



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

*Nicole Beaudet, Annie Bisaillon, Nancy Boisvert, Diane Boyer,
Louise de Villers, Marie-Hélène Garceau-Brodeur, Christiane
Gendron, Sylvie Gendron, Carol Hyland, Marianne Kuster,
Martine Longtin, Lauralie Richard, Lucie Richard*

Novembre 2007

**DIRECTION DE
SANTÉ PUBLIQUE**

**Votre partenaire
pour garder notre
monde en santé**

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

***Nicole Beaudet**, agente de programmation et de planification
socio-sanitaire, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et
des services sociaux de Montréal*

***Annie Bisailon**, infirmière clinicienne spécialisée, CSSS de
Bordeaux-Cartierville – St-Laurent*

***Nancy Boisvert**, infirmière, CSSS de la Montagne*

***Diane Boyer**, conseillère, CSSS Jeanne-Mance*

***Louise de Villers**, infirmière en prévention, CSSS de Bordeaux-
Cartierville – St-Laurent*

***Marie-Hélène Garceau-Brodeur**, agente de planification, de
programmation et de recherche, Direction de santé publique de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*

***Christiane Gendron**, coordonnatrice de l'enseignement et de la
recherche, CSSS Jeanne-Mance*

***Sylvie Gendron**, professeure adjointe, Université de Montréal*

***Carol Hyland**, conseillère, CSSS Cavendish*

***Marianne Kuster**, chef d'administration de programme, CSSS
Cavendish*

***Martine Longtin**, agente de recherche, Direction de santé publique
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*

***Lauralie Richard**, étudiante en sciences infirmières, Université de
Montréal*

***Lucie Richard**, professeure titulaire, Université de Montréal*

Novembre 2007

Une réalisation du secteur Enseignement et recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

En collaboration avec la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, ainsi que les CSSS Cavendish, de Bordeaux-Cartierville – St-Laurent, de la Montagne et Jeanne-Mance.

Collaborateurs (par ordre alphabétique) :

Nicole Beaudet, co-chercheure et agente de programmation et de planification sociosanitaire, secteur Enseignement et recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;

Annie Bisailon, infirmière-chercheure et infirmière clinicienne spécialisée, direction de la qualité et de la mission universitaire, CSSS de Bordeaux-Cartierville – St-Laurent;

Nancy Boisvert, infirmière-chercheure et infirmière, direction du programme enfance-famille, jeunesse; jeunes en difficulté; déficience intellectuelle et TED, CSSS de la Montagne;

Diane Boyer, infirmière-chercheure et conseillère, direction des soins infirmiers, CSSS Jeanne-Mance;

Louise de Villers, infirmière-chercheure et infirmière en prévention, direction de la prévention, des services généraux et spécifiques, CSSS de Bordeaux-Cartierville – St-Laurent;

Marie-Hélène Garceau-Brodeur, coordonnatrice et agente de planification, de programmation et de recherche, secteur Enseignement et recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;

Christiane Gendron, infirmière-chercheure et coordonnatrice de l'enseignement et de la recherche, direction de la qualité des services, de la santé publique, de l'enseignement et de la recherche, CSSS Jeanne-Mance;

Sylvie Gendron, co-chercheure et professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal;

Carol Hyland, infirmière-chercheure et conseillère, direction des soins infirmiers, CSSS Cavendish;

Marianne Kuster, infirmière-chercheure et chef d'administration de programme, direction enfance-famille-jeunesse, CSSS Cavendish;

Martine Longtin, agente de recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;

Lauralie Richard, agente de recherche et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal;

Lucie Richard, co-chercheure et professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007)

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-89494-612-1 (version imprimée)

Prix : 5 \$

RÉSUMÉ

Ce rapport intérimaire présente les résultats issus du premier volet d'une recherche s'intéressant aux pratiques infirmières en matière de promotion de la santé et de prévention dans quatre CSSS de Montréal : Cavendish, de Bordeaux-Cartierville – St-Laurent, de la Montagne et Jeanne-Mance. Il s'agit d'une analyse documentaire qui a permis de dresser un portrait du contexte organisationnel de la pratique infirmière populationnelle de promotion de la santé et de prévention en CSSS. De plus, des éléments devant faire l'objet d'une exploration plus approfondie lors d'entrevues planifiées au deuxième volet de la recherche ont été cernés.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes	2
Introduction	3
Mise en contexte	5
Méthode de l'analyse documentaire	7
Documents et procédures d'accès	7
Organisation des données	7
Analyse des données	8
Résultats	9
Effectifs administratifs et professionnels.....	9
Profil de formation infirmière des effectifs administratifs et professionnels.....	10
Formation continue.....	11
<i>Formation continue offerte par un organisme autre que la DSP.....</i>	<i>11</i>
<i>Formation continue offerte par la DSP.....</i>	<i>11</i>
Discussion	14
Pour conclure : deux recommandations	16
Bibliographie.....	17
ANNEXES	21
ANNEXE 1 : Classification des directions et programmes par secteur d'activités	22
ANNEXE 2 : Répartition des cadres supérieurs par secteur d'activités et profil de formation académique	25
ANNEXE 3 : Répartition des cadres intermédiaires par secteur d'activités et profil de formation académique.....	26
ANNEXE 4 : Caractéristiques des effectifs professionnels (infirmières et autres).....	27
ANNEXE 5 : Formation continue (autre que la DSP).....	28
ANNEXE 6 : Formation continue (DSP)	29

LISTE DES ACRONYMES

- AU : Autre
- BACC : Baccalauréat
- CAT : Centre d'abandon du tabagisme
- CII : Conseil des infirmiers et des infirmières
- CLSC : Centre local de service communautaire
- CSSS : Centre de santé et de services sociaux
- DEC : Diplôme d'études collégiales
- DG : Direction générale
- DSP : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- EFJ : Enfance/Famille/Jeunesse
- E/R : Enseignement/Recherche
- ETC : Équivalent à temps complet
- FSI : Faculté des sciences infirmières
- ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang
- MCV : Maladies cardiovasculaires
- OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- PA/PA : Personnes âgées/Perte d'autonomie
- SAT : Santé au travail
- SG : Services généraux
- SI : Soins infirmiers
- SIDEP : Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
- SIPPE : Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
- SP : Santé publique
- SS : Services spécifiques
- TCP : Temps complet permanent
- TCT : Temps complet temporaire
- TPO : Temps partiel occasionnel
- TPP : Temps partiel permanent
- TPT : Temps partiel temporaire

INTRODUCTION

Depuis 2005, une équipe d'infirmières cliniciennes et de gestionnaires de quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS)¹ de Montréal, associée à des chercheurs de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) et de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal, a entrepris une recherche en collaboration (Heron & Reason, 2001). Cette démarche participative s'inscrit dans une volonté d'ajuster la recherche aux réalités des CSSS, dans le but de formuler des recommandations et d'entreprendre des actions afin de favoriser une actualisation accrue de la pratique infirmière populationnelle en promotion de la santé et en prévention en centre local de service communautaire (CLSC). En particulier, la recherche poursuit deux objectifs :

- 1) Documenter les pratiques des infirmières en CLSC au regard de la promotion de la santé et de la prévention.
- 2) Modéliser les conditions professionnelles et contextuelles associées à ces pratiques infirmières.

Un devis de type intégré (Creswell, 2003) et itératif comportant quatre volets est privilégié. Les résultats d'un volet servent de base au volet subséquent de la recherche, à travers la séquence suivante : une analyse documentaire, suivie d'entretiens semi-dirigés auprès d'infirmières² ainsi que de gestionnaires, puis d'études de cas dans chaque CSSS et, enfin, de groupes de discussion incluant des intervenants professionnels et communautaires ainsi que des citoyens. La collecte et l'analyse des données procèdent selon une vision systémique de la pratique infirmière comportant des acteurs stratégiques. Ainsi, la pratique infirmière populationnelle en promotion de la santé et en prévention est conçue ici comme étant un système d'actions comportant des activités, déployées en fonction de finalités, à travers des jeux d'interactions entre une diversité d'acteurs stratégiques, dans un contexte organisationnel et social particulier (Crozier & Friedberg, 1977; Le Moigne, 1990a, 1990b; Morin, 1990).

Ce rapport intérimaire présente les résultats issus du premier volet de la recherche. Il s'agit d'une analyse documentaire qui a permis de dresser un portrait du contexte organisationnel de la pratique infirmière populationnelle de promotion de la santé et de prévention en CSSS. De plus, des éléments devant faire l'objet d'une exploration plus approfondie lors d'entretiens planifiés au deuxième volet de la recherche ont été cernés.

¹ Les quatre CSSS participants sont composés de dix établissements CLSC. Il s'agit de : 1. CSSS de Bordeaux-Cartierville – St-Laurent, qui regroupe les CLSC Bordeaux-Cartierville et St-Laurent ; 2. CSSS de la Montagne, qui est formé des CLSC Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension; 3. CSSS Jeanne-Mance, qui est composé des CLSC des Faubourgs, du Plateau-Mont-Royal et St-Louis-du-Parc; et 4. CSSS Cavendish, qui comprend les CLSC Notre-Dame-de-Grâce-Montréal-Ouest et René-Cassin.

² L'utilisation du féminin pour désigner la profession d'infirmière a pour but d'alléger le texte et comprend le masculin.

MISE EN CONTEXTE

La planification en santé publique instaurée dans chaque CSSS invite l'ensemble des intervenants à prendre en considération l'interaction complexe des déterminants sociaux, politiques, culturels et environnementaux de la santé pour participer à la création de conditions de vie favorables et soutenir la capacité d'agir des personnes et des groupes. Les infirmières sont ainsi interpellées à s'engager dans des équipes interprofessionnelles ainsi que dans l'action intersectorielle afin de contribuer au développement d'approches novatrices en promotion de la santé et en prévention, selon une optique populationnelle.

Dans l'ensemble, elles occupent une position privilégiée pour exercer ce rôle. Les infirmières constituent le plus grand bassin de professionnels dans le domaine de la santé; elles sont en contact de façon fréquente, étroite et continue avec la population et une diversité d'acteurs sociaux de la santé; et elles sont généralement considérées comme des interlocutrices crédibles, qui inspirent confiance. De plus, leurs compétences et les valeurs de la discipline sont en alignement certain avec les pratiques de promotion de la santé et de prévention (Benson & Latter, 1998; Borchardt, 2000; Brocklehurst, 2004; Clarke, 1991; Hagan & Proulx, 1996; King, 1994; Maben & Macleod Clark, 1995; Morgan & Marsh, 1998; Nobble, 1991; O'Neill, 1997; Paul, 1997; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002; Robinson & Hill, 1998; Thomas & Wainwright, 1996; Whitehead, 2003c).

Toutefois, il semble que les infirmières tardent à déployer les multiples facettes d'une pratique populationnelle de promotion de la santé et de prévention. Leurs actions demeurent largement centrées sur une approche individuelle de modification de comportements (Chiverton, McCabe, & Tortoretti, 2003; Dallaire, Hagan, & O'Neill, 2000; Halbert et al., 1993; King, 1994; Morgan & Marsh, 1998; Paul, 1997; Rafael, 1999; Richard, Fortin, & Bérubé, 2004). Dans la littérature consultée³, le contexte organisationnel et la formation infirmière sont généralement évoqués comme étant en cause.

En ce qui a trait au contexte organisationnel, la pénurie d'infirmières et l'accroissement des besoins curatifs posent de sérieux défis à la mise en action soutenue d'une pratique infirmière populationnelle de promotion de la santé et de prévention. Aussi, peu d'infirmières participent aux sphères décisionnelles dans l'élaboration des politiques, des priorités d'action et des programmes en santé publique, notamment au Québec. Cette situation aurait une incidence sur la diversification de leur pratique et la reconnaissance de leurs compétences par les autres professionnels et gestionnaires dans leurs milieux (Hagan & Proulx, 1996; O'Neill & Cardinal, 1994; Paul, 1997).

Par ailleurs, la place prépondérante accordée aux déterminants individuels de la santé durant une formation initiale marquée par un processus de socialisation biomédicale, ainsi que l'accessibilité inégale à des activités de formation continue, ont une incidence non négligeable sur le développement d'une pratique infirmière populationnelle de pointe en promotion de la santé et prévention (Benson & Latter, 1998; Chiverton, McCabe, & Tortoretti, 2003; Dallaire, Hagan, & O'Neill, 2000; Fleming, 1992; Hagan & Proulx, 1996; Halbert et al., 1993; Morgan & Marsh, 1998; Nobble, 1991; Parish, Powell, & Wilkes, 1991; Paul, 1997; Rafael, 1999; Richard, Fortin, & Bérubé, 2004; Uosukainen, 2001; Whitehead, 2001). En corollaire, il est généralement admis que le travail en partenariat, l'intervention communautaire, l'action politique et le développement de programmes constituent des savoirs pratiques à renforcer chez les infirmières (Chiverton, McCabe, & Tortoretti, 2003; King, 1994; Morgan & Marsh, 1998; Whitehead, 2001, 2003a).

Au-delà de ces observations, nous constatons que peu de recherches empiriques permettent de modéliser la pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en tenant compte du contexte organisationnel et des dimensions professionnelles (Chapman et al., 2005; Freudenstein & Yates, 2001;

³ Recension des écrits, 1990-2005 : consultation des moteurs de recherche Medline, CINAHL et GOOGLE; utilisation des mots-clés « promotion de la santé », *public health nursing*, *community nursing* et *health promotion*.

Sourtzi, Nolan, & Andrews, 1996; Trocino, Byers, & Peach, 1997). Les recherches publiées portent plutôt sur les attitudes et les croyances des intervenants vis-à-vis la promotion de la santé (Gott & O'Brien, 1990; Jinks, Smith, & Ashdown-Lambert, 2003; Richard, Potvin, & Mansi, 1998; Schoenfeld & MacDonald, 2002; Trocino, Byers, & Peach, 1997; Woodcox & Underwood, 1994) et une description des pratiques déployées, sans pour autant prendre en compte le contexte et les acteurs avec lesquels les infirmières mettent leurs pratiques en action (Chapman et al., 2005; Freudenstein & Yates, 2001; Sourtzi, Nolan, & Andrews, 1996; Trocino, Byers, & Peach, 1997). Une documentation systématique des pratiques courantes des infirmières, en tenant compte du contexte organisationnel et de la formation infirmière des acteurs, s'impose pour identifier des pistes réalistes et favorables au déploiement d'une pratique infirmière populationnelle innovante et durable en promotion de la santé et en prévention en CLSC/CSSS.

MÉTHODE DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

Afin de dresser un premier portrait, quatre dimensions à partir desquelles il a été possible d'établir une grille de lecture commune pour les CLSC des quatre CSSS participants, ont été documentées entre juin 2005 et janvier 2006 :

- la structure organisationnelle;
- les effectifs administratifs et professionnels;
- les profils de formation académique des effectifs administratifs et professionnels;
- la formation continue offerte aux infirmières.

Seulement les directions et programmes offrant des services à la communauté ou ayant une incidence sur les pratiques infirmières de promotion de la santé et de prévention ont été considérés⁴.

DOCUMENTS ET PROCÉDURES D'ACCÈS

La structure organisationnelle a été documentée via les organigrammes obtenus sur les sites web des établissements ou auprès des gestionnaires. Une mise à jour a été effectuée au printemps 2007.

Les informations concernant les effectifs administratifs et professionnels, selon leur secteur d'activités et leur formation académique, ont été obtenues par la consultation des organigrammes des établissements, des listes d'ancienneté, des cahiers de postes, des listes d'équipes de travail, des répertoires du Conseil des infirmiers et des infirmières (CII) et des inventaires des statuts d'emploi. Les infirmières cliniciennes de l'équipe de recherche ont obtenu ces informations selon les voies de communication formelles habituelles des établissements. Des entretiens auprès de gestionnaires ont permis de compléter et de valider les informations obtenues.

En ce qui a trait à la documentation de la formation continue, deux stratégies ont été employées. D'une part, les formations reçues dans un contexte autre qu'à la DSP ont été recensées à partir de compilations obtenues auprès d'informateurs clés de trois CSSS (excluant un CLSC) pour lesquels les données étaient disponibles⁵. D'autre part, les adjoints de chaque secteur d'intervention de la DSP ont été rencontrés afin d'obtenir un relevé des formations offertes aux infirmières des quatre CSSS entre janvier 2004 et juin 2005, avec une attention particulière accordée aux objectifs et au contenu de la formation.

D'autres sources documentaires ont également été consultées, tels des plans et priorités d'action, ainsi que des banques d'informations relatives aux congés de maladie des infirmières, à titre d'indicateur de continuité des interventions infirmières. Les informations étant incomplètes ou peu comparables, elles ont été exclues de la recherche.

ORGANISATION DES DONNÉES

Dans l'optique de définir les catégories à partir desquelles mettre en commun les informations, des grilles ont été construites, en collaboration, au fil de la collecte documentaire (annexes 2 à 6). Chaque CSSS compte entre six et treize directions qui offrent des services à la communauté ou qui ont un rôle à jouer

⁴ Pour une liste exhaustive des directions et programmes retenus, se référer à l'annexe 1.

⁵ Ces formations incluaient toutes les activités désignées par les appellations suivantes: ateliers, colloques, conférences, congrès, cours, discussions de cas, formations, forums, journées d'étude, journées scientifiques, journées de formation, midi-conférences, rencontres d'échange et stages. À noter que la période de référence s'échelonnait entre avril 2004 et juin 2005 afin d'assurer une base de comparaison équivalente entre les sites.

dans les activités de promotion de la santé et de prévention des infirmières. Ces directions ont été classées selon neuf secteurs d'activités⁶ et à partir de deux critères : 1- le type de clientèle desservie; et 2- les fonctions particulières assumées. En ce qui concerne la formation continue offerte par la DSP, les différentes initiatives ont été regroupées selon la terminologie en usage dans cet établissement. De plus, chacune des formations a été classée selon qu'elle visait 1- la promotion de la santé, la prévention, le développement de capacités de gestion ou d'organisation du travail; 2- le développement de connaissances, de savoir-faire ou de savoir-être (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl, 1969).

ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont fait l'objet d'énumérations, de calculs de fréquences brutes et relatives, de calculs d'étendues et d'indices à des fins descriptives. Les tableaux qui suivent ont tous fait l'objet de discussion et de validation au sein de l'équipe. Les détails pouvant permettre l'identification des sites ont été omis.

⁶ Direction générale (DG); Enfance/Famille/Jeunesse (EFJ); Enseignement/Recherche (E/R); Personnes âgées/Perte d'autonomie (PA/PA); Santé publique (SP); Services généraux (SG); Services spécifiques (SS); Soins infirmiers (SI); Autre (AU). L'annexe 1 présente le détail de ces regroupements.

RÉSULTATS

EFFECTIFS ADMINISTRATIFS ET PROFESSIONNELS

Un total de 1 383 personnes est réparti entre les effectifs administratifs et professionnels des directions recensées (tableau 1). Parmi ceux-ci, on dénombre 110 gestionnaires (8 %) et 1 273 professionnels (92 %). La grande majorité de ces effectifs se retrouve dans les secteurs Enfance/Famille/Jeunesse (EFJ), Personnes âgées/Perte d'autonomie (PA/PA) et Services généraux (SG). Les indices « effectifs administratifs : effectifs professionnels » les plus élevés se retrouvent dans les secteurs d'activités Santé publique (SP ; 3:1) et Enseignement/Recherche (E/R ; 2:1).

Tableau 1 : Effectifs administratifs et professionnels par secteurs d'activités (2005-2006)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	EFFECTIFS		TOTAL (N = 1 383)
	ADMINISTRATIFS (N = 110)	PROFESSIONNELS (N = 1 273)	
Direction générale	5	-	5
Enfance/Famille/Jeunesse	11	323	334
Enseignement/Recherche	14	7	21
Personnes âgées/Perte d'autonomie	33	466	499
Santé publique	6	2	8
Services généraux	15	294	309
Services spécifiques	9	155	164
Soins infirmiers	10	-	10
Autre ⁷	7	12	19
Tous les secteurs ⁸	-	14	14

Le tableau 2 indique que, dans l'ensemble, les secteurs d'activités recensés comptent presque autant d'infirmières (47,1 %) que d'autres catégories de professionnels (52,9 %), tels les travailleurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes et psychologues. Le secteur SG compte toutefois une proportion plus importante d'infirmières. À l'inverse, les secteurs d'activités E/R et Services spécifiques (SS) sont des secteurs où figurent peu d'infirmières.

Tableau 2 : Effectifs professionnels par secteurs d'activités (2005-2006)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	EFFECTIFS PROFESSIONNELS		TOTAL (N = 1 273)
	INFIRMIÈRES (N = 600)	PROFESSIONNELS AUTRES QU'INFIRMIERS (N = 673)	
Enfance/Famille/Jeunesse	157 (48,6 %)	166 (51,4 %)	323
Enseignement/Recherche	1 (14,3 %)	6 (85,7 %)	7
Personnes âgées/Perte d'autonomie	213 (45,7 %)	253 (54,3 %)	466
Santé publique	1 (50 %)	1 (50 %)	2
Services généraux	187 (63,6 %)	107 (36,4 %)	294
Services spécifiques	41 (26,5 %)	114 (73,6 %)	155
Autre ⁹	-	12 (100 %)	12
Tous les secteurs	-	14 (100 %)	14

⁷ Concerne la « Direction des services généraux et des services EFJ en difficulté », ainsi que la Maison des naissances

⁸ Réfère aux organisateurs communautaires, qui agissent à titre de ressource pour l'ensemble des secteurs d'activités d'un des établissements à l'étude

⁹ Concerne la Maison des naissances uniquement

Enfin, le tableau 3 permet de noter que 73,2 % (439/600) des infirmières occupent un poste permanent et 54 % (324/600) occupent un poste à temps complet permanent (TCP). L'indice « poste permanent : poste temporaire ou occasionnel » est de 2,7 :1. L'indice le moins élevé, rendant compte d'une proportion relativement élevée de postes temporaires ou occasionnels, se situe dans le secteur SG (1,7:1).

Tableau 3 : Postes occupés par les infirmières en fonction des différents secteurs d'activités (2005-2006)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	POSTES OCCUPÉS					TOTAL (N = 600)
	POSTES PERMANENTS		POSTES TEMPORAIRES			
	TCP ¹⁰ (N = 324)	TPP ¹¹ (N = 115)	TCT ¹² (N = 34)	TPT ¹³ (N = 68)	TPO ¹⁴ (N = 59)	
Enfance/Famille/Jeunesse	86	26	10	25	10	157
Enseignement/Recherche	1	-	-	-	-	1
Personnes âgées/Perte d'autonomie	129	40	7	19	18	213
Santé publique	1	-	-	-	-	1
Services généraux	77	40	17	24	29	187
Services spécifiques	30	9	-	-	2	41

PROFIL DE FORMATION INFIRMIÈRE DES EFFECTIFS ADMINISTRATIFS ET PROFESSIONNELS

Le tableau 4 indique que près de la moitié des gestionnaires possèdent une formation infirmière (51/110; 46,4 %); de ceux-ci, 68,6 % (35/51) ont une formation de niveau baccalauréat et 27,5 % (14/51) ont une formation de niveau maîtrise. Outre qu'il y ait deux directeurs généraux sur quatre qui aient une formation infirmière, il apparaît que ce soient surtout des cadres intermédiaires qui ont une telle formation (36/69; 52,7 %). Lorsque les données sont examinées selon les secteurs d'activités, les gestionnaires ayant une formation infirmière se retrouvent dans les secteurs mobilisant un nombre important d'infirmières, soit PA/PA et SG (données non présentées). Il est à noter que ces données ne font mention que de la formation infirmière, ne rendant ainsi pas compte de l'ensemble de la formation universitaire complétée par les gestionnaires.

Tableau 4 : Formation infirmière parmi les effectifs administratifs (2005-2006)

TITRES D'EMPLOI	FORMATION INFIRMIÈRE				TOTAL (N = 110)
	DIPLÔME D'ÉTUDES COLLÉGIALES (N = 2)	BACCALAURÉAT (N = 35)	MAÎTRISE (N = 14)	AUCUNE (N = 59)	
Directeurs généraux	-	2	-	2	4
Directeurs	-	7	4	19	30
Directeurs adjoints	-	2	-	5	7
Cadres intermédiaires	2	24	10	33	69

En ce qui concerne les infirmières au sein de l'effectif professionnel, le tableau 5 indique que la très grande majorité possède une formation de niveau universitaire (448/600; 74,7 %). Les secteurs d'activités où l'indice de formation « niveau universitaire : niveau collégial » est le plus élevé sont EFJ (4,8:1) et SG (3,2:1).

¹⁰ Temps complet permanent

¹¹ Temps partiel permanent

¹² Temps complet temporaire

¹³ Temps partiel temporaire

¹⁴ Temps partiel occasionnel

Tableau 5 : Niveau de formation infirmière des effectifs infirmiers selon les secteurs d'activités (2005-2006)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	NIVEAU DE FORMATION INFIRMIÈRE		TOTAL (N = 600)
	COLLÉGIAL (N = 152)	UNIVERSITAIRE (N = 448)	
Enfance/Famille/Jeunesse	27 (17,2 %)	130 (82,8 %)	157
Enseignement/Recherche	-	1 (100 %)	1
Personnes âgées/Perte d'autonomie	64 (30,1 %)	149 (70 %)	213
Santé publique	-	1 (100 %)	1
Services généraux	45 (24,1 %)	142 (75,9 %)	187
Services spécifiques	16 (39 %)	25 (61 %)	41

FORMATION CONTINUE

FORMATION CONTINUE OFFERTE PAR UN ORGANISME AUTRE QUE LA DSP

Les résultats qui suivent sont présentés à titre indicatif. Pour plus de la moitié des formations recensées (215/374; 57,5 %), il n'a pas été possible de procéder à une classification fiable. Le tableau 6 indique que les formations suivies par les infirmières entre avril 2004 et juin 2005 s'inscrivaient surtout dans une optique de prévention (78/159; 49,1 %), comparativement à la promotion de la santé (52/159; 32,7 %) et le développement des capacités d'organisation ou de gestion (32/159; 20,1 %). L'information disponible suggère que la prévention est généralement abordée en termes individuels, plutôt que populationnels, autant aux niveaux primaire, secondaire que tertiaire. Lorsque les secteurs d'activités sont considérés, les formations de type « promotion de la santé » sont surtout suivies par des infirmières du secteur EFJ (18/52; 33,3 %). En dehors du secteur EFJ, il y a relativement peu de formation continue infirmière en promotion de la santé, avec près du deux tiers de formation continue dans le domaine de la prévention.

Tableau 6 : Répartition de la formation continue offerte aux infirmières par des organisations autres que la DSP selon les thématiques et les secteurs d'activités¹⁵ (2004-2005)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	THÉMATIQUES DE FORMATION			TOTAL (N = 159)
	PROMOTION DE LA SANTÉ (N = 52)	PRÉVENTION (N = 78)	ORGANISATION / GESTION (N = 32)	
Enfance/Famille/Jeunesse	18 (33,3 %)	24 (44,5 %)	14 (25,9 %)	54
Enseignement/Recherche	-	3 (60 %)	2 (40 %)	5
Personnes âgées/Perte d'autonomie	5 (11,9 %)	24 (57,1 %)	13 (31 %)	42
Services généraux	5 (10 %)	29 (58 %)	16 (32 %)	50
Services spécifiques	1 (8,3 %)	7 (58,3 %)	4 (33,3 %)	12
Non déterminé	29 (34,1 %)	33 (38,8 %)	26 (30,6 %)	85

FORMATION CONTINUE OFFERTE PAR LA DSP

La DSP a offert 48 formations aux infirmières des quatre CSSS entre janvier 2004 et juin 2005, ce qui correspond à 3 277 heures et à 396 présences infirmières. Le tableau 7 indique que le secteur d'activités « Tout-petits », avec deux thèmes de formation, Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) et allaitement maternel, a attiré le plus grand nombre de présences infirmières (251/396; 63,4 %). Le tableau 8 indique que ces sujets ont mobilisé le plus grand nombre d'heures de formation, soit 74 % (2 425/3 277).

¹⁵ Il est à noter que certaines formations (n = 3) ont été classées tant en promotion de la santé qu'en prévention, ce qui explique que la somme du nombre de formations et des pourcentages excède le total présenté (N = 159). Ce tableau exclut le CSSS et le CLSC pour lesquels la période de référence diffère de celle ciblée, soit de avril 2004 à juin 2005, ainsi que toutes les formations qui n'ont pu être classées par thématiques (n = 215).

Tableau 7 : Répartition des présences infirmières aux formations offertes par la DSP selon les secteurs d'activités et les sujets de formation (2004-2005)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	SUJETS DE FORMATION	PRÉSENCES INFIRMIÈRES	TOTAL (N = 396)
Écoles et milieux en santé	Amour et violence	21	21
Santé au travail	Santé au travail	14	14
Services préventifs en milieu clinique	Centre d'abandon du tabagisme	14	54
	Maladies cardiovasculaires	40	
Tout-petits	Allaitement maternel	182	251
	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance	69	
Vigie et protection	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	11	56
	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	12	
	Vaccination	33	

Tableau 8 : Répartition du nombre d'heures de participation aux formations offertes par la DSP selon les secteurs d'activités et les sujets de formation (2004-2005)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	SUJETS DE FORMATION	HEURES DE FORMATION	TOTAL (N = 3 277)
École et milieux en santé	Amour et violence	80	80
Santé au travail	Santé au travail	75	75
Services préventifs en milieu clinique	Centre d'abandon du tabagisme	61	121
	Maladies cardiovasculaires	60	
Tout-petits	Allaitement maternel	1 488	2 425
	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance	937	
Vigie et protection	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	30	576
	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	84	
	Vaccination	462	

L'examen des objectifs de formation (tableau 9) a permis de relever 121 objectifs pour 75 % (36/48) de formations offertes aux infirmières des CSSS à l'étude. La classification de ces objectifs selon la taxonomie de Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl (1969) suggère qu'un nombre plus élevé d'objectifs vise le développement de connaissances (70/121; 58 %), comparativement au développement de savoir-faire (33/121; 27 %) et de savoir-être (18/121; 15 %). Le tableau 10 suggère cependant que certains types de formations mettent l'accent sur le développement de savoir-faire et de savoir-être. Il s'agit de domaines qui visent l'adoption de comportements (Centre d'abandon du tabagisme (CAT), Allaitement maternel) ou qui interpellent des valeurs (Amour et violence, Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)).

Tableau 9 : Répartition des objectifs des formations offertes par la DSP selon le type de savoir visé (2004-2005)

TYPES DE SAVOIR VISÉS	NOMBRE D'OBJECTIFS (N = 121)
Connaissances	70 (58 %)
Savoir-faire	33 (27 %)
Savoir-être	18 (15 %)

Tableau 10 : Répartition des objectifs des formations offertes par la DSP selon les secteurs d'activités et les sujets de formation (2004-2005)

SECTEURS D'ACTIVITÉS	SUJETS DE FORMATION	CONNAISSANCES (N = 70)	SAVOIR-FAIRE (N = 33)	SAVOIR-ÊTRE (N = 18)
Écoles et milieux en santé	Amour et violence	8	1	4
Santé au travail	Santé au travail	13	3	1
Services préventifs en milieu clinique	Centre d'abandon du tabagisme	4	5	-
	Maladies cardiovasculaires	2	-	-
Tout-petits	Allaitement maternel	37	15	6
	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance	2	4	3
Vigie et protection	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	2	5	4
	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	1	-	-
	Vaccination	1	-	-

DISCUSSION

Ce premier volet du projet de recherche permet de constater une certaine hétérogénéité des quatre sites à l'étude, leurs structures organisationnelles respectives reflétant des cultures organisationnelles différentes ainsi que des particularités populationnelles propres aux territoires. Cette variabilité est essentielle pour identifier des pistes d'analyse dans la poursuite de la recherche.

À ce stade-ci, sept constats ressortent de ce premier portrait :

- 1) Premièrement, nos analyses indiquent qu'un nombre important d'infirmières des sites recensés sont à l'œuvre dans des secteurs qui sont traditionnellement orientés vers des interventions curatives ou de prévention secondaire / tertiaire, soit les services généraux et les services aux personnes âgées ou en perte d'autonomie. Plusieurs analyses de l'impact des réformes du système de santé sur les CLSC ont déjà montré comment le virage ambulatoire, combiné à la pénurie de main-d'œuvre infirmière et à la volonté de faciliter l'accès à des services de première ligne, ont eu pour effet d'accroître les clientèles requérant des services pré et post-hospitaliers, ou faisant appel aux services tel Info-Santé (Boucher, 1998; Richard, Fortin, & Bérubé, 2004). Parmi les autres services qui ont bénéficié d'ajouts budgétaires au fil des ans figure le secteur EFJ, où les infirmières sont également en nombre élevé. Divers programmes identifiés à ce secteur font l'objet d'un soutien important dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention primaire.
- 2) Bien que près de la moitié des effectifs professionnels soient des infirmières dans les établissements participants, les données soulignent la rareté, voire l'absence, de ces professionnelles dans les secteurs d'activités dédiées à la santé publique ainsi qu'à l'enseignement et à la recherche. Cela suscite des interrogations en termes de prise en compte des préoccupations infirmières dans l'élaboration et l'évaluation de programmes de promotion de la santé et de prévention. Plusieurs explications possibles de cette réalité seront considérées dans les phases subséquentes de la recherche.
- 3) Une majorité des infirmières recensées occupe des postes permanents, le plus souvent à temps complet, suggérant ainsi un potentiel de continuité dans une programmation populationnelle, qu'elle soit de nature interprofessionnelle ou intersectorielle, en promotion de la santé et en prévention. Ceci dit, une proportion non négligeable d'infirmières a un statut temporaire ou occasionnel. Une telle situation pourrait être reliée à une mouvance de personnel associée aux besoins de remplacements en cas, par exemple, de maladie ou de maternité (Shields & Wilkins, 2006). Il est regrettable que l'équipe de recherche n'ait pu recueillir une information complète concernant les congés de maladie et les postes vacants, les données étant partielles ou incompatibles entre les sites. Ceci limite la portée de l'analyse sur ce point et laisse ouverte la question de l'influence du type de postes occupés sur les pratiques infirmières populationnelles de promotion de la santé et de prévention, lesquelles nécessitent l'établissement de réseaux intégrés et relativement stables à travers le temps.
- 4) Près de la moitié des gestionnaires des CLSC examinés possèdent une formation dans le domaine des sciences infirmières. Une telle situation pourrait constituer un éventuel facteur facilitant quant à la prise en considération de la réalité infirmière par ces gestionnaires.

- 5) Les CLSC demeurent des milieux de pratique où la formation infirmière de niveau universitaire est très répandue. L'information colligée dans les programmes étudiés indique que trois infirmières sur quatre ont obtenu un diplôme universitaire, généralement de premier cycle. Ceci est intéressant dans la mesure où une formation avancée en sciences infirmières serait associée à une mise en pratique plus efficace d'activités de promotion de la santé (Sourtzi, Nolan, & Andrews, 1996; Trocino, Byers, & Peach, 1997). Toutefois, il reste à explorer dans quelle mesure les programmes de formation infirmière vont au-delà de pratiques d'éducation sanitaire centrées sur les habitudes de vie, selon un mode prescriptif et standardisé, et tentent d'intégrer des considérations se rapportant à l'environnement (Salazar & Primomo, 1994; Tripp & Statchowiak, 1992; Uosukainen, 2001; Whitehead, 2003b, 2004).
- 6) L'information quant au suivi de la formation continue des infirmières apparaît, pour le moins, incomplète dans les sites étudiés. Il est donc difficile d'estimer l'influence de la formation continue sur la pratique infirmière. Cependant, il semble qu'il y en ait peu en promotion de la santé, à l'exception du secteur EFJ, et que l'approche populationnelle n'était pas à l'ordre du jour des formations durant la période recensée. Une mise à jour de cette collecte de données serait à envisager à une étape ultérieure de la recherche.
- 7) Plus de la moitié des formations offertes aux infirmières par la DSP concernent le secteur EFJ. La présence infirmière est marquée lorsqu'il est question de l'allaitement maternel, des SIPPE et de la vaccination, situation qui s'explique aisément par l'existence d'un ensemble de mesures ministérielles et régionales sur le sujet. Par ailleurs, les formations de la DSP visent surtout l'augmentation des connaissances. Nos informateurs clés indiquent que les méthodes traditionnelles d'enseignement persistent.

En somme, cette première analyse documentaire offre un portrait de certains éléments du contexte organisationnel et de la formation infirmière qui mettent en contexte la pratique infirmière populationnelle de promotion de la santé et de prévention dans les CLSC de quatre CSSS de Montréal. Il est à noter que cette recherche a débuté au moment de l'implantation des CSSS, ce qui a pu affecter la collecte de données. De fait, les projets cliniques n'étaient pas disponibles pour cette analyse documentaire. Ils devront être considérés lors du troisième volet de cette étude.

Au terme de cette phase de la recherche, le deuxième volet est amorcé. Les entretiens semi-dirigés auprès d'infirmières et de gestionnaires permettent de documenter, à partir des expériences in situ, les pratiques infirmières en promotion de la santé et en prévention, ainsi que les conditions de leur déploiement. Ce faisant, certains constats issus de ce premier volet sont considérés à travers les entretiens et analyses. En particulier, nous distinguerons la nature des pratiques infirmières, ainsi que la façon dont sont abordées la promotion de la santé et la prévention selon le niveau de formation des infirmières, l'accès à la formation continue et leurs secteurs d'activités. Par ailleurs, les pratiques infirmières rapportées seront comparées selon le profil de formation des gestionnaires et leurs points de vue sur la promotion de la santé et la prévention. Enfin, la formation continue sera examinée : Quels sont les besoins à combler ? Quelles sont les formations les plus aidantes pour la pratique ? Les infirmières et leurs gestionnaires convergent-ils dans leurs points de vue ? Comment l'approche populationnelle se traduit-elle dans les milieux ? Il s'agira donc de donner davantage de sens aux résultats présentés dans ce premier rapport intérimaire.

POUR CONCLURE : DEUX RECOMMANDATIONS

Pour conclure, l'équipe formule deux recommandations qui pourraient être considérées par les CSSS et les DSP.

Premièrement, afin de contribuer à la planification d'une formation continue de qualité, en appui au développement d'une pratique infirmière populationnelle innovante en promotion de la santé et en prévention en CLSC/CSSS, il y aurait lieu de considérer le développement ou la consolidation de registres de formation continue plus complets et plus fiables. Par exemple, en plus de la durée et du type d'organisme responsable de la formation, les objectifs spécifiques visés, les secteurs de travail des infirmières et le type de savoirs concernés seraient à considérer. Des indicateurs pourraient ainsi être développés pour documenter l'adéquation de la formation continue, notamment en terme de pertinence selon les secteurs d'activités des infirmières et leurs types de pratiques. La formation continue des infirmières ne fait en général pas l'objet d'un suivi spécifique dans les milieux, ni d'une réglementation, outre la loi qui contraint les employeurs à assurer une partie de leur budget (1 %) à la formation continue de leurs employés (ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2006). En fait, il incombe à l'infirmière de maintenir à jour ses connaissances et compétences et d'être à l'affût des possibilités de formation continue¹⁶. Somme toute, le contexte actuel ne semble pas favoriser une formation continue diversifiée en promotion de la santé et en prévention chez les infirmières. L'implication de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pourrait certainement contribuer à soutenir cette recommandation.

Deuxièmement, une présence infirmière plus importante dans les secteurs d'enseignement, de recherche et de santé publique serait souhaitable. La contribution infirmière dans des actions d'influence et des rôles stratégiques constitue un levier essentiel pour assurer le développement de leur pratique populationnelle de promotion de la santé et de prévention.

¹⁶ Il existe une exception à cette réalité : l'infirmière praticienne spécialisée dans un domaine particulier. Il importe de souligner que la promotion de la santé et la prévention ne figurent pas parmi les spécialités offertes aux infirmières.

BIBLIOGRAPHIE

- Benson, A., & Latter, S. (1998). Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 100-107.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1969). *Taxonomie des objectifs pédagogiques. Tome 1 : Domaine cognitif*. (M. Lavallée, Trans.). Montréal: Éducation Nouvelle.
- Borchardt, G. L. (2000). Said another way. Role models for health promotion: The challenge for nurses. *Nursing Forum*, 35(3), 29-32.
- Boucher, G. (1998). 25 des CLSC. Un quart de siècle d'histoire au coeur de la communauté. *CLSC express*, janvier, 5-8.
- Brocklehurst, N. (2004). Public health and its implication for practice. *Nursing Standard*, 18(49), 48-54.
- Chapman, J., Shaw, S., Congdon, P., Carter, Y. H., Abbott, S., & Petchey, R. (2005). Specialist public health capacity in England: working in the new primary care organizations. *Public Health*, 119, 22-31.
- Chiverton, P. A., McCabe, V. K., & Tortoretti, D. M. (2003). The future role of nursing in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 18(2), 192-194.
- Clarke, A. C. (1991). Nurses as role models and health educators. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1178-1184.
- Creswell, J. W. (2003). *Research designs: Qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Dallaire, C., Hagan, L., & O'Neill, M. (2000). Linking health promotion and community health nursing: Conceptual and practical issues. In M. J. Stewart (Ed.), *Community nursing: Promotion of Canadians' health*. (Second ed., pp. 174-193). Toronto: W.B. Saunders.
- Fleming, V. E. M. (1992). Client education: A futuristic outlook. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 158-163.

- Freudenstein, U., & Yates, B. (2001). Public health skills in primary care in South West England – A survey of training needs, obstacles and solutions. *Public Health*, 115, 407-411.
- Gott, M., & O'Brien, M. (1990). Attitudes and beliefs in health promotion. *Nursing Standards*, 5(2), 30-32.
- Hagan, L., & Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé. Le temps d'agir. *L'infirmière du Québec*, 3(3), 44-52.
- Halbert, T. L., Underwood, J. E., Chambers, L. W., Ploeg, J., Johnson, N. A., & Isaacs, S. M. (1993). Population based health promotion: A new agenda for public health nurses. *Canadian Journal of public Health*, 84, 243-245.
- Heron, J., & Reason, P. (2001). The practice of co-operative inquiry: Research with rather than on people. In P. Reason, & Bradbury, H. (Ed.), *Handbook of action research: Participative inquiry and practice* (pp. 179-188). London: Sage.
- Jinks, A., Smith, M., & Ashdown-Lambert, J. (2003). The public health roles of health visitors and school nurses: a survey. *British Journal of Community Nursing*, 8(11), 496-501.
- King, P. M. (1994). Health promotion: the emerging frontier in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 209-218.
- Le Moigne, J.-L. (1990a). Le paradigme systémique : Concevoir l'objet du système général. In J.-L. Le Moigne (Ed.), *La théorie du système général : Théorie de la modélisation*. (pp. 46-62). Paris: PUF.
- Le Moigne, J.-L. (1990b). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Dunod.
- Maben, J., & Macleod Clark, J. (1995). Health promotion: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1158-1165.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2006). Loi du 1% en formation. Consulté le 10 mai, 2006, à l'adresse : <http://emploiquebec.net/francais/entreprises/loiformation/index.htm>
- Morgan, I. S., & Marsh, G. W. (1998). Historic and futur health promotion contexts for nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 379-383.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF.
- Nobble, C. (1991). Are nurses good patient educators? *Journal of Advanced Nursing*, 16(10), 1185-1189.

- O'Neill, M. (1997). Discours. Promotion de la santé : Enjeux pour l'an 2000. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(63-70).
- O'Neill, M., & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Quebec: Did it ever catch on? In A. Pederson, O'Neill, M., & Rootman, I. (Ed.), *Health promotion in Canada. Provincial, national and international perspectives* (pp. 262-283). Toronto: W.B. Saunders Canada.
- Parish, R., Powell, C., & Wilkes, E. (1991). Health promotion in nursing practice. *Nursing Standard*, 5(23), 37-40.
- Paul, D. (1997). Le point : La promotion de la santé. Pour un élargissement de notre perspective. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(1), 11-13.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Rafael, A. D. (1999). The politics of health promotion: Influences on public health promoting nursing practice in Ontario, Canada from Nightingale to the nineties. *Advances in Nursing Science*, 22(1), 23-39.
- Richard, L., Fortin, S., & Bérubé, F. (2004). Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes : Description et enjeux de la pratique infirmière en CLSC. *Santé publique*, 16, 273-285.
- Richard, L., Potvin, L., & Mansi, O. (1998). The ecological approach in health promotion programmes: The views of health promotion workers in Canada. *Health Education Journal*, 57, 160-173.
- Robinson, S., & Hill, Y. (1998). The health promoting nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 7(3), 232-238.
- Salazar, M. K., & Primomo, J. (1994). Taking the lead in environmental health. Defining a model for practice. *AAOHN*, 42(7), 317-324.
- Schoenfeld, B. M., & MacDonald, M. B. (2002). Saskatchewan public health nursing survey. Perceptions of roles and activities. *Revue canadienne de santé publique*, 93(452-456).
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : profils provinciaux*. Retrieved. from.
- Sourtzi, P., Nolan, P., & Andrews, R. (1996). Evaluation of health promotion activities in community nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1214-1223.

- Thomas, J., & Wainwright, P. (1996). Community nurses and health promotion: Ethical and political perspectives. *Nursing Ethics: An International Journal of Health Care Professionals*, 3(2), 97-107.
- Tripp, S. L., & Statchowiak, B. (1992). Health maintenance, health promotion: Is there a difference? *Public Health Nursing*, 9(3), 155-161.
- Trocino, L., Byers, J. F., & Peach, A. G. (1997). Nurses' attitudes toward patient and family education: Implications for clinical nurse. *Clinical nurse Specialist*, 11(2), 77-84.
- Uosukainen, L. M. (2001). Promotion of the good life by public health nurses. *Public Health Nursing*, 18(6), 375-384.
- Whitehead, D. (2001). A social cognitive model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 417-425.
- Whitehead, D. (2003a). The health promoting nurse as a health policy career and expert and entrepreneur. *Nurse Education Today*, 23(8), 585-592.
- Whitehead, D. (2003b). Incorporating socio-political health promotion activities in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 668-677.
- Whitehead, D. (2003c). Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms. Bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 796-805.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced nursing*, 47(3), 311-320.
- Woodcox, V., & Underwood, J. (1994). Public health nurses' quality of worklife: Responses to organizational changes. *Canadian Journal of Public Health*, 85, 185-187.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION DES DIRECTIONS ET PROGRAMMES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS

Secteur d'activités « Direction générale » (DG) :

- Direction :
 - Direction générale

Secteur d'activités « Enfance/Famille/Jeunesse » (EFJ) :

- Directions :
 - Enfance/Famille/Jeunesse/Adulte
 - Programme Enfance/Famille/Jeunesse, jeunes en difficulté, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
 - Programmes Famille/Enfance/Jeunesse
 - Services Famille/Enfance/Jeunesse
- Programmes :
 - Clientèle 0-5 ans
 - Clinique de vaccination, prénatal, postnatal, petite enfance (0-4 ans)
 - Enfance/Famille/Jeunesse
 - Jeunesse – Clinique des jeunes de la rue
 - Jeunesse – Interruption volontaire de grossesse : scolaire secondaire et collégial, clinique des jeunes de la rue, interruption volontaire de grossesse, jeunesse et adulte
 - Jeunesse – scolaire
 - Périnatalité et petite enfance
 - Périnatalité : clinique de vaccination, prénatal, postnatal, services intégrés, scolaire primaire et secondaire, adoption internationale, clinique des jeunes, proximité, dépistage infections transmissibles sexuellement et par le sang
 - Services scolaires

Secteur d'activités « Enseignement/Recherche » (E/R) :

- Directions :
 - Centre affilié universitaire
 - Centre de recherche et formation
 - Direction scientifique
 - Éthique
 - Mission universitaire, recherche, qualité et pratique multidisciplinaire
 - Planification, qualité, enseignement, recherche
 - Qualité des services et de la santé publique et direction administrative de l'enseignement et de la recherche
 - Qualité, innovation, pratiques professionnelles, enseignement et recherche
- Programmes :
 - Enseignement et recherche
 - Enseignement, recherche et soutien aux programmes
 - Qualité
 - Qualité des services
 - Qualité et innovation

Secteur d'activités « Personne âgées/Perte d'autonomie » (PA/PA) :

- Directions :
 - Perte d'autonomie liée au vieillissement, centre de jour et centre des aidants naturels
 - Programme perte d'autonomie liée au vieillissement et de la déficience physique
 - Programmes services à domicile
 - Services aux personnes en perte d'autonomie

- Programmes :
 - Aidants naturels
 - Centre de jour
 - Centre de jour et hôpital de jour
 - Centre de jour et perte d'autonomie liée au vieillissement
 - Garde associée
 - Perte d'autonomie liée au vieillissement
 - Psychogériatrie
 - Ressource intermédiaire
 - Services ambulatoires de psychogériatrie
 - Soins de longue durée et de fin de vie, post-opératoire, post-hospitalisation, réadaptation
 - Soins palliatifs
 - Soutien à domicile

Secteur d'activités « Santé publique » (SP) :

- Directions :
 - Planification et des réseaux
 - Prévention
 - Prévention, services en santé mentale, déficience intellectuelle et dépendances
 - Promotion de la santé, prévention et services communautaires
- Programmes :
 - Éthique et gestion des risques
 - Mesures d'urgence – sécurité civile
 - Prévention
 - Santé publique

Secteur d'activités « Services généraux » (SG) :

- Directions :
 - Programmes services courants – santé mentale – accueil – archives
 - Services généraux
 - Services généraux, services médicaux et programme de santé physique
- Programmes :
 - Adulte
 - Adulte – Interruption volontaire de grossesse
 - Centre de prélèvements
 - Groupes de médecine familiale
 - Info-Santé
 - Info-Santé (centrale)
 - Info-Santé, prélèvements, consultations en soins infirmiers avec et sans rendez-vous, utilisateur de drogues par injection, accueil – liaison, groupes de médecine familiale, santé mentale
 - Info-Santé, prélèvements, consultations sans rendez-vous et avec rendez-vous, groupes promotion de la santé et prévention
 - Services courants
 - Services infirmiers ambulatoires et Info-Santé
 - Services infirmiers ambulatoires, prélèvements et Info-Santé
 - Services psychosociaux
 - Soins infirmiers
 - Soins infirmiers généraux

Secteur d'activités « Services spécifiques » (SS) :

- Directions :
 - Programme régional d'accueil aux réfugiés
 - Programme santé mentale et dépendances
 - Services santé mentale, dépendance, déficience intellectuelle, déficience physique et troubles envahissants du développement
 - Services spécifiques
- Programmes :
 - Dépendances
 - Déficience intellectuelle
 - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 - Itinérance et VIH/sida
 - Projets spécifiques : Utilisateurs de drogues par injection, Sauna, Côté cour
 - Santé au travail
 - Santé et sécurité au travail
 - Santé mentale
 - Santé mentale, dépendance, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 - Service d'aide aux réfugiés immigrants du Montréal métropolitain
 - Urgence psychosociale – Justice et violence
 - Urgence psychosociale – Justice, violence et hommes violents
 - VIH/sida

Secteur d'activités « Soins infirmiers » (SI) :

- Directions :
 - Services infirmiers
 - Soins infirmiers

Secteur d'activités « Autre » (AU) :

- Direction :
 - Services généraux et des services Enfance/Famille/Jeunesse en difficulté
- Programme :
 - Maison des naissances

ANNEXE 2

RÉPARTITION DES CADRES SUPÉRIEURS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS ET PROFIL DE FORMATION ACADÉMIQUE CSSS _____						
DIRECTIONS	POSTES	NOMBRE	FORMATION ACADÉMIQUE			
			SOINS / SCIENCES INFIRMIÈRES			DOMAINE AUTRE
			DEC	BACC	MAÎTRISE	

ANNEXE 3

RÉPARTITION DES CADRES INTERMÉDIAIRES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS ET PROFIL DE FORMATION ACADÉMIQUE						
CSSS _____						
DIRECTIONS	PROGRAMMES	NOMBRE	FORMATION ACADÉMIQUE			
			SOINS / SCIENCES INFIRMIÈRES			DOMAINE AUTRE
			DEC	BACC	MAÎTRISE	

ANNEXE 4

CARACTÉRISTIQUES DES EFFECTIFS PROFESSIONNELS (INFIRMIÈRES ET AUTRES)									
CSSS									
Directions									
Programmes									
Nombre d'infirmières									
Ancienneté	Moyenne (ans)								
	Écart min. /max.								
Statut	TCP								
	TPP								
	TCT								
	TPT								
	TPO								
	ETC total								
Profil de formation en sciences infirmières	DEC								
	BACC								
	Maîtrise								
	Autre								
Nombre de professionnels autres qu'infirmiers	Nombre								
	ETC total								

ANNEXE 5

FORMATION CONTINUE (AUTRE QUE LA DSP)

CSSS : _____
 CLSC : _____
 PÉRIODE COUVERTE PAR LE TABLEAU : _____

NOM DE LA FORMATION	ORGANISME RESPONSABLE DE LA FORMATION	DURÉE DE LA FORMATION (HEURES)	PRÉSENCES INFIRMIÈRES				SECTEURS D'ACTIVITÉS								CLASSIFICATION			
			GESTIONNAIRES	INFIRMIÈRES	TOTAL	EFJ	PA/PA	E/R	SP	SG	SS	SI	AU	NE SAIT PAS	PROMOTION	PRÉVENTION	AUTRE	NE SAIT PAS

ANNEXE 6

FORMATION CONTINUE (DSP)

CLSC																
DATE DE LA FORMATION																
TITRE DE LA FORMATION																
PERSONNE RESPONSABLE																
OBJECTIFS DE FORMATION																
CONTENU DE LA FORMATION																
TYPE DE FORMATION																
DURÉE DE LA FORMATION																
PRÉSENCES INFERMIÈRES																
SECTEURS D'ACTIVITÉS (PROGRAMME)																

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	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	5\$	
	978-2-89494-612-1 (version imprimée) Numéro d'ISBN		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville		Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la
Direction de santé publique de Montréal

Veuillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514-528-2400, poste 3646

