

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

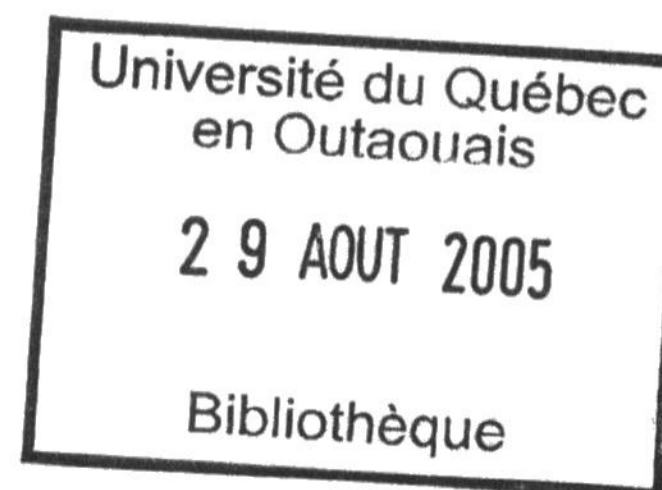
ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
SUZANNE GAGNÉ

INTERVENTION SUSCITANT LA MOTIVATION CHEZ DES FEMMES
DÉFAVORISÉES À AMORCER ET À MAINTENIR UN COMPORTEMENT
ADÉQUAT DE SANTÉ DU CŒUR PAR L'APPROPRIATION DE LEUR PLEIN
POTENTIEL

JUILLET 2005



Sommaire

Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC, 2003a), les maladies cardiovasculaires demeurent les principales causes d'invalidité et de décès, tant chez l'homme que chez la femme de la plupart des pays industrialisés. Or, par le fait d'être peu scolarisées, d'avoir de faibles revenus et peu de maîtrise sur leur travail (FMCC, 1997), les personnes issues de milieux défavorisés sont considérées comme les plus vulnérables aux maladies cardiovasculaires puisque ces facteurs s'ajoutent à ceux reconnus modifiables des maladies cardiovasculaires tels que le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'augmentation des lipides sanguins, la sédentarité, l'obésité, l'alcool et le diabète (FMCC, 2003a). Puisque 37% des femmes décèdent de maladies cardiovasculaires comparativement à 35% des hommes (FMCC, 2003a) et que ce sont elles qui risquent davantage d'être pauvres (Lochhead & Scott, 2000), comment les aider à changer leurs comportements de santé du cœur? Dans les dernières années, certaines études (Lapierre, 1999; Ouellet, René, Durand, Dufour & Garon, 2000) ont démontré que l'approche par appropriation de son potentiel (appelé empowerment par plusieurs auteurs) a suscité des changements de comportements de santé chez des populations de femmes défavorisées. L'intervention de ce projet est guidée par la théorie de la motivation vers un mieux être par l'appropriation de son plein potentiel (Derenowski Fleury, 1991). Cette théorie se base sur les stratégies utilisées par des individus ayant amorcé et maintenu des changements de comportements

liés à la santé du cœur suite à une maladie cardiovasculaire. Cet essai décrit le processus d'appropriation de leur potentiel par des femmes défavorisées suscitant un changement de comportement positif en lien avec leur santé du cœur. Les participantes sont recrutées à l'intérieur d'un Centre d'éducation parmi un groupe formé de femmes issues de milieux défavorisés. L'analyse des données provenant de journaux de bord, d'enregistrements de cinq rencontres intervenante/participantes et des notes ponctuelles de l'intervenante permet de faire ressortir que 90% des participantes ont amorcé un changement de comportement face à leur santé du cœur et que 50% d'entre elles avaient toujours maintenu ces changements cinq semaines après la fin de l'intervention. La théorie de Fleury offre donc un cadre intéressant pour favoriser l'appropriation d'un plein potentiel chez des personnes vulnérables en matière de santé du cœur telles que les femmes provenant de milieux défavorisés.

Table des matières

Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
La problématique.....	5
Les maladies cardiovasculaires aujourd’hui.....	6
Le but et les objectifs de l’intervention.....	12
Les objectifs personnels.....	12
La revue des écrits.....	15
Les facteurs influençant l’adoption de comportements de santé du cœur chez la femme défavorisée.....	16
Un contexte de pauvreté.....	27
Le cadre théorique.....	33
La méthode.....	46
Le recrutement des participantes.....	48
Moment de l’intervention.....	52
Déroulement des rencontres et stratégies d’intervention.....	52
Méthode et outils de collecte de données.....	60
Application de la théorie de Fleury.....	63
Indices du processus d’appropriation du plein potentiel.....	66
Moyen d’évaluation de l’intervention.....	67
Considérations éthiques.....	71

Déroulement de l'intervention et illustration du processus d'appropriation de son plein potentiel à partir du cadres de référence	73
Déroulement de l'intervention.....	74
Illustration du processus d'appropriation de son plein potentiel à partir du cadre théorique	88
Évaluation de l'intervention	107
Évaluation de l'intervention par rapport au processus d'appropriation	108
Évaluation des apprentissages de l'intervenante	117
Discussion, forces et faiblesses de l'interventions et recommandations....	122
La discussion	124
Les forces et les faiblesses de l'intervention	137
Les recommandations	142
Conclusion	148
Références.....	151
Appendices	159
Appendice A : Invitation aux participantes.....	160
Appendice B : Questionnaire sociodémographique	162
Appendice C : Approbation et contrat signés du projet	165
Appendice D :Test Avez-vous bon cœur ?.....	169
Appendice E : Journal de bord, étape 1	182
Appendice F : Journal de bord, étape 2	184
Appendice G : Certificat d'approbation éthique	186
Appendice H : Formulaire de consentement	188

Liste des tableaux

Tableau 1	Les sept mythes reliés aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.....	8
Tableau 2	1 ^{ère} étape : La reconnaissance de l'ouverture au changement	54
Tableau 3	1 ^{ère} étape : La reconnaissance de l'ouverture au changement (suite).....	55
Tableau 4	2 ^{ème} étape : Le changement.....	56
Tableau 5	2 ^{ème} étape : Le changement (suite).....	57
Tableau 6	3 ^{ème} étape ; L'intégration au changement	58
Tableau 7	Indices d'appropriation du potentiel pour chaque étape de la théorie de Fleury.....	68
Tableau 8	Pourcentage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires des participantes comparés à ceux des femmes défavorisées de l'Outaouais, du Québec et du Canada	80
Tableau 9	Présence des participantes pour chaque rencontre	86
Tableau 10	Présence des indices d'appropriation de potentiel de chaque participante selon les rencontres.....	102

Liste des figures

Figure 1	Taux de prévalence du tabagisme, de l'obésité et de la sédentarité des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires comparés à ceux des femmes ayant terminé des études universitaires	11
Figure 2	La théorie de l'appropriation de son plein potentiel de Fleury	41
Figure 3	Exigences conduisant à l'appropriation de son plein potentiel de Fleury.....	67
Figure 4	Pourcentages représentant le niveau de scolarité des participantes	77
Figure 5	Pourcentage du nombre de femmes selon leur revenu familial annuel avant déduction d'impôt.....	78
Figure 6	Pourcentage des niveaux de risques actuels de développer une maladie cardiovasculaire chez les participantes	81
Figure 7	Exigences conduisant à l'appropriation du plein potentiel selon La théorie de Fleury	89

Remerciements

Je me rends compte que l'écriture de cette page a fait ressurgir tous les efforts, le temps et les apprentissages de ce projet de maîtrise qui s'est déroulé sur cinq années. Durant tout ce temps, des personnes ont su entretenir une flamme belle et haute face à ce projet et je tiens à les en remercier.

Tout d'abord, merci à la Docteure Chantal Saint-Pierre, ma directrice d'essai qui, au tout début de mon aventure, m'a fait connaître cette théorie de Fleury et m'a fait confiance tout au long du chemin. Elle a su me relever dans les moments de découragement comme me critiquer aux moments opportuns. Merci pour la passion qui l'habite et qu'elle sait si bien communiquer.

Merci au Centre d'éducation des adultes et à sa directrice qui m'a ouvert toutes grandes ses portes aussitôt que j'ai manifesté le désir d'y réaliser mon projet de maîtrise. La formation de ce groupe de mères célibataires provenant de milieux défavorisés démontre bien leurs valeurs d'humanisme et de compassion.

Merci aux participantes qui ont permis la réalisation de ce projet.

Merci à la Docteure Monique Labrecque pour le temps qu'elle a consacré à traduire certaines parties de la théorie de Fleury afin de m'assurer que ma traduction reflétait bien ses concepts.

Enfin, merci à mon conjoint et grand complice dans la vie, Marcel, pour son appui inconditionnel tout au long de ces années.

Introduction

Dans la société nord-américaine d'aujourd'hui, la problématique des maladies cardiovasculaires demeure entière malgré l'élaboration et l'application, par des professionnels de la santé, de programmes spécifiques ayant comme objectif l'adoption de comportements sains au niveau des habitudes de vie des individus de tout âge et de toute provenance. En effet, les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont toujours aussi menaçants parce que mal compris ou inconnus de la population (FMCQ, 2003b). Comment atteindre des populations plus vulnérables telles que les femmes défavorisées afin qu'elles soient motivées à changer certains comportements liés à la santé du cœur ? De plus en plus d'interventions ayant comme approche l'appropriation, par des populations vulnérables de leur potentiel et de leur pouvoir d'agir, ont présenté des résultats positifs de changements de comportement suite à leur évaluation par des chercheurs (Bonneau, Fortier & Fortin, 2002 ; Colin, Ouellet, Boyer & Martin, 1992; Lacourse, 2002 et Martin & Boyer, 1995). Suite à cette étincelle d'espoir, une intervention ayant comme cadre théorique une approche par appropriation du plein potentiel, appelée « empowerment » par différents auteurs (Le Bossé & Lavallée, 1993 ; Ouellet, René, Durand, Dufour & Garon, 2000), semble tout indiquée afin de susciter l'amorce ou le maintien, chez des femmes provenant de milieux défavorisés, de changements de comportement face à leur santé du cœur. Or, une théorie, élaborée par une infirmière et basée

justement sur un processus d'appropriation de son potentiel, demeure encore presque inconnue au sein de la profession infirmière québécoise : la théorie de Fleury (Derenowski, 1990 ; Derenowsky Fleury, 1991). Ses concepts, clairement définis et provenant de stratégies utilisées par des individus en processus de changement face à leur santé du cœur deviendront les étapes guidant l'élaboration de chaque rencontre de ce projet de maîtrise. Enfin, les données témoignant du cheminement du processus d'appropriation de leur potentiel par les participantes seront recueillies par l'entremise d'un journal de bord élaboré par les participantes, de l'enregistrement des rencontres ainsi que par les notes ponctuelles de l'intervenante.

Cet essai se divise en six parties. La première traite de la problématique toujours actuelle des maladies cardiovasculaires dans notre société nord-américaine ainsi que du but et des objectifs de la présente intervention. La deuxième partie, passant en revue les écrits des chercheurs, met en relief les facteurs contribuant au maintien de comportements négatifs de santé du cœur chez les femmes défavorisées ainsi que les impacts de la pauvreté sur leur vie et leur santé cardiovasculaire. De plus, cette section présente une nouvelle stratégie d'intervention favorisant l'appropriation du plein potentiel chez cette clientèle défavorisée ainsi que le cadre théorique utilisé dans la démarche de cette intervention. La troisième partie décrit la méthode utilisée afin de réaliser cette l'intervention. La quatrième division dévoile le déroulement des rencontres

de l'intervention ainsi que l'illustration du processus d'appropriation du plein potentiel des participantes à partir du cadre de référence. L'évaluation de l'intervention, des apprentissages de l'intervenante ainsi que les forces et les faiblesses de cette intervention suivent à l'intérieur de la cinquième partie. Enfin, la discussion et les recommandations se retrouvent à la sixième partie.

La problématique

Les maladies cardiovasculaires aujourd'hui

Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC, 2003a), les maladies cardiovasculaires demeurent les principales causes d'invalidité et de décès, tant chez l'homme que chez la femme, et ce, dans la plupart des pays industrialisés. En effet, une enquête récente basée sur les données de Statistiques Canada (FMCC, 2003a) révèle que 18% de toutes les hospitalisations sont dues aux maladies cardiovasculaires. De plus, 35% des Canadiens et 37% des Canadiennes décèdent après avoir été victimes d'une maladie cardiovasculaire. Par contre, malgré la Déclaration de Victoria (FMCC, 1992) soutenant le fait que les connaissances scientifiques soient suffisantes pour créer un monde presque sans maladie cardiovasculaire, malgré les recommandations des politiques canadiennes encourageant l'adoption de stratégies de santé publique s'adressant à toutes les populations (Santé Canada, 1995), et malgré le déploiement de nombreux efforts de la part des professionnels de la santé pour l'élaboration et l'application de programmes spécifiques à la promotion de la santé du cœur (Derenowski Fleury, 1991), les maladies cardiovasculaires maintiennent encore, en 2005, un haut niveau parmi toutes les causes de mortalité chez les Canadiens et les Canadiennes. Ainsi,

quoique les facteurs de risque modifiables des maladies cardiovasculaires tels que le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, l'hypertension artérielle, l'alcool, le diabète et l'hypercholestérolémie sont établis et appuyés scientifiquement depuis de nombreuses années (FMCC, 1992 ; FMCC, 1999 ; FMCC, 2003a), un fort pourcentage de la population canadienne n'a pas changé de façon significative son comportement vis à vis ces facteurs de risque. En effet, encore en 2003, une proportion de 80% de cette population présente au moins un facteur de risque contrôlable des maladies cardiovasculaires alors que près de 33% cumulent deux facteurs de risque et 11% en signalent trois ou plus. Suite à un sondage effectué en 2002 auprès de 1250 Canadiens et de 500 Québécois, la FMCC (2003b) attribue en partie ce phénomène au fait que les deux tiers (66%) des Québécois, étant très mal informés sur les facteurs de risque ainsi que sur les problématiques reliées à leur santé du cœur, élaborent de fausses perceptions contribuant à la persistance de plusieurs mythes présentés au Tableau 1. Ce phénomène constitue ainsi une véritable menace pour la santé du cœur des Québécois et des Québécoises. Par ailleurs, le rapport entre certains déterminants de la santé tels que le revenu et l'éducation influent de façon certaine sur les comportements individuels de santé. Toutes les enquêtes de la FMCC entre 1995 à 2003 concernant la santé du cœur ainsi que l'étude sociologique de la santé de Lacourse (2002) confirment en effet que les personnes vivant dans des conditions sociales à risque élevé bénéficient généralement moins de soutien social, adoptent des styles de vie moins sains,

Tableau 1

Les sept mythes reliés aux facteurs de risque des MCV

-
- 77% des Québécois (68% des Canadiens) croient que seules les personnes tendues et irritables doivent se préoccuper de faire de l'hypertension.
 - 56% des Québécois (55% des Canadiens) croient qu'au moins 75% des risques de maladies cardiovasculaires sont reliés au mode de vie.
 - 63% des Québécois (58% des Canadiens) croient qu'il faut prendre beaucoup de poids avant que cela ne devienne un risque pour la santé.
 - 80% des Québécois (75% des Canadiens) croient que l'accumulation de plaque qui entraîne une maladie de cœur ou un accident vasculaire cérébral survient seulement à l'âge adulte.
 - 26% des Québécois (20% des Canadiens) croient que l'exercice compense pour les effets engendrés par le fait de fumer un paquet de cigarettes par jour.
 - 79% des Québécois (82% des Canadiens) croient qu'il n'est pas nécessaire d'appeler immédiatement les secours d'urgence si l'on ressent un malaise ou une douleur à la poitrine.
 - 95% des Québécois (89% des Canadiens) croient qu'on peut réparer les lésions causées au cœur par une crise cardiaque avec de l'exercice et une saine alimentation.
-

souffrent davantage de maladies cardiovasculaires et meurent plus jeunes que celles plus favorisées aux plans social et économique. En outre, ces études avancent que le niveau d'instruction a un impact réel sur l'adoption de comportements sains pour la santé puisque l'éducation peut avoir une conséquence directe sur les connaissances et les compétences intrinsèques de l'individu. D'ailleurs, Lacourse (2002) soutient également que les personnes pauvres ont une espérance de vie plus courte, sont moins en santé et ont plus

de problèmes de santé chroniques que celles mieux nanties. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998) ainsi que la Direction de la santé publique de l'Outaouais (2000) rejoignent Lacourse (2002) en affirmant que des écarts de santé importants existent entre les groupes socio-économiques. L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (FMCC, 2003a) fournit des données statistiques fort significatives qui corroborent les résultats de ces recherches : 33,2% des femmes de 20 ans et plus ayant un revenu considéré comme plus faible fument, comparativement à 19,7% chez celles ayant un revenu plus élevé ; 64,4% des femmes de 12 ans et plus considérées comme ayant un revenu plus faible sont sédentaires comparativement à 48,9% de celles ayant un revenu plus élevé ; il en va de même pour les autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires tels que l'excès de poids, la consommation inadéquate de fruits et de légumes, l'hypertension artérielle ainsi que le diabète. Quant aux données concernant les comportements de santé des hommes, elles sont toutes aussi statistiquement significatives ($p < 0,05$) entre le quintile de revenus les plus élevés et celui des plus faibles, sauf pour l'excès de poids qui augmente significativement chez les hommes les plus fortunés plutôt que chez ceux les plus pauvres. Le niveau de scolarité atteint influe aussi sur les comportements de santé du cœur. En effet, les femmes ayant terminé leurs études avant la fin de leur secondaire présentent des taux de prévalence statistiquement plus élevés que celles ayant terminé des études universitaires : ces taux passent de 26,9% à 20,7% pour le tabagisme, de 59,8% à 54,2% pour

la sédentarité, de 51,4% à 35,3% pour l'excès de poids (voir Figure 1) et ainsi de suite concernant les autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires cités antérieurement. Quant à l'influence du niveau de scolarité atteint chez les hommes sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, les données sont toutes aussi statistiquement significatives ($p < 0,05$) sauf en ce qui concerne la consommation inadéquate de fruits et de légumes, le dernier des facteurs de risque reconnus des maladies cardiovasculaires compte tenu de l'apport de cette catégorie d'aliments en vitamines, en antioxydants et en fibres naturelles.

Il n'est donc pas surprenant que certains auteurs (FMCC, 1997 ; Pohl, Martinelli & Antonakos, 1998) avancent que ce sont les femmes peu scolarisées, à faible revenu et ayant peu de maîtrise sur leur milieu de travail qui sont les plus vulnérables à présenter des comportements à risque de maladies cardiovasculaires. Ce phénomène a éveillé chez l'intervenante, déjà sensibilisée à la problématique des maladies cardiovasculaires par 16 ans de travail en soins intensifs et 10 ans de bénévolat au sein de la Fondation des maladies du cœur du Québec, le désir d'intervenir auprès de ces femmes détenant peu de pouvoir sur leur vie, en l'occurrence celles provenant de milieux défavorisés. Cette intervention, favorisant le développement du plein potentiel, réussira-t-elle à diminuer cette vulnérabilité d'une façon ou d'une autre chez un groupe de femmes présentant les caractéristiques suivantes : peu scolarisées, ayant un

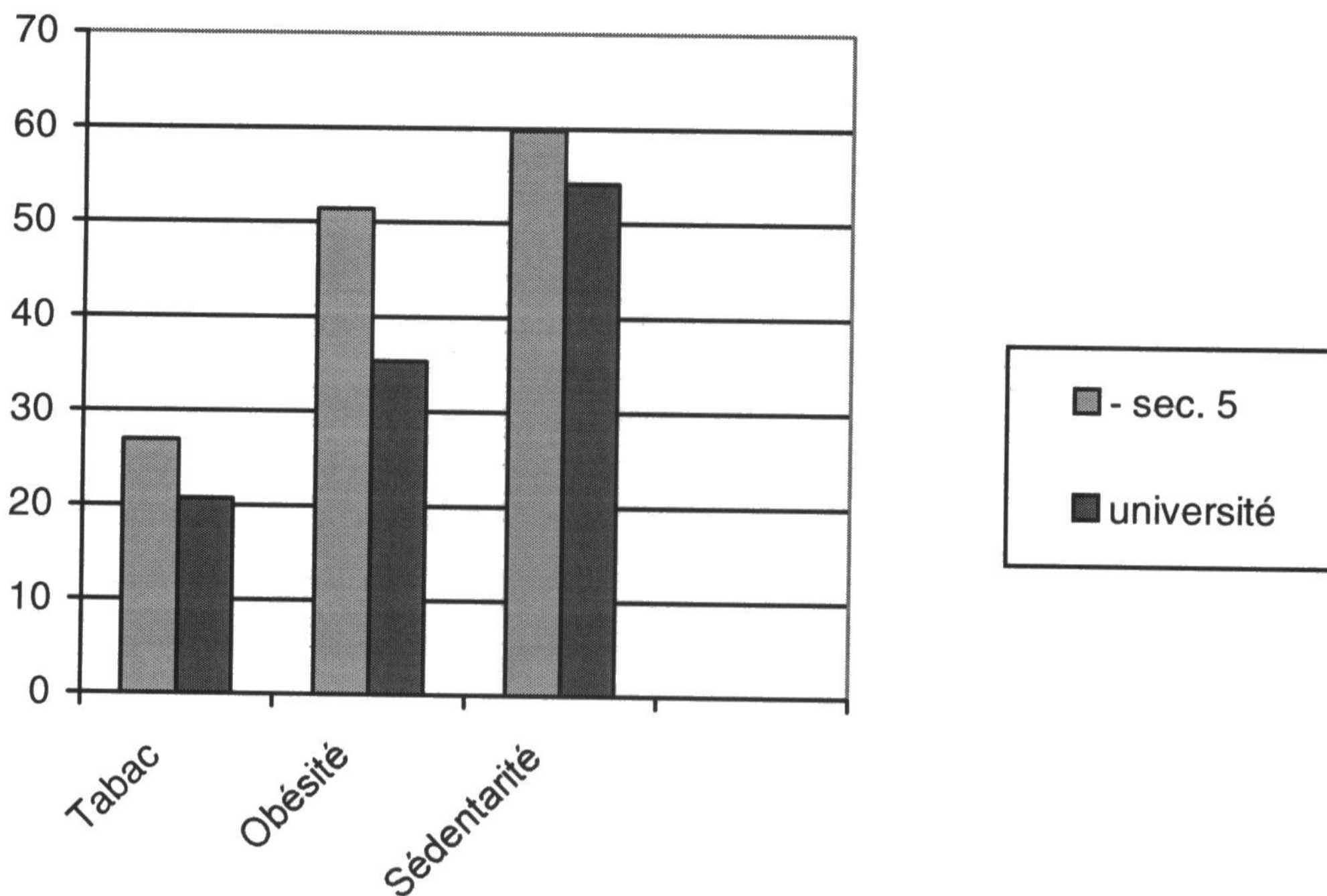


Figure 1. Taux de prévalence du tabagisme, de l'obésité et de la sédentarité des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires comparés à ceux des femmes ayant terminé des études universitaires.

faible revenu et possédant peu de maîtrise sur leur milieu de travail? Avant de pouvoir répondre à cette question, il faut tout d'abord essayer de comprendre ce phénomène en se posant d'autres questions : Quels sont ces facteurs qui empêchent les femmes provenant d'un milieu défavorisé et à plus faible scolarité à adopter et à maintenir des comportements défavorables à la santé du cœur ? De plus, puisqu'il s'agit d'une clientèle défavorisée économiquement, quels rôles joue la pauvreté dans la non adoption et le non maintien de comportements liés à la santé du cœur ? Ces sujets sont abordés dans la

prochaine partie de cet essai. Auparavant, le but et les objectifs de l'intervention ainsi que les objectifs personnels de l'intervenantes sont présentés.

Le but et les objectifs de l'intervention

Le but de ce projet d'intervention est de susciter l'amorce ou le maintien, chez un groupe de femmes défavorisées, d'un changement de comportement relié à la santé du cœur tout en favorisant une approche d'appropriation de son potentiel. Quant aux objectifs, ils sont définis à partir des trois propriétés qu'attribue Derenowski (1990) à l'appropriation de son plein potentiel. Ainsi, à la fin de l'intervention, les participantes auront démontré :

- Des désirs individuels de changement basés sur une image de soi dynamique;
- Une continuité dans les tentatives d'intégrer un changement de vie;
- Une volonté de faire des efforts pour changer.

Les objectifs personnels

Il va de soi que la planification, l'application et l'évaluation d'un projet d'intervention au niveau de deuxième cycle universitaire favorisent un processus

d'appropriation d'un plein potentiel de la part de l'intervenante. Ce processus d'appropriation est représenté par les objectifs personnels suivants :

- S'approprier des savoir, savoir-faire et savoir-être concernant l'intervention auprès de femmes défavorisées à partir d'une théorie infirmière;
- Développer une intervention d'appropriation de son plein potentiel suscitant l'amorce ou le maintien de comportements adéquats reliés à la santé du cœur chez la femme défavorisée à partir de la théorie de Fleury ;
- Développer une expertise face à cette théorie.

La littérature scientifique dans le domaine de la santé cardiovasculaire rapporte que les femmes défavorisées sont les plus à risque de développer ce type de maladies. Puisque les infirmières ont un rôle de premier plan à jouer dans la prévention des maladies, il convient de les outiller pour mieux agir en ce sens. Ce projet d'intervention permet donc de tester une façon différente d'intervenir auprès des femmes défavorisées en utilisant une approche novatrice basée sur une théorie de l'appropriation du plein potentiel issue de la discipline infirmière. À l'issue de cette intervention, le plus important n'est pas que tel ou tel comportement soit changé mais que les femmes visées croient en leur

potentiel de pouvoir changer, de pouvoir agir sur certains facteurs de risque concernant leur santé du cœur.

Revue des écrits

Les facteurs influençant l'adoption de comportements liés à la santé du cœur chez la femme défavorisée

Le présent chapitre présente les facteurs extrinsèques et intrinsèques contribuant à maintenir chez les femmes défavorisées des comportements non favorables en matière de santé du cœur.

Les auteurs consultés font resurgir des facteurs socio-économiques tels le manque de revenu (FMCC, 1997 ; Morris, Ross Kerr, Wood & Haughey, 2000), le manque de temps (FMCC, 1997 ; Gettleman & Winkleby, 2000) et le manque de soutien social (Gettleman & Winkleby, 2000 ; Pohl, & al., 1998 ; FMCC, 1997). Des programmes non spécifiques aux clientèles issues de milieux défavorisés ainsi qu'une approche non adaptée à cette clientèle utilisés par le réseau de la santé peuvent aussi être des facteurs influant sur l'adoption de comportements adéquats de santé du cœur (Lacourse, 2002). De plus, certaines politiques élaborées par nos gouvernements telle que celle de l'assurance-emploi n'aident pas les personnes défavorisées à s'en sortir puisqu'elles les dirigerait plutôt vers l'aide sociale (Émond, 2002). Enfin, des facteurs intrinsèques sont aussi identifiés : un manque de connaissances,

d'instruction (Santé Canada, 1995), une efficacité personnelle diminuée (Pohl & al., 1998 ; FMCC, 1997 ; Godin, 1996) ainsi que la perception qu'ont les femmes défavorisées envers le réseau de la santé lui-même. Tous ces facteurs influenceraient à différents degrés la décision des femmes à faibles revenus concernant l'adoption de comportements favorables à la santé du cœur.

Les facteurs extrinsèques

Parmi les facteurs extrinsèques se retrouvent les manques de revenu, de temps et de soutien social. De plus, s'ajoutent le type d'approche ainsi que les programmes utilisés par le réseau de la santé afin d'encourager les personnes issues de milieux défavorisés à entreprendre des changements de comportements en matière de santé du cœur.

Le manque de revenu.

Selon Morris et al. (2000) et la FMCC (1997), les femmes vivant sous le seuil de la pauvreté ne peuvent, à cause de leur manque de revenu, participer à des activités physiques de groupes au sein d'organismes exigeant un tarif d'inscription. De plus, d'après Gettleman et Winkleby (2000), elles n'ont pas nécessairement les moyens de faire garder leurs enfants pour ce genre de

sorties qui leur semblerait futile. Il faut ajouter qu'un faible revenu restreint aussi l'achat d'aliments sains et faibles en gras puisqu'ils sont souvent plus coûteux (FMCC, 1997 ; FMCC, 2003a), ou perçus comme plus coûteux. Enfin, les personnes vivant « ...dans la pauvreté doivent chaque jour surmonter le stress lié à la difficulté de satisfaire leurs besoins fondamentaux » (FMCC, 2003a, p. 63). D'ailleurs, Colin et al. (1992) soutiennent que certains modes de vie, comme le tabagisme, seraient parfois dictés par ce stress existentiel. Compte tenu de l'importance que revêt le niveau de revenu comme déterminant de la santé du cœur des femmes défavorisées, l'angle de la pauvreté sera abordé davantage ultérieurement.

Le manque de temps.

Toujours selon Gettleman et Winkleby (2000), le manque de temps est une barrière à l'adoption de comportements bénéfiques liés à la santé du cœur pour les femmes provenant de milieux défavorisés. En effet, compte tenu du fait qu'elles doivent, la plupart du temps, aller chercher les enfants, préparer les repas, faire le marché et autres tâches ménagères, elles n'ont plus de temps pour s'occuper d'elles-mêmes. En outre, la FMCC (1997) ajoute que le nombre d'heures supplémentaires ainsi que la multiplication des responsabilités

empêchent les femmes à faibles revenus d'adopter et de garder un mode de vie sain.

Le manque de soutien social.

Défini par Derenowski Fleury (1991) comme une source externe de rétroaction, de renforcement et d'assistance, le soutien social a une signification particulière pour les femmes et le degré de son absence joue un rôle important dans l'adoption d'un mode de vie sain (Pohl et al. 1998). En effet, selon Fields, Savard et Epstein (cités par FMCC, 1997) la femme à faibles revenus peut difficilement avoir le désir de modifier ses habitudes de vie parce qu'elle ne dispose nullement de ce soutien social qui lui serait nécessaire. Ce soutien pourrait provenir autant de la société que de sa famille. Selon Knutsen et Knutsen (1991) le soutien familial est, en effet, un déterminant puissant du comportement. De plus, selon Gettleman et Winkleby (2000), le manque de programmes et de ressources provenant de la communauté ainsi que leur besoin d'être motivées que personne ne comble sont autant d'obstacles aux changements.

Le type d'approche et les programmes utilisés par le réseau.

D'après certains auteurs (Bowlby et al., 1997 ; Godin, 1996), l'approche visant à donner des conseils ainsi que l'information persuasive ne sont peut-être pas pertinentes pour motiver les gens cherchant à faire des changements majeurs dans leur mode de vie. L'exemple du programme « Cœur en santé Saint-Henri » vient appuyer ces auteurs. Ce programme, dont l'objectif primordial était de promouvoir des comportements de santé du cœur afin d'en favoriser l'adoption, fut implanté au début des années 90 dans un quartier défavorisé de Montréal et a duré cinq ans. S'étant inspirés du modèle de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980), de celui de Precede-Proceed et de la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986) comme cadres de référence, rien n'a été négligé, aux dires des chercheurs (Paradis et al., 1995), afin de rendre le programme le plus adapté possible à la population défavorisée d'un quartier de Montréal : documents élaborés pour des individus ayant peu d'instruction, formation de personnes de la communauté pour animer des ateliers, etc. Après tous ces efforts et plus d'un million de dollars investis, les bénéfices furent minimes. En effet, O'Loughlin, Paradis, Gray-Donald et Renaud (1999) dans leur évaluation de l'impact du programme confirment que le taux de participation de la population visée ne fut que de deux à trois pour cent. De plus, la diminution du tabagisme ainsi que celle du gras dans l'alimentation ne furent pas statistiquement significatives. Ainsi, malgré tous les efforts concertés pour

adapter les interventions aux besoins de la communauté, en dépit de l'évidence du succès de certaines activités, les résultats au niveau de la communauté cible ne furent pas satisfaisants. O'Loughlin et al. (1999) font plusieurs observations en regard de ces résultats : premièrement, il est possible que les modèles utilisés habituellement pour élaborer des programmes de prévention en santé communautaire ne soient pas appropriés pour les communautés défavorisées parce qu'elles ne seraient guère compatibles avec leurs valeurs et leurs préoccupations dominantes. La faible participation constante de la communauté de Saint-Henri aux activités du programme peut suggérer que cette communauté soit plus préoccupée par ses tracas de la vie quotidienne aux niveaux économique et social qu'à celui de prévenir l'apparition de maladies cardiovasculaires dans le futur. Deuxièmement, les groupes et les organismes sollicités peuvent être incapables de s'engager à long terme puisque ce sont souvent les mêmes personnes qui organisent différentes activités dans la communauté. Troisièmement, selon Renaud et al. (1995), les prix offerts lors des concours ne correspondent pas aux besoins des gens : des prix en argent au lieu de voyages seraient peut-être préférables compte tenu de leurs faibles revenus et du haut taux de chômage. Quatrièmement, O'Loughlin et al. (1999) avancent que le faible taux de participation à l'activité de « La commande du cœur » (intervention dans les marchés d'alimentation afin de favoriser l'achat de produits sains pour la santé du cœur) était dû au fait que, dans cette population, le coût onéreux des aliments l'a emporté sur leur qualité. Cinquièmement, la

meilleure façon de rejoindre le plus de personnes possible étaient de les informer par le courrier. De plus, les auteurs ajoutent que d'avoir adressé les envois personnellement aux individus concernés aurait eu encore plus d'impact. Sixièmement, de nombreux problèmes méthodologiques tels que l'enquête téléphonique, la perte d'individus de la cohorte longitudinale et la contamination de la communauté comparative ont pu limiter la précision des instruments que les chercheurs utilisent habituellement pour mesurer adéquatement l'impact d'un programme. Enfin, Paradis et al. (1995) disent eux-mêmes que l'approche communautaire utilisée dans ce programme, soit l'atteinte d'un maximum de clientèle à moindres coûts ne visant non seulement le changement de comportements individuels mais aussi la modification de l'environnement social et physique incluant les lois publiques, n'a pas atteint l'effet escompté.

Les facteurs intrinsèques

Parmi les facteurs intrinsèques se retrouvent les manques de connaissances, d'instruction, d'efficacité personnelle et la perception négative des femmes défavorisées face au système de santé.

Le manque de connaissances des facteurs de risque et des maladies cardiovasculaires et le niveau d'éducation.

Selon le rapport de Santé Canada (1995), les Canadiennes (surtout les Québécoises) sont très mal informées des causes des maladies cardiovasculaires. De plus, la FMCC (1997), avance que les pires profils de comportements en matière de santé se retrouvent parmi les femmes peu instruites. D'ailleurs, dans sa dernière enquête sur l'état de santé du cœur, la FMCC (2003a) le confirme : « Plus le niveau de scolarité est élevé, plus les connaissances et compétences en matière de comportements sains augmentent et plus il est possible d'avoir accès à un emploi lucratif » (p. 65). Par contre, dans leur étude ayant comme objectif le développement d'un programme de prévention de maladies cardiovasculaires chez des femmes défavorisées d'ethnies diverses, Gettleman et Winkleby (2000) avancent que ces femmes défavorisées et peu instruites leur ont confirmé que si elles connaissaient ce qui se cache derrière les maladies du cœur, elles seraient plus motivées à changer leurs comportements qui risquent fortement de provoquer des maladies cardiovasculaires.

Le sentiment d'efficacité personnelle.

Plusieurs auteurs (Godin, 1996 ; Tunstall, Ginsberg & Hall, 1985 ; Sussman & al., 1994), s'entendent pour dire que l'affaiblissement de l'efficacité personnelle - décrite par Godin (1996) comme « le sentiment de capacité à adopter un comportement donné malgré la présence de difficultés qui pourraient surgir » - (p. 239) diminuerait la capacité à s'engager dans des changements de comportements. Par contre, dans leur étude, Pohl et al. (1998) confirment que plus l'efficacité personnelle est faible, plus le taux de participation à une intervention de groupe est élevé.

La perception des femmes défavorisées face au système de santé.

Lacourse (2002), une sociologue de la santé au Québec, avance que les membres des groupes défavorisés ressentent de la méfiance à l'égard des professionnels de la santé. Selon son étude, ceux-ci vont possiblement prescrire des changements qui ne pourront pas être observés par les personnes défavorisées pour des raisons soit financières ou culturelles. De plus, les professionnels, étant dans une situation de pouvoir, « imposent souvent une relation inégalitaire dans laquelle la personne éprouvera de la culpabilité, de la honte et de l'embarras » (p. 152). Cette perception contribuerait à maintenir leur

marginalisation. Colin et al. (1992) et Lapierre (1999) viennent appuyer ces dires dans leurs recherches de type qualitatif à approche participative sur des groupes de femmes enceintes défavorisées. En effet, d'après ces études, les femmes concernées ont l'impression de se faire dire quoi faire par les intervenantes et d'avoir ainsi le sentiment de perdre le pouvoir sur leur propre vie. De plus, elles ont peur d'être jugées comme de mauvaises mères et, par conséquent, de se faire enlever leur enfant. Ce qui est recommandé par les professionnelles est perçu comme une menace à leur équilibre. Les pressions subies (pour cesser de fumer, par exemple) viennent de toutes parts et sont culpabilisantes et normatives. (Colin et al., 1992) Ces pressions apporteraient d'ailleurs des effets pervers : leur consommation de cigarettes augmente, elles se sentent lésées dans leur droit individuel et fumer devient alors pour elles un moyen privilégié d'affirmation. Massé, cité par Lacourse (2002) résume bien la situation : « Pour les membres des milieux populaires, les professionnels, qui représentent le pouvoir institutionnel, appartiennent à un autre monde et détiennent le pouvoir de s'ingérer dans leur vie » (p. 158). Selon Martin et Boyer (1995), les personnes pauvres perçoivent très bien les distances sociales et sont en mesure d'évaluer si on les juge. Quand ces auteures affirment que « les intervenantes ont quelquefois tendance à voir les femmes comme peu dignes de confiance, peu responsables ou incapables d'améliorer leur situation... » (p. 32) et qu'en plus, elles utilisent un langage peu accessible, un fossé se creuse entre les femmes de milieu défavorisé et les intervenantes empêchant ainsi

l'établissement d'une relation de confiance. Lapierre (1999), dans son projet d'accompagnement de femmes enceintes défavorisées par des compagnes elles aussi défavorisées, affirme que ces dernières percevaient les infirmières engagées dans le projet comme voulant garder un pouvoir sur les connaissances. En effet, lors de la recherche, des infirmières voulaient limiter le rôle de la compagne à de l'écoute, sans aucunement favoriser la transmission, par celle-ci, des connaissances spécifiques sur la grossesse et son suivi. Lapierre (1999) explique ce comportement par le fait que les infirmières, ayant très peu de pouvoir sur l'allocation des ressources ainsi que sur les modalités de prestation de leurs services, voulaient garder le seul pouvoir qu'elles pensaient détenir : les connaissances propres à leur profession. De plus, lors de visites prénatales, les femmes se sentent peu écoutées surtout au niveau psychosocial et mettent en doute l'authenticité de cette relation d'aide compte tenu de l'aspect superficiel et du temps de certaines visites. D'ailleurs, toujours à l'intérieur de cette recherche, des infirmières avouent avoir de la difficulté à occuper leur temps de visite.

Les données présentées antérieurement confirment l'importance du contexte de la pauvreté et son influence sur l'adoption de comportements adéquats en matière de santé du cœur. Afin de comprendre de façon objective la femme défavorisée face à l'adoption de certains comportements, il faut tout

d'abord définir le terme de pauvreté et vérifier ses conséquences sur l'univers de ces femmes. La prochaine partie aborde ce contexte de pauvreté.

Un contexte de pauvreté

La définition de la pauvreté

Lors de la quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Jakarta en 1997, il fut déclaré que le plus grand danger affectant la santé est la pauvreté. Selon Lacourse (2002), la pauvreté ne peut être définie du point de vue statistique car il n'existe toujours pas de consensus sur une méthode qui servirait à la mesurer. Par contre, la pauvreté est traditionnellement définie comme l'absence ou l'insuffisance de revenus (Martin et Boyer, 1995) d'où l'établissement des « seuils de faible revenu ». On distingue alors deux sortes de pauvreté : la pauvreté absolue quand la personne n'a pas de quoi survivre puisqu'elle n'a rien pour se nourrir, se loger et se vêtir, et la pauvreté relative définie par l'écart qui existe entre la population aisée et la population plus pauvre (Lacourse, 2002). Par contre, cette définition ne tient pas compte de la situation complexe émergeant de plusieurs facettes de la vie des personnes : instruction, comportements, milieu de vie et culture (Martin & Boyer, 1995; Lacourse, 2002). Viltriani (cité dans

Mazel, 1996) définit d'une façon plus contemporaine la pauvreté en tenant compte davantage de ces dimensions : « la pauvreté est une situation des individus ou des ménages marqués par l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant la précarité du statut social » (p. 48). Lacourse (2002), quant à elle, avance que « la pauvreté se caractérise par une accumulation de manques ou d'absences sur les plans de l'avoir, du savoir reconnu et de l'être » (p. 142), ce qui élargit encore davantage le concept de la pauvreté. Enfin, la durée apporte à la pauvreté les dimensions de la précarité et de la grande pauvreté. Quand la pauvreté est transitoire et qu'elle provoque l'absence d'une ou de plusieurs conditions permettant aux individus ou aux familles d'assumer leurs responsabilités les plus élémentaires, on parle de précarité. Par contre, quand cette précarité se poursuit, elle engendre la grande pauvreté, caractérisée par l'ampleur, le cumul et la durée des problèmes (Colin et al., 1992; Martin & Boyer, 1995; Lacourse, 2002).

Les femmes et la pauvreté

Depuis 25 ans, malgré une augmentation constante du produit intérieur brut, la pauvreté s'est aggravée dans nos sociétés industrialisées (Boucher, Fotev & Koleva, 2001). Lochhead et Scott (2000) ont confirmé, dans leur étude

longitudinale de deux ans dans laquelle la pauvreté est mesurée selon le seuil de faible revenu de Statistique Canada, que les femmes courent un plus grand risque que les hommes d'être pauvres. En effet, au cours de la période visée (1993 et 1994), une femme sur quatre a vécu dans la pauvreté comparativement à un homme sur six. Il est à noter que, dans cette étude, l'appauvrissement des femmes provenait surtout de la diminution du revenu familial due à la perte de leur emploi, de celui de leur conjoint ou du départ de ce dernier. Cette étude révèle aussi que l'assistance sociale et l'assurance emploi ne sont guère utiles pour protéger les femmes de la pauvreté. Émond (2002), dans son rapport brochant le portrait de la pauvreté en Outaouais, abonde dans le même sens. En effet, elle avance que les politiques actuelles de l'assurance emploi ayant diminué les critères d'admissibilité, la couverture est beaucoup plus faible qu'elle ne l'était. Ainsi, les femmes doivent-elles faire appel aux prestations d'aide sociale pour survivre et ces dernières ne leur permettent même pas de subvenir adéquatement à tous leurs besoins. En 1995, 21% de la population de l'Outaouais vit sous le seuil de faible revenu. De cette population, 39,4% sont des familles monoparentales comparativement à 12,9% pour des familles biparentales. Il ressort donc de cette étude que les femmes sont en général plus pauvres que les hommes et que leur situation est d'autant plus précaire qu'elles sont souvent à la tête d'une famille monoparentale : 80% de ces familles sont en effet dirigées par des femmes (Centraide outaouais, 2000).

Selon Dubet (2000), les acteurs du système de santé ont une conscience de plus en plus aiguë de l'existence des inégalités et par conséquent des nombreux impacts de la pauvreté sur la vie des individus. Les personnes adoptent des habitudes de vie ayant sur la santé les effets dévastateurs suivants: il y a « deux fois plus de maladies cardiovasculaires, de cancers --sauf le cancer du sein--, de maladies respiratoires, d'ulcères gastro-duodénaux, d'accidents et de maladies ostéo-articulaires » chez les personnes défavorisées. (Colin, citée par Lacourse, 2002, p. 138). De plus, considérant la maladie comme dérangeante, elles sont portées à la nier (Lacourse, 2002). Ainsi, tolèrent-elles davantage la douleur et les inconvénients de la maladie, ce qui a comme conséquence d'avoir un état de santé beaucoup plus altéré lorsqu'elles consultent.

Dans leur recherche participative à approche compréhensive, Colin et al., (1992) ont rencontré 16 femmes provenant de milieux très pauvres. Elles ont constaté que ce n'est pas par ignorance que ces femmes fument mais plutôt pour contrer le stress et prévenir la violence envers les enfants. Par contre, ce comportement de santé a des impacts négatifs importants sur les bébés de ces femmes et sur elles-mêmes. En effet, selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993), les taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance des bébés chez les femmes défavorisées sont de deux à trois fois plus élevés que ceux observés chez les femmes de milieux

favorisés. Dix ans plus tard, Lacourse (2002) avance que les personnes défavorisées conçoivent les habitudes de vie telles que la mauvaise alimentation, le tabagisme et la consommation d'alcool non pas comme des facteurs de risque ou des causes de maladies mais comme des moyens de rendre la vie plus supportable et l'existence plus douce. La cigarette demeure la seule récompense immédiatement accessible. Compte tenu du fait qu'elles ne peuvent envisager l'avenir d'une façon décente, la prévention a peu de signification pour elles. Elles vivent au jour le jour, avec les plaisirs du moment et en situation de constante survie. Parce que toutes leurs énergies sont dépensées pour l'habitation et pour une alimentation suffisante, l'habillement, les loisirs et les services d'une gardienne deviennent extrêmement difficiles à combler correctement. De plus, selon Robichaud, Guay, Colin, Pothier et Saucier (1994), la pauvreté prive les personnes des exigences essentielles à leur intégration dans la société et à leur participation à l'essor de celle-ci. Mazel (1996) explique cette situation par la rupture des liens sociaux que cause la pauvreté : moins de travail, pas d'argent pour sortir, etc. Faisant face tous les jours à des préjugés, à du mépris, à du rejet et à de la méfiance, (Colin et al., 1992; Lapierre, 1999), Robichaud et al. (1994) ajoutent que la pauvreté marginalise, diminue le sentiment de compétence personnelle et porte atteinte à la dignité humaine. Par le fait même, elle apporte une diminution du soutien social ainsi qu'une gêne et une honte d'aller vers les autres. Aussi, leurs niveaux de stress et de détresse psychologique sont plus

élevés non seulement à cause des facteurs mentionnés précédemment mais aussi à cause des situations qu'elles vivent : déménagements fréquents, mariages, décès et problématique liée au paiement des factures (Boyer & Brodeur, 2001). Enfin, les personnes défavorisées ressentent un sentiment d'impuissance face au contrôle de leur vie (Colin, Lavoie & Poulin, 1990), ce qui les place en situation de non pouvoir, d'impuissance et de dépendance (Lacourse, 2002). D'après toutes ces données, il n'est pas difficile d'avancer que les femmes défavorisées courent un plus grand risque d'être malheureuses, d'être dépressives et d'avoir une estime de soi diminuée (Émond, 2002). On peut donc conclure avec assurance que la pauvreté, avec ses répercussions nombreuses et complexes, se présente comme la plus redoutable calamité des familles d'aujourd'hui. (Lapierre, 1999)

La prochaine partie de cet essai aborde la pertinence d'utiliser l'approche par appropriation du plein potentiel lors d'interventions auprès d'une population défavorisée ainsi que le cadre théorique de la présente intervention : la théorie de Fleury (Derenowski Fleury, 1991).

Le cadre théorique

Comme mentionné précédemment, il est clair que le système de santé n'est pas sur la même longueur d'onde que les personnes défavorisées quant à leurs valeurs et à leurs besoins et que plusieurs de ses intervenants et de ses intervenantes ont une vision de la santé qui ne rejoint pas celle des personnes provenant de milieux défavorisés (Lacourse, 2002). Le système de santé doit donc s'ajuster et s'adapter aux conditions de vie et aux valeurs des milieux défavorisés s'il veut les atteindre réellement par ses projets de promotion de la santé et de prévention de la maladie. En effet, comme l'a démontré Lapierre (1999), la condition indispensable à respecter pour garantir une réussite des interventions auprès des personnes défavorisées est de se situer de leur côté, c'est-à-dire comprendre leurs valeurs et leur culture, abolir les préjugés à leur égard et surtout les respecter dans ce qu'elles sont. Les intervenants devraient donc construire leurs interventions à partir de la pierre angulaire qu'est le potentiel des personnes défavorisées. (Colin et al., 1992).

*Illustration d'une stratégie d'intervention par l'appropriation de son plein
potentiel*

Au Québec, le programme d'intervention périnatal en milieux défavorisés – Naître égaux-Grandir en santé (NÉ-GS) – rejoint les objectifs renouvelés du système de santé québécois à la fin du XXe siècle : Établir une relation de confiance avec les femmes défavorisées et leur offrir un soutien global (Boyer & Brodeur, 2001) tout en favorisant le développement de leur plein potentiel. Ce programme, issu de nombreuses réflexions de la part d'intervenantes surtout du domaine de la périnatalité oeuvrant en milieux défavorisés (Martin & Boyer, 1995) et appuyé sur de nombreux consensus scientifiques en ce qui a trait aux stratégies d'intervention (Bonneau et al. 2002), voit le jour en 1989 dans différents CLSC de Montréal. Afin d'en étendre la portée et d'en assurer le succès, une formation est donnée à 500 intervenantes en périnatalité provenant de CLSC et de Départements de santé communautaire du Québec. Cette formation est axée sur les « conditions gagnantes » liées à l'intervention en milieu défavorisé : « une approche respectueuse des personnes, de leur dignité et de leurs valeurs et une qualité d'intervention qui assure continuité et globalité et qui vise à répondre aux besoins insatisfaits; une relation de qualité entre la femme enceinte et l'intervenante; le travail en équipe et l'appui de la direction. » (Martin & Boyer, 1995, p. 1) De plus, ces auteurs décrivent très bien la qualité des attitudes que

devraient avoir les intervenantes oeuvrant auprès d'une clientèle défavorisée : empathie, ouverture d'esprit, respect des compétences et des valeurs de la personne, reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur l'adoption de comportements et les choix de la personne. Il est intéressant de constater que ces qualités et ces compétences humaines rejoignent de près celles priorisées par le groupe de femmes défavorisées consultées par Colin et al. (1992) dans leur recherche qualitative : compréhension, absence de jugement, confiance, vérité et respect.

Afin d'évaluer l'impact de ce programme, un essai clinique randomisé (Boyer & Brodeur, 2001) est amorcé pour une période de quatre ans. NÉ-GS est appliqué sur un groupe expérimental de femmes enceintes (n=670) n'ayant pas terminé leur secondaire V et vivant sous le seuil de la pauvreté. À partir de la 20^e semaine de grossesse, ces femmes reçoivent des suppléments alimentaires tels que des œufs, du lait et du jus d'orange (OLO) ainsi que le suivi personnalisé du programme NÉ-GS. Quant aux femmes du groupe contrôle (qui avaient exactement les mêmes caractéristiques que le groupe expérimental), elles reçoivent aussi des suppléments alimentaires mais par l'entremise du laitier ou des coupons avec lesquels elles peuvent s'en procurer. Par contre, toutes les participantes sont libres d'utiliser ou non les services de leur communauté.

Des résultats probants ressortent de cette recherche quant aux impacts du programme NÉ-GS. En effet, 50% des femmes enceintes défavorisées des quartiers ciblés sont rejointes et, sur 1340 participantes, il n'y a que 21 abandons stricts, ce qui, aux yeux des chercheurs constitue un excellent résultat (Boyer & Brodeur, 2001). Quatre vingt dix pour cent des femmes du groupe expérimental profitent des services courants de leur CLSC contre 23% pour le groupe contrôle. Ainsi, les femmes du groupe expérimental bénéficient nettement d'un plus grand soutien social et ont moins de symptômes dépressifs postnatals. Boyer et Brodeur (2001) avancent que cet impact est majeur, puisque des problèmes de santé mentale peuvent nuire à la relation de la mère avec son enfant. On observe d'autres changements positifs au niveau des comportements de santé : les femmes du groupe expérimental accroissent leur consommation de produits laitiers, de vitamines et de légumes. Par contre, aucune différence ne s'observe chez les participantes des deux groupes, quant à leur santé prénatale, aux complications liées à l'accouchement ainsi qu'à leur santé postnatale immédiate, sauf une tendance à faire moins d'anémie postnatale ($p = 0.055$)¹ chez les femmes du groupe expérimental. Deux fois plus de mères nourrissent leur bébé avec des préparations pour nourrisson au lieu de lait de vache. Enfin, avec ou sans programmes, les trois quarts des femmes reçoivent un suivi médical recommandé.

¹ Résultat statistiquement significatif si $p \leq 0,05$

Pourquoi une intervention basée sur une approche par appropriation du plein potentiel génère-t-elle des résultats aussi importants ? Aucune réponse claire et précise ne peut être donnée jusqu'à ce jour puisque l'étude de ce processus n'est encore qu'à l'état embryonnaire dans plusieurs disciplines des sciences sociales comme dans celle des sciences de la santé. Selon Ouellet et al. (2000), le concept du processus d'appropriation du plein potentiel demeure difficile à délimiter. Toutefois, Le Bossé et Lavallée (1993) avancent que le processus d'appropriation du plein potentiel « permet de cerner de près une réalité importante : des personnes ayant des conditions de vie incapacitantes (chômage, pauvreté, marginalité, etc...) prennent leurs affaires en main et font avancer leur cause. » (p. 11) Toujours d'après Le Bossé et Lavallée (1993), ce processus créerait un affranchissement individuel par la réappropriation active du pouvoir thérapeutique de l'individu. D'ailleurs, la définition qu'en font ces deux auteurs --ils utilisent plutôt le vocable « empowerment » -- peut aussi expliquer l'impact de cette approche :

Un processus par lequel une personne, qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elles ou pour ses proches. Ce sentiment peut déboucher sur l'exercice d'un contrôle réel. Le processus d'empowerment est fréquemment initié par une forme ou une autre de réaction (crise, révolte, etc...) aux conditions de vie auxquelles la personne est soumise. Le développement du processus s'appuie sur la mise en pratique ou l'acquisition d'attitudes psychologiques (i.e. estime de soi, motivation à l'action, prise de conscience, etc...) et de conditions environnementales (i.e. qui facilitent le processus) particulières. (p. 17)

Aider les femmes défavorisées à amorcer et à maintenir un changement de comportement lié à la santé du cœur signifie susciter chez elles un processus d'appropriation de leur potentiel. Or, une théorie développée par une infirmière américaine oeuvrant à l'Université de l'État de l'Arizona est justement basée sur l'approche par appropriation du plein potentiel. Il s'agit de la théorie de Fleury² (Derenowski 1990 ; Derenowski Fleury, 1991) sur l'appropriation du plein potentiel suscitant la motivation vers un mieux-être. Peu ou pas connue par les professionnelles de la santé du système québécois, cette théorie a comme particularité d'avoir été élaborée selon une approche de théorisation ancrée mettant en lumière les stratégies utilisées par des individus initiant et maintenant des changements de comportements de santé du cœur. Les concepts sous-jacents à ces stratégies, bien définis par Derenowski Fleury (1991), serviront d'étapes à suivre lors de l'élaboration du plan d'action de cette intervention.

La théorie de l'appropriation de son potentiel de Fleury

Basée sur l'appropriation de son plein potentiel, la théorie de Fleury (Derenowski, 1990) permet d'expliquer le phénomène de la motivation intrinsèque d'une personne lorsqu'il s'agit d'initier et de maintenir des

² La théorie est connue sous le nom de Fleury. Par contre, l'auteur se nommait Derenowski lors de la publication de sa thèse de doctorat.

comportements de santé adéquats. La compréhension de cette motivation individuelle à initier et à maintenir des changements de comportements est, selon Oldridge cité par Derenowski Fleury (1991) un premier pas important dans le développement de programmes durables de modification de facteurs de risques de maladies plus particulièrement celles du système cardiovasculaire. L'appropriation de son potentiel, selon Derenowski Fleury (1991) est un processus continu de croissance et de développement individuel facilitant l'émergence de modèles de comportements de santé nouveaux et positifs.

Cette théorie regroupe deux systèmes conducteurs omniprésents tout au long du processus de l'appropriation de son plein potentiel soit : la *représentation de son propre changement* et les *systèmes de soutien social*. Le premier reflète la représentation de façons d'être que l'individu valorise de même que la création d'énoncés d'actions centrées sur ces valeurs. Le second représente des sources externes de rétroaction, de renforcement et d'assistance. Ces deux systèmes conducteurs chapeautent les trois étapes du processus de changement : l'évaluation de la volonté à changer un comportement, le changement et l'intégration du changement. Ces trois étapes du processus de changement illustrent bien le mouvement de l'individu vers une modification continue des facteurs de risque et le maintien des

changements de styles de vie. La théorie de Fleury est représentée sous forme de schéma à la Figure 2. Au cours de la première étape, les sujets examinent leurs comportements présents en relation avec leurs préférences et leurs valeurs. En plus, ils regardent les ressources disponibles pour effectuer les changements ainsi que leurs habiletés à initier un changement couronné de succès. Cette étape comprend trois stratégies :

- En *réévaluant* les efforts initiés antérieurement suite à des signaux reçus soit par des symptômes physiques ou des personnes environnantes, l'individu constate un écart entre le comportement actuel et le comportement désiré ce qui renforce sa perception à changer de comportement et le motive dans ses efforts à initier l'adoption de comportements de santé adéquats.
- En *identifiant des barrières*, l'individu reconnaît des obstacles potentiels (psychologiques et environnementaux) qui peuvent l'empêcher à initier et à maintenir des changements dans son style de vie.
- En *s'appropriant son propre changement*, la personne accepte la responsabilité des changements désirés et identifie les actions à poser pour initier et maintenir ces changements.

Dans l'étape du *changement*, l'individu élabore ses propres stratégies de changement de comportement et utilise ses propres mécanismes de contrôle afin d'atteindre ses buts. Cette étape comprend cinq stratégies :

- En *établissant des stratégies*, la personne maintient des attentes réalistes face au changement, accroît son sentiment d'efficacité tout en ayant le contrôle sur les résultats potentiellement incontrôlables.

LA THÉORIE DE FLEURY

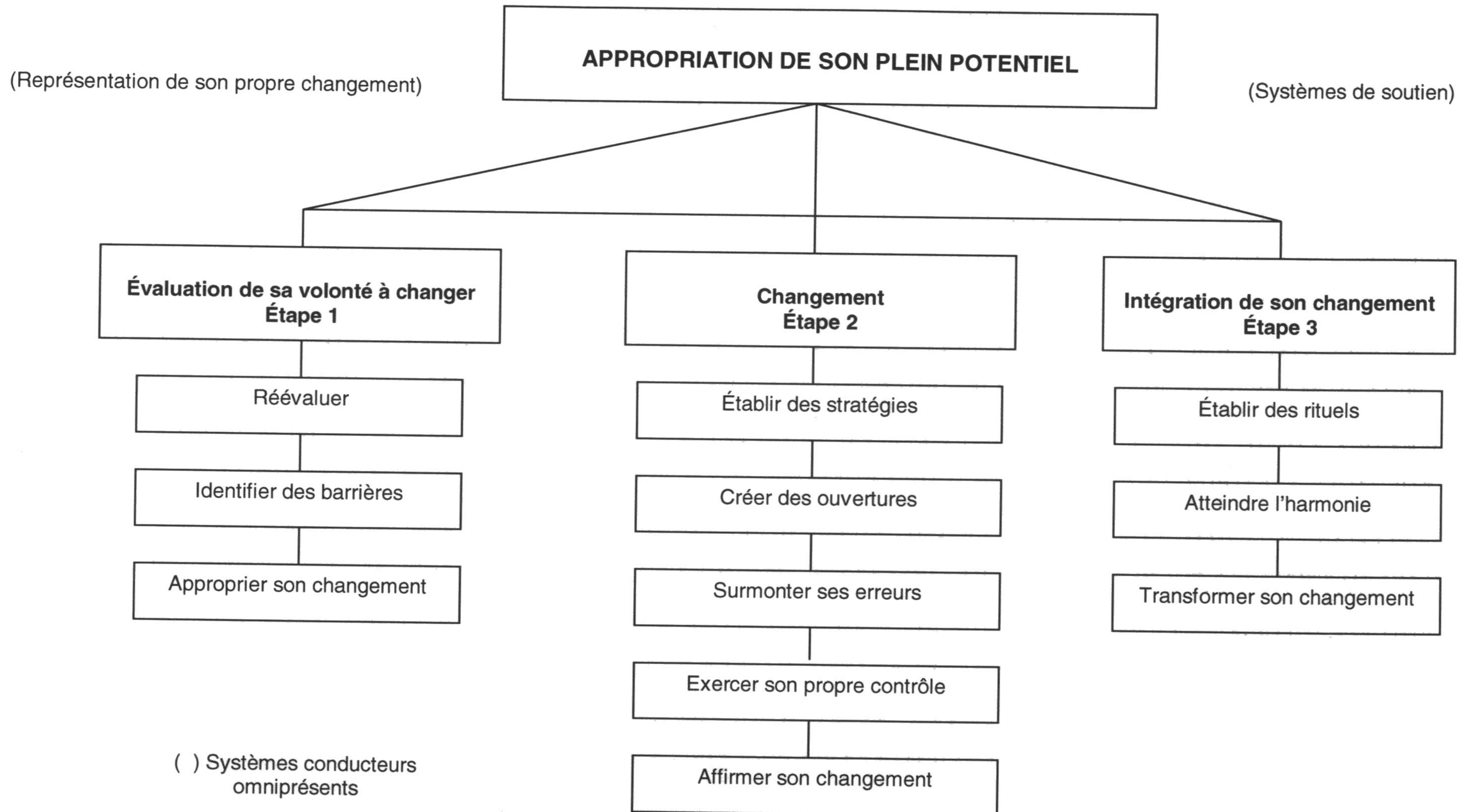


Figure 1. La théorie de l'appropriation de son plein potentiel de Fleury (traduction libre de l'auteure)

- En *créant des ouvertures*, le manquement n'est pas perçu comme une erreur mais répond plutôt à une norme créée par la personne elle-même. Ainsi, l'individu s'alloue une certaine flexibilité face aux demandes situationnelles ou provenant de l'individu lui-même. Cette flexibilité permet à la personne de ne pas ressentir un sentiment d'échec s'il ne suit pas ses stratégies à la lettre.
- En *surmontant ses erreurs*, l'individu entreprend des actions pour prévenir une perte de contrôle et permettre ainsi la réinitialisation du comportement à changer. Cette erreur est vue comme temporaire et n'est pas perçue comme un échec par l'individu. Au contraire, elle est vue plutôt comme une conséquence naturelle lorsqu'on prend un risque et un désir d'améliorer son comportement de santé.
- En *exerçant son propre contrôle*, l'individu revient sur les objectifs fixés antérieurement comme critères de performance et progresse vers l'atteinte des buts. Cette étape joue un rôle important dans le maintien de normes internes de comportement.
- Enfin, en *affirmant son changement*, le comportement de l'individu reflète l'expression de la valeur des comportements de santé choisis vers l'atteinte des buts fixés. A travers cette étape, la personne renforce ses intentions de changement en voyant le côté positif et encourageant de son changement de style de vie.

Enfin, la dernière étape consiste à *intégrer le changement*. À ce moment, l'individu commence à percevoir les effets bénéfiques des changements et ils font partie de son style de vie. Cette étape comprend trois stratégies :

- En *s'établissant des rituels*, la personne intègre dans ses activités de la vie quotidienne ses nouveaux modèles d'action. Les individus expriment des sentiments de contrôle et d'efficacité accrus sur leur nouveau comportement de santé dans l'atteinte des buts fixés.

- En *atteignant l'harmonie*, la personne a le sentiment de se considérer beaucoup plus comme un être entier faisant un tout avec son environnement.
- Enfin, à la dernière étape, l'individu, en *transformant son changement* s'établit de nouveaux buts. Cette transformation lui fait réaliser son plein potentiel. De plus, il développe un sens accru de contrôle sur ses futurs résultats de santé.

La théorie de la motivation vers un mieux être par l'appropriation de son plein potentiel (Derenowski Fleury, 1991) est le cadre de référence choisi comme guide de cette intervention auprès de femmes défavorisées.

La pertinence d'utiliser l'approche par appropriation du plein potentiel

Comme mentionné au chapitre de la revue des écrits, la pauvreté peut handicaper les femmes à tous points de vue : acquisition de ou accès aux connaissances, altération de l'efficacité personnelle, diminution de l'estime de soi, handicap face à l'initiation et au maintien de meilleures habitudes de vie, absence d'implication dans la construction de la société. De surcroît, les femmes défavorisées seraient méfiantes envers le système de santé principalement à cause d'interventions trop directives et non respectueuses de leurs valeurs et de leur culture. Elles se perçoivent donc comme ayant très peu de pouvoir sur leur agir et leur vie. Ainsi, une intervention ayant comme

approche l'appropriation de son plein potentiel vient donner espoir aux intervenantes voulant atteindre les femmes défavorisées de notre société. Favoriser chez les individus l'appropriation de ses pouvoirs devient la clé de l'intervention en milieu défavorisé. En effet, des chercheurs (Le Bossé & Lavallée, 1993 ; Ouellet & al., 2000 ; St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul & Archambault, 2001), s'interrogeant sur le déroulement du processus d'appropriation du plein potentiel et son impact sur la trajectoire de vie d'un individu ont conclu ceci : L'approche par appropriation du plein potentiel favorise la réflexion et la prise de conscience de la situation, de ses forces et de ses faiblesses, développe à la fois l'estime de soi et le sentiment de compétence et, finalement, suscite des prises de décisions qui correspondent aux attentes et aux besoins de l'individu. De plus, elle encourage l'apprentissage et le développement d'habiletés nouvelles suscitant le passage à l'action. Enfin, elle développe des relations avec le milieu, redonne du pouvoir et améliore les conditions de vie de l'individu. Parmi les théories se réclamant de l'approche par appropriation de son plein potentiel, celle de Fleury, issue de la discipline infirmière, semble prometteuse. Comme présenté précédemment, cette théorie décrit les stratégies utilisées par des individus initiant et maintenant des changements de comportement en matière de santé du cœur. Cette démarche d'appropriation de son plein potentiel devient ainsi le cadre de référence de l'intervention proposée pour l'amélioration de la santé

du cœur des femmes de milieux défavorisés et il est à souhaiter qu'il s'avère un choix judicieux. La prochaine partie présente la méthode de l'intervention.

La méthode

Le but de ce projet d'intervention est de susciter l'amorce ou le maintien, chez un groupe de femmes défavorisées, d'un changement de comportement en matière de santé du cœur par une approche d'appropriation de son plein potentiel dont le cadre est la théorie de Fleury. Ainsi, les participantes, ont l'opportunité, avec l'aide d'un système de soutien, de construire leur propre changement. Lors de la première étape, elles évaluent leur volonté à changer leur comportement de santé. Après une prise de conscience de leurs facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et l'examen de leurs comportements actuels en relation avec leurs préférences et leurs valeurs, elles peuvent par la suite, examiner les obstacles ou les facteurs extrinsèques ou intrinsèques contribuant à les empêcher d'amorcer ou de maintenir un changement de comportement de santé et déterminent sur lequel ou lesquels de ces facteurs elles peuvent avoir du pouvoir. Elles évaluent aussi les habiletés qu'elles possèdent contribuant à initier un changement couronné de succès. Les participantes, après avoir déterminé quel changement elles désirent entreprendre, identifient les actions à poser afin d'initier et maintenir ces changements. À l'étape du changement, les participantes élaborent leurs propres stratégies de changement de comportement et utilisent leurs propres mécanismes de contrôle afin d'atteindre leurs buts. Enfin, à la dernière étape, les participantes intègrent leur changement. Elles commencent donc à

percevoir les effets bénéfiques de ces changements et ils font partie de son style de vie. Ainsi, à la fin de cette intervention, elles pourraient avoir atteint leur plein potentiel ou un certain potentiel dépendamment du cheminement de chacune.

Cette partie de l'essai présente les différents éléments contribuant à la réalisation de cette intervention ainsi qu'à son évaluation. Tout d'abord, le recrutement des participantes, les critères déterminant le profil des participantes ainsi que le moment de l'intervention y sont décrits. Par la suite, se retrouvent le déroulement des rencontres et les stratégies d'intervention, l'application de la théorie de Fleury et les indicateurs du processus d'appropriation du plein potentiel. Enfin, le moyen d'évaluation de l'intervention ainsi que ses considérations éthiques y sont présentées.

Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes se fait dans un Centre d'éducation offrant des programmes de formations professionnelles et générales. La majorité de la clientèle y est dirigée par des organismes tels que Emploi Québec ou Assurance Emploi. Ainsi, la formation est subventionnée et suivie de près par les agents gouvernementaux affectés à chaque élève. En plus de

donner accès à la clientèle visée, ce Centre est choisi parce que l'intervenante y a enseigné pendant plusieurs années et que le contact avec la direction y est excellent. De plus, les valeurs humanistes et de compassion qui y sont véhiculées sont reliées à l'âme même de cette intervention. D'ailleurs, le projet réalisé par la direction consistant à aider et à encourager un groupe de mères célibataires provenant de milieux défavorisés à terminer des études secondaires ou professionnelles témoigne de ces valeurs. C'est donc à l'intérieur de ce groupe que se fait le recrutement des participantes.

La formation du groupe de mères célibataires par l'administration du Centre a lieu durant le mois de septembre 2004. La première rencontre générale de sensibilisation aux activités offertes à ce groupe pour l'année scolaire 2004-2005, appelée dans cette intervention rencontre pré-intervention, se fait le 15 octobre. À ce moment, tous les intervenants impliqués sont présentés au groupe par la directrice : la travailleuse sociale, l'organisateur communautaire et l'intervenante de ce projet. Chaque personne présente les différentes raisons de sa présence au Centre. Après avoir expliqué les objectifs de la présente intervention à l'aide d'une feuille d'invitation (voir Appendice A), les femmes (n=19) sont invitées à compléter le questionnaire sociodémographique présenté à l'Appendice B. Dix sept femmes (n=17) le complètent.

Lors de cette rencontre pré-intervention, les femmes sont informées des dates ultérieures des rencontres spécifiques à l'intervention : le 22 octobre, le 19 novembre, le 3 décembre, le 14 janvier et une autre à une date encore indéterminée et si nécessaire selon les besoins formulés par les participantes.

Un nombre de dix personnes sera gardé lors de la prochaine rencontre puisque, selon Colin et al. (1992), le fonctionnement en petit groupe est conseillé lors d'une approche de type participatif. Il est à noter que, lors de cette intervention, seul le processus de discussion collective est emprunté à l'approche participative puisque Burns et Groves (2001) avancent que ce processus favorise des interactions efficaces entre les participantes et l'intervenante en plus de les impliquer dans leur processus de changement et d'appropriation.

Le choix des participantes se fait selon les critères suivants :

Femmes âgées entre 16 et 25 ans. Selon la FMCC (2003a), les jeunes présentent de plus en plus un risque élevé de MCV. En effet, 38,7% des adolescentes sont sédentaires et plus du quart des jeunes adultes présentent un excès de poids. Une jeune femme entre 18 et 19 ans sur cinq fume chaque jour. Malheureusement, les mauvaises habitudes acquises pendant la

jeunesse persistent la plupart du temps avec l'âge. Plusieurs auteurs (Bonneau, Fortier & Fortin, 2002 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998) affirment l'importance d'intervenir en amont des problèmes et tôt dans la vie de l'individu parce que les habitudes de vie ne sont pas encore ancrées trop profondément.

Femmes défavorisées : ayant un revenu égal ou inférieur au seuil de pauvreté identifié par le Québec. Établis à partir de la Mesure de faible revenu de Statistique Canada et de la Mesure du panier à la consommation, le Québec a défini lui-même (Lévesque & Chouinard, 2003) ses niveaux de seuil de pauvreté : \$ 10,800.00 pour une personne seule, \$ 15,500.00 pour une personne chef de famille monoparentale avec un enfant, \$ 18,200.00 pour une personne chef de famille monoparentale avec deux enfants, \$ 22,000.00 pour une personne chef de famille avec trois enfants et enfin, \$24,500.00 pour les familles de plus de trois enfants.

Femmes ayant une scolarité moindre ou égale à un secondaire V. Dans son étude de 2003 sur le Fardeau croissant des MCV et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, la FMCC (2003) confirme que plus le niveau de scolarité est élevé, plus les connaissances et les compétences individuelles en matière de comportements adéquats de santé du cœur augmentent.

Si toutes les participantes possèdent ces critères, le choix des participantes sera fait par tirage au sort dans le but d'en garder un nombre inférieur ou égal à dix, tel que conseillé par Collin et al. (1992).

Moment de l'intervention

L'intervention se déroule de la mi-octobre à la fin janvier. Ce temps de la mi-octobre fut choisi afin de permettre au Centre de s'organiser en début d'année scolaire (l'approbation du projet ainsi que le contrat signé se retrouvent à l'Appendice C).

Déroulement des rencontres et stratégies d'intervention

Environ aux trois semaines, les participantes assistent à une rencontre de groupe qui dure plus ou moins 2 heures. Afin d'allier le plus possible le contexte favorable à une intervention d'appropriation du plein potentiel qui se doit d'être prolongée sur plusieurs mois (Ouellet et al., 2000) et celui d'un projet de maîtrise qui se doit d'avoir une fin, l'intervention se réalise dans un laps de temps de 5 mois. D'ailleurs, cette durée de cinq mois rejoint les

critères d'admissibilité que St-Cyr Tribble et al. (2001) exigent de leurs participants parents dans leur recherche concernant la compréhension et l'évaluation de pratiques d'« empowerment » auprès de familles vivant des problématiques parentales : avoir participer au moins à trois rencontres sur une base intensive. De plus, ces rencontres doivent être régulières aux semaines, aux deux semaines ou au mois. Les périodes de plus ou moins trois semaines entre chaque rencontre sont planifiées dans le but de favoriser des moments de réflexion et d'action suffisamment longs chez les participantes. Ces rencontres ont lieu en avant-midi et remplacent la formation régulière en cours. Il y a quatre rencontres, ce qui est aussi en accord avec les critères de St-Cyr Tribble et al. (2001). L'ouverture à l'organisation d'une rencontre supplémentaire en février est présente dès le début afin de respecter les besoins manifestés par les participantes tout au long de leur processus de changement. Les thèmes des discussions de chaque rencontre, présentés aux Tableaux 2 à 7, ainsi que les questions posées, présentées dans l'application de la théorie de Fleury, sont élaborés à partir des concepts et des sous-concepts de la théorie de l'appropriation de son potentiel de Fleury (Derenowski Fleury, 1991). En outre, ils sont reliés aux besoins manifestés par les participantes au fil des rencontres. D'ailleurs, attitude essentielle dans une optique de processus d'appropriation de plein potentiel, l'intervenante demeure ouverte à toutes suggestions de sujets touchant la santé du cœur et n'étant

Tableau 2

Première étape : La reconnaissance de l'ouverture au changement 22 octobre 2004

Objectifs	Activités et intention	Ressources matérielles
<p>1. Réévaluer les efforts antérieurs ou les signaux reçus soit physiques ou soit provenant de tierces personnes ayant trait à la présence de facteurs de risque de MCV.</p>	<p>1a. Faire compléter le test Avez-vous bon cœur. afin qu'elles puissent reconnaître lequel ou lesquels elles présentent.</p>	<p>Test Avez-vous bon cœur?</p>
	<p>1b. Réflexion en groupe sur la présence de signaux ou de commentaires reçus des autres afin qu'elles soient conscientes de l'impact que cela a produit sur leur comportement de santé.</p>	<p>Documents d'informations diverses sur les facteurs de risque des MCV.</p>
	<p>1c. Réflexion en groupe afin d'identifier des efforts entrepris suite à la constatation de la présence de signaux ou de messages reçus.</p>	<p>Tableau et craie</p>
	<p>1d. Discussion sur les mécanismes d'adaptation efficaces elles ont utilisés lors de résolution de problèmes antérieurs afin de leur faire prendre conscience de leurs capacités à décider, à s'adapter et à entreprendre des changements et de plus, à les maintenir.</p>	
	<p>2a. Animation d'une tempête d'idées afin qu'elles puissent identifier des obstacles au changement (valeurs, cultures, matériels, etc). Suite à cette réflexion, elles pourront déterminer sur lesquels elles peuvent agir.</p>	
<p>2. Identifier des barrières empêchant la personne à initier et à maintenir un changement de style de vie.</p>		

Tableau 3

Première étape : La reconnaissance de l'ouverture au changement (suite) 19 novembre 2004

Objectifs	Activités et intention	Ressources matérielles
1. S'approprier son changement (suite)	1a. Tour de table afin de connaître les résultats de leur réflexion des dernières semaines sur leur changement de comportement possible.	
Deuxième étape : le changement		
1. Établir des stratégies	1a. Discussion de groupe afin de guider le groupe de femmes à maintenir des espérances réalistes de changement et ainsi détenir le contrôle de ses gestes. Faire ressurgir les peurs face au changement.	Goûter santé Document guidant l'élaboration du journal de bord
2. Se créer des ouvertures	2a. Discussion de groupe afin de favoriser le choix d'écarts réalistes et acceptables : ainsi, le manquement ne serait pas perçu comme une erreur mais répondra plutôt à un standard créé par elle-même. 2b. Mise en commun des difficultés rencontrées antérieurement lors d'expériences vécues face à des changements de comportement.. Renforcement.	Prix de présence

Tableau 4

Deuxième étape : le changement 19 novembre 2004 (suite)

Objectifs	Activités et intention	Ressources matérielles
3. Surmonter ses erreurs	3a. Orientation de la réflexion afin que les femmes puissent utiliser leurs manquements comme une opportunité de se réévaluer et d'apprendre davantage sur sa façon de se comporter lors de telles situations.	
4. Exercer son propre contrôle	4a. Discussion de groupe suscitant une réflexion sur la démarche de changement entreprise afin de progresser et d'atteindre ses objectifs. 4b. Encouragement à un retour en arrière sur le contrat signé afin de maintenir ses engagements.	
5. Affirmer son changement	5a. Encouragement à une réflexion dans les prochaines semaines : comportements nouveaux reflétant de nouvelles valeurs de santé choisies afin de leur faire réaliser que leur changement est un fait.. 5b. Discussion de groupe afin de vérifier la possibilité d'un besoin de formation réalisée à la prochaine rencontre.	

Tableau 5

Deuxième étape : Le changement (suite) 3 décembre 2004

Objectifs	Activités et Intention	Ressources matérielles
1. Affirmation de son changement	1a. Discussion de groupe afin de susciter un questionnement sur leur processus de changement.	Test sur l'alimentation
	1b. Regard sur le Guide alimentaire canadien (GAC) afin de favoriser sa compréhension.	GAC et son guide de d'explication.
	1c. Formation dans le but de développer des habiletés à reconnaître les portions des différents groupes alimentaires suggérés par le GAC.	Feuille : comment lire les étiquettes
	1d. Formation dans le but de développer des habiletés à lire adéquatement les étiquettes alimentaires afin de reconnaître leurs valeurs nutritives et leurs contenus de matières santé.	Goûter santé avec évaluation du contenu
		Prix de présence

Tableau 6

Troisième étape : L'intégration du changement 14 janvier 2005

Objectifs	Activités et Intention	Ressources matérielles
1. Établir des rituels	1a. Tour de table et discussion de groupe afin de vérifier où elles en sont rendues dans leur processus de changement.	Questionnaire d'évaluation de l'intervention
2. Atteindre l'harmonie	2a. Tour de table et discussion de groupe afin de vérifier comment elles se sentent dans leur vie de tous les jours compte tenu de leur changement de comportement de santé.	Questionnaire sur le processus de changement
	2b. Questionnaire à compléter sur l'intégration de son changement afin de leur susciter un questionnement sur leurs comportements actuels de santé.	Goûter santé
		Prix de présence
3. Transformer son changement	3a. Tour de table et discussion de groupe sur les objectifs futurs à atteindre afin de leur faire prendre conscience qu'elles avaient fait d'énormes progrès et qu'elles avaient encore possiblement des objectifs à atteindre.	
	3b. Questionnaire à compléter sur l'appréciation générale de l'intervention afin de savoir les perceptions des participantes quant à ses forces et à ses faiblesses.	

pas inclus d'emblée dans les plans d'action. En plus des discussions de groupes, des activités avec du matériel concret sont prévues si les participantes en manifestent le besoin : Présentation du Guide alimentaire canadien, tests sur la bonne alimentation, activité de lecture et d'interprétation des informations contenues sur les étiquettes des produits alimentaires.

Tel que suggéré par Collin et al. (1992) et Lapierre (1999), les stratégies d'intervention lors de toutes les rencontres sont teintées d'une approche compréhensive permettant de saisir la vision du monde des femmes participantes face à leur santé du cœur. Le rôle de l'intervenante en est un d'accompagnatrice et de guide dans le processus de changement des participantes. Elle suscite les réflexions dans le même sens que ceux des étapes de la théorie de Fleury. De plus, toute formation est faite selon les besoins démontrés par les participantes afin d'éviter les conseils et l'information persuasive dont parlent Bowlby et al. (1997) ainsi que Godin (1996). Afin de susciter un climat de confiance, l'intervenante tente de démontrer, tout au long des rencontres, les attitudes suggérées par Martin et Boyer (1995) lors d'interventions auprès de personnes issues de milieux défavorisés: empathie, ouverture d'esprit, respect des compétences et des valeurs de la personne, reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur l'adoption de comportements de santé et les choix de la personne.

Dans le but de favoriser la construction d'un climat de confiance et de liens entre les participantes et entre les participantes et l'intervenante, une collation santé est servie à la fin de chaque rencontre. Cette activité permet à l'intervenante ainsi qu'aux participantes de mieux se connaître et d'échanger des conseils ou des stratégies sur différentes situations ou problématiques à propos de leurs enfants, de leur alimentation, etc. D'ailleurs, Ouellet et al. (1991) suggèrent d'utiliser des gestes favorisant une atmosphère détendue comme des conversations de différents sujets tels que la nourriture qu'elles aiment, les émissions de télévision qu'elles écoutent. De plus, lors de leurs rencontres, les chercheurs laissent toujours de la nourriture sur la table. Le tirage de quelques prix de présences tels que bons d'achat dans des pharmacies et dans des librairies et billets de cinéma tirés au hasard parmi les participantes fait partie de ces gestes dont parlent Ouellet et al. (1991).

Méthode et outils de collecte de données

Les outils de collecte de données comprennent deux questionnaires, des enregistrements audio, les journaux de bord des participantes et les notes de l'intervenante.

Afin de connaître le profil des participantes au niveau

sociodémographique, le questionnaire de St-Cyr Tribble et al. (1999) fut utilisé après de légères modifications. Ce questionnaire modifié (voir Appendice B) donne la possibilité à l'intervenante de connaître le niveau de formation des participantes, leur âge, leur statut d'emploi, le nombre d'enfants qui vivent avec elles ainsi que leur statut civil. De plus, ce questionnaire révèle le revenu brut familial annuel des participantes, leur perception face à leur situation économique ainsi que la présence ou non de soutien dans leur environnement social. Les résultats de ce questionnaire permet à l'intervenante de se baser sur les critères déterminés dans le choix des participantes advenant le fait qu'elles soient trop nombreuses répondant aux critères d'inclusion à se porter volontaire. Le deuxième questionnaire est utilisé dans le but de mesurer le niveau de risque de maladies cardiovasculaires des participantes et de leur faire prendre conscience de leurs propres facteurs de risque. Il s'agit du test « Avez-vous bon cœur ? » de Gagnon, Pineau, Prévost, Brousseau et Pineau (2003) qu'elles complètent lors de la première rencontre (voir Appendice D). Ce test, rédigé dans un langage populaire, a comme particularité de contenir plusieurs informations sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et suggèrent des actions à poser pour changer des comportements de santé.

Afin de recueillir le plus d'informations possible sur leur processus d'appropriation, les rencontres sont enregistrées sur bandes audio et les

participantes sont encouragées à compléter un journal de bord. L'enregistrement audio ainsi que l'utilisation d'un journal de bord sont deux outils de collecte de données recommandés par Burns et Groves (2001) lors d'évaluation d'intervention dont les résultats sont non mesurables directement, donc, lorsqu'il s'agit, comme ici, d'évaluer un processus plutôt qu'un résultat. Le journal de bord est défini par ces auteures comme un recueil d'événements écrits régulièrement par des personnes et utilisé par les chercheurs comme outil de collecte de données. Lors des rencontres 1 et 2, un document représentant les objectifs des étapes 1 et 2 de la théorie de Fleury sous forme de questions personnelles (voir Appendices E et F) est fourni aux participantes afin de les guider dans l'élaboration de leur journal de bord. D'ailleurs, ce moyen est suggéré par Burman (1995) afin de minimiser et de circonscrire les données. Dans le but de leur donner l'opportunité de choisir un journal à leur goût, un \$ 10.00 est donné à chacune. De plus, afin de mieux exprimer et représenter leur compréhension de certains concepts, leurs émotions et leur processus de changement, elles sont libres de choisir les médiums désirés : collage, dessins, poèmes, etc.

Après chaque rencontre, l'intervenante ressort, par écrit, les grands points des discussions et les incidents qui peuvent se produire. Enfin, afin d'augmenter la fiabilité des résultats, l'intervenante, au début de chaque

rencontre, vérifie ses perceptions face aux différents verbatims lus ou entendus en faisant un tour de table avec les participantes.

Application de la théorie de Fleury

Afin de guider les participantes dans leur processus de réflexion sur la représentation et la construction de leur propre changement, les questions suivantes, inspirées des écrits de Derenowski (1990), leur sont posées lors de la première rencontre: Qui et comment voulez-vous être dans le futur? Quelles sont vos valeurs et vos croyances par rapport à vos comportements négatifs liés à la santé du cœur découverts suite à la connaissance des résultats du test « Avez-vous bon cœur? »? Quels rôles jouent vos comportements passés et présents dans les résultats du test?. Il est évident que les questions sont adaptées à un langage plus populaire. Par la suite, les participantes doivent évaluer leur volonté à changer des comportements de santé. En premier lieu, elles doivent examiner les efforts initiés antérieurement suite à des signes reçus ou à des situations vécues. Quels mécanismes d'adaptation efficaces ont-elles utilisés afin de s'en sortir? Une réflexion dans ce sens leur fait prendre conscience de leurs capacités déjà acquises de décider, de s'adapter, d'entreprendre des changements et de les maintenir. Elles peuvent donc se faire confiance face à des changements futurs. Le deuxième objectif est de vérifier quelles barrières peuvent les empêcher d'entreprendre des

changements de comportements liés à la santé du cœur. Cette réflexion leur permet d'identifier les barrières sur lesquelles elles peuvent exercer un certain pouvoir. Enfin, elles doivent s'approprier leur changement, c'est-à-dire décider, après une réflexion entreprise durant quelques semaines, quel comportement – aucun, un ou plusieurs – lié à la santé du cœur elles veulent changer et par quels moyens y parvenir. Pour ce faire, certaines stratégies leur sont suggérées : Faire des choix de changement réalistes afin de ne pas se placer en situation d'échec; S'écrire un contrat incluant le changement à faire et les moyens à prendre pour y arriver; Prévoir du soutien de la part d'amis, de membres de la famille et de ses enfants. Afin de les aider dans leur réflexion et dans leur choix, des dépliants sur une saine alimentation et sur les conditions gagnantes pour avoir un cœur en santé leur sont distribués. Enfin, une feuille (voir Appendice E) contenant un questionnaire sur leur processus d'appropriation est distribuée dans le but de guider les participantes dans l'élaboration du journal de bord.

Lors de la deuxième rencontre, il est prévu que les 30 premières minutes soient consacrées à un tour de table afin que les participantes puissent divulguer le résultat de leur réflexion des trois dernières semaines. Suite à cette discussion, la deuxième étape de la théorie de Fleury, c'est-à-dire le changement, peut être amorcée : Tous les sous-concepts de cette étape

sont utilisés comme objectifs de discussion et comme moyens d'apprentissage vers la réalisation du changement.

Tout au long des thèmes discutés, des exemples concrets peuvent leur être donnés afin qu'elles apprivoisent leur propre façon d'opérer leur changement : Établir des règles telles que « la télévision ne m'empêchera pas de faire de l'exercice » ; je ne fume plus en me levant le matin ; Se permettre des écarts non punitifs : fumer en se levant le mercredi matin seulement ; Couper les vieilles habitudes : ne pas faire son marché lorsque j'ai faim ou je suis pressée, prendre sa pause avec des amis (es) qui ne fument pas afin de diminuer le nombre de cigarettes, etc. Par la suite, elles-mêmes sont invitées à inventer des stratégies afin d'aider les autres ou elles-mêmes à amorcer un changement. Tous les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires que les participantes ont mentionnés vouloir changer sont abordés. Une feuille aide mémoire (voir Appendice F) leur est distribuée afin de les aider dans la rédaction de leur journal de bord.

Il est prévu que la première partie de la troisième rencontre est consacrée à une discussion de groupe. L'objectif de cette discussion est de donner la possibilité aux participantes de verbaliser sur leur vécu, sur leurs difficultés à maintenir leur changement. À travers cette réflexion, elles

divulguent les stratégies qu'elles utilisent, les écarts qu'elles se permettent, les manquements qu'elles surmontent dans leur processus de changement. De plus, à travers cette discussion, l'intervenante valide auprès des participantes les notes qu'elle rédige sur les objectifs qu'elles avaient formulés lors de la rencontre du 19 novembre.

À la quatrième et dernière rencontre de l'intervention, il ne reste plus à l'intervenante qu'à susciter une discussion faisant ressurgir tous les témoignages des participantes démontrant ou non l'intégration de leur changement de comportement dans les activités de la vie quotidienne, l'établissement de rituel et le goût de poursuivre ce processus de changement.

Indices du processus d'appropriation du plein potentiel

La lecture des résultats de l'intervention se fait sur le processus d'appropriation du potentiel des participantes et non sur un changement de comportement pré-identifié par l'intervenante. Le fait qu'un individu choisisse de vivre et d'intégrer de nouveaux comportements adéquats concernant la santé du cœur manifeste un processus continu de croissance et de développement personnel qui reflète les fondements même de la théorie de Fleury (1991), soit l'appropriation de son plein potentiel. Différents événements

ou incidents tels qu'une intervention suscitent des conditions qui entraînent des conséquences favorisant le processus d'appropriation (Derenowski, 1990). Ce processus est représenté à la Figure 3. Dans cette intervention, chacun des sous-concepts provenant des trois étapes de la théorie de Fleury, tels que décrits dans la recension des écrits, sert de guide lors des discussions de groupe dans le but de provoquer des événements chez les participantes créant ainsi des conditions propices à entraîner des conséquences. Ces conséquences, présentées étape par étape au Tableau 7 deviennent les indices d'un processus d'appropriation de son potentiel. Lors de l'évaluation du processus, les verbatims des journaux de bord et des enregistrements audio reflètent les conditions et parfois les conséquences provoquées par les événements. Les verbatims viennent donc confirmer le mouvement de changement des participantes dans leur style de vie lié à la santé du cœur par l'appropriation de leur potentiel tel que décrit étape par étape par Fleury et servent ainsi de preuves essentielles dans l'atteinte des objectifs formulés pour cette intervention.

Moyen d'évaluation de l'intervention

Ouellet et al. (2000) s'interrogeant sur le rôle joué par une intervention

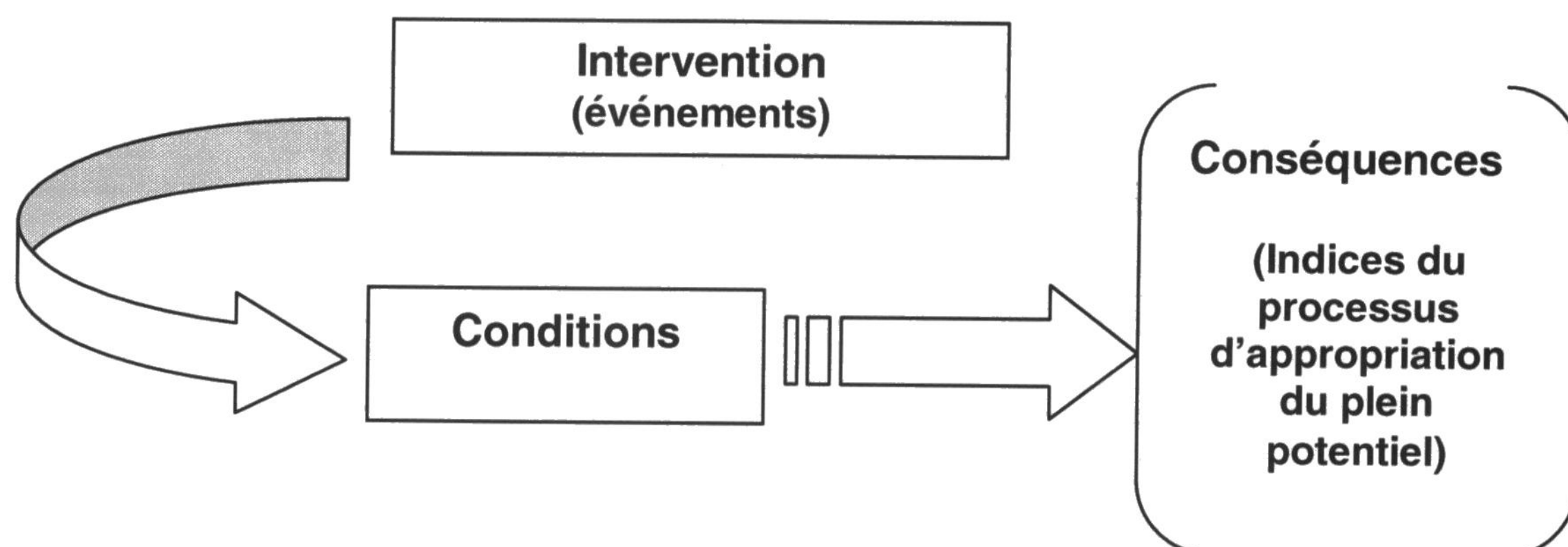


Figure 3. Exigences conduisant à l'appropriation de potentiel selon la théorie de Fleury

devant favoriser un processus d'appropriation d'un plein potentiel, observent les pratiques individuelles d'une vingtaine ($n = 20$) de familles bénéficiaires du programme de santé publique NE-GS et vivant dans des conditions d'extrême pauvreté. Lors de cette étude de cas multiples, ces auteurs repèrent quatre facteurs expliquant la réussite d'une intervention favorisant un processus d'appropriation de potentiel :

- Une intervention surgissant à un moment clé de la vie ;
- Une relation de confiance entre l'intervenante et les participantes ;
- Une intervention partant du ou des projets des participantes ;
- Un accompagnement vers les services et les ressources de la communauté en procurant un sentiment de posséder du pouvoir.

Tableau 7

Indices d'appropriation du potentiel pour chaque étape de la théorie de Fleury

Indices d'appropriation Étape 1 : <i>L'ouverture de sa volonté à changer</i>	Indices d'appropriation Étape 2 : <i>le changement</i>	Indices de l'appropriation Étape 3 : <i>La transformation du changement</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Désir d'un changement • Augmentation de l'utilisation des ressources de soins de santé ou autres • Identification de système de soutien pour une rétroaction et de l'information • Augmentation de ses connaissances de base dans le domaine de la santé • Construction d'intentions de changement de comportement • Sensation de contrôle dans l'amorce du changement • Perception de sa responsabilité face à son changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance sur un système de soutien pour une rétroaction et de l'encouragement • Sentiment d'accroître son contrôle sur ses résultats de santé • Affirmation des valeurs de comportements choisis • Création d'une nouvelle pensée face aux comportements changés • Entretien d'une flexibilité dans le maintien du changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Le comportement fait partie d'un « nouveau normal » • Réévaluation des habitudes de vie pour de nouveaux changements • Perception du changement comme une force énergisante • Perception positive des changements futurs

C'est à partir de ces quatre éléments qu'est évaluée la présente intervention quant au processus qu'elle implique. Afin de déterminer si l'intervention rejoint le premier facteur, les écrits de différents auteurs viennent appuyer le fait que les participantes sont bien à un moment clé de leur vie. Le deuxième facteur, la présence d'une relation de confiance entre l'intervenante et les participantes, est étayé par cinq éléments : (a) l'expertise de l'intervenante quant aux MCV et à leurs facteurs de risque ; (b) tous les efforts qu'elle a faits afin d'être compétente à rencontrer des participantes provenant de milieux défavorisés et à comprendre et à intégrer l'approche par appropriation de son plein potentiel et la théorie de Fleury (Derenowski, 1990) ; (c) l'existence de six grands principes favorisant un climat de confiance ressurgissant de la littérature consultée et confirmés par les verbatims issus des enregistrements audio et des notes de l'intervenante ; (d) la présence, chez l'intervenante, d'attitudes favorisant une relation de confiance telles que l'empathie, l'ouverture d'esprit, le respect des compétence et des valeurs de la personne ainsi que la reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur l'adoption de comportements de santé et les choix de l'individu est appuyée par les verbatims provenant des enregistrements audio et (e) la présence d'un moyen favorisant un climat de confiance : une collation à chaque rencontre. Des données provenant d'écrits d'auteurs ayant traité du concept d'« empowerment » tels que Ouellet et al. (2000), Collin et al. (1992) et St-Cyr Tribble et al. (2001), viennent supporter le troisième facteur : une intervention

partant du ou des projets des participantes. Enfin, des moyens concrets démontrent le quatrième facteur : un accompagnement vers les services et les ressources de la communauté.

Considérations éthiques

Cette intervention est considérée à risque minimal. Le certificat d'approbation éthique émis par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais se retrouve à l'Appendice G. Le Centre ainsi que les participantes sont assurés du respect de l'anonymat des données recueillies dans le rapport final de l'intervention. Les informations sur le projet leur sont indiquées clairement avant la signature du consentement (formulaire de consentement à l'Appendice H) : l'objectif intrinsèque du projet, le nombre et la durée des rencontres, l'assurance qu'aucune dépense ne leur est occasionnée à cause de cette intervention et l'affirmation qu'une collation leur est servie à la fin de chaque rencontre. Les participantes sont informées qu'elles ont droit de retrait à tout moment au cours de l'intervention sans que ceci puisse leur causer préjudice. Elles sont avisées de l'enregistrement de certaines rencontres et informées qu'elles peuvent, si elles en font la demande, réécouter les cassettes et amender les propos tenus s'il y a lieu. Elles savent aussi que, durant l'intervention, elles peuvent rejoindre

l'intervenante ainsi que le responsable du comité d'éthique si le besoin s'en fait sentir. Enfin, elles sont informées qu'après la fin de l'Intervention, une infirmière en place peut continuer de les soutenir au besoin dans leur processus de changement.

Le prochain chapitre présente le profil sociodémographique et le déroulement des quatre rencontres planifiées ainsi que l'illustration du processus d'appropriation élaboré à partir du cadre de référence. De plus, les informations sur la cinquième rencontre provoquée par les besoins de connaissances des participantes y sont incluses.

*Déroulement de l'intervention et illustration du processus d'appropriation de son
plein potentiel à partir du cadre de référence*

Déroulement de l'intervention

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, l'intervention se réalise sous forme de rencontres de groupe privilégiant des stratégies teintées d'une approche compréhensive et participative. Les étapes de la théorie de Fleury sont utilisées pour la formulation des objectifs de chacune d'entre elles. Le rôle de l'intervenante en est un d'accompagnatrice puisque toute formation est donnée selon les besoins exprimés par les participantes. Afin de susciter un climat de confiance, l'intervenante tente de garder, tout au long des rencontres, les attitudes d'empathie, d'ouverture d'esprit, de respect des compétences et des valeurs de la personne, de reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur l'adoption de comportements de santé et des choix de la personne telles que suggérées par Martin et Boyer (1995) lors d'interventions auprès de personnes issues de milieux défavorisés.

La première partie de ce chapitre décrit les rencontres pendant lesquelles s'est déroulée l'intervention ainsi que la rencontre pré-intervention. La deuxième tranche présente l'illustration du processus d'appropriation de son plein potentiel à partir du cadre de référence de Fleury, c'est-à-dire le processus de changement de comportement des participantes par l'appropriation de leur plein

potentiel. Des verbatims, provenant des journaux de bords des participantes ainsi que des enregistrements audio de chaque rencontre, illustrent bien, et de façon rigoureuse, le mouvement des participantes vers une modification continue des comportements concernant la santé du cœur ainsi que le maintien des changements de style de vie s'il y a lieu.

Déroulement de la rencontre pré-intervention

Pendant le mois de septembre 2004, l'administration du Centre de formation choisi met sur pied un groupe de mères célibataires. Le 15 octobre se déroule la première rencontre générale de sensibilisation aux activités offertes à ce groupe par le Centre pour l'année scolaire 2004-2005. À ce moment, la directrice présente au groupe tous les intervenants impliqués: la travailleuse sociale, l'organisateur communautaire et l'infirmière concernant ce projet. Chaque intervenant élabore ensuite son rôle et présente les différentes raisons de sa présence au Centre. C'est ainsi que l'infirmière, après avoir expliqué les objectifs de la présente intervention résumés sur une feuille (voir Appendice A), invite l'ensemble des participantes (n=19) à remplir le questionnaire sociodémographique (voir l'Appendice B). Dix sept d'entre elles (n=17) le complètent.

Profil sociodémographique des répondantes (n=17)

Comme l'indique la Figure 4, 47,1% des participantes ont un secondaire V alors que 29,4% d'entre elles ne l'ont pas complété. De plus, une participante n'a complété que son primaire. Celles ayant une formation collégiale ou universitaire sont des immigrantes slave, portugaise et africaines qui étudient en alphabétisation. La majorité des participantes (76%) est âgée entre 16 et 35 ans, le reste dépasse 35 ans. La moyenne d'âge se situe donc à 30 ans. La Figure 5 illustre comment se répartissent les participantes en terme de strates de revenus familial avant déduction d'impôt. Il est clair que les participantes sont défavorisées au niveau pécuniaire puisque 64,7% d'entre elles gagnent un salaire annuel brut inférieur à \$ 10,000.00 ce qui dépasse largement le taux de 19% que l'on retrouve chez les familles monoparentales de l'Outaouais dont les chefs de familles sont âgés de 25 ans et plus (Émond, 2002). De plus, aucune ne dépasse les \$ 20,000 annuels ce qui les situe sous le seuil de pauvreté identifié par le Québec selon le nombre d'enfant qui habite avec elle (Lévesque & Chouinard, 2003). D'ailleurs, comme le révèlent leurs réponses au questionnaire sociodémographique, 70,6% d'entre elles se considèrent pauvres. Toutes les participantes vivent un retour aux études à temps plein et une d'entre elles travaille à temps partiel. Enfin, elles sont toutes monoparentales et ont de un à trois enfants à leur charge dont l'âge se situe entre 3 mois et 22 ans.

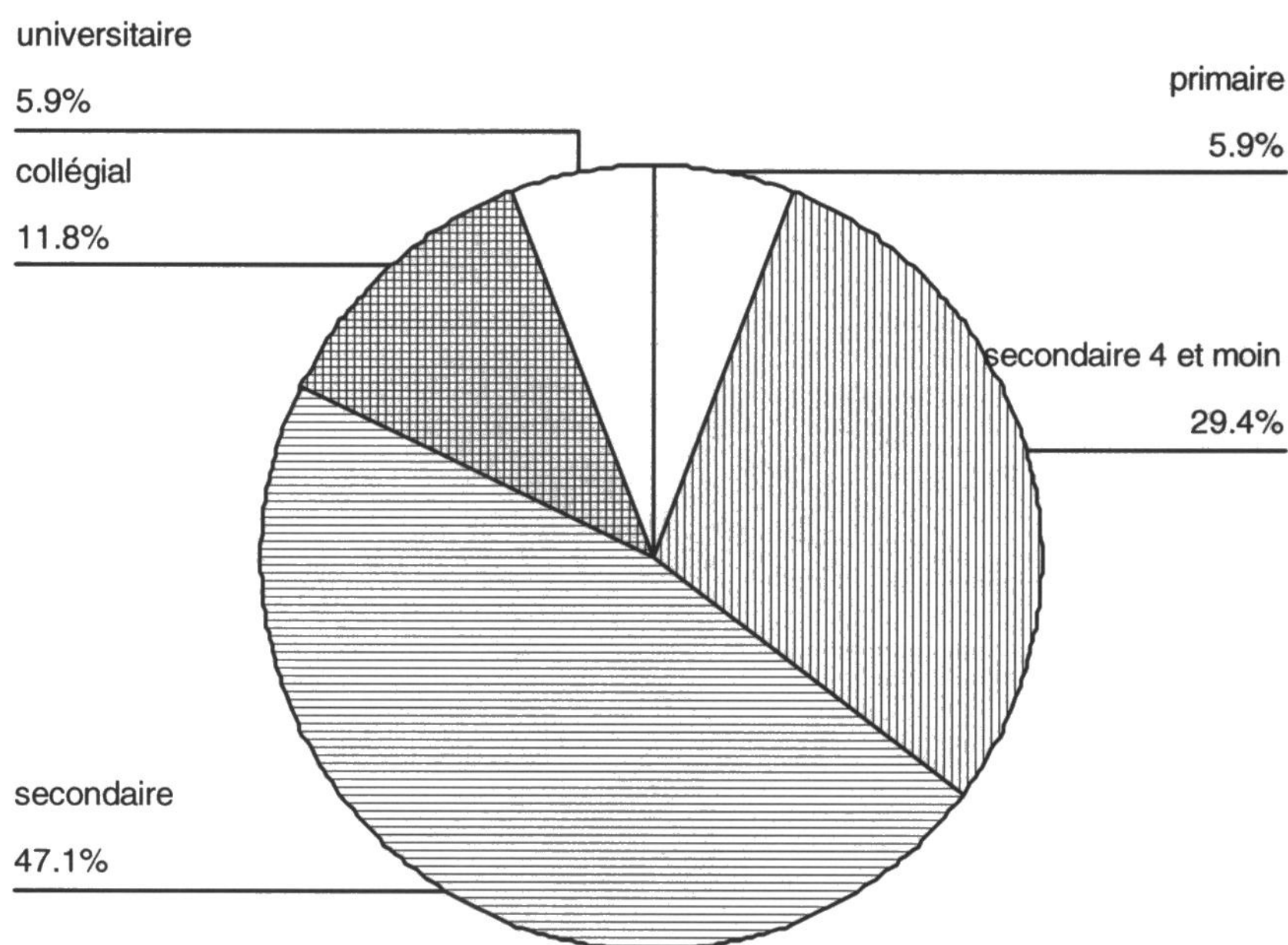


Figure 4. Pourcentage représentant le niveau de scolarité des participantes.

Déroulement de la première rencontre tenue le 22 octobre 2004

Dix femmes volontaires se présentent à la première rencontre. Afin d'identifier leurs témoignages de façon à respecter l'anonymat, les pseudonymes suivants leur sont attribués : Lise, Luce, Line, Carole, Josée, Suzie, Anne, Joëlle, France et Sophie. Le projet d'intervention leur est expliqué plus en détail à l'aide du formulaire de consentement (voir Appendice H) Toutes choisissent librement de le signer. Les dix participantes acceptent de compléter le test « *Avez-vous bon cœur?* » (Gagnon et al., 2003) (voir Appendice D).

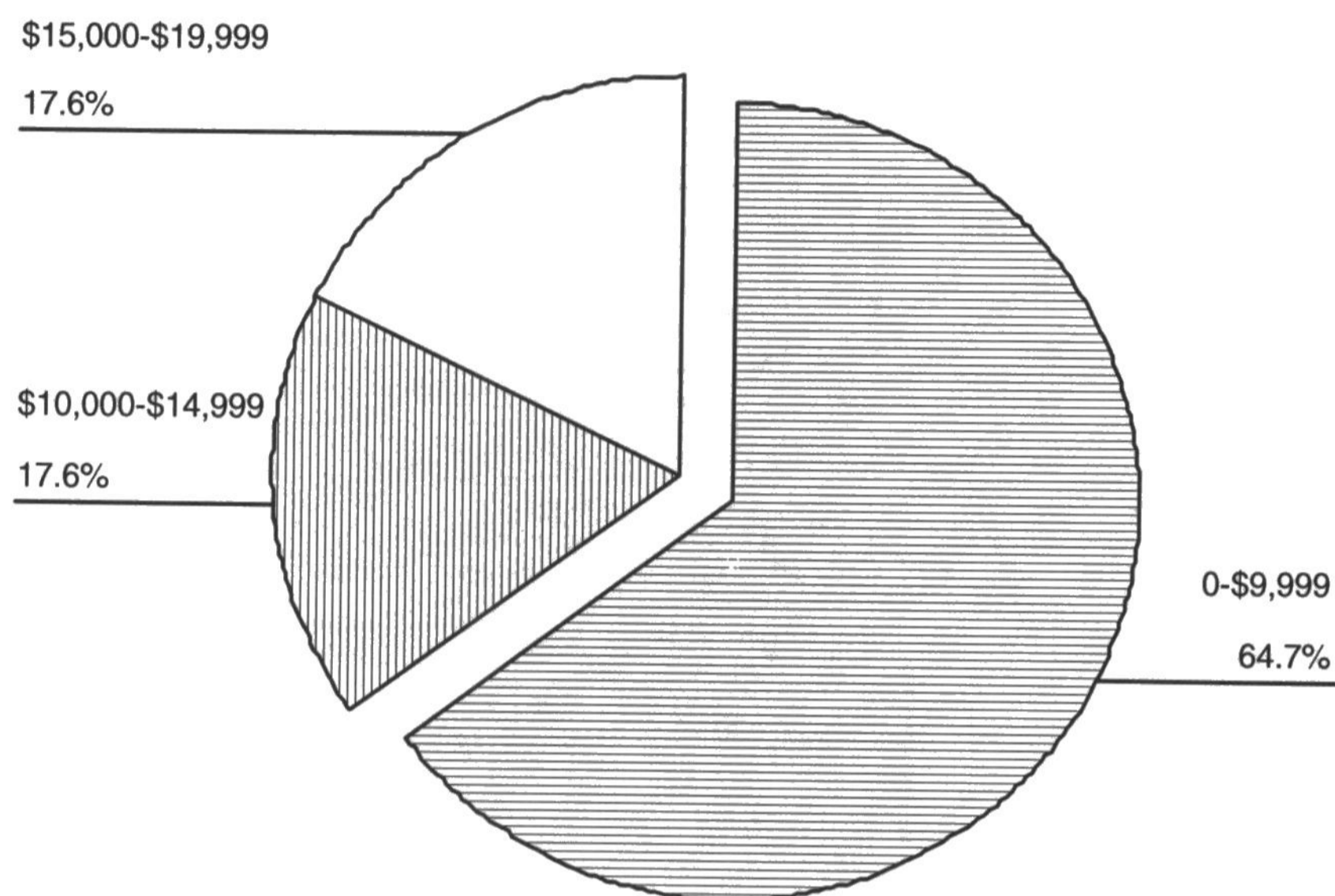


Figure 5. Pourcentage du nombre de femme selon leur revenu familial annuel avant déduction d'impôt.

Ce test leur permet d'identifier et de prendre conscience des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires ce qui sensibilise les participantes à leur vulnérabilité et à l'importance de changer certains comportements liés à leur santé du cœur.

Profil du niveau de risque de maladies cardiovasculaires des participantes.

Le Tableau 8 indique le taux de prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires concernant les participantes comparés aux taux disponibles des femmes défavorisées de l'Outaouais, du Québec et du Canada. L'activité physique n'est pratiquée que par 40% des participantes. Il est à noter que les taux de prévalence élevés des facteurs de risque de l'hypertension artérielle, d'un taux de cholestérol élevé et du diabète sont dus non pas à la présence de ces facteurs de risque chez les participantes mais plutôt à cause de l'ignorance des résultats de leur mesure par ces dernières (Gagnon et al., 2003).

Enfin, 30% des participantes s'adonnent au tabagisme et une femme dans le groupe est considérée obèse selon le résultat de mesure du test.

Quant aux scores globaux des tests « *Avez-vous bon cœur ?* » (Gagnon, et al., 2003), ils sont révélateurs de la vulnérabilité de ces femmes défavorisées et à faible scolarité face aux maladies cardiovasculaires. La Figure 6 en expose les résultats. Parmi les participantes, 90% présentent au moins un facteur de risque ce qui dépasse de 10% le taux canadien (FMCQ, 2003). Il est à noter que la moitié des participantes est à risque modéré, 10 % présente un risque élevé et 10% un risque très élevé.

Tableau 8

Pourcentages des facteurs de risques des maladies cardiovasculaire des participantes comparés à ceux des femmes défavorisées de l'Outaouais, du Québec et du Canada

Facteurs de risque	Participantes	Outaouais	Québec	Canada
Tabagisme	30	37,2	27,9	26
Tension artérielle	80	N.D	N.D	8
Cholestérol	80	N.D	N.D	N.D.
Sédentarité	60	48	48	64
Obésité	10	34	24	42
Diabète	30	N.D	N.D	N.D

Afin de mieux comprendre la vision du monde des participantes en ce qui concerne la santé du cœur, l'intervenante leur pose deux questions: Que représente pour vous la santé du cœur? Pourquoi les femmes sont-elles plus à risque de présenter des maladies cardiovasculaires que d'autres populations? La réponse à la première question est très bien résumée par cet extrait du journal de bord de Lise: « Prendre plus soin de ma santé; la cigarette, mal manger, ne pas faire d'activités physiques. Tout cela apporte des maladies à ton cœur. Psychologiquement aussi, en dépression et le stress, fait palpiter le cœur ».

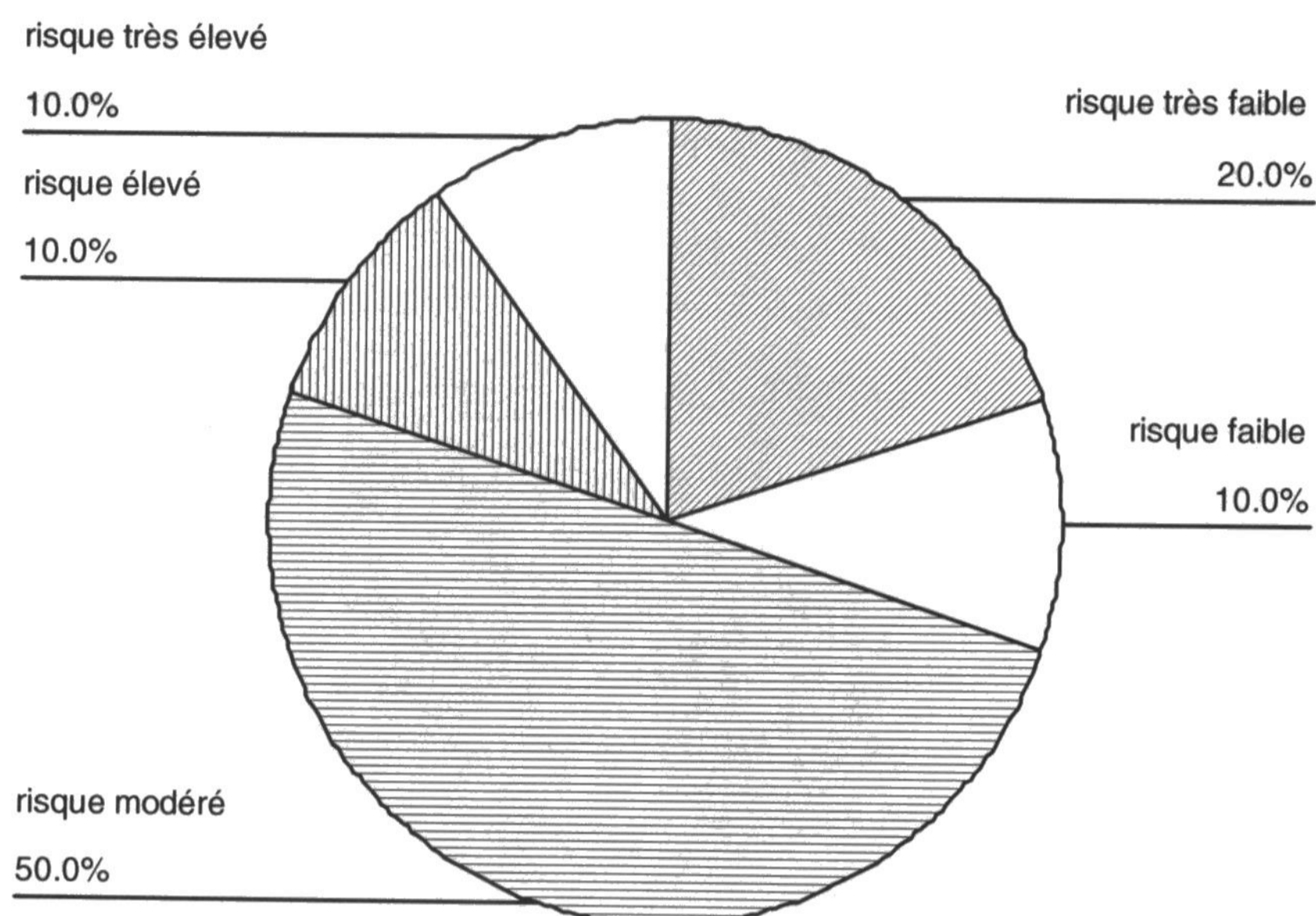


Figure 6. Pourcentage des niveaux de risques actuels de développer une maladie cardiovasculaire chez les participantes

Quant à la réponse à la deuxième question, un autre extrait du journal de bord de Lise reflète l'idée générale du groupe : « Plus stressées, font plus de choses, travaillent, élèvent des enfants, s'occupent de son mari, sa vie de couple, sa vie sociale, plus de stress, moins de temps pour s'occuper d'elle-même ». Lors d'une discussion à ce sujet, toutes les femmes affirment que le stress joue un rôle prépondérant dans l'adoption de comportements néfastes liés à la santé du cœur : c'est parce qu'elles sont stressées qu'elles fument plus, mangent plus et maintiennent ces comportements de santé. « La cigarette c'est mon amie quand

je suis stressée à cause de mes enfants : elle m'aide à mieux leur répondre ou m'empêche de les taper » déclare Luce lors de la 5^{ème} rencontre.

Besoin de formation manifesté par les participantes.

Après avoir complété le test « Avez-vous bon cœur ? » (Gagnon et al., 2003), les participantes vérifient leurs résultats C'est à ce moment que les fumeuses se montrent intéressées à avoir plus d'informations sur des stratégies favorisant la cessation du tabagisme.

Déroulement de la deuxième rencontre tenue le 19 novembre 2004

Les participantes profitent donc de la période du 22 octobre au 19 novembre pour réfléchir sur l'appropriation de leur changement.

Cinq femmes, (Luce, Line, Carole, Josée et Suzie) se présentent à la seconde rencontre. Aucune n'a complété le journal de bord. Toutes donnent comme raison le manque de temps attribué à leurs nombreuses occupations et préoccupations dues à leur monoparentalité et à leur retour aux études. D'autres avouent qu'elles trouvent difficile d'écrire autant. De plus, toutes ont égaré ou perdu ou laissé dans leur casier la feuille élaborée sous forme de guide dans le but de les aider à compléter leur journal de bord. Suite à ces

constatations, les objectifs d'écrire un journal de bord leur sont répétés. D'ailleurs, il leur est réitéré qu'elles gardent toujours la liberté de le compléter ou pas.

Lors de cette rencontre, des dépliants provenant de la Fondation des maladies du cœur du Québec, des documents issus de sites Internet ainsi que des sites Internet concernant le tabagisme sont distribués aux participantes.

Besoins de formation manifestés par les participantes.

De ces discussions surgissent deux besoins de formations qui sont complétées lors de la rencontre du 3 décembre : connaître le Guide alimentaire canadien et développer des habiletés à lire les étiquettes sur les emballages de produits alimentaires.

Les participantes démontrent énormément d'intérêt aux discussions de cette rencontre. L'effet de groupe suscite des questions, des suggestions et des conseils d'une participante à l'autre. Par leur intérêt et leur participation, elles démontrent l'amorce d'un changement donc l'appropriation d'un certain potentiel. Une feuille expliquant le processus de changement leur est laissée sous forme de questionnement et de pistes de réflexion afin de les aider à

compléter, si elles le désirent, leur journal de bord avant la prochaine rencontre (voir Appendice F).

Déroulement de la troisième rencontre tenue le 3 décembre 2004

Six participantes (Lise, Luce, Josée, Suzie, Anne et Joëlle) assistent à cette rencontre. Parmi elles, deux étaient absentes (Line et Carole) à la rencontre du 19 novembre. Malgré leur absence, elles formulent des objectifs à atteindre afin de s'approprier leur changement et déjà, elles posent des gestes concrets dans ce sens.

Trois participantes ont complété leur journal de bord. Deux d'entre elles ont suivi le premier guide qui leur avait été laissé.

La première partie de cette rencontre est surtout consacrée à une discussion de groupe leur permettant de verbaliser sur leur vécu face aux changements amorcés. Par la suite, la formation sur le Guide alimentaire canadien ainsi que sur la lecture des valeurs nutritives retrouvées sur les contenants de produits alimentaires se déroule selon le plan d'action présenté au Tableau 5. La rencontre se termine par un goûter santé qui sert d'intégration aux connaissances acquises sur le Guide alimentaire canadien ainsi qu'à

l'interprétation des données présentées sur les contenants des produits apportés.

Déroulement de la quatrième rencontre tenue le 14 janvier 2005

Cinq femmes (Lise, Josée, Suzie, Anne et France) sont présentes à cette rencontre qui se veut la dernière selon la planification initiale. Deux d'entre elles (Josée et Suzie) ont assisté à toutes les rencontres. Le Tableau 9 indique la présence des participantes pour chaque rencontre. Un tour de table favorisant une discussion sur leurs comportements de santé durant la période des Fêtes amorce cette rencontre. Par la suite, elles témoignent de l'intégration ou non de leur changement de comportement dans les activités de la vie quotidienne, de l'établissement de rituel et du goût de poursuivre ce processus de changement.

Besoins de formation manifestés par les participantes.

Un besoin flagrant d'informations plus complètes sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires est manifesté par l'ensemble des participantes. Il est donc décidé qu'une cinquième rencontre portant sur ce thème aura lieu le 25 février 2005.

Tableau 9
Présence des participantes pour chaque rencontre

Participant ¹	RENCONTRES				
	1	2	3	4	5
Lise	x		x	x	
Luce	x	x	x		x
Line	x	x			x
Carole	x	x			
Josée	x	x	x	x	x
Suzie	x	x	x	x	x
Anne	x		x	x	x
Joëlle	x		x		
France	x			x	
Sophie	x				

Déroulement de la cinquième rencontre tenue le 25 février 2005

Cette rencontre, non initialement planifiée mais organisée à la demande

¹ Tous ces prénoms sont fictifs afin de respecter l'anonymat des participantes.

des participantes, est très précieuse dans le processus d'évaluation de cette intervention car complémentaire à la quatrième rencontre. En effet, lors d'un tour de table dirigé, elles ont l'occasion d'exprimer davantage leurs impressions sur leur processus de changement et, de plus, elles révèlent comment elles intègrent leurs nouvelles valeurs dans leur vie. Elles sont très réceptives aux informations données sur les facteurs de risque des MCV et posent beaucoup de questions. Durant cette rencontre, elles ont l'opportunité de connaître le résultat de la mesure de leur tension artérielle. De plus, elles rencontrent l'infirmière, une enseignante du Centre déjà sensibilisée à l'approche utilisée lors de cette intervention et qui a accepté de servir de soutien à la continuité dans leur processus de changement. Les participantes peuvent aller la voir à son bureau ou lui téléphoner aux numéros qu'elle leur a laissés. De plus, les participantes détiennent toujours le numéro de téléphone de l'intervenante en cas de besoin.

La prochaine section analyse en détail à la lumière de la théorie de Fleury le processus d'appropriation de son plein potentiel.

L'illustration du processus d'appropriation de son plein potentiel à partir du cadre théorique.

Comme il est mentionné dans la méthode, les verbatims des journaux de bord et des enregistrements ainsi que les notes prises par l'intervenante servent d'outils de collecte de données pour illustrer le processus d'appropriation de leur plein potentiel réalisé par les participantes. Ces données servent également à évaluer si les objectifs initiaux de cette intervention ont été atteints. Ces différents verbatims ainsi que les observations de l'intervenante lors des rencontres viennent appuyer tout au long de cette analyse les indices d'appropriation émanant des conditions créées par l'intervention et observées par Derenowski (1990) lors de l'élaboration de sa théorie afin de démontrer le mouvement d'appropriation par les participantes de leur potentiel (voir Figure 7). Ainsi, différents événements ou incidents tels qu'une intervention suscitent des conditions qui entraînent des conséquences favorisant le processus d'appropriation du plein potentiel. Ces conséquences deviennent les indices du processus d'appropriation de son plein potentiel. Comme ce processus ne se fait pas au même rythme pour chacune, un nom fictif les identifiant suit le verbatim qui les concerne individuellement. De plus, le numéro de la rencontre (R 1 ou R 2, etc.) ainsi que la provenance du verbatim sont aussi identifiés : rencontre, journal de bord ou notes de l'intervenante.

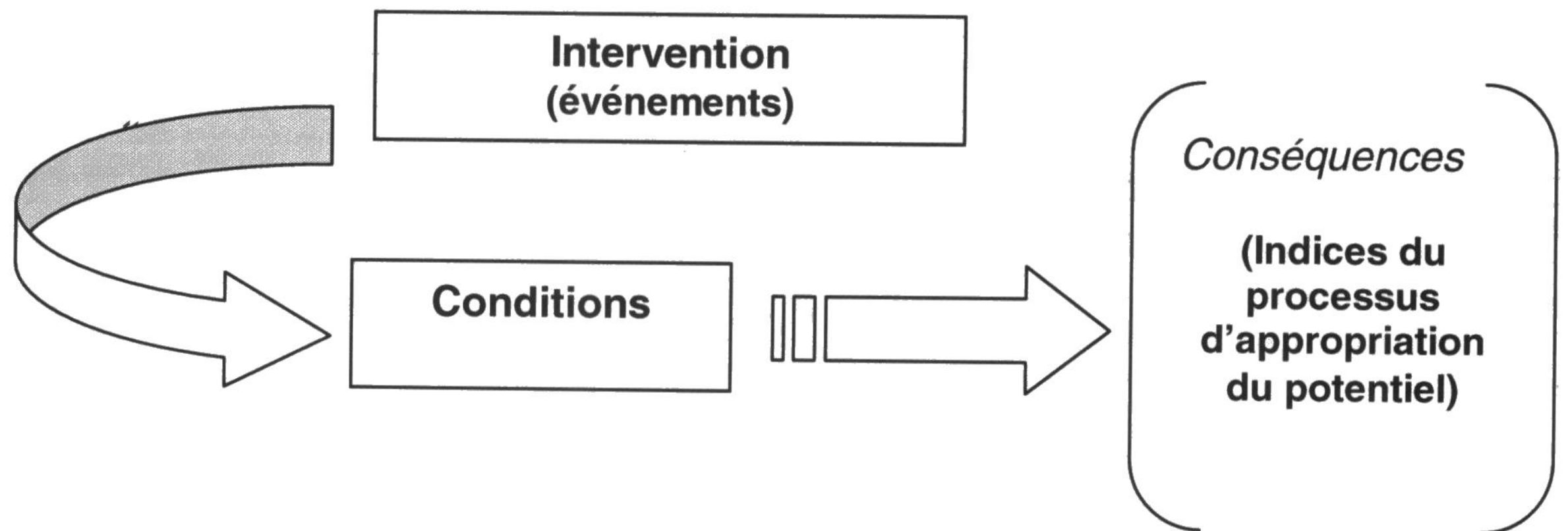


Figure 7. Exigences conduisant à l'appropriation du plein potentiel selon la théorie de Fleury

Comme mentionné dans la revue des écrits, la théorie de Fleury comporte trois étapes : l'évaluation de la volonté à changer, le changement et l'intégration au changement. C'est à partir des indices (présentés antérieurement au Tableau 7) de chaque étape élaborés par Fleury (Derenowski, 1990) que se fait l'analyse des données démontrant un processus d'appropriation d'un plein potentiel.

Étape 1 : L'évaluation de leur volonté à changer

1^{er} indice : Désir d'un changement

Cet indice émane de la condition suivante : Conscience de symptômes et/ou d'informations servant de signaux nécessitant un changement.

- « J'ai vécu toutes sortes de violence durant 15 ans...j'ai laissé mon ex mais j'ai gardé mes deux enfants ». (Lise, R 1)
- « Je ne m'alimente vraiment pas bien. Je veux prendre du poids car on me dit que je suis trop maigre.». (Lise, R 1)
- «J'ai senti que j'allais mourir. Mon souffle était court et j'ai senti une grande pression sur mon « chest » et je ne pouvais pas bouger le côté droit de mon corps. Je pouvais seulement regarder mon bras, je ne bougeais pas. J'ai eu l'opération de la ballonne sur mon cœur parce que je faisais trop de cholestérol...Ma pression est élevée. J'ai diminué le gras et augmenté mes activités : je marche pour aller à l'école ». (Luce, R 1)
- « On essaie de changer nos vieilles habitudes pour vivre. On respire et on réfléchit ». (Luce, J de B. 1)
- « J'ai des palpitations et des bouffées de chaleur parce que je bois trop de café ». (Line, R 1)

En réévaluant des efforts initiés antérieurement suite à des signaux lancés soit par des symptômes physiques ou des personnes environnantes et en comparant avec de nouvelles données reçues, un écart est perçu entre le comportement actuel et le comportement désiré ce qui renforce la perception de l'individu à changer de comportement et le motive dans ses efforts à initier l'adoption de comportements adéquats de santé.

2^{ème} et 3^{ème} indices : Sensation de contrôle dans l'amorce du changement et perception de sa responsabilité face à son changement.

Ces indices proviennent de la condition suivante : Conscience de barrières potentielles au changement.

Ces barrières, sont identifiées par les participantes durant la première rencontre lors d'une discussion de groupe, sont issues des notes de l'intervenante et des enregistrements audio des rencontres :

- Manque de volonté; manque de motivation;
- Manque de connaissances;
- Manque de confiance;
- Trop de fatigue à cause des enfants, de tout ce qui se passe dans ma vie : ça enlève la motivation;
- Manque d'énergie;
- Pas de partage des tâches parce que monoparentale;
- Manque d'argent;
- Trop de responsabilité donc manque de temps;
- Manque de soutien;
- Trop compliqué de faire garder les enfants;
- Les centres pour s'entraîner sont trop loin et je n'ai pas de voiture.

Suite à une discussion, elles reconnaissent qu'elles peuvent avoir du pouvoir surtout sur deux de ces obstacles : le manque de connaissance et le manque de confiance. Elles prennent conscience qu'elles peuvent augmenter leurs connaissances en assistant à ces rencontres et qu'elles peuvent aussi se faire confiance face à des changements puisqu'elles ont déjà réussi à s'adapter à certaines situations difficiles décrites dans les verbatims présentés précédemment.

4^{ième} et 5^{ième} indices : Augmentation de l'utilisation des ressources de soins de santé ou autres et identification d'un système de soutien pour une rétroaction et de l'information.

Ces indices découlent des conditions suivantes : Perception de l'écart entre ses propres comportements et ses façons d'être dans le futur et l'identification possible de priorités de changement.

Quand les participantes constatent leurs résultats du test « Avez-vous bon cœur? » de Gagnon et al. (2003), elles prennent conscience de la présence de certains facteurs de risque favorisant des maladies cardiovasculaires et réalisent aussi leur vulnérabilité face à ces maladies. À ce moment, elles posent quelques questions sur les facteurs de risque de ces maladies. De plus, les fumeuses demandent des trucs pour cesser de fumer. La question « Qui et comment voulez-vous être dans cinq ans » les fait réfléchir sur leurs façons d'être qu'elles désirent atteindre dans le futur. Certaines réagissent en étant songeuses, d'autres sourient... D'ailleurs, le geste que les participantes posent en se présentant à la première rencontre et aux rencontres subséquentes, indique déjà une réflexion de leur part suite à la sensibilisation faite lors de la rencontre pré-intervention puisqu'elles sont complètement libres de venir ou pas assister aux rencontres. Elles décident donc sciemment d'utiliser cette opportunité qui leur est donné et de passer à l'action.

6^{ème} et 7^{ème} indices : Augmentation de ses connaissances de base dans le domaine des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et constructions d'intention de changement de comportement.

Ces indices résultent des conditions suivantes : une insatisfaction de soi et une ouverture à l'acquisition de compétences assurant le succès de l'amorce et du maintien du changement. Ainsi, en s'appropriant leur changement, les participantes acceptent la responsabilité des changements désirés et identifient des actions à poser afin d'atteindre leur objectif.

- « Je veux diminuer la cigarette de un paquet par trois jours à un paquet par semaine et je veux aussi diminuer le café ». (Line, R 2)
- « Diminuer mon stress en me couchant plus tôt le soir. Ainsi, j'aurai une meilleure façon d'agir avec mes enfants parce que je serai moins fatiguée ». (Luce, R 2)
- « Diminuer mon stress en me couchant plus tôt le soir. Comme cela, je serai plus en forme à l'école le matin ; (Carole, R 2)
- « Quand je suis stressée, je suis portée à manger des biscuits et autres pâtisseries ce qui me fait prendre du poids et ce n'est pas bon pour moi. J'essaierai de manger des fruits à la place ». (Josée, R 2)
- « Moi, je mange beaucoup de bonbons et je prends du poids. Je veux arrêter et manger plus de fruits à la place. Et aussi faire plus d'exercice avec mes enfants ». « J'ai cessé de fumer depuis quatre semaines. C'est difficile mais j'y arrive ». (Suzie, R 2)
- « Je veux boire plus d'eau afin de m'aider à maigrir. Je veux faire plus d'exercice : de la marche ». (Anne, R 3)
- « J'ai commencé à déjeuner de temps en temps et je me sens mieux ». (Lise, R 3)
- « Modérer de sortir les jours de semaine, arrêter de fumer la cigarette, plus de repos » (France, R 4).

Comme il a déjà été mentionné, le test « Avez-vous bon cœur ? » de Gagnon et al. (2003) contient les informations de base suggérant les démarches à faire pour entreprendre des changements de comportement liés à la santé du cœur. La lecture de ce document, par les participantes, entre les deux

rencontres a fait surgir en elles le désir d'en connaître davantage ce qui contribue à la construction d'intention de changement de comportement.

- « Cela a été très informatif, j'ai apprécié les documentations fournies pour améliorer ma santé du cœur ». (France, R 4)

2^{ème} étape : le changement

8^{ème} indice : Confiance sur un système de soutien pour une rétroaction et de l'encouragement.

Cet indice émerge de la condition suivante : expression de sa propre responsabilité dans son changement.

Les participantes engagées dans leur changement savent très bien qu'elles ont intérêt à venir aux rencontres afin d'en apprendre davantage et de se faire reconnaître comme compétentes en la matière. D'ailleurs, au moment de la première rencontre, elles ont convenu lors de la discussion sur la recherche des obstacles, que ces rencontres contribueront à augmenter leurs connaissances en matière de santé du cœur. Elles viennent donc y chercher encouragement et rétroaction.

- « Après avoir eu plus de connaissances, j'étais inquiète pour ma santé et là, j'ai décidé d'agir » (Josée, R 5).

- « Je suis fière d'avoir toutes ces connaissances et de toutes ces possibilités que je découvre, ça me rend responsable de ma santé » (Anne, R 5)
- « J'apprécie beaucoup, merci Suzanne » (Luce, J. de B., 2004-11-24).
- « Les sous ce n'est pas important : c'est savoir qui est important. Avant, je ne savais pas ce qui était bon pour ma santé. Maintenant je sais mieux quoi faire avec mes sous » (Anne, R 5).

La participation aux rencontres devient donc une stratégie utilisée par les participantes afin d'atteindre leur but et se traduit en intention d'amorcer ou de maintenir un changement de comportement relié à la santé du cœur. De plus, ce geste démontre une confiance amorcée ou établie entre les participantes et l'intervenante.

9^{ème} indice : Sentiment d'accroître son contrôle sur ses résultats de santé.

Cet indice provient de la condition suivante : Établissement de critères pour mesurer sa performance.

Pour les participantes, les stratégies qu'elles s'établissent deviennent pour elles des critères de mesure de performance et dénotent une intention d'amorcer un changement de comportements spécifiques indiquant le désir d'atteindre l'objectif fixé.

- « J'organise bien mon épicerie avant d'y aller » (Lise, Luce, Josée, Suzie, Anne, R 3).

- « Je mets moins de cigarettes dans ma boîte le matin et je fume seulement celles que j'apporte » (Luce, R 3).
- « Au lieu d'arrêter tout d'un coup de manger des desserts et du chocolat, je diminue graduellement. C'est moins difficile » (Josée, R 3).
- « Je n'aimais pas l'eau froide. Je bois maintenant de l'eau chaude et j'aime cela » (Anne, R 3).
- « J'ai remplacé le café par du jus aux pauses ». (Line, R 5)
- « Je mange mes patates bouillies au lieu de les faire frire » (Anne, R 5).
- « Je vais courir avant d'aller chercher ma fille à la garderie » (Anne, R 5).

10^{ième}, 11^{ième} et 12^{ième} indices : Affirmation des valeurs de comportements choisis, création d'une nouvelle pensée face aux comportements changés et entretien d'une flexibilité dans le maintien du changement.

Ces indices proviennent de la condition suivante : création d'espérances réalistes

En exerçant leur propre contrôle, les participantes développent une satisfaction et une fierté personnelle face à leur succès car elles sont en accord avec leurs nouvelles normes internes. L'exercice de leur propre contrôle joue un grand rôle dans le maintien du changement.

- « Après avoir eu plus de connaissances, j'étais inquiète pour ma santé et là, j'ai décidé d'agir » (Josée, R 5).
- « Je me suis rendu compte que manger mieux me faisait du bien et que j'étais fière de moi de le faire » (Suzie, R 5)

- « J'ai diminué graduellement les desserts et les chocolats » (Josée, R 4).
- « Je me sens mieux quand je fais de l'exercice, plus forte » (Anne, R 5).
- « Je suis fière d'avoir toutes ces connaissances et de toutes ces possibilités que je découvre, ça me rend responsable de ma santé » (Anne, R 5)
- « Je peux améliorer ma santé par moi-même maintenant » (Suzie, R 5).
- « Il y a une fierté en nous quand on fait nos choses » (Suzie, R 5)
- « J'ai réalisé que déjeuner le matin m'a fait perdre du poids, j'avais moins faim le soir et je grignotais moins. Pis j'étais plus attentive à l'école. Mes garçons déjeunent bien le matin avant d'aller à l'école » (Luce, R 2).
- « Mon humeur, le déroulement de mes journées sont plus agréable, ma patience est plus grande » (France, R 4).

En affirmant leur changement, les participantes renforcent leur intention de changer en voyant le côté positif et encourageant de leur nouveau style de vie. Les nouveaux comportements de santé se manifestent de façon régulière et commencent à faire partie de leur valeur.

- « J'ai arrêté totalement le café, les biscuits, le chocolat et je prépare ma nourriture. Regarde, j'ai perdu beaucoup de poids, je flotte dans mes pantalons et je me nourris bien mieux ! » (Josée, R 5)
- « J'ai diminué les fritures mais surtout les frites. Je mange plus de légumes. Je regarde plus les portions comme le Guide alimentaire canadien. Dans les épiceries, ma fille et moi maintenant on trie ce qui est bon pour la santé : pas de gras trans, moins de sucre. J'ai continué à boire de l'eau depuis que je la bois chaude. J'ai aussi diminué les jus et les sucreries. Je ne faisais pas du tout d'exercice physique. Maintenant, je prends le temps de courir 15 minutes avant d'aller chercher ma fille à la garderie. J'ai plus de force et j'ai perdu de 2 à 3 kilo. » (Anne, R 5).
- « Je me couche plus tôt et je suis plus calme avec mes enfants » (Luce, R 3).
- « Je mange du pain brun maintenant au lieu du pain blanc. Mes intestins fonctionnent plus » (Luce, R 5).

- « Oui, je mange mieux depuis 1 semaine. Je déjeune, je dîne et je soupe et grignote même le soir. Je mange ! Pour l'exercice j'en fais en masse. » (Lise, J de B, 2004-12-10).
- « Je mange mieux parce que je connais plus ça, j'engraisse (j'ai pris 4 livres) et je me suis reposé beaucoup. Je me sens moins « numb », j'ai plus d'énergie et je suis plus patiente. Avec mes enfants, je leur crie moins après et je peux plus jouer avec eux ». (Lise, R 4)
- « J'ai arrêté de fumer depuis quatre semaines. C'est difficile mais c'est fini. » (Joëlle, R 3).
- « J'ai diminué le café et je le remplace par du jus d'orange. J'ai vu des gros changements : là, je suis plus calme et j'ai moins de chaleur aussi » (Line, R 5).

Surmonter leurs erreurs en les considérant comme un revers normal chez une personne qui prend un risque permet aux participantes de considérer ce geste non pas comme un échec mais comme un manquement normal chez une personne humaine qui tente de faire des changements dans ses comportements.

- « Durant les Fêtes, ça été plus difficile mais je me suis dit qu'une fois passées, je reprendrais comme avant et c'est ce que j'ai fait » (Josée, R 4).

En se créant des ouvertures, les participantes s'établissent des règles. Ainsi, elles tentent de balancer le changement avec les modes de vie existants en se cherchant une façon de maintenir ce changement.

- « Je me couche tard le vendredi soir » (Luce, J de B).
- « Je mange des bonbons le vendredi car ma prof de français en apporte tout le temps ». (Suzie, R 5).
- « Au lieu de diminuer complètement le café, j'en bois seulement trois par jour, car je sais que je ne peux pas arrêter complètement et ce n'est pas nécessaire non plus » (Line, R 5).

- « J'ai modéré, mais pas assez de sortir » (France, R 4).

Troisième étape : l'intégration de son changement.

13^{ième} indice : Le comportement fait partie d'un « nouveau normal ».

Cet indice émane de la condition suivante : Compétences pour surmonter les barrières individuelles.

En s'établissant des rituels, les participantes intègrent dans leurs activités de la vie quotidienne leurs nouveaux modèles d'action et atteignent ainsi le troisième objectif de l'intervention : une continuité dans les tentatives d'intégrer un changement de vie.

- « Faire mon épicerie en se basant sur la qualité, les ingrédients, pas sur la quantité et le prix (moins cher) » (Anne, R 5).
- « Maintenant, je dois lire toutes les boites, c'est devenu naturel pour moi de lire sur les boites » (Suzie, R 5).
- « Je donne maintenant des conseils à mes amies sur leur alimentation : une avait acheté des biscuits sans sucre et elle disait que c'était bon pour la santé. Mais j'ai regardé sur le contenant et lui ai dit qu'ils contenaient de l'huile hydrogénée donc ce n'était pas meilleur pour la santé » (Anne, R 5).
- « Maintenant je fais toujours 15 minutes de course avant d'aller chercher ma fille à la garderie » (Anne, R 5).
- « Je bois toujours de l'eau chaude aux pauses au lieu du jus » (Anne, R 5).
- « Maintenant, je prépare toute ma nourriture » (Josée, R 5).

Les participantes se considèrent comme un être entier faisant un tout avec son environnement et atteignent une harmonie avec cet environnement. Les côtés négatifs du changement s'estompent et un sentiment de bien-être s'installe.

- « Maintenant, quand je fais l'épicerie, c'est devenu naturel pour moi de lire sur les boîtes » (Lise, Josée, Suzie, Anne, R 4 et 5).
- « Maintenant, mes enfants me demandent si telle ou telle nourriture est bonne pour la santé » (Josée, R 5).
- « J'ai remplacé le café par du jus à mes pauses » (Line, R 5).
- « Je regarde chez ma copine si elle mange des produits hydrogénés ou pas et je lui enseigne » (Suzie, R 5)
- « A une fierté en nous quand on fait nos choses » (Suzie, R 5).
- « Mes enfants font des blagues et vérifient même ce que je mange » (Josée, R 5).
- « J'ai maigri et je réalise que je n'ai pas suivi de diète : j'ai changé mes habitudes seulement » (Josée, R 5).

14^{ième}, 15^{ième} et 16^{ième} indices : Réévaluation des habitudes de vie pour de nouveaux changements, perception du changement comme une force énergisante et perception positive des changements futurs.

Ces indices proviennent des conditions suivantes : Utilisation de ressources individuelles et sens accru de contrôle sur ses résultats de santé.

En transformant leur changement, les participantes se formulent de nouveaux objectifs afin de se créer de nouvelles façons d'être. Ceci suppose la réalisation d'un potentiel individuel à travers un changement continu. De plus, la

transformation de leur changement permet le développement d'une perception positive de futures performances ainsi qu'un sens accru de contrôle sur ses futurs résultats de santé.

- « Je peux améliorer ma santé par moi-même maintenant » (Suzie, R 5).
- « Je me fixe d'autres objectifs à atteindre afin d'améliorer ma santé et je fais un suivi » (Josée, R 4,).
- « Mange mieux, dort mieux, engraisé un peu. Je vais arrêter de boire de la liqueur » (Lise, R 4).
- « Au début du programme, je n'avais pas l'intention de maigrir. Avec tout ce que j'ai appris, j'ai été inquiète pour ma santé et ça m'a encouragée à le faire » (Josée, R 5).
- « Je me suis rendu compte que manger mieux me faisait du bien et que j'étais fière de moi de le faire » (Suzie, R 5).
- « Je suis fière d'avoir toutes ces connaissances et de toutes ces possibilités que je découvre, ça me rend responsable de ma santé » (Anne, R 5).
- « Il y a une fierté en nous quand on fait nos choses » (Suzie, R 5).
- « J'ai diminué le café...j'aimerais bien pouvoir arrêter de fumer » (Line, R 5).
- « Ce n'est pas juste une question de sous, c'est aussi des connaissances. Avec des connaissances, on peut faire mieux avec les sous qu'on a » (Anne, R 5).

D'après les données présentées au tableau 10, tableau suggéré par Miles, Huberman et Bonniol (2003) afin de faciliter l'analyse de données qualitatives émanant de plusieurs sources, les participantes démontrent un mouvement de processus d'appropriation de leur potentiel à leur rythme et selon leurs goûts et leurs besoins. Il est clair que ce tableau ne décrit que l'évolution temporelle apparente du processus des participantes selon la théorie de Fleury. De plus, les chiffres des indices ne représentent que les moments où les

Tableau 10

Présence des indices d'appropriation de potentiel de chaque participante
selon les rencontres

Participant ²	RENCONTRES				
	1 2004-10-22	2 2004-11-19	3 2004-12-03	4 2005-01-14	5 2005-02-25
Lise	1, 2 et 3	Absente	4, 5, 6, 7, 8 et 9	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	Absente
Luce	1, 2 et 3	4, 5, 6, 7, 10, 11 et 12	8, 9, 10, 11 et 12	Absente	10, 11, 12
Line	1, 2 et 3	4, 5, 6 et 7	Absente	Absente	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16
Carole	2 et 3	4, 5, 6 et 7	Absente	Absente	Absente
Josée	1, 2 et 3	4, 5, 6 et 7	8 et 9	10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16	10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16
Suzie	1, 2 et 3	4, 5, 6 et 7	8 et 9	13,	10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16
Anne	1, 2 et 3	Absente	4, 5, 6, 7 et 8 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 et 12	13	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16
Joëlle	1, 2 et 3	Absente		Absente	Absente
France	1, 2 et 3	Absente	Absente	4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 et 12	Absente
Sophie	2 et 3	Absente	Absente	Absente	Absente

² Tous ces prénoms sont fictifs afin de respecter l'anonymat des participantes.

participantes révèlent leurs réflexions et leurs actions par rapport à leur processus d'appropriation. Par contre, ce tableau peut indiquer les changements de comportements atteints et maintenus des participantes. Elles savent, soit individuellement ou collectivement, à partir d'une prise de conscience, se mobiliser, aller chercher les informations et les ressources nécessaires à leur cheminement et passer à l'action en ayant recours à des forces intrinsèques.

Les indices de progression des participantes du tableau 10 dénotent que Lise et Anne, malgré le fait qu'elles ne sont pas venues à la deuxième rencontre, qui pourrait être considérée comme cruciale par rapport aux étapes de la théorie de Fleury, savent développer leur propre cheminement pour en arriver à changer leurs comportements de santé. En effet, on peut noter que ces deux participantes révèlent les indices 15 et 16 lors de leur dernière participation aux rencontres ce qui signifie clairement qu'elles se sont appropriés leur changement de comportement en matières de santé du cœur et surtout qu'elles se sont approprié leur potentiel de changer quelque chose en cette matière.

Quant à Luce, elle semble faire du « sur place » car dans son cas il n'y a aucune évidence au-delà de l'indice 12 bien qu'elle assiste à toutes les rencontres sauf une. Luce est la seule à s'être rédigé un contrat, stratégie utilisée par les participants à la recherche de Fleury (Derenowski, 1990)

démontrant l'appropriation de son changement et sa responsabilité face à ce changement. Sur son contrat, elle indique qu'elle veut diminuer son stress. Sa stratégie est de se coucher plus tôt. Par la suite, elle veut arrêter de fumer et manger plus sainement. À la dernière rencontre, elle avoue que la présence d'un trop grand stress à cause du comportement de ses enfants interfère avec sa capacité à réaliser les objectifs qu'elle se fixe. Par contre, elle a prêté tous ses documents concernant la santé du cœur à sa belle-mère qui elle, a cessé de fumer depuis ce temps et a commencé à faire de l'exercice : une marche quotidienne. Par ce geste, elle devient multiplicatrice de changement. « Je pense que c'est possiblement elle qui va m'aider à arrêter de fumer » avance Luce à la dernière rencontre. Ceci illustre qu'elle se cherche une stratégie et du soutien extérieur afin de cesser de fumer.

Line se choisit un objectif réaliste : diminuer sa consommation de café. Déjà à la deuxième rencontre, elle se fixe spontanément cet objectif. Même si elle est absente aux rencontres 3 et 4, elle affirme son changement lors de la 5^{ème} rencontre. Elle avoue qu'elle trouve cela difficile mais qu'elle ne s'en tient qu'à la consommation de trois cafés par jour au lieu des 10 à 15 qu'elle buvait auparavant et qu'elle est très fière de sa réussite.

Josée et Suzie sont les deux seules à assister à toutes les rencontres. Leurs verbatims témoignent d'ailleurs d'un cheminement continu et constant dans l'atteinte de leurs objectifs.

Pour ce qui est de Joëlle, elle fait acte de présence à la première et à la troisième rencontre. À la troisième rencontre, elle avoue qu'elle a cessé de fumer, que c'est difficile mais qu'elle a cessé pour de bon. Les autres participantes avancent par la suite qu'elle a quitté l'école parce qu'elle a terminé ses études.

Quant à France, elle se présente à la première et à la quatrième rencontre pour démontrer qu'elle a amorcé un changement.

Deux participantes décident de ne pas poursuivre : Sophie abandonne après la première rencontre et Carole après la deuxième.

En observant cette mouvance, on peut donc conclure que 90% des femmes ont atteint le premier objectif de l'intervention puisque 9 participantes sur 10 ont exprimé des désirs individuels de changement (voir verbatims des indices 6 et 7); que 90% des participantes ont démontré une volonté de faire des efforts pour changer et qu'enfin, Lise, Line, Josée, Suzie et Anne, soit 50% des participantes ont démontré une continuité dans les tentatives d'intégrer un

changement de style de vie démontrant ainsi l'appropriation de leur plein potentiel.

L'évaluation de l'intervention se retrouve à la prochaine partie de l'essai.

Évaluation de l'intervention

L'évaluation de l'intervention comporte deux volets : l'évaluation de l'intervention par rapport au processus d'appropriation du potentiel et l'évaluation des apprentissages de l'intervenante.

Évaluation de l'intervention par rapport au processus d'appropriation du plein potentiel

Tel que mentionné dans la méthode, l'intervention est évaluée à partir des quatre facteurs expliquant la réussite d'une intervention favorisant un processus d'appropriation du plein potentiel ressortant d'une étude de Ouellet et al. (2000) : une intervention surgissant à un moment clé de la vie, une relation de confiance entre l'intervenante et les participantes, une intervention partant du ou des projets des participantes et, enfin, un accompagnement vers les services et les ressources de la communauté.

Une intervention surgissant à un moment clé de la vie

Selon certains auteurs (Le Bossé & Lavallée, 1993; Lord & Mckillop Farlow, 1990; Ouellet et al., 2000; Shields, 1995; St-Cyr Tribble et al., 2001), le

processus d'appropriation du plein potentiel serait favorisé par une prise de conscience produite par une crise ou un changement dans le contexte de vie ou encore à l'accès à une nouvelle information. Or, un retour aux études comme c'est le cas pour les participantes à ce projet d'intervention peut constituer ce changement pour des femmes monoparentales provenant de milieux défavorisés et devenir un moment clé de leur vie. En effet, avant de prendre cette décision importante, elles ont réfléchi et consulté différentes ressources afin de vérifier si ce projet était dans la mesure du possible au moins aux niveaux des revenus et de la garde des enfants. Déjà, elles étaient dans un processus d'appropriation de potentiel puisqu'elles démontraient les trois propriétés qu'attribue Fleury (Derenowski, 1990) à ce concept : des désirs individuels de changement, une continuité dans les tentatives d'intégrer un changement de vie et une volonté de faire des efforts pour changer. En plus d'avoir fait ressurgir leur potentiel, ce retour en classe, pour celles qui terminent leur secondaire ou complètent un diplôme d'étude professionnelle, leur redonne aussi l'espoir d'une possibilité d'un retour au travail ou d'une entrée sur le marché du travail (Collin et al., 1992), ce qui suppose un meilleur revenu et un engagement réel dans la société. En fait, ce projet d'intervention se situe à l'intérieur de ce grand processus d'appropriation de plein potentiel qu'ont entrepris les participantes lorsqu'elles ont décidé d'un retour à l'école. De plus, en décidant de répondre à l'invitation du Centre en rapport avec la formation du groupe de mères célibataires, elles ont eu accès à l'information de l'existence

de ce projet de maîtrise en sciences infirmières visant un changement de comportement lié à la santé du cœur.

Une relation de confiance entre l'intervenante et les participantes

Le défi, lors de cette intervention, est de créer un climat de confiance dès le début des rencontres, puisque les participantes ne sont pas connues de l'intervenante et que l'intervention ne s'échelonne que sur cinq mois. Considérée experte au niveau des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires par sa pratique infirmière en soins coronariens et son implication comme maître instructeur en réanimation cardiorespiratoire au sein de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ), l'intervenante met l'emphase, tout au long de son cheminement de maîtrise, sur la compréhension de la culture, du vécu et de la vision du monde de la santé du cœur des femmes vivant dans un contexte de pauvreté et avec un niveau moindre de scolarité. En effet, plusieurs cours du curriculum de la maîtrise dont ceux des Sujets spéciaux I et II sont consacrés à la lecture de nombreux écrits afin de mieux comprendre la problématique de la pauvreté, de connaître différentes sortes d'interventions pratiquées à ce jour par les professionnels de la santé dans des milieux défavorisés, à des rencontres avec des intervenantes oeuvrant dans un

contexte de pauvreté et finalement à une rencontre avec des femmes provenant d'un milieu défavorisé.

De grands principes suscitant un climat de confiance lors d'intervention auprès d'une clientèle provenant de milieux défavorisés resurgissent des écrits d'auteurs consultés : Ne pas leur dire quoi faire, ne pas leur interdire des choses (Boyer & Brodeur, 2001); Ne pas exercer sur elles des pressions normatives et culpabilisantes afin qu'elles changent leurs comportements reliés à la santé du cœur (Colin & al., 1992); La construction de l'expérience de changement de l'individu doit se faire en interaction avec un savoir professionnel (Ouellet & al., 2000); Il faut être de leur côté et leur faire confiance (Lapierre, 1999). La pierre angulaire de l'intervention doit être le potentiel des personnes défavorisées (Colin & al., 1992); Il est très important de valoriser leur réussite (Colin & al., 1992).

Afin de démontrer que ces principes guident bien l'intervention, un ou des verbatims provenant des outils de collecte de données de l'intervention viennent étayer chaque principe.

- Premier principe : Ne pas leur dire quoi faire, ne pas leur interdire des choses;
- Deuxième principe : Ne pas exercer sur elles des pressions normatives et culpabilisantes afin qu'elles changent leurs comportements reliés à la santé du cœur.

« Votre changement, que vous voulez faire, ça va venir de vous autres, et puis vous allez vraiment le choisir. Je ne veux et ne peux pas vous dire

quoi faire parce que vous êtes les seules personnes à savoir ce qui est bon pour vous. ...Dans les prochaines semaines, vous pourrez réfléchir à ce que vous voulez changer par rapport à vos comportements de santé du cœur et vous poserez premièrement la question si vous avez le goût de le faire... » (Suzanne, R 1).

- Troisième principe : La construction de l'expérience de changement de l'individu doit se faire en interaction avec un savoir professionnel.

« Si vous avez besoin d'informations ou de formations sur différents sujets concernant les facteurs de risque des MCV comme le tabagisme, une meilleure alimentation, ça va me faire plaisir de vous apporter des documents et de vous renseigner à ces sujets » (Suzanne, R 1).

« J'aimerais avoir des trucs pour m'aider à arrêter de fumer » (Line, R 1).

« Oui, on a changé des choses, mais là, la source de nos changements vient de toi, toutes les informations que tu nous as apportées, j'étais nulle là-dedans, moi avant » (Suzie, R 5).

« Ce n'est pas juste une question de sous, c'est aussi des connaissances. Avec des connaissances, on peut faire mieux avec les sous qu'on a » (Anne, R 5).

« L'infirmière nous a dit cela : ça c'est bon, ça c'est pas bon; j'ai embarqué là-dessus mais j'ai aussi eu des résultats : j'ai maigri » (Suzie, R 5).

- Quatrième principe : Il faut être de leur côté et leur faire confiance.

« Vous voyez, vous avez pu en arriver à passer à travers ces choses difficiles... » (Suzanne, R 1).

« Vous allez entre vous trouver des trucs et vous entraider » (Suzanne, R 1).

« Vous allez pouvoir déterminer des besoins de formations personnels ou de groupe » (Suzanne, R 1)

- Cinquième principe : La pierre angulaire de l'intervention doit être le potentiel des personnes défavorisées.

« Suite à ce que vous venez de dire, vous avez donc les possibilités en vous pour faire des changements, il s'agit de vous faire confiance! » (Suzanne, R 1).

« Au début du programme, je n'avais pas l'intention de maigrir. Avec tout ce que j'ai appris, j'ai été inquiète pour ma santé et ça m'a encouragée à le faire » (Josée, R 5).

« J'ai maigri et je réalise que je n'ai pas suivi de diète : j'ai changé mes habitudes seulement » (Josée, R 5).

- Sixième principe : Il est très important de valoriser leur réussite.

À la première rencontre, à chaque fois qu'une participante révèle qu'elle a fait des changements ou démontre des actions posées dans le but de s'améliorer, une étoile est collée sur elle et on applaudit. Lors des autres rencontres, ce sont les participantes qui invitent l'intervenante à coller une étoile à une participante qui le mérite! À la quatrième rencontre, une participante a dit qu'elle ne mérite pas d'étoile puisqu'elle n'avait rien fait. « Et le fait que tu sois assise ici avec nous, est-ce que cela mérite une étoile? » et elle avoue que oui.

« Félicitation, bravo, toutes vous démontrez une volonté d'entreprendre un changement! Vous méritez toutes une étoile! » (Suzanne, R 2).

« Tu sais bien motiver les gens » (Josée, R 5).

Des attitudes inspirant la confiance doivent être démontrées de la part de l'intervenante tout au long des rencontres (Martin & Boyer, 1995) : Empathie : « c'est sûrement très difficile d'élever des enfants seules »; ouverture d'esprit : respect des compétences et des valeurs de la personne : « votre changement, ça va venir de vous autres et vous allez vraiment le choisir...Vous êtes les seules à savoir ce qui est bon pour vous »; reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur l'adoption de comportements de santé et les choix de la

personne : « le stress que tu vis avec tes enfants y est pour quelque chose dans le fait que tu n'arrêtes pas de fumer ». Aucune sollicitation ne fut faite par rapport à leur présence aux rencontres. Il faut avouer que, par moments, les valeurs et la culture de plusieurs années de pratique axées sur l'enseignement et le contrôle du processus de soins au détriment du choix du client suscitaient un questionnement constant dans l'élaboration et l'application de cette intervention basée sur un processus d'appropriation de potentiel. Enfin, l'humour fut utilisé de façon régulière.

Dans le but de favoriser davantage la construction d'un climat de confiance et de liens entre les participantes et entre les participantes et l'intervenante, une collation santé est servie à la fin de chaque rencontre. D'ailleurs, Collin et al. (1992) suggèrent ce moyen comme un élément de réussite lors d'animation de rencontres avec une clientèle provenant de milieux défavorisés. De plus, elles ajoutent qu'offrir des aliments pendant les rencontres contribuaient possiblement à nourrir celles qui n'ont pas suffisamment à manger chez-elles. Ces moments sont très précieux. Ils permettent, en effet, à l'intervenante de connaître davantage les participantes : Elles parlent de leurs enfants et de leurs habitudes alimentaires; elles racontent leur solitude et les difficultés reliées à la monoparentalité. En parlant entre elles, elles se donnent des conseils, constatent qu'elles ne sont pas les seules à vivre certaines situations difficiles. De plus, ces goûters servent de méthodes d'apprentissage

puisqu'ils sont toujours composés d'aliments sains tel que des légumes crus, des trempettes maisons faites d'ingrédients pauvres en gras, des desserts maisons, etc. Enfin, ces collations leur permettent de connaître des produits alimentaires différents. À chaque rencontre, quelques prix de présence tels que bons d'achat dans des pharmacies et dans des librairies et billets de cinéma sont tirés au hasard parmi les participantes. Elles disent qu'elles se sentent gâtées, ce qui n'arrive pas souvent dans leur situation selon elles.

Une intervention partant du projet des participantes.

Afin de tenir compte du projet des participantes, il faut tout d'abord avoir confiance en leur capacité de devenir en projet par rapport à leur santé du cœur, à se fier sur leurs habiletés personnelles et sur leur motivation à agir (Ouellet et al., 2000). Tout au long des rencontres qui se veulent informelles tel que suggéré par Collin et al. (1992) les participantes, en plus de nommer leurs forces et les solutions utilisées dans leur processus d'appropriation de leur plein potentiel, sont invitées à exprimer leurs attentes, leurs besoins, leurs espoirs, leurs questionnements, leurs objectifs et leurs difficultés (St-Cyr Tribble et al., 2001). En outre, le fait qu'elles se présentent à la première rencontre indique déjà qu'elles ont une motivation à agir et qu'elles sont en projet (Ouellet et al., 2000). Par la suite, il faut « se servir du projet comme d'un levier » (Ouellet et al., 2000, p. 96) afin de soutenir les participantes dans leur processus

d'appropriation de potentiel. Ainsi, ce n'est pas nécessairement l'atteinte de l'objectif que se sont fixé les participantes qui importe mais bien les gains en confiance, en habileté et en succès qu'elles avaient accumulés :

- « « Après avoir eu plus de connaissances, j'étais inquiète pour ma santé et là, j'ai décidé d'agir » (Josée, R 5).
- « Je me suis rendu compte que manger mieux me faisait du bien et que j'étais fière de moi de le faire » (Suzie, R 5)
- « Je suis fière d'avoir toutes ces connaissances et de toutes ces possibilités que je découvre, ça me rend responsable de ma santé » (Anne, R 5)
- « Je peux améliorer ma santé par moi-même maintenant » (Suzie, R 5).
- « Il y a une fierté en nous quand on fait nos choses » (Suzie, R 5)

Un accompagnement vers les services et les ressources de la communauté en procurant un sentiment de posséder du pouvoir sur leur vie

La communauté étant, premièrement, le Centre d'éducation proprement dit, les participantes sont invitées à utiliser les services de la travailleuse sociale et de l'éducateur communautaire qui organisent les autres formations pour le groupe des femmes monoparentales défavorisées si jamais elles ont besoin d'aide à d'autres niveaux. De plus, une infirmière connaissant l'approche d'appropriation d'un plein potentiel leur est présentée comme possibilité de soutien si elles vivent des difficultés dans leur processus ou si elles ont des questions à propos de la santé du cœur. Deuxièmement, des ressources

provenant de la communauté plus élargie et traitant de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires leur sont suggérées.

Évaluation des apprentissages de l'intervenante

Le premier objectif à atteindre est de s'approprier des savoir, savoir-faire et savoir-être concernant l'intervention auprès de femmes défavorisées.

Le savoir. La lecture de la littérature des chercheurs concernant la pauvreté et son impact sur la santé des femmes abolit certains préjugés entretenus face à cette clientèle. Cela permet de mieux les comprendre et de les voir avec des lunettes différentes. La recension des écrits faite à propos du processus d'appropriation de potentiel des personnes provenant de milieux défavorisés aident à intégrer davantage ce concept et à le voir dans sa globalité par l'entremise de différents auteurs. La lecture de la thèse de doctorat de Derenowski (1990) concernant sa théorie fait découvrir les différentes facettes de sa théorie et permet de trouver des clés lors de l'application de l'intervention et de la rédaction de cet essai.

Le savoir-faire. Les écrits des différents auteurs enseignent les grands principes d'intervention auprès de personnes vivant en milieux défavorisés : qu'il faut les respecter, leur faire confiance, ne pas leur dire quoi faire, ne pas leur

interdire des choses et ne pas exercer sur elles des pressions normatives et culpabilisantes afin qu'elles changent leurs comportements reliés à la santé du cœur. De plus, il faut les encourager et les féliciter pour les gestes positifs qu'elles posent. La pratique de l'approche par appropriation de son potentiel est intrinsèquement reliée à ces grands principes d'intervention en milieux défavorisés. Par contre, compte tenu du fait que l'intervenante devient infirmière à la fin des années 60 et que l'expérience acquise au fil du temps est encadrée par les murs de l'école des besoins et de celle des effets souhaités (Kérouac et al., 2003), il n'est pas toujours évident de « faire confiance » totalement au potentiel de l'autre. Il faut vraiment convertir nos connaissances et nos savoir-faire acquis antérieurement afin d'être avec l'autre et ainsi, l'accompagner dans ses expériences de santé et ce, de façon égalitaire. Il faut aussi oublier la dimension « échec » de l'intervention et guider l'autre dans le vécu de ses expériences. La compréhension et l'intégration de l'approche par appropriation de son plein potentiel amène graduellement l'intervenante à posséder des compétences de partenaire efficace. Par contre, il faut se questionner constamment sur notre approche et sur nos interventions : Rejoignent-elles les principes de l'appropriation du plein potentiel et favorisent-elles un processus d'appropriation du plein potentiel? L'utilisation du cadre théorique de Fleury permet à l'intervenante d'être vigilante face à ses savoir-faire et de réaliser son propre processus d'appropriation d'un plein potentiel : elle évalue sa volonté à changer et entreprend des actions afin d'y parvenir; elle construit son propre

changement en s'établissant des stratégies qui lui permettent de progresser vers l'atteinte des buts, c'est-à-dire l'ancrage de valeurs et de convictions suffisamment fortes en rapport avec l'approche d'appropriation d'un plein potentiel. Ceci permet à ses comportements, ses savoir-faire et son savoir-être de favoriser, chez l'autre, le processus d'appropriation d'un plein potentiel.

Le savoir-être. Plusieurs attitudes valorisées par les différents auteurs lors d'intervention en appropriation de potentiel font déjà partie des valeurs et de la façon d'être de l'intervenante : empathie, écoute, ouverture d'esprit et respect de l'autre. Cependant, il faut savoir laisser de côté le pouvoir que l'on détient par les connaissances et les savoir-faire acquis professionnellement afin de vivre une relation égalitaire avec l'individu. Par nos propos, les personnes provenant de milieux défavorisés ne doivent pas se sentir jugés, éprouver de la honte, de la culpabilité et de l'embarras (Lacourse, 2002) face à leur situation. En fin de compte, il faut avoir une attitude amicale tout en gardant un fond de professionnalisme puisque selon Martin et Boyer (1995), les personnes issues de milieux défavorisés perçoivent très bien les distances sociales et sont en mesure d'évaluer si on les juge ou pas.

Développer une intervention d'appropriation de son plein potentiel suscitant l'amorce ou le maintien de comportements adéquats reliés à la santé

du cœur chez la femme défavorisée à partir de la théorie de Fleury est le deuxième objectif à atteindre par l'intervenante.

Inspirée des concepts et des sous-concepts des trois étapes de la théorie de Fleury, l'intervenante élabore les plans d'action des rencontres de l'intervention qui se retrouvent aux Tableaux 2 à 6 de la méthode. De plus, toutes les rencontres y sont expliquées et leur déroulement est présenté à l'intérieur de la partie du même nom. Le temps d'espacement et le nombre des rencontres (4 rencontres à l'intérieur de 4 mois) respectent les critères déterminés par St-Cyr Tribble et al. (2001) favorisant un climat de confiance favorable à un processus d'appropriation du plein potentiel. Puisque 90% des participantes ont amorcé un changement de comportement et que 50% d'entre elles se sont approprié leur changement, il peut être avancé que la plupart des conditions favorisant l'appropriation d'un plein potentiel étaient présentes lors des rencontres de cette intervention.

Le troisième et dernier objectif à atteindre par l'intervenante est de développer une expertise face à la théorie de Fleury.

Le développement d'une intervention ayant comme cadre théorique la théorie de Fleury permet à l'intervenante d'en connaître les grands principes, d'en comprendre les concepts et les sous-concepts puisqu'ils servent de guides

à l'élaboration des plans d'action de cette intervention. Aucun document sur son application n'étant disponible par l'entremise de différents moteurs de recherche, la lecture de la thèse de doctorat de l'auteur permet l'accession à de nombreuses informations sous-jacentes à cette théorie : le contexte théorique ainsi que la méthode utilisée par Fleury (Derenowsli, 1990) pour l'élaboration de sa théorie. De plus, les propriétés qu'attribue Fleury au processus d'appropriation de son plein potentiel y sont récupérés et deviennent les objectifs de l'Intervention. Enfin, les exigences conduisant à un processus d'appropriation de son potentiel y sont circonscrites : afin qu'il y ait appropriation de son potentiel, il faut la présence d'un événement. Dans la situation présente, l'événement est l'intervention offerte aux participantes. Cet événement entraîne des conditions propices à générer des conséquences. Ces conséquences deviennent les indices qui servent à illustrer, par l'entremise des outils de collecte de données, le processus d'appropriation du plein potentiel des participantes. Il est évident que beaucoup de données restent encore à explorer et à comprendre par rapport à cette théorie avant d'en être experte. Par contre, un bout de chemin a été parcouru par le développement de cette intervention et par la rédaction de cet essai.

La prochaine partie présente la discussion, les forces et les faiblesses de l'intervention ainsi que les recommandations ayant trait à la recherche, à la formation ainsi qu'à la pratique infirmière.

Le processus illustré au chapitre précédent démontre clairement l'appropriation d'un potentiel à différents niveaux par la majorité des participantes. En effet, tel que mentionné antérieurement, 90% des participantes ont exprimé des désirs individuels de changement ainsi qu'une volonté de faire des efforts pour changer, conformément aux propriétés que formule Derenowski (1990) en ce qui a trait à l'appropriation d'un plein potentiel. Elles ont donc amorcé des changements de comportements en matière de santé du cœur. Quant à Lise, Line, Josée, Suzie et Anne, soit 50% des participantes, elles ont démontré une continuité dans les tentatives d'intégrer un changement de style de vie démontrant ainsi, selon Derenowski (1990), l'appropriation de leur plein potentiel.

Ce chapitre comprend tout d'abord la discussion. La deuxième partie du chapitre présente les forces et les faiblesses de l'intervention. Enfin en troisième partie se retrouvent les recommandations au point de vue de la recherche, de la formation et de la pratique infirmière.

Discussion, forces et faiblesses de l'intervention et recommandations

La discussion

Cette discussion a premièrement comme objectif de vérifier le rôle que jouent certaines caractéristiques des participantes sur les résultats démontrés. En deuxième lieu, un parallèle est fait entre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires présentés chez les femmes provenant de milieux défavorisés de la littérature et ceux présents chez les participantes. Troisièmement, les facteurs empêchant les femmes défavorisées à amorcer ou à maintenir des changements de comportements face à la santé du cœur proposés par la littérature seront confrontés à ceux présents chez les participantes. Enfin, le dernier objectif de cette discussion est de vérifier, à partir d'auteurs s'intéressant à l'appropriation de son plein potentiel, la pertinence de l'utilisation de la démarche d'appropriation de son plein potentiel inspiré de la théorie de Fleury (Derenowski, 1990) pour favoriser l'amorce ou le maintien, par les participantes, de changements de comportements reliés à leur santé du cœur.

Le rôle de certaines caractéristiques des participantes dans l'amorce ou le maintien des changements de comportement axés sur la santé du cœur

Sur 37 femmes inscrites au projet de mères célibataires du Centre où se déroule l'intervention, 19 d'entre elles assistent à la rencontre générale du 15 octobre 2004. L'objectif de cette rencontre est de présenter les divers

intervenante et intervenantes et d'expliquer les rôles que chacun joue au sein du groupe. Il est surprenant de constater une grande disparité des âges – 20 ans à environ 50 ans-- ainsi que le nombre de femmes immigrantes présentes. À ce moment, il est à peu près irréaliste de penser que la tranche d'âge des participantes telle que planifiée dans la méthode, c'est-à-dire entre 16 et 25 ans, puisse être respectée. La clientèle de femmes immigrantes aussi doit être prise en considération. Doivent-elles être exclues de l'intervention? Le sens éthique de l'intervenante et cet extrait de la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, Santé Canada & Association canadienne de santé publique, 1986) encouragent le contraire :

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes et pour les hommes. (p. 1)

Les observations de l'intervenante sont justes : l'analyse du profil démographique des participantes rejoint sur un seul point celui planifié dans la méthode de l'intervention : toutes les participantes ont un revenu inférieur ou égal au seuil de pauvreté en vigueur au Québec (Lévesque et Chouinard, 2003)

compte tenu du nombre d'enfant à charge. D'ailleurs, toutes les femmes n'ont pas d'emploi rémunéré sauf une qui le fait à temps partiel.

L'âge des participantes

L'âge ne rejoint pas le profil des participantes planifié dans la méthode de cette intervention soit entre 16 et 25 ans. Par contre, puisque ces femmes sont consentantes à participer à cette intervention, elles ont déjà posé un geste rejoignant la théorie de Fleury : Elles se sont donné comme stratégie de participer à cette intervention dans l'objectif et l'espoir d'améliorer leur potentiel de santé du cœur. De plus, si elles désirent faire partie de cette expérience, elles s'inscrivent possiblement dans le *zeitgeist*, terme allemand utilisé par Colletette, Delisle et Perron (1997), signifiant qu'un système peut être ouvert à opérer un changement au moment où l'occasion se présente.

Le niveau de scolarité.

Presque la moitié des participantes ont complété leurs études secondaires. Par contre, près du tiers ne les ont pas encore complétées. Les participantes possédant une formation collégiale ou universitaire sont des femmes immigrantes slave, portugaise et africaines qui étudient en alphabétisation. Il est important de maintenir ces femmes au sein du groupe

puisque que, selon une étude décrivant la trajectoire de pauvreté de femmes immigrantes de Montréal, elles se sentent isolées et avouent le peu de soutien provenant de leur famille et de l'État (Malenfant, Lévesque, Jetté et White, 2004). De plus, leur participation au projet leur permet de prendre conscience de l'impact que peut avoir sur la santé du cœur l'adoption de comportements néfastes dans ce pays d'accueil incitant trop souvent à une consommation trop facile de produits malsains pour la santé du cœur.

La majorité des participantes possède donc les caractéristiques dont parlent la FMCC (1997) et Pohl et al., (1998) et qui rendent certaines femmes plus vulnérables que d'autres aux maladies cardiovasculaires : Un faible revenu, une scolarité déficiente ainsi que peu de maîtrise sur leur travail puisque neuf d'entre elles ne travaillent pas et que une travaille à temps partiel seulement.

*Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les femmes
provenant de milieux défavorisés selon la littérature et selon les participantes*

Les scores globaux du test « Avez-vous bon cœur? » de Gagnon et al. (2003) sont révélateurs de la vulnérabilité des participantes issues de milieux défavorisés et possédant un niveau de scolarité peu élevé aux maladies cardiovasculaires. En effet, 90% d'entre elles présentent au moins un facteur de risque des maladies cardiovasculaires ce qui dépasse de 10% le taux canadien

(FMCC, 2003) qui est de 80%. Il est à noter que cinq femmes sont à risque modéré, une est à risque élevé et une autre à risque très élevé de maladies cardiovasculaires. Le taux de prévalence des fumeuses rejoint de près celui des Québécoises et des Canadiennes et il est un peu plus bas que celui des femmes défavorisées de l'Outaouais. Les participantes sont aussi sédentaires que l'ensemble des Canadiennes mais plus que celles de l'Outaouais et du Québec. Par contre, seulement une femme du groupe est considérée comme obèse ce qui est trois fois moins que les Outaouaises et quatre fois moins que les Canadiennes. Les participantes ont augmenté leur vulnérabilité aux MCV en ignorant les mesures de leur tension artérielle, de leur cholestérolémie totale et de leur glycémie.

Cette intervention contribue à diminuer cette vulnérabilité des participantes aux maladies cardiovasculaires puisqu'elles sont maintenant conscientisées et connaissent leurs facteurs de risque et que plusieurs d'entre elles se sont approprié le pouvoir de changer leur comportement face à certains de ces facteurs.

*Les obstacles influençant l'adoption de comportement liés à la santé du cœur
identifiés par les participantes*

Lors de la première rencontre, les participantes identifient plusieurs facteurs ou des obstacles les désavantageant par rapport à d'autres femmes face à l'adoption de comportements sains liés à la santé du cœur et retrouvés dans la littérature. Premièrement, le manque d'argent est un des obstacles reconnus par les participantes contribuant, tout comme les auteurs (FMCC, 2003a; Genttleman & Wilnkleby, 2000; Morris & al., 2000) le confirment, à les empêcher de participer à des activités physiques dans des centres et à s'acheter des aliments sains à cause des coûts associés. Deuxièmement, le manque de temps est aussi identifié par les participantes. Leurs commentaires rejoignent exactement ceux de Gettleman et Winkelby (2000) et de la FMCC (1997) En effet leur monoparentalité multiplie leurs responsabilités et elles doivent vaquer seules aux activités de la vie quotidienne en plus de s'occuper de leurs enfants. Elles disent ne plus avoir l'énergie pour faire quoi que ce soit lorsque la journée est terminée. De plus, compte tenu de leur retour à l'école, elles ont des devoirs à faire. Troisièmement, le manque de soutien social est aussi mentionné par les participantes. Elles manquent le soutien d'un conjoint et certaines même de leur famille à cause de leur statut d'immigrantes, ce soutien familial décrit par Knutsen et Knutsen (1991) comme un déterminant puissant du comportement. Le manque de connaissances en ce qui concerne les facteurs

de risques des maladies cardiovasculaires et de ces maladies comme telles est un obstacle que les participantes reconnaissent comme majeur. Une participante ajoute d'ailleurs que ce n'est pas une question de sous mais plutôt savoir quoi faire avec les sous qui est le problème. Durant les formations, elles affirment, tout comme Gettleman et Winckleby (2000) que si elles connaissaient en quoi consiste vraiment l'effet de la cigarette et ceux de tous les autres facteurs de risque sur la santé du cœur, elles seraient beaucoup plus motivées à agir. C'est d'ailleurs à partir de cette réflexion de la part des participantes qu'elles demandent l'ajout d'une cinquième rencontre dont le contenu souhaité est l'explication plus en détail des facteurs de risque. Les manques de volonté, de motivation et de confiance sont aussi mentionnés par les participantes comme obstacles. Par contre, en réalisant qu'elles avaient déjà réussi à passer à travers différentes épreuves, certaines d'entre elles admettent qu'elles peuvent se faire confiance face à l'entreprise de changements ce qui contribue à augmenter leur sentiment d'avoir un certain pouvoir sur les choses. Un facteur important n'avait pas été mentionné par les participantes : le stress causé par leur situation de pauvreté. Le cas de Lise en est un exemple flagrant. Elle avoue, lors de la 5^{ième} rencontre, que le stress causé par le comportement de ses enfants interfère avec sa capacité à réaliser ses objectifs dont celui de cesser de fumer. Colin et al. (1992) soutiennent ce fait en disant que certains modes de vie, comme le tabagisme, sont parfois dictés par ce stress existentiel. La présence des participantes aux rencontres, quoique de façon sporadique

pour certaines, démontre la confiance qu'elles ont envers l'intervenante. Par contre, celles qui ne sont pas revenues se sont-elles senties menacées par celle-ci ou n'étaient-elles tout simplement pas prêtes pour ce changement?

De tous les obstacles que les participantes mentionnent, c'est surtout sur le manque de connaissances qu'elles reconnaissent avoir le plus de pouvoir d'agir puisqu'elles peuvent venir assister à cette intervention dont l'objectif est de les aider à améliorer leurs habitudes de vie concernant leur santé du cœur.

La théorie de Fleury, une approche propice à l'amorce et au maintien d'un changement de comportement lié à la santé du cœur.

Se questionnant sur l'insuccès des programmes sociaux axés sur la diminution des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, Fleury passe en revue les différents modèles et théories de la motivation inspirant ces programmes : le modèle des croyances relatives à la santé de Maimen et Becker (1974), la théorie sociale cognitive de Bandura (1977), la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980) ainsi que le modèle d'interaction de comportement de santé du client de Cox (1982). Elle constate surtout que ces théories ne précisent rien du processus pré et post décisionnel de l'individu en changement. Or, citant Oldridge, Derenowski (1990) assure que la compréhension de ce processus pré et post décisionnel est indispensable à

l'élaboration de programmes suscitant la motivation à l'amorce et au maintien de changement de comportement en matière de santé du cœur. C'est l'objectif que veut atteindre Fleury en utilisant l'approche par théorisation ancrée auprès de la population étudiée. La théorie de Fleury (Derenowski, 1990) sur l'appropriation de son plein potentiel, a donc comme particularité d'avoir été construite à partir de stratégies utilisées par des individus ayant subi une maladie cardiovasculaire et fréquentant un centre de réadaptation cardiaque dans le but de changer leurs comportements concernant leur santé du cœur. Cette clientèle ne provient pas nécessairement de milieux défavorisés contrairement à celles des autres recherches consultées (Lapierre, 1999; Le Bossé & Lavallée, 1993; Lord & McKillop Farlow, 1990; Ouellet et al., 2000; St-Cyr Tribble & al., 2001) traitant d'émancipation, d'empowerment, d'habilitation ou d'appropriation, termes utilisés selon les auteurs. Par contre, cette clientèle rejoint la caractéristique que donnent Le Bossé et Lavallée (1993) à la personne développant un processus d'appropriation : elle « ...se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes... ». (p. 17)

Afin de démontrer que la théorie de Fleury (Derenowsky, 1990) est propice au développement d'un processus d'appropriation d'un plein potentiel, ses concepts sont mis en parallèle avec les quatre grandes constantes suggérées par Le Bossé et Lavallée (1993) suite à leur recension des écrits sur le phénomène d'« empowerment », avec les trois marqueurs du processus

d'« empowerment » issus de la recherche de Ouellet et al., (2000) ainsi qu'avec les huit indices associés à un processus d'appropriation émergeant de la recherche de St-Cyr Tribble et al., (2001).

Les quatre grandes constantes suggérées par Le Bossé et Lavallée (1993)

Quand ces auteurs avancent que le phénomène d'« empowerment » est associé à des caractéristiques individuelles, Derenowski (1990) propose que l'appropriation du plein potentiel de l'individu passe par la représentation de son propre changement à partir du passé, par l'évaluation de sa volonté à changer en réévaluant ses actions passées et par l'identification de ses barrières face au changement. Quand Le Bossé et Lavallée (1993) suggèrent que le phénomène d'« empowerment » implique une action, Derenowski (1990) avance que l'individu s'approprie son potentiel en construisant son propre changement : il décide ce qu'il doit changer, il s'établit des règles, il se crée des ouvertures, il surmonte ses erreurs et il exerce son propre contrôle. Quant Le Bossé et Lavallée (1993) proposent que le processus d'« empowerment » s'exprime et se développe en relation avec l'environnement, Derenowski (1990) dit plutôt que l'individu qui est en processus d'appropriation de son potentiel le fait en utilisant des systèmes de soutien et atteint une harmonie avec l'environnement. Enfin, quand Le Bossé et Lavallée avancent que le phénomène d'« empowerment » est un processus, Derenowski le représente par les trois étapes que

franchissent les personnes en changement élucidées par sa théorie : l'évaluation de sa volonté à changer, le changement et l'intégration de son changement.

Les trois marqueurs de Ouellet et al., (2000).

Les stratégies utilisées par la population étudiée par Fleury rejoignent aussi les trois marqueurs du processus d'« empowerment » issus de la recherche de Ouellet et al., (2000) s'intéressant au rôle que joue l'intervention dans le processus d'« empowerment » d'individus vivant dans des situations d'extrême pauvreté : (a) le passage à l'action par l'utilisation de ressources externes; (b) des réalisations par rapport au projet; (c) des gains sur le plan des ressources personnelles. Ces trois marqueurs reflètent en effet, les trois propriétés qu'attribue Fleury à l'appropriation de son plein potentiel : (a) une manifestation des désirs individuels basée sur une image de soi dynamique; (b) une continuité dans les tentatives d'intégrer un changement de vie; (c) une volonté de faire des efforts pour changer.

Les huit indices d'appropriation de St-Cyr Tribble et al., (2001).

Après avoir rallié les grandes constantes formulées par Le Bossé et Lavallée (1993) et les trois marqueurs issus de la recherche de Ouellet et al.

(2000), la théorie de Fleury , par ses caractéristiques spécifiques, converge de plus en plus vers un processus d'« empowerment ». En effet, les conditions et les conséquences créées par l'intervention issue des étapes et des stratégies de cette théorie rejoignent plusieurs indices associés à un processus d'appropriation émergeant de la recherche de St-Cyr Tribble et al., (2001) conduite auprès de parents (n = 28) vivant des difficultés avec leurs enfants dans le but de comprendre et d'évaluer l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales basées sur une pratique d'« empowerment ». Dans le texte suivant, l'indice d'appropriation de St-Cyr Tribble et al., (2001) précède les conditions ou les conséquences secondaires à l'intervention proposée par Fleury : (a) réflexion et prise de conscience de la situation, de ses forces, de ses besoins : conscience de symptômes et/ou d'informations servant de signaux nécessitant un changement, perception de l'écart entre ses propres comportements et l'image de soi désirée, conscience de barrières potentielles au changement, désir d'un changement; (b) développement de l'estime de soi : identification de priorités de changement, reconnaissance d'une insatisfaction de soi, ouverture à l'acquisition de compétences assurant le succès de l'amorce et du maintien du changement, utilisation de ressources individuelles; (c) diminution des sentiments désagréables tels le stress, l'anxiété et la tristesse : perception du changement comme une force énergisante; (d) prises de décisions éclairées qui correspondent aux attentes ou aux besoins et qui sont pertinentes compte tenu de la situation : identification de priorités de

changement, création d'espérances réalistes, établissements de critères pour mesurer sa performance; (e) apprentissage et développement d'habiletés communicatives, sociales ou autres : augmentation de ses connaissances de base dans le domaine de la santé, création d'une nouvelle pensée face aux comportements changés, construction d'intentions de changement de comportement; (f) passage à l'action, soit en essayant de nouvelles façons de faire, en s'affirmant ou en mettant des projets à exécution : sensation de contrôle dans l'amorce du changement, perception de sa responsabilité face à son changement, expression de sa propre responsabilité dans son changement, affirmation des valeurs de comportements choisis, sentiment d'accroître son contrôle sur ses résultats de santé, entretien d'une flexibilité dans le maintien du changement, sens accru de contrôle sur ses résultats de santé, le comportement fait parti d'un « nouveau normal »; (g) développement de relations avec le réseau d'échange et de soutien ainsi qu'avec les ressources communautaires : augmentation de l'utilisation des ressources de soins de santé ou autres, identification de système de soutien pour une rétroaction et de l'information, confiance sur un système de soutien pour une rétroaction et de l'encouragement; (h) amélioration des conditions de vie : réévaluation des habitudes de vie pour de nouveaux changements, perception du changement comme une force énergisante, perception positive des changements futurs.

Il est intéressant de constater la présence d'une progression de l'appropriation d'un plein potentiel au sein même du vocabulaire des énoncés de Fleury. Par exemple : une sensation de contrôle dans l'amorce du changement, est moins intense qu'un sentiment d'accroître son contrôle sur ses résultats de santé et un sens accru de contrôle sur ses résultats de santé est plus intense qu'un sentiment seulement.

On peut donc conclure qu'une intervention rejoignant les grands principes «d' empowerment » selon Le Bossé et Lavallée (1993), les trois marqueurs d'« empowerment » de Ouellet et al., (2000) ainsi que les indices proposés par St-Cyr Tribble et al., (2001) est propice au développement d'un processus d'appropriation d'un plein potentiel individuel ou collectif favorisant l'amorce ou le maintien de changement de comportements reliés à la santé du cœur. C'est d'ailleurs ce que démontrent les participantes de cette intervention.

Les forces et les faiblesses de l'intervention

Les forces de l'intervention

La plus grande force de cette intervention est son caractère innovateur par l'utilisation d'une approche d'appropriation de son plein potentiel auprès de femmes provenant d'un milieu défavorisé afin de susciter chez-elles l'amorce ou

le maintien de changements de comportements de santé du cœur. Différents auteurs ayant utilisé une approche similaire auprès d'une clientèle défavorisée présentent, en effet, des résultats probants : des femmes enceintes provenant de milieux défavorisés ont bénéficié d'un plus grand soutien social et ont présenté moins de symptômes dépressifs postnatals (Ouellet et al., 2000). De plus, les parents vivant des difficultés avec leurs enfants ayant participé à la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2001) ont démontré une réflexion et une prise de conscience de leurs forces et de leurs faiblesses, un développement de l'estime de soi, une diminution de sentiments désagréables, des prises de décisions éclairées et des habiletés parentales. En outre, ces parents sont passés à l'action et ont développé de meilleures relations avec le réseau de la santé. Ainsi, les participantes, en construisant leur propre changement par le développement de leur plein potentiel ont réussi à exercer un contrôle sur certains aspects de leurs habitudes de vie concernant leur santé du cœur puisque certaines d'entre elles ont réussi à diminuer les gras, à faire plus d'exercice, à perdre du poids et à diminuer le café. De plus, elles ont une perception positive de leur efficacité personnelle. En effet, quand certaines participantes disent qu'elles peuvent maintenant améliorer leur santé par elles-mêmes et que tout ce qu'elles ont découvert les rend davantage responsables de leur santé, ceci rejoint Bandura (1997) quand il avance que la perception de son efficacité personnelle est un jugement de sa propre capacité à accomplir un certain niveau de performance.

L'utilisation de la théorie de Fleury comme cadre de référence est la deuxième force de cette intervention. En effet, il s'agit d'une intervention infirmière guidée par une théorie infirmière. Plus précisément, le fait que les étapes et les stratégies soient définies de façon très claire et explicite permet à l'intervenante de construire une intervention propice à l'appropriation d'un plein potentiel à partir du vécu des participantes. D'ailleurs un processus d'appropriation d'un plein potentiel construit à partir du vécu et qui tient compte à la fois des perceptions subjectives de la personne ainsi que des conditions objectives de leur contexte social, est, selon Le Bossé et Lavallée (1993) un meilleur indicateur de bien-être chez l'individu en changement. L'utilisation de la théorie de Fleury permet, comme ici démontré, à l'intervenante de devenir une facilitatrice apte à aider les participantes non pas à changer des comportements néfastes pour leur santé mais capables de mieux maîtriser leurs facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (Lord & McKillop Farlow, 1990) et ainsi d'exercer un meilleur contrôle sur leur santé. Enfin, la pratique par approche d'appropriation de son plein potentiel rejoint la définition que fait l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004), du but de la pratique infirmière :

La pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie. (p. 11)

La troisième force de cette intervention est son application possible auprès de différentes populations défavorisées ou celles vivant une situation incapacitante, par exemple suite à un infarctus du myocarde. En effet, ces personnes ressentent davantage un sentiment d'impuissance face au contrôle de leur vie (Colin & al., 1990; Lacourse, 2002; Le Bossé & Lavallée, 1993), ce qui les place en situation de non pouvoir, d'impuissance et de dépendance (Lacourse, 2002). Puisque l'appropriation de leur plein potentiel leur est nécessaire afin de se prendre en main et de se donner du pouvoir d'agir (Ouellet & al., 2000; St-Cyr Tribble & al., 2001), une intervention basée sur cette approche ne peut que leur être bénéfique.

Enfin, cette intervention apporte sûrement un nouveau regard empirique dans le domaine de l'appropriation de leur plein potentiel par des femmes défavorisées suscitant des pistes potentielles de réflexion sur différents aspects de la discipline infirmière encourageant ainsi des retombées positives sur sa pratique.

Les faiblesses de l'intervention

La première faiblesse de cette intervention est que la théorie de Fleury n'a possiblement pas été utilisée auparavant lors d'une intervention favorisant l'appropriation d'un plein potentiel au niveau du Québec. Du moins, les

recherches entreprises par l'entremise de différents moteurs de recherche n'ont pas permis d'en démontrer l'utilisation dans le même optique que cette intervention. Ainsi, l'expérience vécue par l'intervenante en était une de novice selon Benner (2001). Toujours selon cette auteure, l'intervenante peut par contre, se considérer comme experte au niveau des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque par son expérience de 16 ans comme infirmière en soins intensifs et de 10 ans comme bénévole au sein de la Fondation des maladies du cœur du Québec. La deuxième faiblesse de cette intervention est l'utilisation d'un journal de bord comme moyen d'évaluation. En effet, les participantes sont très peu nombreuses à l'avoir complété et les trois femmes qui le complètent ne le font que deux fois. Elles donnent comme raisons le manque de temps à cause de leur monoparentalité et de leur retour en classe ce qui les sollicite déjà au niveau de devoirs à faire. Il faut d'ailleurs réaliser que 82% des participantes ont un secondaire V et moins. De plus, est-ce que compléter un journal de bord fait partie de la culture des immigrantes présentes à l'intervention? Ne sont-elle pas plutôt de culture à traditions orales? Ne sont-elles pas en alphabétisation? En troisième lieu, une autre faiblesse de cette intervention concerne l'ouverture des sujets à un autre projet puisqu'elles le sont déjà par leur retour à l'école. Par contre, cela peut constituer une force motrice puisque, comme le soulignent Ouellet et al. (2000) ces participantes savent profiter, même en étant dans une période transitoire de leur vie, de l'opportunité qui se présente à elles sous la forme d'une intervention afin d'entrer en action.

Enfin, une autre lacune est de ne pas avoir donné l'opportunité aux femmes d'émettre par écrit à l'aide d'un questionnaire-maison leur satisfaction en ce qui a trait à l'intervention. Il est évident qu'il leur fut demandé verbalement de s'exprimer sur le sujet. Par contre, le fait de compléter un questionnaire aurait certainement contribué à mieux documenter leur opinion.

Les recommandations

Les recommandations au niveau de la recherche

Compte tenu de la présence d'immigrantes au sein des participantes, il serait intéressant de vérifier la différence entre les niveaux d'appropriation d'un plein potentiel selon les indices de Fleury chez un groupe d'immigrantes provenant de milieux défavorisés comparativement à des femmes québécoises ou canadiennes provenant de milieux défavorisés. En effet, le fait que trois participantes sur cinq ayant atteint un plus haut niveau de potentiel soient des immigrantes, un questionnement se pose à ce sujet : ces deux catégories de femmes ont-elles les mêmes trajectoires de vie vers la pauvreté? Selon Malenfant, Lévesque, Jetté et White, (2004) les trajectoires de vie de ces femmes vers la pauvreté sont en effet différentes : chez les immigrantes, les emplois qu'elles décrochent sont souvent précaires parce qu'elles sont isolées, qu'elles n'ont pas de réseaux sociaux pouvant les connecter au marché du

travail, qu'elles ne sont pas reconnues pour les qualifications qu'elles possèdent souvent dans leur pays et qu'enfin, elles ne reçoivent pas l'aide qu'elles devraient recevoir de leurs familles déjà installées ici ou de l'État; leur pauvreté est plutôt passagère. Quant aux femmes originaires du Québec, tant celles monoparentales dans la trentaine que celles entre 45 et 55 ans, leur pauvreté proviendrait plutôt d'une insertion professionnelle initiale très précaire suivie de l'abandon des études. Elles optent davantage pour la formation d'un couple qui se termine souvent dans la violence. Se retrouvant seules, la présence des enfants complique leur retour au travail. Elles se disent donc limitées dans le choix d'emplois intéressants. Plusieurs de ces femmes ont aussi vécu des expériences de vie difficiles telles que la délinquance, l'alcoolisme ou la violence conjugale; leur pauvreté est plus souvent globale telle que la conçoit Lacourse (2002) : une accumulation de manques ou d'absences sur le plan de l'avoir, du savoir reconnu et de l'être. Le profil de ces deux groupes de femmes jouerait-il un rôle sur leur processus d'appropriation de leur plein potentiel? Une future recherche pourrait répondre à cette question.

Les recommandations au niveau de la formation

Compte tenu de la tendance actuelle des professionnels de la santé oeuvrant en milieu communautaire auprès de personnes provenant de milieux défavorisés d'utiliser une approche axée sur l'appropriation d'un plein potentiel,

il est important que les étudiantes en sciences infirmières s'approprient cette dimension de la pratique. Étant donné que la théorie de Fleury a été élaborée par une infirmière et qu'elle est concluante dans son application, il faut encourager les universités à insérer dans le curriculum de leurs différents programmes en sciences infirmières la théorie de Fleury. Les notions d'appropriation de son plein potentiel ou d'empowerment pourraient être abordées avant le modèle McGill afin de favoriser la compréhension de ce concept chez l'étudiante puisque, selon le modèle McGill « ...la planification des soins reflète l'utilisation maximale du potentiel composé des forces, de la motivation, des habiletés et des ressources de chacun pour travailler sur la situation de santé. » (Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003, p. 45). À l'université, les notions du concept d'appropriation de son plein potentiel pourraient être enseignés à l'intérieur du cours « Expérience de santé : l'unicité dans la diversité ». Par la suite, la théorie de Fleury proprement dite (Derenowski, 1990) pourrait être abordée graduellement au niveau des cours « Modèles conceptuels et théories pratique infirmière II et III » et « Expérience de santé : Groupes et collectivités ». Par la suite, la théorie de Fleury pourrait être appliquée à l'intérieur du cours « Expérience clinique : groupes et collectivités ».

Les recommandations au niveau de la pratique infirmière

L'utilisation de la théorie de Fleury (Derenowski, 1990) comme cadre théorique dans une intervention basée sur l'approche d'appropriation du plein potentiel ouvre de nouvelles perspectives dans la pratique infirmière. Les résultats de cette intervention tendant à démontrer les effets positifs de cette approche sur la motivation des participantes à l'amorce et au maintien d'un changement de comportements reliés à la santé du cœur encouragent d'ailleurs à y avoir recours. Selon Le Bossé et Lavallée (1993), les approches traditionnelles sont trop partielles : par exemple, les sessions de motivation ne seraient pas une aide suffisante aux personnes démotivées. Il faut aller au-delà de la motivation comme le suggère Derenowski (1990) et aussi guider l'individu en changement au niveau des phases pré et post décisionnel et ce, à partir de son vécu. Engagée dans le paradigme de la simultanité, la profession infirmière doit prôner toute intervention incitant l'individu à prendre du pouvoir sur sa vie, c'est-à-dire « ...commencer à sortir de l'aliénation imposée par l'absence de reconnaissance de la part de l'autre » (Ouellet et al. 2000, p. 98). Par le programme « Naître égaux – Grandir en santé » et celui de « Soutien aux jeunes parents », le réseau de la santé s'est engagé, dès le début des années 90, à former des professionnels oeuvrant dans des milieux défavorisés, dont les infirmières, à la pratique d'une approche par « empowerment ». Par contre,

beaucoup reste encore à faire. En effet, dans leur étude *Femmes immigrantes et empowerment*, Côté et al. (2002) ont constaté que même si les intervenantes sociales comprenaient et connaissaient le concept d'« empowerment », plusieurs d'entre elles avaient quand même de la difficulté à tenir compte des besoins des femmes. L'équipe de chercheurs avoue avoir vécu les mêmes difficultés puisque, lors de l'élaboration de la formation aux intervenantes sur le processus d'« empowerment », elle avait aussi rompu avec les principes d'« empowerment »: elle n'avait pas eu de rapport égalitaire avec les intervenantes et avait eu de la difficulté à cerner les besoins des participantes pour tenir compte davantage des besoins définis par le CLSC.

Le cadre théorique qu'offre Fleury est un outil précieux pour les infirmières : il lui indique les balises et la démarche à suivre pour en arriver à pratiquer une approche d'appropriation d'un plein potentiel que peu de théoricienne ou de chercheuses offrent d'ailleurs. En effet, les recherches de Ouellet et al. (2000) et de St-Cyr Tribble et al. (2001) ont fait ressurgir des éléments précieux expliquant et aidant à la compréhension du phénomène de l'« empowerment » à partir d'interventions basées sur cette approche. Ces études présentent aussi des attitudes que devraient adopter les intervenantes pratiquant cette approche. Par contre, ces connaissances n'indiquent pas comment s'y prendre pour que l'individu parvienne à s'approprier son plein potentiel. Compte tenu du développement, par les participantes de cette

intervention, d'un processus d'appropriation d'un certain ou d'un plein potentiel, il n'est pas présomptueux de croire que le cadre théorique proposé par Fleury aide grandement à atteindre cet objectif.

Conclusion

Les résultats de cette intervention indiquent clairement que l'approche par appropriation de son plein potentiel favorise chez l'individu la maîtrise de certains aspects de leur vie (Lord & McKillop Farlow, 1990) en développant chez lui la motivation nécessaire à entreprendre des changements. En effet, l'analyse des résultats de cette intervention indique que 90% des participantes amorcent des changements de comportements par rapport à leur santé du cœur alors que 50% d'entre elles maintiennent encore ces changements de comportements après cinq semaines. Le choix du cadre théorique a joué un rôle primordial dans ces résultats. En effet, la théorie de Fleury, par la définition claire de ses concepts, offre un cadre et inspire l'intervenante dont la pratique est ancrée dans l'appropriation d'un plein potentiel. Elle lui indique donc un savoir faire crédible puisqu'il est issu d'une étude qui a mis en évidence des stratégies utilisées par des individus ayant amorcé et maintenu des changements de comportements en matière de santé du cœur suite à une maladie cardiovasculaire. Considérées comme trop partielles par Le Bossé et Lavallée (1993), les approches traditionnelles inspirant les programmes actuels de prévention n'ont pas nécessairement les impacts voulus puisque huit Canadiens sur dix affichent au moins un facteur de risque de maladies cardiovasculaires tel que le tabagisme, la sédentarité, un excès de poids, une hypertension artérielle

et un diabète et que un Canadien sur dix présente trois de ces facteurs de risque et plus (FMCC, 2003). Les femmes provenant de milieux défavorisés demeurent encore d'ailleurs les plus vulnérables aux maladies cardiovasculaires. Il est évident qu'une approche par appropriation de son plein potentiel est une goutte d'eau dans la mer de la complexité des maladies cardiovasculaires. Par contre, le réseau de la santé doit se questionner sur le niveau où se situent ses programmes axés sur la diminution des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dans le développement du processus d'appropriation d'un plein potentiel chez l'individu : Dans le processus de la phase pré décisionnelle d'un changement comme l'indique Derenowski (1990) ou doivent-ils être considérés plutôt comme une stratégie qu'utilise l'individu dans son processus de changement? Cette réflexion contribuerait sûrement à améliorer les interventions propres à susciter chez des femmes défavorisées ou chez d'autres populations un contrôle de différents aspects de leur vie en amorçant et maintenant des changements de comportements concernant leur santé du cœur.

Références

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New-York: Freeman & Co.

Benner, P. (2001) *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall.

Berteau, G.(2003). *Formation en empowerment auprès d'intervenantes sociales oeuvrant en interculturalité*. Avec la collaboration de D. Durand, H. Beauregard, B. Côté et J. Rhéaume. Conférence donnée à Montpellier, France. Récupéré en février 2005 de

http://www.aforts.com/colloques_ouvrages/colloques/actes/interventions/durand_daniele.doc

Bonneau, J., Fortier, P., & Fortin, L. (2002). *Programme de soutien aux jeunes parents : document initial pour la première phase d'implantation*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Boucher, J. L., Fotev, G., & Koleva, S. (2001). *Mutation de société et quête de sens*. Bulgarie : Les Éditions LIK.

Bowlby, M., Cogdon, A., Holley, J., Hatz, S. B., Ounpuu, S., Strachan, E., Taraba, L., & Toone, M. (1997). Ajustez votre mode de consultation selon le modèle des étapes du changement. *Au cœur du sujet*, 4, 1-4.

Boyer, G., & Brodeur, J.-M. (2001). Naître égaux-Grandir en santé: des résultats pour poursuivre le chantier. *Rapport synthèse*. 5, 1-4.

- Burman, M. E. (1995). Health diaries in nursing research and practice. *Image-Journal of Nursing Scholarship*, 27, 147-152.
- Burns, N., & Grove, S. (2001). *The Practice of Nursing Research: conduct, critique and utilization*. Toronto: W. B. Saunders Company.
- Centraide Outaouais (2000). *Portrait social 2000 territoire de Centraide Outaouais*. Récupérée le 24 janvier 2005 de <http://www.centraide-outaouais.qc.ca/francais/Nospublications/pdf/portraitsocial.pdf>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Pineault, R. (1985). Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 33, 173, 181.
- Colin, C., Lavoie, J-P., & Poulin, C. (1990). *Et la santé ça va? Les personnes défavorisées. Enquête santé Québec*. Québec : Les publications du Québec.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G. et Martin, C. (1991). *Survivre et penser à sa santé en milieu d'extrême pauvreté : le point de vue de femmes enceintes de Montréal*. Montréal : DSC Maisonneuve-Rosemont et DSC Sacré-Cœur.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Bulletin*, 33, 12-17.
- Cox, C. L. (1982). An interaction model of client health behavior: Theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5, 41-46.

- Dubet, F. (2000). *Les inégalités multipliées*. Gémenos ,France : Les Éditions de l'Aube.
- Émond, L. (2002) *Portrait de la pauvreté en Outaouais*. Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Derenowski, J. M. (1990). The qualitative generation of wellness motivation theory. (Thèse de doctorat, Université de l'Arizona, 1990). University Microfilms international, 9024643 pdf.
- Derenowski Fleury, J. (1991). Empowering Potential: A Theory of Wellness Motivation. *Nursing Research*. 40, 286-291.
- Direction de la Santé publique de l'Outaouais. (2000). *Un portrait de santé de la population de la région de l'Outaouais en l'an 2000*. [En ligne]. Version mise à jour le 06-11-2000.
<http://www.rrsss07.gouv.qc.ca/cs/portrait/pdfs/Portrait2000.pdf>
- Fields, S. K., Savard, M. A., & Epstein, K. R. (1993) The female patient. *Cardiovascular Health and Disease in Women*. Pp 3-21.
- Fondation des maladies du cœur du Canada, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Santé Canada. (1992). *La déclaration de Victoria sur la santé cardiovasculaire*. Conseil consultatif de la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire (Victoria (C.-B.)), Ottawa : Auteur.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (1997). *Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux chez les femmes canadiennes : Matière à réflexion*. Ottawa: Auteur.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Ottawa : Auteur.

Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003a). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*. Ottawa : Auteur.

Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003b). Sept mythes menacent la santé de cœur des Québécoises et des Québécois. *Bulletin de santé du cœur, juin*, 1-4. Récupéré le 13 décembre 2003 de <http://ww1.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID+1253&RecordID+1875&CategoryID+22&Src>

Gagnon, L., Pineau, G., Prévost, D., Brousseau, S., & Pineau, R. (2003). *Test Avez-vous bon cœur ?* Montréal : Acti-Menu.

Gettleman, L. & Winkleby, M. A. (2000). Using focus groups to develop a heart disease prevention program for ethnically diverse, low-income women. *Journal of Community Health, 25*, 439-453.

Godin, G. (1996). Le non-usage du tabac, une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé. *Alcoologie, 18*(3) 237-242.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newsbury Park (California): Sage Publications.

Jetté, M., & Des Groseillers, L. (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ, 1998-2002)*. Québec : Institut de la statistique.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. (2^e éd.). Laval : Groupe Beauchemin.

Knutsen, S., & Knutsen R. (1991). The Tromso survey : the family intervention study – The effect of intervention on some coronary risk factors and dietary habits, a six year follow-up. *Preventive Medicine, 20*, 197-212.

- Lacourse, M-T. (2002). *Sociologie de la santé*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Lapierre, J. (1999). *Évaluation de l'émancipation chez les participantes à un programme d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Le Bossé, Y. D., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 18, 7-20.
- Lévesque, K., & Chouinard, T. (2003, 10 novembre). Seuil de pauvreté d'une personne seule : 10,800 \$. *Le Devoir*. Récupéré le 13 décembre 2003 de <http://www.ledevoir.com/2003/11/10/40276.html>
- Lochhead, C., & Scott, K. (2000). *La dynamique de la pauvreté chez les femmes au Canada*. Ottawa : Conseil canadien de développement social.
- Lord, J., & McKillop Farlow, D. (1990). Une étude sur l'habilitation: répercussions sur la promotion de la santé. *Promotion de la santé*, 29. 2-8.
- Maimen, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief mode: Origins and correlates in psychological theory. Dans M. H Becker (Éds), *The health belief model and personnel health behavior* (pp. 9-26). New-York: Slack.
- Malenfant, R., Lévesque, M., Jetté, M., & White, D. (2004). *Études de trajectoires liées à la pauvreté*. Récupéré le 24 mars 2005 de <http://.fgrsc.gouv.qc.ca/recherche/pdf/rapp-pauvrete.pdf>
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Martin, C. & Boyer, G. (1995). *Naître égaux-Grandir en santé*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre : Auteurs.

- Mazel, O. (1996). *L'exclusion : le social à la dérive*. Bruxelles : les Éditions Le Monde.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Bonniol, J. J. (2003). *Analyses des données qualitatives*. (2^e ed.) Bruxelles : De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1993). *Politique de périnatalité*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec: Auteur.
- Morris, H. M., Ross Kerr, J. C., Wood, M. J., & Haughey, M. (2000). Health promotion and senior women with limited incomes. *Journal of Community Health Nursing*, 17, 115-126.
- Oldridge, N. B. (1988). Cardiac rehabilitation programme compliance and compliance-en-hancing strategies. *Sports Medicine*, 6, 42-55.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Gray-Donald, K. & Renaud, L. (1999). The Impact of a Community-Based Heart Disease Prevention Program in a Low-Income, Inner-City Neighborhood. *American Journal of Public Health*. 89. 12. 1819-1825.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2004). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière*. Montréal : Auteurs.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon. (2000). *L'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Organisation mondiale de la santé, Santé Canada & Association canadienne de santé publique. (1986). [Version électronique]. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Auteurs.

- Paradis, G., O'Loughlin, J., Elliott, M., Masson, P., Renaud, L., Sacks-Silver, G. & Lampron, G. (1995) Cœur en santé St-Henri – A hearth health promotion programme in a low income, low education neighbourhood in Montreal, Canada : Theoretical model and early field experience. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40, 503-512.
- Pohl, J. M., Martinelli, A., & Antonakos, C. (1998). Predictors of participation in a smoking cessation intervention group among low-income women. *Addictive Behaviors*, 23, 699-704.
- Renaud, L., O'Loughlin, J., Lampron, G., Bonney, D., Silver, G. & Paradis, G. (1995). Un concours peut-il inciter des fumeurs d'un milieu défavorisé à s'abstenir de fumer pendant 6 semaines ? *Canadian Journal Public Health*, 86, 170-175.
- Robichaud, J.-B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M. & Saucier, J.-F. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Santé Canada. (1995). *Les Canadiens et la santé cardiovasculaire*. Ottawa : Auteur
- Sheilds, L. E. (1995). Women's experiences of the meaning of empowerment. *Qualitative Health Research*, 5, 15-35.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D., & Archambault, Johanne. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne : compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès des parents*. Rapport de recherche.
- Sussman, S., Dent, C., Wang, E., BoleyCruz, N., Sanford, D., & Anderson Johnson, C. (1994). Participants and nonparticipants of a mass media self-help smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 19, 643-654.
- Tunstall, C., Ginsberg, D., & Hall, S. (1985). Quitting smoking. *International Journal of Addictive*, 20, 1089-1112.

Appendices

Appendice A

Invitation aux participantes



INVITATION

Bonjour,

Mon nom est Suzanne Gagné

Je sollicite ta participation afin de réaliser mon projet de maîtrise : développer chez toi la motivation à changer certaines habitudes de vie influençant ta santé du cœur dans le futur.

*Tu as déjà essayé ou pensé changer une ou des habitudes de vie concernant **Ta santé du cœur?***

Tu as manqué de courage et de motivation???

En participant à ce projet, tu te donnes une chance d'y parvenir!

Tu auras à assister à 4 rencontres et à compléter un journal de bord.

Merci

Suzanne

Appendice B

Questionnaire sociodémographique

Renseignements sociodémographiques

1. Dites-moi le niveau de formation que vous avez complété.

- Niveau primaire..... 1
- Secondaire IV et moins..... 2
- Secondaire V..... 3
- Niveau collégial..... 4

2. Quel âge avez-vous?

3. Quelle est votre occupation?

- Travail temps plein..... 1
- Travail temps partiel..... 2
- Recherche d'emploi..... 3
- À la maison..... 4
- Études, temps plein..... 5
- Études, temps partiel..... 6

4. Avec qui habitez-vous?

- Seule..... 1
- Avec mon ou mes enfants..... 2
- Avec mon conjoint..... 3
- Avec mon conjoint et mes enfants..... 4
- Autre : _____

5. Vous êtes parents de combien d'enfants?

- _____

6. Veuillez indiquer l'âge de chacun de vos enfants

Enfants	
Enfant 1	
Enfant 2	
Enfant 3	
Enfant 4	

7. Quel était approximativement votre revenu familial l'an dernier, avant les déductions d'impôt?

\$0.00 - \$9,999	
\$10,000 - \$14,999	
\$15,000 - \$19,999	
\$20,000 - \$24,999	
\$25,000 - \$29,999	
\$30,000 - \$34,999	
\$35,000 - \$39,999	
Autre	
Refus de répondre	

8. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

- Je me considère à l'aise financièrement..... 1
- Je considère mes revenus suffisants..... 2
- Je me considère pauvre..... 3
- Je me considère comme très pauvre..... 4

9. Y a-t-il, dans votre entourage (vos amis ou votre famille), quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal prise?

- Oui..... 1
- Non..... 2

10. S'il en est ainsi, combien de personnes?

- Une..... 1
- Deux..... 2
- Trois..... 3
- Quatre..... 4
- Entre 5 et plus..... 5
- 10 et plus..... 6

Appendice C

Approbation et contrat signés du projet

APPROBATION DU PROJET D'INTERVENTION

Nom : Suzanne Gagné

Code permanent : GAGS06564806

Constituante d'attache : UQTR UQAC UQAR UQO

Première session d'inscription au programme : Automne 2000

Titre du projet d'intervention : Intervention auprès de femmes défavorisées suscitant la motivation à l'amorce et au maintien d'un comportement adéquat de santé du cœur par l'appropriation de leur plein potentiel

Résumé du projet d'intervention

Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada, les maladies cardiovasculaires (MCV) demeurent les principales causes d'invalidité et de décès, tant chez l'homme que chez la femme de la plupart des pays industrialisés. Malheureusement, parce qu'elles sont peu scolarisées, ont de faibles revenus et ont peu de maîtrise sur leur travail, les femmes défavorisées sont considérées comme les plus vulnérables aux MCV. Comment les aider à changer leurs comportements de santé du cœur? Au cours des dernières années, des chercheuses ont démontré que l'approche par appropriation de son potentiel a suscité des changements de comportements de santé chez des populations de femmes défavorisées. L'intervention de ce projet de maîtrise sera donc guidée par la Théorie de la motivation vers un mieux être par l'appropriation de son plein potentiel de Fleury. Environ dix participantes seront choisies parmi des volontaires rejoignant ces critères : femmes ayant entre 16 et 25 ans, gagnant un salaire égal ou inférieur au seuil de pauvreté identifié par le Québec, ayant un ou des enfants et possédant une scolarité moindre ou égale à un secondaire V. Les participantes assisteront à un maximum de huit rencontres d'une heure trente selon leurs besoins. Tout au long de l'intervention, les participantes et l'intervenante auront à compléter un journal de bord qui servira à l'évaluation du processus d'appropriation de leur potentiel.

Lieu de l'intervention

Centre de formation Vision-Avenir
30 Boul. Saint-Raymond
Gatineau (Québec) J8Y 1R6

SR-29
ESP.M

Rôles des partenaires

Directrice d'essai : Madame Chantal Saint-Pierre

Supervise l'étudiante dans la mise en œuvre de son projet clinique. Elle est la personne répondante de l'Université auprès du milieu d'accueil pour la durée du projet d'intervention et est responsable des aspects administratifs.

Répondante du milieu d'accueil : Madame Suzanne Larocque, directrice

Supervise de façon administrative l'étudiante lors de sa présence au Centre. Elle a la responsabilité de faciliter la mise en œuvre du projet pour une réalisation optimale. À la toute fin du projet, elle s'assure que l'étudiante présente sa démarche et ses résultats auprès des intervenants du milieu.

Collaboratrice dans le milieu d'accueil : Madame Ginette Marcoux (a quitté)

Apporte un soutien de gestion de groupe à l'étudiante lors des rencontres avec les participantes. Sait contribuer à l'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenante et les participantes.

Étudiante : Suzanne Gagné

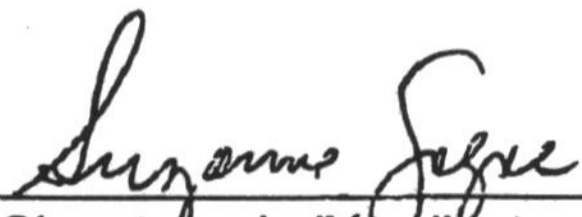
Réalise son projet avec compétence tout en favorisant la collaboration du milieu d'accueil. Elle doit aussi faire des mises au point selon le déroulement des activités prévues dans cette étape.

Précautions éthiques

Ce projet de maîtrise a été évalué par le Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Suite à cet examen, un certificat d'éthique a été émis permettant ainsi la réalisation de cette intervention.

Calendrier

Deux rencontres auront lieu en octobre. L'objectif de la première rencontre sera d'expliquer la recherche proprement dite à toutes les femmes afin qu'elles puissent décider si elles veulent participer au projet ou non. Les autres rencontres, au nombre de quatre, constitueront l'intervention en soi et se dérouleront aux trois semaines. D'autres rencontres pourront être organisées selon les besoins manifestés par les participantes. Voici les dates suggérées : les 8 et 22 octobre, le 19 novembre, le 10 décembre ainsi que le 14 janvier. *4 28 janvier - 15 05.* *3 28.*



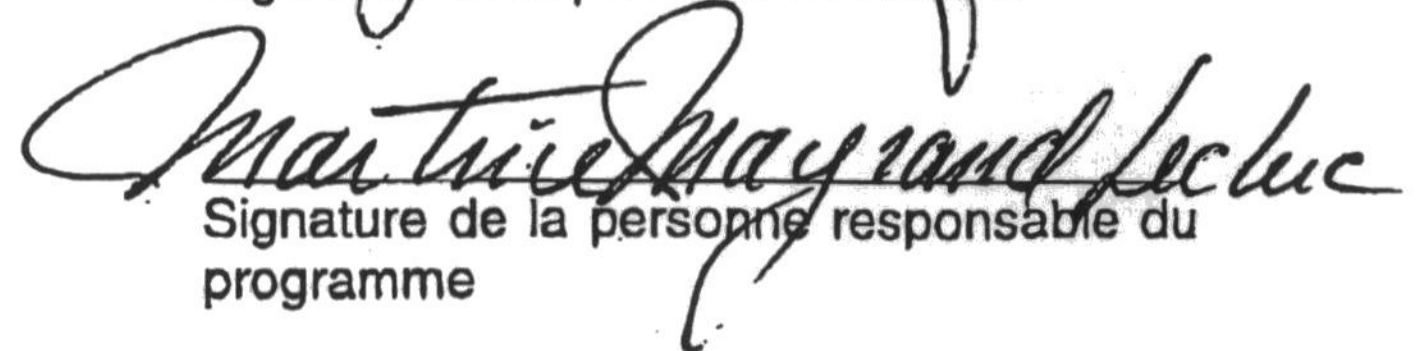
Signature de l'étudiante



Signature de la directrice d'essai



Signature de la personne du milieu



Signature de la personne responsable du programme

Date : 2004/09/17

SR 19.
BT. M

CONTRAT AVEC LE MILIEU D'INTERVENTION

Nom : Suzanne Gagné

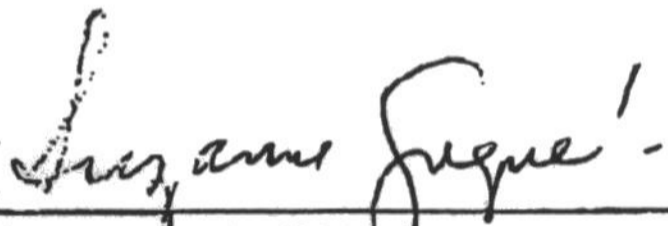
Code permanent : GAGS06564806

Constituante d'attache : UQTR UQAC UQAR UQO

Directrice d'essai : Madame Chantal Saint-Pierre inf., Ph. D.

L'étudiante ci-haut nommée s'entend avec le **Centre de formation Vision-Avenir** représenté par **Madame Suzanne Larocque, directrice**, pour effectuer son projet d'intervention clinique dans ce milieu.

Les initiales des soussignées doivent être apposer sur chaque page des modalités de ce projet.

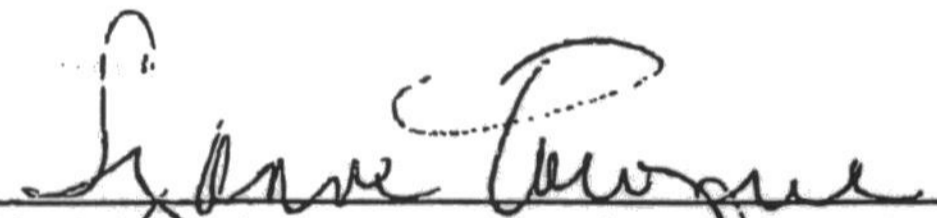


Signature de l'étudiante



Signature de la directrice d'essai

Date : 2004 / 09 / 17



Signature de la personne du milieu



Signature de la personne responsable du programme

sg. AR
ML BSP

Appendice D

Test « Avez-vous bon cœur? »



Avez-vous bon cœur ?

Près de **4** personnes sur **10** meurent de maladies cardiovasculaires.

Ces maladies constituent l'ennemi numéro 1 en santé et représentent la principale cause d'invalidité au Canada. En fait, c'est 36 % des hommes et 39 % des femmes qui en meurent.

Les maladies cardiovasculaires affectent le cœur (cardio) et les vaisseaux sanguins (vasculaires) pour provoquer l'angine ou l'infarctus (crise cardiaque), mais également les accidents vasculaires cérébraux qui peuvent entraîner des paralysies importantes.

Mais vous pouvez prendre en main la santé de votre cœur.

Complétez
1 le **test**

2 Évaluez votre
risque

3 Passez à
l'action

Avec l'appui de :

Ministère de la Santé
des Services sociaux
du Québec

Collège
des médecins
du Québec

Association
des cardiologues
du Québec

Centre EPIC de l'Institut
de Cardiologie de Montréal

Fondation
des maladies
du cœur

Direction de la
santé publique
de Montréal-Centre

Direction de la
santé publique
de Québec

Fédération des
médecins omnipraticiens
du Québec

Fédération des
médecins spécialistes
du Québec

Association des médecins
de langue française
du Canada

Groupe de recherche sur
l'athérosclérose de l'Institut
de recherches cliniques
de Montréal

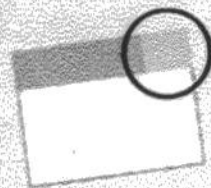
Ordre des
infirmières et infirmiers
du Québec

Direction de la
santé publique
de la Montérégie

Villes et
villages
en santé

Avez-vous bon cœur ?

- Ce test s'adresse aux adultes. Les femmes enceintes et celles qui allaitent devraient attendre l'arrivée de bébé et la fin de l'allaitement pour compléter le test.
- Pour chacune des questions, encerclez le pointage qui correspond le mieux à votre situation et inscrivez ce pointage dans le rectangle à droite.
- Les questions 7, 8 et 9 prévoient un espace pour inscrire le résultat de vos tests lors d'une visite chez votre médecin ou lors d'une activité de dépistage.



A

1 Âge

J'ai :

moins de 40 ans	0
40 à 49 ans	2
50 à 59 ans	5
60 à 69 ans	8
70 ans et plus	10

2 Sexe

Je suis un homme	8
Je suis une femme non ménopausée*	0
Je suis une femme ménopausée* (depuis 10 ans ou moins)	4
Je suis une femme ménopausée* (depuis plus de 10 ans)	8

*Une femme est ménopausée lorsque ses menstruations sont arrêtées depuis au moins un an. Elle demeure ménopausée pour le restant de sa vie.

3 Hérité

Est-ce qu'un membre de votre proche famille (père, mère, frère ou sœur naturels) a déjà souffert de maladies cardiovasculaires ? (angine, infarctus, pontage, paralysie)

Non	0
Oui : qui et à quel âge?	
• père ou frère à 55 ans ou moins	8
• père ou frère après 55 ans	4
• mère ou sœur à 65 ans ou moins	8
• mère ou sœur après 65 ans	4

Si deux réponses s'appliquent, inscrire le pointage le plus élevé.

B

4 Activité physique

En général, combien de jours par semaine faites-vous au moins 30 minutes* d'activité physique ? (marche, danse, sport, conditionnement physique, etc.)

5 jours ou plus par semaine	0
3 ou 4 jours par semaine :	
• à intensité élevée (ex. : jogging, vélo à plus de 20 à 25 km/h)	0
• à intensité légère ou modérée	3
1 ou 2 jours par semaine	6
Moins d'une fois par semaine	8

*Il n'est pas nécessaire de faire les 30 minutes d'affilée.

5 Tabagisme

Je ne fume pas	0
Je ne fume pas mais je suis régulièrement exposé à la fumée du tabac	3
Je fume uniquement le cigare ou la pipe	3
Je fume 10 cigarettes ou moins par jour	4
Je fume de 11 à 20 cigarettes par jour	7
Je fume plus de 20 cigarettes par jour	10

Pour les femmes qui fument et qui prennent la pilule anticonceptionnelle :

Si vous avez moins de 35 ans, inscrivez ces points	4
Si vous avez 35 ans ou plus, inscrivez ces points	10

VOTRE TOTAL A

Additionnez vos pointages pour les questions 1 à 3

Important : Ce test a été élaboré à la lumière des plus récentes études scientifiques. Il permet de vous sensibiliser à votre niveau de risque actuel d'avoir une maladie cardiovasculaire et à l'importance du rôle que vous pouvez jouer pour diminuer votre risque. Il ne constitue pas un diagnostic et ne remplace pas une visite chez votre médecin. D'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires sont de plus en plus discutés. Nous ne les avons pas retenus dans le présent test parce que leur impact sur le niveau de risque de maladies cardiovasculaires n'est pas encore déterminé de façon précise.



6 Poids et tour de taille

Je mesure : cm ou pi po
 Je pèse : kg ou lb

À l'aide de la table de poids de la page 11, identifiez votre zone de poids actuelle :

Zone 1 - poids insuffisant	0
Zone 2 - poids normal	0
Zone 3 - excès de poids	4
Zone 4 - obésité	6

Mesurez votre tour de taille à la hauteur du nombril.

Femmes :	
• Moins de 88 cm (35 po)	0
• 88 cm (35 po) ou plus	4
Hommes :	
• Moins de 102 cm (40 po)	0
• 102 cm (40 po) ou plus	4

7 Diabète

Ma glycémie :
 (taux de sucre dans le sang) mmol/L

Avez-vous déjà passé un test sanguin pour savoir si vous êtes diabétique ?

Non, et il n'y a pas de diabète dans ma proche famille (père, mère, frère ou sœur naturels)	4
Non, et il y a du diabète dans ma proche famille (père, mère, frère ou sœur naturels)	8
Oui, et je ne suis pas diabétique	0
Oui, et on m'a dit que je suis plus à risque de devenir diabétique (taux de sucre un peu au-dessus de la normale : pré-diabète ou intolérance au glucose)	15
Oui, et je suis diabétique	30

8 Tension artérielle

Ma tension artérielle : / mm Hg

Je ne connais pas ma tension artérielle	4
Ma tension artérielle est :	
• Normale : moins de 130/85	0
• Limite : de 130/85 à 139/89	2
• Légèrement élevée : de 140/90 à 159/99	6
• Élevée : 160/100 ou plus	10

9 Cholestérol et triglycérides

A) Cholestérol total
 Ma valeur : mmol/L

Je ne connais pas mon niveau de cholestérol total	2
Mon niveau de cholestérol total est :	
• Normal : moins de 5,2 mmol/L	0
• Légèrement élevé : 5,2 à 6,1 mmol/L	3
• Élevé : 6,2 mmol/L ou plus	4

B) Cholestérol-HDL (bon cholestérol)
 Ma valeur : mmol/L

Je ne connais pas mon niveau de cholestérol-HDL	1
Mon niveau de cholestérol-HDL est :	
• Normal : 1,0 mmol/L ou plus	0
• Insuffisant : moins de 1,0 mmol/L	4

C) Cholestérol-LDL (mauvais cholestérol)
 Ma valeur : mmol/L

Je ne connais pas mon niveau de cholestérol-LDL	1
Mon niveau de cholestérol-LDL est :	
• Normal : moins de 3,4 mmol/L	0
• Élevé : 3,4 mmol/L ou plus	4

D) Triglycérides
 Ma valeur : mmol/L

Je ne connais pas mon niveau de triglycérides	1
Mon niveau de triglycérides est :	
• Normal : moins de 1,7 mmol/L	0
• Élevé : 1,7 mmol/L ou plus	4

VOTRE TOTAL B

Additionnez vos pointages pour les questions 4 à 9

Transcrivez

VOTRE TOTAL A

VOTRE TOTAL B

à la page 4.

Certains facteurs peuvent augmenter vos risques de développer des maladies cardiovasculaires. Plus ils sont nombreux, plus vous êtes à risque.

VOTRE TOTAL A

correspond à votre pointage pour les **3 facteurs de risque non modifiables**. Il est reconnu que les risques augmentent avec l'âge, que les femmes sont touchées plus tard que les hommes, soit après la ménopause, et que certaines familles sont davantage sujettes que d'autres aux maladies cardiovasculaires.



VOTRE TOTAL B

correspond à votre pointage pour les **6 facteurs de risque modifiables**. Vos habitudes de vie peuvent y jouer un rôle important.



VOTRE TOTAL A+B

VOTRE TOTAL A+B = VOTRE NIVEAU DE RISQUE

de 0 à 11

risque très faible

de 12 à 21

risque faible

Si votre niveau de risque est très faible ou faible :

Bravo ! Pour le conserver ainsi toute votre vie, assurez-vous de toujours avoir un bon contrôle des facteurs de risque modifiables.

de 22 à 30

risque modéré

Si votre niveau de risque est modéré :

Vous pouvez l'améliorer en modifiant certaines de vos habitudes. Voyez comment se répartissent vos pointages parmi les facteurs de risque modifiables et passez à l'action pour augmenter vos chances de santé.

de 31 à 42

risque élevé

43 et plus

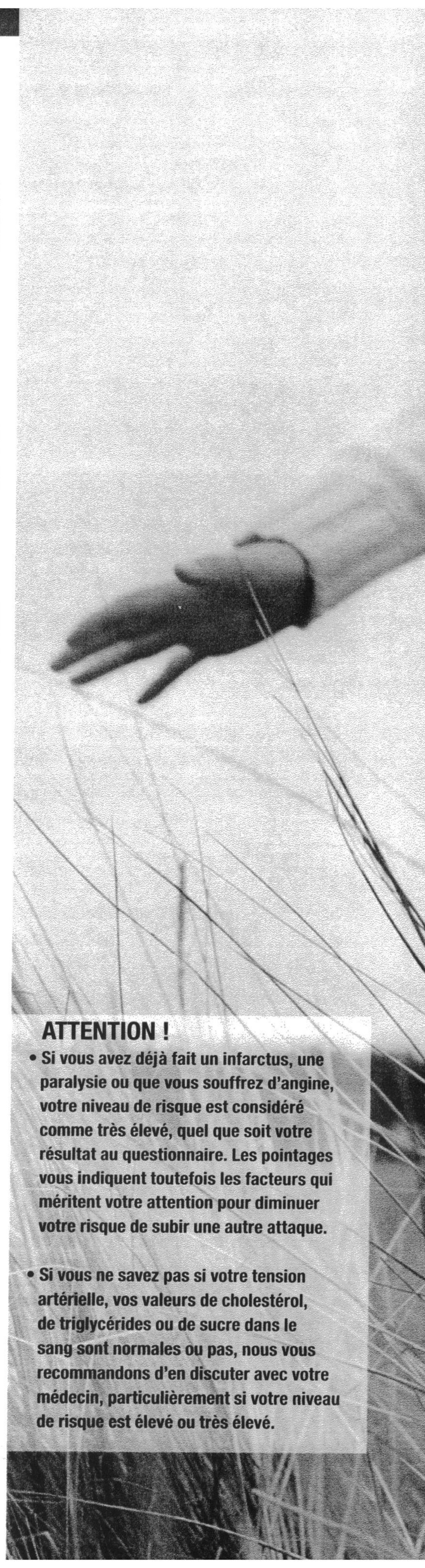
risque très élevé

Si votre niveau de risque est élevé ou très élevé :

Nous vous suggérons d'en discuter avec votre médecin. D'ici là, identifiez vos pointages les plus hauts parmi les facteurs de risque modifiables et réfléchissez à la façon de réduire votre niveau de risque.

ATTENTION !

- Si vous avez déjà fait un infarctus, une paralysie ou que vous souffrez d'angine, votre niveau de risque est considéré comme très élevé, quel que soit votre résultat au questionnaire. Les pointages vous indiquent toutefois les facteurs qui méritent votre attention pour diminuer votre risque de subir une autre attaque.
- Si vous ne savez pas si votre tension artérielle, vos valeurs de cholestérol, de triglycérides ou de sucre dans le sang sont normales ou pas, nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin, particulièrement si votre niveau de risque est élevé ou très élevé.



Pas le **temps** ?
Pas le **goût** ?
 Pas...?

Ce n'est pas toujours facile de passer à l'action. Vous êtes-vous déjà demandé ce qui vous empêche de faire de la santé de votre cœur une priorité ? Diverses raisons peuvent être en cause. Les identifier est déjà un pas dans la bonne direction.

Peut-être avez-vous l'impression que vous devrez sacrifier certains plaisirs en prenant le virage santé. Et si vous tentiez de voir les choses autrement ? Une meilleure qualité de vie, avec plus d'énergie et une meilleure forme, c'est une source de plaisir accessible dès maintenant... et pour longtemps !

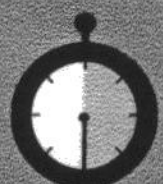
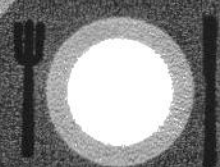
La santé de notre **cœur** entre nos mains

L'âge, le sexe et l'hérédité sont des facteurs de risque qu'on ne peut pas modifier. La bonne nouvelle, c'est que six autres facteurs sont en grande partie sous notre contrôle.

4 STRATÉGIES GAGNANTES

POUR AGIR SUR
 LES 6 FACTEURS DE
 RISQUE MODIFIABLES
 DES MALADIES
 CARDIOVASCULAIRES.

BIEN MANGER



BOUGER 30_{min.}
 LA PLUPART DES JOURS

MAINTENIR OU RÉDUIRE
SON POIDS



NE PAS FUMER

1. inactivité physique

2. tabagisme

3. surplus de poids

4. diabète

5. tension artérielle élevée

6. cholestérol et/ou triglycérides élevés

Mieux comprendre les 6 facteurs de risque modifiables

Inactivité physique (Question 4)

Les personnes inactives seraient autant à risque d'avoir une maladie cardiovasculaire que celles qui fument un paquet de cigarettes par jour.

Les sports sont certainement une bonne façon d'être actif, mais on peut aussi bouger en profitant de toutes les occasions qui s'offrent à nous comme marcher ou utiliser le vélo, monter les escaliers, aller jouer dehors avec les enfants.

L'important, c'est d'être actif au moins une trentaine de minutes la plupart des jours de la semaine. Évidemment, si on a la possibilité de pratiquer des activités plus longtemps ou plus vigoureusement, on en retire encore plus de bénéfices.

ATTENTION : Si votre test révèle un niveau de risque élevé ou très élevé, ou si vous avez déjà des problèmes cardiaques, consultez votre médecin avant d'entreprendre un programme d'activité physique vigoureux.

UNE DES **4** STRATÉGIES GAGNANTES



BOUGER 30 min.
LA PLUPART DES JOURS

Tabagisme (Question 5)

Ne pas fumer est le meilleur investissement en santé qu'on puisse faire et côté coeur, notre risque de maladies commence à diminuer dès qu'on arrête.

Chez les femmes, la combinaison pilule anticonceptionnelle - cigarette augmente le risque de façon importante, spécialement chez les femmes de 35 ans et plus. Le fait de vivre ou de travailler avec des personnes qui fument augmente aussi les risques de problèmes de santé chez les non fumeurs.

Même si cesser de fumer n'est pas facile, la bonne nouvelle est que de nombreuses méthodes et ressources sont maintenant disponibles. Lorsqu'on prend la décision d'arrêter de fumer, une bonne préparation et l'utilisation d'aides comme les timbres (patches) de nicotine doublent nos chances de réussir. **Le seul échec est de cesser d'essayer !**

UNE DES **4** STRATÉGIES GAGNANTES



NE PAS FUMER

Surplus de poids (Question 6)

Un surplus de poids, surtout au niveau de la taille, augmente les risques de maladies cardiovasculaires. La table de poids de la page 11 suggère un éventail de poids acceptables selon la taille (zone 2). C'est à chacun d'identifier, à l'intérieur de cet éventail, le poids qui lui convient le mieux. Quant au tour de taille, les experts considèrent qu'il devrait être inférieur à 102 cm (40 pouces) chez les hommes et 88 cm (35 pouces) chez les femmes.

Perdre du poids c'est bien, mais à condition de ne pas reprendre les kilos perdus et même plus, ce qui est généralement le cas avec les diètes ou les produits miracles. Le meilleur moyen pour y arriver est de maigrir graduellement, en gardant l'œil sur ce qu'on mange et en maintenant un bon niveau d'activité physique.

Mieux vaut avoir des objectifs réalistes. Par exemple, perdre une dizaine de kilos au cours d'une année est de loin préférable à une perte de poids rapide sur quelques semaines. Lorsqu'on se situe dans la zone de poids normal, maintenir son poids au fil des années est le meilleur objectif qu'on puisse se donner.

Et la balance ? Même si nos vêtements nous révèlent souvent qu'on a pris un peu de poids, la balance demeure le meilleur outil pour mesurer son poids, si on veut le gérer de façon adéquate. Il est beaucoup plus facile de perdre un ou deux kilos au fil des jours, que d'avoir à perdre 10 ou même 20 kilos à un moment donné.

UNE DES **4** STRATÉGIES GAGNANTES



MAINTENIR OU RÉDUIRE SON POIDS





Les trois facteurs de risque de cette page sont des problèmes de santé dans lesquels l'hérédité joue un rôle important. Il est toutefois possible de les prévenir, de les retarder ou de les contrôler en adoptant les « 4 stratégies gagnantes » de la page 5 ainsi que les conseils pour bien manger des pages 8 et 9. Si vous devez en plus prendre des médicaments, prenez-les tels que prescrits et consultez votre médecin ou votre pharmacien avant tout changement.

Diabète (Question 7)

Le risque qu'une personne diabétique développe une maladie cardiovasculaire peut être jusqu'à quatre fois supérieur à celui d'un individu non diabétique. À long terme, le diabète peut entraîner d'autres complications telles que des troubles de la vue ou des problèmes aux reins.

C'est en mesurant le taux de sucre dans le sang (glycémie) que se détecte le diabète. Il est d'autant plus important que vous connaissiez votre situation si des membres de votre famille font du diabète ou encore si vous avez un surplus de poids. Comme on ne devient pas diabétique du jour au lendemain, il est possible que votre médecin vous informe que votre niveau de sucre est un peu au-dessus de la normale. Agir dès ce moment peut permettre de retarder le diagnostic de diabète.

Tension artérielle élevée (Question 8)

L'hypertension agit sournoisement, car bien souvent on ne ressent aucun symptôme. On a intérêt à s'en occuper avant que des complications au cœur, au cerveau ou aux reins ne surviennent.

La seule façon de connaître sa tension artérielle est de la faire mesurer. Comme la tension peut varier, il est nécessaire d'effectuer plus d'une mesure, à des moments différents, avant de poser un diagnostic d'hypertension. Une tension artérielle normale est inférieure à 130/85 mm Hg. Dans certains cas, une tension au-dessus de ces valeurs peut être considérée acceptable par votre médecin.

Cholestérol et/ou triglycérides élevés (Question 9)

Le cholestérol est une matière grasse qu'on trouve dans le sang. Il est essentiel pour fabriquer, entre autres, des hormones, de la bile et les membranes des cellules. Le problème, c'est quand il y en a trop, ce qui est le cas de près d'une personne sur deux au Canada.

Pour pouvoir voyager dans le sang, le cholestérol a besoin de transporteurs. Il en existe deux types principaux : les bons transporteurs (HDL) et les mauvais transporteurs (LDL), qu'on appelle souvent le « bon » et le « mauvais » cholestérol.

Les bons transporteurs (HDL) servent à amener le cholestérol au foie pour qu'il y soit transformé. **Plus les HDL sont élevés dans le sang, plus le risque de maladies cardiovasculaires est faible.**

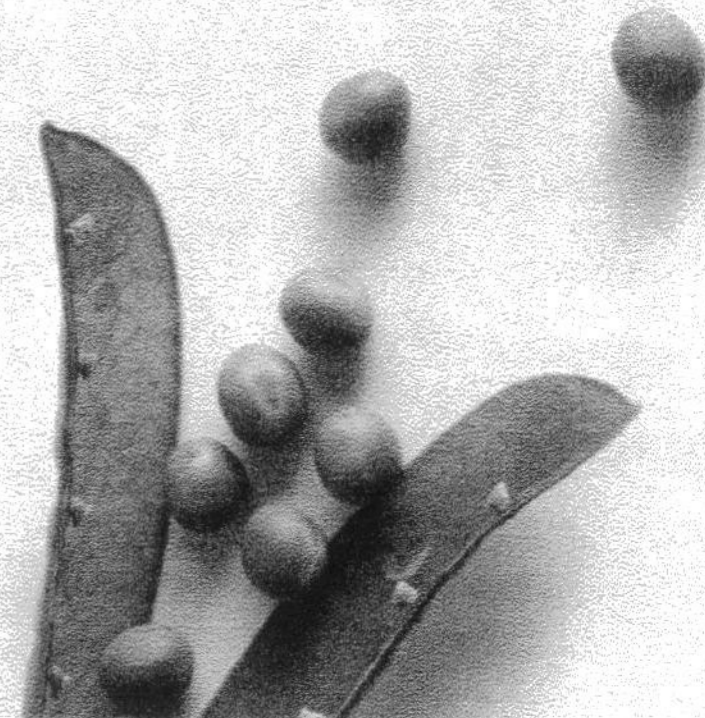
À l'inverse, les mauvais transporteurs (LDL) facilitent le dépôt du cholestérol sur les parois des artères, conduisant ainsi à l'artériosclérose (durcissement des artères). **Plus les LDL sont élevés dans le sang, plus le risque de maladies cardiovasculaires est grand.**

Règle générale, le niveau de cholestérol total souhaitable doit être inférieur à 5,2 mmol/L. Soulignons cependant qu'un niveau de cholestérol plus bas ou plus élevé que 5,2 mmol/L peut être considéré comme problématique ou acceptable chez un individu, selon ses valeurs de HDL et de LDL et ses autres facteurs de risque.

On trouve dans le sang un autre type de gras qui ne doit pas être trop élevé : les **triglycérides**. Ils augmentent aussi le risque de maladies cardiovasculaires, surtout en présence de valeurs anormales de cholestérol.



Bien manger



MISER SUR DES « CHOIX GAGNANTS »

Choisissez chaque jour, idéalement à chaque repas, des « choix gagnants » parmi les quatre groupes. Ces aliments sont pleins de vitamines, de minéraux, d'antioxydants, de fibres... Ils devraient être à la base de notre alimentation.

Leur donner plus de place au menu



Légumes et fruits

MANGEZ-EN DE 5 À 10 PORTIONS PAR JOUR

Mettez de la couleur au menu à chaque repas en optant plus souvent pour des légumes et des fruits colorés (vert foncé, orange ou rouge).

Savourez des repas principaux qui regorgent de légumes comme un bon bouilli, un couscous, un sauté à l'orientale ou des salades-repas.

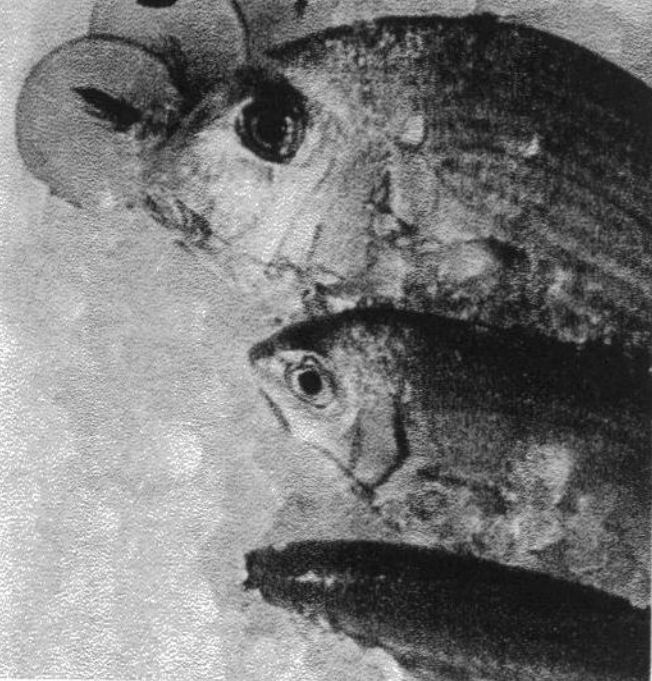
Vous n'avez pas mangé de fruits au repas ? Pensez-y à la collation.

Produits céréaliers

PRÉFÉREZ LES VERSIONS À GRAINS ENTIERS

Partez à la découverte de pains de toutes sortes faits de blé entier ou d'autres grains, de pâtes de blé entier, de riz brun, de céréales à déjeuner à base d'avoine ou de son, d'orge, etc. Ils sont une excellente source d'énergie et sont naturellement faibles en gras.

Privilégier les choix moins gras



Produits laitiers

CHOISISSEZ DU LAIT ET DU YOGOURT À 2% OU MOINS DE M.G.

Vous pouvez aussi essayer les boissons de soya enrichies de calcium.

Les fromages à 20% ou moins de M.G. sont des choix moins gras. Même à 20%, allez-y mollo, si vous avez un problème de cholestérol ou de poids.

Viandes et substituts

VARIEZ LES SOURCES DE PROTÉINES

Privilégiez les coupes de viandes maigres sans gras autour, la viande chevaline et la volaille sans la peau. Allez-y aussi avec de petites portions.

Consommez au moins 2 à 3 repas de poisson par semaine, même ceux qui sont plus gras, car ils contiennent de bons gras oméga-3.

Les légumineuses... et pourquoi pas le tofu peuvent avantageusement remplacer la viande.

Et les gras insaturés...

Certains aliments riches en gras devraient faire partie de notre alimentation car ils apportent des gras insaturés (mono et poly insaturés, dont les oméga-3) qui sont maintenant reconnus pour leurs effets bénéfiques sur la santé.

VARIEZ VOS CHOIX PARMIS :

- huiles d'olive, de canola, de soya, de tournesol et de maïs
- margarines molles non hydrogénées
- noix ou graines (sans oublier les graines de lin moulues)
- avocat et olives

ATTENTION !

Ces aliments constituent toutefois des concentrés de matières grasses et sont donc riches en calories. Ils devraient être consommés régulièrement, mais avec **modération**, surtout si vous devez surveiller votre poids.

Bien manger est incontournable pour réduire les risques de maladies cardiovasculaires, faciliter le contrôle du poids, du cholestérol et des triglycérides dans le sang, de la tension artérielle et du diabète. Sans compter que «bien manger» est source d'énergie... et de plaisir !

GÉRER LE GRAS, LE SUCRE ET LE SEL

GÉRER NE VEUT PAS DIRE ÉLIMINER.

C'est une question de fréquence et de quantités !

↓ GRAS

Réduire les aliments gras, spécialement ceux qui sont riches en gras saturés, en cholestérol et en gras trans, est particulièrement recommandé aux personnes qui ont un problème de cholestérol ou de triglycérides dans le sang ou qui font du diabète. Surveiller sa consommation d'aliments riches en gras aide aussi au contrôle du poids.

Les produits laitiers gras et les viandes grasses sont les principales sources de gras saturés et de cholestérol :

- beurre, crème et crème glacée
- fromages gras
- viandes grasses
- charcuteries grasses, saucisses, bacon et pâtés

Si votre niveau de cholestérol dans le sang est élevé, il est préférable de surveiller aussi certains aliments qui sont des sources importantes de cholestérol :

- évitez les abats (foie, rognons, ris, cervelle)
- limitez les jaunes d'œufs à 2 ou 3 par semaine
- consommez des crevettes à l'occasion seulement

Les aliments transformés par l'industrie qui contiennent des huiles partiellement hydrogénées ou du shortening sont les principales sources de gras trans. Ils apportent aussi beaucoup de gras et de calories :

- fritures (frites, croustilles, beignes, aliments panés)
- produits de boulangerie (pâtisseries, croissants, tartes, gâteaux, biscuits, muffins)
- margarines hydrogénées, shortening

↓ SUCRE

Réduire les aliments sucrés est particulièrement recommandé aux personnes qui font du diabète ou qui ont un problème de triglycérides dans le sang.

- sucre
- miel
- cassonade
- sirops
- confitures

Ces aliments peuvent ajouter une touche sucrée à des aliments nutritifs comme un yogourt nature, un dessert au lait ou aux fruits ou encore aux muffins maison, mais on a avantage à en limiter les quantités.

- boissons gazeuses
- breuvages à saveur de fruits

Ces choix de breuvages n'apportent que du sucre et des calories, sans aucune valeur nutritive.

- pâtisseries
- gâteaux
- tartes
- biscuits
- chocolat
- desserts glacés

Ces aliments sont souvent très sucrés mais aussi très riches en gras de mauvaise qualité et en calories.

↓ SEL

Réduire le sel et les aliments salés est particulièrement recommandé aux personnes qui souffrent d'hypertension.

Près de 75% du sel qu'on consomme est caché dans les aliments transformés :

- « fast-food »
- repas prêts-à-manger
- charcuteries
- soupes en conserve
- sauces et bouillons commerciaux
- croustilles, bretzels et autres grignotines salées

Pour remplacer le sel

Les fines herbes, le poivre, le citron, l'ail ou le gingembre peuvent donner encore plus de goût que le sel.



UNE DES 4 STRATÉGIES GAGNANTES



BIEN MANGER

Questions de ♥

L'alcool ?

L'alcool, pris en quantité modérée, peut être favorable à la santé du cœur. La modération signifie **pas plus de une à deux consommations* par jour**, avec un maximum de 14 consommations par semaine pour les hommes ou de 9 consommations pour les femmes. Évidemment, si vous consommez peu ou pas d'alcool, ne vous mettez pas à boire pour avoir un cœur en santé. Les personnes qui souffrent d'hypertension ou d'un niveau de triglycérides élevé dans le sang devraient surveiller davantage leur consommation d'alcool. Quant aux femmes enceintes, elles devraient s'abstenir d'en consommer. Et finalement, ceux qui surveillent leur poids ne devraient pas oublier que l'alcool est une source importante de calories.

*** Une consommation =**

- Bière régulière (340 ml / 12 onces)
- Vin régulier (150 ml / 5 onces)
- Spiritueux (45 ml / 1 1/2 onces)

Le stress ?

Même si les recherches n'ont pas encore démontré un lien direct entre les maladies cardiovasculaires et le niveau de stress, ce dernier peut certainement avoir un effet sur la santé du cœur lorsqu'il nous amène à manger moins bien, à fumer davantage et à négliger l'activité physique.

Il est logique de penser aussi que la dépression, l'anxiété et l'absence de soutien social peuvent également jouer un rôle négatif sur la santé du cœur en affectant, par exemple, sa capacité à respecter un traitement ou à acquérir ou maintenir de saines habitudes de vie. Sans les considérer comme uniques responsables d'un infarctus ou d'une paralysie, ces facteurs psychologiques méritent d'être pris en compte dans la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires.

Le cœur des femmes

Plusieurs femmes ne considèrent pas les maladies cardiovasculaires comme une menace importante à leur santé. Pourtant, ces maladies ne font pas de discrimination : elles constituent la **principale cause de mortalité aussi bien chez les femmes que chez les hommes**. En fait, elles sont responsables de 36% des décès chez les hommes et de 39% chez les femmes.

C'est vrai qu'avant la ménopause, les femmes bénéficient d'une meilleure protection naturelle que les hommes. Toutefois, le risque augmente graduellement au fil des années suivant la ménopause

à cause de la diminution de la production d'œstrogènes. En général, les femmes sont touchées par ces maladies de 10 à 15 ans plus tard que les hommes, le point culminant se situant après 65 ans.

Avant, on pensait que prendre des hormones de remplacement durant la ménopause offrait une certaine protection. Les études ne sont plus aussi claires. La décision de prendre ou de ne pas prendre des hormones devrait être évaluée avec son médecin en mesurant les avantages et les désavantages, selon sa situation personnelle.



Et si nécessaire, des médicaments

Le fait d'acquiescer et de maintenir de saines habitudes de vie constitue pour tout le monde le premier pas essentiel dans la lutte aux maladies cardiovasculaires. Toutefois, dans certains cas, ce ne sera pas suffisant pour contrôler un taux de cholestérol anormal, une tension artérielle trop élevée, ou un diabète. Dans ce cas, **vosre médecin pourra décider avec vous de l'intérêt de recourir à une médication.**

Comme ces maladies ne provoquent généralement pas de symptômes et qu'on ne se sent pas

malade, 50% des personnes cessent de prendre leurs médicaments après un an, mettant leur santé, voire leur vie, en péril. Pourtant, il existe aujourd'hui des médicaments très efficaces qui ont beaucoup moins d'effets secondaires que par le passé. Si vos médicaments vous causent des effets secondaires, vosre médecin pourra la plupart du temps vous proposer des ajustements de dosage ou d'autres solutions. Il est important de **les prendre tels que prescrits** et de ne pas modifier vosre médication sans lui en parler ou sans en parler à vosre pharmacien.

ET LES PRODUITS NATURELS ?

Ce n'est pas parce que c'est naturel que c'est sans danger. Certains de ces produits peuvent causer des effets secondaires, interagir avec d'autres médicaments ou doivent être à éviter avec certaines maladies. Contrairement aux médicaments, il n'est pas obligatoire de soumettre ces produits à des tests rigoureux pour les mettre sur le marché. Avant d'en acheter ou d'en consommer, vous auriez avantage à en parler à vosre médecin ou au pharmacien qui connaît bien vosre dossier médical.

Table de poids

- 1 Repérez vosre taille (en centimètres ou en pieds-pouces) dans la colonne bleue.
- 2 Sur la même ligne, repérez vosre zone de poids actuel (en kilos ou en livres)

Cette table de poids, basée sur l'IMC, s'adresse aux hommes et aux femmes adultes de 20 à 65 ans. Ne pas l'utiliser pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes. Si vous êtes fortement musclé ou si vous avez plus de 65 ans, vosre poids peut dépasser légèrement la zone de poids normal sans nécessairement augmenter vosre risque.

TAILLE		POIDS							
cm	(pi. po.)	ZONE 1 Poids insuffisant IMC* : moins de 18,5		ZONE 2 Poids normal IMC* : de 18,5 à 24		ZONE 3 Excès de poids IMC* : de 25 à 29		ZONE 4 Obésité IMC* : 30 et plus	
		moins de						plus de	
		kg	(lb)	kg	(lb)	kg	(lb)	kg	(lb)
145	4'9"	39	86	39-53	86-117	53-63	117-139	63	139
148	4'10"	41	89	41-55	89-121	55-66	121-146	66	146
150	4'11"	42	92	42-56	92-123	56-68	123-150	68	150
152	5'0	43	94	43-58	94-128	58-69	128-152	69	152
155	5'1"	44	98	44-60	98-132	60-72	132-159	72	159
158	5'2"	46	102	46-62	102-137	62-75	137-165	75	165
160	5'3"	47	104	47-64	104-141	64-77	141-170	77	170
162	5'4"	49	107	49-66	107-146	66-79	146-174	79	174
165	5'5"	50	111	50-68	111-150	68-82	150-181	82	181
168	5'6"	52	115	52-71	115-156	71-85	156-187	85	187
170	5'7"	53	118	53-72	118-159	72-87	159-192	87	192
172	5'8"	55	120	55-74	120-163	74-89	163-196	89	196
175	5'9"	57	125	57-77	125-170	77-92	170-203	92	203
177	5'10"	58	128	58-78	128-172	78-94	172-207	94	207
180	5'11"	60	132	60-81	132-179	81-97	179-214	97	214
183	6'0	62	136	62-84	136-185	84-100	185-221	100	221
185	6'1"	63	139	63-86	139-190	86-103	190-227	103	227
188	6'2"	65	144	65-88	144-194	88-106	194-234	106	234
190	6'3"	67	147	67-90	147-198	90-108	198-238	108	238
193	6'4"	69	152	69-93	152-205	93-112	205-247	112	247

* IMC = indice de masse corporelle (kg/m²).

Les signaux d'alarme des maladies cardiovasculaires

Pour être en mesure d'agir rapidement lorsque survient un accident cardiaque ou vasculaire cérébral, il faut savoir en reconnaître les signes avant-coureurs. Bien sûr, il ne faut pas se précipiter à l'urgence au moindre symptôme.

Mais si vous avez un malaise qui persiste et surtout qui devient plus intense, allez rapidement à l'urgence. Le fait d'être admis à l'hôpital dans un délai de 2 heures suivant l'apparition des symptômes peut vous sauver la vie.

ANGINE

Il s'agit du **blocage partiel** d'une artère du cœur qui empêche en partie le sang de nourrir la zone du cœur que dessert habituellement cette artère. Ce blocage partiel peut provoquer les signaux suivants :

- douleur dans la poitrine sous différentes formes;
- avec ou sans douleur dans les bras, le cou, la mâchoire;
- durée de quelques secondes à quelques minutes;
- survient le plus souvent à l'effort ou lors d'émotions fortes;
- généralement soulagée en 5 à 10 minutes, par le repos ou la nitroglycérine sous la langue ou en vaporisateur.

FEMMES

Chez plusieurs femmes (et certains hommes aussi), l'angine peut survenir au repos. Ces personnes ressentiront davantage de douleurs dans le cou, la mâchoire inférieure, un essoufflement, des nausées et de la fatigue à la place ou en plus des douleurs à la poitrine.

INFARCTUS OU CRISE CARDIAQUE

Il s'agit du **blocage total** d'une artère du cœur qui empêche complètement le sang de nourrir la partie du cœur que dessert habituellement cette artère, ce qui peut provoquer les signaux suivants :

- douleur sévère dans la poitrine, sous différentes formes (serrement, oppression, pesanteur, chaleur...);
- peut être accompagnée des symptômes suivants :
 - douleur s'étendant aux épaules, aux bras, au cou, à la mâchoire ou dans le dos;
 - étourdissement, pâleur, respiration difficile, transpiration, nausées, vomissements, anxiété.
- dure habituellement plus de 10 minutes;
- non soulagée par le repos ou la prise de 2 à 3 nitroglycérines;
- peut parfois être silencieux, c'est-à-dire sans aucun des symptômes ci-haut.

FEMMES

Chez plusieurs femmes (et certains hommes aussi), le tableau classique décrit ci-haut est remplacé par des symptômes souvent plus vagues :

- douleur au cou, à la mâchoire, dans les bras;
- lourdeur dans les omoplates, dans le dos ou au creux de l'estomac;
- essoufflement, fatigue, transpiration, nausées, vomissements.

Chez les femmes, on estime que près de la moitié des infarctus sont sans douleur intense.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Il s'agit du blocage d'une artère du cou ou de la tête qui empêche le sang de nourrir la partie du cerveau habituellement desservie par cette artère, ce qui peut provoquer les signaux suivants :

- faiblesse soudaine ou engourdissement de la bouche, d'un bras ou d'une jambe, d'un seul côté du corps;
- diminution ou perte soudaine de la vision;
- difficulté ou impossibilité de parler;
- étourdissement ou perte d'équilibre.

Notons que ces symptômes peuvent être parfois plus imprécis, particulièrement chez les personnes âgées : attention au changement brusque des comportements comme une lenteur inhabituelle, une indifférence ou une incapacité à s'habiller ou à se nourrir.

VOUS POURRIEZ SAUVER UNE VIE

L'intervention rapide pour aider une victime d'arrêt cardiaque, dans les toutes premières minutes, peut lui sauver la vie. Pour apprendre la réanimation cardiorespiratoire, communiquez avec la Fondation des maladies du cœur au numéro sans frais suivant : 1 888 473-4636

Il est possible que certains symptômes énumérés dans ces descriptions ne soient pas liés à un problème cardiovasculaire. Mais dans le doute, il vaut mieux laisser un médecin en juger que de faire son propre diagnostic.

La brochure **AVEZ-VOUS BON COEUR ?** a été élaborée par les docteurs Louis Gagnon et Gilles Pineau et par les diététistes Sylvie Desroches, Danièle Prévost et Élise Latour du Programme santé ACTI-MENU ainsi que par le docteur Raymonde Pineau, Direction de santé publique de Québec, avec la collaboration de : Louise Labrie, spécialiste en promotion de la santé et Isabelle Samson, médecin, Direction de santé publique de Montréal-Centre; Serge Goulet et Huguette Bélanger, médecins, Direction de santé publique de la Montérégie; Roxane Néron, médecin, Direction de santé publique des Laurentides; François Croteau, médecin, Hôpital Santa Cabrini; Brigitte Lachance, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et avec le soutien d'un comité scientifique composé de : Renaldo Battista, médecin épidémiologiste, Université McGill; Monique D. Gélinas, docteur en nutrition, Université de Montréal; Jean Davignon, interniste, Institut de recherches cliniques de Montréal; Mireille Dubost, diététiste, Université de Montréal; Gaston Godin, docteur en sciences du comportement, Université Laval; Martin Juneau, cardiologue, Institut de cardiologie de Montréal; Réal Lacombe, médecin, Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue et André Lacroix, endocrinologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Nous tenons également à remercier les experts suivants qui ont été consultés : Beth Abramson, interniste, cardiologue, St. Michael's Hospital, Toronto; Phillip Barter, cardiologue, Heart Research Institute, Sydney, Australie; Greg Bondy et Jiri Frolich, médecins biochimistes, St. Paul's Hospital, Vancouver; W. Virgil Brown, cardiologue, VAMC, Georgie, États-Unis; Jean-Pierre Després, docteur en physiologie de l'exercice, Institut de cardiologie de Québec; Robert Dufour, médecin, Institut de recherches cliniques de Montréal; George Fodor et Ruth McPherson, internistes, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa; Jacques Genest et Allan Sniderman, cardiologues, Hôpital Royal Victoria, Montréal; Rafik Habib, médecin, Centre cardio-vasculaire de Laval; Pavel Hamet, endocrinologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Marc-André Lavoie, cardiologue, Institut de cardiologie de Montréal; Gilles Paradis, médecin épidémiologiste, Direction de santé publique de Montréal-Centre; George Steiner, endocrinologue, Toronto General Hospital; James Stone, cardiologue, University of Calgary; Guy Tremblay, cardiologue, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec. Graphisme: M. Edgar inc.

Appendice E

Ton journal de bord, étape 1

TON JOURNAL DE BORD, 1^{ère} étape

Ton journal de bord te servira à inscrire ta réflexion tout au long de cette intervention. **Tu le fais et le décores à ta guise.** Tu y réponds aussi à ta façon. Si le **collage et le bricolage** sont pour toi des moyens d'expression, vas-y! Laisse aller ton imagination et ta créativité! Tu peux lui donner un titre si tu veux!

À moi, il servira à évaluer mon intervention. Je te remercie donc de le compléter!

Voici les sujets dont il faudra que tu tiennes compte dans ton journal de bord d'ici le

19 novembre :

1. Répondre aux questions suivantes :

- Que représente pour toi la santé du cœur?
- Pourquoi penses-tu que les femmes sont plus atteintes de maladies de cœur qu'auparavant?

2. As-tu déjà reçu des signaux qui pourraient t'indiquer la possibilité de problèmes de santé cardiaque dans le futur? Est-ce que c'étaient des signes provenant de ton corps ou des commentaires provenant de personnes de ton entourage?

- Si oui, qu'as-tu fait pour changer les choses? Quels gestes as-tu posés?

3. Identifie des obstacles qui peuvent t'empêcher d'être vraiment prête à changer tes habitudes de vie concernant ta santé du cœur.

- Lesquels penses-tu pouvoir contrôler ?
- Et comment?

4. Avec l'aide du test des facteurs de risque que tu as complété, que serais-tu prête à changer dans tes habitudes de vie afin de donner, à toi et à ton ou tes enfants une meilleure qualité de vie future?

Est-ce que ça te tente d'essayer?

Tu peux exercer un contrôle sur ta qualité de vie future...

C'est maintenant qu'il faut commencer!

Voici les dates des autres formations : 19 novembre, 3 décembre, 14 janvier et une autre date qui sera déterminée plus tard.

Suzanne

Appendice F

Ton journal de bord, étape 2

TON JOURNAL DE BORD, ÉTAPE 2

Suite à notre rencontre du 22 octobre dernier, tu as sûrement réfléchi sur certains comportements qui ne favoriseront pas ta santé du cœur dans le futur. **As-tu décidé de changer quelque chose? Et c'est quoi?**

Afin de t'aider à poursuivre ton cheminement, voici des pistes de réflexion...et des suggestions. **À écrire dans ton journal de bord.**

1. Afin de maintenir ton engagement de changement avec toi-même, **écris-toi un contrat** et signe-le. (Ex. : Afin de maintenir ou d'améliorer ma santé du cœur, je dois changer certaines habitudes dans ma vie. À partir de maintenant, j'ai décidé de _____ Ce choix est réaliste pour moi et je vais essayer de maintenir ce changement de comportement durant les _____ prochaines semaines.)
2. Afin d'atteindre l'objectif que tu t'es fixé, **comment vas-tu t'y prendre?** Les stratégies que tu vas choisir doivent être réalistes...
3. Afin de faciliter l'atteinte de ton objectif, **que veux-tu te permettre comme manquement, comme écart?** (Si tu te permets quelques manquements, pour toi, ça ne sera pas des échecs mais bien quelque chose que tu t'étais permis)
4. En plus de ces écarts, si tu as des défaillances, **que vas-tu faire pour garder le contrôle et maintenir ton changement de comportement?** (Tu as pris le risque de faire un changement; quand on prend des risques, il est normal qu'on fasse des erreurs! L'important, c'est de retomber sur ses deux pieds un moment donné!
5. À ce moment-là, ressort ton contrat et regarde l'objectif que tu t'étais fixé! As-tu encore le goût de l'atteindre? As-tu encore le goût de changer tes comportements de santé? Serais-tu fière de toi si tu l'atteignais?



Bravo!

Suzanne

Prochaine rencontre : le 3 décembre

Appendice G

Certificat d'approbation éthique



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Notre référence : projet 317

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Intervention auprès des femmes défavorisées suscitant la motivation à l'amorce et au maintien d'un comportement adéquat de santé du cœur par l'appropriation de leur plein potentiel

Source de financement: aucune (Maîtrise en sciences infirmières)

et soumis par : Suzanne Gagné
 Étudiante
 Maîtrise en sciences infirmières
 Université du Québec en Outaouais

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable pour une année à compter de maintenant.

Au nom du Comité,



Jacques Boucher
Membre du Comité d'éthique de la recherche

Le 8 septembre 2004

Date d'émission

Appendice H

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre du projet : Intervention auprès de femmes défavorisées suscitant la motivation à l'amorce et au maintien d'un comportement adéquat de santé du cœur par l'appropriation de leur plein potentiel

Nom de l'intervenante : Suzanne Gagné

Commanditaire : Centre de,

Ce formulaire de consentement a comme but de vous aider à comprendre cette recherche. De plus, il sert à vous expliquer en quoi consistera votre participation. N'hésitez pas à poser des questions si vous pensez que plus de détails pourraient vous aider à comprendre davantage.

Vous savez sans doute que certaines habitudes de vie telles que fumer, manger trop gras et ne pas faire d'exercice peuvent, après plusieurs années causer des maladies endommageant le cœur ou les vaisseaux sanguins. Il est aussi très difficile de changer des habitudes quand on est seul.

Cette recherche a pour but de vous aider à développer des habiletés qui peuvent vous motiver à changer certains comportements reliés à votre santé et que vous ne pensez pas sains pour vous et pour votre famille. Une réflexion sur ces comportements sera entreprise pouvant aussi atteindre d'autres facettes de votre vécu. À ce moment, si vous en ressentez le besoin, un soutien vous sera accessible au sein de votre milieu par l'entremise de la travailleuse sociale.

Voici en quoi consiste cette intervention :

1. Assister à un maximum de huit rencontres d'une heure et demi à deux heures chacune à trois semaines d'intervalle environ et ce, de septembre 2004 à janvier 2005;
2. Compléter un journal de bord selon les sujets discutés lors des rencontres;
3. Certaines rencontres seront enregistrées sur bande audio afin de permettre à l'intervenante de ne pas être distraite par la prise de notes. De plus, vous pourrez réécouter ces enregistrements afin de les corriger si désiré.
4. Aucun frais ne vous sera exigé concernant cette intervention.
5. Un goûter vous sera servi durant chaque rencontre.

Questionnaires à compléter

À la première rencontre, vous complétez un test afin de vous connaître un peu plus. Ce test vous indiquera vos facteurs de risque aux maladies cardiovasculaires.

Confidentialité

Les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de cette intervention seront traités de façon confidentielle et votre nom ne sera pas mentionné dans le compte rendu de cette intervention

Liberté de participation et de retrait

Votre participation à cette intervention est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus nuise aux services du Centre. De plus, votre participation peut être cessée à tout moment.

Personne ressource

Si vous désirez plus d'informations au sujet de cette intervention, vous pouvez communiquer avec moi, au numéro de téléphone suivant : 595-3900, poste 2266 et je retournerai votre appel le plus tôt possible. De plus, pour toutes questions relatives à l'éthique, vous pouvez contacter Monsieur André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au numéro suivant : 819-595-3900, poste 1781.

Formule d'adhésion à l'intervention et signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions au sujet de cette intervention et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de m'y retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte en quoi que ce soit mes études. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Nom de la participante

Signature

Date

Nom de l'intervenante

Signature

Date