équipes) dédiée(s) à la PP pour les aînés? (information sur la structure des unités/directions)
- Est-ce que les programmations PP des différentes installations CLSC sont indépendantes les unes des autres ou les CLSC appliquent-ils tous la même programmation PP?

#### 5) Le contexte communautaire

Les efforts de votre CSSS en terme de prévention-promotion s'inscrivent dans un cadre communautaire particulier.

- Qu'est-ce que la population et les acteurs de votre territoire pensent des interventions de prévention-promotion?
- Trouvez-vous dans la communauté des partenaires? Des alliés? Des opposants?
- Y a-t-il des demandes qui émanent de la communauté/population desservie pour des interventions PP?
- Y a-t-il des particularités en ce qui a trait aux interventions pour les aînés?
- Au cours des trois dernières années, est-ce que ces aspects ont connu des changements?

6) Questions plus générales sur vos opinions

On parle parfois d'une tension existant entre les fonctions de prévention-promotion et les soins curatifs. Quelle est votre opinion à ce sujet?

Avez-vous des suggestions quant à des actions qui pourraient être mis en œuvre pour réduire/résoudre cette tension ou pour faire en sorte qu'elle ne s'installe pas? Pouvez-vous me donner un exemple s'appliquant à la situation de votre milieu?

Demander s'il y a d'autres aspects que le répondant aurait souhaité aborder ou sur lesquels il aimerait revenir avant de mettre fin à l'entrevue.

## Guide d'entretien pour les cadres supérieurs Direction de santé publique

- 1) Les priorités et les orientations de votre direction de santé publique
  - Quelles sont les objectifs et les grandes orientations poursuivies par votre direction?
  - Avez-vous défini des priorités en terme de problématiques de santé? Lesquelles?
  - Avez-vous défini des priorités en termes de clientèles? Lesquelles? Qu'en est-il de la clientèle aînée?
  
- 2) Les ressources financières et humaines de la direction de santé publique du CSSS
  - Êtes-vous en mesure de me dire combien d'intervenant(e)s regroupe votre direction de santé publique?
  - En général, quel est le profil de formation et l'expérience de ces intervenant(e)s?
  - Quel est le profil des intervenant(e)s qui travaillent particulièrement pour la PP des aînés?
  - À combien s'élève, approximativement, le budget d'opération de votre direction de santé publique?
  - À combien estimeriez-vous, approximativement, la proportion de ce budget qui est dédiée à la PP en général? Pouvez-vous commenter le niveau de ressources dédié à la PP par rapport à d'autres secteurs d'interventions (toujours dans votre direction)?
  - À combien estimeriez-vous, approximativement, la proportion de ce budget qui est dédiée aux aînés? Pouvez-vous commenter le niveau de ressources dédié aux aînés par rapport à d'autres clientèles?
  
- 3) L'organisation du travail dans votre direction
  - a) Pouvez-vous me parler de la structure organisationnelle de la direction de la santé publique de votre CSSS? (équipes, etc.)
  
  - b) La planification de la programmation et les ressources financières  
De quelle façon s'effectue, en général, la **planification de la programmation de la direction de santé publique**?  
Relance : Pourriez-vous me décrire, dans les grandes lignes, les principales étapes du processus de programmation?  
*Recueillir de l'information sur :*
    - Point de départ des programmations
    - Les acteurs impliqués
    - Comment s'effectue l'allocation des budgets entre différentes équipes et/ou projets?
    - Est-ce que le fait qu'il y ait beaucoup (ou peu) de stratégies qui visent différentes cibles et différents milieux s'explique par une volonté du CSSS?
  
  - c) Les processus de travail au sein de votre direction
    - Quelles sont les modalités d'échanges d'information?
    - Quelles sont les modalités de prise de décision?

- Fréquence des réunions?
- Nature des contacts entre les intervenants de votre direction?

d) Les liens avec les autres directions du CSSS et les organisations externes au CSSS

- Quel type de relation votre direction entretient-elle avec les autres directions du CSSS?
- Est-ce que votre direction entretient des liens avec des partenaires extérieurs au CSSS? Avez-vous des partenaires externes?  
Qui sont ces partenaires?  
Quel est le but et la nature de vos échanges?
- Pouvez-vous me donner des exemples de **collaborations** sur des projets spécifiques (coalitions, projets de recherche, etc.) avec des partenaires externes?
- Y a-t-il des particularités dans ces partenariats, internes et externes, en ce qui a trait à la PP pour les aînés?

e) Les opportunités de formation continue pour les professionnels

Est-ce que les professionnels de votre direction ont des opportunités de formation continue?

- Sur leur lieu de travail
- Possibilité de journée d'étude
- Participation à des colloques/séminaires
- Accès à l'information, centre de documentation

4) La situation de la PP pour les aînés au sein du CSSS

a) La PP au sein du CSSS

[si ce n'est pas encore clair] : j'aimerais que vous me précisiez encore où sont logées les interventions de promotion de la santé pour les aînés au sein de votre CSSS

- Dans quelles directions/équipes se situent-elles? [demander l'organigramme]
- Est-ce que les différentes installations CLSC ont la même programmation de PP pour les aînés?

b) Soutien de la direction et des autres cadres supérieurs quant aux interventions de prévention (note : PP en général).

- En général que pensent la direction et les cadres supérieurs du dossier de la prévention-promotion?  
Par rapport aux autres dossiers?  
Pouvez-vous m'indiquer une ou des manifestations concrètes de cette position?
- En général, est-ce qu'on vous encourage à développer des interventions auprès de diverses cibles d'intervention telles que, par exemple : Individus, réseaux sociaux, organisations, communautés, politiques publiques?  
Pouvez-vous m'indiquer une ou des manifestation concrète de cette position?
- En général, est-ce qu'on vous encourage à développer des interventions dans divers milieux tels que, par exemple : organisations de services de santé, organisations communautaires, communauté, etc.?  
Pouvez-vous m'indiquer une ou des manifestation concrète de cette position?

### 5) Le contexte communautaire

Les efforts de votre CSSS en terme de prévention-promotion s'inscrivent dans un cadre communautaire particulier.

- Qu'est-ce que la population et les acteurs de votre territoire pensent des interventions de prévention-promotion?
- Trouvez-vous dans la communauté des partenaires? Des alliés? Des opposants?
- Y a-t-il des demandes qui émanent de la communauté/population desservie pour des interventions PP?
- Y a-t-il des particularités en ce qui a trait aux interventions pour les aînés?

Demander un document sur les données socio-démographiques de la population desservie

### 5) Facteurs personnels et valeurs

Pour terminer, j'aimerais connaître vos perceptions et opinions par rapport à l'intervention en prévention-promotion. Bien sûr, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre opinion qui m'intéresse.

- Pouvez-vous me dire dans vos mots ce qu'est l'approche écologique?
- Quel est votre point de vue personnel en ce qui a trait à l'intervention multi-cibles, multi-milieus (approche écologique)?

### 6) Autres facteurs non abordés

Tout au long de l'entrevue, nous avons parlé de différents facteurs qui pourraient influencer votre programmation de prévention-promotion (structure des équipes, processus de planification, etc.). Nous nous intéressons particulièrement aux facteurs qui facilitent ou nuisent à l'adoption d'une programmation comportant plusieurs cibles et milieux d'intervention (ce qu'on appelle aussi une programmation écologique). À votre avis, y a-t-il **d'autres éléments** dont nous n'avons pas parlé qui seraient susceptibles de maximiser ou de nuire à l'adoption de programmations écologiques dans une organisation comme la vôtre?

Demander s'il y a d'autres aspects que le répondant aurait souhaité aborder ou sur lesquels il aimerait revenir avant de mettre fin à l'entrevue.

## **Guide d'entretien pour les cadres supérieurs**

### **Chef d'unité SAD**

#### 1) Les priorités et les orientations de votre unité

- Quelles sont les priorités et les grandes orientations poursuivies par votre unité?
- Quelles problématiques de santé sont priorisées?

#### 2) Les ressources financières et humaines de votre unité

- Êtes-vous en mesure de me dire combien d'intervenant(e)s regroupe votre unité?
- En général, quel est le profil de formation et l'expérience de ces intervenant(e)s?
- Quel est le profil des intervenant(e)s qui travaillent particulièrement pour la PP des aînés?
- Quelle est la structure de votre unité (équipes, responsables, etc.)
- À combien s'élève, approximativement, le budget d'opération de votre unité ?
- De ce budget, quel serait votre estimé de la part dédiée à la PP?
- Pour l'ensemble du CSSS, y a-t-il une ou plusieurs unités de SAD?

#### 3) L'organisation du travail dans votre unité SAD en ce qui a trait à la programmation de prévention-promotion de la santé pour les aînés

##### a) Le cadre organisationnel des interventions PP pour les aînés dans la structure organisationnelle de votre unité

- Quelle est l'importance de la PP dans votre unité, par rapport aux autres secteurs d'intervention?
- Pouvez-vous me dire si d'autres équipes/unités du CSSS offrent des interventions de prévention-promotion de la santé des aînés? Si oui, lesquelles?

##### b) La planification de la programmation PP pour les aînés et les ressources financières De quelle façon s'effectue la planification de la programmation PP au sein de votre unité?

Relance : Pourriez-vous me décrire, dans les grandes lignes, les principales étapes du processus de programmation?

*Recueillir de l'information sur :*

- Point de départ de la programmation
- Les acteurs impliqués
- Comment s'effectue l'allocation des budgets entre les différents programmes? (PP versus autres)
- Est-ce que le fait qu'il y ait (ou ait peu) des stratégies qui visent différentes cibles et différents milieux s'explique par une volonté du CSSS?

##### c) Les liens avec les autres unités et installations du CSSS et les organisations externes au CSSS

- Quel type de relation votre unité SAD entretient-elle avec les autres équipes/unités/installations du CSSS?
- Est-ce que votre unité SAD entretient des liens avec des partenaires extérieurs au CSSS? Avez-vous des partenaires externes?

Qui sont ces partenaires?

Quel est le but et la nature de vos échanges?

- Pouvez-vous me donner des exemples de **collaboration** sur des projets spécifiques (coalitions, projets de recherche, etc.) avec des partenaires externes?
- Y a-t-il des particularités dans ces partenariats, internes et externes, en ce qui a trait à la PP pour les aînés?

d) Les opportunités de formation continue pour les intervenant(e)s

Est-ce que les intervenant(e)s de votre unité SAD ont des opportunités de formation continue?

- Sur leur lieu de travail
- Possibilité de journée d'étude
- Participation à des colloques/séminaires
- Accès à l'information, centre de documentation

4) Soutien de la direction et des autres cadres supérieurs quant aux interventions de prévention-promotion de la santé des aînés.

- En général, que pensent la direction et les cadres supérieurs du dossier de la prévention-promotion pour les aînés?  
Par rapport aux autres dossiers?  
Pouvez-vous m'indiquer une ou des manifestations concrètes de cette position?
- En général, est-ce qu'on vous encourage à intervenir auprès de diverses cibles d'intervention telles que, par exemple : Individus, réseaux sociaux, organisations, communautés, politiques publiques?
- En général, est-ce qu'on vous encourage à intervenir dans divers milieux tels que, par exemple : Organisations de services de santé, organisations communautaires, communauté, etc.?

5) Le contexte communautaire

Les efforts de votre installation CLSC en terme de prévention-promotion s'inscrivent dans un cadre communautaire particulier.

- Qu'est-ce que la population et les acteurs de votre territoire pensent des interventions de prévention-promotion?
- Trouvez-vous dans la communauté des partenaires? Des alliés? Des opposants?
- Y a-t-il des demandes qui émanent de la communauté/population desservie pour des interventions PP?
- Y a-t-il des particularités en ce qui a trait aux interventions pour les aînés?

6) Questions plus générales sur vos opinions

a) Connaissances, croyances et valeurs

- Pouvez-vous me dire dans vos mots ce qu'est l'approche écologique?
- Finalement, quel est votre point de vue personnel en ce qui a trait à l'intervention multi-cibles, multi-milieux?
- On parle parfois d'une tension existant entre les fonctions de prévention-promotion et les soins curatifs. Quelle est votre opinion à ce sujet?

b) Tout au long de l'entrevue, nous avons parlé de différents facteurs qui pourraient influencer votre programmation de prévention-promotion (structure des équipes, processus de planification, etc.). Nous nous intéressons particulièrement aux facteurs qui

facilitent ou nuisent à l'adoption d'une programmation comportant plusieurs cibles et milieux d'intervention (ce qu'on appelle aussi une programmation écologique). À votre avis, y a-t-il **d'autres éléments** dont nous n'avons pas parlé qui seraient susceptibles de maximiser ou de nuire à l'adoption de programmations écologiques dans une organisation comme la vôtre?

Demander s'il y a d'autres aspects que le répondant aurait souhaité aborder ou sur lesquels il aimerait revenir avant de mettre fin à l'entrevue.

## Guide d'entretien pour les intervenant(e)s

### 1) L'organisation du travail au sein de votre(vos) projet(s)

a) Pour commencer, j'aimerais en savoir un peu plus sur l'organisation du travail en ce qui a trait à votre(vos) projet(s).

- Qui est impliqué dans le ou les différents projets sur lesquels vous travaillez?
- Quel est le rôle des autres membres de l'équipe, leur expertise?

Parlez-moi un peu du fonctionnement de cette équipe...

- Quelles sont les modalités d'échanges d'information?
- Comment se fait la prise de décision?
- Quelle est la nature des contacts entre les membres de l'équipe?
- Quelle est la fréquence des réunions?

b) Avez-vous des partenaires au sein de cette équipe (partenaires internes ou externes au CSSS)?

- Qui sont-ils? Internes? Externes?
- Quel(s) rôle(s) jouent-ils?
- Comment les recrutez-vous?
- À quel moment du projet s'impliquent-ils?

### 2) Équipe dédiée à la clientèle aînée au sein du CSSS

a) Au delà de votre équipe-projet, y a-t-il au sein du CSSS une plus grande équipe, ou une autre équipe, qui serait dédiée à la prévention/promotion pour la clientèle aînée? *S'il n'y a pas d'équipe dédiée à la clientèle aînée, demandez s'il y a une équipe PP. Si non, passez à la section suivante(3).*

- Pouvez-vous m'en décrire la composition? Expertises des membres?
- Qui en est responsable?
- Y a-t-il des sous-divisions au sein de l'équipe?
- Quel est le mandat de cette équipe?
- Quelle est la place de la PP au sein de cette équipe? *(ou des aînés, si équipe PP)*

### b) Fonctionnement de cette plus grande équipe

Pouvez-vous me parler du fonctionnement de cette plus grande équipe?

- Liens avec les plus petites équipes?
- Quelles sont les modalités d'échanges d'information?
- Quelles sont les modalités de prise de décision?
- Nature des contacts?
- Fréquence des réunions?

### c) Partenaires internes et externes

Est-ce que cette plus grande équipe entretient des liens avec d'autres équipes/unités du CSSS?

- Quelle(s) équipe(s)?
- Quel genre de liens?

Est-ce que cette plus grande équipe entretient des liens avec des partenaires extérieurs au CSSS?

- Qui? Type d'organisation?
- Quel genre de liens?

Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration sur des projets spécifiques avec des partenaires externes (ex : coalitions, recherche, etc.)?

### 3) Contexte organisationnel de la programmation PP pour les aînés

#### a) La planification de la programmation PP pour les aînés

J'aimerais maintenant aborder brièvement avec vous la question de la planification des interventions PP pour les aînés dans votre CSSS.

- Qui est impliqué dans la planification?
- Êtes-vous en mesure de me préciser comment sont déterminés les interventions/projets PP qui sont implantés pour les aînés dans votre CSSS?
- Selon vous, quelles sont les interventions PP (pour les aînés) qui sont les plus susceptibles d'être encouragées au CSSS?
- Selon vous, quels types d'intervention PP (pour les aînés) sont les moins susceptibles d'être encouragés au CSSS?
- Pouvez-vous me donner un exemple d'intervention qui n'a pas été retenue comme d'intérêt pour la programmation?
  - Au niveau de la direction?
  - Chez les collègues?
- En général, que pense la direction du CSSS du dossier de la prévention-promotion pour les aînés?
  - Par rapport aux autres priorités de santé publique?
- En général, que pense vos collègues de travail du dossier de prévention-promotion de la santé pour les aînés?
  - Par rapport aux autres priorités de santé publique?
- Par rapport à d'autres thématiques abordées par le CSSS, comment qualifieriez-vous le niveau de ressources (humaines et financières) dédié à la PP pour les aînés?
- Est-ce que vos supérieurs et vos collègues vous encouragent à intervenir auprès de diverses cibles telles que, par exemple: Individus, réseaux sociaux, organisations, communautés, politiques publiques?
- Est-ce que vos supérieurs et vos collègues vous encouragent à intervenir dans divers milieux tels que, par exemple: organisations de services de santé, organisations communautaires, communauté, etc.?

### 4) Contexte communautaire

Maintenant, j'aimerais avoir de l'information sur ce que la population de votre territoire pense de la problématique de la santé des aînés?

Relance : Jusqu'à quel point la réalité de votre territoire facilite-t-elle ou complique-t-elle vos efforts en ce qui a trait à la PP chez les aînés?

- Y a-t-il des demandes qui émanent de la communauté/population pour des interventions PP pour les aînés?
- Y a-t-il d'autres organisations offrant des programmes de PP pour les aînés dans votre région?
  - Type d'organisation?

#### 5) Facteurs personnels et professionnels

Pour terminer, j'aimerais avoir quelques précisions sur votre profil professionnel de même que sur vos perceptions et opinions par rapport à l'intervention en prévention-promotion. Bien sûr, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre opinion qui m'intéresse.

#### a) Informations générales, connaissances et habiletés

*Lire les questions concernant la formation académique et l'expérience de travail du répondant inscrit sur la fiche signalétique.*

- Que connaissez-vous de l'approche écologique en prévention et promotion de la santé?
- Selon vous, est-ce que votre formation et votre expérience vous préparent à développer et implanter des interventions visant différentes cibles telles que, par exemple: Individus, réseaux sociaux, organisations, communautés, politiques publiques? Si oui, en quoi elles vous y préparent?
- Selon vous, est-ce que votre formation et votre expérience vous préparent à développer et implanter des interventions dans différents milieux tels que, par exemple: Organisations de santé, organisations communautaires, communautés, etc. Si oui, en quoi elles vous y préparent?
- Parlez-moi des formations offertes au CSSS.
  - Sont-elles nombreuses?
  - Sur quels sujets portent-elles?
  - Permettent-elles le développement d'une expertise d'intervention écologique (multi-cibles, multi-milieux)?

#### b) Croyances et valeurs

Finalement, quel est votre point de vue personnel en ce qui a trait à l'intervention multi-cibles, multi-milieux?

#### 6) Autres facteurs non abordés

Tout au long de l'entrevue, nous avons parlé de différents facteurs qui pourraient influencer votre programmation prévention-promotion (structure des équipes, processus de planification, etc.). Nous nous intéressons particulièrement aux facteurs qui facilitent ou nuisent à l'adoption d'une programmation comportant plusieurs cibles et milieux d'intervention (ce qu'on appelle aussi une programmation écologique). À votre avis, y a-t-il **d'autres éléments** dont nous n'avons pas parlé qui seraient susceptibles de

maximiser ou de nuire à l'adoption de programmations écologiques dans une organisation comme la vôtre?

Demander s'il y a d'autres aspects que le répondant aurait souhaité aborder ou sur lesquels il aimerait revenir avant de mettre fin à l'entrevue.