

La santé du cœur des femmes de milieu défavorisé passe par l'appropriation de leur plein potentiel

Suzanne Gagné^a, inf., M.Sc. et Chantal Saint-Pierre,^b inf., Ph.D.

^a Chargée de cours, Université du Québec en Outaouais

^b Professeure, Université du Québec en Outaouais

Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada (2003), les maladies cardiovasculaires demeurent les principales causes de décès, tant chez l'homme (35 %) que chez la femme (37%). Le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'augmentation des lipides sanguins, la sédentarité, l'obésité, la consommation d'alcool et le diabète en sont les principaux facteurs de risque. De plus, les personnes de milieux défavorisés sont considérées comme plus vulnérables parce que s'ajoutent pour elles d'autres facteurs de risque reconnus comme le faible niveau de scolarité, le faible revenu et le peu de maîtrise sur leur travail. L'intervention de ce projet, guidée par la théorie de la motivation vers un mieux-être par l'appropriation de son plein potentiel (Derenowski Fleury, 1991) décrit le processus d'intervention infirmière visant à susciter un changement de comportement en lien avec la santé du cœur auprès de femmes issues de milieux défavorisés. Les participantes ont été recrutées à l'intérieur d'un centre d'éducation aux adultes accueillant des femmes de milieux défavorisés. L'analyse des données provenant de journaux de bord, d'enregistrements audio de cinq rencontres intervenante/participantes et des notes ponctuelles de l'intervenante permet d'illustrer, selon les indices de Fleury (Derenowski, 1990), un processus d'appropriation d'un certain ou d'un plein potentiel de la part de 9 des 10 participantes. La théorie de Fleury (Derenowski Fleury¹,1991) offre donc un cadre intéressant aux infirmières en santé communautaire favorisant le changement et le maintien de comportements en matière de santé du cœur chez des personnes vulnérables.

Mots-clés : Santé du cœur, empowerment, soins infirmiers, santé communautaire

Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada (2003) et Pilote (2007), les maladies cardiovasculaires demeurent les principales causes d'invalidité et de décès, tant chez l'homme que chez la femme et ce, dans la plupart des pays industrialisés. Les maladies cardiovasculaires affecteront d'une façon ou d'une autre la vie de 70 % de la population canadienne (FMCC, 2006a). Bien que les effets négatifs de certaines habitudes de vie sur la santé soient démontrés scientifiquement, un fort pourcentage de la population canadienne ne les a pas changées de façon significative. En 2006, une proportion de 80% de la population présentait au moins un facteur de risque contrôlable des maladies cardiovasculaires alors que 10% en signalaient

trois ou plus (FMCC, 2006a). Par ailleurs, certains déterminants de la santé tels que le revenu et l'éducation influent de façon certaine sur les comportements individuels de santé comme le démontrent les enquêtes de la FMCC (1999, 2003 et 2006b) ainsi que les études de Lacourse (2002, 2006). Les personnes vivant dans des milieux défavorisés bénéficient généralement d'un plus faible réseau de soutien social et adoptent des habitudes de vie à effet négatif sur la santé. En conséquence, elles souffrent davantage de troubles psychopathologiques, de maladies cardiovasculaires et meurent plus jeunes que celles plus favorisées aux plans social et économique. En outre, ces études avancent que le niveau d'instruction a un impact réel sur l'adoption

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Suzanne Gagné, Maîtrise en sciences infirmières, Chargée de cours, Université du Québec en Outaouais, C.P. 1250 succursale Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7. Tél. : (819) 595-3900 poste 2347, courrier électronique : Chantal.saint-pierre@uqo.ca

de comportements sains pour la santé puisque l'éducation peut avoir une conséquence directe sur les connaissances et les compétences intrinsèques de l'individu. Le groupe le plus sujet à présenter des comportements à risque est celui des femmes peu scolarisées, à faible revenu et ayant peu de maîtrise sur leur milieu de travail (FMCC, 1997 ; Pohl, Martinelli & Antonakos, 1998). Considérées comme trop partielles par Le Bossé et Lavallée (1993), les approches traditionnelles inspirant les programmes actuels de prévention n'ont pas nécessairement les impacts voulus sur les changements de comportement. Puisque les infirmières ont un rôle de premier plan à jouer dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, il convient de mieux les outiller afin d'ajuster leur pratique pour mieux agir en ce sens auprès de cette clientèle particulière (Laperrière, 2006). L'intervention réalisée comme exigence d'une maîtrise en sciences infirmières a permis d'expérimenter une façon différente d'intervenir auprès de femmes provenant de milieu défavorisé en utilisant une approche novatrice basée sur une théorie de l'appropriation du plein potentiel issue de la discipline infirmière et connue sous le nom de la théorie de la motivation vers un mieux-être de Fleury (Derenowski, 1990; Derenowski Fleury, 1991). Le but du projet d'intervention dont fait l'objet cet article était de susciter l'amorce ou le maintien, chez un groupe de femmes provenant de milieux défavorisés, d'un changement de comportement relié à la santé du cœur par une approche d'appropriation de son potentiel.

Aspects théoriques

Les facteurs influençant le changement de comportements

Les facteurs extrinsèques d'ordre socio-économique tel un faible revenu (FMCC, 1997 ; Morris, Ross Kerr, Wood & Haughey, 2000), le manque de temps (FMCC, 1997 ; Gettleman & Winkleby, 2000) et le manque de soutien du réseau social sont un frein au changement de comportements en matière de santé du cœur (FMCC, 1997 ; Gettleman & Winkleby, 2000 ; Pohl, & al., 1998). Aux facteurs extrinsèques s'ajoutent des facteurs intrinsèques comme le manque de connaissances et le faible niveau d'instruction (FMCC, 1997, 2003; Gettleman & Winkleby, 2000; Santé Canada, 1995), un sentiment d'efficacité personnelle déficient (FMCC, 1997; Godin, 1996; Pohl et al., 1998; Sussman et al., 1994) ainsi que la perception souvent négative qu'ont les femmes provenant d'un milieu défavorisé envers le réseau de la santé lui-même (Lacourse, 2002). Tous ces facteurs influenceraient à différents degrés la

décision des femmes issues d'un milieu défavorisé à s'engager dans l'adoption de comportements propices à la santé du cœur.

Le type d'approche ainsi que les programmes utilisés par le réseau de la santé peuvent aussi être des facteurs influant sur l'adoption de comportements adéquats de santé du cœur chez cette population vulnérable (Lacourse, 2002). D'ailleurs, l'approche visant à donner des conseils ainsi que de l'information persuasive n'est peut-être pas suffisante pour motiver les gens cherchant à faire des changements majeurs dans leur mode de vie (Bowlby & al., 1997 ; Colin, Ouellet, Boyer & Martin, 1992 ; Godin, 1996 ; Lapierre, 1999 ; O'Loughlin, Paradis, Gray-Donald, & Renaud, 1999 ; Paradis & al. 1995). En effet, ces auteurs précisent que cette approche, en plus de ne pas tenir compte de l'étape de changement de l'individu, ne serait guère compatible avec les valeurs et les préoccupations dominantes des personnes vivant en milieu défavorisé. Lapierre (1999) souligne que les conditions suivantes sont indispensables pour garantir une réussite des interventions auprès des personnes provenant d'un milieu défavorisé : comprendre leurs valeurs et leur culture, abolir nos propres préjugés à leur égard et surtout les respecter dans ce qu'elles sont.

Cadre théorique de Fleury

Se questionnant sur l'insuccès des programmes sociaux axés sur la diminution des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, Fleury passe en revue les différents modèles et théories de la motivation inspirant ces programmes : le modèle des croyances relatives à la santé de Maimen et Becker (1974), la théorie sociale cognitive de Bandura (1977), la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980) ainsi que le modèle d'interaction de comportement de santé du client de Cox (1982). Elle constate surtout que ces théories ne précisent rien du processus pré et post décisionnel de l'individu en changement. Citant Oldridge, Derenowski (1990) assure que la compréhension de ce processus pré et post décisionnel est indispensable à l'élaboration de programmes suscitant la motivation à l'amorce ou au maintien de changement de comportement en matière de santé du cœur. La théorie de Fleury permet justement d'expliquer le phénomène de la motivation intrinsèque d'une personne confrontée à une telle situation. Présentée sous forme de schéma à la Figure 1, elle regroupe deux systèmes conducteurs omniprésents tout au long du processus de changement de comportement : la représentation de son propre changement et les systèmes de soutien social. Le premier reflète la représentation de façons d'être que l'individu valorise de même

LA THÉORIE DE FLEURY

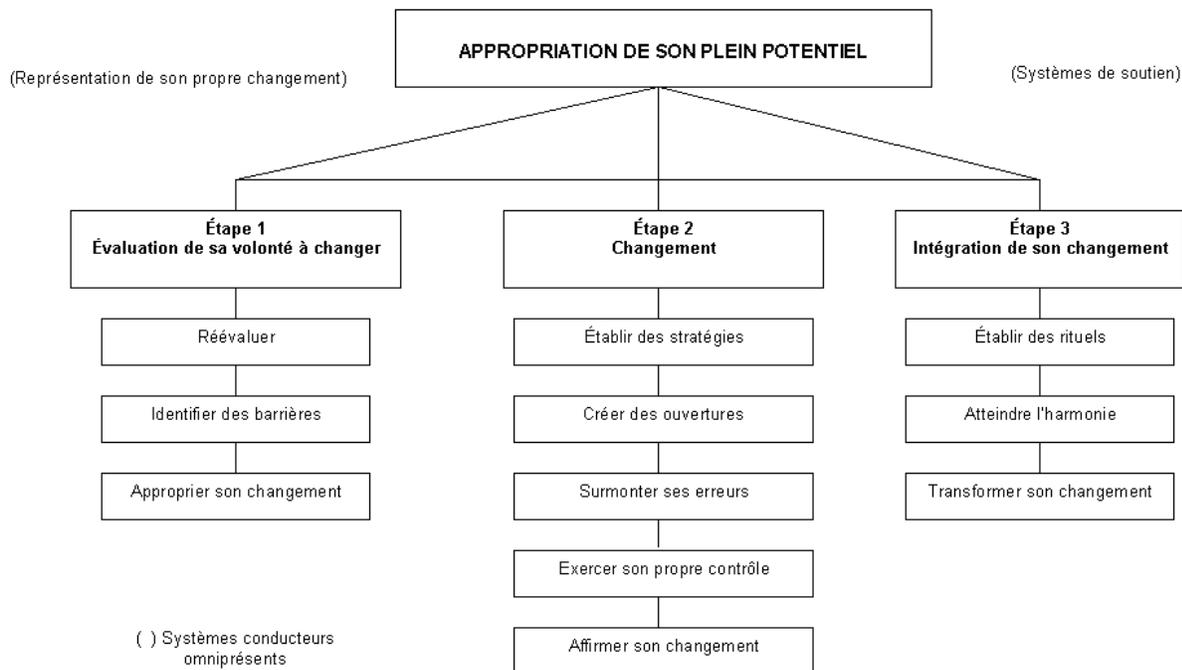


Figure 1. La théorie de l'appropriation de son plein potentiel de Fleury (traduction libre de la principale auteure)

que la création d'énoncés d'actions centrés sur ses valeurs. Le second représente des sources externes de rétroaction, de renforcement et d'assistance présentes dans la vie de l'individu. Ces deux systèmes conducteurs chapeautent les trois étapes du processus de changement ainsi que leurs concepts sous jacents: 1) l'évaluation de la volonté à changer un comportement ou le pré décisionnel (réévaluer, identifier des barrières et s'approprier son changement), 2) le changement (établir des stratégies, créer des ouvertures, surmonter ses erreurs, exercer son propre contrôle et affirmer son changement) et 3) l'intégration du changement ou le post décisionnel (établir des rituels, atteindre l'harmonie et transformer son changement). Ces trois étapes du processus illustrent bien le mouvement de l'individu vers une modification continue des facteurs de risque ainsi que le maintien des changements de styles de vie. Les concepts sous-jacents à ces étapes, bien définis par Derenowski Fleury(1991), ont servi de guide pour cette intervention.

Fleury définit l'appropriation de son potentiel comme un processus continu de croissance et de développement individuel facilitant l'émergence de comportements de santé nouveaux et positifs. Opérationnaliser sa théorie en intervention semble

être une approche prometteuse afin d'aider les femmes issues de milieux défavorisés à amorcer ou à maintenir un changement de comportement lié à la santé du cœur en suscitant chez elles un processus d'appropriation de leur plein potentiel.

Méthode de l'intervention

Le recrutement a été réalisé dans un centre de formation des adultes de milieu urbain auprès d'un groupe de 19 femmes monoparentales issues d'un milieu défavorisé. Lors d'une rencontre organisée par la direction, l'intervenante a eu l'opportunité de présenter son projet. Dix femmes sur les 19, âgées entre 25 et 50 ans, se sont présentées à la première rencontre. Quatre d'entre elles étaient des immigrantes. Après explication de l'intervention, les participantes ont signé un formulaire de consentement. Le processus d'accompagnement s'est effectué à travers quatre rencontres subséquentes de groupe qui eurent lieu aux trois semaines. La dernière rencontre eut lieu cinq semaines après la quatrième afin de vérifier si, après ce temps, les participantes auraient maintenu leur changement de comportement. Cette dernière en fut une de suivi sur l'enseignement des facteurs de risque des

maladies cardiovasculaires à la demande des participantes. Toutes ces rencontres furent comprises à l'intérieur d'une période de cinq mois, ce qui est en accord avec St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault (2001) afin d'établir un climat de confiance suffisant pour favoriser l'appropriation de son potentielⁱⁱ. Afin de recueillir le plus d'informations possible sur le processus d'appropriation, toutes les rencontres ont été enregistrées sur bandes audio et les participantes ont été encouragées à compléter un journal de bord. Après chaque rencontre, l'intervenante colligeait par écrit les grands points des discussions et les incidents qui avaient pu se produire. Afin d'augmenter la fiabilité des données, l'intervenante, en début de chaque rencontre, vérifiait ses perceptions en faisant un tour de table avec les participantes. L'analyse des résultats de l'intervention a été axée sur le processus d'appropriation du potentiel des participantes et non sur le résultat attendu.

Lors de l'analyse des données, les verbatims des journaux de bord et des enregistrements audio reflétaient les conditions et les conséquences provoquées par les événements. Ces conséquences sont nommées par Derenowski (1990) indices du processus d'appropriation du potentiel (Voir Figure 2). Ainsi, chacune des phrases enregistrées et chacune des phrases écrites des journaux de bords recueillis ont été classifiées selon chaque indice des exigences de Fleury. Les verbatims devaient donc démontrer les indices du processus d'appropriation du potentiel afin d'illustrer par le fait même un mouvement de changement des participantes dans leur style de vie lié à la santé du cœur.

Afin de susciter un climat de confiance, l'intervenante démontra, tout au long des rencontres, les attitudes suggérées lors de toutes interventions soit l'empathie, l'ouverture d'esprit, le respect des compétences et des valeurs, la reconnaissance de l'impact des conditions de vie

sur l'adoption de comportements de santé et les choix des personnes (Martin et Boyer, 1995). Le rôle de l'intervenante en était donc un d'accompagnatrice et de guide dans le processus de changement des participantes (Colin et al., 1992 ; Lapierre, 1999). Toute information provenant de l'intervenante fut transmise uniquement pour répondre aux besoins exprimés par les participantes afin d'éviter que les conseils et les informations persuasives rendent les participantes résistantes au changement (Bowlby et al., 1997 ; Godin, 1996).

Application de la théorie de Fleuryⁱⁱⁱ

Première rencontre. Afin de guider les participantes dans leur processus de changement, une discussion sur des sujets inspirés des écrits de Derenowski (1990) a été dirigée vers une réflexion sur leurs valeurs et leurs croyances concernant les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Dans le but de les éclairer davantage sur la présence de ces facteurs de risque dans leurs comportements de santé actuels, elles ont complété le test « Avez-vous bon cœur? » de Gagnon, Pineau, Prévost, Brousseau & Pineau, 2003. Par la suite, les participantes devaient **évaluer leur volonté à changer** des comportements de santé. En premier lieu, elles devaient **réévaluer** les efforts initiés antérieurement suite à des signes reçus ou à des situations vécues. Quels mécanismes d'adaptation efficaces ont-elles utilisés afin de s'en sortir? Une réflexion dans ce sens leur faisait prendre conscience de leurs capacités déjà acquises de décider, de s'adapter, d'entreprendre des changements et de les maintenir. Elles pouvaient donc se faire confiance face à des changements futurs. En deuxième lieu, elles devaient vérifier quelles **barrières** pouvaient les empêcher d'entreprendre des changements de comportements liés à la santé du cœur.

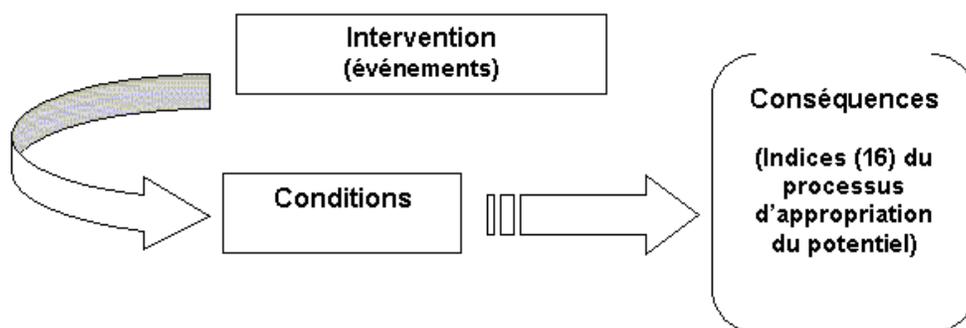


Figure 2. Exigences conduisant à l'appropriation de son plein potentiel selon la théorie de Fleury

Cette réflexion leur permettait d'identifier les barrières sur lesquelles elles pouvaient exercer un certain pouvoir. Enfin, elles devaient **s'approprier leur changement**, c'est-à-dire décider, après une réflexion entreprise durant quelques semaines, quels comportements – aucun, un ou plusieurs – lié à la santé du cœur elles voulaient changer et par quels moyens y parvenir. Pour ce faire, certaines stratégies leur étaient suggérées : 1) Faire des choix de changement réalistes afin de ne pas se placer en situation d'échec; 2) S'écrire un contrat incluant le changement à faire et les moyens à prendre pour y arriver; 3) Prévoir du soutien de la part d'amis, de membres de la famille et de ses enfants. Afin de les aider dans leur réflexion et dans leur choix, des dépliants sur une saine alimentation et sur les conditions gagnantes pour avoir un cœur en santé leur étaient distribués.

Deuxième rencontre. Il était prévu que les 30 premières minutes seraient consacrées à un tour de table afin que les participantes puissent divulguer le résultat de leur réflexion depuis la dernière rencontre. Suite à cette discussion, la deuxième étape de la théorie de Fleury, c'est-à-dire le **changement**, pouvait être amorcée : tous les sous-concepts de cette étape ont été utilisés comme objectifs de discussion et comme moyens d'apprentissage vers la réalisation du changement.

Troisième rencontre. Elle a été consacrée à une discussion de groupe. L'objectif de cette discussion était de donner la possibilité aux participantes de s'exprimer sur leur vécu et sur leurs difficultés à maintenir leur changement. À travers cette réflexion, elles divulguaient les stratégies qu'elles utilisaient, les écarts qu'elles se permettaient, les manquements qu'elles surmontaient dans leur processus de changement. De plus, à travers cette discussion, l'intervenante validait auprès des participantes les notes qu'elle rédigeait sur les objectifs qu'elles avaient formulés lors de la dernière rencontre.

Quatrième et dernière rencontre. Il ne restait plus à l'intervenante qu'à susciter une discussion faisant ressurgir tous les témoignages des participantes démontrant ou non l'**intégration de leur changement de comportement** dans les activités de la vie quotidienne : l'**établissement de rituel**, l'**atteinte de l'harmonie** et le **goût de poursuivre ce processus de changement**.

Illustration du processus d'appropriation du plein potentiel

L'analyse des verbatims des rencontres et des journaux de bord a permis de constater que l'intervention a mené chaque participante à l'atteinte ou non des indices de Derenowski (1990). Ainsi, une prise de conscience de ses propres

facteurs de risque contribuant à développer une maladie cardiovasculaire et un examen de ses comportements en relation avec ses préférences et ses valeurs ont amorcé le processus de changement : « J'ai senti que j'allais mourir...Ma pression est élevée...J'ai diminué le gras et augmenté mes activités » (Luce^{iv}); « Après avoir eu plus de connaissances, j'étais inquiète pour ma santé et là, j'ai décidé d'agir » (Josée). Par la suite, toutes ont examiné les obstacles ou les facteurs extrinsèques ou intrinsèques contribuant à empêcher l'amorce ou le maintien d'un changement de comportement de santé et ont déterminé sur lequel ou lesquels de ces facteurs elles pouvaient avoir du pouvoir. Elles ont aussi évalué les habiletés qu'elles possèdent déjà et qui contribuent à initier un changement couronné de succès : « J'ai vécu toutes sortes de violence durant 15 ans... J'ai laissé mon conjoint mais j'ai gardé mes deux enfants » (Lise). Elle a eu le courage et la force de poser ce geste donc. Huit d'entre elles, après avoir déterminé quel changement elles désiraient entreprendre, ont identifié les actions à poser afin de l'initier ou le maintenir. Pour ce faire, accompagnées par l'intervenante, elles ont élaboré leurs propres stratégies de changement de comportement et utilisé leurs propres mécanismes de contrôle afin d'atteindre leurs buts : « J'organise bien mon épicerie avant d'y aller » (Suzie); « Au lieu d'arrêter tout d'un coup de manger des desserts et du chocolat, je diminue graduellement. C'est moins difficile » (Josée) En affirmant leur changement, ce qui signifie que le comportement de l'individu reflète l'expression de la valeur des comportements choisis vers l'atteinte des buts fixés, les participantes renforcent leur intention de changer en voyant le côté positif de leur nouveau style de vie. Les nouveaux comportements de santé commencent à faire partie de leurs valeurs : « J'ai arrêté totalement le café, les biscuits, le chocolat et je prépare ma nourriture...., j'ai perdu beaucoup de poids, je flotte dans mes pantalons et je me nourris bien mieux ! » (Josée); « Je me couche plus tôt et je suis plus calme avec mes enfants » (Luce).

Enfin, l'intégration du changement, dernière étape du processus, fut franchie par la moitié des participantes puisque cinq personnes ont exprimé la perception des effets bénéfiques du changement et constaté qu'il faisait partie de leur style de vie. Voici les verbatims de deux d'entre elles : « Maintenant, quand je fais l'épicerie, c'est devenu naturel pour moi de lire sur les boîtes. » (Lise); « J'ai maigri et je réalise que je n'ai pas suivi de diète : j'ai changé mes habitudes seulement. » (Josée). Elles ont, de plus, illustré l'intégration d'un changement de style de vie atteignant ainsi tous les indices de l'appropriation

de leur plein potentiel tels que l'expriment ces extraits : « Je peux améliorer ma santé par moi-même maintenant. » (Suzie) ; « Je me fixe d'autres objectifs à atteindre afin d'améliorer ma santé et je fais un suivi » (Josée).

Les participantes démontrent ainsi un mouvement de processus d'appropriation de leur potentiel à leur rythme et selon leurs goûts et leurs besoins. Elles savent, individuellement ou collectivement, à partir d'une prise de conscience, se mobiliser, aller chercher les informations et les ressources nécessaires à leur cheminement et passer à l'action en ayant recours à des forces intrinsèques.

En observant cette mouvance lors de l'analyse, on peut conclure que 9 participantes sur 10 ont exprimé des désirs individuels de changement et que 5 d'entre elles, dont 3 immigrantes, ont démontré une continuité dans les tentatives d'intégrer un changement de style de vie illustrant ainsi l'appropriation de leur plein potentiel. Voici quelques verbatims illustrant cette appropriation : « Maintenant, quand je fais l'épicerie, c'est devenu naturel pour moi de lire sur les boîtes » (Josée) ; « Il y a une fierté en nous quand on fait nos choses » (Suzie) ; « Mes enfants font des blagues et vérifient même ce que je mange ! » (Josée).

Discussion

Les obstacles identifiés par les participantes

Lors de la première rencontre, les participantes ont identifié plusieurs obstacles en lien avec la littérature les désavantageant par rapport à d'autres femmes face à l'adoption de comportements sains liés à la santé du cœur. Premièrement, le manque d'argent est un des obstacles reconnus par les participantes contribuant, tout comme les auteurs (FMCC, 2003; Gettleman & Winckleby, 2000; Morris & al., 2000) le confirment, à les empêcher de participer à des activités physiques dans des centres et à s'acheter des aliments sains à cause des coûts élevés. Deuxièmement, le manque de temps est aussi identifié par les participantes surtout à cause de leur monoparentalité. Leurs commentaires rejoignent exactement ceux de Gettleman et Winckleby (2000) et de la FMCC (1997). En effet, la monoparentalité, en plus de favoriser la pauvreté, multiplie leurs responsabilités et elles doivent vaquer seules aux activités de la vie quotidienne en plus de s'occuper de leurs enfants. Elles disent ne plus avoir l'énergie pour faire quoi que ce soit lorsque la journée est terminée. De plus, compte tenu de leur retour à l'école, elles ont des devoirs à faire ce qui diminue l'importance de l'utilisation du journal de bord Troisièmement, le manque de

soutien social est mentionné par les participantes. Il leur manque le soutien d'un conjoint et certaines même de leur famille à cause de leur statut d'immigrantes. Ce soutien familial est décrit par Knutsen et Knutsen (1991) comme un déterminant puissant du comportement. Le manque de connaissances en ce qui concerne les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires et de ces maladies comme telles est un obstacle que les participantes reconnaissent comme majeur. Une participante ajoute d'ailleurs que « ...ce n'est pas une question de sous, mais plutôt savoir quoi faire avec les sous qui est le problème » (Anne).. Durant les formations, elles affirment, tout comme Gettleman et Winckleby (2000) que si elles connaissaient en quoi consiste vraiment l'effet de la cigarette et ceux de tous les autres facteurs de risque sur la santé du cœur, elles seraient plus motivées à agir. C'est d'ailleurs à partir de cette réflexion de la part des participantes qu'elles demandent l'ajout d'une cinquième rencontre dont le contenu souhaité est l'explication plus en détail des facteurs de risque. L'enseignement a donc été fait selon les besoins exprimés par les participantes afin d'éviter les conseils ainsi que les informations persuasives tel que suggéré par plusieurs auteurs (Bowlby & al., 1997 ; Colin, Ouellet, Boyer & Martin, 1992 ; Godin, 1996 ; Lapierre, 1999 ; O'Loughlin, Paradis, Gray-Donald, & Renaud, 1999 ; Paradis & al. 1995). Les manques de volonté, de motivation et de confiance sont aussi mentionnés par les participantes comme obstacles. Par contre, en réalisant qu'elles avaient déjà réussi à passer à travers différentes épreuves, certaines d'entre elles admettent qu'elles peuvent se faire confiance face à l'entreprise de changements, ce qui contribue à augmenter leur sentiment d'avoir un certain pouvoir sur les choses. Un facteur important n'avait pas été mentionné par les participantes : le stress. Le cas de Luce en est un exemple. Elle identifie, lors de la 5^{ième} rencontre, que le stress causé par le comportement de ses enfants interfère avec sa capacité à réaliser ses objectifs dont celui de cesser de fumer. « À ce moment, je suis trop nerveuse ce qui me porte à fumer davantage » (Luce). Colin et al. (1992) soutiennent ce fait en disant que certains modes de vie, comme le tabagisme, sont parfois dictés par ce stress existentiel. La présence des participantes aux rencontres, quoique de façon sporadique pour certaines, peut démontrer la confiance qu'elles ont eue envers l'intervenante. Par contre, celles qui ne sont pas revenues se sont-elles senties menacées par celle-ci ou n'étaient-elles tout simplement pas prêtes pour ce changement? D'autres raisons inconnues peuvent aussi motiver cette absence.

De tous les obstacles que les participantes mentionnent, c'est surtout sur le manque de

connaissances qu'elles reconnaissent avoir le plus de pouvoir d'agir puisqu'elles peuvent venir assister à cette intervention dont l'objectif est de les aider à améliorer leurs habitudes de vie concernant leur santé du cœur. Par contre, il est très important lors de cette intervention, que l'intervenante ne décide pas quels enseignements doivent être faits mais bien respecter les thèmes qu'elles auront choisis. Il faut donc, comme le mentionnent Ouellet et al. (2000) avoir confiance en leur capacité de devenir en projet par rapport à leur santé du cœur, à se fier à leurs habiletés personnelles et à leur motivation à agir.

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

Le fait qu'un individu choisisse de vivre et d'intégrer de nouveaux comportements concernant la santé du cœur manifeste un processus continu de croissance et de développement personnel qui reflète, selon Derenowski (1990), l'appropriation de son plein potentiel. Afin de comprendre comment la théorie de Fleury (Derenowski, 1990) semble propice au développement d'un processus d'appropriation d'un plein potentiel, ses concepts seront mis en parallèle avec les quatre grandes constantes du phénomène d'« empowerment », suggérées par Le Bossé et Lavallée (1993), avec les trois marqueurs du processus d'« empowerment » issus de la recherche de Ouellet, René, Durand, Dufour, et Garon (2000) ainsi qu'avec les huit indices associés à un processus d'appropriation émergeant de la recherche de St-Cyr Tribble et al., (2001).

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

avec l'environnement. Enfin, quand Le Bossé et Lavallée avancent que le phénomène d'« empowerment » est un processus, Derenowski (1990) le représente par les trois étapes que franchissent les personnes en changement élucidées par sa théorie : l'évaluation de sa volonté à changer, le changement et l'intégration de son changement.

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

Les huit indices d'appropriation de St-Cyr Tribble et al., (2001). Après avoir ralié les grandes constantes formulées par Le Bossé et Lavallée (1993) et les trois marqueurs issus de la recherche de Ouellet et al. (2000), la théorie de Fleury, par ses caractéristiques spécifiques, converge de plus en plus vers un processus d'« empowerment ». En effet, les conditions et les conséquences créées par l'intervention issue des étapes et des stratégies de cette théorie rejoignent plusieurs indices associés à un processus d'appropriation émergeant de la recherche de St-Cyr Tribble et al., (2001) conduite auprès de parents (n = 28) vivant des difficultés avec leurs enfants dans le but de comprendre et d'évaluer l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales basées sur une pratique d'« empowerment ». Dans ce qui suit, l'indice d'appropriation de St-Cyr Tribble et al., (2001) précède les conditions ou les conséquences secondaires à l'intervention proposée par Fleury : (a) réflexion et prise de conscience de la situation, de ses forces, de ses besoins : conscience de symptômes et/ou d'informations servant de signaux nécessitant un changement, perception de l'écart entre ses propres comportements et l'image de soi désirée, conscience de barrières potentielles au changement, désir d'un changement; (b) développement de l'estime de soi : identification de priorités de changement, reconnaissance d'une

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

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

Recommandations pour la recherche et la pratique

Compte tenu de la présence d'immigrantes au sein des participantes, il serait intéressant de

vérifier la différence entre les niveaux d'appropriation d'un plein potentiel selon les indices de Fleury chez un groupe d'immigrantes provenant de milieux défavorisés comparativement à des femmes québécoises ou canadiennes provenant de milieux défavorisés et ce, sur des groupes de plus de dix participantes. En effet, le fait que trois participantes sur cinq ayant atteint un plus haut niveau de potentiel soient des immigrantes, des questionnements se posent à ce sujet : ces deux catégories de femmes ont-elles les mêmes trajectoires de vie vers la pauvreté? Le profil de ces deux groupes de femmes jouerait-il un rôle sur leur processus d'appropriation de leur plein potentiel? Une future recherche pourrait répondre à cette question.

En ce qui concerne la pratique infirmière, les approches traditionnelles sont trop partielles selon Le Bossé et Lavallée (1993) : par exemple, les sessions de motivation ne seraient pas une aide suffisante aux personnes démotivées. Il faut aller au-delà de la motivation comme le suggère Derenowski (1990) et aussi guider l'individu en changement dans les phases pré et post décisionnelles et ce, à partir du vécu de chaque personne. Les pratiques infirmière doivent prôner toute intervention incitant l'individu à prendre du pouvoir sur sa vie, c'est-à-dire « ...commencer à sortir de l'aliénation imposée par l'absence de reconnaissance de la part de l'autre » (Ouellet et al. 2000, p. 98).

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

Conclusion

L'utilisation de la théorie de Fleury (Derenowski, 1990) comme cadre dans une

intervention basée sur l'approche d'appropriation du plein potentiel ouvre de nouvelles perspectives dans la pratique infirmière. Les résultats de cette intervention tendant à démontrer les effets positifs de cette approche sur la motivation des participantes à l'amorce ou au maintien d'un changement de comportements relié à la santé du cœur encouragent d'ailleurs à y avoir recours. La réflexion poursuivie par les participantes tout au long de l'intervention leur a permis de prendre conscience de leurs facteurs de risque et des barrières réalistes à abattre. De plus, elles ont constaté qu'elles avaient du contrôle sur leur changement en choisissant le comportement qu'elles voulaient modifier. Ainsi, elles ont développé une satisfaction et une fierté personnelle face à leur succès car elles étaient en accord avec leurs nouvelles normes internes ce qui, selon Derenowski (1991), joue un grand rôle dans le maintien du changement. Toujours selon cette auteure, en voyant le côté positif et encourageant de leur nouveau style de vie, elles ont renforcé leur intention de changer et ainsi, leurs nouveaux comportements de santé se sont manifestés de façon régulière et ont commencé à faire partie de leurs valeurs. Enfin, en développant leurs compétences à surmonter les barrières individuelles, elles ont intégré leur nouveau modèle dans leurs activités de la vie quotidienne et se sont considérées comme des être entier faisant un tout avec leur environnement. En fin de compte, selon l'analyse des données, 9 participantes sur 10 ont amorcés des changements de comportements tandis que 5 sur 10 avaient maintenu ces changements cinq semaines après l'intervention. Cette façon de mieux comprendre le processus de changement incluant les étapes du pré et du post-décisionnel a permis à l'intervenante de mettre en œuvre une intervention propice à l'appropriation d'un plein potentiel. Ce processus, construit à partir du vécu et qui tient compte à la fois des perceptions subjectives ainsi que des conditions objectives du contexte social, est un des meilleurs indicateurs de bien-être chez l'individu en changement (Le Bossé et Lavallée, 1993 ; St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault, 2001). À l'issue de cette intervention, le plus important n'est pas que tel ou tel comportement soit changé, mais que les femmes visées croient en leur potentiel de pouvoir changer et de pouvoir agir sur certains facteurs de risque concernant leur santé du cœur, ce qui rejoint Laperrière (2006) quand elle dit que les personnes vulnérables « ... n'ont pas besoin d'être davantage « éclairées » et « conscientisées », mais bien plutôt d'acquiescer des stratégies concrètes pour augmenter leurs ressources et leur capital social. » (Laperrière, 2006, p. 6)

Références

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New-York: Freeman & Co.
- Bowlby, M., Cogdon, A., Holley, J., Hatz, S. B., Ounpuu, S., Strachan, E., Taraba, L., & Toone, M. (1997). Ajustez votre mode de consultation selon le modèle des étapes du changement. *Au cœur du sujet*, 4, 1-4.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Cox, C. L. (1982). An interaction model of client health behavior: Theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5, 41-46.
- Derenowski, J. (1990). The qualitative generation of wellness motivation theory. (Thèse de doctorat, Université de l'Arizona, 1990). University Microfilms international, 9024643 pdf.
- Derenowski Fleury, J. (1991). Empowering potential: A Theory of Wellness Motivation. *Nursing Research*, 40, 286-291.
- Fondation des maladies du cœur du Canada (1997). *Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux chez les femmes canadiennes : Matière à réflexion*. Ottawa: Auteur.
- Fondation des maladies du cœur du Canada (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Ottawa : Auteur.
- Fondation des maladies du cœur du Canada (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*. Ottawa : Auteur.
- Fondation des maladies du cœur du Canada (2006a). *Prenez le contrôle : Réduisez vos risques de maladies cardiovasculaires*. Ottawa : Auteur.
- Fondation des maladies du cœur du Canada (2006b). *Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux au Canada : faire pencher la balance du progrès*. Ottawa : Auteur.
- Gagnon, L., Pineau, G., Prévost, D., Brousseau, S., & Pineau, R. (2003). *Test Avez-vous bon cœur?* Montréal : Acti-Menu.
- Gettleman, L. & Winkleby, M. A. (2000). Using focus groups to develop a heart disease prevention program for ethnically diverse, low-income women. *Journal of Community Health*, 25, 439-453.
- Godin, G. (1996). Le non-usage du tabac, une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé. *Alcoologie*, 18(3) 237-242.
- Knutsen, S., & Knutsen R. (1991). The Tromso survey: the family intervention study – The effect of intervention on some coronary risk

- factors and dietary habits, a six year follow-up. *Preventive Medicine*, 20, 197-212.
- Lacourse, M-T. (2002). *Sociologie de la santé*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Lacourse, M-T. (2006) *Sociologie de la santé*. 2^{ème} ed. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Laperrière, H. (2006). Réflexion sur la pratique infirmière avancée en soins communautaires dans le contexte de vulnérabilité. {Version électronique} *L'infirmière clinicienne*, 3,1-10.
- Lapierre, J. (1999). *Évaluation de l'émancipation chez les participantes à un programme d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Le Bossé, Y. D., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 18, 7-20.
- Maimen, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief mode: Origins and correlates in psychological theory. Dans M. H Becker (Éds), *The health belief model and personnel health behavior* (pp. 9-26). New-York: Slack.
- Martin, C. & Boyer, G. (1995). *Naître égaux-Grandir en santé*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre : Auteurs.
- Morris, H. M., Ross Kerr, J. C., Wood, M. J., & Haughey, M. (2000). Health promotion and senior women with limited incomes. *Journal of Community Health Nursing*, 17, 115-126.
- Oldridge, N. B. (1988). Cardiac rehabilitation programme compliance and compliance-enhancing strategies. *Sports Medicine*, 6, 42-55.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Gray-Donald, K. & Renaud, L. (1999). The Impact of a Community-Based Heart Disease Prevention Program in a Low-Income, Inner-City Neighborhood. *American Journal of Public Health*. 89. 12. 1819-1825.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon. (2000). *L'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Paradis, G., O'Loughlin, J., Elliott, M., Masson, P., Renaud, L., Sacks-Silver, G. & Lampron, G. (1995) Cœur en santé St-Henri – A hearth health promotion programme in a low income, low education neighbourhood in Montreal, Canada: Theoretical model and early field experience. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40, 503-512.
- Pilote, L. (2007). A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *Canadian Medical Association Journal*, 176, S1-S44.
- Pohl, J. M., Martinelli, A., & Antonakos, C. (1998). Predictors of participation in a smoking cessation intervention group among low-income women. *Addictive Behaviors*, 23, 699-704.
- Santé Canada. (1995). *Les Canadiens et la santé cardiovasculaire*. Ottawa : Auteur.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D., & Archambault, J. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne : compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès des parents*. Rapport de recherche.
- Sussman, S., Dent, C., Wang, E., BoleyCruz, N., Sanford, D., & Anderson Johnson, C. (1994). Participants and nonparticipants of a mass media self-help smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 19, 643-654.

ⁱ Il est à noter que cette auteure a changé de nom lors de ses publications et qu'il s'agit bien de la même personne.

ⁱⁱ Ces auteurs utilisent plutôt le terme « empowerment ».

ⁱⁱⁱ Afin de faire émerger les concepts de la théorie de Fleury, ils ont été mis en gras dans le texte.

^{iv} L'auteure a utilisé des pseudonymes afin de respecter la confidentialité.