

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CONTRIBUTION DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL
SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DES CLIENTS
D'UN CENTRE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR
CLAUDIE BEAUSÉJOUR

AVRIL 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Remerciements

Merci à Simon, qui était là, toujours à la bonne dose!

Merci à ma directrice Lise Renaud, qui a su me soutenir, m'encadrer, me motiver et être chaque fois à l'écoute.

Merci à mes parents et ma sœur, vous êtes toujours là pour moi, je l'apprecie vraiment.

Merci à tous les participants qui ont fait preuve d'une grande générosité. Sans vous, ce projet de recherche n'aurait pas pu voir le jour.

Merci aux intervenantes du CES. Vous y êtes pour beaucoup.

Merci à tous ceux, de près ou de loin, qui m'ont entendu parler de ce projet et qui m'ont encouragé. C'était peu pour vous, mais beaucoup pour moi.

Merci au CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent qui m'a permis de réaliser ce projet.

Merci à la Fondation Gracia qui m'a soutenu financièrement en m'octroyant une bourse Marie-Anne-Lavallée.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	4
PORTRAIT DE LA SITUATION	4
1.1 Centres d'éducation pour la santé	4
1.2 Cas du CLSC étudié	6
1.3 Problématique.....	7
CHAPITRE II.....	9
CADRE THÉORIQUE	9
2.1 Modèle de changement de comportement.....	9
2.1.1 Stades de changement de comportement.....	11
2.2 Entretien motivationnel.....	15
2.2.1 Motivation	16
2.2.2 Ambivalence.....	17
2.2.3 Méta-analyses sur l'entretien motivationnel	18
2.3 Processus d'accompagnement	21
2.3.1 Paradigme de l'humanisme	21
2.3.2 Authenticité	22
2.3.3 Interactionnisme symbolique	24
2.3.4 Tensions et valeurs	25

CHAPITRE III	28
OBJECTIFS DE RECHERCHE	28
3.1 Client.....	28
3.2 Intervenant.....	29
CHAPITRE IV	31
MÉTHODOLOGIE	31
4.1 Questionnaire	31
4.1.1 Questions ouvertes	35
4.1.2 Échelle de Likert	35
4.1.3 Avantages et limites du questionnaire.....	36
4.1.3 Échantillonnage.....	36
4.1.4 Méthode de collecte de données auprès des clients.....	37
4.2 Entrevue	38
4.2.1 Entrevue semi-dirigée.....	39
4.2.2 Avantages et limites de l'entrevue	39
4.2.3 Population à l'étude.....	40
4.2.4 Méthode de collecte de données auprès des intervenants.....	40
4.4 Analyse des résultats	41
CHAPITRE V	43
RÉSULTATS	43
5.1 Client.....	43
5.1.1 Profil de la clientèle.....	43
5.1.2 Changement de comportement.....	45
5.1.3 Entretien motivationnel	48
5.1.4 Processus d'accompagnement	52
5.1.5 Généralités.....	53

5.2 Intervenant.....	55
5.2.1 Profil des intervenants.....	55
5.2.2 Changement de comportement.....	55
5.2.3 Entretien motivationnel.....	57
5.2.4 Processus d'accompagnement.....	60
5.2.5 Généralités.....	64
CHAPITRE VI.....	66
DISCUSSION.....	66
6.1 Client.....	66
6.1.1 Changement de comportement.....	67
6.1.2 Entretien motivationnel.....	71
6.1.3 Processus d'accompagnement.....	74
6.2 Intervenant.....	76
6.2.1 Changement de comportement.....	76
6.2.2 Entretien motivationnel.....	77
6.2.3 Processus d'accompagnement.....	79
6.3 Évaluation des Centre d'éducation pour la santé (CES).....	82
CONCLUSION.....	84
ANNEXE A.....	89
Questionnaire Temps 1.....	89
ANNEXE B.....	96
Questionnaire Temps 2.....	96
ANNEXE C.....	103
Grille d'entrevue.....	103
ANNEXE D.....	105
Formulaire d'information et de consentement.....	105

ANNEXE E.....	109
Bilan des entrevues (Verbatim).....	109
ANNEXE F.....	128
Bilan des questionnaires 1.....	128
ANNEXE G.....	137
Bilan des questionnaires 2.....	137
ANNEXE H.....	146
Lexique des bilans des questionnaires.....	146
BIBLIOGRAPHIE.....	151

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ASSSM :	Agence de santé et des services sociaux de Montréal
AFDEM :	Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
CES :	Centre d'éducation pour la santé
CSSS :	Centres de Santé et de Services Sociaux
CLSC :	Centre Local de Services Communautaires
CoP :	Communautés de pratique
DSP :	Direction de la Santé Publique
ESCC :	Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes
SPC :	Système de prévention clinique
T1 :	Temps 1
T2 :	Temps 2

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1 Tableau récapitulatif	31-32
Tableau 5.1 Capacité d'atteindre un objectif	46
Tableau 6.1 Perception de la santé	60
Tableau 6.2 Perception des habitudes alimentaires	61
Tableau 6.3 Perception de l'activité physique	61
Tableau 6.4 Raison de consultation	62
Tableau 6.5 Objectif de santé	62
Tableau 6.6 Stades de changement de comportement	63
Tableau 6.7 Motivation	65

RÉSUMÉ

L'Organisation mondiale de la santé (2002, 2005) affirme que les habitudes de vie nocives composent d'importants facteurs de risque de développer une maladie chronique. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC, 2005) démontrent plusieurs données alarmantes sur les habitudes de vie des montréalais(es). Considérant qu'une alimentation inadéquate, la sédentarité et le tabagisme sont trois facteurs de risque modifiables qui sont déterminants face aux principales maladies chroniques, la Direction de la santé publique de Montréal a mis en place son *Système de prévention clinique*. Dans cette optique, la création des Centres d'éducation pour la santé (CES) s'est faite graduellement depuis 2007 pour soutenir les personnes en processus de changement dans leurs habitudes de vie. L'approche choisie par la Direction de la santé publique pour aider la population à adopter de meilleures habitudes de vie est l'entretien motivationnel.

L'intérêt principal de notre projet est d'étudier l'entretien motivationnel établi par Miller & Rollnick (2006, 2009) dans le cadre d'une rencontre au CES d'un CLSC de Montréal et de décrire cet entretien motivationnel du point de vue du client et de l'intervenant.

Le modèle transthéorique de changement de comportement de Prochaska & DiClemente (1983) est utilisé pour ancrer nos connaissances dans un processus de changement impliquant plusieurs stades. Nous décrivons également en détail l'entretien motivationnel et son approche d'intervention avant de finalement explorer le paradigme d'humanisme et les théories de Rogers (1972) et de Lewin (1959, 1992) pour approfondir le processus d'accompagnement.

Afin d'établir des liens entre la littérature et la pratique, nous avons sondé 20 personnes ayant fréquenté le CES étudié et ce, à l'aide de deux questionnaires (tout de suite après le premier entretien motivationnel et de 6 à 8 semaines plus tard) pour nous permettre d'évaluer l'évolution des personnes dans leur changement de comportement. Nous avons aussi recueilli l'avis des intervenants du CES lors d'une entrevue individuelle avec chacun. Nous avons établi où se situe chaque client dans son stade de changement de comportement, nous avons revu si les notions de l'entretien motivationnel sont bien appliquées par les intervenants et si les clients apprécient cette approche. Finalement, nous avons révisé certains éléments en lien avec le processus d'accompagnement. L'analyse des résultats obtenus nous a permis de constater l'évolution des clients du CES dans les différents stades de changement en plus de l'appréciation des différents acteurs envers l'approche de l'entretien motivationnel et le processus d'accompagnement.

Somme toute, ce mémoire a permis d'établir un portrait détaillé de la contribution de l'entretien motivationnel dans le processus de changement de comportement en lien avec les habitudes de vie des clients du CES. La vision et l'appréciation de la clientèle et des intervenants a également pu être démontrée.

Mots clés : Habitudes de vie - Changement de comportement - Entretien motivationnel - Processus d'accompagnement - Centre d'éducation pour la santé.

INTRODUCTION

Depuis maintenant plusieurs années, on observe une recrudescence de certaines maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et plusieurs maladies cardiovasculaires dans la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2008).

L'Organisation mondiale de la santé (2002, 2005) affirme que les habitudes de vie nocives composent d'importants facteurs de risque de développer une des maladies chroniques ci-haut mentionnées. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC, 2005) démontrent plusieurs données alarmantes sur les habitudes de vie des montréalais(es). Selon cette étude, environ le quart de la population vivant à Montréal fume la cigarette en plus des 11% de gens exposés à la fumée secondaire à la maison. Au niveau de l'activité physique, c'est 20% de la population de 12 ans et plus qui pratiquent rarement ou jamais d'activité physique de plus de 15 minutes par jour et 39% de la population adulte (18 ans et plus) qui est considérée comme inactive dans ses loisirs. En matière d'habitudes alimentaires, seulement 30% des montréalais consomment un minimum de cinq fruits et légumes par jour selon le *portrait de la consommation alimentaire des Montréalais pour la période 2002-2007* de la Direction de la santé publique de Montréal intitulé « La santé est-elle au menu des Montréalais? » (Direction de la santé publique, 2009). La consommation éthylique, de son côté, dépasse les 14 verres d'alcool en une semaine chez 7% de la population de 12 ans et plus selon ESCC (2005).

L'effet de ces habitudes néfastes se fait sentir davantage chaque année dans notre réseau de la santé. Depuis 1980, le budget provincial en matière de santé a bondi de 14%, passant de 31 à 45%. Si rien n'est fait à cet égard, les dépenses de programmes en matière de santé en représenteront les deux tiers d'ici vingt ans (Gouvernement du Québec, 2010).

Les deux principales causes de cet accroissement des dépenses sont le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques.

La mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme sont trois facteurs de risque modifiables qui sont déterminants face aux principales maladies chroniques. Il est donc clair que la prévention des maladies chroniques tels que le diabète, le cancer et les différentes maladies cardiovasculaires passe par la promotion de saines habitudes de vie. Apporter un changement positif dans les habitudes de la vie quotidienne de la population signifierait une réduction du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et possiblement une diminution des coûts gouvernementaux en matière de santé.

Il existe de multiples façons d'entamer un changement dans les habitudes de vie. Les chercheurs William R. Miller et Stephen Rollnick (2006, 2009) se sont intéressés à l'accompagnement d'une personne en processus de changement en développant une approche nommée entretien motivationnel. Ils prônent l'important effet que détient l'ambivalence dans la prise de décision de changer son comportement et de passer à l'action.

Notre intérêt est d'étudier l'entretien motivationnel établi par Miller & Rollnick dans le cadre d'une rencontre dans un Centre d'éducation pour la santé (CES) d'un CLSC (centre local de services communautaires) et de décrire cet entretien motivationnel du point de vue du client et de l'intervenant.

Nous utiliserons le modèle transthéorique de changement de Prochaska & DiClemente (1983) pour ancrer nos connaissances dans le processus d'un changement de comportement en plusieurs stades avant de décrire l'entretien motivationnel et son approche d'intervention. Finalement, nous explorerons le paradigme d'humanisme et les théories de Rogers et de Lewin pour approfondir le processus d'accompagnement de l'intervenant du CES.

D'un point de vue méthodologique, nous utiliserons deux outils pour sonder nos deux populations, soient les questionnaires pour les clients du CES et l'entrevue pour les intervenants. Ceci nous permettra d'effectuer une analyse de contenu mettant en relation la vision des clients et des intervenants du CES.

Notre recherche permettra d'approfondir la contribution de l'entretien motivationnel dans le processus d'accompagnement vers un changement de comportement vécu au CES étudié. L'analyse des visions des clients et des intervenants à l'égard de leur expérience de l'approche motivationnelle nous permettra d'identifier des éléments qui pourraient être améliorés au CES. Nous pourrions également évaluer la pertinence d'utiliser l'entretien motivationnel dans le processus de changement de comportement relié aux habitudes de vie.

CHAPITRE I

PORTRAIT DE LA SITUATION

1.1 Centres d'éducation pour la santé

Au Québec, la création des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) s'est concrétisée en juin 2004. Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec souhaitait utiliser une nouvelle approche afin de pouvoir améliorer la santé de la population de chacun des territoires de la province. Les différentes instances des réseaux locaux de services se sont fusionnés et ont donc vu leur responsabilité changée et devenir populationnelle. « Le gouvernement souhaite [ainsi] que le réseau public offre des services plus accessibles et mieux coordonnés, d'une part, et qu'il agisse plus efficacement sur les déterminants de la santé, en partenariat avec les autres acteurs du milieu, d'autre part » (Santé et Services Sociaux Québec, 2008). C'est dans cette optique que la direction de santé publique de Montréal a mis en place son *Système de prévention clinique* (SPC), ayant pour objectif d'offrir un soutien à une population adoptant de nouvelles habitudes de vie afin de diminuer les maladies chroniques par l'intermédiaire des CSSS (Direction de la santé publique, 2009). Voyant les bénéfices clairs pour la santé d'opter pour un mode de vie sain, les Centres d'éducation pour la santé (CES) ont été créés afin d'épauler les personnes en processus de changement de comportement et d'adoption de saines habitudes de vie. À la base du projet, les CES proposaient une alternative positive au manque de temps que les médecins ont à offrir à leurs patients. Les intervenants des CES avaient pour tâches de parler de prévention et

de saines habitudes de vie avec le patient tandis que le médecin pouvait profiter davantage de son temps de rencontre avec le patient pour discuter des diagnostics. La création des centres d'éducation pour la santé cherche à joindre les recommandations d'un professionnel de la santé et un *counseling* de qualité. Les interventions choisies par la direction de la santé publique dans le cadre des CES prônent une approche motivationnelle. Depuis 2007, une implantation progressive a permis d'établir un CES pour chaque territoire de CSSS.

Dans ce nouveau contexte, le CSSS montréalais étudié s'est engagé à promouvoir la santé auprès des habitants de son territoire avec son propre CES. Deux intervenants sont nommés pour la mise sur pied du projet : un nutritionniste et un infirmier. Le CES est premièrement créé sur le site d'un CLSC avant d'être partagé entre les deux CLSC du CSSS. La clientèle recherchée par le projet du CES est vaste; on vise autant les hommes que les femmes, les adolescents comme les personnes âgées, les individus en bonne santé, avec ou sans facteurs de risque et peu importe s'ils souffrent ou non d'une maladie chronique. Les employés du CSSS sont aussi les bienvenus au CES. Les intervenants du CES, également appelés conseillers en promotion de la santé, peuvent recevoir des références de patients venant des professionnels de la santé ou des médecins du CSSS, des centres hospitaliers, de différentes cliniques de santé ou encore simplement du client lui-même.

Lorsqu'un client est accueilli dans un CES, il complète un questionnaire avec un intervenant qui fait le point sur ses habitudes de vie actuelles. Un bilan informatisé résultera de cette première étape en démontrant quels sont les éléments qui mettent la santé de la personne à risque ainsi que les comportements positifs déjà atteints. S'en suivra un entretien motivationnel ayant pour but d'identifier les habitudes de vie que la personne désire changer, de reconnaître les sources de motivation et les moyens d'action possible. La personne est la seule et unique capable de décider pour elle-même lorsqu'il s'agit de modifier ses propres habitudes. Selon les besoins du client, des références vers des ressources communautaires peuvent lui être remises. Le client retourne donc chez lui avec le bilan informatisé de ses comportements actuels, ses objectifs de changements et quelques moyens d'agir qu'il a lui-même établis. L'intervenant du CES fait une deuxième rencontre avec la personne quelques

semaines plus tard afin de connaître son cheminement dans son processus de changement de ses habitudes de vie et de poursuivre l'entretien motivationnel. Si la personne était référée par une instance professionnelle, une copie du bilan informatisé et des objectifs pris sera envoyée au dit professionnel.

1.2 Cas du CLSC étudié

Pour la présente recherche, nous nous concentrerons sur un CES spécifique de la région de Montréal. Le portrait statistique 2008-2009 de ce CES a relaté 125 (cent vingt-cinq) personnes, dont 92 femmes (74%) et 33 hommes (26%). La majorité des personnes ayant consulté le CES faisaient partie du groupe d'âge de 26-64 ans, soit 69% (85 personnes). Les jeunes de 18-25 ans formaient 15% (19 personnes) de la population concernée tandis que les personnes âgées de 65-84 ans en représentaient 14% (18 personnes). Finalement, les adolescents représentaient 2% (3 personnes) de la clientèle.

Toujours selon le portrait statistique 2008-2009 de ce CES, la population ayant profité du service du centre d'éducation pour la santé a utilisé le français comme langue d'intervention dans 89% des cas, l'anglais dans 12% et une autre langue dans 2% des rencontres. La source de référence de la clientèle est en grande partie due aux intervenants et aux médecins du CLSC (56 références) tandis que toutes les cliniques médicales externes combinées n'ont référé que 22 clients. Il est important de mentionner que 15 personnes se sont présentées directement au CES sans référence formelle, c'est-à-dire de leur propre chef.

Les intervenants du CES notent leurs interventions selon le thème de celles-ci. Quatre sujets principaux ont été abordés : l'éducation et la prévention du tabac, les saines habitudes de vie, la promotion de l'activité physique et finalement la promotion d'une bonne alimentation.

1.3 Problématique

Dans le cadre de son système de prévention clinique (SPC), dont la création des centres d'éducation pour la santé fait partie, la direction de santé publique de Montréal met un accent particulier sur l'approche de l'entretien motivationnel. Celle-ci est utilisée pour modifier les habitudes de vie, c'est-à-dire pour générer un changement de comportement lié à l'alimentation, à l'activité physique et au tabagisme. Les concepteurs de l'entretien motivationnel, Miller et Rollnick, le décrivent comme une «méthode de communication, directive et centrée-sur-le-client utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence» (Miller et Rollnick, 2000). C'est donc dire que l'entretien motivationnel se penche sur le doute présent dans l'esprit de la personne qui désire changer ses habitudes de vie et recherche la façon de vaincre l'incertitude de la personne en trouvant des éléments de motivation qui lui sont propres et forts.

Cet entretien motivationnel varie en fonction des milieux et des intervenants d'une part, et d'autre part, la durée et la fréquence varient également. Dans la pratique, l'intervenant du CES étudié rencontre la personne avec un entretien motivationnel. Il fait un bilan des habitudes de vie de la personne, l'aide à s'établir un objectif-santé tout en utilisant l'entretien motivationnel afin de la motiver et l'aider à trouver des stratégies pour réussir à atteindre son objectif. Cet entretien dure en moyenne une heure. Suite à la rencontre initiale avec la personne, il y a un autre entretien motivationnel prévu un à deux mois plus tard selon les disponibilités de chacun.

Or, plusieurs études (Rubak & al., 2005; Hettema & al., 2005) tentent de démontrer que l'entretien motivationnel serait davantage efficace lorsqu'il est utilisé lors de plusieurs sessions avec la même personne et ce, quelle que soit la durée de la rencontre. La pratique étudiée au CES ne correspond pas tout à fait à ces critères d'efficacité. Ceci nous amène à nous questionner de la manière suivante :

Quelle est la motivation initiale de la personne immédiatement après l'entretien motivationnel? Existe-t-il un écart avec la motivation de la personne six à huit semaines après son entretien motivationnel? Quelle forme de soutien serait appréciée de la part du client du CES? À quelle fréquence? Selon les intervenants, quelle forme cette motivation prend-elle?

Pour combler cet écart entre la littérature et la pratique, nous avons réalisé une recherche afin de cerner des éléments utiles à la poursuite des actions des CES, à savoir comment vit-on l'entretien motivationnel, les personnes réussissent-elles réellement à changer leurs habitudes de vie suite à leur rencontre au CES et sont-elles satisfaites de ce service. Toutes ces questions sont abordées dans le cadre de notre mémoire.

Voyons maintenant les ancrages théoriques qui nous ont aidés à mieux cibler nos objectifs de recherche.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Au cœur même des rencontres que l'intervenant du CES réalise avec les personnes qui lui rendent visite, l'examen des changements à l'égard des habitudes de vie est crucial. Dans le présent chapitre, nous examinerons trois concepts en lien avec ces rencontres. Nous considérerons d'abord celui du changement en expliquant le processus par lequel une personne doit passer pour cheminer vers une modification de comportement. Ensuite, nous visiterons le concept de la motivation car l'intervenant doit soutenir et catalyser les forces vives de changement de la personne pour la motiver. Finalement, nous approfondirons le processus d'accompagnement de l'intervenant du CES avec le paradigme de l'humanisme et les visions de Rogers et de Lewin.

2.1 Modèle de changement de comportement

Il existe plusieurs modèles de changement de comportement. La direction de la santé publique a choisi d'utiliser celui des stades de changement de comportement écrit par Prochaska & DiClemente (1983, 1994). Ce modèle est celui qui s'approche le plus de la mission du CES, soit d'accompagner la personne dans son cheminement vers un changement de comportement. Il s'agit d'un modèle opérationnel car selon chacune de ses étapes, une

action peut être posée. De plus, la santé publique de Montréal a utilisé ce modèle lors de ses projets pour la cessation tabagique. C'est pourquoi nous avons choisi de le détailler ici.

Prochaska & DiClemente (1983) ont développé le modèle transthéorique en nommant différents stades de changement de comportement. Les auteurs voient le processus de changement comme une roue ou encore un tourniquet d'où l'on peut entrer ou sortir selon notre stade de changement. Il est possible de tourner avec cette roue et de changer de stade en évoluant vers le changement désiré.

Prochaska & DiClemente (1983) ont produit un modèle au sujet du processus de changement mettant en valeur cinq différents stades menant à l'arrêt du tabagisme. Les stades retenus par les auteurs se déroulent chronologiquement, mais pas nécessairement de façon ordonnée, c'est-à-dire qu'il n'est pas rare qu'une personne passe d'un stade à l'autre et revienne ensuite au stade précédent. Les différents stades nommés par Prochaska & DiClemente sont : 1) la précontemplation, 2) la contemplation, 3) l'action, 4) le maintien et 5) la rechute. Les auteurs mentionnent également un dernier stade appelé cessation ou encore la fin lorsque le processus de changement est terminé pour de bon.

Dans cette même étude (Prochaska & DiClemente, 1983), les auteurs expliquent une dizaine de procédés psychologiques amenant le changement. Ce sont les mécanismes utilisés par les gens qui franchissent les stades dans un processus de changement. Dans les « procédés de changement », quelques-uns sont davantage d'ordre comportemental et d'autres sont plus d'aspect affectif et cognitif. Les procédés utilisés par une personne en quête de changement diffèrent selon la facture adoptée : changement autodidacte ou changement aidé par la thérapie. Par contre, il est clair que les procédés de changement principalement affectif et cognitif se retrouvent surtout en début de parcours alors que les procédés comportementaux prennent actions plutôt dans les derniers stades de changement. Voici une traduction libre des procédés de changement tels que nommés par Prochaska & DiClemente: sensibilisation/prise

de conscience, auto-libération, libération sociale, réévaluation environnementale, contre-conditionnement, contrôle des stimuli, gestion du renforcement, soulagement émotionnel, relation d'aide et auto-réévaluation.

2.1.1 Stades de changement de comportement

2.1.1.1 Précontemplation

En précontemplation, premier stade de changement, la personne n'est pas consciente d'avoir un problème ou encore ne pense pas sérieusement au changement. Elle a une tendance à la défensive et est distante face aux sujets en lien avec l'aspect négatif de son comportement actuel. On peut penser que la personne est naïvement non-informée ou qu'elle est activement résistante au changement. Il est donc logique d'affirmer que c'est dans le stade de précontemplation que la personne utilise le moins de procédés de changement. Le *précontemplateur* ne se réévalue pas, n'est pas ouvert aux informations et ne ressent pas d'émotions négatives face à son comportement. Prochaska & DiClemente (1994) explique que l'estime de soi de la personne est diminuée lorsqu'elle prend conscience de son comportement problématique et/ou pathologique. La personne qui admet son mauvais comportement accepte également qu'il ne maîtrise plus une partie de sa vie. Reconnaître son problème (et donc de migrer vers le stade de contemplation) signifie que la personne accepte qu'une chose importante voire même intrinsèque chez elle est inadéquate. Il peut s'agir de laisser tomber une valeur importante ou encore d'avouer un échec; il est donc très pénible d'admettre le comportement problématique.

Les gens qui consultent un thérapeute au stade de précontemplation ne le font pas pour eux-mêmes mais plutôt pour changer une situation qui leur est désagréable. Ce que la personne veut changer, c'est le regard des autres, pas elle! Le fait d'aller en thérapie réduira la pression de ses pairs et même l'idée de diminuer le comportement inadéquat quelques temps peut paraître bonne pour avoir la paix... Comme le précontemplateur ne voit pas la

présence du problème, Prochaska & DiClemente (1994) indique que le passage vers le stade de contemplation nécessite malheureusement un aspect légal ou une importante question de santé publique.

2.1.1.2 Contemplation

Une fois la prise de conscience qu'un problème existe, la personne entre en contemplation. En début du stade de contemplation, la personne est davantage en détresse qu'en précontemplation car elle admet avoir un problème. C'est justement cet état d'insécurité lié à la détresse qui la motivera à tenter de comprendre son comportement négatif, d'en connaître les causes et les façons de les contrer. Le contemplateur affiche une ouverture d'esprit et une meilleure prise de conscience pour obtenir plus d'information sur le sujet qui l'intéresse. Il y a également davantage d'émotions en jeu. La personne réfléchit à sa relation avec le comportement problématique; elle se réévalue dans sa situation actuelle et pense sérieusement à changer mais n'a pas encore pris d'engagement. Chez une personne en contemplation, on dénote une impatience à discuter de son problème car elle cherche à se faire rassurer en apprenant qu'il est possible de surmonter ce comportement inadéquat. En fait, plus la personne parle de son problème, plus elle s'approche de la mise en action du changement de comportement. Lorsque l'on avance dans le stade de contemplation, le sentiment de détresse éprouvé lors du dévoilement du problème s'estompe peu à peu et la confiance en soi acquise dans le processus permet de faire avancer la démarche vers l'action. Le seul stress pouvant freiner un contemplateur vient de la peur de l'échec et des habitudes qu'il devra laisser tomber. Il va sans dire que certaines personnes peuvent rester à l'étape de la contemplation pendant des années; il y existe parfois un équilibre malsain entre le confort de rester dans ses habitudes de comportement inadéquat et la bonne conscience de poursuivre de convenables démarches. C'est un processus de réévaluation cognitivo-affective qui pousse la personne de la contemplation vers l'action. L'idée du nouveau comportement évolue et paraît avec le temps, de plus en plus enviable aux yeux de la personne. Les réévaluations personnelles dirigeront la personne vers l'action lorsque celle-ci sentira davantage de points positifs que de négatifs au changement. La durée de ce stade est donc variable selon

l'introspection et la compréhension de la personne face à son problème. Il est à noter que certains auteurs ayant repris le modèle des stades de changement de comportement séparent le stade de contemplation en deux. Ils laissent la contemplation, où la personne prend conscience de son problème et acquiert une ouverture d'esprit face à son comportement problématique, et ajoutent le stade de la préparation, où l'on note une recherche de solutions possibles en lien avec le problème, une augmentation de l'estime de soi et une préparation de mise en action du changement.

2.1.1.3 Action

Vient ensuite le stade de l'action, celui où la personne change son comportement. Dans l'article présenté par Prochaska & DiClemente (1983) sur les étapes menant à l'abandon du tabagisme, il est noté que c'est lorsqu'une personne prend un engagement envers le changement, qu'elle prend action face à son comportement négatif, c'est à ce stade qu'elle utilise le plus de procédés de changement afin d'atteindre son objectif. La mise en action est précédée d'une réévaluation personnelle pour s'assurer que les décisions appropriées ont été prises. Au moment où le changement se met en place, la personne ressent une auto-libération, puis viennent les mécanismes de contrôle de stimuli et la gestion du renforcement de ses propres capacités. Le comportement est changé, les conditions environnantes sont tout aussi importantes à gérer. La personne se sent efficace et capable; elle est complimentée par son entourage ayant remarqué le changement et ceci l'aide à trouver le support nécessaire pour poursuivre. À ce stade, la personne semble avoir moins besoin de parler de l'origine de son problème, elle a l'impression d'en avoir déjà assez discuté pour bien le comprendre et pouvoir passer à l'action (Prochaska & DiClemente, 1994).

L'action est probablement le stade le plus court mais celui où il y a le plus de progrès. La personne est enthousiaste face au changement et fait ses devoirs assidument! Bref, elle a beaucoup d'énergie. Prochaska & DiClemente mentionne que ce stade dure en moyenne d'un à trois mois, mais peut aller jusqu'à six mois.

2.1.1.4 Maintien

Au stade de maintien, le processus continue car la personne poursuit son travail pour garder ses acquis. La personne s'arme pour contrer les stimuli et prévenir une rechute possible. Il ne s'agit pas d'une absence de changement mais plutôt de la continuation de celui-ci. Cette étape du changement est très anxiogène pour la personne car celle-ci craint toujours la rechute. Prochaska & DiClemente (1983) racontent que parfois, les personnes étant en stade de maintien se montrent très rigides et soucieuses face à tous types de modification de leur routine car elles croient qu'un changement est une menace à l'équilibre précaire acquise avec le nouveau comportement. Une conduite superstitieuse est même développée à l'occasion afin d'éviter la rechute. Les auteurs estiment à six mois le temps d'adaptation d'une personne avant qu'elle n'ait plus peur de rechuter, mais pour d'autres, cela peut durer des années. Dans des cas de comportements dûs aux dépendances à l'alcool ou au tabac, les gens vivent souvent difficilement avec la tentation pour toute leur vie...

2.1.1.5 Rechute

Comme tous les autres stades, la rechute fait partie intégrante du processus de changement de comportement. Certes la rechute possède un caractère en apparence plus négatif en raison du retour du mauvais comportement, mais elle est présente dans le processus de changement de plusieurs personnes. La rechute survient lorsque les stratégies de maintien échouent. Selon les auteurs (Prochaska & DiClemente, 1994), souvent la personne qui rechute retourne au stade de contemplation avec l'intention de repasser à l'action, mais environ 15% d'entre eux s'éloignent du cycle de changement et retournent en précontemplation. Lors de la rechute, l'estime de soi est sérieusement touchée car la personne vit un sentiment d'échec, de frustration et de culpabilité. La simple pensée de repasser à l'action peut être bousculée par l'expérience de la rechute. Le *rechuteur* utilise plusieurs procédés de changement précédemment nommés par Prochaska & DiClemente. Son état d'esprit quelque peu troublé par les circonstances le pousse à aller chercher de la relation

d'aide auprès de ses proches ou de professionnels, il reste sensibilisé à son problème et se réévalue sans cesse afin de prévenir une rechute permanente.

Finalement, la roue du processus de changement tourne et arrive un temps où il est possible d'affirmer qu'un problème est résolu. À ce niveau, la personne ne ressent plus de tentation face à son ancien comportement et ne doit plus fournir d'effort pour l'éviter.

En résumé, pour notre projet, une dimension essentielle est de situer la personne visitant le CES dans sa démarche de changement. Il s'agit d'établir si la personne se trouve à l'étape de précontemplation, de contemplation, d'action, de maintien ou de rechute dès le départ afin de mieux l'accompagner selon ses besoins spécifiques dans sa démarche de changement de comportement.

2.2 Entretien motivationnel

Dans le cadre du Système de prévention clinique établi par la Direction de la santé publique de Montréal, des Centres d'éducation pour la santé (CES) ont été mis en place afin de faciliter la réalisation de pratiques cliniques préventives. On cherche à offrir des services de prévention à la population montréalaise en favorisant ainsi l'adoption de meilleures habitudes de vie. Un CES est présent dans chacun des 12 CSSS de l'île de Montréal. Les professionnels de la santé agissant en 1^{ère} ligne auprès des patients n'ont pas toujours le temps d'aborder le thème de la prévention durant la courte durée de leur consultation; il leur est donc maintenant possible de référer leurs patients au CES de leur organisation afin que l'aspect de la prévention soit discuté plus profondément. L'approche d'intervention choisie pour les CES est l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel tel que l'on connaît aujourd'hui a été défini pour la première fois par Miller & Rollnick en 1983. Au départ, le concept a été développé comme intervention auprès des alcooliques qui tentaient de réussir un changement de comportement. Au début des années 90, l'entretien motivationnel a été testé dans d'autres sphères comme les maladies chroniques où le changement de comportement est d'autant plus important et où la motivation du patient est primordiale. L'idée a évolué au fil des ans, mais la base reste toujours la même. Les auteurs de l'entretien motivationnel la définissent comme suit dans sa forme la plus récente, soit celle de 2009 : « L'entretien motivationnel est une approche collaborante, centrée sur la personne, guidant l'atteinte et le renforcement de la motivation au changement. » (Motivational Interview, ressource électronique) En collaboration avec la personne, on cherche à l'aider à activer ses propres motivations afin d'arriver au changement. Dans un contexte de santé, les intervenants des CES tentent d'utiliser cette approche afin d'aider les clients à adopter de meilleurs comportements de santé selon leurs propres besoins. Que ce soit pour faire davantage d'activité physique, opter pour une alimentation saine, cesser de fumer ou encore adhérer à un traitement, les éducateurs pour la santé guident leurs clients à développer leurs motivations vers un nouveau comportement.

2.2.1 Motivation

L'entretien motivationnel, comme son nom l'indique, vise à travailler la motivation d'une personne à entreprendre un changement dans sa vie. Il ne s'agit pas de diriger ou de corriger le comportement d'une personne, mais bien de la guider, de l'aider à prendre elle-même ses décisions sur son changement de comportement. Les auteurs Miller & Rollnick (2006) parlent de la motivation comme étant primordiale au changement. Ils considèrent le besoin, la volonté et la capacité comme trois composantes pour atteindre la motivation au changement. Le besoin est nommé *Être prêt* par les auteurs qui mentionnent que le client doit voir le changement comme une priorité actuelle dans sa vie. Cette priorité doit surplomber les autres valeurs de la personne en termes de nécessité. La volonté est pour sa part appelée *Avoir envie* et rapporte l'importance que la personne porte à son changement de comportement. Lorsque la personne perçoit sa condition présente comme trop différente de

son idéal de vie, alors la motivation au changement apparaît. L'envie d'atteindre sa situation rêvée devient plus forte et forge les intentions du client à changer son comportement. Finalement, la composante de la volonté est reprise par l'expression *Se sentir capable*. Il s'agit de la confiance de la personne à arriver au changement. Si le client doute de sa capacité à réussir son objectif, il n'y aura pas grande surprise d'apprendre qu'il n'a pas atteint son but. La volonté est l'élément de la motivation qui peut aider un intervenant en santé à évaluer les chances de réussite du client car son sentiment de confiance permet d'entrevoir le degré de motivation.

L'esprit de l'entretien motivationnel comporte trois aspects d'importance, soient la collaboration, l'évocation et la valorisation (Rollnick, Miller & Butler, 2009) Cette approche cherche à établir un partenariat entre le client et l'intervenant professionnel. Une relation de coopération n'utilise aucun caractère de domination ou de pouvoir d'une personne sur une autre; elle apporte plutôt la satisfaction des deux personnes en étant chacune engagées également dans la relation. D'ailleurs, l'éducateur pour la santé aide son client à lier ses propres valeurs et ses rêves avec le comportement qu'il désire atteindre. L'intervenant écoute les préoccupations et les volontés du patient et l'aide à obtenir l'information dont il a besoin afin de prendre une décision libre et éclairée. L'entretien motivationnel reconnaît la liberté de choix du patient. Ce sera toujours lui qui prendra les décisions le concernant et il est important de le garder en tête. Le client en processus de changement de comportement est libre face à ses décisions d'agir ou non et cette autonomie est valorisée. L'intervenant guidera la personne en lui posant des questions afin de mieux comprendre ses motivations et renforcer ses capacités.

2.2.2 Ambivalence

Dans le processus de la prise d'une décision vient souvent un moment d'ambivalence. Cette réflexion démontre l'ambiguïté de choix face aux avantages et aux inconvénients de deux options. Dans une situation de changement de comportement,

les choix se retrouvant dans la balance sont d'appliquer le nouveau comportement ou de garder la situation actuelle intacte. « L'ambivalence [est un] aspect normal de la nature humaine. La résolution de l'ambivalence est une étape naturelle du processus de changement (Miller & Rollnick, 2006). » Dans le cadre d'un entretien motivationnel, l'intervenant en santé travaille sur l'ambivalence du client face à son changement de comportement. La plupart des gens connaissent et comprennent les avantages que pourrait leur apporter le changement de comportement, mais craignent les inconvénients qui s'y rattachent également. L'entretien motivationnel espère amener la personne à entrevoir plus d'avantages que d'inconvénients face au changement et ainsi choisir d'adopter le nouveau comportement.

La probabilité du changement, que l'on pourrait également comparer au niveau d'ambivalence, doit s'attarder au propos de la personne car ce sont eux qui comme nous le verrons plus loin, définissent l'étape du changement à laquelle se trouve la personne. Les écrits de Miller & Rollnick (2009) mentionnent pour leur part qu'il faut être attentif aux différents types de *discours-changement*. Selon les auteurs, les discours-changements sont des arguments de pré-engagement envers le changement. C'est-à-dire que plus on guide le client à exprimer ses désirs, ses capacités, ses raisons et ses besoins en faveur du changement, plus on renforce l'engagement favorable du client envers ce changement. Il s'agit d'un principe simple de positivité; plus le patient parle de façon positive du changement, plus il a de chance d'entreprendre ce changement. L'intervenant a donc un rôle important de guide pour le patient. S'il se montre trop directif et confrontant face au patient, ce dernier démontrera davantage de réticence aux propos de l'intervenant. Tandis que si l'éducateur en santé ne fait qu'accompagner le client en utilisant de façon égale l'écoute, l'interrogation et le partage d'information, il obtiendra sans doute plus de succès.

2.2.3 Méta-analyses sur l'entretien motivationnel

Plusieurs études démontrent les effets positifs de l'entretien motivationnel sur l'adhésion à un changement de comportement. Le fait de travailler sur la motivation du client

a l'avantage d'avoir des résultats plus rapides et efficaces à long terme. Une seule intervention ne peut changer la personnalité d'une personne ou encore modifier les facteurs négatifs liés au changement de comportement, mais elle peut certainement avoir un effet important sur la motivation.

Trois méta-analyses ont été effectuées afin de recueillir davantage d'information sur l'efficacité et la pertinence de l'entretien motivationnel. Trois groupes de chercheurs ont scruté plusieurs recherches cliniques utilisant l'entretien motivationnel comme méthode d'intervention avec les clients vivant un processus de changement de comportement. À travers ces méta-analyses, un consensus émerge. L'entretien motivationnel démontre un certain effet, une tendance positive à aider les patients à changer ou adopter un nouveau comportement (Rubak et al., 2005; Hettema et al., 2005; Knight et al., 2006). Il peut être utilisé sans avoir peur d'effet secondaire. Par ailleurs, l'unanimité est également présente au sujet des recommandations à prendre en considération dans les études à venir; les trois méta-analyses s'entendent pour dire qu'il serait important de mentionner les méthodes exactes utilisées lors des entretiens motivationnels en plus de la formation reçue par les intervenants avant de pouvoir pratiquer ce type d'entretien.

Dans l'analyse de Rubak et al. (2005), on note que l'entretien motivationnel est fait de façon individuelle, impliquant seulement l'intervenant et le client, dans 94% des cas et la durée moyenne d'une rencontre est de 60 minutes. Les auteurs poursuivent en signalant que les effets bénéfiques de cette méthode de pratique s'accroissent lorsque le nombre de séances augmente (40% de bénéfiques pour une seule rencontre vs 87% pour plus de 5 rencontres) ou encore que le suivi s'étale sur plus de 12 mois (36% de bénéfiques pour un suivi de 3 mois vs 81% pour un suivi de plus de 12 mois) (Rubak et al., 2005). Les avantages d'augmenter la fréquence et le temps de suivi sont indéniables. L'analyse de Hettema et al. (2005) indique également une grande variation de l'effet de réussite selon l'intervenant, le lieu et le temps accordé au client, mais sans y accorder plus de détail statistique.

Dans les différentes méta-analyses, plusieurs études sur l'entretien motivationnel ont pour objectif de diminuer une consommation dépendante ou encore d'encourager l'adhérence à un traitement. Ce sont ces deux thèmes qui obtiennent le plus de succès avec l'utilisation de l'entretien motivationnel. En général, ce dernier démontre de petits à moyens effets dans l'amélioration des aspects reliés à la santé, par contre lorsqu'il est utilisé avec un autre traitement, il fait meilleur figure (Rubak et al., 2005). Hettema et al. (2005) croient que cet effet peut être attribuable aux bons résultats de l'entretien motivationnel face à l'adoption d'une compliance à un traitement.

L'analyse de Knight et al. (2006) s'est concentrée sur des recherches relatives au changement de style de vie chez des patients ayant des troubles de santé en majorité physique. Seul un petit échantillon d'études significatives a pu être pris en considération, mais les auteurs stipulent que la majorité des références recensées ont trouvé des résultats positifs aux effets de l'entretien motivationnel. Ils poursuivent en disant que cette méthode d'intervention est efficace pour améliorer les soins aux patients afin de les aider à adopter un style de vie plus salubre en comparaison à d'autres méthodes utilisées précédemment. Toutefois, malgré le bon potentiel de ce type d'intervention dans le domaine de la santé, il est nécessaire que de plus amples études de meilleure qualité soient réalisées.

En résumé, le changement de comportement souhaité dans le cadre d'une rencontre au CES a pour objectif d'aider le client à atteindre de meilleures habitudes de vie afin d'être plus en santé et d'avoir une qualité de vie satisfaisante. Donc selon l'approche de l'entretien motivationnel, dans notre projet, l'intervenant du CES devrait interroger la personne sur ses besoins spécifiques et sur ses motivations personnelles à atteindre le changement. L'entretien motivationnel vise à ce que la personne réalise qu'il existe plus d'avantages que d'inconvénients au changement de comportement. Cette vision différente de la situation fera migrer la personne d'un stade de changement vers un autre et ce, jusqu'à la modification complète et définitive du comportement. L'entretien motivationnel changera bien sûr selon le stade de changement de la personne et l'objectif de l'entretien en sera différent.

2.3 Processus d'accompagnement

2.3.1 Paradigme de l'humanisme

Il existe probablement autant de définitions de l'humanisme que d'auteurs qui s'y intéressent. Selon certains, il s'agit d'une « vision du monde où tout gravite autour de l'homme comme tout gravitait autour de Dieu dans la vision antérieure en Occident » (Encyclopédie de l'Agora, ressource électronique). D'un autre point de vue, Morgentaler (1987) parle de la philosophie humaniste en tant qu'un système de valeurs éthiques et morales, une façon de vivre en relation avec soi et le reste de l'univers. Pour rallier les pensées précédentes, la définition du dictionnaire se lit ainsi : « Théorie, doctrine qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement (Robert, 1993) ». C'est sans doute la volonté de s'épanouir et d'aider les autres à en faire autant qui motive les humanistes dans leur attitude. On recherche le mieux-être de la personne humaine, mais pas à tout prix. L'humaniste convoite le bonheur pour lui et également pour ses pairs. Il espère être juste et respectueux envers tous et face à lui-même. L'égalité et la démocratie sont deux thèmes chers aux yeux de l'humaniste. On pourrait aller jusqu'à dire qu'il désire arriver à une émancipation individuelle et collective. L'épanouissement de l'humaniste se base sur l'importance des expériences de vie et ce, à l'égard de la globalité de la personne humaine. Ceci signifie que la personne n'est pas perçue comme un numéro parmi d'autres dans la société, mais plutôt comme un être unique et expérientiel ayant plusieurs facteurs agissant sur son épanouissement. L'élément qui aura vraisemblablement le plus de poids dans son émancipation est la personne en elle-même. Elle est « auto-responsable ». Afin de mieux comprendre ce concept de responsabilisation, nous devons expliquer clairement la signification de la personne qui peut sembler si simple. « Le terme *personne* est auto-possessif, soit être-pour-soi. La personne ne peut appartenir à autrui. Elle est intelligente et spirituelle. La personne humaine est compréhensive, avec la capacité de discerner le mensonge de la vérité, d'opposer la raison à l'intuition dans sa conscience et enfin, capable de reconnaître la nécessité de l'utopie (Basave, 1993). » Ayant tous ces atouts en poche, la personne est donc responsable d'elle-même et de son destin. Elle est capable d'émettre les bons choix pour sa vie et pour la collectivité. La personne est au centre de sa globalité et est

la meilleure juge de ses possibilités. Ceci étant dit, n'excluons pas la possibilité de commettre des erreurs. La personne est et restera toujours humaine. Elle vit dans une société qui lui envoie une multitude de messages qui sont parfois contradictoires. Elle tente de prendre les meilleures décisions afin de s'épanouir et d'atteindre un bien-être la satisfaisant. Il est donc possible qu'en cours de route, la personne ne choisisse pas l'option la plus avantageuse pour elle. « Rien n'arrive pour rien » comme disait un vieil adage. Cela aidera malgré tout cet être qui acquerra son identité à travers ses expériences de vie, bonnes et moins bonnes.

Ce paradigme est aussi pertinent pour le professionnel de la santé que pour le client lui-même. L'intervenant désire voir l'épanouissement de son client jusqu'à l'atteinte d'un état de bien-être. De son côté, la personne en processus de changement est comprise dans son être unique et expérientiel. Elle comprend également son auto-responsabilité face à ses choix de vie et leurs conséquences.

En conséquence, dans notre projet, nous examinerons la part de l'intervenant dans l'accompagnement de son client au CES. L'intervenant est-il sincère? Désire-t-il l'épanouissement de sa clientèle? Le client s'est-il senti compris dans son expérience unique?

2.3.2 Authenticité

Le professionnel doit lui aussi se ressourcer avant de débiter ce type de rencontre avec ses clients. La révision de ses bases philosophiques est bien sûr indispensable, mais il existe également le concept de l'authenticité qui lui sera de grand aide. C'est Carl R. Rogers (1902-1987) qui développe ce concept. Cet éminent psychologue américain travaille beaucoup dans le domaine de l'éducation, de la transmission de connaissances. Rogers (1972) parle de l'authenticité comme une attitude, un comportement réel et congruent entre notre façon d'être, de ressentir et d'agir (Rogers, 1972). Il explique que l'authenticité est un atout

pour tout intervenant qui tente de transmettre une information ou d'écouter l'autre. Cela permet de mettre l'interlocuteur à l'intérieur d'une relation de respect, où l'intervenant se montre totalement honnête envers lui. Donc, plus l'expérience de communication passe par l'authenticité des deux personnes en lien, plus la relation s'approfondira et la compréhension s'améliorera. Rogers propose son concept d'authenticité comme un concept de congruence envers soi-même ; on doit s'exprimer de la même façon avec sa tête, son cœur et son corps. C'est-à-dire de pouvoir vivre selon nos sentiments, de démontrer une attitude transparente face à nos émotions et notre pensée. Ceci amène de la clarté aux relations interpersonnelles. Il s'agit d'un comportement totalement honnête envers l'autre. Une personne ayant une attitude authentique s'ouvre à son interlocuteur afin de l'accompagner dans ses expériences de vie et ses apprentissages. L'authenticité, ou encore la congruence, est un processus très exigeant en continuelle évolution chez la personne qui tente d'*être* selon ses sentiments. Cela demande une conscientisation personnelle importante qui est très difficile, voir impossible, d'atteindre de façon permanente. Un intervenant travaillant avec une autre personne dans un processus d'apprentissage en vue d'un changement de comportement doit se centrer sur lui-même afin de gagner cet état de congruence. Il arrivera ainsi plus facilement à rejoindre l'autre personne. La dyade vivra alors une expérience de respect mutuel et d'honnêteté qui augmentera le sentiment de confiance.

D'autre part, Rogers se base également beaucoup sur l'expérience de vie pour expliquer la conscience de la personne car selon lui, c'est cette expérience vécue qui amorce le processus d'apprentissage. La personne apporte un sens à l'expérience qu'elle vit, elle en prend conscience, puis elle assimile l'information plus facilement et significativement. Dans une intervention visant un changement de comportement, la personne qui reçoit des renseignements la touchant directement aura plus de facilité à les assimiler et à évaluer la pertinence de ces données sur sa vie quotidienne. En intégrant les expériences de vie de la personne dans la rencontre, elle aura une vision personnelle de la problématique et des moyens possibles pour la résoudre, elle pourra aisément faire un lien concret et aura ainsi plus de chance de pratiquer un changement qui sera durable et efficace.

Rogers croit en «la personne». Il considère, en effet, que la personne possède en elle une capacité de s'auto-actualiser qui, une fois libérée, lui permet de résoudre ses propres problèmes (UNESCO, ressource électronique). Cette aptitude d'ajustement est enfouie chez la personne. Rogers prétend qu'un bon intervenant doit être en mesure d'aider les gens à faire émerger leur capacité d'autorégulation et de résolution de problème. Ils seront ainsi aptes à réagir seuls et surtout de la bonne façon face aux prochaines épreuves. Il s'agit ici du vieux principe du pêcheur : Afin de réellement aider son prochain, le pêcheur doit lui apprendre à pêcher et non simplement lui donner du poisson. C'est un peu ce qui a créé la controverse avec les pratiques de Rogers car à cette époque, les psychologues venaient en aide aux gens en les accompagnant et en trouvant des réponses à leurs problèmes. Tandis que Rogers prétendait le contraire. Il maintenait que la personne elle-même détenait la capacité de surmonter ses difficultés. Il ne suffit que de l'aider à développer et apprivoiser cette aptitude.

Il ne faut par contre pas oublier que tout ceci est un long processus. C'est une transformation continue, une évolution chez la personne que l'on accompagne dans son développement personnel. L'atteinte d'un but n'est pas ici un objectif, mais bien un continuum.

2.3.3 Interactionnisme symbolique

Reprenons les concepts de Carl Rogers afin de les situer dans l'interactionnisme symbolique. Celui-ci couvre les aspects individuels et sociaux de la communication vue comme une interaction sociale. Un premier aspect de l'interactionnisme symbolique porte sur la compréhension de la société. Les auteurs semblent délaisser la macrosociologie pour explorer la microsociologie. On espère ainsi mieux comprendre l'interaction entre l'humain et le monde. Rogers fait partie de ces auteurs et démontre ses concepts soulignant le potentiel de la personne en interaction face aux autres. Mentionnons seulement les notions d'authenticité, de congruence, de capacité d'auto-actualisation en guise d'exemples. Rogers démontre les aptitudes individuelles que détient la personne afin d'entrer en contact avec le

monde qui l'entoure. Ceci est également en lien avec un autre aspect de l'interactionnisme symbolique ; on prône la subjectivité sur l'objectivité, on priorise l'intériorité de la personne, sa liberté et sa créativité afin d'agir avec et dans le monde. Dans son concept d'authenticité, Rogers démontre bien le côté personnel de la personne. La personne recherche ce qu'elle a de vrai, ses émotions, ses sentiments, sa vision des choses, afin de mieux se connaître et d'entrer dans une relation avec une autre personne de façon honnête et authentique. Lorsque la personne est congruente avec sa pensée, ses émotions et ses actions, elle est consciente de sa liberté d'expression en interaction avec le monde. Finalement, un troisième aspect de l'interactionnisme symbolique porte sur la façon d'aborder la connaissance ; on délaisse la méthode cartésienne pour une méthode plutôt écosystémique. Rogers abonde décidément en ce sens avec ses écrits sur l'apprentissage expérientiel. Il encourage l'acquisition de connaissance via les expériences vécues par une personne. Rogers prétend qu'une expérience personnelle prend un sens chez la personne qui en prend ensuite conscience, l'information se voit retenue par la personne et devient ainsi une connaissance. Rogers encourage la personne à être ouverte à la totalité de son expérience et à ce qu'elle éprouve. Ce n'est que le début d'un processus d'apprentissage qui aidera la personne à grandir et à acquérir un savoir solide, significatif et durable.

Dans notre projet d'étude de l'apport de l'entretien motivationnel sur le changement de comportement des clients du CES, nous examinerons la possibilité de vivre ses émotions et d'être authentique dans le cadre d'une rencontre utilisant l'entretien motivationnel.

2.3.4 Tensions et valeurs

Dans un autre ordre d'idées, analysons maintenant les propos du psychologue Kurt Lewin, fondateur du centre de recherche pour la dynamique de groupe du Massachusetts Institute of Technology et également reconnu comme l'un des fondateurs de la psychologie sociale. La façon de travailler de Lewin est beaucoup plus pragmatique et concrète que

Rogers et c'est pourquoi leurs concepts sont parfaitement complémentaires, du moins dans une vision de prévention de la santé par le changement de comportement.

Lewin ne voit pas la recherche en sciences sociales comme les autres chercheurs de son époque. Il préfère la recherche de terrain aux statistiques ; il recherche la véritable signification pour les personnes (Gordon, 1982). Lewin veut encourager les interactions, mais avant d'en arriver là, il propose plutôt une théorie à propos du comportement humain. Il parle du comportement comme d'un continuum auquel certaines variations individuelles, appelées tensions, viennent interférer dans les perceptions personnelles et de l'environnement (Britannica Online Encyclopedia, ressource électronique). Lewin définit une tension comme un « état hautement désirable qui permet à l'individu d'intensifier ses efforts pour atteindre la réalisation de son but (Marrow, 1972). » Cela fait d'une tension, un élément de désir ou encore un manque à combler. D'après Lewin, cette tension est à la base de l'action, du mouvement car elle fournit l'énergie pour que l'être humain prenne une décision d'agir. Un exemple simple et terre-à-terre serait lorsqu'une personne ressent la soif, elle atteint un état où elle a besoin de boire et ses pulsions la poussent à agir. Cette tension dicte les actions de la personne pour qu'elle rejoigne le lavabo et qu'elle se verse un verre d'eau et le boive. C'est un parcours que seule la personne peut décider d'entreprendre, car malgré les encouragements ou encore les messages extérieurs tentant d'influencer la personne, il est impossible de prendre la décision et d'agir à sa place. Ce sont les croyances profondes de la personne, ses valeurs qui la feront passer à l'acte et non le contraire. C'est d'ailleurs exactement ce que Lewin prétend : « les valeurs influencent le comportement (Lewin, 1959). » Une valeur n'est pas un but ou encore un objectif à atteindre, c'est plutôt la valeur qui nous guide, nous motive à atteindre nos objectifs, nos buts. C'est cette croyance forte, cette pulsion qui nous pousse à accomplir nos actions, à surmonter les étapes pour arriver à notre but.

C'est donc dire pour notre mémoire qu'il est important de confirmer si les intervenants du CES laissent place aux valeurs et aux tensions de la personne en processus de changement.

En résumé, pour notre projet, la littérature nous rappelle qu'il est important de situer la personne visitant le CES dans sa démarche de changement. Le fait de comprendre et d'agir selon le stade de changement où se situe le client aidera l'intervenant à mieux l'accompagner selon ses besoins spécifiques dans sa démarche de changement de comportement.

Également, l'approche de l'entretien motivationnel nous dicte que l'intervenant du CES devrait interroger la personne sur ses besoins spécifiques et sur ses motivations personnelles à atteindre le changement. L'intervenant devrait aider son client à réaliser qu'il existe plus d'avantages que d'inconvénients au changement de comportement.

Du côté de la relation établie entre le client et l'intervenant, nous examinerons la façon de faire de l'intervenant dans l'accompagnement de son client au CES. L'intervenant est-il sincère et authentique? Désire-t-il l'épanouissement de sa clientèle? Le client s'est-il senti compris dans son expérience unique? Nous examinerons aussi la vision du client sur la possibilité de vivre ses émotions et de sentir ses capacités respectées. Finalement, nous devons vérifier si les intervenants du CES laissent place aux valeurs et aux tensions de la personne en processus de changement.

CHAPITRE III

OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de cette recherche est de cerner l'entretien motivationnel tel que vécu au CES d'un CLSC de la région de Montréal, tant du point de vue du client que de l'intervenant.

Les modèles et théories vues préalablement nous amènent également à examiner quelques éléments spécifiques aux clients et aux intervenants afin de répondre à l'objectif général.

3.1 Client

Notre interrogation principale auprès des clients du CES est de connaître en quoi l'entretien motivationnel les motive à avancer dans leur processus de changement de comportement. En nous basant sur notre cadre théorique, plusieurs questions doivent être posées pour y répondre. Voici les objectifs spécifiques aux clients qu'il sera important d'éclaircir :

Changement de comportement

- Identifier la raison de la consultation initiale;
- Cerner les objectifs du client avant et après l'entretien motivationnel;

- Situer le client dans son stade de changement (tout de suite après sa rencontre au CES : T1; puis, 6 à 8 semaines plus tard : T2);
- Décrire le soutien moral et les outils qu'on lui a offerts au CES.

Entretien motivationnel

- Décrire la satisfaction du client à l'égard de l'entretien motivationnel (motivation, ambivalence, durée, suivi, approche, etc.).

Processus d'accompagnement

- Vision de l'humanisme (Écoute des besoins et des capacités, épanouissement, etc.).

3.2 Intervenant

L'objectif général recherché du point de vue de l'intervenant est de décrire sa relation et son accompagnement face au client au CES. Ici aussi, l'appui du cadre théorique nous guide vers les objectifs spécifiques que voici :

Changement de comportement

- Énoncer ce qu'est la notion de changement pour l'intervenant.

Entretien motivationnel

- Cerner les étapes du suivi motivationnel utilisé par l'intervenant;
- Examiner la source de formation reçue et les besoins d'autres formations en regard à l'entretien motivationnel;
- Faire émerger les éléments reliés à l'entretien motivationnel (motivation, besoin, volonté, capacité, ambivalence).

Processus d'accompagnement

- Décrire l'état d'esprit de l'intervenant lors d'une rencontre au CES;
- Décrire les éléments d'accompagnement et/ou de suivi actuellement réalisés au CES et ceux qui seraient souhaités dans le futur.

Généralité

- Exposer la position de l'intervenant en lien aux directives organisationnelles du CES.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

L'objectif de ce mémoire est de cerner la contribution de l'entretien motivationnel au CES d'un CLSC de Montréal de la part des clients et des intervenants et d'examiner la satisfaction des personnes l'ayant expérimenté. Pour obtenir réponse à nos objectifs de recherche, deux instruments de recherche ont été utilisés, soient le questionnaire et l'entrevue auprès de deux populations (les clients et les intervenants du CES). Les données recueillies auprès des clients et des intervenants feront l'objet d'une triangulation des données dans les prochains chapitres afin de mieux répondre à nos objectifs de recherche.

4.1 Questionnaire

Le questionnaire nous semble être la méthode d'enquête désignée pour recueillir l'opinion des personnes qui utilisent le CES. Blais & Durand (2004) le définissent comme étant un : « Instrument de collecte et de mise en forme de l'information, fondé sur l'observation de réponses à un ensemble de questions posées à un échantillon de population (Blais et Durand, 2004). » Il s'agit donc d'un instrument de mesure nous permettant de cibler différents concepts afin de les étudier et d'obtenir des données concrètes directement de la part de la personne en s'éloignant de toute subjectivité qui pourrait, par exemple, être présente lors d'une observation directe. Le questionnaire nous permet également de sonder une fraction de la population à l'étude.

Les questionnaires utilisés ont été construits grâce aux dimensions soulevées dans notre cadre théorique. Les dimensions étudiées sont les suivantes :

- Le stade de changement de comportement du client,
- La libre expression du client sur ses besoins et ses émotions face au changement,
- La reconnaissance des motivations personnelles du client,
- L'expression de son ambivalence face au changement de comportement,
- La satisfaction du client envers son entretien au CES.

Afin d'évaluer l'évolution parcourue face au changement de comportement suite à l'entretien motivationnel, nous avons sondé chaque client en deux moments, soit tout de suite après la rencontre au CES (Temps 1), puis de six à huit semaines plus tard (Temps 2).

Certains construits nécessitent de libeller les questions de façon différente. Les construits liés à l'expression des émotions, à la satisfaction et à l'identification du stade de changement exigent une échelle de Likert tandis que les questions ouvertes permettent de mieux cerner les enjeux de motivation et d'ambivalence. Un nombre restreint de questions à choix multiple fait également partie du questionnaire pour répondre à des interrogations d'ordre plutôt administrative du déroulement des rencontres au CES. Nous avons tenté de rédiger nos questions de façon simple et compréhensible en utilisant un « vocabulaire connu » (Lamoureux, 1992) des clients fréquentant le CES et en restant neutre afin de ne pas influencer les réponses. Le tableau récapitulatif présenté ci-bas démontre les questions utilisées pour cerner chacune des dimensions soulevées de notre cadre théorique ainsi que le moment (Temps 1 ou Temps 2) et la provenance de l'information (Client ou Intervenante).

Thèmes	Dimensions	Indicateurs	Source
Contexte	Sexe	Question #1 (T1)	Client
	Âge	Question #2 (T1)	Client
	Vision de la santé	Likert #3-4-5 (T1) Likert #1-2-3 (T2)	Client
	Référence	Question #6 (T1)	Client
	Raison de consultation	Question ouverte #7 (T1)	Client
	Général / CES	Questions #21-23-24-25 (T1) Entrevue #16-17	Client
	Satisfaction générale	Likert #20-22 (T1)	Client
Changement de comportement	Stade de changement	Likert #11 (T1) Likert #9 (T2)	Client
	Objectif fixé	Question ouverte #8 (T1)	Client
	Soutien <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement moral • Outils 	Question #13 (T1) #12 (T2) Questions #12-14-17 (T1) #11-14 (T2)	Client
	Notions de changement	Entrevue #4	Intervenant
	Changement vs CES	Entrevue #5-6	Intervenant

Thèmes	Dimensions	Indicateurs	Source
Entretien motivationnel	Ambivalence	Question ouverte #13(T2) Likert #20 (T1 - T2)	Client
	Motivation	Question ouverte #18 (T1) #15 (T2) Likert #15 (T1) #13 (T2) Likert #20	Client
	Suivi motivationnel	Likert + Q. ouverte #19 (T1) #16 (T2) Entrevue #15	Client Intervenant
	Formation nécessaire	Entrevue #1-2	Intervenant
	Vision de l'entretien motivationnel	Entrevue #3-7	Intervenant
	Processus d'accompagnement	Humanisme	Likert #20 (T1 - T2) Likert #9-10 (T1) Likert #7-8 (T2) Entrevue #8-9
• Écoute des besoins/capacités du client			
• Épanouissement			
• Responsabilité de choix			
Authenticité		Entrevue #12-13-14	Intervenant
Interaction	Entrevue #8-10-11	Intervenant	

Tableau 4.1 Tableau récapitulatif (suite)

Un pré-test des questionnaires a été effectué auprès de certaines personnes qui fréquentent le CES. Nous désirions faire le pré-test avec la même population et dans les mêmes conditions que durant l'étude afin de « vérifier empiriquement la qualité du questionnaire avant de procéder à l'enquête » (Blais et Durand, 2004). La compréhension des questions, la variation des réponses et la longueur du questionnaire ont été évaluées. Les modifications nécessaires ont été apportées avant le début officiel de la présente recherche.

4.1.1 Questions ouvertes

À une question ouverte, « l'informateur répond comme il le désire, à partir de son propre vocabulaire » (Blais et Durand, 2004). Elle laisse la liberté à la personne de répondre sans cadre préétabli. L'utilisation de questions ouvertes aide à compléter l'information et enrichir l'interprétation du questionnaire (Blais et Durand, 2004). Elles ont été utilisées afin de cerner les enjeux de motivation et d'ambivalence auprès des clients.

4.1.2 Échelle de Likert

« L'échelle de Likert permet de déterminer les opinions, les réactions ou les croyances des personnes face aux situations » (Renaud et Sauvé, 1990). Comme son nom l'indique, la question composée selon l'échelle de Likert propose une échelle de réponse où chaque énoncé représente un échelon du degré d'accord ou de désaccord au thème. La personne choisit parmi une série d'énoncés celui qui exprime le mieux sa position. Les questions d'expression des émotions, de satisfaction et d'identification du stade de changement ont été sondées avec l'échelle de Likert. « Les avantages de ce type d'échelle résident dans sa souplesse à mesurer une foule de choses en un temps de réponse relativement court » (Renaud et Sauvé, 1990).

4.1.3 Avantages et limites du questionnaire

Le questionnaire présente plusieurs avantages d'utilisation dont sa simplicité et sa flexibilité. Il nous permet d'« obtenir rapidement de l'information sur les concepts que l'on veut étudier » (Blais et Durand, 2004). Son principe est simple; on pose une question et on obtient une réponse. De plus, les questions posées peuvent porter sur plusieurs sujets et ainsi atteindre plusieurs variables de notre étude. L'information possible d'obtenir avec un questionnaire est plus vaste que par observation et est beaucoup moins coûteuse en temps et en argent.

D'un autre côté, les données recueillies via un questionnaire sont limitées à ce que la personne veut bien nous rapporter. Le côté émotionnel est souvent moins bien perçu car le non-verbal de la personne nous est inaccessible. Il s'agit également d'une méthode très individualiste.

4.1.3 Échantillonnage

Pour composer notre échantillon, nous avons opté pour un échantillon probabiliste en raison du choix aléatoire des participants. Réellement, notre échantillon a été probabiliste systématique. Il sera « constitué d'individus pris à intervalle fixe sur une liste, seul le premier étant tiré aléatoirement » (Beaud, 2004). La liste de clients utilisée est l'horaire des rendez-vous du CES, il n'y pas de risque de sonder un trop grand nombre de personne appartenant à un groupe défini car les horaires de rendez-vous n'ont pour seule condition que la disponibilité des clients. Afin d'assurer la démarche aléatoire, toutes les personnes disponibles après leur rendez-vous au CES ont été sondées.

Nous avons constitué un échantillon de 20 personnes. Nous sommes conscients du faible nombre de participants et nous devons nous en résigner en raison du contexte actuel de faible taux d'utilisation du CES et des contraintes de temps qui nous encadrent.

4.1.4 Méthode de collecte de données auprès des clients

Nous avons utilisé la méthode du sondage de tendance en raison de la répétition de l'enquête. Un questionnaire a été rempli à deux reprises par chaque personne participant au projet de recherche; un premier questionnaire a été distribué immédiatement après l'entrevue au CES et un délai d'en moyenne 6 à 8 semaines a été accordé avant de le compléter à nouveau par téléphone. Ce deuxième questionnaire comporte de légères modifications avec le premier afin de mieux situer les clients dans leur processus de changement de comportement. Nous avons débuté la complétion de nos premiers questionnaires en début d'été, au mois de juin, et les derniers questionnaires téléphoniques ont été terminés après la période de fêtes, en janvier dernier.

Le questionnaire distribué est une formule peu coûteuse et ayant un taux de réponse élevé (Blais&Durant, 2004) qui est utilisée pour une population vivant une même situation. Dans notre étude, la population est celle qui utilise le CES et vivant un changement de comportement.

De son côté, le sondage par téléphone est le « mode d'enquête le plus populaire en Amérique du Nord » (Blais et Durand, 2004) probablement en raison de son utilisation simple et pratique. Rejoindre les personnes par téléphone nécessite moins de temps car les déplacements sont évités. Voilà pourquoi nous avons opté pour cette méthode de collecte au Temps 2. Nous voulions réduire au maximum les désagréments vécus par nos participants.

Lors du sondage téléphonique, seulement 15 répondants ont pu compléter le deuxième questionnaire. Deux personnes ont refusé de poursuivre leur participation, deux personnes étaient parties à l'étranger pour plusieurs semaines et une dernière n'a tout simplement pas retourné nos appels. De plus, une grande majorité de participants avait eu leur deuxième entretien motivationnel au CES lors de notre appel.

Le déroulement des rencontres s'est fait de simple façon. Un intervenant du CES a accepté de contribuer au projet en communiquant l'horaire de ses rencontres avec Claudie Beauséjour (qui sera dorénavant nommée comme *chercheur*). Suite à son entretien au CES, le chercheur a discuté avec la personne pour lui expliquer le but de la recherche et solliciter son consentement à sa participation. Si la personne acceptait de remplir le questionnaire, elle était invitée à le faire sur le champ. Un bureau a été mis à sa disposition et le chercheur est resté présent afin de répondre aux questions en cas de besoin. Le deuxième questionnaire a été complété au téléphone avec le chercheur afin d'éviter un déplacement supplémentaire au participant.

Les résultats nous démontrent une tendance générale. Pour des raisons de confidentialité, nous avons décidé de ne pas identifier les questionnaires. Nous ne pouvons donc pas comparer, de façon individuelle, les données de chaque répondant.

4.2 Entrevue

L'entrevue a été choisie comme méthode de cueillette de données auprès des intervenants du CES. « L'entrevue est appropriée quand l'information requise va au-delà des faits et suppose que le répondant exprime des réalités intérieures » (Lamoureux, 1992). L'entrevue « permet à l'interviewé d'effectuer une description riche de son expérience [et de]

clarifier ses opinions, ses sentiments, ses croyances à propos d'un objet d'étude » (Savoie-Zajc, 2004). De même qu'avec les questionnaires, le contenu des entrevues a été élaboré selon les éléments étudiés dans notre revue de littérature. Nous avons abordé les thèmes du changement, de l'entretien motivationnel, de l'humanisme et de l'authenticité dans le cadre des rencontres faites au CES. Encore une fois, le tableau récapitulatif 4.1 est présenté ci-haut. Nous avons tenté de garder les questions les plus simples possibles pour que la personne interviewée en ait une bonne compréhension et puisse aisément organiser sa pensée.

4.2.1 Entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée (ou semi-structurée) est « complétée par des questions ouvertes qui traitent plus en profondeur de quelques aspects précis reliés à l'hypothèse (ou à l'objectif) de la recherche » (Lamoureux, 1992). De plus, la formule semi-dirigée offre la possibilité d'ajouter des questions en cours d'entrevue pour clarifier une réponse ou pour reformuler une idée.

4.2.2 Avantages et limites de l'entrevue

Les avantages proposés par l'entrevue sont nombreux. L'entrevue « donne un accès direct à l'expérience des individus [et recueille des] données riches en détails et en descriptions » (Savoie-Zajc, 2004). Il est également possible d'obtenir un grand nombre de données en observant le non-verbal de la personne interviewée. De plus, l'entrevue offre la liberté de changer l'ordre des questions dans le courant de la rencontre pour mieux suivre les propos de la personne.

En contrepartie, il existe toujours un risque que la personne ne soit pas tout à fait honnête dans ses réponses par souci de bien paraître devant le chercheur (Savoie-Zajc, 2004). Il se peut aussi que la personne interviewée ressente un blocage face à un sujet tabou et ainsi brimer la relation entre elle et le chercheur.

4.2.3 Population à l'étude

Au début de notre projet de recherche, deux intervenants faisaient des entretiens motivationnels auprès des personnes consultant le CES de leur CLSC. Au moment des entrevues, l'un d'eux le faisait encore régulièrement à raison de 2 à 3 jours par semaine et l'autre ne pratiquait plus d'entretien motivationnel depuis un moment déjà, mais a tout de même souhaité participer à notre projet. Nous désirions interviewer ces deux intervenants pour connaître leurs impressions. C'est donc la population entière qui a été étudiée.

4.2.4 Méthode de collecte de données auprès des intervenants

Durant les entrevues avec les intervenants du CES, nous avons utilisé un guide d'entrevue afin d'avoir un certain ordre de questions et de s'assurer d'aborder chacune des dimensions étudiées. Nous avons demandé l'accord des intervenants pour enregistrer notre discussion afin de ne rien perdre de l'information ressortie. Nous avons également pris quelques notes manuscrites pour nous rappeler des idées importantes et des propos à clarifier; celles-ci auraient pu nous être très utiles en cas d'un pépin technique (Savoie-Zajc, 2004). Les entrevues ont ensuite été transcrites en verbatim afin de les analyser.

4.4 Analyse des résultats

L'analyse des données recueillies auprès des clients et des intervenants du CES cherche à établir des relations entre l'approche de l'intervenant et le vécu du client.

Dans le but de mieux compiler l'information recueillie avec les questionnaires et les entrevues, nous avons deux méthodes d'analyse des données.

Dans le cas des questions fermées des questionnaires, un logiciel de type Excel a été utilisé pour compiler les résultats obtenus. Ce type de classement nous a aidés à « tracer le portrait des données recueillies [et] analyser les caractéristiques de l'ensemble des données » (Lamoureux, 1992). Nous avons cherché à regrouper nos données afin de mieux répondre à notre question de recherche, puis une analyse descriptive des informations des questionnaires a été réalisée.

Une comparaison a été faite entre les données ressorties des deux questionnaires (T1-T2) des clients pour ensuite mettre le tout en relation avec les renseignements obtenus lors de l'entrevue des intervenants afin de répondre à notre objectif général voulant cerner l'entretien motivationnel tel que vécu au CES tant du point de vue du client que de l'intervenant.

Ainsi, nous avons effectué plus spécifiquement une comparaison entre les données qui ressortent de tous les premiers questionnaires (Temps 1) afin de faire jaillir les points communs et les divergences, et de tenter de dégager les facteurs qui peuvent sembler associer aux divergences. La même comparaison a été réalisée avec le deuxième questionnaire (Temps 2). De même, la comparaison des résultats obtenus des premiers et deuxièmes questionnaires a été effectuée, toujours pour dégager les points communs et les différences (entre Temps 1 et Temps 2) entre les deux questionnaires. Enfin, nous avons mis les résultats

de ces analyses en lien avec les renseignements obtenus lors de l'entrevue avec les intervenants afin de tenter de faire ressortir des éléments de contexte qui contribuent à expliquer les divergences entre les personnes d'une part et, d'autre part, le changement (ou manque de changement) à travers le temps.

Notre analyse ne prétend pas avoir une capacité de généralisation en raison du faible taux de participants au projet de recherche. Cependant, nous espérons dégager les points communs et divergents qui pourront être investigués avec plus de profondeur dans une étude ultérieure incluant plus de sujets, tant au niveau des intervenants que des clients. Notre étude se veut exploratoire.

Il est important de noter que notre projet a nécessité de multiples aller-retours avec les comités scientifiques et d'éthique des différentes instances, ce qui a grandement retardé le début du projet.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Notre projet de recherche s'est étalé sur plusieurs mois afin de rencontrer tous les participants voulus pour notre échantillonnage à deux reprises. Les premiers questionnaires ont été complétés en juin 2012 et les dernières réponses du deuxième ont été obtenues en janvier 2013. Nous vous présentons ici tous les résultats sous la forme textuelle. Nous ferons l'interprétation de ces résultats dans le chapitre suivant.

5.1 Client

5.1.1 Profil de la clientèle

Les clients du CES ayant participé à notre projet de recherche sont au nombre de 20, soient 14 femmes et 6 hommes, tous âgés entre 24 et 78 ans. Notre échantillon est relativement représentatif de la population fréquentant le CES puisque 16 personnes (80%) appartiennent au groupe d'âge de 26-64 ans, tandis que les gens âgés de 65 ans et plus forment un groupe de 3 personnes (15%) et les jeunes de 18-25 ans ont 1 représentant (5%). Comme nous avons distribué deux questionnaires en deux moments distincts, 5 répondants n'ont pas pu compléter le deuxième questionnaire pour différentes raisons; ce qui ramène la deuxième série de résultats sur 15 personnes.

Au départ, plusieurs ont reçu une référence médicale (11 personnes, soit 55%), d'autres ont pris leur rendez-vous dans le cadre d'une démarche personnelle (6 personnes, soit 30%), une personne (5%) s'est présentée au CES sous l'incitation d'un parent ou d'un ami et finalement, une autre personne (5%) a été référée par un autre intervenant de la santé.

Nous avons sondé les participants au sujet de leur vision de leur propre santé et ce, selon trois thèmes : la santé en général, les habitudes alimentaires et l'activité physique. Chaque personne a répondu à deux reprises à ces questions; la première réponse était tout de suite après la première rencontre au CES (Temps 1) et la deuxième, environ 6 à 8 semaines plus tard (Temps 2).

Lorsqu'ils sont questionnés sur leur santé en général, les participants jugent que leur santé est *Excellente ou Très bonne* dans 30% des cas (6 personnes) au Temps 1, tandis qu'au Temps 2, c'est 33% (5 personnes) qui le croient. Ils indiquent que leur santé est *bonne ou moyenne* dans 65% des cas (13 personnes) au Temps 1, alors qu'au Temps 2, c'est plutôt 53% (8 personnes) qui le disent. Finalement, c'est 5% (1 personne) des participants qui considèrent avoir une *mauvaise* santé au Temps 1 et 13% (2 personnes) au Temps 2.

Également, les participants jugent avoir d'*Excellente ou Très bonne* habitudes alimentaires dans 20% des cas aux Temps 1 (4 personnes) de même qu'au Temps 2 (3 personnes). C'est 75% (15 personnes) des répondants au Temps 1 qui indiquent avoir des habitudes alimentaires *Bonne ou Moyenne*, alors que c'est 80% (12 personnes) des gens qui le disent au Temps 2. La vision de *Mauvaise* habitudes alimentaires est retenue par 5% (1 personne) des répondants au temps 1 et 0% (0 personne) au Temps 2.

En ce qui concerne le niveau d'activités physiques, 25% (5 personnes) des participants répondent avoir un *Excellent ou Très bon* niveau d'activité physique au Temps 1,

alors que c'est plutôt 7% (1 personne) au Temps 2. Ceux qui considèrent leur niveau d'activité physique comme *Bon ou Moyen* sont 50% (10 personnes) au Temps 1 et 73% (11 personnes) au Temps 2, tandis que les répondants ayant une *Mauvaise* vision d'eux au niveau des activités physiques se représentent à 25% (5 personnes) au Temps 1 et à 20% (3 personnes) au Temps 2.

Chaque personne fréquentant le CES le fait pour une raison personnelle. Il arrive parfois même qu'une personne ait plus d'une raison de consultation. En questionnant nos participants à ce sujet, nous avons divisé leurs réponses en six catégories : alimentation (8 personnes), activité physique (1 personne), perte de poids (4 personnes), habitudes de vie en général (2 personnes), nouveau diagnostic médical (10 personnes) et améliorer sa qualité de vie (1 personne). Comme cette question était ouverte, dans certains cas, la réponse d'un participant peut être partagée dans deux catégories différentes.

5.1.2 Changement de comportement

Dans le cadre de la rencontre au CES, chaque personne se fixe un objectif de santé qui devrait normalement être en lien avec sa raison de consultation. Les personnes nous ont partagé leur objectif de santé respectif que nous avons classé selon les mêmes six catégories mentionnées auparavant pour la raison de consultation. Au total, 16 personnes ont penché pour un objectif en lien avec l'alimentation, 6 personnes ont choisi l'activité physique, 2 personnes veulent perdre du poids, 1 personne veut changer ses habitudes de vie en général, 2 personnes veulent réduire les risques en lien avec leur nouveau diagnostic médical et 1 personne a pour objectif d'améliorer sa qualité de vie. Encore une fois ici, la question ouverte donnait la latitude au participant d'inscrire plus d'un élément dans son objectif de santé donc, il est possible qu'une réponse se situe dans deux catégories à la fois. Il est également important de mentionner que certaines réponses pouvaient être très générales ou encore plus

spécifiques. Prenons l'exemple des objectifs en lien avec l'alimentation; nous retrouvons quelques objectifs plus généraux comme « Manger mieux », « Faire attention à la nourriture » ou « Améliorer l'alimentation », alors que d'autres objectifs sont beaucoup plus personnels comme « Manger plus lentement, manger plus de fibres et de légumes », « Manger du poisson, des légumes et des fruits » ou encore « Augmenter les aliments à grains entiers ».

Il est important de situer le client dans son stade de changement afin de l'accompagner dans son cheminement vers un changement de comportement. Nous avons questionné les participants selon leur intention de mettre leur objectif en action. Tout de suite après leur rencontre au CES (Temps 1), aucun répondant (0%) ne correspondait au stade de précontemplation, 1 personne (5%) était en contemplation, 17 personnes (85%) se sentaient au stade d'action alors qu'une personne (5%) était au stade de maintien et une autre (5%), en rechute. Environ 6 à 8 semaines plus tard (Temps 2), nous avons reposé la même question. Cette fois encore personne (0%) n'était en précontemplation tandis qu'une personne (7%) collait au stade de contemplation, 5 personnes (33%) étaient en action, 6 personnes (40%) se situaient au stade de maintien et 3 personnes (20%) étaient passées au stade de rechute.

De plus, nous avons exploré davantage la mise en action de l'objectif fixé au Temps 2 car les personnes ont eu du temps pour avancer dans leur cheminement de changement de comportement. Après 6 à 8 semaines, 13 personnes (87%) ont dit avoir mis leur objectif en action depuis leur première rencontre au CES. Par contre 7 des 13 personnes affirmaient maintenir encore leur objectif. Les 6 personnes qui ont avoué ne pas le maintenir ont expliqué les raisons comme suit : « C'est difficile », « Je suis trop occupé », « Je vais commencer bientôt », « Je mange mes émotions, j'ai de la misère à arrêter » et « Je ne mange pas en journée et je me bourre le soir, ce n'est pas toujours bon ce que je mange ». Les participants ayant répondu qu'ils n'avaient toujours pas mis leur objectif en action après 6 à 8 semaines étaient au nombre de 2 (13%). Ceux-ci maintenaient qu'ils avaient l'intention de mettre leur objectif en action, mais dans un certain laps de temps, soit dans un délai d'une semaine à un mois.

Le soutien moral est un aspect important lors d'un changement de comportement. Il y a 14 participants (70%) au Temps 1 et 7 participants (47%) au Temps 2 qui affirment avoir une personne qui les aide pour atteindre leur objectif. Ces personnes identifiées sont en majorité des membres de leur famille ou encore l'intervenant du CES qui leur apportent : « Motivation », « Support », « Donne de l'information », « Aide pour la préparation des repas », « M'accompagne pour les exercices » et « M'aide pour l'épicerie ». D'un autre côté, ce sont 6 participants (30%) au Temps 1 et 8 participants (53%) au Temps 2 qui considèrent n'avoir besoin de personne et d'arriver seul à atteindre leur objectif.

Dans le cadre du changement de comportement, 60% des personnes sondées répondent avoir des outils qui les aident dans leur cheminement et 40% disent y arriver seul(e). Cette proportion est identique au Temps 1 et au Temps 2. Les outils mentionnés vont des documents d'informations au site internet, des émissions télé, un podomètre, le guide alimentaire canadien et des livres. Les personnes affirment que ces outils les aident pour les motiver, les informer, leur donner des idées de recettes ou d'exercices.

Certains documents sont remis à la clientèle lors de la première rencontre au CES. Le bilan informatisé des habitudes de vie et la carte professionnelle de l'intervenant ont été remis à 19 personnes (95%), le plan d'action de leur objectif a été remis à 16 personnes (80%), 5 personnes (25%) ont reçu l'horaire d'ouverture du centre et une personne (5%) a reçu une liste de ressources communautaires. De plus, 7 personnes (35%) mentionnent avoir reçu d'autres types de documents/outils comme un guide alimentaire canadien, des adresses internet, un podomètre, des documents d'information sur différentes pathologies et des recettes. Tous les documents offerts par l'intervenant lors de cette rencontre au CES ont été utiles pour certains participants pour les raisons suivantes : « obtenir de l'information », « cibler l'objectif + plan clair », « Prise en charge », « Motivation » et « Aider ».

Afin de connaître les outils qui seraient utiles dans l'atteinte de leur objectif, nous avons donné quelques exemples aux participants qui nous semblaient pertinents et leur avons demandé ceux qui seraient susceptibles de leur venir en aide. Au Temps 1, 6 personnes (30%) trouvaient qu'un suivi téléphonique (chaque 1-2 mois) leur serait utile tandis qu'au Temps 2 c'était 6 personnes (40%). L'idée d'ajouter une (ou plusieurs) entrevue(s) motivationnelle(s) a plu à 13 personnes (65%) au Temps 1 et à 9 personnes (60%) au Temps 2. Selon les participants, l'intervalle entre ces entrevues qui leur plairait le plus varie d'une par mois à une chaque 3 mois alors que le nombre désiré va entre 1 ou 2 rencontres ponctuelles supplémentaires et une rencontre régulière jusqu'à l'atteinte de l'objectif. Un site internet est une bonne idée pour 7 personnes (35%) au Temps 1 et pour 10 personnes (67%) au Temps 2. Le groupe de support (offrant du support en groupe) intéresse 5 personnes (25%) au Temps 1 et 10 personnes (67%) au Temps 2. Du côté des courriels d'encouragement, ce sont 9 personnes (45%) qui aiment le concept au Temps 1 et 10 personnes (67%) au Temps 2. Un total de 7 personnes (35%) au Temps 1 s'intéresse au journal de bord alors qu'elles sont 7 personnes (47%) au Temps 2. Le bottin de ressources communautaires travaillant pour de saines habitudes de vie a plu à 5 personnes (25%) au Temps 1 et à 8 personnes (53%) au Temps 2. Finalement, 3 personnes (15%) au Temps 1 et 6 personnes (40%) au Temps 2 ont donné de nouvelles idées comme : « Cuisine communautaire », « Avoir un endroit pour faire de l'exercice », « Possibilité de poser des questions par courriel », « Pouvoir passer au CLSC au besoin », « Spéciaux pour les salles d'exercices », « Programme *Vivre en santé* du CLSC » et « Pouvoir prendre un rendez-vous avec une nutritionniste ».

5.1.3 Entretien motivationnel

L'ambivalence est une dimension importante et tout à fait normale du processus de changement de comportement. Elle est également une pierre angulaire de l'entretien motivationnel. Nous avons demandé aux participants s'ils étaient d'accord avec l'affirmation « L'intervenant a reconnu mes ambivalences face au changement »; au Temps 1, 14 personnes (70%) ont répondu être *Très en accord* avec la proposition et 6 personnes (30%) étaient *En accord*, alors qu'au Temps 2, 4 personnes (27%) se disaient *Très en accord*, 10

personnes (67%) trouvaient être *En accord* et 1 personne (7%) était *Assez en accord* avec la reconnaissance de l'ambivalence de la part de l'intervenant.

Chacun des participants devait également expliquer leurs ambivalences face à leur sentiment de capacité à changer. Les réponses ici étaient multiples, en voici quelques exemples : « C'est la motivation qui manque. Les mauvaises habitudes sont ancrées. » « Je suis déçue de ne pas revoir l'intervenante plus souvent. », « J'ai pas le choix, je revois le médecin dans 3 mois. », « Je suis la seule dans la famille avec la volonté de faire des changements sur le plan de l'alimentation donc me motiver est deux fois plus difficile. », « Car je suis déprimé, la dépression m'empêche d'avancer. » et « Je me connais. ».

Quelques minutes après leur première rencontre d'entretien motivationnel (Temps 1), nous demandions aux participants à quel point ils se considéraient capables d'atteindre leur objectif de santé qu'ils venaient de se fixer. À cette question, 12 personnes (60%) ont répondu *Beaucoup*, 6 personnes (30%) ont indiqué *Assez*, 1 personne (5%) a dit se sentir *Un peu* capable de réaliser son objectif, tandis qu'une autre (5%) a répondu *Pas du tout*. À cette même question posée 6 à 8 semaines plus tard (Temps 2), 7 personnes (47%) ont dit qu'ils se sentaient *Beaucoup* capable d'atteindre leur objectif, 4 personnes (27%) ont mentionné être *Assez* capable et 3 personnes (20%) évoquaient être *Un peu* capable. Une personne (7%) n'a pas répondu à cette question.

Tableau 5.1 Capacité d'atteindre un objectif

Sentiment de capacité d'atteinte de l'objectif fixé	Temps 1	Temps 2
Beaucoup	12 (60%)	7 (47%)
Assez	6 (30%)	4 (27%)
Un peu	1 (5%)	3 (20%)
Très peu	0	0
Pas du tout	1 (5%)	0

Comme le nom le dit, l'entretien motivationnel cherche à apporter une motivation aux gens. Dans le cadre du CES, c'est la motivation à changer un comportement en lien avec sa santé dont on parle. Afin de savoir si l'entretien a été efficace au plan de la motivation, nous avons demandé aux participants d'indiquer à quel point ils étaient d'accord avec la phrase « L'entrevue m'a motivé à agir afin d'atteindre mon objectif ». Ceux qui se disaient *Très en accord* étaient 15 personnes (75%) au Temps 1 et 5 personnes (33%) au Temps 2. Il y a 5 personnes (25%) au Temps 1 et 8 personnes (53%) au Temps 2 qui étaient *En accord* avec l'affirmation et finalement, 2 personnes (13%) au Temps 2 ont répondu être *Assez en accord*.

La motivation d'une personne peut se concrétiser de plusieurs façons. Nous avons invité les participants à identifier les changements qu'ils avaient prévus apporter (Temps 1) à leur quotidien pour être en mesure d'atteindre leur objectif. Voici quelques uns des changements mentionnés qui représentent bien l'ensemble des réponses du groupe : « Ne pas manger de sucreries, Marcher davantage, Augmenter ma consommation quotidienne de fruits et légumes », « Rester moins assis et faire plus d'exercice. Sortir. », « Ne pas trop manger comme avant. Ne pas manger de fastfood ou de gras. », « Je garde mes pensées sur le fait que je veux être en santé et combattre le diabète et HTA. J'arrête d'acheter les aliments qui ne sont pas bons pour ma santé et j'achète ce qui est bon. » et « Changer ma nourriture, poisson au lieu de la viande, grains entiers/riz brun ». Après 6 à 8 semaines (Temps 2), les gens ont pris ou repris une certaine routine. Voici les comportements que les participants disent avoir adoptés et poursuivis : « Prendre le temps de cuisiner. Manger plus de fruits. », « Planifier

mieux mes recettes. Remplacer les desserts par des fruits. », « Ne plus acheter de biscuits. Acheter plus de fruits et légumes. », « Aller au gym. Faire de la nourriture fraîche chaque jour. Manger plus de fruits et légumes. Boire plus d'eau. » et « Éviter le junkfood ».

La littérature nous démontrait plus tôt que l'entretien motivationnel est plus efficace lorsqu'il est étendu sur plusieurs sessions. Nous avons demandé l'avis des participants suite à leur première rencontre au CES (Temps 1). Un nombre de 12 personnes (60%) a répondu qu'il leur serait *Beaucoup* bénéfique d'obtenir un autre entretien motivationnel. Ce sont 7 personnes (35%) qui estimaient que ce leur serait *Assez* bénéfique et 1 personne (5%) le croyait *Un peu*. Les gens se justifiaient en indiquant en majorité qu'un entretien motivationnel supplémentaire leur apporterait davantage de support, d'information et de motivation.

Lors du deuxième questionnaire (Temps 2), une majorité de participants avait eu une autre rencontre au CES. Nous avons réitéré notre question pour connaître le désir des personnes à profiter d'un entretien motivationnel additionnel. Cette fois, 5 personnes (33%) ont répondu qu'une autre rencontre les aiderait *Beaucoup*, 2 personnes (13%) ont dit que ce serait *Assez* bénéfique, 4 personnes (27%) le croyaient *Un peu*, 3 personnes (20%) ne voyaient *Très peu* la pertinence d'une rencontre supplémentaire et finalement, 1 personne (7%) n'en percevait *Pas du tout* l'avantage. Encore une fois, les participants ont justifié leur réponse en mentionnant qu'une session de plus les motiveraient davantage, les aideraient à clarifier certains points avec d'autres informations ou encore qu'ils préféreraient des rencontres de groupe plutôt qu'individuelles.

Enfin, la satisfaction générale de l'entretien motivationnel dans le cadre du CES a été sondée. Au Temps 1, 19 personnes (95%) se disaient *Très en accord* avec l'affirmation « J'ai apprécié mon expérience au Centre d'Éducation pour la Santé », alors qu'une personne (5%) exprimait être *En accord*. Au Temps 2, donc pour une majorité de participants qui ont assisté

à deux rencontres, ce sont 9 personnes (60%) qui étaient *Très en accord* avec la phrase ci-haut et 6 personnes (40%), *En accord*.

5.1.4 Processus d'accompagnement

Lorsque la dimension de l'humanisme est abordée, la personne est au centre de l'argumentation. Les intervenants du CES agissent dans un cadre bien spécifique; ils accompagnent une personne dans un processus de changement de comportement. Afin de comprendre si l'humanisme est bel et bien présent dans les rencontres du CES, quelques items ont été étudiés, soient le respect et l'écoute des besoins et des capacités de la personne et l'épanouissement de la personne.

Il y a 16 personnes (80%) au Temps 1 qui étaient *Très en accord* avec l'affirmation « L'intervenant était à l'écoute de mes besoins et mes capacités » alors qu'au Temps 2, elles étaient 10 (67%). Ce sont 4 personnes (20%) au Temps 1 et 5 personnes (33%) au Temps 2 qui étaient *En accord* avec cette même phrase.

Ensuite, à la proposition « L'entrevue m'a aidé à me fixer un objectif réaliste pour moi », 13 personnes (65%) du Temps 1 se sont dites *Très en accord* et 7 personnes (35%), *En accord*. Au Temps 2, 9 personnes (60%) étaient *Très en accord* et 6 personnes étaient *En accord*.

Lors d'une rencontre au CES, des actions sont identifiées pour tenter de changer de comportement, mais ces gestes choisis vont-ils vraiment améliorer la santé de la personne? Après la première rencontre au CES (Temps 1), 13 personnes (68%) croyaient que les actions convenues allaient *Beaucoup* améliorer leur santé, tandis que c'étaient 8 personnes (53%) au Temps 2. Il y a 4 personnes (21%) au Temps 1 qui croyaient que leur nouveau choix allait

Assez aider leur santé alors que c'étaient 5 personnes (33%) au Temps 2. Finalement, 2 personnes (11%) au Temps 1 et 1 personne au Temps 2 pensaient que cela aiderait *Un peu* leur santé.

Dans un spectre plus large, les gens ont-ils l'impression que leur qualité de vie sera atteinte de façon positive avec ces nouveaux comportements? Au Temps 1, 13 personnes (68%) croient que leurs actions amélioreront *Beaucoup* leur qualité de vie, et 9 personnes (60%) pensent la même chose au Temps 2. Ceux qui pensent que l'amélioration sera *Assez* marquée sont 5 personnes (26%) au Temps 1 et 4 personnes (27%) au Temps 2. Et les gens qui estiment qu'elle s'améliorera *Un peu* sont 1 personne (5%) au Temps 1 et 2 personnes (13%) au Temps 2.

5.1.5 Généralités

Quelques questions d'ordre plus global ont été touchées afin de mieux explorer le contexte intégral de l'expérience de la personne au CES. Les résultats obtenus à ces questions vous sont ici présentés en rafale.

Pour décrire, en leurs mots, comment se déroule une rencontre au CES, les gens ont mentionné qu'il s'agissait d'un moment où ils recevaient beaucoup d'informations et d'explications intéressantes dans un langage simple et compréhensible. Ils mentionnent également l'aspect de la motivation et le fait qu'ils reçoivent des réponses à leurs questions.

Les personnes sondées étaient pour la plupart *En accord* avec la pertinence du bilan informatisé fait en début de rencontre avec l'intervenant et avec l'utilité tous les autres documents qui leur sont remis. Les participants étaient également *Très en accord* avec la pertinence des informations verbales transmises tout au long de la rencontre.

Après avoir questionné les gens sur le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, 4 personnes (20%) ont répondu avoir attendu 2 semaines et moins, alors que 10 personnes (50%) ont dû patienter de 3 à 6 semaines et finalement, 5 personnes (25%) ont eu leur rendez-vous après plus de 6 semaines. Ce point bien particulier a souvent été mentionné comme élément négatif par les participants.

La satisfaction générale en regard des lieux et des horaires d'ouverture au CES paraît *Assez à Très satisfaisante* pour 19 personnes (95%). La disponibilité des intervenants est *Assez à Très satisfaisante* pour 17 personnes (85%), mais *Très peu satisfaisante* pour 2 personnes (10%).

De tous les participants, 13 personnes (65%) avaient *Tout à fait* l'impression qu'elles pourraient revenir au CES, ou encore appeler l'intervenant en tout temps, tandis que 6 personnes (30%) croyaient que c'était *Probablement* possible.

Globalement, 16 personnes (80%) recommanderaient *Tout à fait* à un ami d'aller au CES et 3 personnes (15%) disent qu'elles le feraient *Probablement* également.

Les autres commentaires recueillis faisaient foi :

- De grandes difficultés pour rejoindre le CES au téléphone avant la première rencontre (plusieurs transferts téléphoniques à plusieurs intervenants différents, mais jamais au CES),
- De l'inconfort lié au bureau de rencontre situé dans la salle d'attente au CLSC BC,
- Du désir d'avoir un autre type de suivi (plus dirigé, plus spécifique au client et moins généralisé),
- Des besoins plus importants au niveau médical que le simple « counselling ».

5.2 Intervenants

5.2.1 Profil des intervenants

Les deux intervenants du CES ont accepté de participer à notre entrevue. Les intervenants sont deux personnes âgées entre 40 et 60 ans. L'un est infirmier de formation, l'autre est nutritionniste et tous deux ont un diplôme universitaire. Ces deux intervenants étaient présents au tout début du projet des Centres d'éducation pour la santé en 2005 car le CES en question était l'un des CES en projet-pilote avant l'implantation officielle de ce service dans les CSSS de Montréal.

5.2.2 Changement de comportement

L'entrevue recense la vision du changement des deux intervenants. Ils ont chacun leur vision de la chose. L'un définit le changement comme suit : « C'est de sortir de nos habitudes, de réaliser que oui c'est pas facile, mais si je décide de changer, je vais être content à la fin. Alors, c'est de sortir de sa routine. » Le deuxième intervient plutôt ainsi : « Quand tu veux voir un changement, il faut que tu vois l'avantage que ça a pour toi. Il faut qu'il y ait plus d'avantage à changer que d'inconvénients ou d'obstacles. Il faut que tu le voies. Sans ça, ça ne marchera pas. Et ce n'est pas facile le changement. »

Les définitions se rejoignent sur la difficulté d'apporter un changement à sa vie et également sur la façon de voir ou encore de prendre la décision d'apporter un changement.

Nous remarquons une certaine différence de point de vue des intervenants sur les capacités d'une personne à changer. Un intervenant présente son idée :

« Généralement, je dirais que quand il arrive quelque chose, c'est plus facile à changer. C'est peut-être plus facile s'il y a un signal d'alarme. Je dirais aussi que ça marche par culture. Je pense que ton influence de vouloir changer va aussi dépendre de tout l'environnement. Mais je pense que les gens attendent vraiment de frapper un mur. Ils ont besoin de quelque chose. »

Il décrit un processus d'initiation au changement en général; pourquoi prendre la décision de changer si tout est stable? Un élément déclencheur semble nécessaire pour initier la réflexion et ensuite emboiter le pas, en plus de l'influence de l'entourage qui peut-être positif ou négatif. Alors que d'un autre côté, le deuxième intervenant parle de la capacité de changer d'une personne d'une façon plus structurée :

« C'est très individuel. Il y a plusieurs facteurs qui affectent ça. Moi je regarde chaque client, j'essaie de situer dans la roue de Prochaska dès le départ parce qu'on ne fait pas le même genre d'entrevue ou d'interaction si la personne est en précontemplation ou si elle est en stade d'action. C'est très intéressant si la personne voit que tu comprends sa situation. »

Ce dernier raconte plutôt sa capacité à lui pour aider un client à changer dans le cadre d'une rencontre au CES. Il raconte également dans le cadre de l'entrevue que chaque personne apprend de ses expériences et ce, peu importe s'il y a un changement minime, un virage à 180 degrés ou encore une rechute. On reconnaît le caractère positif de l'intervenant :

« Chaque chose qu'on fait, chaque rechute, c'est une opportunité d'apprentissage. ».

La vision du changement des intervenants est certainement tangible dans le cadre des rencontres au CES. Afin de mieux palper ce qui se produit avec un client, nous avons demandé aux intervenants de nous décrire comment ils transposent leur vision du changement dans une rencontre au CES. Voici la description d'une rencontre au CES selon les intervenants :

« Faire un petit bilan et à la fin on regarde pourquoi c'est important pour la personne de changer. Pourquoi c'est difficile de changer. Et à la fin, c'est pas moi qui va lui dire quoi faire, mais c'est lui qui va réaliser "oh c'est vrai, je sais qu'il faut que je fasse ça", pis on va regarder ensemble pour trouver des solutions. »

« Premièrement, on commence par le bilan. Ensuite, regarder avec la personne ce que ça lui dit ce bilan-là. Est-ce qu'elle est d'accord ou non. On va vraiment sur ce que la personne veut travailler, on parle de ça. On part avec les avantages et désavantages du changement, et ceux de ne pas changer. C'est vraiment ça. »

Il semble y avoir une structure similaire pour les rencontres des deux intervenants. Le bilan fait avec le client lui sert de point de départ et lui offre un autoportrait de ses habitudes de vie. Les intervenants regardent le bilan avec le client et lui demandent s'il y a un objectif sur lequel il veut travailler. Il n'est toutefois pas ressorti de façon claire lors de l'entrevue ce qui se passe suite au choix de l'objectif. Que veut dire « on va regarder ensemble pour trouver des solutions » ou encore, qu'est-ce qui vient après le recensement des avantages et des inconvénients?

5.2.3 Entretien motivationnel

Les deux intervenants ont suivi la même formation de base sur l'entretien motivationnel (niveau 1 et niveau 2) offerte par PsyMontréal. Selon les intervenants, ils ont reçu cette formation en 2005 et il s'agissait d'une formation de deux jours. Ensuite, leur parcours est très similaire. Après la formation de base, tous deux ont assisté à une formation de l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM). Depuis, ils participent à intervalles irréguliers à des communautés de pratique (CoP) sous forme de rencontres ou encore de façon virtuelle via internet. Ces CoP sont des espaces de discussion entre les éducateurs pour la santé. Un mentionne avoir reçu une autre formation d'une journée de la part des traducteurs des livres sur l'entretien motivationnel de Miller & Rollnick. Il ajoutait également avoir « trouvé des choses intéressantes en fouillant sur le web ».

La journée de leur entrevue, nous avons demandé à chacun des intervenants ce qu'il retenait des formations reçues. Le premier indiquait : « Ce que je retiens de ça, c'est que c'est

quelque chose de nouveau. Et puis ça nous aide à évoluer. C'est un beau défi et c'est une façon d'introduire la promotion de la santé. » Le second s'exprime différemment : « C'est amener ton patient à dire les choses. C'est une habileté [à développer] tranquillement. Il faut se regarder aussi en tant qu'intervenant, mais c'est vraiment d'écouter ton patient et de la façon que tu vas poser ta question ou faire des reflets pour l'amener plus loin. » L'un s'attarde davantage sur la notoriété et le résultat des formations et l'autre explique les gains et les apprentissages acquis pour sa pratique professionnelle.

Suite à toutes ces formations et à leurs expériences de travail, les intervenants se sont forgés une opinion sur l'entretien motivationnel. Ils décrivent ici l'entretien motivationnel dans leurs mots :

« C'est une façon d'aider les clients à trouver leur propre solution. La chose la plus importante est que le client réalise que s'il continue comme ça, il s'enlène vers ça et [qu'il peut] choisir de trouver et de suivre un autre chemin. C'est toujours son choix. On dirige le client d'une certaine façon, mais c'est lui qui est en charge. On est vraiment à l'écoute, on le guide. »

« Il y a toutes sortes de grandes bases d'esprit motivationnel. Il y a l'empathie, les questions ouvertes, ce qui fait que tu danses avec ton client. Il faut que ça vienne de ton client. Il faut que tu commences par les besoins du client et il faut que tu y croies. [L'entretien motivationnel], ça reste dans ta vie aussi, dans ta façon d'intervenir partout! »

Plusieurs éléments mentionnés en théorie sur l'entretien motivationnel ont été retenus et semble bien compris selon le discours des intervenants.

Les intervenants affirment avoir une bonne compréhension et une bonne connaissance de l'entretien motivationnel. Ils nous expliquent comment devrait agir un *bon* intervenant lors d'un entretien motivationnel.

« On parle moins que le client! On ne répond pas directement à sa question et c'est bien parce que c'est le client qui trouve sa propre solution. Tu le guides à trouver sa propre raison. C'est bon si vraiment le client parle beaucoup et réfléchit et dit qu'est-ce qu'il va

faire. Il faut vraiment être à l'écoute, écouter le client, écouter sa réponse et réfléchir à ça avant de demander la prochaine question. »

« Laisser la place à son client. [L'intervenant] ne devrait pas parler plus que son client. C'est vraiment le client qui est en premier plan. C'est deux experts qui se rencontrent. Ton client est expert de son corps, de ce qu'il va faire. »

Les notions d'écoute et d'offrir plus d'espace au client pour lui permettre de prendre place à la discussion se rejoignent dans les réponses des deux intervenants. Tous deux mentionnaient également que cette façon de faire était différente de ce qu'on apprend à l'université ou encore de ce que l'on voit dans la majorité de consultation. Ils disaient que les gens sont plus habitués à se faire dicter la voie à suivre par un professionnel de la santé plutôt que de faire partie de la discussion à titre de partenaire. Les intervenants affirment tous les deux qu'il s'agissait d'un apprentissage pour eux aussi lorsqu'ils ont débuté leurs interventions au CES.

Au niveau du suivi motivationnel, en ce moment les intervenants font en majorité deux rencontres avec le client et parfois une rencontre et un appel téléphonique. Le suivi cesse ensuite. La théorie nous explique que le changement arrive davantage lorsqu'il y a un certain nombre de suivis. Alors, nous avons demandé aux intervenants s'ils croyaient qu'il serait une bonne idée de faire des groupes de suivi, suite aux entretiens motivationnels.

Le premier intervenant était catégorique sur le fait que le suivi de groupe ne s'adresse pas à tout le monde et que l'intervenant qui l'anime doit avoir les habiletés pour le faire. Il semblait par contre en voir plusieurs avantages comme le témoignage des autres ou l'identification à ses pairs. Il mentionnait également que certains thèmes peuvent être plus facilement assimilés lors d'une activité de groupe.

Son collègue trouvait l'idée excellente. Il signalait qu'il y avait présentement des discussions entre les éducateurs pour la santé et la direction de la santé publique à ce sujet, en ajoutant qu'il y a plusieurs personnes, surtout des femmes, qui ont un problème de poids et qui bénéficieraient ainsi d'un meilleur suivi, plutôt que de les laisser tomber après deux rencontres. Il disait également que certains de ses clients aimeraient avoir un suivi en groupe.

5.2.4 Processus d'accompagnement

Cette section de l'entrevue recense les trois thèmes touchés par le processus d'accompagnement tel que décrit dans notre cadre théorique, soient l'humanisme, l'authenticité et l'interaction entre l'intervenant et le client.

Premièrement, lorsque l'on parle d'humanisme, on aborde automatiquement le désir d'émancipation. Dans la vision de l'humanisme, la personne est auto-responsable, ou encore responsable de ses choix dans le but de s'épanouir. Pour transmettre cette idée dans le cadre d'une consultation au CES, l'intervenant doit s'assurer que son client prend la responsabilité de ses actions et de ses comportements.

Chaque intervenant détient sa façon de faire pour s'assurer que la personne fasse ses propres choix et devienne responsable des conséquences. Le premier dit travailler sur l'importance du changement pour la personne. Il cherche à faire parler la personne sur ce qui est important pour elle afin qu'elle réalise ce qui pourrait l'attendre si aucun changement n'est apporté à son style de vie. La personne se retrouve alors face au choix de changer ou non et elle détient le pouvoir d'enclencher ou non le changement.

Le second intervenant préfère faire prendre conscience à la personne de ce qui l'attend si elle ne change pas. L'intervenant le présente en permettant à la personne de parler

de ce qu'elle n'a pas envie de changer et de la mettre en lien avec « la pire chose qui peut arriver si on décide de continuer comme ça ». La notion de risque est aussi abordée. Ainsi, l'intervenant dit qu'en parlant des conséquences et des risques en lien avec son comportement actuel, la personne prend plus conscience de ses choix.

Afin de reconnaître l'authenticité dans la façon de travailler des intervenants, nous leur avons demandé s'ils avaient besoin d'être dans un état d'esprit particulier pour faire leurs entrevues au CES et si oui, lequel. Les deux intervenants semblaient s'entendre en disant que ce n'était pas tant un état d'esprit mais plutôt un trait de personnalité qu'il est nécessaire de posséder pour faire de l'entretien motivationnel. L'un parle d'une grande capacité d'écoute et du positivisme face à l'entrevue en cours et l'autre parle de l'empathie et de l'ouverture face au client. Ils sont unanimes sur le fait qu'ils doivent croire en ce qu'ils font pour que ça transparaisse dans la relation avec le client.

Et le client lui? Doit-il également se placer dans un état d'esprit spécifique? Les réponses des intervenants se ressemblent à certains égards. Le premier dit : « Oui, et puis c'est mon rôle de l'aider à faire ça. C'est vraiment mon rôle d'augmenter la motivation, l'importance et d'augmenter la confiance. » Le deuxième répond :

« Je pense que le client arrive et toi, tu as à le prendre où il est. La beauté de la chose, c'est que le client soit motivé ou pas, toi tu es là pour l'aider. Non il n'a pas besoin d'être dans un état quelconque. C'est sûr que s'il est prêt à changer c'est facilitant! Et il faut qu'il soit franc ton client. »

Dans un même ordre d'idées, nous avons exploré davantage l'idée de l'authenticité avec les intervenants en leur demandant s'ils croyaient que le client était authentique envers lui-même lors de sa rencontre au CES. Voici ce qu'ils ont spontanément répondu :

« J'espère! Si le client ne se sent pas jugé, tu l'accueilles comme il est, que c'est lui qui parle plus, alors s'il n'est pas authentique et s'il ne dit pas la vérité, ben là! Et en plus, [le CES] n'est pas un service imposé, donc si tu viens, tu viens parce que tu veux. »

« Si il est authentique avec lui-même, peut-être il est plus dans le stade de préparation. Je vais lui faire réaliser que s'il n'est pas authentique, il ne cheminera pas. Chaque fois presque que je passe par la question *Est-ce que vous mangez des desserts?* [dans le bilan], la personne a pas besoin de répondre! Le gros soupir ou elle me regarde dans les yeux... Plus honnête que vous êtes avec vous-même, le plus que vous allez cheminer. »

Les intervenants ont une vision similaire de la chose. Le client est volontaire dans son processus au CES. Il est important pour lui de comprendre qu'il travaille pour lui-même et qu'un manque d'authenticité de sa part ne lui sera pas bénéfique dans son cheminement.

Le troisième thème en lien avec le processus d'accompagnement abordé pendant l'entrevue avec chacun des intervenants est celui de l'interaction. Nous cherchons à savoir comment se passe la relation entre l'intervenant et le client durant leur rencontre au CES.

Afin de mieux comprendre une interaction dans l'entrevue au CES, les intervenants étaient invités à raconter une situation où la rencontre avec leur client s'est bien déroulée et de décrire pourquoi ils croient avoir réussi.

« Les gens disent *Tu me fais réfléchir*. Ils disent qu'ils ne sont pas motivés, qu'ils sont motivés à 2/10. Mais toi tu dis, c'est bon, vous n'avez pas dit 0. Alors les gens sont surpris et là tu les fait parler sur les avantages. C'est d'avoir un autre visage [pour les clients]. C'est ça qui fait qu'au CES, tu peux avoir toute sorte de mauvaises habitudes, mais tu ne te feras pas juger. Tu ne te feras pas critiquer. Tu ne te feras pas dire *C'est pas correct d'avoir un comportement comme ça*. »

« Tu demandes des questions du bilan. Alors tu vois que la personne est en train de réfléchir. La personne réalise. Elle parle, elle parle, elle parle et un moment donné, elle prend conscience et réalise. Son langage du corps, c'est la façon dont elle parle, ça change. On voit le flash, le dé clic et on dit wow, j'ai affecté la vie de quelqu'un. »

Ici, le premier intervenant raconte qu'il déconstruit l'idée de son client qui se disait non motivé en lui faisant brosser les avantages du changement. Il met l'accent sur sa façon différente d'interagir en comparaison avec les milieux traditionnels et conclue qu'il en est

favorable pour le client. Le deuxième intervenant, de son côté, met en lumière la pertinence du bilan des habitudes de vie fait en début de rencontre. Selon l'intervenant, le bilan permet au client de discuter de ses propres comportements, d'y réfléchir et de réaliser les impacts qu'ils ont sur sa vie et sa santé.

Les éléments positifs présents dans les citations précédentes sont notables, mais qu'en est-il lorsqu'une situation s'avère plus complexe, plus difficile.

Un intervenant mentionne qu'il existe des éléments comme la personnalité ou les expériences de vie difficiles qui peuvent affectés l'interaction d'une rencontre au CES. Il parle également du déni, mais à ce propos, l'intervenant dit être tout de même capable de les amener à réaliser leur état. Il raconte que s'il lui est vraiment impossible de trouver la façon d'atteindre son client, il s'attaque alors aux émotions et à l'importance que tout ceci a pour le client. Il dit clairement : « Si on force à changer, ça va pas être bon ».

Le seconde intervenant avoue qu'il y a des journées plus difficiles que d'autres où il ne pose pas toujours les bonnes questions. Il rappelle que ce type d'intervention est également un apprentissage constant pour les intervenants. Il parle ensuite de l'absence de volonté de changer du client qui peut brimer l'évolution de la rencontre. Il revient aussi sur l'aspect de l'importance que le changement peut avoir aux yeux du client. Il indique que malgré qu'un client soit réfractaire, ce dernier aura quand même plusieurs outils en sa possession pour poursuivre son cheminement à son rythme. Il ajoute finalement qu'il est important de refléter au client lorsque son comportement va à l'encontre de ses valeurs. Le simple fait de lui rapporter cette contradiction lui fournit beaucoup d'information selon l'intervenant.

5.2.5 Généralités

Les deux dernières questions, d'ordre plus général, visaient à comprendre des aspects connexes au travail des intervenants.

Les CES faisant partie des CSSS de l'île de Montréal et dirigés par la direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal sont impliqués dans un certain cadre administratif et organisationnel. Nous avons demandé aux intervenants de nous décrire comment ils se sentaient face à l'encadrement organisationnel qui chapeaute le CES.

Les intervenants parlent du soutien du CSSS qui est difficile en raison du faible budget attribué à la prévention et de la situation actuelle de restriction budgétaire. Par contre, un point positif fait surface lorsqu'ils mentionnent qu'un travail d'équipe doit se faire, tout le monde doit travailler ensemble pour trouver des solutions avec le peu de budget disponible. Une dualité ressort de leur discours face aux niveaux d'encadrement. Le CSSS encadre le CES au niveau organisationnel et administratif et la direction de la santé publique de son côté interfère davantage au niveau de la qualité des interventions. Les intervenants se montraient préoccupés par le fait que le CSSS les restreignait d'assister à un certain nombre de rencontres, appelées communautés de pratique. Les intervenants voient ces rencontres comme l'occasion de partager leurs interventions et de discuter de la qualité de leurs services. Ils disent se sentir seuls avec leurs problèmes si ils ne peuvent pas en parler avec des collègues d'autres CSSS car les services préventifs, dont fait partie le CES, sont mis à l'écart des autres départements d'ordre plutôt curatifs.

Comme le CES est un service relativement nouveau et différent des autres services, nous étions curieux de savoir si une évaluation avait été faite suite à la mise en place de toutes ces interventions. Les intervenants ont répondu positivement à cette question en nous

remettant un résumé des résultats de l'évaluation qui a été réalisée par la Direction de la santé publique (DSP). Nous poserons les résultats de cette évaluation avec les nôtres dans le prochain chapitre. Au moment des entrevues, les intervenants venaient à peine de recevoir les résultats. Voici leurs commentaires à ce sujet :

« Oui, ça fait peut-être 2 ans que ça a été fait, je pense en 2010. On sait que c'était très bien apprécié. C'est une équipe d'évaluateurs de la DSP qui ont fait des appels pour demander leur opinion, comment ça a été l'entrevue, est-ce que vous allez faire des changements. En général les résultats étaient très très bons. On était pas surpris de savoir ça parce qu'on sait qu'en général les clients sont très contents de leur entrevue. On vient juste de recevoir les résultats. »

« Oui, mais je pense que ça a pris 2 ans avant d'avoir les résultats. C'était les clients du CES qui ont été sondés, mais nous les intervenants, c'est flou! Dans les semaines qui suivent la rencontre [au CES] il y a 68% des usagers qui ont changé quelque chose et à 6 mois aussi ils ont changé quelque chose. Si c'est repris, si un médecin qui réfère le revoit dans les 6 mois et qu'il en reparle, alors là ça a encore plus d'impact. »

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Suite à la présentation des résultats obtenus de la part des clients et des intervenants du CES, nous allons maintenant interpréter nos données. Tout au long de notre analyse, nous tiendrons compte de notre cadre théorique élaboré précédemment. Afin de bien répondre à nos objectifs de recherche, nous suivrons le même ordre utilisé depuis le début. Nous étudierons d'abord les éléments en lien avec le changement de comportement, puis nous préciserons tout ce qui a trait à l'entretien motivationnel pour terminer ensuite avec les processus d'accompagnement vécus au CES. Ces sujets seront exposés respectivement pour les clients en premier lieu et subséquemment pour les intervenants. Tout ceci nous permettra de conclure en répondant à notre objectif général qui est de cerner l'entretien motivationnel tel que vécu au CES, tant du point de vue du client que de l'intervenant.

6.1 Client

Tableau 6.1 Perception de la santé

Perception de sa santé	Temps 1	Temps 2
Excellente / Très bonne	30%	33%
Bonne / Moyenne	65%	53%
Mauvaise	5%	13%

Tableau 6.2 Perception des habitudes alimentaires

Perception de ses habitudes alimentaires	Temps 1	Temps 2
Excellente / Très bonne	20%	20%
Bonne / Moyenne	75%	80%
Mauvaise	5%	0%

Tableau 6.3 Perception de l'activité physique

Perception de son niveau d'activité physique	Temps 1	Temps 2
Excellente / Très bonne	25%	7%
Bonne / Moyenne	50%	73%
Mauvaise	25%	20%

La perception des clients face à différents aspects de leur santé tend à changer dans le temps selon les résultats vus précédemment (voir tableaux ci-haut). Malgré les bonnes intentions des participants à vouloir changer leurs habitudes de vie, leur vision globale de leur santé ne semble pas s'améliorer. Est-ce ceci car l'entretien au CES donne à la personne une vision plus pessimiste de ses acquis ou encore parce que la personne en processus de changement se juge plus sévèrement?

6.1.1 Changement de comportement

L'analyse des propos des clients en lien avec le changement de comportement se sépare en trois thèmes que nous verrons ici à la suite. L'objectif général de la clientèle fréquentant le CES est de modifier une habitude de vie inadéquate ou encore de changer un comportement malsain pour leur santé. Nous comparerons d'abord la raison de consultation des clients avec les objectifs de santé pris durant leur rencontre au CES, nous évaluerons s'il

y a eu une évolution dans les stades de changement de comportement et nous identifierons les outils de soutien perçus par les clients interrogés.

6.1.1.1 Raison de consultation et objectif de santé

Tableau 6.4 Raison de consultation

Raison de consultation*	Nombre de personnes
Alimentation	8
Activité physique	1
Perte de poids	4
Habitudes de vie générales	2
Nouveau diagnostic médical	10
Amélioration de la qualité de vie	1

*Dans certains cas, la réponse du client pouvait être partagée dans deux catégories différentes, ce qui explique le nombre de réponses dépassant le nombre de participants.

Tableau 6.5 Objectif de santé

Objectif de santé*	Nombre de personnes
Alimentation	16
Activité physique	6
Perte de poids	2
Changement des habitudes de vie générales	1
Réduction des risques en lien avec le nouveau diagnostic médical	2
Amélioration de la qualité de vie	1

*Dans certains cas, la réponse du client pouvait être partagée dans deux catégories différentes, ce qui explique le nombre de réponses dépassant le nombre de participants.

En comparant la raison initiale de consultation des clients du CES avec l'objectif de santé choisi, nous remarquons un certain glissement. Alors que les raisons de consultation étaient plutôt partagées (38% nouveau diagnostic, 31% alimentation, 15% perte de poids, 8% habitudes de vie en général, 4% activités physique, 4% améliorer sa qualité de vie), une tendance semble penchée pour les objectifs en lien avec l'alimentation (57%) et l'activité physique (21%), laissant ensuite les autres objectifs ci-haut mentionnés entre 4% et 7% de la

faveur populaire. Nous pourrions facilement en traduire que les changements à apporter par une personne vivant avec un nouveau diagnostic médical sont d'ordre alimentaire ou de sédentarité. Idem pour quelqu'un qui voudrait perdre du poids. Il existe par contre une information qui nous paraît importante dans l'équation : l'intervenant ayant fait les rencontres avec ces clients est nutritionniste de profession. Nous croyons légitime de se demander s'il est possible que le choix des objectifs des clients pourrait être biaisé par l'influence de l'intervenant.

De plus, plusieurs objectifs pris par la clientèle nous paraissent trop généraux donc difficilement évaluables. Un client ayant choisi de « manger mieux » ne pourra pas établir hors de tout doute qu'il a réussi ou non son objectif.

6.1.1.2 Stade de changement

Selon les résultats mentionnés précédemment, les clients questionnés ont évolué dans les différents stades de changement de Prochaska & DiClemente (1994). D'une majorité de clients se sentant au stade d'action (85%) au Temps 1, une migration est notable au Temps 2 alors que 33% des clients seulement se disaient au stade d'action, 40% ont poursuivi au stade de maintien et 20% ont passé au stade de la rechute. Ce mouvement d'un stade à un autre est tout à fait normal, et même désiré dans un processus de changement de comportement. Il s'agit d'une évolution positive d'un stade à l'autre.

Tableau 6.6 Stades de changement de comportement

Stade de changement	Temps 1	Temps 2
Précontemplation	0 (0%)	0 (0%)
Contemplation	1 (5%)	1 (7%)
Action	17 (85%)	5 (33%)
Maintien	1 (5%)	6 (40%)
Rechute	1 (5%)	3 (20%)

Tout porte à croire que l'aide apportée par le CES a pu être utile dans le cheminement des personnes vers le changement de comportement désiré.

En explorant davantage la mise en action des objectifs fixés par les clients du CES, nous avons remarqué qu'une majorité (87%) de personnes avait bel et bien fait des changements afin d'atteindre leur objectif dans les semaines suivant leur rencontre au CES. Certains clients n'avaient toujours rien changé lors de notre deuxième questionnaire, mais tous disaient avoir l'intention de mettre leur objectif en action dans un avenir rapproché. Ceci suppose encore une fois que la rencontre au CES a été bénéfique pour ses clients puisque ceux-ci avancent d'un stade à l'autre, ou du moins, détiennent un discours de changement qui les fera évoluer dans leur cheminement.

6.1.1.3 Soutien

Lorsqu'une personne enclenche un changement dans sa vie, quel qu'il soit, le soutien devient un aspect d'importance dans la réussite du changement. La clientèle du CES sondée qui affirme avoir le soutien d'une personne dans leur démarche parle de leur famille ou bien de l'intervenant même du CES. La vision de l'intervenant comme d'une personne de soutien nous paraît positif en soit puisqu'il s'agit d'un appui de plus pour la personne, mais ceci risque de créer un stress supplémentaire lorsque les deux rencontres prévues au CES seront terminées. Nous notons par contre une diminution du nombre de participants mentionnant avoir le soutien de quelqu'un lors du Temps 2, alors que davantage de répondants indiquent pouvoir arriver à atteindre leur objectif seul. Il serait intéressant d'approfondir cette donnée lors d'une prochaine recherche car elle contraste avec la diminution du sentiment de capacité de la personne à atteindre son objectif vu au tableau 5.4.

Le soutien peut également passer par de l'information ou des outils physiques qui aident à motiver la personne. Les clients du CES ont nommé quelques outils qui leur

apportent un soutien supplémentaire dans leur processus de changement de comportement. Certains de ces outils ont été fournis par l'intervenant du CES, par exemple le guide alimentaire canadien ou encore des adresses de sites internet intéressants en lien avec la situation du client.

Le besoin de soutien est d'autant plus évident pour ces personnes en phase de changement. Lorsque les clients du CES ont été questionnés à propos de certains outils qui pourraient leur être utiles dans l'atteinte de leur objectif, plusieurs ont répondu « oui » à pratiquement toutes les options qui leur étaient offertes. C'est donc dire que ces personnes ressentent leur besoin d'aide et s'accrochent à tout ce qu'elles peuvent pour obtenir l'appui nécessaire.

6.1.2 Entretien motivationnel

Dans le but de mieux cibler l'entretien motivationnel tel que vécu par le client du CES, nous analyserons les items suivants : la motivation, l'ambivalence et la satisfaction à l'égard de l'entretien motivationnel.

6.1.2.1 Motivation

Miller & Rollnick (2006) affirment que la motivation est primordiale au changement. L'évaluation de l'entretien motivationnel passe donc par le degré de motivation obtenu suite à la rencontre au CES. Selon nos résultats mentionnés auparavant, une grande majorité de personnes étaient *En accord* ou *Très en accord* avec le libellé « L'entrevue m'a motivé à agir afin d'atteindre mon objectif ». C'est donc dire que l'entretien motivationnel a été bénéfique pour eux.

Tableau 6.7 Motivation

L'entrevue m'a motivé à agir afin d'atteindre mon objectif	Temps 1	Temps 2
Très en accord	15 (75%)	5 (33%)
En accord	5 (25%)	8 (53%)
Assez en accord	0	2 (13%)
Peu en accord	0	0
Pas en accord du tout	0	0

Une autre façon d'apprécier l'ampleur de la motivation est d'analyser la composante de la volonté. Le sentiment qu'une personne éprouve face à sa propre capacité d'agir démontre bien sa volonté face au changement. Les clients du CES ont répondu à 90% qu'ils se sentaient *Assez* ou *Beaucoup* capables de réaliser leur objectif alors qu'ils sortaient à peine de leur première rencontre avec l'intervenant. À cette même question posée 6 à 8 semaines plus tard, le sentiment de se sentir capable d'atteindre leur objectif touchait encore 74% des gens *Assez* ou *Beaucoup*. Il est donc pertinent d'affirmer que l'entretien motivationnel fourni au CES aide sa clientèle à trouver la motivation pour faire face au changement.

De façon plus concrète, plusieurs clients du CES nous ont exposé exactement quels sont les changements qu'ils ont apporté à leur quotidien afin d'atteindre leur objectif. Comme mentionné dans la section des résultats, les comportements nommés étaient en lien avec les objectifs choisis et lorsqu'ils étaient sondés pour la deuxième fois, les réponses étaient également plus facilement observables, c'est-à-dire plus concrètes. Le temps passé à élaborer un plan d'action et la routine quotidienne qui en découle a probablement aidé les gens à répondre de façon plus claire la deuxième fois.

6.1.2.2 Ambivalence

« La résolution de l'ambivalence est une étape naturelle du changement » (Miller et Rollnick, 2006). Elle apporte une réflexion face à deux comportements distincts et désirés.

C'est pourquoi l'intervenant du CES devrait normalement travailler avec cette ambivalence et amener la personne en processus de changement à verbaliser sur ses craintes et ses ambitions en lien avec le nouveau comportement. Notre recherche a permis d'évaluer, selon la perception du client, si l'intervenant avait reconnu son sentiment d'ambivalence face au changement. La très grande majorité des répondants étaient *En accord* ou *Très en accord* avec la reconnaissance de l'ambivalence de l'intervenant et ce, presque autant après la première rencontre qu'après 6 à 8 semaines. Selon ces résultats, l'intervenant prenait donc bien le temps d'écouter son client et les craintes qu'il portait.

Le fait de reconnaître l'ambivalence est un point positif de l'entretien motivationnel. D'autant plus qu'une personne qui parle de son changement à venir est une personne qui affirme son pré-engagement envers le changement. C'est ce qu'on appelle le discours-changement (Rollnick, Miller et Butler, 2009). L'intervenant du CES doit aider et guider la personne à exprimer ses capacités, ses désirs et ses besoins en faveur du changement. Toutefois, lorsque nous avons demandé aux clients du CES de nous expliquer leurs ambivalences face à leur capacité à changer, plusieurs ont partagé des aspects négatifs envers leur objectif de changement. Quelques-uns d'entre eux reprenaient l'argument du manque de motivation ou de volonté alors que d'autres exprimaient la difficulté de changer. Ceci ne démontre pas précisément que l'intervenant n'a pas su bien guider ses clients mais plutôt que ces derniers entretiennent toujours une bonne dose de réticence au changement ou encore un manque de confiance en leur capacité à changer.

6.1.2.3 Satisfaction à l'égard de l'entretien motivationnel

Les méta-analyses sur l'entretien motivationnel (Rubak et al., 2005; Hettema et al., 2005; Knight et al., 2006) démontrent que les effets bénéfiques de cette méthode de pratique s'accroissent lorsque le nombre de séances augmente (Rubak et al., 2005). À l'origine, au CES qui nous intéresse, l'intervenant ne procédait qu'à une seule rencontre d'entretien motivationnel avec son client et un suivi téléphonique s'en suivait au besoin. Quelques mois

avant le début de notre collecte de données, l'utilisation d'un deuxième entretien motivationnel a été adoptée pour chaque client. Donc, au moment de sonder les clients, deux entretiens motivationnels étaient faits auprès d'eux à environ un ou deux mois d'intervalle, selon leur disponibilité. Suite à leur première rencontre au CES, 95% des gens entrevoyaient une autre rencontre au CES comme étant *Assez* ou *Beaucoup* bénéfique à leur cheminement. L'engouement s'essouffait légèrement après notre deuxième questionnaire où une majorité de personnes avaient déjà participé à leur deuxième entretien motivationnel. À ce moment, ce sont 46% des répondants qui croyaient encore au grand bénéfice d'une rencontre supplémentaire alors que 47% des gens percevaient *Un peu* ou *Très peu* la pertinence de poursuivre ces rencontres. Donc environ la moitié de la clientèle seulement serait intéressée à poursuivre avec une troisième entrevue motivationnelle. Si on se rappelle les 87% des clients qui ont apporté des changements à leur style de vie, il serait intéressant de savoir pourquoi les gens ayant débuté un changement ne voient plus la valeur ajoutée d'un autre entretien motivationnel. Est-ce parce que le besoin n'est plus nécessaire car l'objectif a été atteint ou encore parce qu'il y a une nouvelle dimension de baisse d'intérêt pour le changement? Les 46% désirant une autre rencontre sont-ils ceux qui craignent davantage la rechute?

La satisfaction de la clientèle du CES est unanime face au service reçu. Tous ont dit avoir apprécié leur expérience au CES, autant après leur première que leur seconde rencontre. Il est toutefois important d'indiquer que les chiffres démontrent par contre une baisse de l'enthousiasme en lien avec l'appréciation de l'expérience vécue au CES après la deuxième rencontre.

6.1.3 Processus d'accompagnement

L'accompagnement d'une personne vivant un processus de changement de comportement peut s'avérer ardu. Chaque personne est unique, s'identifie et apprend à travers ses différentes expériences de vie, ce qui teinte ses besoins et ses capacités. Dans le cas du CES, les réponses des clients étaient très positives face à l'accompagnement de

l'intervenant. Selon eux, l'intervenant a su bien respecter leurs besoins et leurs capacités respectifs afin de les guider dans leur cheminement. Ceci est un aspect aidant dans l'accompagnement de la personne.

Le respect des prédispositions de la personne lui permet de faire des choix responsables et réalistes en lien avec sa vie. Les conséquences découlant des comportements choisis seront alors plus faciles à accepter et à assumer. Durant la rencontre au CES, l'intervenant invite son client à se choisir un objectif sur lequel il pourra travailler afin d'améliorer sa situation. Ici encore, les clients sont très satisfaits avec la façon de faire de l'intervenant. Ils s'entendent pour dire que l'entrevue les a aidés à se fixer un objectif réaliste pour eux. Ainsi, il leur sera plus facile d'atteindre leur but et un niveau d'épanouissement supérieur. La fierté d'une réussite, à elle seule, peut procurer un état de bien-être et une impression d'une meilleure qualité de vie.

Dans ce même ordre d'idées, la perception de l'amélioration est également importante. Une grande majorité des clients du CES ont indiqué qu'ils croyaient que les actions identifiées lors de leur rencontre au CES allaient améliorer leur qualité de vie. Les réponses obtenues après le premier entretien étaient très similaires à celles soutirées après plusieurs semaines de pratique avec leur nouveau comportement. Est-ce dire que les efforts apportés au quotidien produisent des résultats assez tangibles pour que le client en soit témoin? L'écho n'était pas aussi clair au sujet de l'amélioration de la santé. Les clients étaient plus divisés sur le fait que les actions débutées pour atteindre leur objectif les aideraient à améliorer leur santé. Serait-ce le côté utopique et l'aspiration à l'épanouissement de chaque être humain qui permet d'entrevoir une meilleure qualité de vie sans percevoir les effets de leurs actions sur la santé?

6.2 Intervenant

6.2.1 Changement de comportement

Prochaska & DiClemente (1983) propose une vision du changement comme un tourniquet dans lequel on peut entrer, sortir et évoluer d'un stade de changement à l'autre. Il s'agit d'une transformation en constant mouvement qui permet à la personne en voie de changement d'évoluer à son rythme selon ses connaissances et ses capacités.

La vision du changement des intervenants du CES est différente. Ils parlent davantage du côté pratico-pratique du changement. Ils en voient le côté concret. Ils nomment les difficultés reliées au changement et la façon de prendre la décision de changer. Le processus incluant les stades de changement est par contre utilisé par un des intervenants lors de ses rencontres au CES. Ce dernier tente de situer son client selon son stade de changement afin de pouvoir mieux l'accompagner et de lui procurer le type d'entrevue dont il a besoin. Il mentionne même que la personne en quête de changement se sent plus en confiance lorsqu'elle prend conscience que l'intervenant comprend sa situation. Ceci se fonde tout à fait avec les écrits de Prochaska & DiClemente.

Il est difficile de comprendre comment les intervenants transposent leur vision du changement lors d'une rencontre au CES car celle-ci semble avoir une structure assez stricte. Ce qui est clair et qui nous paraît aidant autant pour l'intervenant que pour le client est la complétion du bilan des habitudes de vie du client. Celui-ci sert de point de départ sur lequel se baser pour la suite des choses. Le choix de l'objectif se fait ensuite selon les valeurs ressorties avec le bilan. L'entretien qui s'ensuit est vaguement expliqué par les intervenants dans le cadre de leur entrevue respective. Nous supposons, selon leurs discours, qu'il s'agit de la portion motivationnelle de la rencontre.

6.2.2 Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel, dans le cadre d'une rencontre au CES, est vu comme une approche aidante pour accompagner le client dans son processus de changement de comportement. Il est nécessaire de bien connaître cette approche afin de pouvoir l'administrer adéquatement.

6.2.2.1 Formation

Lors de notre revue de littérature, nous avons étudié trois méta-analyses (Rubak et al., 2005; Hettema et al., 2005; Knight et al., 2006) révisant les principes et l'efficacité de l'entretien motivationnel. L'un des thèmes partagé par les trois méta-analyses était l'importance pour les intervenants de recevoir une formation en entretien motivationnel avant de pouvoir pratiquer cette approche.

Les réponses obtenues des intervenants à ce sujet corroborent la littérature. Les intervenants disent avoir reçu une formation de base solide par des organismes reconnus. Ils sont également curieux et proactifs pour faire de nouveaux apprentissages sur l'entretien motivationnel. Nous remarquons par contre un manque de latitude de la part de l'employeur sur la formation continue offerte par la direction de la santé publique. « Une communauté de pratique (CoP) est un lieu neutre d'apprentissage dans l'action, de développement des compétences et d'amélioration des pratiques » (Direction de la santé publique, ressource électronique). Ces CoP sont des espaces de discussion entre les éducateurs pour la santé où ils peuvent partager leurs expériences, leurs connaissances et tenter de résoudre certaines problématiques rencontrées dans le cadre de leur travail. Priver les intervenants de ses formations interactives pourrait signifier une diminution de la qualité du service offert.

Les intervenants ont développé de bonnes connaissances sur l'entretien motivationnel. Ils peuvent facilement expliquer les bases de cette approche en utilisant des éléments qui y sont spécifiques. Ils revoient en leurs mots la définition écrite par Miller & Rollnick en 2009 : « L'entretien motivationnel est une approche collaborante, centrée sur la personne, guidant l'atteinte et le renforcement de la motivation au changement » (Motivational Interview, ressource électronique). Le mot *guider* ressort fréquemment des interventions des intervenants et une métaphore telle que de *danser avec son client* vient illustrer la collaboration entre le client et l'intervenant.

6.2.2.2 Motivation et ambivalence

L'intervenant au CES se doit d'être le spécialiste pour gérer l'ambivalence de son client et de l'aider à développer sa motivation face au changement. Trois aspects principaux forment également l'esprit de l'entretien motivationnel, soient la collaboration, l'évocation et la valorisation (Miller, Rollnick et Butler, 2009). Les intervenants s'assurent que le client prenne toute la place qui lui est réservé. Il est ainsi encouragé à parler d'avantage de sa situation, d'y réfléchir et d'entrevoir lui-même des pistes de solution. L'intervenant détient un rôle de guide pour le client. Il lui pose des questions afin de le faire cheminer dans ses réflexions, d'ébranler ses ambivalences au profit du nouveau comportement et de stimuler sa motivation à atteindre son objectif.

Prendre le temps d'écouter ce que dit le client est la clé de l'entretien motivationnel. Entendre les préoccupations et les attentes du client permet à l'intervenant d'obtenir toute l'information nécessaire pour mieux l'accompagner et pour l'interroger intelligemment. Les intervenants du CES semblent l'avoir compris et les résultats s'en font ressentir.

6.2.2.3 Suivi

Nous avons démontré avec la revue des méta-analyses que l'entretien motivationnel apporte plusieurs effets positifs sur l'adhésion à un changement de comportement. L'analyse de Rubak et al (2005) confirme que les effets bénéfiques de cette méthode s'accroissent lorsque le nombre de séances augmente. Nous savons qu'actuellement, un client qui consulte le CES étudié aura droit à deux rencontres dites d'entretien motivationnel. Notre expérience nous permet par contre de douter du temps réservé purement à l'entretien motivationnel lors de la première rencontre en raison de la complétion du bilan des habitudes de vie. Nous ne remettons pas en doute la pertinence du dit bilan car nous sommes conscients qu'il est important pour amorcer la réflexion du client sur ses comportements et ses habitudes. Ceci nous amène à nous questionner sur l'optimisation du temps des rencontres, sur le nombre de rencontres ou encore sur le type de rencontre. L'idée de faire des suivis de groupe suite aux 2 séances déjà établies a semblé plaire aux deux intervenants qui voyaient plusieurs avantages à ce type de rencontre. Les suivis de groupe offrirait la chance aux personnes le désirant de poursuivre leur cheminement dans un environnement de motivation et de valorisation. Il est certain qu'il ne s'agit ici que d'une idée qui mériterait une plus grande réflexion car le suivi de groupe n'est pas nécessairement conçu pour tout le monde.

6.2.3 Processus d'accompagnement

Selon notre cadre théorique, pour devenir une expert dans l'accompagnement d'une personne vivant un cheminement unique de changement de comportement, l'intervenant du CES doit garder en tête les principes de l'humanisme, de l'authenticité et de son interaction avec le client.

6.2.3.1 Humanisme

La personne humaine, dans toute sa globalité est au centre du paradigme de l'humanisme. Ses expériences de vie forment la base de son épanouissement et la rendent tout à fait unique. Elle est en continuelle recherche d'avancement afin d'atteindre une émancipation satisfaisante. Malgré ce que disent les messages contradictoires que nous envoie la société, chacun sait qu'il est responsable de son bonheur et de son bien-être. C'est donc à la personne de choisir ses actions et d'en prendre la responsabilité. En revanche, ceci n'est pas toujours simple à appliquer concrètement au quotidien.

L'intervenant du CES doit aider ses clients à prendre conscience de leur pouvoir d'action et de leur responsabilité face à leur qualité de vie. Les intervenants sondés connaissent tous deux cet aspect de leur travail et se sont développés des stratégies pour que leurs clients deviennent responsables des conséquences qu'amènent leurs choix et leur comportement. L'humanisme nous semble respecté au CES car le client est au centre de l'intervention. Il est considéré comme un expert de sa situation et de ses capacités.

6.2.3.2 Authenticité

C'est Carl Rogers (1972) qui développe le concept de l'authenticité et qui le décrit comme une attitude, un comportement réel et congruent entre notre façon d'être, de ressentir et d'agir. Lors d'une intervention comme celle faite au CES, il est important pour l'intervenant d'adopter une attitude honnête, respectueuse et ouverte vers le client. L'intervenant doit être conscient de son état d'esprit afin d'éviter de teinter la rencontre et d'influencer son client.

La position des intervenants du CES est très similaire au concept amené par Rogers, quoique pas aussi profondément appliqué. Les intervenants expliquent en effet qu'il est important de s'arrêter et de revoir son attitude afin d'être entièrement à l'écoute de son client, d'être empathiques et ouverts. Ils mentionnent également qu'ils doivent avoir la foi en leur intervention pour que cela transparaisse dans la relation avec le client.

L'état d'esprit à adopter par le client semble moins clair du point de vue des intervenants. Dans leur vision, ce sont eux qui doivent aider le client à arriver à une attitude d'ouverture et de confiance face à la relation. Ils espèrent par contre que le client est honnête dans sa démarche pour qu'il puisse cheminer. Les intervenants sont tout de même positifs à ce sujet car ils expliquent que les clients viennent de façon volontaire au CES car rien ne les oblige à prendre rendez-vous. Ils sont donc déjà enclins à s'ouvrir et à étaler une certaine franchise lorsqu'ils se présentent à leur rencontre.

6.2.3.3 Interaction

Une relation entre deux personnes implique nécessairement des interactions. Dans le cas d'une relation au CES, les interactions se veulent aidantes et valorisantes. Nous avons vu plus tôt que Rogers parlait de l'apprentissage expérientiel. Les intervenants du CES se basent sur les expériences de vie et les habitudes actuelles de leur client afin de le guider vers un changement de comportement. Rogers (1972) postule qu'une expérience personnelle prend un sens chez la personne qui en prend ensuite conscience, l'information se voit retenue par la personne et devient ainsi une connaissance. Ceci est très similaire à ce que font les intervenants du CES lors d'une rencontre avec leur client. Ils demandent au client de partager ses expériences et habitudes de vie via le bilan, ce qui le fait réfléchir et prendre conscience de sa situation. L'introspection se poursuit même après la rencontre et la connaissance du

client le fait avancer dans ses stades de changement jusqu'à ce que, dans certains cas, le nouveau comportement prenne la relève de façon permanente.

D'autre part, lorsque les interactions deviennent plus complexes au CES, les intervenants se replient sur les valeurs du client et sur le degré d'importance qu'il donne au changement. Cette initiative va dans le même sens que les écrits de Kurt Lewin vus précédemment dans notre cadre théorique. Lewin (1959) stipule clairement que « les valeurs influencent le comportement ». Donc, revoir les valeurs du client et de lui refléter les contradictions existantes entre ses valeurs et ses actions l'amène à un questionnement personnel qui pourrait l'orienter vers un nouveau comportement. De plus, le degré d'importance lié au changement exploré par les intervenants rejoint Lewin dans sa définition d'une tension comme « un état hautement désirable qui permet à l'individu d'intensifier ses efforts pour atteindre la réalisation de son but » (Marrow, 1972). Si la personne accorde davantage d'importance à son changement de comportement, elle accentuera ses énergies afin d'atteindre son objectif. C'est la personne elle-même qui choisit d'agir, alors c'est elle qui doit débiter le changement. Les intervenants ont bien compris leur rôle de guide et d'accompagnement dans le cadre d'une rencontre au CES. Également, tel que mentionné plus tôt, comme le suivi au CES est fait sur une base volontaire, ceci doit aider à faciliter les interactions.

6.3 Évaluation des Centre d'éducation pour la santé (CES)

La Direction de la santé publique (ressource électronique) de l'Agence de santé et services sociaux de Montréal (ASSSM) a fait une évaluation des CES de l'île de Montréal en 2009, soit deux ans après la mise en œuvre des CES dans chacun des CSSS de Montréal. Les résultats de cette évaluation n'ont été publiés que trois ans plus tard, à la fin de l'automne 2012. En résumé, une enquête a été réalisée auprès de la clientèle des 12 CES sous la forme

d'un sondage et ce, à trois reprises (avant le rendez-vous, 2 à 3 semaines plus tard, 6 mois après le premier rendez-vous). Les résultats démontrent que le service est très apprécié par la clientèle et qu'il y a des retombées positives sur les comportements des clients. En général, suite à leur rencontre aux différents CES, les clients se fixent un objectif et débutent des actions en ce sens. De plus, la clientèle ressent une augmentation de son sentiment d'efficacité personnelle.

Les recommandations qui émergent de cette évaluation touchent l'intervention comme tel. On conseille de personnaliser l'intervention avec chaque client pour renforcer davantage la motivation. Également, on se questionne sur l'efficacité du service en lien avec la clientèle atteinte de maladie chronique car cette clientèle apparaît comme majoritaire dans le nombre de personne rencontrée aux CES et pourrait bénéficier de services spécialisés selon leur pathologie respective.

Nous avons nous-mêmes des résultats similaires à ceux de la DSP au sujet de l'appréciation de la clientèle et de la fixation des objectifs de changement de comportement. Nous sommes également d'accord avec la recommandation de personnaliser davantage l'intervention du CES vers le client, c'est d'ailleurs un commentaire qui nous a été partagé par la clientèle. Or, un questionnement subsiste quant au nombre de clients qui utilise ce service. Selon les données exposées dans l'évaluation de la DSP, on dénombre environ 1 client par jour par CES. Sachant que les CES n'offrent leurs services qu'à raison de deux jours par semaine, ceci résulte en 2 clients par semaine par CES. La situation n'est pas très différente au CES qui nous intéresse, selon le portrait statistique cité au chapitre I, ce CES accueillait en moyenne 2,6 clients par semaine pour l'année 2008-2009. Cela nous semble nettement insuffisant pour un service recevant une évaluation aussi positive.

CONCLUSION

Pour conclure notre recherche, nous ferons un survol de nos préoccupations premières ainsi que de nos objectifs de recherche. Nous verrons ensuite les limites reliées à notre étude et quelques pistes de recherche qui pourraient agrémenter des études ultérieures sur le sujet.

Avec la récente mise en place des CES, nous désirions connaître la contribution de l'entretien motivationnel dans l'accompagnement d'une personne vivant un processus de changement de comportement en lien avec ses habitudes de vie.

Commençons tout d'abord par mentionner que nous sommes agréablement surpris par les résultats positifs recueillis par l'utilisation de l'entretien motivationnel au CES étudié. Le choix de cette approche par la direction de la santé publique dans le cadre de son *Système de prévention clinique* semble être un bon coup pour aider la population de ce territoire. De plus, ceci cadre bien dans la mission populationnelle de l'établissement qui chapeaute le service.

Notre revue de littérature nous a permis de cibler plusieurs modèles et théories afin d'entrevoir la situation étudiée sous différents angles de vue et de camper clairement nos objectifs de recherche.

L'utilisation du modèle transthéorique de Prochaska & DiClemente nous a démontré l'évolution des clients du CES dans les différents stades de changement. En passant d'un stade d'action à un stade de maintien suite à leur suivi au CES, ceci nous laisse croire que le soutien offert par les entretiens motivationnels du CES était adéquat pour aider aux personnes à changer leur comportement. De plus, le modèle de Prochaska & DiClemente permet à l'intervenant du CES d'ajuster son intervention selon le stade de changement où se situe son client. Cela aide le client à se sentir plus à l'aise et mieux compris dans son expérience personnelle.

L'entretien motivationnel élaboré par Miller & Rollnick semble pour sa part être bien apprécié de tous. Le client apprécie son expérience générale au CES et, d'après les réponses obtenues, semble satisfait de son évolution de changement de comportement. Le client aime que l'intervenant l'écoute, prenne ses aptitudes en considérations et l'aide à cheminer pour qu'il discerne les stratégies possibles pour atteindre son objectif de santé. De son côté, l'intervenant apprécie lui aussi ce type d'intervention car il en est plus facile d'aider son client à progresser. Dans la vision de l'intervenant, il n'y a pas d'échec en soit car le simple fait d'amener le client à réfléchir à sa situation est un succès qui évoluera avec le client au fil du temps. Nous sommes d'accord avec les intervenants qui mentionnaient que l'entretien motivationnel est une nouvelle approche qui mérite d'être partagée avec d'autres services et départements du CSSS pour favoriser la prévention à plus grande échelle.

L'entretien motivationnel semble être bien livré par les intervenants qui sont compétents et connaissent bien les bases de cette pratique. Selon nos résultats, ils peuvent guider les personnes dans leur ambivalence face au changement, travailler leur motivation et leur sentiment de capacité de passer à l'action.

Le processus d'accompagnement entre le client et l'intervenant du CES est vécu de façon positive. Le client se sent écouté par l'intervenant et trouve que ses besoins et ses

capacités sont respectés. Le but de la rencontre au CES, autant pour le client que pour l'intervenant, est premièrement d'aider le client à adopter un meilleur comportement de santé mais également de le voir atteindre une meilleure qualité de vie et avoir le pouvoir de s'épanouir. L'authenticité est requise pour y arriver et, selon le dire des deux parties, la relation établie au CES est bel et bien honnête et respectueuse.

À la lumière de tout ceci, nous pouvons donc affirmer que l'entretien motivationnel nous semble pertinent dans le processus de changement de comportement relié aux habitudes de vie que vivent les clients et les intervenants du CES étudié.

Limites de l'étude

1. Certains aspects saisonniers peuvent avoir biaisé notre étude. Le début des questionnaires a été complété en été, donc l'abondance de fruits et de légumes, aidant à une meilleure alimentation, a pu avantager les clients dans leurs nouvelles résolutions. Par contre, les dernières complétions des questionnaires se sont déroulées peu après la période des fêtes de Noël et du nouvel an, ce qui peut avoir influencé les clients également, mais d'autres façons!
2. Les résultats obtenus via les questionnaires et les entrevues de notre recherche sont des éléments déclarés et non observés. Il nous est impossible d'assurer la véracité de chaque réponse obtenue.
3. Il est possible que les réponses données par nos répondants soient affectées par un biais de désirabilité. Les intervenants désirant faire belle figure lors de l'entrevue pourraient avoir ajouté ou encore éliminé certains éléments à leurs interventions afin de mieux se coller à la théorie. De leur côté, les clients

connaissant bien les bonnes habitudes de vie à adopter pour avoir un mode de vie sain peuvent avoir répondu à certaines questions de façon erronée afin que celles-ci plaisent au chercheur.

4. Le nombre de sujets (clients et intervenants) à l'étude étant très limité, nous ne pouvons vraisemblablement pas généraliser nos résultats. Il s'agit ici d'une recherche exploratoire qui, espérons-le, saura attirer l'attention des personnes concernées.

Pistes de recherche

1. Est-ce un hasard qu'il y ait davantage d'objectifs en lien avec la nutrition? Nous croyons qu'il serait intéressant de revoir la liberté de choix de la clientèle. La profession de l'intervenant a-t-elle un effet persuasif sur le choix de l'objectif du client?
2. Qu'est-ce qui pousse le client à croire que ses actions le mèneront à une meilleure qualité de vie mais pas nécessairement à une meilleure santé? Est-ce que selon la vision des gens, la qualité de vie est atteignable sans être en santé?
3. L'administration de l'entretien motivationnel gagnerait à être mieux expliqué dans le cadre d'une rencontre au CES afin de comprendre exactement ce qui se passe suite à la complétion du bilan des habitudes de vie du client. Y a-t-il des étapes spécifiques à franchir ou s'agit-il d'une intervention libre parsemée de certains thèmes à aborder?
4. Pourquoi ce service est-il si peu connu et si sous-utilisé? Quelle serait la meilleure stratégie pour augmenter la clientèle?

Recommandations

Tout compte fait, il s'avère important de mentionner les quelques éléments pouvant être améliorés au CES étudié. Voici ceux qui nous apparaissent les plus importants :

1. La possibilité d'offrir des entretiens motivationnels supplémentaires à la clientèle qui en ressent le besoin, de façon individuelle ou en groupe, ou encore, offrir davantage de rencontres de plus courte durée
2. Offrir plus de disponibilité au CES afin de rejoindre une plus grande population et obtenir une plus grande clientèle.
3. Améliorer le temps d'attente pour les retours d'appel aux clients, et pour le délai avant la date du rendez-vous.
4. Permettre aux intervenants de participer aux communautés de pratique offerte par la direction de la santé publique afin d'assurer une qualité des services offerts.

ANNEXE A

Questionnaire Temps 1

Client

QUESTION 1 : Sexe (Cocher)

Femme _____

Homme _____

QUESTION 2 : Date de naissance (Mois/Année)

QUESTION 3 : Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé en général est... (Encercler)

Excellente

Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

QUESTION 4 : Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général... (Encercler)

Excellente

Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

QUESTION 5 : Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre niveau d'activité physique est en général... (Encercler)

Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

QUESTION 6 : Dans quelle circonstance avez-vous pris rendez-vous au Centre d'éducation pour la santé (CES)?

Démarche personnelle _____

Incitation d'un parent ou ami _____

Référence médicale _____

Référence d'un autre intervenant (nommer) _____

Autre (préciser) _____

QUESTION 7 : Quelle était la raison de votre rendez-vous au Centre d'éducation pour la santé?

QUESTION 8 : Quel est l'objectif de santé que vous vous êtes fixé suite à votre rencontre au Centre d'éducation pour la santé?

QUESTION 9 : Croyez-vous que les actions identifiées vont améliorer votre santé? (Encercler)

Beaucoup Assez Un peu Très peu Pas du tout

QUESTION 10 : Croyez-vous que les actions identifiées vont améliorer votre qualité de vie? (Encercler)

Beaucoup Assez Un peu Très peu Pas du tout

QUESTION 11 : Répondez selon votre intention de mettre votre objectif en action?

- Je n'ai pas l'intention de mettre mon objectif en action.
- J'hésite à passer à l'action.
- Je suis prêt(e) à passer à l'action.
- J'ai réussi mon objectif.
- J'ai déjà réussi à changer dans le passé, mais j'ai succombé à la tentation de recommencer.

QUESTION 12 : Y a-t-il un outil qui vous aidera ou vous aide présentement à atteindre votre objectif?

- OUI. Lequel (document, site web, dvd, émission télé, etc.)? _____

Dans quelle mesure? _____

- NON, j'y arrive seul(e).

QUESTION 13 : Y a-t-il une personne qui vous aidera ou vous aide présentement à atteindre votre objectif?

- OUI. Laquelle (au CES, amis, famille, etc.)? _____

Dans quelle mesure? _____

- NON, j'y arrive seul(e).

QUESTION 14 : Parmi les documents suivants, lesquels vous ont été remis? (Cocher)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre bilan informatisé | <input type="checkbox"/> Pochette du Centre d'éducation santé |
| <input type="checkbox"/> Liste de ressources communautaire | <input type="checkbox"/> Plan de votre objectif-santé |
| <input type="checkbox"/> Carte professionnelle de l'intervenant | <input type="checkbox"/> Horaire d'ouverture du centre |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____ | |

En quoi ont-ils été utiles? _____

QUESTION 15 : Considérez-vous, suite à votre entrevue, vous sentir capable d'atteindre l'objectif fixé?

Beaucoup Assez Un peu Très peu Pas du tout

Pourquoi? _____

QUESTION 16 : En vos mots, décrivez comment la rencontre s'est déroulée.

QUESTION 17 : Quel(s) type(s) d'outil(s) croyez-vous qu'il vous serait utile(s) dans l'atteinte de votre objectif? (Cocher)

Suivi téléphonique. À quelle fréquence? _____

Autre(s) entrevue(s) motivationnelle(s). Combien? À quel intervalle?

Site Internet

Groupe de support (Soutien en groupe)

Courriels d'encouragement

Journal de bord

Bottin de ressources communautaires travaillant pour de saines habitudes de vie

Autre _____

QUESTION 18 : Quels changements prévoyez-vous apporter à votre quotidien pour atteindre votre objectif? (Nommez-les)

QUESTION 19 : Avez-vous l'impression qu'une autre rencontre motivationnelle au Centre d'éducation pour la santé serait bénéfique dans votre démarche d'atteinte de votre objectif? (Cocher)

Beaucoup

Assez

Un peu

Très peu

Pas du tout

Pourquoi? _____

QUESTION 20 : En fonction de votre expérience au Centre d'éducation pour la santé, diriez-vous que : (Cocher)

	Très en accord	En accord	Assez en accord	Peu en accord	Pas en accord du tout
Le bilan informatisé est pertinent					
Les informations verbales transmises sont pertinentes					
L'entrevue m'a aidé à me fixer un objectif réaliste pour moi					
L'intervenant(e) était à l'écoute de mes besoins et mes capacités					
L'intervenante a reconnu mes ambivalences face au changement					
Les documents remis me seront/sont utiles					
L'entrevue m'a motivé à agir afin d'atteindre mon objectif					
J'ai apprécié mon expérience au Centre d'éducation pour la santé					

QUESTION 21 : Combien de temps avez-vous attendu afin d'obtenir un rendez-vous au Centre d'éducation pour la santé?

QUESTION 22 : Quel est votre degré de satisfaction du Centre d'éducation pour la santé, en regard... (Cocher)

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Très peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout
Des lieux					
Des horaires d'ouverture					
De la disponibilité des intervenants					

QUESTION 23 : Avez-vous l'impression que vous pourriez revenir au Centre d'éducation pour la santé, ou encore appeler l'intervenant en tout temps?

Tout à fait Probablement Peut-être Je ne crois pas Je ne sais pas

QUESTION 24 : Recommanderiez-vous à un ami d'aller au Centre d'éducation pour la santé?

Tout à fait Probablement Peut-être Je ne crois pas Je ne sais pas

QUESTION 25 : Y a-t-il une question ou encore une information que vous désirez partager avec nous?

Merci beaucoup d'avoir répondu à nos questions.

Votre participation est très appréciée!

ANNEXE B

Questionnaire Temps 2

Client

QUESTION 1 : Aujourd'hui, comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé en général est... (Encercler)

Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

QUESTION 2 : Aujourd'hui, comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général... (Encercler)

Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

QUESTION 3 : Aujourd'hui, comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre niveau d'activité physique est en général... (Encercler)

Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

QUESTION 4 : Dans quelle circonstance aviez-vous pris rendez-vous au Centre d'éducation pour la santé (CES)?

Démarche personnelle _____

Incitation d'un parent ou ami _____

Référence médicale _____

Référence d'un autre intervenant (nommer) _____

Autre (préciser) _____

QUESTION 5 : Quelle était la raison de votre rendez-vous au Centre d'éducation pour la santé?

QUESTION 6 : Quel est l'objectif de santé que vous vous êtes fixé suite à votre rencontre au Centre d'éducation pour la santé?

QUESTION 7 : Croyez-vous que les actions identifiées vont améliorer votre santé? (Encercler)

Beaucoup Assez Un peu Très peu Pas du tout

QUESTION 8 : Croyez-vous que les actions identifiées vont améliorer votre qualité de vie? (Encercler)

Beaucoup Assez Un peu Très peu Pas du tout

QUESTION 9 : Répondez selon votre intention de mettre votre objectif en action?

- Je n'ai pas l'intention de mettre mon objectif en action.
- J'hésite à passer à l'action.
- Je suis prêt(e) à passer à l'action.
- J'ai réussi mon objectif.
- J'ai déjà réussi à changer dans le passé, mais j'ai succombé à la tentation de recommencer.

QUESTION 10 : Depuis votre rencontre au CES, avez-vous mis votre objectif en action?

OUI (Passez à la question 10a)

NON (Passez à la question 10b)

Q10a : Le maintenez-vous encore? OUI NON

Si non, expliquez pourquoi. _____

Q10b : Avez-vous l'intention de mettre votre objectif en action? (Encercler)

OUI

NON

Si vous avez répondu *OUI*, quand prévoyez-vous mettre votre objectif en action? (Encercler)

Immédiatement

Demain

Dans 1 semaine

Dans 1 mois

Plus tard

Si vous avez répondu *NON*, expliquez pourquoi.

QUESTION 11 : Y a-t-il un outil qui vous aidera ou vous aide présentement à atteindre votre objectif?

OUI. Lequel (document, site web, dvd, émission télé, etc.)? _____

Dans quelle mesure? _____

NON, j'y arrive seul(e).

QUESTION 12 : Y a-t-il une personne qui vous aidera ou vous aide présentement à atteindre votre objectif?

OUI. Laquelle (au CES, amis, famille, etc.)? _____

Dans quelle mesure? _____

NON, j'y arrive seul(e).

QUESTION 13 : Considérez-vous, aujourd'hui (6 à 8 semaines suite à l'entrevue au CES), vous sentir capable d'atteindre votre objectif?

Beaucoup

Assez

Un peu

Très peu

Pas du tout

Pourquoi? _____

QUESTION 14 : Quel(s) type(s) d'outil(s) croyez-vous qu'il vous serait utile(s) dans l'atteinte de votre objectif? (Cocher)

- Suivi téléphonique. À quelle fréquence? _____
- Autre(s) entrevue(s) motivationnelle(s). Combien? À quel intervalle?

- Site Internet
- Groupe de support (Soutien en groupe)
- Courriels d'encouragement
- Journal de bord
- Bottin de ressources communautaires travaillant pour de saines habitudes de vie
- Autre _____

QUESTION 15 : Quels changements avez-vous ou prévoyez-vous apporter à votre quotidien pour atteindre votre objectif? (Nommez-les)

QUESTION 16 : Avez-vous l'impression qu'une autre rencontre motivationnelle au Centre d'éducation pour la santé serait bénéfique dans votre démarche d'atteinte de votre objectif? (Cocher)

Beaucoup Assez Un peu Très peu Pas du tout

Pourquoi? _____

QUESTION 17 : En fonction de votre expérience au Centre d'éducation pour la santé, diriez-vous que : (Cocher)

	Très en accord	En accord	Assez en accord	Peu en accord	Pas en accord du tout
Le bilan informatisé est pertinent					
Les informations verbales transmises sont pertinentes					
L'entrevue m'a aidé à me fixer un objectif réaliste pour moi					
L'intervenant(e) était à l'écoute de mes besoins et mes capacités					
L'intervenante a reconnu mes ambivalences face au changement					
Les documents remis me seront/sont utiles					
L'entrevue m'a motivé à agir afin d'atteindre mon objectif					
J'ai apprécié mon expérience au Centre d'éducation pour la santé					

QUESTION 18 : Combien de temps avez-vous attendu afin d'obtenir un rendez-vous au Centre d'éducation pour la santé?

QUESTION 19 : Quel est votre degré de satisfaction du Centre d'éducation pour la santé, en regard... (Cocher)

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Très peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout
Des lieux					
Des horaires d'ouverture					
De la disponibilité des intervenants					

QUESTION 20 : Avez-vous l'impression que vous pourriez revenir au Centre d'éducation pour la santé, ou encore appeler l'intervenant en tout temps?

Tout à fait Probablement Peut-être Je ne crois pas Je ne sais pas

QUESTION 21 : Recommanderiez-vous à un ami d'aller au Centre d'éducation pour la santé?

Tout à fait Probablement Peut-être Je ne crois pas Je ne sais pas

QUESTION 22 : Y a-t-il une question ou encore une information que vous désirez partager avec nous?

Merci beaucoup d'avoir répondu à nos questions.

Votre participation est très appréciée!

ANNEXE C

Grille d'entrevue Intervenant

1) Avez-vous déjà reçu une formation sur l'entretien motivationnel?

Si oui : Laquelle?

Quand?

2) Que retenez-vous de cette formation?

3) Décrivez l'entretien motivationnel en vos mots?

4) Quelle est votre vision du changement?

5) D'après vous, quelles sont les capacités de changer d'une personne?

6) Comment transposez-vous votre vision du changement au CES?

Description d'une rencontre, étape par étape (le temps alloué, les questions posées, l'endroit, outils utilisés, etc.)

7) À votre avis, comment agit une bonne intervenante en entretien motivationnel?

8) Pouvez-vous me décrire un cas où vous avez fait la différence avec votre client?

D'après vous, qu'est-ce qui s'est passé?

9) Comment vous y prenez-vous pour que la personne fasse ses propres choix et devienne responsable des conséquences?

10) Pouvez-vous me décrire un cas où vous avez de la difficulté avec votre client?

D'après vous, qu'est-ce qui s'est passé?

11) Comment vous y prenez-vous lorsque la personne a des discours contradictoires ou des discours qui vous désarment?

12) Avez-vous besoin d'être dans un état d'esprit particulier pour faire un entretien motivationnel?

Si oui : Lequel?

13) Et le client lui?

14) En général, croyez-vous que la personne (client) est authentique envers lui-même lors de votre rencontre?

15) Serait-ce une bonne idée de faire des groupes de suivi, suite aux entretiens motivationnels?

16) Comment vous sentez-vous face à l'encadrement organisationnel qui chapeaute le CES?

17) À votre connaissance, le CES a-t-il déjà fait l'objet d'une évaluation depuis sa mise en place?

Si oui, de quel type? Quels en sont les résultats?

ANNEXE D

Formulaire d'information et de consentement

Étude de l'apport de l'entretien motivationnel sur le changement de comportement des clients d'un centre d'éducation pour la santé.

Chercheuse principale : Lise Renaud, Ph.D. UQAM

Co-chercheuse : Claudie Beauséjour, étudiante à la maîtrise UQAM, infirmière clinicienne.

Bonjour,

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information et de consentement avant de vous décider. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation est volontaire.

1) Description du projet de recherche

Les mauvaises habitudes de vie entraînent de multiples problèmes de santé. Visant à contrer cette problématique marquée à travers la province, un Centre d'éducation pour la santé a été introduit dans chaque CSSS de Montréal. Après maintenant quelques années, plusieurs clients sont rencontrés chaque semaine avec une approche motivationnelle pour une entrevue, puis une deuxième rencontre ou encore un suivi téléphonique s'en suit quelques semaines plus tard.

La présente recherche se veut aidante pour les intervenants des Centres d'éducation pour la santé (CES). Elle vise à leur apporter de l'information à propos des besoins des clients, à donner une plate-forme d'expression aux clients afin d'exprimer leur appréciation et déception face à l'expérience vécue au CES et d'établir des objectifs réalistes et atteignables pour le suivi de la clientèle du CES selon ses besoins.

2) Participation attendue au projet

Pour les usagers du CES : La participation à ce projet requiert que vous répondiez à un questionnaire à deux reprises : Immédiatement après votre entrevue au CES et 6 à 8 semaines après l'entrevue. Le deuxième questionnaire pourra être complété au téléphone avec le chercheur afin de vous éviter un déplacement supplémentaire.

Dans le cas des intervenantes du CES : La participation à ce projet requiert que vous répondiez à quelques questions dans le cadre d'une entrevue faite avec Claudie Beauséjour.

3) Avantages de la participation

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation nous aidera à mieux comprendre les besoins de la clientèle du Centre d'éducation pour la santé vivant un processus de changement de comportement.

4) Risques et inconvénients de la participation au projet

Il y a peu de risque lié à votre participation. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certaines difficultés que vous avez éprouvées. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. Il pourra vous diriger vers des ressources appropriées.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire à remplir les questionnaires, soit environ 15 minutes chacun.

5) Confidentialité des données de la recherche

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeureront anonymes. Les noms mentionnés ou l'identité des participants n'apparaîtront nulle part.

Votre formulaire de consentement sera conservé séparément des autres documents de recherche. Aucun lien ne pourra être fait entre votre identité et les informations données dans les questionnaires.

6) Diffusion des résultats de recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels.

Si vous souhaitez consulter les résultats de la recherche, un exemplaire sera disponible à la consultation au centre de documentation du CLSC Bordeaux-Cartierville à la fin du projet.

7) Participation volontaire

Vous n'avez aucune obligation à participer à cette recherche. Si vous ne désirez pas y participer, cela ne nuira aucunement à vos relations avec les chercheurs et vos services n'en seront pas altérés.

Si vous acceptez de participer, vous pouvez tout de même vous retirer en tout temps de la recherche.

Vous ne recevrez aucune compensation financière reliée à votre participation.

Le chercheur peut lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

8) Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

9) Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Mme Claudie Beauséjour par téléphone au 514-596-0912 ou encore par courriel à claudie.beausejour@hotmail.com

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au numéro suivant : 514-528-2400, poste 3262 ou encore par courriel à ethique@santepub-mtl.qc.ca

Vous pouvez également joindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, madame France Desroches, par téléphone au 514-331-3025 poste 1003.

10) Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant	Signature	Date
--------------------	-----------	------

11) Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur	Signature	Date
------------------	-----------	------

ANNEXE E

Bilan des entrevues (Verbatim) Intervenant

1- Avez vous déjà reçu une formation sur l'entretien motivationnel?

Répondant 1 : Oui, j'ai eu plusieurs formations. C'est avec PsyMontréal. Tous les éducateurs pour la santé ont reçu une formation. J'ai un petit brevet (rire) pour l'entretien motivationnel, le niveau 1 et le niveau 2. J'ai même eu une formation de l'AFDÉM, c'est l'entretien motivationnel qui vient de la France. Il y a deux intervenants qui sont venus à Montréal et on a eu une formation pendant un jour, alors c'est très bien. Pis on a aussi un COP, une communauté de pratique, on a plusieurs rencontres pendant l'année, habituellement à peu près cinq rencontres pendant l'année où on rencontre les autres éducateurs pour la santé qui travaillent dans les autres CSSS. On se rencontre, on parle de comment ça va dans nos propres CSSS, on parle de l'entretien motivationnel, on parle de la prévention de la santé, alors on se compare, on voit qu'est-ce qui va bien, on voit que ça évolue depuis qu'on a commencé ça. Moi j'ai commencé ça en 2005, on a commencé la réflexion pis en 2006, pis après ça on a ouvert à Bordeaux-Cartierville un centre d'éducation pour la santé et par la suite, l'année d'après, on a ouvert le centre d'éducation pour la santé à St-Laurent.

(La formation mentionnée, c'était également en 2005-2006?)

Au début, on était projet pilote à Bordeaux-Cartierville, CSSS Bordeaux-Cartierville, pis ils ont ajouté, finalement ils ont décidé que ça va être tous les CSSS qui vont partir des Centre d'éducation pour la santé, mais au début il y avait juste le CSSS Bordeaux-Cartierville[St-Laurent] et le CSSS de Ahunatic-Montréal-Nord. Alors on a commencé des rencontres juste l'éducateur qui était là avec moi et Louise de Villers, qu'on était les deux ensemble [ici] et puis avec la direction de la santé publique. Alors on a pu participer à tout, même les modules l'alimentation, l'activité physique et tabac étaient pas fait, alors quand ils ont proposé quelque chose, ils ont demandé notre opinion. Est-ce que ça sera mieux comme ça, comme ça. Ils ont fait un modèle, on a dit non, on aime pas cet aspect là, on veut que ce soit comme ça. Alors, c'était vraiment intéressant. On a même eu, ils ont même demandé notre feedback par rapport... on a fait des dvd, des powerpoints, pis on a fait testé ça avec des membres de la communauté.

Il y a aussi, c'est vrai, un COP virtuel, une communauté de pratique virtuelle où on peut comme chatter avec les autres éducateurs pour la santé des autres CSSS. On se demande des questions. Moi j'ai eu un tel client, je sais pas quoi faire, ou j'ai une nouvelle ressource, je veux partager avec vous, alors ça aussi c'est une formation continue qui est très pratique.

Répondant 2 : Oui, on en a reçu. C'est qu'on a été les privilégiés à la santé publique avec le tout début des centres d'éducation pour la santé. On avait eu une formation de 2 jours, mais vraiment des suivis vraiment intensifs. Les premiers au niveau des centres d'éducateurs pour la santé. Et on a eu aussi les gens de l'AFDEM pour l'entretien motivationnel 2 qui étaient venus de la DSP. On a eu la chance d'avoir cette formation là. La formation initiale de 2 jours était autour de 2005, au début des CES, avec la santé publique. À ce moment là, les tout début des éducateurs pour la santé, il y avait une formation très intensive et un suivi très intensif, plus qu'une fois par mois je pense. C'était très très intensif et même, un moment donné, on a eu un suivi, Marie-Claude Gélinau qui était la responsable des gens du CES, elle est partie en congé et il y a eu un remplacement avec John Kaiser qui donnait la formation avec Jean-Marc Assaad de PsyMtl la première formation qu'on a eu. Je le sais qu'à présent, il y a des changements et qu'il y avait eu M.Bertillon qui semble avoir aussi une autre approche différente. Et en tant qu'intervenant, je ne sais plus si c'est au CAT ou au CES, on avait eu la chance qu'ils ont fait venir ceux qui traduisent les livres de Miller & Rollnick, Dr Philippe Michaud et Dr Lécaly(?) et on avait eu l'entretien motivationnel, une autre formation d'une journée. Ça ç'avait été super le fun avec stimulation. Et j'ai eu aussi récemment, plus dans un milieu clinique, comme l'introduction à l'entrevue motivationnelle que Dr Guibert/Gilbert, une médecin de la santé publique, qui fait une à 3h dans les milieux cliniques qui le veulent, mais c'est plutôt de l'entretien motivationnel. Et j'ai déjà vu aussi sur l'heure du midi à la DSP, il y avait un autre Md qui faisait Motiver vos patients en 3 minutes. Lui, il avait un axe et c'était beaucoup plus complexe avec 4 carrés qui disaient l'importance, la confiance, mais je le trouvais compliqué moi son modèle. Je trouvais qu'il fallait augmenter l'importance et après ça... Mais je le trouvais plus compliqué. J'en ai vu sur le web aussi, en fouillant, j'ai trouvé aussi des choses intéressantes.

2- Que retenez-vous de ces formations?

Répondant 1 : Ce que je retiens de ça, c'est que c'est quelque chose de complètement nouveau. Et puis ça nous aide à évoluer... les CSSS, les CES c'est unique à Montréal, en Amérique du Nord. On est les 12 CSSS. Ça a parti quand notre patronne, notre ex-patronne était à Dublin, elle a entendu parler de ça pis elle voulait, elle était très intéressée à avoir ça à Montréal, alors... c'est un beau défi. Pis c'est une façon d'introduire la promotion de la santé.

Répondant 2 : Il y a tout l'esprit de l'entretien motivationnel. Pour amener ton patient à dire les choses. J'en conclus aussi que c'est une habileté et que des fois c'est comme n'importe quel apprentissage, il y a des rechutes, alors c'est la même chose dans ta façon d'intervenir en

entrevue motivationnelle, il faut que tu commences tranquillement. Des fois, juste à la façon de faire, tu vas agir juste questions ouvertes, ce n'est pas si évident ou changer ta façon de poser des questions. Il faut que tu te regardes un moment donné et te dire comment tu vas faire ça. Il y en a qui sont excellents dans la façon de faire. Moi je fais des reflets simples, questions ouvertes, je vais essayer de dire, de demander l'opinion aussi au patient. Il y a toute cette façon là et ce n'est pas évident quand tu apprends ça, c'est beaucoup au niveau des questions ouvertes. Tu laisses parler ton client et des fois tu serais tenter d'intervenir parce que tu te dis tatata, mais non. Qu'est-ce que vous penser de...? Votre prochaine étape? Mais avant d'arriver à des petites choses comme ça, ça prend du temps et il faut se laisser le temps. Il faut se regarder aussi en tant qu'intervenant, mais c'est vraiment d'écouter ton patient et de la façon que tu vas poser ta question ou faire tes reflets pour l'amener plus loin. C'est un apprentissage!

3- Pouvez-vous me décrire l'entretien motivationnel en vos propres mots?

Répondant 1 : Je pense que l'entrevue motivationnelle c'est une façon... hmm, d'aider les clients à trouver leur propre solution. C'est que on voit vraiment la différence quand on dirige le client, on dit « vous avez l'hypertension, vous devez faire ça », les gens sont moins motivés à passer à l'action. Tandis que si on leur fait réfléchir, je fais ça, pis oh c'est vrai je m'enlignais vers ça, pis non, je vais trouver un autre trajet pis je peux décider. C'est toujours le choix. Je pense que c'est le plus important. La chose la plus importante que le client réalise c'est que si je continue comme ça, je m'enlignais vers ça, mais non, moi je choisie de trouver un autre chemin, de suivre un autre chemin. Je vais être en charge de ma propre santé, pis je décide de faire tel chose pis j'ai besoin d'aide. Tsé, j'ai besoin de parler à vous, j'ai besoin de mon médecin, j'ai besoin d'aller au gym, et c'est toujours son choix.

On dirige le client d'une certaine façon, mais c'est lui qui est en charge. On est vraiment à l'écoute, on le guide.

Répondant 2 : c'est vraiment d'écouter ton patient et de la façon que tu vas poser ta question ou faire tes reflets pour l'amener plus loin. C'est un apprentissage!

Il y a toutes sortes de grandes bases d'esprit motivationnel, au niveau des vocations. Il y a l'empathie, les questions ouvertes, ce qui fait que tu danses avec ton client. Il faut que ça vienne de ton client. Mais ce qui fait qu'en tant qu'intervenant, c'est beaucoup moins frustrant. Tu as toutes les obstacles de ton client, sur quoi il veut travailler, il te le dit ton client, sur quoi lui veut travailler et commencer. Ce que je trouve un peu fou, généralement en tant qu'intervenant, on fait la liste d'épicerie. J'entends ça. « Je lui ai dit, il faut commencer par ci, ça, ça », mais ton client ce n'est pas par ça des fois qu'il va commencer.

C'est peut-être complètement quelque chose d'autre. Et à toutes les formations que j'ai eu pour d'autres sujets, il faut que tu commences par les besoins du client. Si le besoin du client c'est ça et qu'est-ce qu'il a envie de travailler, ben tu risques de l'attraper dans le détour, mais ça c'est un autre chose. Il faut que tu y crois sinon, tu augmentes la résistance. Et là, quand t'as de la résistance, c'est que tu as un problème avec ta relation. Alors, il faut que tu regardes qu'est-ce que tu fais. Mais ça, il faut se questionner, il faut prendre du temps aussi pour le faire et il y a des choses que tu acquiers et ça prend beaucoup de temps, mais ça reste dans ta vie aussi, dans ta façon d'intervenir partout.

4- Quel est votre vision du changement?

Répondant 1 : C'est de sortir de nos habitudes. Tsé, les gens disent que c'est pas facile changer nos habitudes, mais c'est de le réaliser, de leur faire réaliser que oui c'est pas facile, mais si je change, si je décide de changer, ça va m'aider. Pis je vais être contente à la fin. Alors, c'est de sortir de notre routine, de nos habitudes, de notre sécurité... tsé les gens disent « je suis sécurisée avec ça, c'est facile, je me lève le matin, j'ai pas besoin de penser ». Alors c'est de sortir de la routine.

Répondant 2 : Quand tu veux voir un changement, il faut que tu vois l'avantage que ça a pour toi le changement car sinon pourquoi tu changerais. Donc, quelqu'un a beau dire que c'est un changement, pis ça demande de l'énergie. Beaucoup d'énergie. C'est beaucoup plus difficile changer. La plupart des gens ne sont pas prêts à changer. Y a-t-il un avantage? Il faut qu'il y ait plus d'avantage à changer que d'inconvénients ou d'obstacles. Il faut que tu le vois, il faut que tu sois capable pour toi de le voir parce que sans ça, ça ne marchera pas. Ce n'est pas nécessairement parce que tu as un problème de santé, et ce n'est pas nécessairement la santé qui va te faire changer. En tant qu'intervenant pour la santé, la santé c'est important pour nous mais les gens ne vont pas bouger nécessairement pour leur santé. Il faut avoir d'autres raisons. Et ce n'est pas facile le changement, ça demande de la résistance un peu.

5- D'après vous, quelles sont les capacités d'une personne à changer?

Répondant 1 : C'est très individuel. C'est toujours intéressant de voir comment... Il y a plusieurs facteurs qui affectent ça. C'est que si le client est jeune, des fois il va « oh ben mes parents font du diabète, de l'HTA mais moi ça va pas m'arriver » ou des fois c'est un client

qui est malade qui nie le changement. Alors c'est toujours, moi je regarde chaque client, j'essaie de les placer dans la roue de prochaska. Est-ce qu'il est en stade de précontemplation, il ne voit même pas que quelque chose va lui arriver, ou la contemplation, je sais que si je continue comme ça, il peut m'arriver quelque chose, mais je suis pas vraiment je dois penser à ça. Est-ce qu'il est en stade de préparation, ben je sais qu'il y a quelque chose qui va m'arriver et je vais demander des questions, tout ça. Est-ce qu'il est en phase d'action, j'ai déjà commencé à faire de l'activité physique, ou j'ai déjà commencé à manger mieux. Ou est-ce qu'il est en stade de rechute? Alors c'est une roue et la rechute est tout à fait normale dans la vie alors on sait qu'il y a des gens qui vont passer à l'action pis oups, il y a quelque chose, je faisais de l'activité physique et puis je n'étais plus capable. On leur fait apprendre que c'est correct d'avoir une rechute et chaque chose qu'on fait, chaque rechute, c'est une opportunité d'apprentissage. Alors on apprend quelque chose. Ça allait bien jusqu'à maintenant, mais là aujourd'hui ça va pas. Qu'est-ce que je peux faire la semaine prochaine pour que ça aille mieux.

J'essaie de situer la personne dès le départ parce qu'on ne fait pas le même genre d'entrevue ou d'interaction si la personne est en précontemplation ou si elle est en stade d'action. Parce que si la personne est en stade de précontemplation, je ne vais pas lui enseigner quelque chose parce qu'il ne va pas l'accepter. Et c'est très intéressant si la personne voit que tu comprends sa situation. C'est tellement difficile d'accepter qu'il y a une maladie, ben vraiment il est à l'aise. Ou des fois la personne dit « je sais que je ne mange pas assez de légumes, mais c'est trop cher ». Alors si dès le début tu dis « ah c'est vrai je comprends », on fait des liens avec d'autres intervenants. Comme par exemple : Savez-vous que vous pouvez rencontrer une travailleuse social pour parler de votre relation difficile ou le fait que vous n'êtes pas capable de trouver un emploi. Ou savez-vous qu'il y a cet organisme où vous pouvez aller pour avoir la nourriture moins cher, « ah non, je savais pas ». Alors dès le début, ils se sentent comme à l'aise. Même jusqu'au point où quand les gens viennent dans mon bureau, je leur dis « je peux vous dire que vous allez être content en sortant d'ici ». Pis afin d'atteindre ça, je veux savoir c'est quoi votre objectif. Alors dès le début c'est pas moi qui gère la rencontre, c'est le client. Alors ça le rend très à l'aise d'ouvrir son esprit.

Répondant 2 : Généralement, je dirais que quand il arrive quelque chose, c'est plus facile à changer. Admettons que tu es devant un problème de santé et que tu es confronté, donc ça c'est peut-être plus facile. Il t'arrive une catastrophe, ok, il y a un signal d'alarme. S'il n'y a pas de signal d'alarme, c'est peut-être plus difficile. Je ne sais pas si le fait d'être plus jeune ou plus âgé va aussi changer quelque chose. Je dirais aussi que ça marche par culture. Tout de ton environnement, je pense que ton influence de message ou de vouloir changer va aussi dépendre de tout l'environnement. Si t'entends disons, t'as toujours les défi à chaque année, bien peut-être que tu vas avoir un intérêt si tu as toujours grandi là dedans, peut-être que ça

fait partie de toi. Mais je ne sais pas, je pense que les gens attendent vraiment de frapper un mur. Ils ont besoin de quelque chose. Généralement les gens vont consulter quand ils ont quelque chose. Le préventif, au cas où il arrive quelque chose, je ne sais pas si c'est parce que ce n'est pas connu pour des vraies raisons. Je vais donner un exemple : On parle d'habitudes de vie, les habitudes de vie, l'OMS nous dit que si on agit sur l'alimentation, le tabagisme et la sédentarité, 80% des problèmes peuvent être évités et 40% des cancers. Mais ce n'est pas ça qu'on entend. On entend « Va-t-on trouver des traitements pour ci, pour ça? Mon hérédité... » Oui mais j'ai un pouvoir là, jusqu'où c'est publicisé ça que moi j'ai un pouvoir par rapport à ça. Je le sais pas jusqu'à quel point on sait ça. On attend le remède miracle, mais avant le remède miracle, on pourrait faire quelque chose. Moi je pense qu'il y a un petit problème à ce niveau là.

6- Pouvez-vous décrire une rencontre au CES avec un client?

Répondant 1 : Ok, alors au début, je leur explique que ça va prendre à peu près une heure. Je leur dis qu'on va faire un petit bilan. Pendant quelques minutes, je vais leur demander des questions. On a beaucoup de choses interactives dans le bureau, on a des modules, on va se référer aux modules pour les aider à savoir c'est quoi une portion et tout ça. Alors je vais leur dire que je vais leur demander combien de tel aliment ils mangent, combien de minute d'activité physique ils font, est-ce qu'ils fument. Et à la fin des questions, on va regarder pourquoi c'est important pour la personne de changer. Par exemple, si elle a des maladies ou s'il y en a dans la famille. Pourquoi c'est difficile de changer. Tsé, on a toujours des excuses, « j'ai pas de temps, j'aime pas l'activité physique ». Et à la fin, la personne, c'est pas moi qui va lui dire quoi faire, mais c'est lui qui va réaliser : « oh c'est vrai, je sais qu'il faut que je fasse ça », puis on va regarder ensemble pour trouver des solutions.

Si la personne est vraiment dans le stade précontemplation, contemplation, on va juste trouver, on va juste miser sur l'augmentation de la motivation à changer. Pourquoi c'est important que je change mes habitudes. Si la personne est dans le stade de préparation ou d'action et la personne a déjà commencé à faire des choses, on va renforcer l'engagement. Alors on va lui donner un peu de conseils, on va parler de l'engagement. Il est déjà engagé, mais on ne veut pas qu'il aille une rechute. Alors, on va lui demander « qu'est-ce que vous allez faire pour garder cette motivation.

Répondant 2 : Premièrement on commence par le bilan. Ensuite je pars du bilan et regarder avec la personne, qu'est-ce que ça lui dit ce bilan-là. Est-ce qu'elle est d'accord ou non. Si elle a quelque chose sur lequel elle veut travailler, on en discute davantage. Je sais que si la

personne fume, il y a toujours une intervention brève en tabac. Ensuite, on va vraiment sur ce que la personne veut travailler. On parle de ça. On part de l'échelle, les avantages de changer, les avantages de ne pas changer, les avantages et désavantages du changement. Mais c'est vraiment ça, et c'est rare qu'on arrive au plan d'action, on le présente mais on travaille plus à ce niveau là. J'ai travaillé même avec des jeunes. [parle d'un projet pilote à l'urgence de HSC où elle faisait de l'entretien motivationnel avec les gens dans la salle d'attente] Parfois la personne avait à changer autre chose ou elle était allée plus loin, mais ça teint, la façon de parler avec le CES, on utilise aussi en kiosque. C'est vraiment petit pas par petit pas.

7- Comment agit une bonne intervenante pour faire une entrevue motivationnelle?

Répondant 1 : En général, ce que j'ai trouvé le plus intéressant, c'est que on parle moins que le client! Ça c'était très difficile au début parce qu'on va à l'université pour être professionnel, pour pouvoir aider, conseiller des clients. Je me rappelle une fois, j'avais un externe avec moi et je devais sortir du local pour chercher le bilan et le client a commencé à parler à l'externe, il voulait savoir des choses par rapport à l'HTA et quand je suis revenue dans la salle, j'ai entendu la conversation. Le médecin a réalisé que ce n'était pas une bonne idée de répondre. Alors il a comme, pis à la fin, quand le client est sorti, l'externe a dit « j'ai trouvé ça fascinant, ça va complètement changer ma façon de travailler avec les clients, parce que j'ai réalisé, je voulais tellement répondre aux questions du clients, mais j'ai réalisé t'as pas répondu directement à sa question, mais c'était bien parce que le client a trouvé sa propre solution » et puis il va adhérer plus à ça parce qu'il l'a trouvé tout seul. Tu l'as guidé à trouver sa propre raison. Il a dit « c'est fascinant! » Alors c'est vrai. On sait que c'est bon si vraiment le client parle beaucoup et réfléchit et dit qu'est-ce qu'il va faire. Il y a des gens qui disent « ben ça se peut que je vais faire ça », alors on sait qu'il est en réflexion. Aussi c'est les mots du client, si le client dit « C'est ça que je vais faire », alors on sait qu'il est en stade de préparation et qu'il va vraiment faire ça. Alors il faut vraiment être à l'écoute. Des fois, quand on est en entrevue, le client répond et déjà on pense à la prochaine question, mais on ne peut jamais faire ça parce qu'on va perdre on va pas pouvoir aider le client. Il faut vraiment être à l'écoute, écouter le client, écouter sa réponse et réfléchir à ça avant de demander la prochaine question. C'est quelque chose!

Répondant 2 : Dans la présentation, dans l'attitude que tu vas avoir, il faut que tu crois à ça. [La bonne intervenante] elle va laisser la place à son client, c'est sur qu'il y a comme un alliance, dans l'accueil de ton patient, elle laisse la place à son client. Elle ne devrait pas

parler plus que son client. Vraiment, toute la base au niveau de l'entretien motivationnel, mais c'est vraiment le client qui [est en premier plan]. C'est deux experts qui se rencontrent, ce n'est pas juste un expert. Ton client est expert dans ça. On parle beaucoup d'autonomie, mais c'est ça, il est expert de son corps, de ce qu'il va faire. Ça c'est aussi une autre affaire à apprendre. Parce que même culturellement, avec l'immigration où les gens ne vont pas nécessairement consulter en prévention, ils vont consulter quand ils ont un problème. Ou, ils sont habitués de dire que si le médecin a dit ça alors c'est correct. On est beaucoup dans l'autonomie donc je trouve que des fois c'est difficile. C'est un peu contradictoire parfois.

8- Pouvez-vous nous décrire une situation où vous avez changé les choses. Et pourquoi ça c'est bien passé d'après vous?

Répondant 1 : Souvent, ça se passe comme ça, qu'au début c'est parfois c'est le langage du corps. La personne vient et ne s'assoit pas très haut dans la chaise, on voit les bras croisés et ne regarde pas dans le visage, et donne des réponses très vagues. Finalement, il commence à s'asseoir un peu plus droit et te regarde dans les yeux et dit « ah c'est vrai ». Des fois ils disent « hey je savais tout ça et j'ai jamais eu le temps de réfléchir ». Tu demandes des questions des fois avec le bilan et tu dis, une des questions du bilan est « Du moment où vous vous levez le matin jusqu'au moment où vous vous couchez le soir, combien d'heure vous êtes assis? » Pis la personne te regarde avec des yeux OH MY GOD! [Ils répondent] « je suis devant l'ordi et je suis au travail, et je suis au téléphone. À la fin de la journée, je suis fatigué, je regarde la télévision... oh ça fait 8, ça fait 9 ». Alors tu vois, qu'il est en train de réfléchir. Il se dit « WOW, c'est vrai ». Des fois, c'est le langage du corps qui dit vraiment « tu m'as fait réfléchir ». Des fois c'est vraiment, la personne réalise... je demande à la fin, c'est quoi votre plan d'action et la personne dit quelque chose qui est complètement, pas relié à l'alimentation, j'ai eu une dame qui m'a dit par exemple : « Je dois revoir le psychologue, parce que vraiment j'ai un problème de relation avec mon mari ». Parce que chaque fois qu'elle a répondu, elle a dit « je peux pas manger ça parce que mon mari aime pas ça ». Ou encore, c'est une jeune mère de famille qui dit « je peux pas faire ça parce que mes enfants... ». Alors des fois la personne réalise : Je dois m'occuper de moi, parce que si je m'occupe pas de moi... Alors elle parle, elle parle, elle parle et un moment donné, elle prend conscience et réalise. Son langage du corps, c'est la façon dont elle parle, ça change. On voit le flash, le déclic et on dit WOW, j'ai affecté la vie de quelqu'un. Ce qui est intéressant avec l'entrevue motivationnelle, c'est que des fois on va voir le déclic mais des fois ça vient quelques jours, quelques mois, quelques années plus tard. Parfois c'est une jeune personne qui réalise que dans sa famille il y a plein de maladie mais « oh je suis trop jeune », mais un

moment donné, il va pensé à ça. Une madame a dit « quand j'étais au restaurant, oh my god, j'ai pensé à toi et j'ai dit Oh boy! » J'ai eu des cartes de remerciements, des courriels des gens qui ont réalisé des choses pis ça me fait chaud au cœur.

Répondant 2 : [Raconte une expérience d'une personne qu'elle a revu et qui lui a dit « ah oui, vous, vous m'avez fait cheminer! Et j'ai même changé d'emploi et j'ai réglé d'autres problèmes! » C'est juste la façon dont tu vas le dire. L'impact, des fois je ne sais pas, je vais faire un kiosque en tabagisme et après avoir discuté après une jeune fille, j'ai eu un come back de l'infirmière du Cégep qui me disait que la fille faisait des démarches et pensait juste à ça. Ou des fois les gens disent « tu me fais réfléchir ». Où je trouve dans l'intervention, ce qui est le fun, c'est que les gens disent qu'ils ne sont pas motivés, quand tu fais une échelle et qu'ils disent 2/10, c'est sur que l'intervenant « autre » aurait dit bon, il n'est pas motivé du tout, il n'y a rien à faire avec lui. Mais toi tu dis, c'est bon, vous n'avez pas dit 0. Alors les gens sont surpris et là tu les fais parlé sur les avantages, qui s'entendent dire. Honnêtement, de question... En fait, c'est arrivé régulièrement quand on faisait des kiosques des fois, à chaque année, à tel place, t'as toujours quelqu'un qui venait pour dire « vous m'avez dit quelque chose l'année passée ». Mais en kiosque, on faisait beaucoup par exemple en tabac, ma motivation a changé de 0 à 10. Ça c'est le fun faire ça. Ou même, une mauvais habitude, on doit dire, j'aime fumer parce que... Hey c'est le fun ça, les gens viennent! Et j'aime pas fumer parce que... ou je ne fume pas parce que... C'est comme correct si tu fumes, alors tu ne les juges pas, il y a tellement de pression sur les fumeurs aujourd'hui, c'est d'avoir un autre visage. C'est ça qui fait qu'au CES, tu peux avoir toute sorte de mauvaises habitudes, mais tu ne te feras pas juger. Tu ne te feras pas critiquer. Tu ne te feras pas dire « c'est pas correct d'avoir un comportement comme ça ». Parce que dans ton autre façon d'interagir vous faites pas ça, faites pas ça, c'est tout un accueil pour le client comme ça.

9- Pouvez-vous nous décrire une situation où c'était plus difficile et pourquoi c'est arrivé?

Répondant 1 : Ça dépend de la personnalité aussi. Il y en a qui ont eu une vie difficile. Ce qui est intéressant c'est que des fois la personne, je vais donner un exemple : il y a une madame qui a dit, elle voulait venir avec sa fille parce que sa fille a un problème de poids et je lui ai dit que je vois seulement les adultes, mais vous pouvez venir avec elle et on va parler de vous mais votre fille va écouter et elle va apprendre quelque chose. Finalement, à la dernière minute, sa fille ne pouvait pas venir, alors elle a décidé de venir toute seule. Alors l'entrevue était avec la mère et elle était en larmes à la fin parce qu'elle a réalisé que elle s'en va vers le

diabète. Et elle s'occupe tellement de sa fille qu'elle n'a pas réalisé que si elle continue comme ça, elle aura du diabète sous peu. Alors des fois c'est comme ça, mais des fois la personne nie. Elle nie quelque chose mais tu es capable de leur faire réaliser. Une chose que je demande des fois, c'est « Jusqu'à quel point c'est important pour vous de faire le changement. » De nommer un chiffre de 0 à 10. Et jusqu'à quel point vous êtes confiant que vous allez pouvoir changer de 0 à 10. J'avais encore une fois un père avec une fille et le papa a dit au début que « c'est pas important de changer mes habitudes, je suis ici pour ma fille » et finalement, il a réalisé qu'il est diabétique. Je lui ai demandé à la fin de l'entrevue « jusqu'à quel point c'est important » et il m'a regardé dans les yeux et il a dit « c'est 10/10 important ». Alors tsé des fois au début, c'est pas facile et tu te dis « oh my god, qu'est-ce que je vais faire?! » Et si vraiment, tu n'es plus capable de trouver, qu'il sort ses émotions de voir pourquoi c'est important pour lui. Ce sera beaucoup plus facile de lui amener à changer. Si on force à changer, ça va pas être bon. Mais, ça va être peut-être bon au début, mais la personne va devenir tannée, et un moment donné, elle va perdre sa motivation. Je leur dis, la motivation, il faut que ça vienne de vous. Si vous m'écoutez et vous dites « oh c'est vrai », non! Il faut vraiment qu'on regarde vraiment si la personne est en stade de précontemplation ou contemplation, vraiment on travaille sur pourquoi c'est important pour lui. Pis au début, il réalise pas des fois, mais on leur fait, on répond à leurs questions et ils réalisent, oh wow, c'est vrai, je m'en vais vers un chemin de diabète ou d'HTA et je veux pas ça.

Répondant 2 : Qu'est-ce qui se serait passé : la difficulté qu'il ne voulait pas changer. Il avait dit quasiment la mort, bon ben je vais mourir de tout façon. - . Bon je sais qu'il y a des personnes qui ne sont pas habitués de cette façon là de faire, mais dans l'intervention, il faut que tu acceptes qu'il y aille des silences aussi et que ce que la personne réfléchisse et que des fois tu sais pas trop quelle question... T'es en apprentissage aussi et des fois des journées que tu es moins bon, que tu es moins bonne. Mais oui je n'ai pas été... il y en a eu mais c'est comme vague pour moi. Mais généralement, les gens vont te remplir ça. T'as pas de difficulté à faire faire l'intervention même. Parce que même l'autre intervenante en a eu des gens qui venaient les bras croisés et qui venaient parce que la femme était à côté et disait « écoute l'intervenant »! Mais finalement, des fois tu vas juste dire « moi je viens juste à cause de mon docteur » ok, mais pourquoi votre docteur pense que c'est important pour vous que vous soyez ici ou pourquoi vous êtes venu parce que... Donc tu vas démystifier, je pense que ça va dépendre dans la façon que tu vas poser tes questions et des fois, si le patient ne veut pas, il ne veut pas! Il a les outils... Moi je trouve ça beaucoup moins frustrant de travailler avec cette approche là. Et tu es moins épuisé comme intervenant aussi et tu comprends mieux pourquoi ton intervention...

Quand [le discours du patient] est vraiment ambivalent, tu peux lui dire. « Vous me dites ça d'un côté, j'entends quelque chose... » tu sais, tu vas lui faire un reflet de ses contradictions

et [dire] « j'aimerais ça comprendre. D'un côté j'entends tel chose et vous voudriez tel chose et ça me semble contradictoire. J'aimerais ça vous comprendre, j'aimerais ça que vous m'expliquiez ». Donc tu lui mets le contraste. Ben c'est une des choses. C'est la résolution de l'ambivalence. Tu lui mets que son comportement est en contradiction avec sa valeur. Qu'est-ce qu'il a envie de faire avec ça? Tu lui remets ça dans son camp, mais tu peux donner de l'information pareil.

10- Comment vous y prenez vous pour que la personne fasse ses propres choix et qu'elle en soit responsable?

Répondant 1 : voir réponse ci-haut

Répondant 2 : Dans le sens que c'est la conséquence de se choisir. Tu sais quand on fait juste l'échelle motivationnelle, tu l'as dans le choix, si vous décidez de continuer comme ça, c'est quoi la pire chose qui peut vous arriver? Ou qu'est-ce qui va arriver? La pire chose? Ok, il y en a qui vont dire « j'ai pas envie de changer », alors vous attendez l'extrême? Ils vont dire, j'attends tel, tel, tel affaire. Bon vous allez attendre l'extrême, vous aimez prendre des risques. Et là, ils le disent automatiquement, où ils sont. De cette façon là, ils l'ont dit. Ils le voient.

11- Est-ce que vous avez besoin d'être dans un état d'esprit spécifique quand vous faites une entrevue motivationnelle?

Répondant 1 : C'est vrai que si je regarde les éducateurs pour la santé, il y a une personnalité qui *fit* avec ça. Si vraiment t'aime gérer quelqu'un, tu ne vas pas être à l'aise. Il faut que ça soit une personne qui vraiment est à l'écoute de la personne, quelqu'un qui est douce, quelqu'un qui est à l'écoute. C'est vraiment le genre de personne qui *fit* pour être un éducateur pour la santé. C'est fascinant à voir.

C'est une bonne question. En fait, je suis toujours de bonne humeur. J'essaie, je suis quelqu'un qui est optimiste, alors je vois toujours le bon côté des choses. C'est évident que c'est pas tous les jours que tout est 100% et tout ça, mais je regarde toujours le bon côté des choses et je pense que c'est quelque chose qui aide les clients. Si vraiment, moi j'aime ça alors je pense que, je vois ça, je suis passionnée pas ça, alors à la fin de la journée, si je vois

que j'ai eu des clients que j'ai fait un bon effet. Ils ont vraiment changé, je sors du bureau et je suis tellement contente. J'approche une nouvelle cliente comme ça. Je vais être contente parce que je vais l'aider. J'aime ça! J'ai pas de difficulté, même si j'ai une mauvaise journée des fois je dis, bien aujourd'hui je vais travailler et je vais aider quelqu'un, alors ça va être bon à la fin de la journée!

Répondant 2 : Non, pas nécessairement. Avant l'entrevue motivationnelle, tu as l'empathie et ton accueil au niveau du client sauf que tu as plus l'impression que c'est toi l'expert! Moi je te dis car tu arrives avec ta grille : c'est ça qu'il faut qu'il fasse, ça, ça, ça. Et JE commence par ça, ça. Là si tu as un enseignement, alors à part ça, est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez qu'on commence? Ouin, c'est différent. Et je le sais qu'en tant qu'intervenant, oui, quand j'ai commencé, il fallait que je me le dise : aujourd'hui je vais poser des questions ouvertes, je vais faire attention à tel chose. Je revenais sur mes bases.

12- Est-ce que le client doit également se placer dans un état d'esprit spécifique pour venir au CES et faire une EM?

Répondant 1 : Oui. Et puis c'est notre rôle de l'aider à faire ça parce que comme j'ai dit, on regarde c'est quoi le niveau d'importance. Je demande pas toujours la question, jusqu'à quel point vous êtes confiant et le niveau d'importance de passer à l'action. Je ne demande pas toujours ça. Des fois, je le sais. Mais des fois je leur demande. C'est vraiment mon rôle d'augmenter la motivation, l'importance et d'augmenter la confiance. Souvent, le problème, c'est que la personne voit pas comment il va faire ça. Il sait, c'est souvent, c'est 8,9,10 sur 10 important à changer. Je sais que je dois changer, tout le monde me dit de changer pis je sais, mais! Alors c'est toujours, quand la personne au début dit « je sais, mais » le gros « mais », ça c'est une coupure pis on sait qu'on doit augmenter la confiance. Alors on regarde, ok vous n'aimez pas les fruits et légumes par exemple, pourquoi? Pourquoi? Vous ne mangez pas beaucoup de fruits et légumes, on va regarder ensemble. Est-ce que c'est parce que sont trop chers, parce que ça prend trop de temps à cuisiner, parce que la famille aime pas ça. Alors tout ce qu'il m'a dit ou pas dit, on va regarder ensemble. On va essayer de trouver une solution ensemble. Et puis, ça va monter sa confiance, il va dire « c'est vrai, j'ai jamais pensé à faire ça. Peut-être je vais utiliser cette ressource là. Je vais essayer une technique de cuisson comme ça. Je vais essayer de... » Alors, c'est pas moi qui décide, c'est lui qui va dire « est-ce qu'il y a une façon que je peux faire ça? » Ok, il a demandé, alors on va trouver une ressource, on va trouver une façon de faire cuire, on va trouver quelque chose ensemble. « Ah oui, vous pouvez faire ça pour moi, ok! » Alors on voit, à la fin de l'entrevue, la personne

réalise où on cote. On dit, jusqu'à quel point vous... c'est quoi votre plan d'action. Il dit ok je vais faire ça. Pis jusqu'à quel point vous êtes confiant que vous allez pouvoir faire ça? « Je pense 8/10. » Mais vous vous rappelez au début que vous avez dit 5/10 « ah ben oui, c'est ça » Pourquoi ça fait la différence? C'est parce que maintenant je réalise. Alors il sort de là et il se dit « je suis capable de faire ça ». C'est ça qui est le fun de voir.

Répondant 2 : Je pense que le client arrive et toi, tu as à prendre le client où il est. Je ne crois pas que le client... La beauté de la chose, c'est que le client soit motivé ou pas, toi tu es là pour l'aider. Non il n'a pas besoin d'être dans un état quelconque. C'est sûr que s'il est prêt à changer c'est facilitant! S'il n'est pas prêt à changer, il me vient d'autres exemples, il y a des gens qui n'ont pas accepté de discuter, on a fait des plans d'action sur l'alimentation mais ils ont changé autre chose. C'est correct, ils ont changé quelque chose. Ils disaient « ah, je n'ai pas fait ça, mais j'ai fait ça. » Donc c'est correct aussi, mais le client a pas besoin. C'est sûr que s'il est motivé à changer, ça va être plus facile. Est-ce qu'il va vraiment changer ce qu'il a dit? Peut-être pas. Non mais c'est sûr qu'il faut qu'il soit franc ton client. S'il n'est pas franc, c'est pas moi que ça dérange, ça va être lui. S'il dit quelque chose et que ce n'est pas ça, bien regarde, moi j'y crois. Je le prends comme il me le dit et je ne le juge pas. Mais je pense que la plus belle chose que les gens vont nous dire, ils ont plus confiance à la fin de l'entrevue et le fait de pas se faire juger, ça c'est beaucoup. Et pour avoir étudié l'approche motivationnelle en tabagisme aussi, oui ça c'est une belle chose : tu ne te feras pas juger. Tu vas voir des fois un intervenant « T'as pas fait ça. T'as pris du poids. » Tu te sens... bon. Disons qu'il est arrivé quelque chose comme ça [à un client du CES] alors, expliquez moi qu'est-ce qui est arrivé? « bon j'ai fait une rechute » qu'est-ce qui est arrivé? On va en parler ensemble. C'est tout différent [...] c'est d'augmenter les forces de la personne et de voir qu'est-ce qu'elle a déjà fait avant et qu'elle peut mettre en application là.

13- En général, lorsqu'un client vient au CES, est-il authentique avec lui-même?

Répondant 1 : Si il est authentique avec lui-même, peut-être il est plus dans le stade de préparation. Je vais lui faire réaliser que si il n'est pas authentique, il ne cheminera pas. Alors, des fois, je fais le bilan et chaque fois presque que je passe par la question « est-ce que vous manger des desserts? » La personne a pas besoin de répondre! [Il y a] le gros soupir ou ils me regardent dans les yeux. Alors, j'ai besoin d'une réponse ici. Alors je dis qu'on est ici vraiment pour vous, pour vous aider, pour vous aider à réfléchir alors il faut que vous soyez honnête avec moi. Plus honnête que vous êtes avec vous même, le plus que vous allez cheminé. « Ah oui, je sais que j'en mange à tous les jours ». Alors, tranquillement, s'ils

voient que je suis vraiment à l'écoute, pis je suis pas là, et je leur dis, je suis pas là pour vous chicaner. Je vais jamais faire ça. Je suis là pour que vraiment pour vous aider à changer. La personne apprécie ça parce que je dis ça au début, quand on fait le bilan et même avant de faire le bilan des fois. Des fois la personne vient et est tellement découragée. Elle a eu une mauvaise journée et elle dit « ah je sais pas comment je vais faire ça » et commence à parler de ses problèmes, je laisse le bilan de côté pendant un bout et on discute. Qu'est-ce qui est dans sa tête. « J'ai pas assez d'argent pour payer, pis j'ai pas d'emploi et... » Alors, je suis à l'écoute et ensemble on va trouver des solutions. [Soupir de soulagement] Après ça on fait le bilan et il dit, dans sa tête, il dit je vais faire ça pour une raison. Elle est là pour m'aider, je vais donner les bonnes réponses et on va trouver. Alors je l'encourage! Et après on voit le langage du corps, les yeux et le sourire. Ça change.

Répondant 2 : J'espère! Où je dirais authentique envers lui-même, c'est plus des fois quand c'est un intervenant que tu vas voir et que disons un intervenant d'un CSSS à l'autre, je ne suis pas sûr que des fois ils disent tout le temps les choses. Sinon outre ça, si le client dit... Ben moi si le client ne se sent pas juger, si le client tu ne le juges pas, tu l'accueilles comme il est, que c'est lui qui parle plus, alors s'il n'est pas authentique et s'il ne dit pas la vérité, ben là. Et en plus, ce n'est pas des services imposés, donc si tu viens, tu viens parce que tu veux, peut-être en général, parce que la plupart du temps tu veux venir, donc si ça ne te convient pas, tu ne viendras pas à la rencontre après, ce sera celle-là et puis point. Mais on sait que là, si tu as fait ton portrait, si tu as réfléchi, tu as déjà un impact. Bon quand est-ce que ça va arriver? Alors, il faut faire confiance à ça, et dans un monde où on demande la performance et on demande des comptes à rendre, ça c'est difficile. Ça ne marche pas, il y a une dualité.

14- Pensez-vous qu'il serait une bonne idée de faire des groupes de suivi?

Répondant 1 : Ça, j'avais déjà pensé à ça et je me le demande, mais j'imagine que c'est une question que tu as demandée aux clients. Mais je vais donner un exemple parce que je donne aussi le cours choisir de maigrir pour des femmes qui ont des problèmes de poids. Ce qu'on fait, c'est que on rencontre les clients 14 semaines pendant 3h, c'est très intensif. Et puis, après ça on les laisse. Le dernier groupe que j'ai offert [l'an passé] de septembre à décembre, il y a une femme qui est très forte dans ce groupe et elle a décidé de continuer des rencontres avec n'importe qui du groupe qui veulent. Alors la moitié du groupe a continué à se rencontrer une fois par mois, de janvier au mois de juin. [Elle m'a contacté et] a dit je veux que tu viennes à notre rencontre du mois de juin. Juste pour voir comment on a cheminé.

C'était fascinant. C'est le fun de voir qu'on a aidé à faire cheminer les gens et au lieu de dire « ça va bien, mais maintenant que je n'ai plus de support, je ne peux plus », elles ont continué sans un intervenant. Alors je me demandais la même question, parce que c'est la même approche d'entretien motivationnel que j'utilise avec ces femmes là. J'imagine qu'il y aurait une façon de le faire avec les clients du CES, je sais pas de quelle façon mais je pense que certains aimeraient ça. Je sais qu'on est en train de regarder avec les éducateurs pour la santé et la direction de la santé publique. Il y a beaucoup de femmes, il y a beaucoup de gens qui ont un problème de poids. Alors est-ce que, on essaie de penser ensemble, on essaie de réfléchir, est-ce qu'il y aurait une façon de travailler avec ce groupe là, des gens qui viennent au CES et qui ont un problème de poids. Est-ce qu'il y aurait quelque chose qu'on peut leur offrir plus tard pour qu'on ne les laisse pas après 2 rencontres et qu'on puisse continuer. Moi je trouve que ce serait une excellente idée, mais il faut qu'on travaille ensemble.

Ça aussi c'est une formation que j'ai eu offerte par la direction de la santé publique. On a parlé du patient-partenaire. Ça on voit et j'ai lu aussi un peu sur internet et c'est vraiment, on commence vraiment plus à regarder ça depuis 2011. On voit qu'avec le CES, s'il y en a qui veulent faire ça et si on travaille ensemble client-intervenant-DSP-CES peut-être qu'on sera capable. Parce qu'on sait que si on fait rien avec ces gens là, ils s'enlignent vers des maladies chroniques. Alors, je ne sais pas comment le gouvernement va payer pour toutes ces maladies chroniques si on ne traite pas les gens en prévention. Si les clients veulent ça, c'est à nous d'essayer de voir les façons de faire. C'est évident qu'il faut qu'on change notre système de santé, alors tranquillement, avec les CES, on réfléchit à ça et comme j'ai dit, on a changé notre façon de faire. Ça sera une prochaine étape d'utiliser ce thème là, le patient-partenaire, et de travailler ensemble et trouver des solutions.

Répondant 2 : Je pense que ça ne s'adresse pas à tout le monde les groupes. La force d'un groupe, ce que ça fait, c'est tout dépendant de ce que tu vas discuter dans ton groupe. Est-ce que tu discutes de saines habitudes de vie, d'aller plus loin ou de changement. Je ne sais pas. Mais la force du groupe, c'est le témoignage des gens. C'est là la force où des gens peuvent s'identifier à d'autres personnes que soit c'est facile ou soit c'est difficile. Ça c'est la force du groupe. Ça ne convient pas à tout le monde, mais des fois ça peut être surprenant un groupe de témoignages qui vont arriver spontanément. Mais est-ce qu'un groupe? Tu vois nous, on est dans une structure très formelle, mais si disons je vais faire quelque chose dans un organisme communautaire, qui est exemple dans un activité d'artisanat, des fois ça va passer des choses plus facilement lors d'une activité. Mais un groupe dans un autre contexte va se faire et ça va apporter d'autres choses. Je pense que ça va dépendre aussi des habiletés de l'intervenant à ce niveau là, mais je ne verrais pas un intervenant qui commence [aller animer un groupe].

15- Comment vous sentez-vous face à l'encadrement, à l'organisation (CSSS) qui chapeaute le CES?

Répondant 1 : Pour l'instant, je pense que ça dépend. On peut pas parler de ça sans parler de ce qui a en haut parce que je pense que le CSSS veut donner plus d'appui à la prévention mais c'est certain qu'avec les restrictions budgétaires... Si le gouvernement, si la DSP nous donne plus d'argent, je suis très certaine que [le CSSS] va appuyer tout ce qu'on demande. On va travailler ensemble et ouvrir plus de portes pour la prévention. Mais c'est certain qu'il faut qu'on mette nos têtes ensemble pour faire quelque chose avec le peu de budget qu'on a. C'est certain avec un budget juste pour le CES on a ouvert des portes et c'est très fascinant. Ils essayent de travailler ensemble, avec nous pour trouver comment on peut faire ça, par exemple, au début c'est certain quand j'avais moins de clients, j'allais plus dans la communauté. J'ai ouvert certaines portes de lien avec la communauté. Et on voit vraiment que ce que ça nous donne c'est qu'il y a beaucoup de, il y a une certaine population, comme par exemple on a la moitié de notre population vient d'un autre pays, c'est pas tout le monde qui est au courant de c'est quoi un CLSC. Même moi avant de commencer à travailler ici, je ne savais pas c'était quoi un CLSC. C'est quoi les services, alors il y a une certaine population qui va jamais venir consulter un médecin, une infirmière et même, il y en a qui quand j'ai parlé de travailleuse sociale, ils ont pensé que c'était un psychologue et répondaient « Non j'ai pas besoin de ça! ». Alors, le plus qu'on est capable de sortir des murs du CLSC, pour promouvoir ces services là, le plus ça va être aidant de faire des partenariats. Comme par exemple, je donne maintenant des conférences en lien avec certains organismes communautaires et puisqu'on a pas un grand budget, on s'est rencontré ma patronne, moi et un organisateur communautaire et on a dit, moi j'ai commencé à donner des conférences aux intervenants de différents organismes pour qu'eux puissent passer cette information là dans la communauté. On essaie d'utiliser le budget qu'on a pour faire le plus de prévention possible. Et je pense que je suis appuyée pour ça, mais ça serait le fun d'avoir plus de budget pour qu'on puisse faire plus de chose.

Par communauté j'entends : des fois, on va dans les parcs pour les marchés saisonniers. On a un kiosque, on parle du CES, du CAT, on fait la promotion du programme P.I.E.D. On est les seuls qui vient du CLSC alors des fois les gens nous demande toute sorte de question par rapport aux services du CLSC, alors on est là pour ça. Des fois, c'est qu'on travaille avec les organismes, je donne des conférences aux femmes, à un groupe de personnes âgées ou toutes sortes de groupes, des parents. Alors c'est une façon de passer le message de promotion. Mais dans le futur je pense que ça sera aidant de faire ça davantage, de sortir de nos murs et de passer le message. C'est la façon de passer le message.

En plus, cette année, ils vont demander à quelqu'un de venir pour donner une formation d'entrevue motivationnelle à plusieurs intervenants. Alors moi quand j'ai entendu ça, j'étais tellement contente, parce que ça me montre qu'ils voient que c'est quelque chose d'important. Moi quand je pense à ça, quand je travaillais à HSM ou quand j'étais au soutien à domicile, je me disais Ah, si j'avais eu cette formation là, comment j'aurais pu être une meilleure intervenante parce que vraiment ça aide! Alors je suis contente de savoir ça.

Répondant 2 : Oui, une chance que c'est confidentiel! Parce que je suis très attristé de voir qu'est-ce qui arrive ici. L'encadrement du CES, c'est vraiment la santé publique qui le fait si je parle au niveau de la qualité des interventions. Ici, au CSSS, je ne suis pas content. Ici, le temps au CES est au minimal et il y a une journée dans la communauté. Mais au niveau de l'encadrement, il faut que tu ailles aux communautés de pratique, il faut que tu participes aux communautés de pratique(COP) avec la DSP. Si tu veux être un bon intervenant et que tu es tout seul ici, on s'entend qu'il n'y a qu'UNE personne par CSSS. Ce n'est pas en étant avec les autres intervenants [qui ne travaillent pas au CES] que tu vas avoir ton expertise ou de pouvoir discuter de qu'est-ce qui se passe. Même cette année, ils [la direction du CSSS BCSTL] ont coupé aux intervenants le droit de participer aux communautés de pratique, les petites 5 demi-journées et même n'ont pas le droit d'aller aux communautés de pratique commune. Ce que j'ai compris, c'était par esprit d'équité pour les autres. On peut pas comparer ce qu'on fait nous, avec les autres intervenants. Alors on n'a pas le droit d'aller aux COP toute la journée, donc si tu manques des choses, tu manques l'expertise, est-ce que les gens vont sur les COP voir qu'est-ce qui se passe? Il faut que tu le fasses. Mais si tu ne l'as pas [lors des COP] là, tu vas le faire où? J'avais entendu de la santé publique que le gouvernement avait dit, je me trompe peut-être, qu'il était supposé avoir quelqu'un qui chapeaute plus dans les établissements. Il faut que tu aies ça. Il faut que l'équipe se pose des questions sur la façon dont elle intervient. Même moi, je fais ça, mais il faut que tu prennes le temps. Il faut que ça soit pris comme temps important pour voir la qualité de ton intervention. C'est triste qu'ici, c'est la santé publique, mais t'as pas le droit d'aller à tout, comme elle suggère. La direction ne le voit pas, je pense.

On a une liste à chaque année [de COP virtuelles et en face-à-face] et on a aussi des COP pour le CES, le centre d'abandon du tabagisme (CAT), les infirmières conseils, infirmières PQDCS (???), tout ce qu'il y a dans notre système de prévention clinique. Il y a des journées CAT-CES, des fois il y a des journées communes. Ici, les journées communes sont aussi pour qu'on aille un but commun, ensemble. Il y a juste une personne qui va aux COP communes et qui le rapporte à l'équipe environ un mois plus tard. Les COP en face-à-face à la santé publique, ici cette année, la direction ne veut pas qu'on y aille tout le temps, et un moment donné, on nous avait dit « ce n'est pas parce que la santé publique vous dit quelque chose, votre employeur, c'est ici. » Alors moi, je me dis qu'il y a comme un problème de vision.

D'où la problématique, on dit « ben coudon, c'est comme ça », mais qu'est-ce qu'on peut faire? En réalité là c'est la santé publique, à moins que les intervenants d'eux-mêmes décident de faire tel ou tel chose. C'est plus difficile des fois, t'as beau avoir de la volonté, les activités familiales, les ci les ça. Ma grande tristesse par rapport à ça! Il faudrait qu'on aille quelqu'un de plus dédié, où on pourrait en parler, mais on est tout seul au CSSS. C'est fou, mais c'est ça. Dans les autres CSSS, les intervenants vont aux COP à ce que je sache. Il y a des problèmes, ce que j'entends moi, au CES les gens sont très isolés et souvent ce sont des intervenants qui font 4 CES. Parfois, il y a une infirmière conseil qui s'en va, donc si t'as juste ce lien là, ce n'est pas beaucoup. Aussi l'équipe n'est pas toute sur le même site, on se rencontre peut-être chacun une fois par semaine et on a une réunion d'équipe chaque mois ou deux. Ça je trouve ça difficile. Pour te questionner, il faudrait quelque chose d'autre. Ça ne parle pas des clients qu'on voit, de la qualité de l'intervention. J'ai l'impression qu'on accentue plus sur la performance « on ne voit pas tant de personne ». Ce n'est pas la même intervention. Et au début, la santé publique ici, on a eu la chance de faire partie du projet-pilote au tout début. La santé publique voulait faire l'intervention en 30 minutes. Ok c'est sûr qu'on peut le faire, mais nous on disait « tu y arriveras jamais » et finalement ce n'est jamais arrivé. Les gens prenaient au moins une heure. On peut faire de l'entrevue motivationnelle en 2 minutes, mais là on va plus loin que ça. On met [des objectifs] qu'il faut voir tant de personne, tant de personne. Il n'y a personne qui arrive à ça, mais le cadre reste là, mais on ne peut pas comparer non plus à ce qu'on voit dans des cliniques. Je ne sais pas si on va résoudre ça, on en a déjà parlé, mais c'est ça, qu'est-ce que tu veux. Surtout avec les 2 millions de coupures annoncées! Ça aidera pas! Mais je pense qu'on ne voit pas... on fait partie du service préventif. Quand j'ai participé à la recherche « la pratique infirmière en promotion, en approche populationnelle » les gens faisaient de la prévention, il manquait de structure. Mais maintenant on a une structure, mais qu'est-ce qu'on fait avec ça? On a la structure, on est supposé être un centre promoteur de la santé. Il y a des choses qui devraient bouger plus que ça, mais il y a tout le changement d'intervenants qui prennent pas compte de l'historique ou des choses qui arrivent, qui ne sont pas remplacés, qui arrivent et qu'on recommence à zéro. Il y a ça aussi. Ou dans un souci que ce soit tout articulé ensemble, mais il y a comme une stagnation ici. Je ne dois pas être la première qui dit ça. Moi ça m'attriste, parce que ça me motive de travailler en prévention, j'y crois. Il faut que tu y crois et que tu sois passionné.

16- À votre connaissance, le CES a-t-il déjà fait l'objet d'une évaluation?

Répondant 1 : Oui, mais je n'ai pas les résultats devant moi! Mais on sait que c'était très bien apprécié. C'est une équipe d'évaluateur qui ont fait un « limesurvey ». Ils ont demandé à certains clients si quelqu'un de la DSP peut vous appeler pour vous demander quelques questions, jusqu'à quel point vous avez aimé l'entrevue, est-ce que vous allez faire certains

changements. Alors ils ont fait des appels et des appels quelques semaines plus tard pour demander leur opinion, comment ça a été l'entrevue. Et puis en général les résultats étaient très très bons. On était pas surpris de savoir parce qu'on sait qu'en général les clients sont très content de leur entrevue. Alors la plupart des gens avaient soit un plan d'action ou au moins ça leur a fait cheminer d'un stade de précontemplation à contemplation ou contemplation à action. On leur aide avec la rechute. Alors c'est la seule façon de savoir si ça marche, c'est de parler aux clients. Et c'est ça qu'ils ont fait et maintenant, on vient de recevoir les résultats il n'y a pas longtemps, alors on est en train de diffuser ce message. Parce que je pense que c'est la façon de promouvoir notre service, c'est d'en parler aux autres intervenants, d'en parler aux médecins, de savoir que ça, ça marche!

Ça fait peut-être 2 ans que ça été fait, je pense en 2010. On devait recevoir les résultats l'année dernière mais finalement, ça a sorti il n'y a pas longtemps.

Répondant 2 : Oui, mais je pense que ça a pris 2 ans avant d'avoir les résultats. Il me semble que c'était long avant d'avoir ça. C'était les clients du CES qui ont été sondés, mais nous les intervenants, [c'est flou]. En gros, les gens étaient satisfaits. [Me remet un document résumé de cette évaluation] Je me souviens aussi qu'on a eu une rencontre au CLSC, on nous avait demandé nos opinions en tant qu'intervenant il me semble mais c'était autre chose. La DSP nous avait demandé des commentaires. On avait rempli des feuilles sur les services il me semble.

La beauté de la chose, c'est que dans les semaines qui suivent la rencontre, il y a 68% des usagers qui ont changé quelque chose et à 6 mois aussi ils ont changé quelque chose. Mais si c'est repris, si c'est un médecin qui réfère et que le client le revoit dans les 6 mois et qu'il t'en a reparlé, alors là ça a encore plus d'impact. C'est dans un monde idéal, mais ici sur le territoire, je ne pense pas que c'est la majorité des médecins qui vont référer, mais il y a beaucoup d'autres références aussi qui sont faites. Le fait d'être plus connu de tous, c'est sur que ça nous aiderait et que ça nous amènerait plus de client.

ANNEXE F

Bilan des questionnaires 1

Client

Répondants	Q1.Sexe	Âge	Q2.DDN	Q3.Santé	Q4.Habitudes alimentaires	Q5.Activité physique	Q6.Circonstance du rendez-vous	Q7.Raison du RV	Q8.Objectif fixé	Q9.Actions améliorées et santé
1	1	55	01-1957	2	3	1	1	Diabète, Motivation	Motivation pour améliorer alimentation selon guide diabète + Exercice	5
2	1	52	05-1960	2	4	2	3	Améliorer ma qualité de vie	Planification, amélioration, changer mes habitudes de manger	5
3	1	37	04-1975	5	5	4	3	Perdre du poids	manger moins	5
4	1	41	02-1971	3	3	2	1	Problème de digestion, colon irritable	faire+exercice, +légumes, +fibres, manger plus lentement	4
5	1	44	11-1968	2	2	1	2	Je veux perdre du poids	Avoir une bonne santé physique et d'énergie, Combattre la douleur	5
6	1	37	01-1975	3	3	2	1	Orientation sur la santé	Améliorer les habitudes alimentaires	5
7	1	64	05-1948	4	3	4	3	Apprendre à mieux manger, borderline diabétique	Mieux manger + bouger plus	5
8	2	71	01-1941	2	3	2	3	Régime pour perdre du poids	Mieux manger et faire de l'exercice et manger moins	4
9	1	39	05-1973	4	3	3	3	Ma fille a des problèmes de cholestérol. On doit changer son alimentation.	Réduire le gras et manger plus de légumes	5
10	1	78	09-1934	2	4	3	3	Tendance diabétique	Faire attention à la nourriture. Essayer de garder le programme d'exercice que je fais maintenant.	3
11	2	68	05-1944	3	3	5	3	Renseignements sur le cholestérol	Manger mieux	4

Répondants	Q1.Sexe	Âge	Q2.DDN	Q3.Santé	Q4.Habitudes alimentaires	Q5.Activité physique	Q6.Circonstance du rendez-vous	Q7.Raison du RV	Q8.Objectif fixé	Q9.Actions amélioreron t santé
12	2	36	12-1976	2	2	3	1	M'aider à manger mieux et pour perdre du poids et éviter une crise cardiaque	Manger mieux	5
13	1	34	09-1978	3	2	2	1	Être plus en forme et manger plus santé	Mnager plus santé et perdre du poids	5
14	1	36	11-1976	4	4	4	1	Rendez-vous avec une nutritionniste	Augmenter les aliments à grains entiers dans mon alimentation de tous les jours. Choisir les "bons" desserts.	4
15	2	62	11-1950	3	1	1	4 (psychologue)	Mauvaise nutrition	Améliorer l'alimentation et perdre du poids	5
16	1	62	08-1950	4	3	2	3	Information sur l'alimétation / Prévention diabète	Contrôler et éviter diabète	5
17	2	47	06-1965	1	2	2	3	Apprendre à être plus en santé (alimentation et exercice)	Exercice (marcher)	5
18	1	50	09-1962	4	3	5	3	Nouveau diabète	Manger du poisson, des légumes et des fruits	5
19	1	29	02-1983	2	2	1	- -	- -	- -	- -
20	2	24	08-1988	3	3	1	3	En apprendre plus sur le cholestérol et comment le diminuer	Améliorer mon alimentation	3

Répondants	Q10.Actions améliorées qualité de vie	Q11.Intention d'agir	Q12.Outil aidant	Q13.Personne aidante	Q14.Documents remis	Q15. Après entrevue, capacité à atteindre objectif?
1	5	3	1 (Rencontres avec CLSC pour groupe diabétique et motivation dans le but d'atteindre mon objectif)	1. CES - Rencontre de groupe et de motivation	1,4,5 : Documents importants pour la prise en charge	3
2	5	3	1 (Site web pour lire)	1 (CES, en faisant un suivi avec moi)	5	1
3	5	3	1 (Site web pour exercice + idées recettes)	1 (CES)	1,3,4,6 :oui utiles	5 (elle explique et me comprend, elle suit ce dont j'ai besoin, elle veut m'aider)
4	4	3	2	1 (famille: pour m'apporter du support)	1,4,7 (site web/guide alim. Canadien): oui vont être utiles	5 (elle m'a donné beaucoup d'information)
5	5	1	2	1 (mon époux)	1,3,4,5,6,pamphlet	5 (pcq je suis consciente des changements que je dois faire pour améliorer ma santé)
6	5	3	1 (document, site web: en donnant des règles à suivre)	2	1,3,4,5	5 (Parce que j'ai la volonté et je suis une personne persévérante)
7	5	3	1 (podomètre: ça m'encouragera à marcher plus)	1 (Linda au CES: elle explique comment mieux manger)	1,3,4,5, podomètre (sera utile pour compter mes pas "si j'en fait assez et m'encourager")	5 (pcq elle m'a fait comprendre que je pourrais ne pas être diabétique)
8	4	3	2	1 (épouse: pour m'encourager à sortir et me donner des plus petites portions aux repas)	1,3,4,5, doc. Sur l'intolérance au lactose: pour savoir quoi manger)	5 (elle m'a fait comprendre que c'est important pour le cœur)
9	4	4	1 (site web: pour chercher les recherches)	1 (au CES: pour me dire comment réduire le gras dans l'alimentation)	1,3,4,5,6,7(recette) Elle peut m'aider beaucoup	4 (pcq j'ai besoin de penser à comment je vais faire)
10	5	2	2	1 (mon mari m'accompagne à l'aquaforme: pour motivation)	1,3,4,5,7(guide alim.canadien):information	4 (j'étais déjà motivée. Je ne veux pas prendre de médicament)
11	4	3	1 (guide alimentaire canadien)	2	1,3,6	4 (prendre soin de moi)

Répondants	Q10.Actions améliorèrent qualité de vie	Q11.Intention d'agir	Q12.Outil aidant	Q13.Personne aidante	Q14.Documents remis	Q15.Après entrevue, capacité à atteindre objectif?
12	5	3	2	1 (mon épouse: pour préparer ma nourriture)	1,3,4,5 : Pour m'aider	5 (Je ressens de la motivation pour manger mieux et pour perdre du poids)
13	5	3	2	1 (linda au CES: nous nous rencontrerons dans 3 mois pour un suivi)	1,3,4,5,6 : Je crois que les documents remis seront très utiles car ils m'aident à cibler mon objectif et me donnent un plan clair de ce qui doit être fait.	5 (les CES m'a donné la connaissance)
14	4	3	2	1 (amis, famille)	1,3,4,5	5
15	5	3	1 (document, livres de recettes: pour améliorer mon alimentation et avoir une alimentation plus équilibrée)	2	1,3,4,5	4 (Parce que je n'ai pas d'autres choix. Il faut que je change mes habitudes alimentaires)
16	5	3	1 (document)	2	1,4,5	4 (importance de bien vivre)
17	5	3	2	1 (Ami qui marche avec moi)	1,2,3,4,5 : les lire	5 (elle m'a fait réaliser d'autres choses que j'ai fait dans ma vie)
18	5	3	2 (dvd: voir les recettes et comment ils les font)	2	1,3,4,5,7(the plate mate)	5 (Elle me guide, me donne beaucoup d'informations sur les légumineuses, les légumes, tout.)
19	-	3	1 (Document, émission télé, internet: pour me donner des idées d'alimentation et d'exercices)	2	1,3,4 (informations)	4 (ma motivation personnelle)
20	3	3	1 (Notes prises durant la rencontre/Documentation remise par la nutritionniste: Rappel des éléments simples qui peuvent être améliorés)	1 (Linda, la nutritionniste du CES: Si j'ai des questions, je pourrais lui envoyer un courriel)	1,3,4,5,7 (documents sur le cholestérol)	5 (simple + volonté de ma part)

Répondants	Q16. Décrivez la rencontre	Q17. Outils utiles pour atteindre l'objectif	Q18. Changements prévus à faire	Q19. Autre rencontre serait bénéfique?	Q20a. Bilan informatisé	Q20b. Infos verbales	Q20c. EM aide à fixé objectif réaliste	Q20d. À l'écoute besoins/capacités
1	J'ai bien aimé cette rencontre qui met en évidence les points nécessaires à améliorer. Ma motivation est un peu plus grande que je ne le croyais et afin de garder ce qui est acquis et me sentir capable d'atteindre mon but.	2 (qmois ad atteinte de l'objectif), 4,6,7	Essayer de suivre le régime diabétique, débiter exercice	5 (pour me motiver à atteindre mon objectif)	4	5	4	4
2	La personne que j'ai rencontré elle était très motivée, patiente. On a échangé beaucoup de questions avec beaucoup d'explication positive qui répondent à mes besoins personnels. J'ai eu des réponses claires et précises. Excellente ouverture à des nouvelles idées. Je peux dire que la rencontre a été très utile pour moi et merci à elle.	1 (au besoin), 2	Planification, discipline, motivation, respecter que la santé est important	4 (pour que aille de suivi)	5	5	5	5
3	L'intervenante me met à l'aise, me donne des idées, m'explique, elle me comprend et elle va me suivre	2 (qmois, until I need), 3,4,5,6,7	Changer ma nourriture, poisson au lieu de la viande, grains entiers/riz brun	5 (Un suivi est important pour moi. She's watching after me)	5	5	5	5
4	Très bien, elle m'a donné beaucoup d'informations	2 (q2-3mois pour 2-3 rencontres), 6	Faire plus exercice, me lever tôt, aller marcher	4 (elle peut me corriger si je fais des erreurs)	5	5	5	5
5	L'entrevue a été intéressante parce qu'avec l'aide de la nutritionniste, nous avons découvert quels sont mes déficiences alimentaires et quels sont les étapes à suivre pour les améliorer.	2 (dans 1 mois et demi)	Ne pas manger de suceries, Marcher davantage, Augmenter ma consommation quotidienne de fruits et légumes	5 (Parce qu'ainsi je pourrai évaluer mes avancements et mes changements)	5	5	5	5
6	À mon avis, la rencontre s'est déroulée très bien. J'ai réfléchi beaucoup et j'ai clarifié mes idées.	3,5,7	Faire des exercices, Manger plus de fruits et légumes, Faire une diète équilibrée, Discipline, Organisation	5 (Parce que toujours il y a quelque chose à savoir et apprendre)	5	5	5	5
7	Très gentille, très bonne. Language simple, explique bien)	1,3,5,6	Bouger plus, Sortir plus	5 (Elle est capable de m'encourager, elle trouve les bons mots)	4	5	4	5
8	Bien été. Très gentille. Explique bien.)	1,3,5, 8 (endroit pour faire exercice)	Rester moins assis et faire plus d'exercice. Sortir.	4 (Comprendre l'importance de perdre le poids pour le bénéfice du cœur)	5	4	4	5
9	Intéressant. J'ai posé des questions et elle a répondu à mes questions.	3,4,5,7	Préparer les légumes, les fruits, les poissons	4 (pcq m'a donné des informations et recettes)	5	5	5	4
10	Elle m'a posé des questions sur mes habitudes alimentaires. Elle m'a montré comment je peux remplir mon assiette avec bonne alimentation.)	2 (q2mois environ),5	Manger plus de poisson. Manger du fromage, lait, yogourt.	4 (pour avoir plus d'information)	4	4	4	5
11	Très bien. Bon langage et bonne explication.	8 (passer au CLSC)	Se prendre en main et essayer de manger mieux	5 (oui)	5	5	5	5

Répondants	Q16.Décrivez la rencontre	Q17.Outils utiles pour atteindre l'objectif	Q18.Changements prévus à faire	Q19.Autre rencontre serait bénéfique?	Q20a.Bilan informatisé	Q20b.Infos verbales	Q20c.EM aide a fixé objectif réaliste	Q20d.À l'Écoute besoins/capacités
12	Elle m'a tout expliqué. Elle m'a posé des questions.	2 (qmois et puis q3mois), 4,6,7	Ne pas trop manger comme avant. Ne pas manger de fastfood ou de gras.	5 (pour me rappeler de suivre la diète)	5	5	5	5
13	-	1 (qmois),3	Manger plus de fruits et légumes et faire plus d'exercice chaque jour	5	4	4	4	4
14	Très conviviale. Très clair au niveau visuel (exemple de portion, vrais produits)	2 (1ou2 q3mois pour me donner le temps de m'améliorer)	Consulter plus les tableaux des valeurs nutritives en fonction des informations que j'ai reçues lors de la consultation. Augmenter un petit peu le nombre de produits à grains entiers	5 (pour pouvoir me fixer un objectif qui sera "vérifié" par quelqu'un de professionnell)	3	5	5	5
15	Bien déroulé. Linda a donné des suggestions. Je connaissais déjà les informations mais j'étais déprimé et je n'avais pas la volonté.	2 (1autre),5	Éliminer les douceurs, Activités physiques, Alimentation équilibrée (lég/fruits, carbohydate, protéines)	3 (une 2e rencontre sera suffisante)	5	5	4	4
16	Très informative et beaucoup de façons de contrôler l'appétit	2	Plus d'exercice, plus de légumes&fruits, plus d'eau	4 (plus motivation)	5	5	5	5
17	Très informative	2 (2 ou 3 rencontres, qmois),5,6	Mettre une alarme pour le moment de marcher	5	5	5	5	5
18	C'était bien. Elle me parlait bien. Je comprenais lorsqu'elle expliquait. Elle m'a satisfait.	1,2(qmoisx1-2),3,4,5	Je garde mes pensées sur le fait que je veux être en santé et combattre le diabète et HTA. J'arrête d'acheter les aliments qui ne sont pas bons pour ma santé et j'achète ce qui est bon.	5 (Je vais lui dire si je me sens mieux et elle va me suggérer d'autres choses aussi)	5	5	5	5
19	Très bien, beaucoup d'informations sur les conséquences et les choses à changer)	1(qmois),6	Ma routine alimentaire, achats au supermarché et plus d'activité physique	4 (car des fois nous dire que ça va bien et nous motiver à continuer en remarquant les bénéfices c'est bon)	-	5	4	5
20	Qu'est-ce que le cholestérol? Qu'est-ce que je mange habituellement? Présentation des solutions simples + questions de ma part.	2 (dans 1 mois et deml. On verra ensuite.), 8 (possibilité de poser des questions par courriel)	Plus de grains entiers (pain), + yogourt, café au lait, + légumineuses, + céréales, 2-3 poissons, moins de charcuterie. Possibilité de remplacer par des salades pour les lunchs, + de thon en conserve, + fruits&légumes, + sport chaque	5 (Bilan + questions + corriger erreurs)	5	5	5	5

Répondants	Q20e.Reconnaissance des ambivalences	Q20f. Documents seront utiles?	Q20g.EM m'a motivé à atteindre objectif?	Q20h.Appréciation CES	Q21.Temps attendu pour RV	Q22a.Lieux/satisfaction	Q22b.Horaire/satisfaction	Q22c.Dispo/satisfaction	Q23.Liberté de revenir/appeler CES	Q24.Recommanderiez-vous le CES?	Q25.Info/Question
1	4	4	4	5	2 semaines	5	5	5	5	5	Merci!
2	5	5	5	5	1 mois	4	5	5	5	5	Non merci
3	5	4	5	5	2 mois	4	5	5	5	5	J'ai eu des problèmes pour avoir un rendez-vous. On me disait "Ce n'est pas moi, appeler quelqu'un d'autre".
4	4	5	5	5	2 mois	5	5	2	4	4	- -
5	5	5	5	5	1 mois et demi	5	5	5	5	5	- -
6	4	5	5	5	1 semaine	5	5	5	5	5	- -
7	5	4	5	5	1 mois	5	5	5	5	5	- -
8	5	4	5	5	1 mois	5	5	5	4	5	- -
9	4	5	5	5	1 mois	5	5	5	4	5	pas tout le suite
10	5	5	4	5	1 mois	- -	- -	- -	- -	- -	- -
11	5	5	5	5	15 jours	4	5	5	5	5	Rien à dire encore moins de reproche. Merci

Répondants	Q20e.Reconnaissance des ambivalences	Q20f.Documentes seront utiles?	Q20g.EM m'a motivé à atteindre objectifs?	Q20h.Appréciation CES	Q21.Temps attendu pour RV	Q22a.Lieux/satisfaction	Q22b.Horaire/satisfaction	Q22c.Dispo/satisfaction	Q23.Liberté de revenir/appeler CES	Q24.Recommanderiez-vous le CES?	Q25.Info/Question
12	5	5	5	5	1 mois	5	5	2	5	5	They are nice here! But when you call, a lot of tranfer to someone else!
13	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	Not at the moment
14	5	4	4	5	3 mois	5	5	5	5	5	J'ai eu de la difficulté à rejoindre la nutritionniste. On se relançait continuellement!
15	5	4	5	5	2 mois	5	5	5	5	5	Non
16	5	5	5	5	2 mois	5	5	5	5	5	- -
17	5	5	5	5	2 semaines	5	5	5	4	5	- -
18	5	5	5	5	1 mois	5	5	5	5	5	Je crois que tout le monde a besoin d'être guidé par ici le CES!
19	4	5	4	5	5 min	5	5	5	4	4	- -
20	5	5	5	5	1 mois	5	5	4	5	5	Ça a pris trois semaines pour retourner mon appel initial. C'est ridicule.

ANNEXE G

Bilan des questionnaires 2
Client

Répondants	Q1.Santé	Q2.Habitudes alimentaires	Q3.Activité physique	Q4.Circonstance du rendez-vous	Q5.Raison du RV	Q6.Objectif fixé	Q7.Actions amélioreront santé	Q8.Actions amélioreront qualité de vie	Q9.Intention d'agir	Q10.Dépens CES, mise de l'objectif en place?	Q10a.Objectif maintenu?
11	4	3	2	3	Cholestérol	Manger mieux pour diminuer mon cholestérol	5	4	3	1	1
12											
13	3	3	2	1	Être en meilleure forme et manger plus santé	Essayer de manger plus santé	5	5	2	1	1
14	4	3	3	1	Confirmer si j'avais des lacunes face à mon alimentation. Trouver des moyens pour perdre du poids car ça fait 3 mois d'entraînement et je n'ai pas réussi à perdre du poids donc je voulais faire le point sur mes habitudes alimentaires.	Consommer des produits avec plus de fibres. Faire attention aux desserts, aux aliments sucrés.	4	3	3	2	- -
15	2	2	1	1	Mauvaise alimentation. Dépression.	Mieux manger. Faire plus d'activité physique. Démarche pour être moins déprimé.	5	5	3	2	- -
16	3	3	2	3	Risque de diabète	Manger mieux. Plus de légumes, de fruits, de légumineuses.	3	5	3	1	2
17	2	3	1	3	Santé mentale	Aller mieux. Prendre ma médication adéquatement et manger mieux.	5	5	4	1	2
18											
19	2	2	1	1	Cholestérol élevé. À risque de diabète.	Perdre du poids. Changer mes habitudes alimentaires.	5	5	1	1	2
20	1	3	3	3	Cholestérol	Faire plus d'activité physique. Manger mieux: pains bruns, légumes et fruits. Moins de sucreries, de gras, viande et pain blanc.	4	4	2	1	1

Répondants	Q10a.1.pourquoi non?	Q10b.mention de mettre objectif en	Q10c.3.oui, QUAND objectif en	Q11.Outil aidant	Q11a.Si oui, lequel? Comment?	Q12.Personne aidante	Q12a.Si oui, qui? Comment?	Q13.Après 6/8sem, capacité à atteindre objectif?	Q13a.Pourquoi?
11	- -	- -	- -	1	Documents: J'ai obtenu de l'information, j'ai compris beaucoup de choses	2	- -	4	J'ai pas le choix, Je revols le médecin dans 3 mois.
12									
13	- -	- -	- -	2	- -	2	- -	5	Je suis motivée et je me suis habituée à la routine.
14	- -	1	2	1	La nutritionniste du CES m'a envoyé des documents. Je dois les consulter et passer à l'action (appel, RV, lecture sur le sujet)	2	- -	3	Je suis la seule dans la famille avec la volonté de faire des changements sur le plan de l'alimentation donc me motiver est deux fois plus difficile.
15	- -	1	5	1	Site web: lire et avoir des informations	2	- -	3	Car je suis déprimé, la dépression m'empêche d'avancer.
16	Je vais marcher après Noël	1	3	2	- -	2	- -	5	Je me connaît.
17	Pendant la journée, Je ne mange pas et le soir je mange beaucoup et pas de la bonne nourriture.	1	2(je prends ça tranquillement, je ne veux pas presser les choses)	2	- -	1	la nutritionniste: elle me donne de l'information	5	Je me sens mieux. Je suis capable de mieux choisir. J'améliore mon alimentation 3x/sem (jours de travail)
18									
19	Je mange mes émotions. J'aime bcp les sucreries.	1	1	1	Le site web "SOS cuisine": Menu pour m'aider à perdre du poids.	2	- -	5	Je sais que je suis capable. J'ai déjà vu des gens qui ont fait des efforts et qui ont réussi.
20	- -	- -	- -	1	Document "Bien choisir ses aliments"	1	Famille: acheter les bons aliments, exemple: plus de poisson, aliments pour les lunchs.	5	Parce que j'ai décidé que je vais changer.

Répondants	Q14.Outils utiles pour atteindre l'objectif	Q15.Changements faits ou prévus à faire	Q16.Autre rencontre serait bénéfique?	Q16a.Pourquoi?	Q17a.Bilan informatisé	Q17b.Infos verbales	Q17c.EMaide a fixé objectif réaliste	Q17d.À l'écoute besoins/capacités	Q17e.Reconnaissance des ambivalences
11	5	Prendre le temps de cuisiner. Manger plus de fruits.	1	-	5	5	5	5	4
12									
13	1(q4mois),3,4,5,6,7	Aller au gym. Faire de la nourriture fraîche chaque jour. Manger plus de fruits et légumes. Boire plus d'eau.	5	Pour l'encouragement.	5	4	4	4	4
14	8(RV avec une nutritionniste)	Planifier mieux mes recettes. Remplacer les desserts par des fruits.	2	-	4	4	5	5	5
15	2(2rencontres q2-3mois),3	Dormir moins (maximum 8-9h). Marcher un peu, sortir dehors. Activités sociales, m'inscrire à une activité/club de photo. Manger plus de fruits et légumes.	5	Elle peut donner des outils pour améliorer ma qualité de vie.	4	4	4	4	4
16	1(qmois),2(q2mois)25	Manger plus de légumes, fruits et légumineuses. Marcher (dans 1 semaine) et aquaforme (au printemps)	3	Parce que je connais la base donc ce serait de la répétition de ce que je sais déjà.	2	4	5	5	4
17	1(q2-3mois),2(qmois x1an),3,4,5,6,7	Garder moins de nourriture à la maison. Ne pas acheter de junkfood.	5	Pour me donner plus d'idées. Parler avec quelqu'un me donne de la motivation.	5	5	5	5	5
18									
19	1(qmois),3,4,5,6,7,8(spéciaux pour salle d'exercice)	Ne plus acheter de biscuits. Acheter plus de fruits et légumes.	2	Je me motive moi-même. J'ai la tête dure! C'est quand je serai prête, moi!	1	5	5	4	4
20	1(qmois),2(jau besoin),6,8(courriel de l'intervenante pour la rejoindre si question)	Remplacer les desserts par les fruits. Changer les mauvais aliments par les bons. Acheter les bons aliments. Le matin, je mange des céréales pour éviter les fromages.	5	Faire les point et préciser certains éléments.	4	5	5	5	5

Répondants	Q17f. Documents seront utiles?	Q17g. EM m'a motivé à atteindre objectif?	Q17h. Appréciation CES	Q18. Temps attendu pour RV	Q19a. Lieux/satisfaction	Q19b. Horaire/satisfaction	Q19c. Disposition/satisfaction	Q20. Liberté de revenir/appeler CES	Q21. Recommanderiez-vous le CES?	Q22. Info/Question
11	5	5	5	3 semaines	5	5	5	5	5	Non!
12										
13	4	4	4	2 semaines	4	4	4	5	5	- -
14	4	4	4	quelques mois	4	4	4	5	4	J'ai commencé mes démarches au début de l'été et on a joué à la "tag" répondeur.
15	4	4	5	1 mois et demi	5	4	5	4	5	- -
16	4	4	5	1 mois et demi	5	4	4	5	5	C'est aidant, good job!
17	5	5	5	1 mois	3	4	2	4	5	- -
18										
19	5	3	4	2 mois	5	5	4	5	5	J'aimerais être plus dirigée. Que l'info soit plus dirigée vers moi pour savoir quoi faire et moins d'info général.
20	4	5	5	1 mois	4	4	4	3	5	Au CLSC BC, on se demande si les gens nous entendent car le local est dans la salle d'attente. De plus, au début, ça avait pris des semaines avant de recevoir un retour d'appel.

ANNEXE H

Lexique des bilans des questionnaires

Lexique des bilans des questionnaires

Questionnaire Temps 1

Q1.Sexe

1. Femme
2. Homme

Q3.Santé

5. Excellente
4. Très bonne
3. Bonne
2. Moyenne
1. Mauvaise

Q4.Habitudes alimentaires

5. Excellente
4. Très bonne
3. Bonne
2. Moyenne
1. Mauvaise

Q5.Activité physique

5. Excellente
4. Très bonne
3. Bonne
2. Moyenne
1. Mauvaise

Q6.Circonstance du rendez-vous

1. Démarche personnelle
2. Incitation d'un parent/ami
3. Référence médicale
4. Référence autre
5. Autre

Q9.Actions amélioreront santé

5. Beaucoup
4. Assez
3. Un peu
2. Très peu
1. Pas du tout

Q10.Actions amélioreront qualité de vie

5. Beaucoup
4. Assez
3. Un peu
2. Très peu
1. Pas du tout

Q11.Intention d'agir

5. Je n'ai pas l'intention de mettre mon objectif en action
4. J'hésite à passer à l'action
3. Je suis prêt€ à passer à l'action
2. J'ai réussi mon objectif
1. J'ai réussi à changer dans le passé, mais j'ai succombé à la tentation de recommencer

Q12.Outil aidant

1. Oui (Lequel? Comment?)
2. Non

Q13.Personne aidante

1. Oui (Qui? Comment?)
2. Non

Q14.Documents remis

1. Bilan informatisé
2. Liste ressources communautaire
3. Carte professionnelle de l'intervenante
4. Pochette du CES
5. Plan de l'objectif-santé
6. Horaire d'ouverture du CES
7. Autre

Q15.Après entrevue, capacité à atteindre objectif?

5. Beaucoup
 4. Assez
 3. Un peu
 2. Très peu
 1. Pas du tout
- Et pourquoi?

Q17.Outils utiles pour atteindre l'objectif

1. Suivi téléphonique (Fréquence?)
2. Autre entrevue motivationnelle (Combien? À quel intervalle?)
3. Site Internet
4. Groupe de support
5. Courriels d'encouragement
6. Journal de bord
7. Bottin de ressources
8. Autre (Lequel?)

Q19. Autre rencontre serait bénéfique?

5. Beaucoup
 4. Assez
 3. Un peu
 2. Très peu
 1. Pas du tout
- Pourquoi?

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q20a. Bilan informatisé

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q20h. Appréciation CES

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q20b. Infos verbales

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q22a. Lieux/satisfaction

5. Très satisfaisant
4. Assez satisfaisant
3. Peu Satisfaisant
2. Très peu satisfaisant
1. Pas satisfaisant du tout

Q20c. EM aide a fixé objectif réaliste

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q22b. Horaire/satisfaction

5. Très satisfaisant
4. Assez satisfaisant
3. Peu Satisfaisant
2. Très peu satisfaisant
1. Pas satisfaisant du tout

Q20d. À l'Écoute besoins/capacités

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q22c. Dispo/satisfaction

5. Très satisfaisant
4. Assez satisfaisant
3. Peu Satisfaisant
2. Très peu satisfaisant
1. Pas satisfaisant du tout

Q20e. Reconnaissance des ambivalences

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q23. Liberté de revenir/appeler CES

5. Tout à fait
4. Probablement
3. Peut-être
2. Je ne crois pas
1. Je ne sais pas

Q20f. Documents seront utiles?

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q24. Recommanderiez-vous le CES?

5. Tout à fait
4. Probablement
3. Peut-être
2. Je ne crois pas
1. Je ne sais pas

Q20g. EM m'a motivé à atteindre objectif?

Questionnaire Temps 2

Q1.Santé

5. Excellente
4. Très bonne
3. Bonne
2. Moyenne
1. Mauvaise

Q2.Habitudes alimentaires

5. Excellente
4. Très bonne
3. Bonne
2. Moyenne
1. Mauvaise

Q3.Activité physique

5. Excellente
4. Très bonne
3. Bonne
2. Moyenne
1. Mauvaise

Q4.Circonstance du rendez-vous

1. Démarche personnelle
2. Incitation d'un parent/ami
3. Référence médicale
4. Référence autre
5. Autre

Q7.Actions amélioreront santé

5. Beaucoup
4. Assez
3. Un peu
2. Très peu
1. Pas du tout

Q8.Actions amélioreront qualité de vie

5. Beaucoup
4. Assez
3. Un peu
2. Très peu
1. Pas du tout

Q9.Intention d'agir

5. Je n'ai pas l'intention de mettre mon objectif en action
4. J'hésite à passer à l'action
3. Je suis prêt à passer à l'action
2. J'ai réussi mon objectif

1. J'ai réussi à changer dans le passé, mais j'ai succombé à la tentation de recommencer

Q10.Depuis CES, mise de l'objectif en action?

1. OUI (passez à Q10a)
2. NON (passez à Q10b)

Q10a.Objectif maintenu?

1. Oui
2. Non (Pourquoi?)

Q10b.Intention de mettre objectif en action?

1. Oui (Q10ba)
2. Non (Pourquoi?)

Q10ba.Si oui, QUAND objectif en action?

5. Immédiatement
4. Demain
3. Dans 1 semaine
2. Dans 1 mois
1. Plus tard

Q11.Outil aidant

1. Oui (Lequel? Comment?)
2. Non

Q12.Personne aidante

1. Oui (Qui? Comment?)
2. Non

Q13.Après 6 à 8 sem, capacité à atteindre objectif?

5. Beaucoup
 4. Assez
 3. Un peu
 2. Très peu
 1. Pas du tout
- Et pourquoi?

Q14.Outils utiles pour atteindre l'objectif

1. Suivi téléphonique (Fréquence?)
2. Autre entrevue motivationnelle (Combien? À quel intervalle?)
3. Site Internet
4. Groupe de support
5. Courriels d'encouragement
6. Journal de bord
7. Bottin de ressources
8. Autre (Lequel?)

Q16. Autre rencontre serait bénéfique?

5. Beaucoup
 4. Assez
 3. Un peu
 2. Très peu
 1. Pas du tout
- Pourquoi?

Q17a. Bilan informatisé

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17b. Infos verbales

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17c. EM aide à fixé objectif réaliste

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17d. À l'écoute besoins/capacités

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17e. Reconnaissance des ambivalences

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17f. Documents seront utiles?

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17g. EM m'a motivé à atteindre objectif?

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q17h. Appréciation CES

5. Très en accord
4. En accord
3. Assez en accord
2. Peu en accord
1. Pas du tout en accord

Q19a. Lieux/satisfaction

5. Très satisfaisant
4. Assez satisfaisant
3. Peu Satisfaisant
2. Très peu satisfaisant
1. Pas satisfaisant du tout

Q19b. Horaire/satisfaction

5. Très satisfaisant
4. Assez satisfaisant
3. Peu Satisfaisant
2. Très peu satisfaisant
1. Pas satisfaisant du tout

Q19c. Dispo/satisfaction

5. Très satisfaisant
4. Assez satisfaisant
3. Peu Satisfaisant
2. Très peu satisfaisant
1. Pas satisfaisant du tout

Q20. Liberté de revenir/appeler CES

5. Tout à fait
4. Probablement
3. Peut-être
2. Je ne crois pas
1. Je ne sais pas

Q21. Recommanderiez-vous le CES?

5. Tout à fait
4. Probablement
3. Peut-être
2. Je ne crois pas
1. Je ne sais pas

BIBLIOGRAPHIE

Basave, A. Sous la direction de Yvon Gauthier. (1993). *Le dialogue humaniste*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Beaud, Jean-Pierre. 2004. L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (éd.) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp.211-242). 4^e édition. Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec

Blais, A. & Durand, C. 2004. Le sondage. Dans B. Gauthier (éd.) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp.387-429). 4^e édition. Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec.

Direction de santé publique. 2009. *Le système de prévention clinique. Phase 1 : Intégration optimale du counseling sur les habitudes de vie*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Gordon, R. Octobre 1982. « Practical Theory ». *Spectra Publication of the Speech Communication Association*, Vol. XVIII No.9, p.1-2.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; Volume 1: 91-111.

Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C. & Bundy, C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*. 2006; 11: 319-332.

Lamoureux, Andrée. 1992. *Une démarche scientifique en sciences humaines. Méthodologie*, Laval, Éditions Études Vivantes, 638p.

Lewin, K. (1959). *Psychologie dynamique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lewin, K. (1992). « Conduite, connaissance et acceptation de nouvelles valeurs ». Dans *Changement planifié et développement des organisations*, sous la direction de R. Tessier & Y. Tellier, Sillery : PUQ, p.1-13.

Marrow, A.J. (1972). *KURT LEWIN sa vie et son œuvre*. Paris : Les Éditions E S F.

Miller, W.R. et Rollnick, S. (2006) *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. InterEditions : Paris.

Morgentaler, H. (1987). *Principes de la philosophie humaniste*, « La libre pensée québécoise », no.7 (2^e semestre 1987), p.4-8.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; Vol.51, No.3 :390-395.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1994) *The Transtheoretical approach*. Krieger Publishing Company: Malabar, Florida.

Renaud, L. & Sauvé, L. 1990. *Simulation et jeu de simulation. Outils éducatifs appliqués à la santé*, Montréal, Éditions Agence d'Arc Inc., 304p.

Robert, P. (1993). *Petit Robert*. Montréal : Dicorobert Inc.

Rogers, C. (1972). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.

Rollnick, S., Miller, W.R. et Butler, C.C. (2009) *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*. InterEditions : Paris.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. Motivational interviewing : a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; April: 305-312.

Santé et Services Sociaux Québec. 2008. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Savoie-Zajc, Lorraine. 2004. L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (éd.) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp.293-316). 4^e édition. Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec

Werner, C. M. & al. 2008. « Guided group discussion and attitude change : The role of normative and informational influence ». *Journal of Environmental Psychology*, 28, p.27-41.

Ressources électroniques

<http://www.motivationalinterview.org/Documents/1%20A%20MI%20Definition%20Principles%20&%20Approach%20V4%20012911.pdf>

Information recueillie le 22 juillet 2011

Britannica Online Encyclopedia

<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/338099/Kurt-Lewin>

Information recueillie le 25 octobre 2011.

Direction de la santé publique de Montréal

http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-231-9.pdf

Information recueillie le 4 décembre 2012

<http://santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/pdf/sante/EUS/santeaumenu.pdf>

Information recueillie le 21 juin 2011

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/systeme_de_prevention_clinique/espace_prive.html

Information recueillie le 11 mars 2013

Encyclopédie de l'Agora

<http://agora.qc.ca>

Information recueillie le 13 septembre 2011.

Gouvernement du Québec

Budget 2010-11, Vers un système de santé plus performant et mieux financé

<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>

Information recueillie le 21 juin 2011

UNESCO Bureau international d'éducation

http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/rogersf.pdf Information recueillie le 13 septembre 2011.