

Les
Cahiers
du
CRÉGÉS

Pour une gérontologie sociale du XXI^e siècle

Numéro 2017, vol. 1

Baptiste Fournier
Kareen Nour
Manon Parisien

Une démarche intégrée
de co-construction d'outils
d'intervention en promotion
de la santé des aînés



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal

Québec



La collection **Les cahiers du CREGÉS** a pour thème général la gérontologie sociale et vise à diffuser:

- des communications en congrès scientifiques;
- des versions préliminaires d'articles;
- des recensions des écrits;
- des rapports de recherche, etc.

Les textes qui y sont présentés sont l'œuvre des membres chercheurs, étudiants ou praticiens du Centre de recherche en gérontologie sociale (CREGÉS). Ces cahiers ont pour objectif d'encourager et de soutenir les membres du CREGÉS dans la création et le partage de savoirs de même que de diffuser rapidement les résultats de recherche. Ainsi, un cahier de recherche se construit au fur et à mesure que des documents intéressants sont présentés au comité de rédaction, ces documents réunis, ils constituent alors un cahier de recherche qui sera publié dans les plus brefs délais.

N'hésitez pas à utiliser **Les cahiers du CREGÉS** pour partager vos résultats récents et assurer la diffusion de vos publications.

Pour plus d'informations, visitez notre site Internet
www.creges.ca

Une démarche intégrée de co-construction d'outils d'intervention en promotion de la santé des aînés

Baptiste Fournier, M. Sc.

Doctorant en Sciences de l'activité physique, Université de Montréal
Membre étudiant au CREGÉS

Kareen Nour, Ph. D.

Chercheure, Direction de santé publique de la Montérégie
Chercheure gouvernementale au CREGÉS

Manon Parisien, M. Sc.

Praticienne-chercheure au CREGÉS

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
ORIGINES THÉORIQUES DE LA DÉMARCHE.....	2
Le développement.....	3
L'évaluation.....	3
Le transfert.....	4
UNE DÉMARCHE DE CO-CONSTRUCTION.....	4
Au cœur de la démarche : la collaboration.....	5
Phase 1 : Définir le projet.....	6
Phase 2 : Conceptualiser.....	6
Phase 3 : Créer et valider les outils de l'intervention.....	7
Phase 4 : Mettre l'intervention à l'essai.....	8
Phase 5 : Déployer l'intervention.....	9
Phase 6 : Consolider l'intervention.....	10
DISCUSSION: BÉNÉFICES ET DÉFIS DE LA DÉMARCHE.....	10
Les bénéfices de cette démarche.....	10
Les défis de la démarche.....	11
CONCLUSION.....	12
REMERCIEMENTS.....	12
RÉFÉRENCES.....	13

INTRODUCTION

Depuis quelques années, il apparaît de plus en plus important que les interventions en promotion de la santé soient élaborées par une approche collaborative, réunissant autour d'une même table chercheurs, praticiens et représentants de la population cible (Minkler et Wallerstein, 2011; Wallerstein et Duran, 2010). C'est dans cet esprit qu'une équipe du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), situé au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Québec, Canada), a entrepris une réflexion visant à proposer une démarche intégrative pour la co-construction d'outils d'interventions en promotion de la santé. Cette démarche fait intervenir différentes parties prenantes (praticiens, chercheurs, étudiants et partenaires) de façon continue et s'inspire de plusieurs cadres de référence reconnus en santé publique. Elle marie les connaissances issues de la littérature scientifique, de l'expérience « terrain » et des partenariats avec les différents milieux. Cette équipe du CREGÉS développe des interventions innovantes, les évalue et les transfère dans différents milieux de pratique. À ce jour, plusieurs interventions ont vu le jour sur des thématiques telles que : l'autogestion de l'arthrite (Laforest et al., 2008) ; la promotion de la vitalité cognitive (Parisien et al., 2016) ; la marche avec bâtons pour les aînés (Parisien, Delichy, Demoulins et Laforest, 2012) ou encore la cohabitation intergénérationnelle dans les transports publics (Lorthios-Guillement, Nour, Parisien et Dupont, 2014). Ces interventions, tantôt destinées au milieu communautaire ou au réseau de la santé, sont dispensées par des professionnels ou encore par des pairs. Pour cette équipe de recherche, l'élaboration d'une intervention peut avoir comme origine : un besoin exprimé par un partenaire des milieux cliniques ou communautaires, la proposition d'un chercheur associé au centre de recherche ou encore l'analyse des besoins de la population. Par ailleurs, la priorisation des projets est faite selon une analyse des opportunités, en favorisant les projets pour lesquels les conjonctures sont favorables et dont les partenaires potentiels sont aisément mobilisables.

Le but de l'article est de présenter la démarche de l'équipe du CREGÉS pour développer, évaluer et transférer des interventions innovantes en promotion de la santé des aînés. D'abord, les origines théoriques de la démarche ainsi que ses liens avec des cadres de référence seront exposés. Puis, les principales étapes de la démarche seront présentées. Finalement, les bénéfices et les défis de la démarche seront discutés.

ORIGINES THÉORIQUES DE LA DÉMARCHE

Pour développer des interventions innovantes en promotion de la santé des aînés, l'équipe du CREGÉS s'inspire de cadres de référence reconnus dans les domaines du développement, de l'évaluation et du transfert de connaissances.

Le développement

L'équipe de recherche du CREGÉS s'est investie, avec ses partenaires, à développer des interventions visant principalement l'éducation à la santé, le renforcement des compétences individuelles ou encore le soutien du milieu communautaire. Pour cela, le modèle de planification d'interventions en promotion de la santé « Precede-Proceed » de Green et Kreuter (2005) a inspiré l'équipe de recherche, car il propose un ordonnancement d'étapes rigoureuses allant de l'analyse de la situation à la mise en œuvre des interventions. Il s'agit du modèle de planification le plus souvent utilisé au Québec (Beaudry et Hamelin, 2004, révisé 2006). Son principal point fort est qu'il mène à des interventions fondées sur une analyse rigoureuse et écologique du problème et des besoins de la population cible qui pousse à considérer tant les déterminants sociaux, comportementaux qu'environnementaux de la santé (Gielen, McDonald, Gary et Bone, 2008). Un principe fondamental du modèle est la participation de la population cible qui définit, par elle-même, ses problèmes les plus prioritaires et qui a également un rôle dans la planification et l'implantation des solutions (Glanz, Rimer et U.S. National Cancer Institute, 2005). Un autre avantage est qu'il intègre la dimension d'évaluation à la démarche de planification. Dans ce modèle, l'évaluation porte sur la mise en œuvre, le processus, les résultats et l'impact de l'intervention (Gielen et al., 2008). Par contre, des auteurs ont soulevé certaines limites au modèle Precede-Proceed notamment le peu d'accent sur les méthodes d'intervention et de développement d'outils (Gielen et al., 2008).

Pour développer les outils d'intervention, l'équipe du CREGÉS est guidée par les recommandations d'experts en lien avec la production de guides de pratiques, destinés aux intervenants ou aux bénévoles (pairs éducateurs). Tel que recommandé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015), ces guides rassemblent des consignes et le matériel nécessaires pour offrir l'intervention (ex. : manuel d'animation), pour l'implanter (ex. : matériel de promotion de l'intervention, grilles de sélection des participants) et pour faire le suivi des participants de l'intervention (ex. : questionnaires de satisfaction). Ces mêmes auteurs identifient d'ailleurs ces étapes pour développer des guides de pratique : 1) la décision de produire un guide, 2) la collecte et l'analyse des données, 3) la finalisation et l'implantation et 4) l'élaboration des recommandations. L'équipe s'inspire donc de ces étapes.

L'évaluation

L'équipe de recherche du CREGÉS favorise une évaluation de type pragmatique et participatif de l'intervention et de ses outils, guidée par la théorie de l'intervention et non par des paradigmes épistémologiques rigides. Trois raisons justifient le recours à une approche participative d'évaluation. D'un point de vue pragmatique, elle peut accroître les chances de réussite du processus et maximiser l'utilisation des résultats. D'un point de vue politique, elle a pour soucis démocratiques la participation citoyenne et l'émancipation des valeurs promues

par l'équipe de recherche. Finalement d'un point de vue épistémologique, elle conçoit qu'il n'existe pas de réalité unique et que la pluralité des points de vue est essentielle (Weaver et Cousins, 2007). Dans une telle posture, les plans d'évaluation s'articulent en une structure guidée par l'intervention elle-même, il y a donc autant de plans d'évaluation qu'il y a d'interventions et d'outils (Chen, 2005). L'équipe a retenu des notions d'évaluation de programmes de Ridde et Dagenais (2012) puisque pour elle, l'objet d'évaluation peut être une composante de l'intervention ou encore la relation entre ses composantes. L'évaluation peut donc porter sur 1) les besoins; 2) la pertinence; 3) les processus; 4) l'efficacité; 5) l'impact et 6) l'efficience (rendement).

Le transfert

Pour un centre de recherche, le transfert vise à rendre disponibles les connaissances issues de la recherche aux différentes parties prenantes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Cette translation dans les pratiques pose souvent un défi. C'est pourquoi de plus en plus, le processus de transfert est vu sous un angle dynamique où l'on observe une interaction entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Ainsi, plutôt que d'être de simples *récepteurs* d'interventions, les différents acteurs sont plutôt considérés comme *co-constructeurs* des pratiques et des savoirs. Ces étapes mises de l'avant par Lemire, Souffez, et Laurendeau (2009) pour mener un processus de transfert ont inspiré l'équipe de recherche du CREGÉS dans les dimensions de transfert à inclure à son modèle: 1) production des connaissances; 2) adaptation des connaissances pour les publics visés; 3) diffusion du produit de connaissances; 4) réception des connaissances par les utilisateurs; 5) adoption des nouvelles connaissances; 6) appropriation des connaissances dans son bagage de compétences et 7) utilisation des connaissances.

UNE DÉMARCHE DE CO-CONSTRUCTION

Afin de poursuivre son mandat de catalyseur d'interventions innovantes en promotion de la santé des aînés, l'équipe de recherche du CREGÉS a adopté une démarche collaborative dont les phases sont illustrées dans la figure 1. Les prochaines sections en exposent les principales activités.

Figure 1. Démarche intégrée de co-construction pour des outils d'interventions en promotion de la santé

	PHASE 1 Définir	PHASE 2 Conceptualiser	PHASE 3 Créer et valider	PHASE 4 Mettre à l'essai	PHASE 5 Déployer	PHASE 6 Consolider
DÉVELOPPER	Préciser le contexte	Recenser les meilleures pratiques	Créer une version préliminaire des outils	Réviser les outils d'intervention	Produire les outils complémentaires	Réviser les outils périodiquement
ÉVALUER	Analyser la problématique et les besoins	Bâtir le modèle logique et vérifier sa validité théorique	Vérifier la validité de contenu	Mettre à l'essai pour vérifier la faisabilité et la satisfaction	Étudier les effets et l'implantation	Suivre la pérennisation
TRANSFÉRER	Sensibiliser les milieux à la problématique	Partager les pratiques	Adapter aux différents points de vue	Ajuster aux réalités pragmatiques	Soutenir l'appropriation	Favoriser l'utilisation continue

Au cœur de la démarche : la collaboration

La prémisse de base est qu'une intervention implique un ensemble complexe d'interactions indissociables de ses acteurs et de son contexte (Baron et Monnier, 2003). Dès lors, en début de projet, une équipe de pilotage est formée, composée de professionnels en promotion de la santé, d'un chercheur associé et souvent d'un étudiant de cycle supérieur. Cette équipe joue un rôle directeur pour chaque étape du projet et assure le suivi opérationnel, notamment : préciser les grandes orientations du projet à l'aide des collaborateurs ; contrôler le calendrier et le budget ; vérifier la qualité des activités et assurer la communication entre les collaborateurs (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux, 2010). La complexité des problèmes de santé et de qualité de vie faisant appel à plusieurs champs de compétences (Renaud et Lafontaine, 2011), l'équipe de pilotage interagit avec un comité consultatif. Ce comité est formé de représentants de divers secteurs d'activités qui possèdent des mandats complémentaires (Renaud et Lafontaine, 2011). Habituellement, on y retrouve : des utilisateurs anticipés des outils d'intervention (ex. : professionnels, bénévoles) ; des responsables de l'implantation de l'intervention (ex. : gestionnaires d'organismes communautaires ou du réseau de la santé) ; des experts de contenu (ex. : chercheurs,

responsables d'associations en lien avec la problématique) et des personnes âgées qui représentent la population cible.

Phase 1 : Définir le projet

Au terme de cette phase, l'équipe de pilotage devrait avoir formé le comité consultatif du projet, avoir analysé la problématique et les besoins et précisé le contexte de l'intervention qui sera développée.

Développer : Dès l'origine du projet, l'équipe de pilotage s'applique à identifier les facteurs organisationnels et contextuels en cause afin de préciser les éléments d'implantation de l'intervention qui sera développée. Le périmètre du projet est ainsi cerné, incluant le type d'organisation qui portera l'intervention, le segment de la population qui sera visé, le contexte dans lequel sera offerte l'intervention et le type d'intervenant qui dispensera l'intervention. Une fois ces éléments définis, les étapes du projet sont planifiées sur un calendrier qui peut s'échelonner de quelques mois à plusieurs années. Ceci prend habituellement la forme d'un diagramme de Gantt qui identifie les étapes et les activités du projet, les dates butoirs, les livrables et les personnes responsables (Maylor, 2001).

Évaluer : L'analyse des besoins consiste notamment à examiner les données populationnelles et à identifier, dans les écrits scientifiques et les rapports gouvernementaux, l'ampleur du problème, ses déterminants, ses conséquences, ses facteurs de risque et de « protection ». Former un comité consultatif permet aussi de recueillir l'opinion de parties prenantes sur la problématique et leurs attentes à l'égard de l'intervention à développer. Aussi, dès cette étape, les chercheurs de l'équipe explorent si une question de recherche évaluative ou fondamentale peut émerger du projet.

Transférer : Une des premières tâches de l'équipe de pilotage est d'identifier les parties prenantes, c'est-à-dire les personnes et organisations ayant un intérêt dans la thématique et susceptibles d'influencer le projet (Apfel, 2008). Le comité consultatif sera mis à contribution à toutes les étapes du projet. Les échanges avec plusieurs acteurs potentiels contribuent à les sensibiliser au sujet du projet préliminaire et de la problématique d'intérêt, ce qui constitue la première étape d'une éventuelle démarche de transfert.

Phase 2 : Conceptualiser

Au terme de cette phase, l'équipe de pilotage devrait avoir identifié les données probantes, documenté les interventions inspirantes et produit le modèle logique de l'intervention.

Développer : Une fois la thématique bien cernée, l'équipe de pilotage réalise une recension des écrits afin d'identifier les meilleures pratiques. Une grille de recension est utilisée pour systématiser la méthode d'analyse des écrits, parfois sous forme d'une question PICO

(Problème, Intervention, Comparateur, Outcome). Par exemple, les programmes multifactoriels sur la cognition contribuent-ils à maintenir la vitalité cognitive des aînés comparés à aucune intervention ? Des recensions satellites sont aussi réalisées de même que la consultation de la littérature grise. Ces recensions permettent de tirer une liste d'*ingrédients essentiels* à inclure dans l'intervention, par exemple les approches innovantes à privilégier, les aspects de la problématique à considérer, le format d'intervention à favoriser (ex. : fréquence, durée).

Évaluer : L'équipe de pilotage bâtit le modèle logique de l'intervention. Un modèle logique illustre les théories du changement qui sous-tendent l'intervention, notamment le lien entre, d'une part, les activités proposées et d'autre part, les objectifs énoncés pour l'intervention (Frechtling, 2007). Les experts du comité consultatif sont mis à profit afin de se prononcer sur la justesse de ces liens. Il s'agit alors d'une validation théorique (Champagne, 2005). Le modèle logique servira de charpente pour greffer chacun des éléments de l'intervention. De plus, advenant que le projet débouche sur une recherche évaluative, il permettra d'identifier les cibles d'évaluation de l'intervention.

Transférer : Les membres du comité consultatif et d'autres acteurs (principalement des praticiens) sont mis à profit pour documenter les pratiques actuelles, pour repérer les interventions prometteuses et pour dépeindre le continuum d'interventions dans ce domaine. Les interventions repérées sont analysées en fonction des *ingrédients essentiels* dégagés lors de la recension des écrits, ceci dans une sorte de confrontation des savoirs émergents de la pratique aux savoirs théoriques. Ces réflexions s'effectuent par le biais de partages bidirectionnels avec les praticiens, créant un espace propice à la pratique réflexive qui peut mener à l'ouverture vers de nouvelles pratiques (Guerraud, 2006; Profetto-McGrath, 2005).

Phase 3 : Créer et valider les outils de l'intervention

Au terme de cette phase, l'équipe de pilotage devrait avoir produit une version préliminaire des outils d'intervention, tenant compte des commentaires issus de la validation par le comité consultatif.

Développer : Les phases précédentes ayant permis de jeter les bases de l'intervention, il s'agit alors d'esquisser une version préliminaire des outils qui serviront de véhicule pour l'intervention innovante. Ces outils prennent souvent la forme de guides pour des praticiens, accompagnés de matériel scriptovisuel destiné aux aînés. Considérant les défis liés à l'utilisation de matériel écrit auprès d'aînés, un soin particulier est apporté pour optimiser la lisibilité des documents (Agence de santé publique du Canada, 2010). En ce qui concerne les outils destinés aux praticiens, les critères poursuivis sont : la polyvalence (adaptable à plusieurs contextes et clientèles), la convivialité (facile d'utilisation) et l'accessibilité (faible coût de production)

(Francke, Smit, de Veer et Mistiaen, 2008; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012).

Évaluer : Une fois la version préliminaire des outils développée, l'équipe de pilotage envoie un exemplaire à chaque membre du comité consultatif. Ces derniers font alors une première validation du contenu. Ils annotent leurs commentaires directement sur les documents et répondent à un questionnaire. Une fois que chacun a transmis sa validation, un suivi est réalisé auprès du comité consultatif sous forme de groupe de discussion ou de consultations individuelles. Cette validation vise principalement à vérifier la pertinence de chacune des activités de l'intervention, donc à évaluer la validité de contenu.

Transférer : À cette étape, les membres du comité consultatif sont invités à suggérer des amendements concrets aux activités de l'intervention, tant en ce qui concerne leur contenu que leur format. Ainsi, afin d'adapter l'intervention innovante en fonction d'une pluralité de points de vue, il est important d'avoir recours à un comité consultatif composé non seulement d'experts de contenu, mais aussi de futurs utilisateurs et de représentants de la population cible.

Phase 4 : Mettre l'intervention à l'essai

Au terme de cette phase, l'équipe de pilotage pourra éditer la version finale des outils d'intervention qui est ajustée en fonction des résultats d'une application par un nombre restreint d'utilisateurs.

Développer : Pendant cette phase, plusieurs versions des outils d'intervention seront produites, chacune révisée en fonction des expérimentations successives de l'intervention dans des milieux de pratique. S'enclenchent alors les activités liées à l'édition finale des outils en version transférable, telles que la mise en forme, le graphisme, la traduction, l'impression et la mise en ligne.

Évaluer : Une mise à l'essai de l'intervention auprès de la clientèle cible est organisée dans quelques milieux de pratique. Habituellement, l'offre de l'intervention est d'abord assurée par un des membres de l'équipe de pilotage puis confiée aux intervenants d'organismes partenaires. Cette expérimentation pilote vise à vérifier l'applicabilité de l'intervention (validation pragmatique) dans son milieu naturel d'implantation et d'explorer la réponse des utilisateurs et de la population cible. Afin d'optimiser la généralisation potentielle de l'intervention, la mise à l'essai est réalisée dans une variété de contextes. Plusieurs informations sont colligées pour cette évaluation formative : satisfaction des utilisateurs, bénéfices perçus par les participants âgés, taux de participation, déroulement des activités (ex. : durée réelle), etc. Aussi, les chercheurs profitent souvent de cette étape pour tester

l'applicabilité et l'utilité de certains outils d'évaluation qui pourraient être utilisés dans le cadre d'une recherche évaluative sur l'intervention éventuellement réalisée subséquemment.

Transférer : La mise à l'essai implique l'adoption de l'intervention innovante par un nombre restreint d'utilisateurs. Par cette expérimentation, ces derniers pourront apprécier le format des outils, leur praticabilité, ils seront à même de constater la réaction de la population cible et de témoigner des aménagements qu'ils ont faits afin d'intégrer l'intervention novatrice dans leur pratique. La mise à l'essai mènera donc aux derniers ajustements de l'intervention innovante.

Phase 5 : Déployer l'intervention

Au terme de cette phase, l'équipe de pilotage devrait avoir produit un plan de transfert pour diffuser l'intervention à un nombre élargi d'utilisateurs. Une recherche évaluative peut aussi avoir lieu.
--

Développer : La mise à l'essai ayant permis de finaliser les outils d'intervention, ces derniers sont prêts à être diffusés largement. Le plan de partage des connaissances (voir plus bas) mène à la production de livrables additionnels, notamment des outils pour faire la promotion de l'intervention auprès d'utilisateurs potentiels (ex. : dépliants, courts articles, pages Internet).

Évaluer : Après le lancement officiel de l'intervention, l'équipe de pilotage met en place des mesures qui permettront de suivre l'implantation dans son contexte naturel. Par exemple, des suivis auprès des personnes qui se procurent les outils serviront à documenter : les types de milieux qui adoptent l'intervention, les adaptations réalisées aux outils, les clientèles rejointes et la satisfaction des utilisateurs. À cette étape, il arrive que les chercheurs associés au projet optent pour une recherche évaluative sur l'intervention. Contrairement aux autres activités d'évaluation réalisées jusqu'alors, le but n'est plus de parfaire l'intervention, mais bien de porter un jugement sur son efficacité et sur ses processus. Le financement externe est alors nécessaire pour cette recherche qui prend souvent la forme d'étude longitudinale avec un devis quasi expérimental. Les partenaires qui ont participé au développement de l'intervention sont alors invités à collaborer activement à la recherche.

Transférer : L'équipe de pilotage développe et met en œuvre un plan de transfert visant à diffuser l'intervention largement. Le but visé étant qu'un maximum de praticiens intègre l'intervention dans leur bagage de connaissances, d'expertises et de savoir-faire. Parmi les stratégies de soutien à l'implantation les plus utilisées, notons : offrir des formations dans les milieux de pratique, organiser du pairage de praticiens expérimentés avec des praticiens néophytes à l'égard de l'intervention, offrir du soutien-conseil et former des agents multiplicateurs.

Phase 6 : Consolider l'intervention

De façon périodique, l'équipe de pilotage procède à la révision des outils en fonction de l'évolution des pratiques et des connaissances.

Développer : Pendant les années qui suivent le déploiement, les responsables de l'intervention doivent s'assurer de réviser régulièrement les outils en fonction des nouvelles connaissances et de l'évolution des pratiques. Pour ce faire, ils documentent les ajouts et les modifications réalisés par les utilisateurs.

Évaluer : Alors que les outils d'intervention sont utilisés par des praticiens de divers milieux, un suivi peut être réalisé afin de faire ressortir les leviers et les barrières à la pérennisation de l'intervention. Ceci peut impliquer une collecte sous forme de sondage en ligne ou des rencontres de discussion focalisée auprès de praticiens et de gestionnaires.

Transférer : L'utilisation continue de l'intervention par les praticiens mène ces derniers à ajuster les outils en fonction de la pluralité des populations rejointes et des contextes. Le partage de ces adaptations peut inspirer la bonification de l'intervention et la production d'outils dérivés (ex. : forme courte de l'intervention, version adaptée pour un sous-groupe de population cible). Des mécanismes de communication à doubles voies sont aussi utiles pour faciliter les échanges entre les utilisateurs (ex. : communauté de pratique en ligne).

DISCUSSION: BÉNÉFICES ET DÉFIS DE LA DÉMARCHE

À l'heure actuelle, l'équipe du CREGÉS a utilisé la démarche intégrée de co-construction pour développer diverses interventions. Il est donc possible de porter un certain regard critique sur ses bénéfices et sur les défis qu'elle soulève.

Les bénéfices de cette démarche

La principale force de la démarche est qu'elle intègre, dans un même processus continu, trois dimensions importantes de la construction d'interventions soit : le développement, l'évaluation et le transfert. Cela est pertinent puisqu'elles se nourrissent mutuellement et qu'elles font intervenir des ressources similaires. Par exemple, lors de la phase 1, les consultations pour identifier les besoins et analyser les contextes (évaluation) contribuent à soulever l'intérêt des milieux de pratique envers la thématique d'intérêt ce qui pourrait déjà préparer le transfert de l'intervention en fin de projet.

Une autre force importante est qu'au-delà d'une simple collaboration, la démarche se veut une de co-construction axée sur la conciliation de points de vue pluralistes des acteurs impliqués (Baron et Monnier, 2003; Institut national de santé publique du Québec, 2013). Les stratégies de consultation et d'échange proposées dans les différentes phases amènent un partage des savoirs qui développe une vision commune du projet servant à éclairer le développement de

solutions créatives et innovantes (Institut national de santé publique du Québec, 2013). Pour ce faire, les membres du comité de pilotage doivent miser sur des compétences d'animateurs afin de pouvoir rassembler les différents savoirs scientifiques, pratiques et expérientiels des parties prenantes (Jabot et Bauchet, 2009). Une telle approche participative est considérée comme un gage d'une utilisation accrue des résultats de l'évaluation et l'amélioration de la qualité des pratiques (Bilodeau, Allard, Gendron et Potvin, 2006) surtout si les différentes parties prenantes sont impliquées dès le début du projet et à toutes les phases du processus. Cette implication des acteurs permet un ajustement constant de l'intervention et optimise les chances qu'elle soit pertinente, valide et faisable. Certaines interventions développées par l'équipe du CREGÉS connaissent d'ailleurs une application étendue dans tout le Québec, dans d'autres provinces canadiennes et au sein de certains pays d'Europe (Parisien et al., 2016).

Finalement, il convient de soulever le caractère flexible de la démarche. Tout comme Pluye, Potvin, et Denis (2004) qui proposent un modèle conceptuel composé de sous-processus dits concomitants et interdépendants, la démarche de l'équipe du CREGÉS est fondamentalement itérative et ne doit pas être considérée comme un processus cyclique ou linéaire. Ainsi, de fréquents allers-retours entre les différentes phases sont monnaie courante. Prenons l'exemple d'un récent projet qui consistait à développer une intervention destinée à promouvoir la participation communautaire des aînés vivant avec des problèmes de santé mentale. Alors que la mise à l'essai de l'intervention se préparait (phase 4), le comité de pilotage a senti le besoin de mieux documenter la perspective de la population cible au sujet des forces et ressources qui favorisent leur participation sociale (étude de besoins de la phase 1). Des entretiens qualitatifs ont donc été menés auprès d'aînés (Parisien et al., 2017). Comme le rappellent Bilodeau et al., une telle approche nécessite donc une bonne tolérance à l'incertitude de la part des membres de l'équipe de pilotage, car ils doivent laisser place à la créativité des parties prenantes, aux réalités mouvantes des contextes, et aux aléas du processus de collaboration (Bilodeau, Chamberland et White, 2002).

Les défis de la démarche

Nonobstant les avantages identifiés précédemment, cette démarche de co-construction n'est pas sans défis. Le premier est en lien avec la collaboration qui est au cœur du processus, car concilier les pluralités peut, à un certain point, soulever le défi du langage commun (Payette, 2001). En effet, plus il y a d'acteurs impliqués, plus il y a des savoirs et de pratiques, plus il y a des langages différents et plus d'une finalité pour l'élaboration d'une intervention. Adopter une approche démocratique de développement de pratiques exige parfois de concilier des perspectives et des opinions divergentes. Par exemple, il n'est pas rare que la validation et la mise à l'essai débouchent sur des recommandations contradictoires de la part des différents membres du comité consultatif (par ex. : certains recommandent d'augmenter le nombre de rencontres d'un atelier tandis que d'autres suggèrent plutôt de le diminuer). L'équipe de

pilotage se doit donc de faire preuve de leadership pour assurer la cohérence de l'intervention en fonction de son modèle logique et des modèles théoriques ainsi que de la littérature qui le sous-tend. Par contre, elle doit aussi user de flexibilité et d'ouverture afin de produire une intervention attrayante et pouvant convenir à des réalités multiples (ex. : proposer des variantes créatives à l'intervention inspirées des différentes suggestions recueillies).

Un autre défi majeur de cette démarche est qu'elle nécessite passablement de ressources humaines et temporelles. Le même constat a d'ailleurs été fait au sujet de modèles de planification en promotion de la santé tel que le modèle Preceed-Procede (Gielen et al., 2008) ou encore d'approches participatives d'évaluation (Baron et Monnier, 2003). En effet, les diverses phases proposées comprennent de multiples étapes et de nombreux livrables sont à produire que ce soit pour l'intervention ou pour la gestion du projet (ex. : diagramme de Gantt, listes de collaborateurs). Aussi, rassembler plusieurs acteurs implique de concilier des agendas, de gérer des rencontres, de libérer des intervenants, ce qui peut aussi devenir chronophage. À ce sujet, des modes de communication à distance, des systèmes de partage de fichiers, un calendrier de réalisation étendu dans le temps et des attentes réalistes à l'égard des collaborateurs sont quelques-unes des stratégies employées par l'équipe du CREGÉS.

CONCLUSION

La démarche de co-construction de l'équipe du CREGÉS a mené à la production d'interventions innovantes, pertinentes et valides, qui se sont avérées bien adaptées aux différents milieux de pratique. En effet, puisque le processus implique une active participation de parties prenantes à chaque étape, le transfert des interventions auprès des futurs utilisateurs en est grandement facilité. Par ailleurs, l'évaluation continue permet d'ajuster les interventions aux contextes et de les peaufiner à la lumière des meilleures pratiques. Bien que cette démarche soulève certains défis, il semble pertinent de déployer les ressources humaines et temporelles qui y sont nécessaires et qui assureront la rigueur des interventions innovantes en matière de promotion de la santé et optimiseront leurs chances de pérennisation.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Norma Gilbert et Danielle Guay pour leur soutien ainsi que tous les partenaires qui ont collaboré aux divers projets menés par l'équipe. Ils souhaitent également exprimer leur reconnaissance à Sophie Laforest, Ph. D., pour son incommensurable apport.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2010). *Pour bien communiquer avec les aînés. Faits, conseils et idées*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/various-varies/afcomm-commavecaines/AFComm-Commavecaines-fra.pdf>
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux. (2010). *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles*. Repéré à http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=429
- Apfel, F. J. (2008). *Promoting health : Advocacy guide for health professionals*. Repéré à <http://www.comminit.com/global/content/promoting-health-advocacy-guide-health-professionals>
- Baron, G. et Monnier, E. (2003). Une approche pluraliste et participative : coproduire l'évaluation avec la société civiles. *Informations sociales*, 110, 120-129.
- Beaudry, M. et Hamelin, A.-M. (2004, révisé 2006). Introduction à la partie «PRECEDE» du modèle «PRECEDE-PROCEED» pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé - son application en nutrition publique. *Cahier de nutrition publique*, 3, 1-61.
- Bilodeau, A., Allard, D., Gendron, S. et Potvin, L. (2006). Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(3), 257-282.
- Bilodeau, A., Chamberland, C. et White, D. (2002). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(2), 59-88.
- Champagne, F. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Résumé du rapport technique*. Repéré à <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n05-02.pdf>
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. E. et Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals : A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>
- Frechtling, J. A. (2007). *Logic modeling methods in program evaluation* (1 éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gielen, A. C., McDonald, E. M., Gary, T. L. et Bone, L. R. (2008). Using the PRECEDE-PROCEED model to apply health behavior theories, *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4 éd., p. 407-429). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K. et U.S. National Cancer Institute. (2005). *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*. Repéré à <https://www.sbccimplementationkits.org/demandrnmnch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion-Practice.pdf>
- Green, L. W. et Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4 éd.). New York: McGraw-Hill.
- Guerraud, S. (2006). *La pratique réflexive : un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*. (Mémoire), École Nationale de la Santé Publique (ENSP), Rennes, France. Repéré à <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/guerraud.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). *Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux - Position du Comité sur les guides de pratique en services sociaux de l'INESSS, document rédigé par Sylvie Beauchamp et Jean-Pierre*

- Duplantie avec la collaboration de Jean-Marie Moutquin, Pierre Dagelais et Céline Mercier (pp. 1-72). Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Guide_pratique/GuidePratique_ServicesSociaux.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Document rédigé par Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau, Carmen Dionne, Jean-Pierre Duplantie*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2013). *Connaître et mobiliser pour mieux intervenir : évaluation de la démarche de caractérisation des communautés locales de la région de Chaudière-Appalaches*. Montréal: Auteur.
- Jabot, F. et Bauchet, M. (2009). Glossaire. Dans V. Ridde et C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Laforest, S., Nour, K., Parisien, M., Poirier, M.-C., Gignac, M. et Lankoande, H. (2008). "I'm taking charge of my arthritis" : Designing a targeted self-management program for frail seniors. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(4), 45-66. <https://doi.org/10.1080/02703180801963816>
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-un-processus-de-transfert-des-connaissances>
- Lorthios-Guilledroit, A., Nour, K., Parisien, M. et Dupont, S. (2014). Intersectoral co-construction of a community-based workshop for respectful sharing of public transportation. *Journal of Community Practice*, 22(1-2), 82-101. <https://doi.org/10.1080/10705422.2014.901266>
- Maylor, H. (2001). Beyond the Gantt chart: Project management moving on. *European Management Journal*, 19(1), 92-100. [https://doi.org/10.1016/S0263-2373\(00\)00074-8](https://doi.org/10.1016/S0263-2373(00)00074-8)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères* (pp. 38). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-853-01.pdf>
- Minkler, M. et Wallerstein, N. (2011). *Community-based participatory research for health : From process to outcomes* (2 éd.). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Parisien, M., Delichy, M.-E., Demoulins, P. et Laforest, S. (2012). La marche avec bâtons, une stratégie prometteuse pour promouvoir le vieillissement actif ? *Vie et vieillissement*, 10(2), 34-40.
- Parisien, M., Lorthios-Guilledroit, A., Bier, N., Gilbert, N., Nour, K., Guay, D., . . . Laforest, S. (2016). Design and implementation of a community program to promote cognitive vitality among seniors. *American Journal of Health Education*, 47(2), 71-84. <https://doi.org/10.1080/19325037.2015.1133338>
- Parisien, M., Nour, K., Belley, A. M., Aubin, G., Billette, V. et Dallaire, B. (2017). Participe-présent : co-construction d'un programme visant la participation communautaire d'aînés qui vivent avec des difficultés psychosociales. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 183-204. <https://doi.org/10.7202/1040250ar>
- Payette, M. (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*, 5(1), 19-36.
- Pluye, P., Potvin, L. et Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- Profetto-McGrath, J. (2005). Critical thinking and evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 364-371. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.002>

- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique. Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Repéré à http://www.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Wallerstein, N. et Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health, 100*(S1), S40-S46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>
- Weaver, L. et Cousins, J. B. (2007). Unpacking the participatory process. *Journal of Multidisciplinary Evaluation, 1*(1), 19-40.



CIUSSS du Centre-Ouest-de-Île-de-Montréal
Site CLSC René-Cassin
5800, Boul. Cavendish
Montréal (Qc) H4W 2T5
Tél.: 514-484-7878 poste 1563 | Téléc.: 514-485-1612
www.creges.ca | creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca