

Pour une communauté francophone en bonne santé : une étude de cas dans une communauté francophone en situation minoritaire

Evelyn Kennedy and Corrine McIsaac

Volume 39, Number 1-2, 2008

Discipline infirmière : enjeux, défis et innovations

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/039851ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/039851ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de l'Université de Moncton

ISSN

0316-6368 (print)

1712-2139 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Kennedy, E. & McIsaac, C. (2008). Pour une communauté francophone en bonne santé : une étude de cas dans une communauté francophone en situation minoritaire. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 297–309. <https://doi.org/10.7202/039851ar>

Article abstract

The rural community of Cheticamp and surrounding area was chosen as the site of a Francophone Primary Health Initiative Program. Approximately 50 % of the proposed project initiatives targeted seniors and focused on improving heart health, increasing physical activity and improving medication awareness. All projects highlight healthy living concepts and provide access in French, thereby increasing awareness of the importance of providing French-language services. This research note describes one segment of the initiative, specifically three focus groups of seniors held in the Francophone community. A qualitative analysis of the senior focus-group discussions is described. Although the seniors reported being in good health, they mentioned a number of real barriers to their past participation in physical activity and suggested ideas for future initiatives.

It is well documented that health promotion initiatives that implement evidence-based strategies are successful in improving the health of communities. It is time for government to support health promotion programs with long-term sustainable funding in order to enhance the building of healthy communities.

NOTE DE RECHERCHE

POUR UNE COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE EN BONNE SANTÉ :
UNE ÉTUDE DE CAS DANS UNE COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE
EN SITUATION MINORITAIRE

Evelyn Kennedy

et

Corrine McIsaac

Cape Breton University

Résumé

C'est dans la communauté rurale de Chéticamp que le programme sur l'initiative des soins de santé primaires pour les communautés francophones (*Francophone Primary Health Initiative Program*) a été établi. Environ 50 % des initiatives proposées ciblent les personnes âgées, notamment l'amélioration de la santé cardiovasculaire, l'augmentation du niveau d'activité physique et de l'information reliée aux médicaments. Tous les projets ciblent un certain nombre d'habitudes de vie saines et prévoient l'accès à des services médicaux en français, en insistant sur l'importance de services offerts en français. Cette note de recherche rapporte les résultats obtenus auprès de trois groupes de discussion sur l'état de santé de cette petite communauté francophone. L'analyse qualitative présente des données obtenues pendant les cliniques concernant le bien-être des personnes âgées. Même si les personnes âgées participantes aux groupes de discussion se disent en bonne santé, les groupes de discussion donnent différentes raisons concernant l'abandon de projets d'activité physique antérieurs et apportent des suggestions pour de nouvelles démarches.

Il est probable que les initiatives de promotion de la santé mettant en œuvre des stratégies basées sur des données probantes réussissent à améliorer la santé des communautés. Il est temps pour le gouvernement de soutenir les stratégies à

long terme afin de concrétiser le développement de communautés en bonne santé.

Mots-clés : soins de santé primaires, communautés francophones en situation minoritaire, personnes âgées, Société Santé en français, Régie régionale de la santé Cape Breton.

Abstract

The rural community of Cheticamp and surrounding area was chosen as the site of a Francophone Primary Health Initiative Program. Approximately 50 % of the proposed project initiatives targeted seniors and focused on improving heart health, increasing physical activity and improving medication awareness. All projects highlight healthy living concepts and provide access in French, thereby increasing awareness of the importance of providing French-language services. This research note describes one segment of the initiative, specifically three focus groups of seniors held in the Francophone community. A qualitative analysis of the senior focus-group discussions is described. Although the seniors reported being in good health, they mentioned a number of real barriers to their past participation in physical activity and suggested ideas for future initiatives.

It is well documented that health promotion initiatives that implement evidence-based strategies are successful in improving the health of communities. It is time for government to support health promotion programs with long-term sustainable funding in order to enhance the building of healthy communities.

Keywords : Primary health care, minority francophone communities, senior citizens, *Société Santé en français*, Cape Breton District Health Authority.

Introduction

Le programme d'initiative des soins de santé primaires pour les communautés francophones (*Francophone Primary Health Initiative Program*, dorénavant FPHIP) a été établi dans le village de Chéticamp, une petite communauté francophone située sur la côte ouest de l'Île du Cap-Breton. Même si cette région est isolée des autres communautés francophones de la province, ses habitants réussissent difficilement à conserver leur patrimoine linguistique. Fiers de leur culture unique, ils prospèrent grâce à deux industries : la pêche et le tourisme.

En août 2004, la régie régionale de la santé du Cap-Breton a présenté à la Société Santé en français un projet se rapportant à l'organisation de services des soins de santé primaires au sein des communautés francophones minoritaires. Environ 50 % des activités proposées dans ce projet ciblent les personnes âgées, notamment l'amélioration de la santé cardiovasculaire, l'augmentation du niveau d'activité et l'information concernant les médicaments. (L'autre moitié du projet visait les jeunes ainsi que les besoins de la clientèle scolaire acadienne). Tous les projets ciblent un certain nombre d'habitudes de vie saines et prévoient l'accès à des services médicaux en français. Le FPHIP estime très important d'offrir en français, à ces communautés minoritaires, des initiatives pour la promotion de la santé.

Un comité directeur composé de représentants de la communauté francophone-acadienne a été créé pour gérer le projet. Une infirmière et une assistante ont été embauchées pour coordonner le projet. Le comité directeur, en collaboration avec l'infirmière coordonnatrice du projet, a développé et implanté différentes initiatives communautaires pour évaluer et améliorer l'état de santé général de la population. Offrir plus de choix d'aliments sains à la cafétéria de l'école, augmenter les occasions d'activité physique pour les jeunes et pour les aînés et planifier des événements sociaux sont des exemples des projets conçus et mis sur pied par la coordonnatrice du projet. Le comité directeur a reconnu l'importance d'obtenir la participation des membres de la communauté d'où la formation de quatre groupes de discussion dont trois composés d'aînés et un composé de jeunes, tous dirigés par l'infirmière coordonnatrice du projet et son assistante.

Le comité directeur désirait une évaluation du projet, toutefois les efforts de recrutement d'un évaluateur francophone sont demeurés sans succès faute de trouver un candidat adéquat. Le comité a ensuite demandé l'aide de l'Université du Cap-Breton. Sous la direction de la régie régionale de la santé du Cap-Breton, les représentants du comité directeur de FPHIP ont engagé deux professeures de l'école des sciences infirmières de l'Université Saint François-Xavier, pour effectuer les activités suivantes : les progrès réalisés et l'impact des différentes initiatives sur les communautés ciblées.

Cette note de recherche présente la partie de l'évaluation du projet se rapportant aux personnes âgées particulièrement aux trois groupes de discussion sur le bien-être des personnes âgées organisés dans les communautés francophones du Cap-Breton.

Procédure

L'infirmière coordonnatrice du projet a invité les aînés de la communauté à participer à l'un des trois groupes de discussion dans le but de partager leurs points de vue sur leur état de santé et sur les questions d'intérêt reliées à la santé de leur communauté. En hiver 2006, trois groupes de discussion ont été organisés dans les clubs pour personnes âgées de Chéticamp et des communautés environnantes. Tous les participants étaient bilingues, mais les discussions se déroulaient en français. Cependant, la coordonnatrice a traduit les discussions en anglais afin de permettre l'analyse du contenu par les évaluateurs externes¹ anglophones.

L'infirmière coordonnatrice du projet s'est d'abord présentée puis a décrit son rôle, les objectifs du projet et l'influence potentielle des commentaires des participants sur les décisions futures en matière d'activité de santé. Elle a présenté son assistante, en indiquant que c'est elle qui prendrait les notes et enregistrerait les discussions des participants. Elle a mis l'accent sur l'importance de la participation à la discussion et sur le caractère confidentiel des renseignements partagés par chacun. La coordonnatrice a ensuite lu le formulaire de consentement aux participants et l'a expliqué, en français. Chaque personne présente a consenti à participer et chacune a signé le formulaire de consentement.

La coordonnatrice du projet a utilisé le même questionnaire portant sur les données sociodémographiques, l'état de santé et autres éléments de discussion.

Tous les participants ont complété les questions concernant l'aspect démographique et celui de la santé. Selon le besoin des explications étaient fournies en français. Ensuite, l'infirmière coordonnatrice du projet a animé les groupes de discussion.

En vue de l'analyse qualitative des discussions semi-structurées des groupes focus, la coordonnatrice du projet a suivi une liste de questions ouvertes prédéfinies. Les données ont été transcrites, analysées, encodées et catégorisées indépendamment par les deux chercheuses. Bien qu'il y ait des variations mineures dans les termes descriptifs, les motifs du contenu et les catégories d'analyse utilisés par les deux chercheuses, la fidélité inter juges était élevée. L'analyse du contenu des données s'est réalisée sans l'utilisation d'un logiciel. Les deux chercheuses ont trié les thèmes récurrents, ensuite elles ont analysé les catégories et ont fait des liens et des associations entre les catégories et à l'intérieur de celles-ci.

Résultats

Les résultats des groupes de discussion sont divisés en deux sections : 1) la description de l'échantillon et 2) l'analyse qualitative du contenu des discussions.

1. Description de l'échantillon

Le nombre de participants ayant rempli les questionnaires est de 55 dont 78 % (43) sont des femmes et 22 % (12) sont des hommes. L'âge moyen des participants est de 74 ans, variant de 54 ans à 87 ans. Alors que 60 % des participants sont mariés, 33 % sont veufs et 7 % étaient célibataires. Seulement 35 % des participants vivent seuls et 65 % vivent avec au moins une autre personne. Le niveau de scolarité moyen est la 9^e année. Le revenu annuel est jugé satisfaisant par 84 %, voire largement suffisant, pour subvenir à leurs besoins. Les participants vivent dans leur propre maison dans 73 % des cas (39), 25 % (13) dans des appartements pour personnes âgées, et 2 % (1) vivent ailleurs.² La grande majorité des participants (82 %) communiquent avec leur famille ou avec des « aidants naturels » tous les jours ou au moins une fois par semaine. En ce qui

concerne la question portant sur le niveau de bien-être ou la santé des participants, 96 % ont répondu que leur santé est bonne ou très bonne, et 94 % indiquent que leurs choix liés à la santé sont bons ou très bons. Cependant, seulement 18 % des participants indiquent qu'ils suivent un programme d'exercices physiques. Cent pour cent des participants ont indiqué qu'ils subissent un examen médical au moins une fois par an.

2. *Analyse qualitative des discussions*

Une méthode de système de codage et du décompte des mots, des concepts et des idées est utilisée pour l'analyse qualitative. Les différents thèmes ont été établis et classés par catégories. Les codes servent à former des thèmes, des catégories, et enfin pour faire une interprétation des données et pour tirer des conclusions. Selon Creswell, 2003 : « Les études qualitatives font avant tout appel à l'interprétation. Cela signifie que les chercheurs interprètent et tirent des conclusions sur le sens des données obtenues » (p. 182). Or l'analyse de contenu a généré quatre thèmes, lesquels sont présentés ci-dessous accompagnés de citations appuyant l'idée ou le thème.

3. *Obstacles à la participation aux activités de promotion de santé*

Les participants ont discuté de l'échec des projets offerts dans le passé. Les obstacles liés à l'échec des programmes communautaires sont ajoutés aux obstacles indépendants et à ceux qui relèvent des participants. Un résumé des obstacles non liés aux participants sont présentés en premier.

Le manque de transport est systématiquement mentionné comme étant un des éléments qui empêche les personnes âgées de participer à des activités de promotion de la santé. Une participante a rapporté : « En raison des questions de transport, je peux faire beaucoup moins de choses depuis le décès de mon mari. », tandis qu'une autre participante exprime : « Le transport est le plus gros problème; nous n'avons même pas de taxis ». En dépit qu'une grande majorité de participants (82 %) indiquent avoir des contacts quotidiens ou hebdomadaires avec leur famille ou des « aidants naturels », les participants sont réticents à leur imposer une autre corvée, l'une mentionne : « Les jeunes familles sont si occupées de nos jours! Les parents doivent aller conduire leurs enfants dans de nombreux endroits et n'ont pas de temps ».

Un autre participant a signalé que certaines des personnes qui nous emmènent là où nous avons besoin d'aller sont vraiment serviables, mais elles sont peu nombreuses et nous ne pouvons pas toujours les embêter. Sans elles, nous ne pourrions même pas sortir pour aller à la banque, à l'épicerie et à d'autres endroits. Après avoir fait ce genre de courses, nous ne voulons pas leur demander de nous conduire ailleurs.

En plus du manque de transport il existe plusieurs autres facteurs sur lesquels les participants ont indiqué avoir peu de contrôle, voire pas du tout. Plusieurs participants ont dit que les programmes proposés étaient mal organisés et auraient mieux fonctionnés si d'autres personnes en avaient pris la responsabilité. Le manque d'information et de publicité a également été mentionné. De plus les participants ont indiqué que les conditions météorologiques les empêchaient fréquemment de prendre part aux programmes proposés, un fait qui n'est pas surprenant à l'ouest du Cap-Breton. Un participant mentionne : « Les personnes âgées devaient parfois organiser elles-mêmes leurs propres programmes. Ces programmes auraient peut-être pu fonctionner si une personne avait pu les organiser ». D'autres indiquent qu'il y a un manque de supervision et que certaines personnes âgées ne sont pas toujours au courant des programmes qui existent. De plus, en hiver, la température peut être un obstacle ». Certains participants ont mentionné le manque d'infrastructure et ont indiqué qu'un gymnase ou une piscine couverte leur permettrait d'améliorer leur santé. D'autres participants indiquent : « Ce serait tellement mieux de pouvoir faire de la marche dans des sentiers de randonnées plutôt que sur les routes ».

Parmi les participants, beaucoup ont reconnu que certains obstacles dépendaient d'eux. Ils ont entre autres mentionné la question de l'âge, notamment en ce qui concerne les problèmes de motivation et d'engagement. Un participant exprime : « C'est très dur de demander aux gens de s'engager; ils participent une ou deux fois puis arrêtent ». Un autre explique : « Je me connais. J'ai besoin de quelqu'un qui me pousse. Je n'arrive pas à me motiver par moi-même » C'est beaucoup plus facile de s'installer devant la télévision. » Une autre ajoute : « Certaines personnes sont timides et manquent de confiance ».

4. *Programmes et activités utilisées dans le passé*

Les participants ont nommé plusieurs programmes auxquels ils ont participé dans le passé comme des cours en éducation physique, la danse, le tai-chi, les parties de cartes, les jeux de quilles et autres divertissements. Toutefois, la plupart de ces activités n'étaient pas bien organisées ou n'existaient plus. De plus les participants ont fréquemment mentionné certains programmes comme les repas livrés à domicile et l'entraide entre personnes âgées. Un participant rapporte : « Une personne de Chéticamp est venue nous donner un cours de sport. Plusieurs personnes de la communauté s'y sont mises, mais ça n'a pas duré ». Plusieurs autres participants se rappellent d'anciens programmes : « Il y avait souvent des après-midi ou des soirées dansantes, mais ça n'existe plus ou l'entraide entre les personnes âgées (chaîne téléphonique), manque d'argent/aucun responsable. » et encore « Quand j'avais besoin de me faire livrer des repas à domicile, il n'y avait pas assez de plateaux. Il a donc fallu que je mette mon nom sur une liste d'attente. Il devrait y avoir davantage de plateaux et de bénévoles ».

Les participants devaient nommer certains types d'activités physiques. « Bouger » est la réponse la plus fréquemment donnée. Un participant mentionne : « J'aime tout ce qui nous permet de bouger, n'importe quelle activité qui nous permet d'utiliser certaines parties du corps ». Même si la réponse la plus fréquente est « Bouger notre corps », les participants ont nommé certaines activités ayant un lien direct avec le sport comme la marche, le patinage et le jeu de quilles, beaucoup plus fréquemment que les activités du quotidien, par exemple rentrer du bois ou faire des tâches domestiques.

5. *Importance de la langue utilisée pendant les activités*

Il est souvent imaginé que les francophones préfèrent avoir accès à des programmes communautaires dans leur langue maternelle; toutefois, les personnes interrogées n'ont pas confirmé cette notion.³ Les commentaires obtenus ont indiqué que cet aspect n'était pas important pour les participants. Un participant affirme : « Tout le monde parle l'anglais maintenant ». Un autre indique : « De nos jours, on comprend tous l'anglais. D'ailleurs, beaucoup de personnes de langue anglaise vivent ici

maintenant». Ce thème persiste et plusieurs mentionnent : « L'anglais ne pose pas de problème; nous ne sommes pas fermés d'esprit ».⁴

Seulement un des participants a indiqué qu'il souhaite avoir accès à un fournisseur de soins de santé bilingue, puisqu'il y a beaucoup de communautés anglaises dans la région. Ce participant ajoute : « Ce serait bien d'avoir une personne bilingue puisqu'il y a beaucoup de personnes âgées de langue anglaise dans la communauté. On aimerait bien que cette personne puisse nous parler en français de chez nous ». Il est important de remarquer que dans cette partie du Cap-Breton, il y a du personnel hospitalier, des fournisseurs de soins de santé de longue durée, ainsi que des médecins, qui sont bilingues. Les personnes âgées en question ne sont donc pas contraintes de recevoir des soins de santé en anglais, ou du moins, pas chez elles.

Les participants ont été invités à discuter des différences concernant la jeune génération, et de facteurs propres à leur génération lesquels influencent leur bien-être. Plusieurs exemples sont donnés, certains positifs, d'autres négatifs. Certains mentionnent : « Nous ne pouvons pas aller aussi vite qu'avant et certains de nous sont veufs et ont donc des problèmes qu'ils n'avaient pas avant ». Un participant ajoute : « Les jeunes font moins de sport en raison des ordinateurs ». Toutefois, un participant rapporte : « Nous avons plus de temps que les autres générations ». Un autre renchérit : « Quand j'élevais mes enfants, je n'avais pas le temps de relaxer, de faire de la marche; maintenant, j'ai le temps de faire ce type d'activités, de participer à des clubs de bricolage, d'être active; il n'y a pas de stress ».

6. Attitudes vers les initiatives proposées

Les participants ont reçu des informations sur le programme SMART (*Seniors Maintaining Active Roles Together*) de VON (2004)⁵ et la possibilité que ces cours soient offerts dans leur communauté.⁶ Les participants étaient invités à donner leur avis sur cette idée : « Je pense que c'est une très bonne idée, mais ce qui est dur, c'est de convaincre les personnes qui ne veulent rien faire ». Ensuite, ils devaient discuter de ce qu'ils pensent de ce type d'initiative : « Cela pourrait fonctionner s'il y avait suffisamment de publicité. » Les commentaires obtenus, quoique positifs, ont permis d'identifier un certain nombre de problèmes et

d'obstacles déjà mentionnés, comme le manque de transport, les problèmes d'organisation ainsi que le manque de motivation. Certains des participants rapportent : « Pour les personnes qui ne conduisent pas, ne pas pouvoir appeler un taxi rend difficile l'accès aux programmes qui existent. Je ne sais pas si les gens iraient régulièrement ».

Les participants ont été informés sur la possibilité de mettre en place un programme dans le cadre duquel des podomètres leur sont remis pour qu'ils puissent calculer le nombre de pas faits dans une journée, une semaine, un mois et même plus. Ainsi, une compétition peut être organisée entre différents groupes ou régions, à l'issue de laquelle les gagnants reçoivent des prix. Les participants ont accueilli cette idée avec tant d'enthousiasme que l'infirmière coordonnatrice de projet et son assistantes sont engagées à concrétiser le programme. Voici certains des commentaires : « Ça a l'air vraiment intéressant! Ça pourrait être amusant et j'aimerais participer à ce type d'activité ». Associer à ce type d'activité la notion de compétition amicale a permis de réellement motiver les participants : « On pourrait gagner ce genre de compétition sans problème ». Le fait que tous les participants aient favorablement accueilli cette idée, même ceux qui préfèrent rentrer du bois en guise d'activité physique plutôt que participer à un programme structuré, permet d'ajouter un plus à cette activité. Un autre participant ajoute : « En une journée, on marche beaucoup plus qu'on croit ».

Les participants devaient évaluer si l'organisation de cliniques sur le bien-être des personnes âgées, par la coordonnatrice du projet, était une bonne idée : « Ce serait plus pratique pour les personnes qui vivent dans les appartements pour personnes âgées puisqu'elles n'auraient pas à sortir ». Une autre mentionne : « Je me suis toujours demandée pourquoi nous n'avions pas accès à ce genre de cliniques! Je pense que beaucoup de personnes participeraient à ce type de clinique ». Cette idée est favorablement accueillie, mais certains problèmes sont soulevés tels ceux se rapportant au transport. Regrouper ce type de clinique avec celles sur les soins des pieds données par SMART de VON est suggéré comme solution possible à ce problème. L'un des participants ajoute : « C'est une très bonne idée de combiner ce type de clinique avec celle sur les soins des pieds ».

Discussion et Conclusion

Rotermann (2006) indique qu'au cours d'une année, au Canada, presque 90 % des personnes âgées consultent un médecin; 14 % sont hospitalisées, et 15 % reçoivent des soins à domicile. De plus, 92 % des personnes âgées interrogées ont indiqué avoir pris au moins un médicament le mois précédent. Le nombre de personnes âgées en situation de chronicité est le facteur déterminant le plus important en regard de la fréquence à laquelle les personnes âgées ont recours à des soins de santé. Selon Rotermann (2006), en général après avoir considéré l'état de santé des personnes âgées ainsi que certains facteurs comme l'âge et les comportements liés à la santé, les différences de scolarité et de revenu n'ont, aucune incidence sur la fréquence à laquelle ces personnes ont recours aux soins de santé.

Les personnes âgées sont confrontées à un certain nombre d'obstacles comme l'environnement physique, le milieu social, les problèmes d'ordre personnel, ainsi que les obstacles liés à la langue (programmes non offerts dans leur langue maternelle). La recherche de solutions en groupe, à l'occasion d'activités telles que les groupes de discussion, peut permettre de motiver et d'inciter les personnes âgées à faire preuve de créativité (American Society on Aging, 2006).

Le service des soins continus du ministère de la Santé de la Nouvelle Écosse (2005) a établi que les programmes sociaux et de santé mentale ainsi que ceux liés aux loisirs sont nécessaires au maintien de la santé chez les personnes âgées. Il est donc important de mettre en place des programmes liés à la santé mentale et physique de ces personnes, ainsi que des programmes se rapportant à l'éducation. Les personnes âgées doivent de plus participer à la mise en place de ces initiatives.

Les participants aux groupes de discussion ont donné des suggestions quant à l'importance et à la nécessité de mettre en place des activités de promotion de la santé pour les personnes âgées des communautés francophones de Chéticamp et des environs. Ils ont indiqué que l'échec des programmes proposés par le passé est attribuable à un certain nombre d'obstacles; ils ont fait plusieurs recommandations pour des initiatives ou des projets à venir. Nous proposons qu'avant d'attribuer des fonds aux soins de santé, le gouvernement doit établir quels sont les besoins réels et examiner, au niveau national et international, les domaines dans lesquels

se trouvent les meilleures pratiques à adopter. Les initiatives de promotion de la santé basées sur les besoins de la communauté et sur des stratégies fondées sur les données probantes doivent réussir à améliorer la santé des membres des communautés francophones minoritaires. Beaucoup d'argent est présentement alloué aux soins de courte durée et au traitement des maladies. Toutefois, il arrive souvent que ces projets ou ces initiatives en promotion de la santé ne se voient accorder que des fonds intérimaires, et que les personnes responsables de mettre en place ces programmes doivent faire leur possible pour que ces derniers puissent durer. Malgré les milliards de dollars consacrés aux soins de santé, notamment aux soins aigus et aux mesures curatives, la population continue à être de plus en plus confrontée en regard des problèmes de santé de nature chronique.

Le rapport d'évaluation sera utilisé par les personnes suivantes, ce sont : les décideurs gouvernementaux, des personnes des autres communautés francophones, communauté de Chéticamp et communautés de cette région, les partenaires du projet et les membres du comité directeur. Ce rapport a entre autres permis aux membres du comité de déterminer comment les activités de ce projet a contribué à la réalisation de leurs objectifs. Un grand nombre de régions ont fait de la promotion de la santé une de leurs priorités; celles-ci ont d'ailleurs fait des progrès considérables en ce qui concerne la mise en place de programmes allant dans ce sens. Malgré cela, les fonds nécessaires à la promotion de la santé sont insuffisants. Il est temps de soutenir ces programmes avec des modes de financement à long terme et à trouver de nouvelles stratégies, afin de pouvoir concrétiser la philosophie se rapportant au développement de communautés en bonne santé.

Bibliographie

- American Society on Aging (2006). Physical activity for older adults : exercise for life! Disponible en ligne. <http://www.asaging.org/CDC/module6/home.cfm>. Consulté le 28 août 2009.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2^e édition). Thousand Oaks CA : Sage.
- Rotermann, M. (2006). Senior's health care use. *How healthy are Canadians?* (Health Reports supplement Vol. 16). Ottawa :

Statistiques Canada. Disponible en ligne. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2005000/pdf/9088-eng.pdf>. Consulté le 28 août 2009.

Service des soins continue du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (2005). *Shaping the future of continuing care : strategic framework project*. Halifax : Auteur.

Victorian Order of Nurses (2004). *The SMART program (Seniors Maintaining Active Roles Together) : Best practice start-up guide*. Disponible en ligne. http://www.von.ca/pdf/seniors_smart_english.pdf. Consulté le 28 août 2009.

-
- ¹ Un évaluateur anonyme a questionné le fait que les discussions ont eu lieu en français et ont été traduites en anglais mais il n'y avait pas d'autre possibilité, étant donné l'impossibilité de trouver des évaluateurs francophones ou bilingues.
 - ² Seulement 53 personnes ont répondu à cette question.
 - ³ Un évaluateur anonyme a fait le commentaire qu'il est « étonnant et décevant » que les participants étaient « indifférents à recevoir des services en anglais plutôt que dans leur langue ».
 - ⁴ Un évaluateur anonyme a fait l'observation suivante : « Bien dommage!!! Voilà qui explique pourquoi le français a tant de difficulté à prendre sa place! ».
 - ⁵ Infirmières de l'Ordre de Victoria.
 - ⁶ Ce programme vise la promotion l'activité physique chez les aînés, et comprend un programme d'exercices pour des groupes dirigés par des bénévoles. Il permet la participation des personnes âgées peu importe leur niveau de mobilité fonctionnelle.