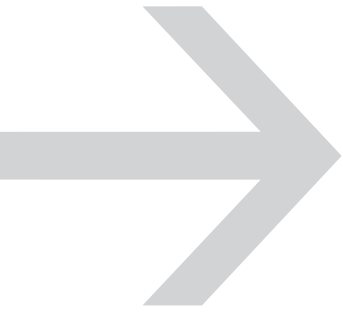


Évaluation des Centres d'éducation pour la santé

I. Sondages auprès de la clientèle





Évaluation des Centres d'éducation pour la santé

I. Sondages auprès de la clientèle

Émilie Leblanc
Viviane Leane

2012



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Collaboration
Marie-Claude Gélneau
Emanuelle Huberdeau
Marie-Josée Paquet
Simon Tessier

Révision
Luigia Ferrazza

Mise en page
Luigia Ferrazza
Émilie Leblanc

Nous remercions les éducateurs pour la santé et les gestionnaires responsables des Centres d'éducation pour la santé dans chacun des Centres de santé et de services sociaux pour leur contribution au processus de recrutement des répondants et de collecte des données.

Nous remercions aussi tous les clients des Centres d'éducation pour la santé qui ont accepté de participer à cette évaluation ainsi que les intervieweurs.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-230-2 (ensemble)
ISBN 978-2-89673-231-9 (n° 1) (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2012

Mot du directeur

En 2007, les Centres d'éducation pour la santé (CES) ont vu le jour dans chacun des douze Centres de santé et de services sociaux de Montréal. Ils offrent à la population adulte un service personnalisé de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie. Basée sur l'approche motivationnelle, l'intervention s'inspire des meilleures pratiques en matière de modification des habitudes de vie et vise à contribuer à la prévention des maladies chroniques dont la prévalence élevée continue à progresser dans les sociétés occidentales.

Cette évaluation, réalisée deux ans suivant la mise en œuvre des CES, indique que le programme des CES contribue à l'amélioration des habitudes de vie des Montréalaises et des Montréalais. De plus, le rapport met en lumière quelques pistes de réflexion pour bonifier ce service, notamment sur les stratégies pour mieux adapter l'intervention aux diverses clientèles, et la place qu'occupent les CES dans le continuum de soins offerts. Le rapport nous rappelle également que tout n'est pas gagné et que les efforts doivent être intensifiés pour qu'un plus grand nombre de Montréalaises et de Montréalais puissent bénéficier de ce service.

Bonne lecture!

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé'.

Richard Massé, M.D.

Résumé

Depuis 2007, des Centres d'éducation pour la santé (CES) sont implantés dans chacun des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal afin d'offrir des services personnalisés d'accompagnement à l'amélioration des habitudes de vie dans un effort de prévention des maladies chroniques. L'intervention offerte au CES est fondée sur l'approche motivationnelle, qui favorise l'autonomisation du patient en matière de comportements favorables à la santé. Le présent document rapporte les résultats de l'évaluation de ce service réalisée deux ans suivant sa mise en œuvre.

L'évaluation des CES vise trois principaux objectifs : caractériser la clientèle et les raisons de consulter le CES; évaluer les différentes composantes de l'intervention offerte et l'appréciation des clients; documenter les retombées de l'intervention au regard des attitudes et des comportements des clients par rapport au changement de leurs habitudes de vie.

Trois sondages ont été réalisés auprès de la clientèle des CES : la première mesure a eu lieu avant l'intervention initiale, la seconde, deux à trois semaines plus tard, et la troisième, six mois suivant l'intervention initiale au CES. Ainsi, la progression des usagers dans leur démarche de modification des habitudes de vie a pu être suivie.

L'évaluation montre que le CES est un service très apprécié des usagers, qui propose une intervention prometteuse en termes de retombées positives sur les attitudes et comportements des clients. En effet, à la suite de la première rencontre au CES, une majorité de répondants se fixent un objectif de modification de comportement et entreprennent des actions en ce sens. De plus, leur sentiment d'efficacité personnelle à adopter de saines habitudes alimentaires ou à pratiquer une activité physique régulièrement augmente. Ces changements se maintiennent généralement jusqu'à six mois suivant la première rencontre au CES. Il semble que ces retombées soient similaires peu importe les caractéristiques sociodémographiques et de santé de la clientèle.

Par ailleurs, les résultats ouvrent des pistes de réflexion pour les éducateurs pour la santé qui prodiguent le service au CES. En effet, les données suggèrent que, pour renforcer encore davantage la motivation des individus, l'intervention pourrait être personnalisée en fonction de certains aspects de leur cheminement.

L'évaluation montre également que les professionnels de la santé, en particulier le médecin traitant, jouent un rôle dans le processus de modification des habitudes de vie des usagers des CES. En effet, la majorité des usagers sont référés vers ce service par un médecin ou une infirmière. Par ailleurs, les clients qui consultent le CES à la suite de la recommandation d'un médecin ou qui discutent avec lui de l'intervention reçue bénéficient de retombées plus positives six mois suivant leur première rencontre au CES.

Finalement, il ressort de cette évaluation que les CES reçoivent une clientèle majoritairement composée d'individus souffrant d'au moins un problème de santé ou d'obésité, alors que l'intervention est conçue pour des personnes sans problème de santé diagnostiqué. Cette clientèle pourrait être mieux servie par d'autres programmes du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques offrant une prise en charge de ces problématiques. Il importe donc de bien positionner le CES au sein de cette offre de service, tant au niveau des CSSS que des milieux cliniques, afin que les patients soient référés vers le service le mieux adapté à leurs besoins.

Table des matières

Mot du directeur	i
Résumé.....	iii
1. Introduction	1
2. Méthodologie	5
2.1 Données administratives.....	5
2.2 Sondages auprès de la clientèle des CES.....	5
2.2.1 Méthode de collecte.....	5
2.2.2 Traitement et analyse des données.....	7
2.2.3 Mesures employées.....	8
2.3 Caractéristiques de l'échantillon de l'évaluation.....	13
2.3.1 Taux de réponse.....	13
2.3.2 Représentativité de l'échantillon.....	15
3. Résultats	17
3.1 Raisons de consulter le CES.....	17
3.1.1 Sources d'information sur le CES.....	17
3.1.2 Motivation à consulter au CES.....	18
3.1.3 Principale habitude de vie discutée lors de l'intervention	19
3.2 Déroulement et appréciation de l'intervention initiale au CES	19
3.2.1 Bilan informatisé des habitudes de vie.....	19
3.2.2 Résultats en bref du bilan des habitudes de vie	19
3.2.3 Perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel	20
3.2.4 Bilan détaillé des habitudes de vie	20
3.3 Retombées de l'intervention initiale au CES	22
3.3.1 Objectifs de changement fixés.....	23
3.3.2 Stade de changement deux à trois semaines suivant l'intervention initiale	24
3.3.3 Évolution du sentiment d'efficacité personnelle du Temps 0 au Temps 1	26

3.4	Suivi après la rencontre initiale.....	28
3.4.1	Suivi réalisé par l'éducateur pour la santé	28
3.4.2	Utilisation d'autres ressources	29
3.4.3	Suivi auprès du médecin.....	29
3.5	Retombées de l'intervention au CES six mois suivant la première rencontre.....	30
3.5.1	Stade de changement six mois suivant l'intervention initiale.....	30
3.5.2	Évolution du sentiment d'efficacité personnelle entre le Temps 1 et le Temps 2	35
3.6	Appréciation globale du service	38
3.6.1	Satisfaction globale à l'égard du service deux à trois semaines suivant l'intervention initiale	38
3.6.2	Principal apport du CES pour les répondants six mois suivant l'intervention initiale	38
3.7	Influence des caractéristiques sociodémographiques et de santé des répondants sur l'utilisation, l'appréciation et les retombées des services offerts au CES.....	41
4.	Discussion	45
4.1	Forces et limites de l'évaluation	45
4.2	Principaux résultats et recommandations	46
4.3	Conclusion	52
5.	Références	53
	Annexe I – Exemple de tableau présentant les résultats en bref du bilan des habitudes de vie.....	55
	Annexe II – Exemple de rapport de consultation destiné au médecin traitant.....	56
	Annexe III – Extraits d'un exemple de bilan détaillé des habitudes de vie	57

Liste des tableaux

Tableau 1 – Résumé de la méthode de collecte de données	7
Tableau 2 – Distribution (%) de la clientèle des CES pendant la période de collecte et des répondants au Temps 1 selon le sexe, l'âge, la langue d'intervention et le fait de souffrir ou non d'un problème de santé	16
Tableau 3 – Résultats quant aux différentes variables de l'évaluation des CES pour lesquelles des effets significatifs ont été observés selon le sexe, l'état de santé, l'âge et le niveau de scolarité	44

Liste des figures

Figure 1 – Modèle de l'intervention offerte au CES	3
Figure 2 – Illustration du processus de recrutement des usagers pour l'évaluation des CES au Temps 0.....	14
Figure 3 – Illustration des taux de réponse et tailles d'échantillon aux trois temps de mesure	14

Liste des graphiques

Graphique 1 – Évolution du nombre d'usagers ayant consulté l'un des 12 CES du 1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2011	4
Graphique 2 – Nombre de répondants au Temps 0 et nombre d'usagers ayant consulté pendant la période de collecte, par CES	15
Graphique 3 – Distribution (%) des répondants selon la source d'information citée sur les services du CES (n = 462)	17
Graphique 4 – Motivations à consulter le CES et pourcentage des répondants les ayant invoquées (n = 617).....	18
Graphique 5 – Proportion (%) des répondants s'étant fixé un objectif de changement et qui sont fortement en accord avec les affirmations sur le bilan détaillé des habitudes de vie, selon le type d'objectif fixé (n = 284 à 286)	22
Graphique 6 – Distribution (%) des répondants selon le type d'objectif de changement fixé et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 408)	23
Graphique 7 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 1 et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 455).....	25

Graphique 8 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 1 et le fait de s'être ou non fixé un objectif pendant ou immédiatement après l'intervention initiale au CES (n = 454)	25
Graphique 9 – Évolution du SEP entre le Temps 0 et le Temps 1 selon le domaine d'action (alimentation, n = 321, et activité physique, n = 110)	26
Graphique 10 – Différence entre le SEP-alimentation au Temps 1 et au Temps 0 selon que la modification d'une habitude de vie était ou non une motivation à consulter le CES (n = 321) et selon le type d'objectif fixé (n = 286).....	27
Graphique 11 – Différence entre le SEP-activité physique au Temps 1 et au Temps 0 selon le fait de s'être ou non fixé un objectif pendant ou immédiatement après l'intervention initiale au CES (n = 110)	28
Graphique 12 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 2 et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 331).....	30
Graphique 13 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 1 et au Temps 2 (n = 325)	32
Graphique 14 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 2 et le fait d'avoir eu ou non au moins une rencontre supplémentaire au CES (n= 325)	33
Graphique 15 – Distribution (%) des répondants ayant entrepris des actions pour modifier leurs habitudes de vie, selon l'apport perçu du CES dans la réalisation de ces actions et selon l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 229)	34
Graphique 16 – Distribution (%) des répondants ayant entrepris des actions pour modifier leurs habitudes de vie, selon le type d'obstacles rencontrés dans l'application de ces actions et selon l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 111)	35
Graphique 17 – Évolution du SEP entre le Temps 1 et le Temps 2 selon le domaine d'action (alimentation, n = 194, et activité physique, n = 41)	36
Graphique 18 – Différence entre le SEP-alimentation au Temps 2 et au Temps 1, selon le type d'objectif fixé (n = 172) et selon le score PEM (n = 194).....	37
Graphique 19 – Distribution (%) des répondants selon ce qu'ils identifient comme le principal apport de l'intervention au CES (n = 317)	39
Graphique 20 – Distribution (%) des répondants selon ce qu'ils identifient comme le principal apport de l'intervention au CES et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 316)	40

Liste des abréviations

ASSSM.....	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CES	Centre d'éducation pour la santé
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
EPS	Éducateur pour la santé
HDV	Habitude de vie
PEM, score	Perception de l'esprit de l'entretien motivationnel, score de
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle
SPC	Système de prévention clinique
SPMC.....	Services préventifs en milieu clinique

1. Introduction

La prévention des maladies chroniques et des cancers constitue la problématique prioritaire d'intervention du secteur Services préventifs en milieu clinique (SPMC) de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (ASSSM, 2011). Les habitudes de vie telles que la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme constituent des facteurs de risque importants de morbidité et de mortalité associés à plusieurs de ces maladies non transmissibles. Afin de limiter l'impact de ces facteurs de risque dans la population montréalaise, le Système de prévention clinique (SPC) a été développé par le secteur SPMC dans l'objectif de maintenir ou d'améliorer la santé de la population adulte. Deux volets sont retenus pour y parvenir : l'amélioration de l'exposition aux différentes pratiques cliniques préventives, dont le *counseling* à l'égard des habitudes de vie dans les milieux cliniques de première ligne, et l'offre de service de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie. C'est au cœur de ce second volet que s'inscrivent les Centres d'éducation pour la santé (CES), qui offrent une intervention basée sur l'entretien motivationnel afin d'accompagner les patients dans une démarche de modification de leurs habitudes de vie (Martel & Leaune, 2009b).

L'entretien motivationnel est une intervention centrée sur le client, dont l'objectif est de permettre à ce dernier de trouver ses propres sources de motivation pour adopter un comportement sain (Miller & Rollnick, 2006). Ses principes fondamentaux sont la collaboration, l'autonomie et l'évocation. La collaboration est fondée sur la reconnaissance de l'expertise du client et s'actualise dans le respect de ses opinions. Le principe d'autonomie suppose que le changement est un choix personnel que fait le client pour lui-même; l'intervenant l'aide à faire un choix éclairé. Le rôle principal de l'intervenant est l'évocation : il fait émerger les motivations propres au client afin de favoriser son engagement envers le changement. L'entretien motivationnel est reconnu comme efficace pour modifier certains comportements, incluant les habitudes de vie (Rubak *et al.*, 2005, Hettema *et al.*, 2005 et Knight *et al.*, 2006, *in* Martel & Leaune, 2009a), et, ainsi, constitue un outil pour agir en prévention à l'égard de nombreuses maladies non transmissibles. C'est également une méthode d'intervention qui favorise l'autonomisation du patient en matière de comportements favorables à la santé, ce qui s'inscrit dans la vision du secteur SPMC.

Deux ans suivant à la mise en œuvre des CES, l'équipe d'évaluation du secteur SPMC s'est vu confier le mandat de réaliser l'évaluation des CES. Les objectifs de l'évaluation visent :

- à caractériser la clientèle et les raisons de consulter le CES;
- à évaluer les différentes composantes de l'intervention offerte et l'appréciation qu'en ont les clients;
- à documenter les retombées de l'intervention au regard des attitudes et des comportements des clients par rapport au changement de leurs habitudes de vie.

Modèle de l'intervention au CES

Un client peut être référé vers le CES par un médecin ou un autre professionnel de la santé, ou encore y prendre rendez-vous sans référence après en avoir entendu parler de diverses sources (membre de son entourage, publicité ou kiosque de promotion du service, etc.). Puis, l'intervention type au CES se déroule tel qu'il est montré à la figure 1. L'intervention débute par un questionnaire informatisé que l'utilisateur remplit afin de dresser le bilan de ses habitudes de vie. Avec l'intervenant – un éducateur pour la santé (EPS) – il consulte une version brève des résultats de ce bilan, qui précise en quoi ses habitudes de vie correspondent oui ou non aux recommandations. Ces résultats sont présentés sous la forme d'un tableau en trois colonnes : « Super ! », « Vous y êtes presque... » et « À améliorer ». Un exemple de ce tableau est présenté à l'annexe I. Le client choisit ensuite sur quelle habitude de vie il aimerait travailler : alimentation, activité physique ou tabagisme¹. L'intervention prend alors la forme d'un entretien motivationnel d'une durée d'environ 40 minutes dans ce domaine. Si le client se sent prêt à entreprendre des changements, il peut préparer, dans le cadre de l'intervention, un plan d'action. À la fin de la rencontre, l'EPS remet à l'utilisateur :

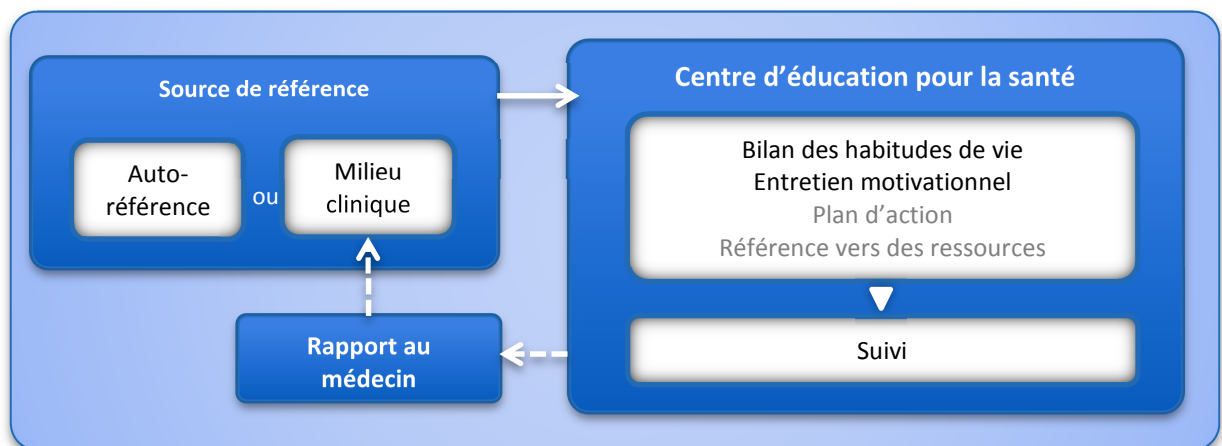
- une version imprimée détaillée du bilan de ses habitudes de vie qui contient également des informations sur les recommandations et des conseils pour les atteindre;
- son plan d'action, s'il y a lieu;
- une liste de ressources de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie, si cela est pertinent.

Si le client a été référé vers le CES par un médecin, l'EPS achemine un rapport de consultation au médecin, afin que celui-ci puisse offrir un suivi et ainsi contribuer à renforcer la motivation du client. Le rapport de consultation inclut un résumé de l'évaluation des habitudes de vie du patient, les

¹ Le tabagisme est un thème marginal dans le cadre des interventions au CES, puisque la pratique courante tend à référer vers le Centre d'abandon du tabagisme les personnes qui désirent en discuter. Ainsi, l'évaluation des CES ne tient pas compte des interventions réalisées sur le tabagisme.

recommandations de Santé Canada et de Kino-Québec en matière d'habitudes alimentaires et d'activité physique ainsi qu'un compte rendu de la démarche réalisée au CES. L'annexe II présente un exemple de rapport de consultation destiné à un médecin. De cette façon, les CES s'inscrivent comme partie intégrante du continuum de services en santé. Environ trois à cinq semaines suivant l'intervention initiale, une intervention téléphonique prodiguée par l'EPS d'une durée de vingt minutes est prévue afin de renforcer la motivation du client. Cette intervention peut aussi avoir lieu dans le cadre d'une rencontre si le client le désire.

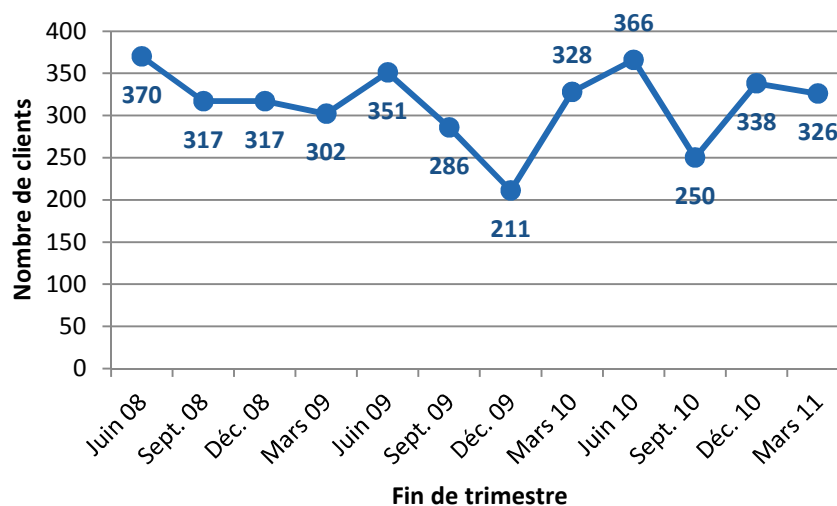
Figure 1 – Modèle de l'intervention offerte au CES



Caractéristiques de la clientèle des CES

Douze CES sont implantés sur le territoire montréalais, et la plupart d'entre eux offrent leurs services deux jours par semaine. Entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2011, 3 762 personnes ont consulté l'un des 12 CES et ont rempli un bilan informatisé des habitudes de vie. Le graphique 1 montre l'évolution du nombre de clients par trimestre au cours de cette période et illustre une certaine stabilité de l'achalandage. La baisse importante de la clientèle observée pour le trimestre finissant en décembre 2009 est attribuable à la fermeture de plusieurs CES lors de la pandémie de grippe A (H1N1).

Graphique 1 – Évolution du nombre d'utilisateurs ayant consulté l'un des 12 CES du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2011



Selon les informations collectées par le biais du bilan des habitudes de vie, la majorité des usagers qui ont consulté le CES entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2011 sont des femmes (73 %), des personnes âgées de 45 ans et plus (64 %), qui peuvent s'exprimer en français (80 %²), et qui souffrent d'au moins un problème de santé³ (74 %). En outre, 42 % des clients consomment moins de quatre portions de fruits et légumes par jour, 38 % sont peu ou pas actifs physiquement, et 76 % présente un embonpoint ou sont obèses⁴.

² Les données sur la langue sont issues de la base de données I-CLSC (langue de l'intervention au CES).

³ Les problèmes de santé considérés sont : l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète, les problèmes articulaires, les problèmes cardiovasculaires, les douleurs chroniques, les étourdissements ou vertiges, l'ostéoporose, les problèmes digestifs ou intestinaux, les problèmes respiratoires.

⁴ À titre de comparaison, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, ESCC 2009-2010) révèle que 49 % des Montréalais âgés de 18 ans et plus sont en surpoids (embonpoint ou obésité).

2. Méthodologie

La présente évaluation des CES se base principalement sur des données collectées dans le cadre de sondages réalisés auprès de la clientèle ainsi que sur des données administratives complémentaires.

2.1 Données administratives

Afin de caractériser la clientèle des CES ainsi que le nombre et le type d'interventions reçues, les données de la base administrative I-CLSC⁵ et du bilan informatisé des habitudes de vie du CES⁶ ont été utilisées. Ces données ont été colligées entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2011.

2.2 Sondages auprès de la clientèle des CES

2.2.1 Méthode de collecte

La collecte de données auprès de la clientèle des CES s'est déroulée en trois temps. Tous les questionnaires pouvaient être complétés en français ou en anglais, selon la préférence du répondant. Les modalités et les objectifs de chacune des collectes sont décrits ci-dessous et résumés dans le tableau 1.

Temps 0

Au début de la première rencontre au CES, les clients sont invités par l'EPS à participer à l'évaluation. S'ils acceptent, ils remplissent un court questionnaire à l'ordinateur composé de 16 items mesurant le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) à adopter de saines habitudes de vie. Huit items portent sur la saine alimentation, et huit sur la pratique régulière d'activité physique. Les clients reçoivent ensuite l'intervention régulière du CES.

La collecte du Temps 0 a été effectuée entre le 22 février 2010 et le 6 février 2011.

Temps 1

Environ deux à trois semaines après leur rencontre initiale au CES, les clients qui ont consenti à participer à l'évaluation sont appelés par un intervieweur de la DSP afin de répondre à un premier sondage téléphonique, d'une durée approximative de 15 minutes. La collecte du Temps 1 s'est déroulée entre le 18 mars 2010 et le 11 mars 2011.

⁵ La base de données I-CLSC contient certaines informations recueillies par les EPS après chaque intervention telles que des données sociodémographiques et des caractéristiques de l'intervention prodiguée.

⁶ La base de données du bilan des habitudes de vie est générée automatiquement et inclut les données entrées par chaque patient qui remplit le questionnaire informatisé sur ses habitudes de vie lors de l'intervention au CES. Les données concernent l'état de santé des patients (problème de santé, taille, poids), l'alimentation, le niveau d'activité physique et le statut tabagique.

Ce premier sondage vise :

- 1) à recenser les sources d'information sur les services offerts au CES et les motivations à consulter, de même que l'habitude de vie discutée;
- 2) à évaluer différentes composantes de l'intervention telles que le bilan informatisé des habitudes de vie, les résultats en bref ainsi que la version détaillée et imprimée de ce bilan, la perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel lors de l'entretien avec l'EPS ainsi que la satisfaction globale des services reçus;
- 3) à documenter la démarche de changement de comportement des répondants, c'est-à-dire s'ils se sont fixé des objectifs de changement, et, si oui, lesquels et à quel stade de changement ils se situent;
- 4) à mesurer à nouveau le SEP dans le domaine d'action sur lequel l'intervention au CES a porté (alimentation ou activité physique);
- 5) à recenser certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé des répondants : problèmes de santé, sexe, âge, lieu de naissance, niveau de scolarité, revenu, état civil, enfants.

Temps 2

Environ six mois suivant leur visite au CES, les clients qui ont participé aux deux collectes précédentes sont à nouveau appelés par un intervieweur de la DSP pour répondre à un second sondage téléphonique d'une durée d'environ dix minutes. Pour le Temps 2, la collecte a eu lieu entre le 28 septembre 2010 et le 19 juillet 2011.

Ce questionnaire vise :

- 1) à documenter l'habitude de vie sur laquelle l'intervention au CES a porté (intervention initiale et suivi);
- 2) à documenter le suivi effectué au CES et l'utilisation de ressources complémentaires par les répondants dans le cadre de leur démarche de changement, incluant la rétroaction auprès du médecin traitant à la suite de l'intervention au CES;
- 3) à documenter la démarche de changement de comportement des répondants, c'est-à-dire à quel stade de changement ils se situent, et, s'ils ont entrepris des actions, en quoi l'intervention au CES les a aidés, et quels ont été les obstacles à surmonter ou qui les ont poussés à abandonner ces actions, le cas échéant;
- 4) à mesurer à nouveau le SEP, dans le ou les domaines d'action sur lesquels l'intervention au CES a porté (alimentation et/ou activité physique).

Tableau 1 – Résumé de la méthode de collecte de données

Moment de la collecte	Type de collecte	Mesures
Temps 0		
Au début de la 1 ^{re} rencontre au CES, avant l'intervention	Questionnaire informatisé	• Sentiment d'efficacité personnelle (SEP) : alimentation et activité physique
Temps 1		
2 à 3 semaines suivant la rencontre initiale	Questionnaire téléphonique d'environ 15 minutes	• Sources d'information sur les services du CES • Motivations à consulter • Habitude de vie discutée au CES • Appréciation du bilan des habitudes de vie • Perception de l'esprit de l'entretien motivationnel (score PEM) • Satisfaction globale à l'égard des services reçus • Démarche de changement de comportement (objectifs de changement, stade de changement) • SEP selon l'habitude de vie • Caractéristiques sociodémographiques et de santé
Temps 2		
6 mois suivant la rencontre initiale	Questionnaire téléphonique d'environ 10 minutes	• Habitude de vie discutée au CES • Suivi effectué au CES • Utilisation de ressources complémentaires • Démarche de changement de comportement (stade de changement, actions entreprises) • SEP selon l'habitude de vie

2.2.2 Traitement et analyse des données

Les détails sur le traitement et l'analyse des données sont inclus dans le présent rapport lorsqu'il est question des variables concernées.

Seuls les résultats statistiquement significatifs sont rapportés. Ainsi, tous les effets décrits sont significatifs à $p < 0,05$, sauf lorsqu'il est précisé autrement.

2.2.3 Mesures employées

Perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel

Afin d'évaluer si l'esprit de l'entretien motivationnel, soit la collaboration, l'autonomie et l'évocation, est présent lors de l'entretien, huit items tirés de l'échelle *Client Evaluation of Motivational Interviewing* (CEMI, Madson, Bullock, Speed, et Hodges, 2009) ont été sélectionnés et traduits en français pour être employés dans la présente évaluation. Les items utilisés dans le questionnaire pour les répondants dont l'intervention a porté sur l'alimentation sont reproduits dans l'encadré ci-contre; ils ont été adaptés en remplaçant [alimentation] par [niveau d'activité physique] pour les

répondants dont l'intervention a porté sur l'activité physique. Les répondants doivent indiquer s'ils sont fortement en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt en accord, ou fortement en accord avec chacun des items, résultant en un score de 1 à 4 pour chacun⁷. Il importe de souligner que cette échelle ne prétend pas mesurer l'application de l'entretien motivationnel dans son intégralité. Une telle mesure requiert des outils beaucoup plus complexes et ne cadre pas avec les objectifs de cette évaluation qui s'intéresse plutôt à la perception du répondant à la suite de l'intervention. Il est donc question d'un score de perception globale du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel (score PEM) mesuré par la moyenne des scores des huit items de l'échelle présentée à l'encadré 1. Un score PEM faible révèle que l'esprit de l'entretien motivationnel n'a pas été perçu par le répondant, et un score PEM élevé, que l'esprit de l'entretien motivationnel a été très respecté selon la perception du répondant.

Items évaluant la perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel

- L'intervenant vous a aidé à identifier les avantages de modifier votre [alimentation].
- Vous avez réalisé que vous seul pouvez décider quoi faire pour améliorer votre [alimentation].
- Votre point de vue a été respecté.
- L'intervenant vous a dit qu'il fallait absolument modifier votre [alimentation].*
- Vous vous êtes senti plus confiant dans votre capacité de modifier votre [alimentation].
- Vous vous êtes senti jugé.*
- Vous avez pu identifier les obstacles à changer votre [alimentation].
- Vous vous êtes senti à l'aise de vous exprimer librement.

* Items négatifs

L'analyse des scores PEM révèle que les données sont biaisées positivement, les scores étant très élevés. Afin de contourner ce biais et de différencier

les répondants ayant le plus perçu l'esprit de l'entretien motivationnel de ceux l'ayant moins perçu, les répondants sont regroupés en deux catégories définies par rapport à la médiane qui est de 4/4. Pour alléger le texte, il sera donc question de répondants ayant un score PEM élevé (4/4, ce qui représente 50 % des répondants) ou un score PEM faible (moins de 4/4 – moyenne : 3,5/4, soit 50 % des répondants).

Bien que le score PEM comporte des limites méthodologiques importantes (mesure partielle du respect de l'entretien motivationnel, données biaisées

⁷ Les scores pour les items négatifs sont inversés. Par exemple, la réponse « fortement en accord » à l'énoncé « Vous vous êtes senti jugé » vaut 1 point plutôt que 4.

vers le haut), les résultats de l'évaluation montrent que cet indicateur est associé à plusieurs variables de la présente évaluation, et que ces associations sont cohérentes avec la théorie qui sous-tend l'approche motivationnelle. À la lumière de ces observations, il semble que le score PEM mesure bel et bien un construit associé au respect de l'esprit de l'entretien motivationnel. Il est donc intéressant de considérer cet indicateur dans le cadre de la présente évaluation, tout en gardant en tête les limites qui y sont inhérentes.

Sentiment d'efficacité personnelle

Le SEP (Bandura, 2006; Becker, Stuijbergen, Oh, et Hall, 1993; Maibach et Murphy, 1995) représente un ensemble de croyances concernant ses propres capacités à produire certains comportements ou à affronter certaines situations, par exemple, à maintenir une routine d'activité physique en présence de différents obstacles qui peuvent d'être d'ordre cognitif, social, pragmatique, de santé, etc. Le SEP est dynamique et sujet à l'influence de facteurs sociaux, normatifs, éducationnels, motivationnels, cognitifs et comportementaux. Ainsi, l'un des objectifs de l'entretien motivationnel vise à renforcer le SEP. De plus, le SEP prédit l'adoption de plusieurs comportements favorables à la santé, dont une saine alimentation et la pratique d'exercice physique. La mesure du SEP, dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique, est donc utilisée dans la présente évaluation comme indice proximal de l'efficacité de l'intervention et de prédiction du changement de comportement, étant donné que la méthode de collecte de données ne permet pas l'utilisation d'une mesure directe du changement de comportement.

Les échelles de mesure du SEP utilisées ont été créées par l'équipe d'évaluation en suivant les lignes directrices élaborées par Bandura (2006). Il s'agit de deux échelles distinctes pour l'alimentation et l'activité physique, chacune composée de huit énoncés décrivant des obstacles courants au maintien de saines habitudes de vie dans ces domaines. Pour chaque énoncé, les répondants doivent indiquer, sur une échelle de zéro à dix, à quel point ils se sentent capables, au moment présent, d'accomplir chaque action décrite. Les deux échelles sont reproduites à l'encadré de la page suivante. Un score global de SEP est calculé pour chaque répondant et chaque habitude de vie. Ce score, sur dix, consiste en la moyenne des réponses à chacun des énoncés.

Énoncés des échelles de mesure du sentiment d'efficacité personnelle

1) Alimentation

- Je peux prendre plaisir à manger sainement.
- Je peux manger des aliments sains à la maison.
- Je peux manger sainement en respectant mon budget.
- Je peux consommer un repas équilibré lorsque je dois manger à l'extérieur de la maison, incluant sur mon lieu de travail.
- Je peux consommer des aliments sains quand j'ai envie d'une collation entre les repas.
- Je peux manger des aliments sains lorsque je suis préoccupé à cause de problèmes personnels.
- Je peux manger un repas équilibré lorsque je suis pressé.
- Je peux manger sainement même si mon entourage n'a pas une bonne alimentation.

2) Activité physique

- Je peux prendre plaisir à faire de l'activité physique.
- Je peux trouver du temps dans mon horaire pour pratiquer une activité physique.
- Je peux pratiquer une activité physique lorsque je suis fatigué.
- Je peux pratiquer une activité physique lorsque je suis préoccupé à cause de problèmes personnels.
- Je peux trouver une autre façon d'être actif lorsque les circonstances m'empêchent de pratiquer mon activité habituelle.
- Je peux pratiquer une activité physique même si je ne reçois pas d'encouragements de mon entourage.
- Je peux continuer à pratiquer une activité physique même si je ne constate pas de résultats aussi rapidement que je pensais.
- Je peux reprendre ma routine d'activité physique après une période d'arrêt.

Démarche de changement

Au Temps 1, les répondants indiquent s'ils se sont fixé un ou des objectifs de changement concernant l'habitude de vie qu'ils ont choisi d'aborder avec l'intervenant. Dans l'affirmative, ils sont invités à nommer leurs objectifs. L'intervieweur classe alors leur réponse ouverte dans l'une des quatre catégories prédéfinies :

- 1) changer un comportement (p. ex. manger plus de légumineuses, prendre une marche par jour);
- 2) s'informer ou se procurer des outils d'aide au changement (p. ex. acheter un livre de recettes);

- 3) obtenir des résultats (p. ex. perdre du poids, diminuer son taux de cholestérol);
- 4) objectif général (p. ex. modifier son alimentation, augmenter son niveau d'activité physique).

Comme les répondants peuvent nommer plusieurs objectifs, au moment des analyses, les objectifs sont hiérarchisés dans l'ordre établi ci-haut de façon à ne retenir qu'une catégorie d'objectif par participant. Généralement, le fait de viser un objectif précis et concret facilite le passage à l'action. Ainsi, pour un répondant qui indiquerait « manger moins de sel » et « diminuer mon taux de cholestérol », on ne retiendrait que le changement de comportement « manger moins de sel » comme objectif pour les analyses. Il en va de même pour les autres catégories d'objectifs. Pour certaines analyses où la taille de l'échantillon est trop petite, les quatre catégories sont regroupées en deux catégories :

- 1) les objectifs concrets qui réunissent les objectifs de changer un comportement, et de s'informer ou se procurer des outils d'aide au changement;
- 2) les objectifs non concrets, soit ceux centrés sur les résultats et les objectifs généraux.

La progression des répondants dans leur démarche de changement est caractérisée suivant le modèle transthéorique de changement (Prochaska & DiClemente, 1982). Selon ce modèle, il existe six stades dans une démarche de changement :

- 1) précontemplation : l'individu n'envisage pas d'appliquer de changement;
- 2) contemplation : l'individu commence à percevoir des avantages de changer de comportement, mais reste ambivalent;
- 3) préparation : l'individu est résolu à apporter des changements, mais n'est pas encore passé à l'action;
- 4) action : l'individu applique des changements;
- 5) maintien : l'individu continue d'appliquer les changements qui s'ancrent dans son comportement;
- 6) rechute : l'individu abandonne ses nouvelles habitudes et retourne à ses anciens comportements.

Au Temps 1, le stade de changement est déterminé par une question qui demande aux participants de choisir parmi six énoncés, reproduits dans l'encadré 3, décrivant chaque stade de changement (à l'exception du stade de maintien, étant donné le court délai écoulé depuis l'intervention). Au Temps 2, la question qui permet de déterminer le stade de changement ne comporte

Énoncés des échelles de mesure du stade de changement (le stade de changement auquel chaque énoncé réfère est indiqué entre parenthèses)

1) Temps 1

- Vous ne prévoyez pas faire de changement (*Précontemplation*).
- Vous voudriez faire des changements, mais vous ne savez pas quelles actions entreprendre (*Contemplation*).
- Vous voudriez faire des changements, mais c'est impossible pour vous en ce moment (*Contemplation*).
- Vous savez quelles actions entreprendre pour faire des changements et vous allez le faire dans les 30 prochains jours (*Préparation*).
- Vous avez déjà entrepris des actions concrètes (*Action*).
- Vous aviez entrepris des actions concrètes, mais vous avez arrêté (*Rechute*).

2) Temps 2

- Vous avez pris des actions concrètes pour modifier votre alimentation/activité physique (*Action/Maintien*).
- Vous aviez pris des actions concrètes, mais vous ne les avez pas maintenues (*Rechute*).
- Vous n'avez pas apporté de changement dans votre alimentation/pratique d'activité physique (*Précontemplation/Contemplation/Préparation*).

que trois choix de réponse (encadré ci-contre). Le premier permet d'identifier les répondants qui sont au stade d'action ou de maintien, sans les distinguer; pour ce faire, il faudrait savoir depuis quand les répondants appliquent des actions. Le second permet d'identifier les répondants au stade de rechute. Le dernier réunit les stades de précontemplation, contemplation et préparation. En effet, six mois suivant le début de l'intervention, les objectifs de l'évaluation visent à caractériser la démarche des répondants qui sont passés à l'action.

Aux répondants qui se situent aux stades d'action/maintien ou de rechute au Temps 2, il est demandé de décrire :

- comment l'intervention du CES les a aidés pour entreprendre des actions;
- les obstacles qu'ils ont rencontrés pour y parvenir, ou, pour les répondants en rechute, les raisons pour lesquelles ils ont cessé ces actions.

Il s'agit de questions ouvertes; l'intervieweur note la réponse du participant. Il est probable que cette méthode introduise un biais dans les données, puisque les intervieweurs ne notent pas systématiquement les réponses dans leur intégralité, et qu'ils ne demandent pas aux répondants de préciser leur réponse lorsqu'il y a ambiguïté. À la suite de la collecte de données, les réponses sont compilées et regroupées en

catégories par un membre de l'équipe d'évaluation et un membre de l'équipe responsable des CES. La catégorisation des réponses s'effectue par accord interjuges, les désaccords sont résolus par consensus. Les réponses ambiguës sont classées dans une catégorie « autres ».

L'apport du CES pour réaliser des actions et les obstacles rencontrés s'avèrent similaires pour les répondants qui ont maintenu les changements apportés (stade d'action/maintien) et pour ceux qui ont rechuté; les données pour ces deux catégories de participants ont donc été regroupées pour les analyses.

L'apport du CES dans le soutien à l'action se résume en quatre catégories de réponses :

- l'intervention a contribué à la prise de conscience de la nécessité de changer;
- le client a reçu des informations ou des conseils;
- l'intervention a contribué à motiver ou à encourager le client;
- l'intervention a apporté à la fois des informations et un soutien à la motivation.

Seulement 7 % des réponses correspondent à la première catégorie, qui est donc exclue des analyses.

Les réponses aux questions sur les obstacles au changement ont été regroupées en quatre catégories :

- le manque de connaissances ou d'habiletés;
- le manque de motivation ou de discipline;
- les obstacles spécifiques au quotidien (p. ex. blessure, voyage, maladie);
- à la fois le manque de motivation et des obstacles spécifiques.

Seulement 4 % des répondants mentionnent le manque de connaissances ou d'habiletés, et 4 %, à la fois le manque de motivation et des obstacles spécifiques, ces deux catégories sont donc exclues des analyses.

2.3 Caractéristiques de l'échantillon de l'évaluation

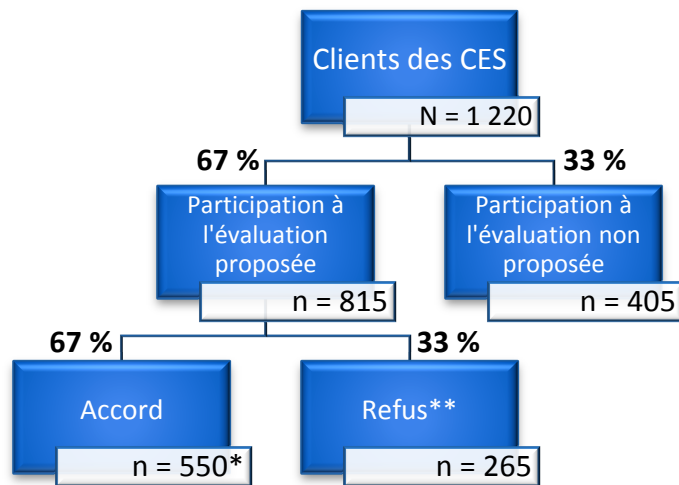
2.3.1 Taux de réponse

Pendant la période de collecte de données pour le Temps 0, 1 220 clients ont consulté le CES et ont rempli un bilan informatisé des habitudes de vie. Cependant, compte tenu, entre autres, d'obstacles perçus par les différents EPS⁸, la possibilité de participer à l'évaluation n'a pas été offerte de façon systématique à tous les clients. Une acceptation ou un refus de participer à l'évaluation ne sont enregistrés que pour 815 clients, soit 67 % de la clientèle. Cette proportion varie grandement parmi les CES, de 3 % à 89 % (médiane : 62 %). Certains EPS mentionnent que même parmi les clients pour lesquels il y a un refus enregistré, il y en a certains à qui la participation à l'évaluation n'a pas été proposée. L'ensemble du processus de recrutement des participants au Temps 0 est illustré à la figure 2. Les taux de réponse⁹ et les tailles d'échantillon aux Temps 0, 1 et 2 sont illustrés à la figure 3.

⁸ Parmi les obstacles mentionnés, certains sont liés aux caractéristiques des clients (barrières liées à la langue, problèmes de santé mentale, handicaps visuels ou auditifs, etc.), et d'autres au contexte de pratique (temps de consultation écourté à cause d'un retard, consultation conjointe pour deux personnes, etc.).

⁹ Les usagers pour lesquels aucune participation ni refus de participer n'est enregistré (Temps 0), et ceux qu'il a été impossible de rejoindre soit pour cause de mauvais numéro de téléphone, de numéro interurbain, hors service ou n'acceptant pas les appels confidentiels, ou d'absence prolongée (Temps 1 et 2) sont exclus du calcul des taux de réponse.

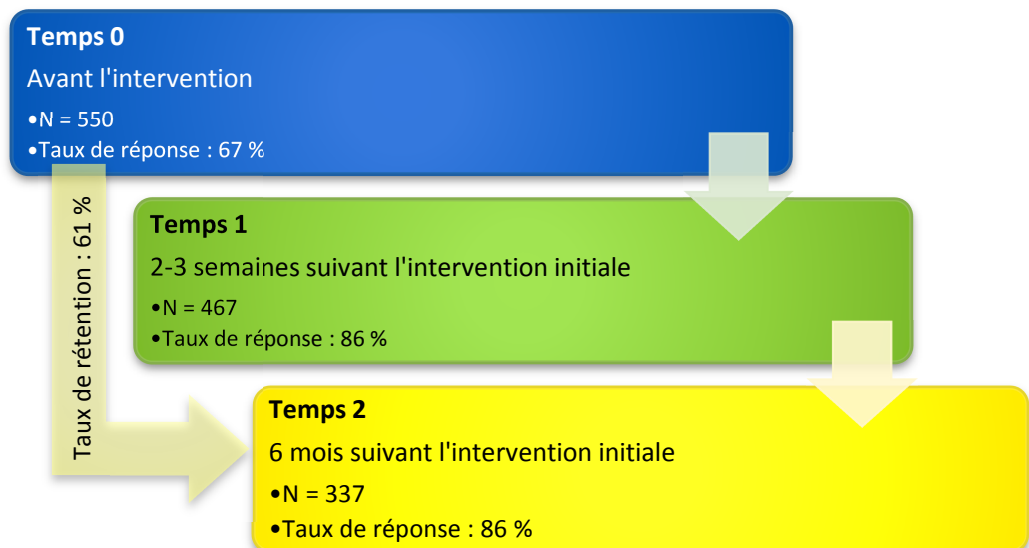
Figure 2 – Illustration du processus de recrutement des usagers pour l'évaluation des CES au Temps 0



* Ce qui correspond à 45 % des clients vus au CES pendant la période de collecte.

** Cette catégorie n'inclut pas uniquement les clients qui ont refusé de participer. Elle englobe également des clients qui ne se sont pas vu offrir la possibilité de participer à l'évaluation, dans une proportion qu'il est impossible de quantifier.

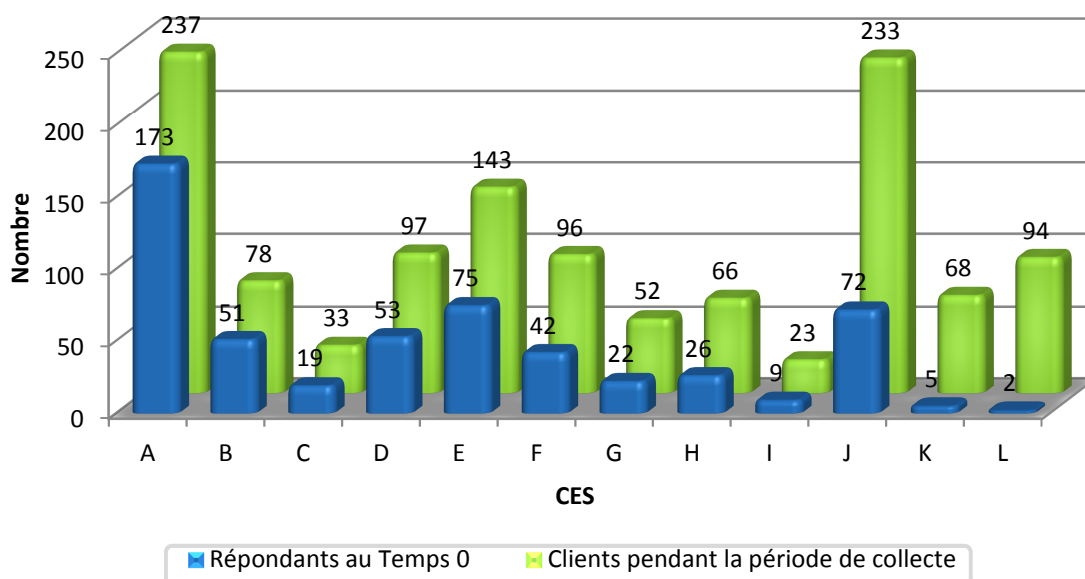
Figure 3 – Illustration des taux de réponse et tailles d'échantillon aux trois temps de mesure



2.3.2 Représentativité de l'échantillon

Le graphique 2 illustre pour chacun des 12 CES le nombre d'utilisateurs ayant consulté pendant la période de collecte ainsi que le nombre de répondants au Temps 0. Les CES sont présentés en ordre décroissant de la représentativité de leur clientèle dans l'échantillon de l'évaluation¹⁰. Il ressort, qu'en raison des problèmes de recrutement des participants au Temps 0 évoqués à la section précédente, deux CES (K et L) sont fortement sous-représentés dans l'évaluation. En effet, dans ces deux CES, seulement cinq et deux répondants, respectivement, ont été recrutés au Temps 0, soit 7 % et 2 % de leur clientèle. Dans un troisième CES (J), moins du tiers des utilisateurs ont été recrutés au Temps 0.

Graphique 2 – Nombre de répondants au Temps 0 et nombre d'utilisateurs ayant consulté pendant la période de collecte, par CES



¹⁰ Il est ici question de la représentativité calculée en proportion de la clientèle reçue par chaque CES pendant la période de collecte, et non en nombre absolu de répondants par CES. Les écarts entre les CES quant à l'achalandage s'expliquent, entre autres, par des différences dans la disponibilité du service, certains CES étant ouverts plus ou moins souvent que la norme de deux jours par semaine, ou ayant dû cesser leurs activités pour certaines périodes en l'absence d'un EPS.

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et de santé recensées, l'échantillon de répondants est représentatif de la clientèle (tableau 2) : il rejoint davantage de femmes, de personnes âgées de 45 ans et plus, et de personnes pouvant s'exprimer en français. L'échantillon comporte également 27 % de répondants issus de l'immigration¹¹ et des répondants qui présentent des niveaux de scolarité variés : 32 %, secondaire ou moins, 34 %, collégial, et 34 %, universitaire. Les problèmes de santé les plus répandus dans l'échantillon sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète (affectant respectivement 34 %, 26 % et 26 % des répondants disant souffrir d'un problème de santé).

Tableau 2 – Distribution (%) de la clientèle des CES pendant la période de collecte et des répondants au Temps 1 selon le sexe, l'âge, la langue d'intervention et le fait de souffrir ou non d'un problème de santé

		Clientèle des CES*	Répondants au Temps 1
Sexe	Femme	72	78
	Homme	28	22
Âge	18-44 ans	34	27
	45 ans et plus	66	73
Langue d'intervention	Français	80	87
	Anglais	20	13
Problèmes de santé	Aucun	21	38
	Un ou plus	79	62

* Les données concernant la clientèle des CES sont issues de la base de données du bilan des habitudes de vie (incluant seulement les usagers ayant consulté pendant la période de collecte du Temps 0), sauf pour les données sur la langue d'intervention qui proviennent de la base de données I-CLSC pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011 (pour la clientèle des CES, la catégorie « anglais » inclut des interventions en anglais (18 %) et dans d'autres langues (2 %)).

Il n'y a pas de raison de penser que les résultats sont biaisés à cause de l'attrition de l'échantillon. En effet, aucune différence significative n'a été mesurée dans le SEP au Temps 0 entre les participants et les non-participants au Temps 1. De même, il n'y a pas de différence significative entre les participants et les non-participants au Temps 2 quant à la satisfaction, aux objectifs fixés, aux stades de changement ou au SEP mesurés au Temps 1.

¹¹ La proportion de la population montréalaise issue de l'immigration est de 31 % selon le recensement de 2006 (Ville de Montréal).

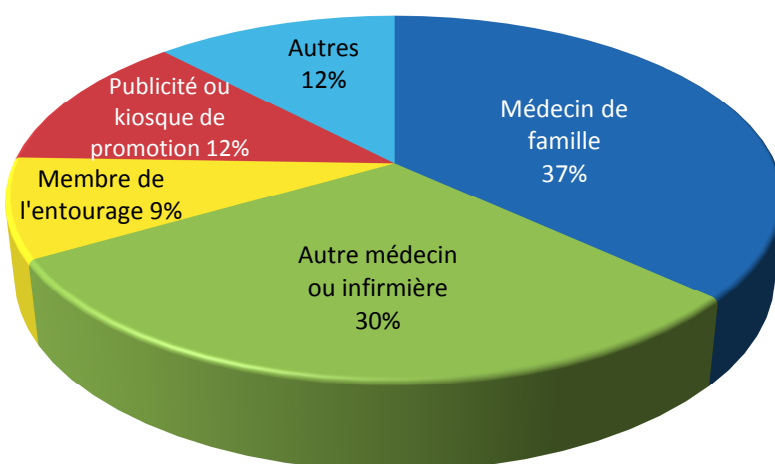
3. Résultats

3.1 Raisons de consulter le CES

3.1.1 Sources d'information sur le CES

Le milieu clinique est la principale source d'information sur le CES : comme le montre le graphique 3, une majorité de répondants disent avoir entendu parler des services du CES par leur médecin de famille, par un autre médecin ou par une infirmière. À ce nombre s'ajoutent les autres professionnels de la santé ou des services sociaux ainsi que les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui ont souvent été mentionnés par les répondants dans la catégorie « autres ». Le fait que la majorité des références vers le CES se font par l'entremise du milieu clinique peut expliquer la proportion élevée de la clientèle plus âgée et présentant des problèmes de santé.

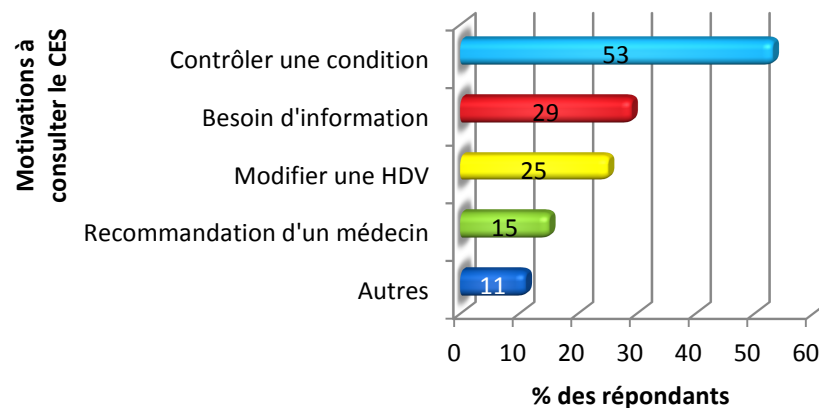
Graphique 3 – Distribution (%) des répondants selon la source d'information citée sur les services du CES (n = 462)



3.1.2 Motivation à consulter au CES

Il est demandé aux répondants d'indiquer leur motivation à consulter le CES. Il s'agit d'une question ouverte, et les répondants peuvent donner plusieurs réponses que l'intervieweur classe dans des catégories prédéfinies. Au total, 617 observations sont donc incluses dans les analyses. Le graphique 4 montre que la motivation la plus citée par les répondants est la volonté de contrôler une condition de santé ou de poids. À elle seule, la volonté de perdre ou de contrôler son poids est mentionnée par 30 % des répondants. Il n'est pas étonnant de constater que la majorité des répondants disent consulter le CES pour des raisons liées à une condition de santé ou de poids, étant donné que la plupart d'entre eux ont été informés de ce service par un médecin ou une infirmière. Il est à noter que 16 % des répondants nomment, comme motivation à consulter, le désir de rencontrer une nutritionniste (cette réponse est incluse dans la catégorie « besoin d'information »). Or, ce service n'est pas offert au CES¹². Seul le quart des répondants désignent la volonté de modifier une habitude de vie ou le besoin de soutien pour y parvenir comme source de motivation, alors qu'il s'agit de l'objectif même de l'intervention du CES. Cette proportion est plus élevée pour les répondants qui nomment la publicité ou les kiosques de promotion comme source d'information sur les services du CES (49 %). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer l'écart entre les motivations à consulter des clients et les services offerts au CES; il en est question dans la section 4 *Discussion*.

Graphique 4 – Motivations à consulter le CES et pourcentage des répondants les ayant invoquées (n = 617)



¹² Certains responsables de CES expliquent que lorsqu'un client demande un rendez-vous avec une nutritionniste et que la liste d'attente est longue ou le service inexistant, il peut lui être conseillé de consulter le CES, comme solution de remplacement.

3.1.3 Principale habitude de vie discutée lors de l'intervention

L'habitude de vie discutée lors des interventions est choisie par le client. Lors du ou des suivis au CES, le client peut choisir de discuter d'une habitude de vie autre que celle sur laquelle il a travaillé lors de l'intervention initiale.

Lors de l'entrevue du Temps 1, les répondants indiquent que l'intervention au CES a porté sur :

- l'alimentation (74 %);
- l'activité physique (25 %);
- un autre sujet (1 %).

Au Temps 2, les répondants indiquent que l'intervention au CES a porté sur :

- l'alimentation (73 %);
- l'activité physique (16 %);
- les deux habitudes de vie (11 %) (ce choix de réponse n'était pas offert lors de l'entrevue du Temps 1).

Aux fins d'analyses des données du Temps 2, l'habitude de vie mentionnée au Temps 2 est retenue, même si elle diffère de celle mentionnée au Temps 1. Par contre, si au Temps 2, un répondant indique que l'intervention a porté sur l'alimentation et l'activité physique, l'habitude de vie mentionnée au Temps 1 est alors retenue.

3.2 Déroulement et appréciation de l'intervention initiale au CES

3.2.1 Bilan informatisé des habitudes de vie

Presque tous les répondants (90 %) affirment n'avoir eu aucune difficulté à répondre aux questions du bilan informatisé. Seulement 10 % des répondants disent avoir rencontré des difficultés, les plus fréquentes étant reliées à la clarté des questions, à la difficulté de choisir parmi les options de réponses, et au calcul des portions d'aliments ou de la quantité ou de la durée d'activité physique.

3.2.2 Résultats en bref du bilan des habitudes de vie

Les résultats en bref du bilan sont présentés sous la forme d'un tableau de trois colonnes qui indiquent au client, parmi ses habitudes de vie, celles qui correspondent aux recommandations, celles qui s'en approchent, et celles qui sont à améliorer (voir l'exemple en annexe I). Le client examine ces résultats avec l'EPS avant de choisir l'habitude de vie sur laquelle il désire travailler.

Plus de 95 % des répondants jugent que les résultats en bref du bilan des habitudes de vie :

- sont un bon portrait de leurs habitudes de vie;
- les ont aidés à identifier ce qu'ils pourraient changer dans leur alimentation;
- les ont encouragés à améliorer leurs habitudes de vie ou à maintenir les bonnes habitudes qu'ils avaient déjà.

Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des répondants jugent que les résultats en bref du bilan des habitudes de vie leur ont permis d'en apprendre plus sur les recommandations pour de saines habitudes de vie. Seulement 3 % ou moins des répondants affirment que ces résultats les ont découragés.

3.2.3 Perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel

Les scores PEM sont très élevés, avec une moyenne de 3,8/4, suggérant que l'esprit de l'entretien motivationnel est généralement très présent dans les interventions réalisées au CES. Il est probable également que ce résultat soit au moins en partie attribuable à un biais de réponse de la part des répondants. Il convient également de rappeler que le score PEM constitue une mesure partielle évaluant la perception par le client de l'esprit de l'approche motivationnelle, mais pas le recours par l'intervenant aux techniques propres à cette approche, comme mentionné à la section 2.2.3 *Mesures employées - Perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel*.

3.2.4 Bilan détaillé des habitudes de vie

Le bilan détaillé est remis en version imprimée au client à la suite de sa consultation au CES. Il rapporte les résultats complets du questionnaire informatisé sur les habitudes de vie, les recommandations pour de saines habitudes de vie ainsi que des conseils personnalisés pour les atteindre. Un exemple de ce bilan est présenté à l'annexe III.

Lors des entrevues au Temps 1, 70 % des répondants affirment avoir consulté leur bilan détaillé depuis leur visite au CES. La proportion est plus élevée pour les répondants ayant obtenu un score PEM élevé (77 %) que pour ceux ayant un score PEM faible (64 %). Le fait de se référer à la documentation remise par le CES peut être considéré comme le début d'une démarche de changement. Que les répondants qui ont davantage perçu l'esprit de l'entretien motivationnel soient plus nombreux à prendre connaissance du bilan détaillé est peut-être un indicateur que le respect par l'EPS de l'esprit de l'entretien motivationnel contribue à renforcer la motivation des clients.

La raison la plus souvent exprimée pour ne pas avoir consulté le bilan détaillé des habitudes de vie est le manque de temps (76 % des répondants n'ayant pas consulté le bilan; aucune autre raison n'est mentionnée par plus de 9 % des répondants n'ayant pas consulté le bilan).

Plus de 85 % des répondants qui ont consulté le bilan se disent fortement en accord avec les énoncés portant sur les informations contenues dans le bilan :

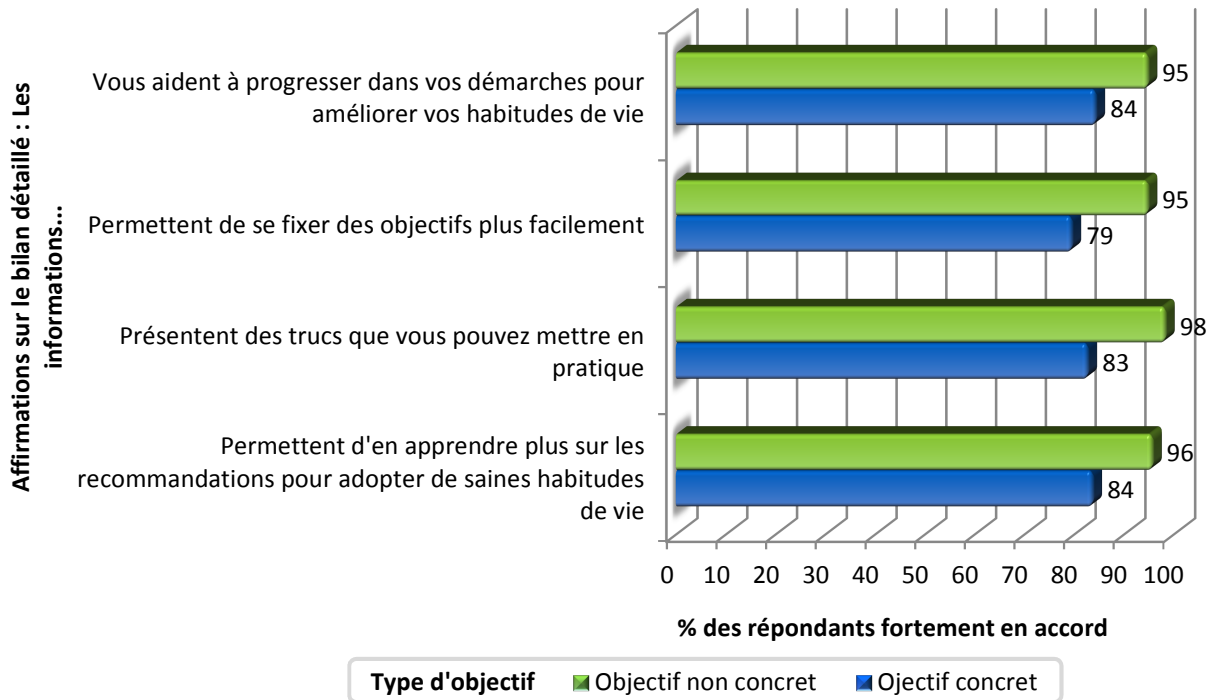
- sont faciles à comprendre;
- permettent d'en apprendre plus sur les recommandations pour adopter de saines habitudes de vie;
- présentent des trucs qu'ils peuvent mettre en pratique;
- permettent de se fixer des objectifs plus facilement;
- les aident à progresser dans leurs démarches de changement.

Parmi les répondants qui se sont fixé un objectif de changement concret, 66 % ont consulté leur bilan détaillé, comparativement à 80 % de ceux dont l'objectif de changement est non concret (voir les sections 2.2.3 *Mesures employées – Démarche de changement* pour la description des types d'objectifs de changement, et 3.3.1 *Objectifs de changement fixés* pour les résultats sur les objectifs de changement). De plus, chez les répondants qui ont consulté leur bilan, ceux dont l'objectif est non concret sont plus nombreux à se déclarer fortement en accord avec le fait que le bilan détaillé :

- les aide à progresser dans leurs démarches pour améliorer leurs habitudes de vie;
- leur permet de se fixer des objectifs plus facilement;
- présente des trucs qu'ils peuvent mettre en pratique;
- et permet d'en apprendre plus sur les recommandations pour adopter de saines habitudes de vie.

Le graphique 5 illustre ces résultats. Ces données, ainsi que celles portant sur la consultation du bilan détaillé suggèrent que les informations contenues dans le bilan semblent moins utiles pour les répondants qui se sont déjà fixé un objectif concret, tandis que ceux qui se sont fixé un objectif non concret pourraient s'y référer pour préciser les changements à apporter à leurs comportements, pourquoi, et comment y parvenir. Ainsi, il semble que le bilan détaillé soit plus utilisé par les répondants qui ont besoin de poursuivre leur démarche pour bien cerner les actions pouvant les amener à améliorer leurs habitudes de vie.

Graphique 5 – Proportion (%) des répondants s'étant fixé un objectif de changement et qui sont fortement en accord avec les affirmations sur le bilan détaillé des habitudes de vie, selon le type d'objectif fixé (n = 284 à 286)



Seulement 10 % des répondants ayant consulté le bilan (32 répondants) souhaiteraient recevoir d'autres informations, entre autres des informations supplémentaires ou plus précises sur l'alimentation, des informations plus personnalisées, une liste de ressources d'information ou de soutien, des trucs sur l'alimentation.

3.3 Retombées de l'intervention initiale au CES

Comme les moyens disponibles pour la réalisation de l'évaluation ne permettent pas l'utilisation de mesures directes de changement de comportement, les retombées de l'intervention initiale au CES sont évaluées au regard :

- 1) des objectifs de changement que les répondants se fixent ou non à l'issue de l'intervention initiale;
- 2) du stade de changement où les répondants se situent deux à trois semaines suivant l'intervention initiale;
- 3) de l'évolution de leur SEP.

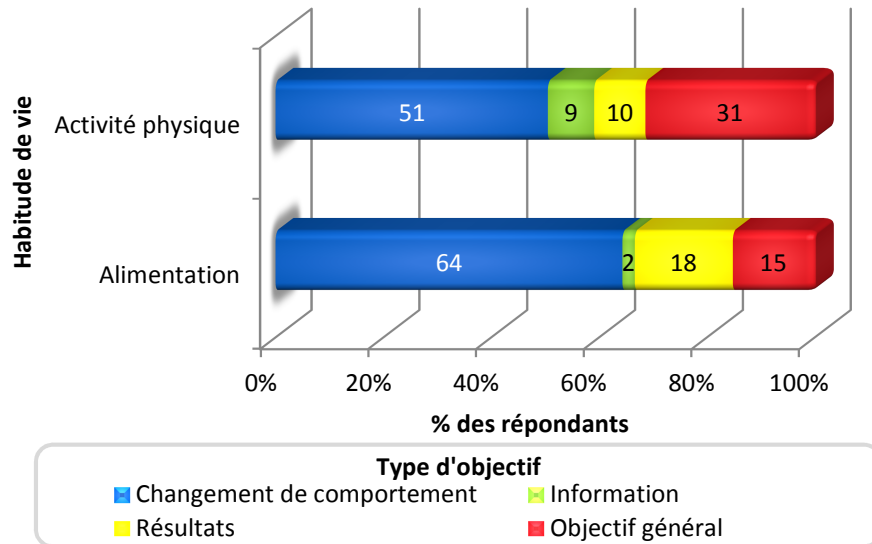
Ces variables et les analyses qui s'y rattachent sont décrites à la section 2.2.3 *Mesures employées*.

3.3.1 Objectifs de changement fixés

Une grande majorité de répondants se fixent un objectif de changement pendant leur consultation initiale au CES ou immédiatement après celle-ci : 89 % et 91 % des répondants dont l'intervention a porté respectivement sur l'alimentation et l'activité physique.

Comme le montre le graphique 6, les répondants dont l'intervention a porté sur l'alimentation sont proportionnellement plus nombreux à se fixer un objectif de modification de comportement ou un objectif centré sur les résultats. Pour leur part, les répondants dont l'intervention a porté sur l'activité physique sont plus nombreux à se fixer comme objectif de s'informer ou de se procurer un outil d'aide au changement ou à ne se fixer qu'un objectif général.

Graphique 6 – Distribution (%) des répondants selon le type d'objectif de changement fixé et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 408)



Le type d'objectif fixé par les clients semble lié aux raisons de consulter le CES. En effet, les répondants qui ont été informés de l'existence du CES par des messages promotionnels sont plus nombreux à se fixer un objectif concret (85 %) que les personnes référées par leur médecin de famille (55 %), par un autre médecin ou une infirmière (68 %), ou par un membre de leur entourage (69 %). Ces résultats laissent supposer que le fait que des répondants consultent le CES de leur propre initiative dénote un plus grand engagement de leur part envers le changement d'habitudes de vie, ce qui expliquerait qu'ils soient prêts à se fixer un objectif concret rapidement.

D'autre part, les répondants qui ont consulté le CES pour contrôler une condition de santé ou de poids sont plus nombreux à se fixer un objectif d'atteinte de résultats (24 %) que ceux qui n'ont pas mentionné ce type de motivation (7 %). Ce résultat n'est pas étonnant. Toutefois, il demeure souhaitable, même pour des personnes ayant un problème de poids ou de santé à contrôler, de

se fixer un objectif centré sur la modification de comportement. En effet, un objectif concret, précis et à court terme permet à la personne de se sentir davantage en contrôle, ce qui contribue à son autonomisation dans le changement. Il pourrait être important, lors de l'intervention, de porter une attention particulière à cet égard aux clients qui consultent pour contrôler une condition. À l'inverse, les répondants qui ont noté comme motivation la modification d'une habitude de vie sont plus nombreux à se fixer un objectif concret (73 %, comparativement à 62 % pour ceux n'ayant pas cette motivation, différence marginalement significative, $p = 0,05$).

3.3.2 Stade de changement deux à trois semaines suivant l'intervention initiale

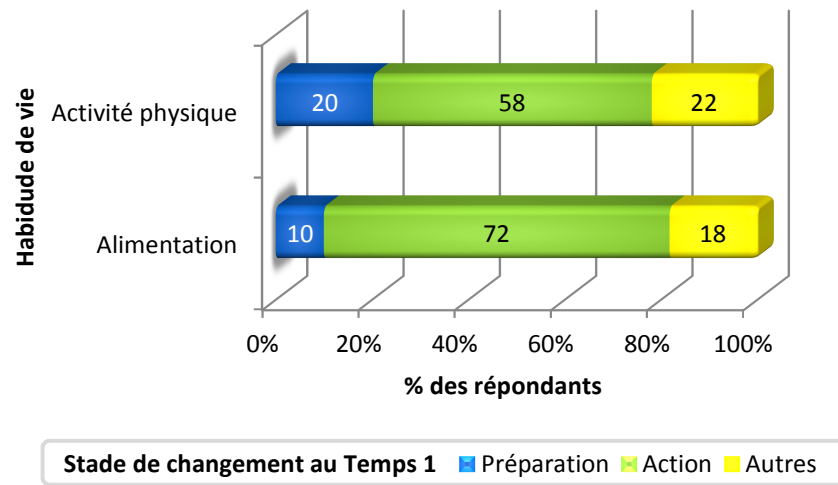
Le graphique 7 montre que la majorité des répondants ont entrepris des actions deux à trois semaines suivant leur première rencontre au CES, indépendamment de l'habitude de vie sur laquelle a porté l'intervention. Cependant, ceux ayant travaillé sur l'alimentation sont plus nombreux à être passés à l'action que ceux qui ont discuté d'activité physique. Néanmoins, un cinquième de ces derniers se situe au stade de préparation, c'est-à-dire qu'ils savent quelles actions accomplir et comptent les mettre en pratique dans les 30 jours suivant. D'autre part, de faibles proportions de répondants se situent aux stades de précontemplation, de contemplation et de rechute; ces trois stades sont donc regroupés sous le libellé « autres »¹³. Très peu de répondants n'envisagent aucun changement dans leurs habitudes de vie à la suite de l'intervention (stade de précontemplation).

Les répondants ayant un score PEM élevé sont légèrement plus nombreux à avoir déjà entrepris des actions (72 % comparativement à 65 % pour ceux ayant un score PEM faible). Par contre, les répondants ayant un score PEM faible sont plus susceptibles de se situer au stade de préparation (17 % comparativement à 8 % pour ceux ayant un score PEM élevé). Il n'est pas étonnant que les différences soient petites entre les répondants ayant des scores PEM élevé et faible, car les scores PEM sont élevés en général, même pour ceux qui se situent dans la catégorie faible.

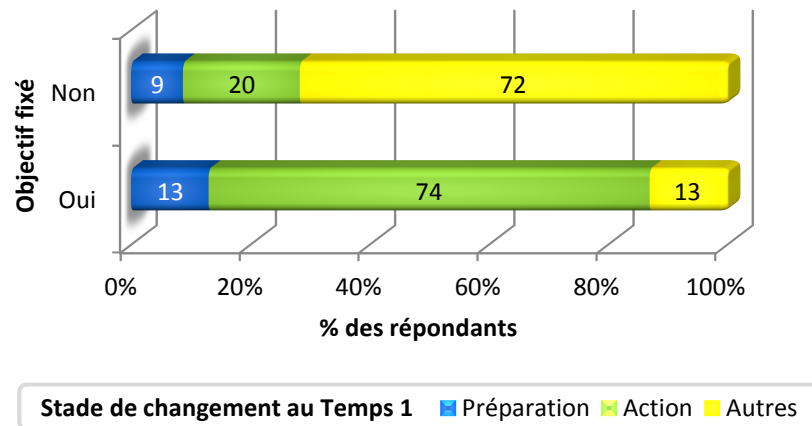
Par ailleurs, comme le montre le graphique 8 les répondants qui se sont fixé un objectif pendant leur visite au CES ou immédiatement après sont plus susceptibles d'avoir déjà entrepris des actions. Les répondants ne s'étant pas fixé d'objectif se situent en majorité aux autres stades (précontemplation, contemplation ou rechute), et peu se trouvent au stade de préparation. Il semble donc que si une personne ne se sent pas prête à se fixer un objectif au moment de l'intervention, il est peu probable qu'elle chemine par elle-même jusqu'à cette étape dans les trois semaines qui suivent.

¹³ 4 % des répondants qui ont travaillé sur l'alimentation se situent au stade de précontemplation, 10 % au stade de contemplation, et 4 % au stade de rechute. Pour les répondants dont l'intervention a porté sur l'activité physique, ces proportions s'élèvent à 4 %, 15 % et 4 % respectivement.

Graphique 7 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 1 et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 455)



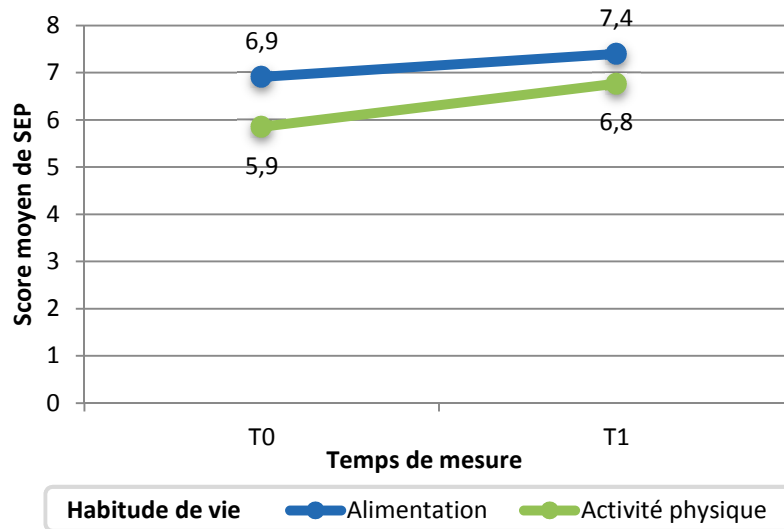
Graphique 8 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 1 et le fait de s'être ou non fixé un objectif pendant ou immédiatement après l'intervention initiale au CES (n = 454)



3.3.3 Évolution du sentiment d'efficacité personnelle du Temps 0 au Temps 1

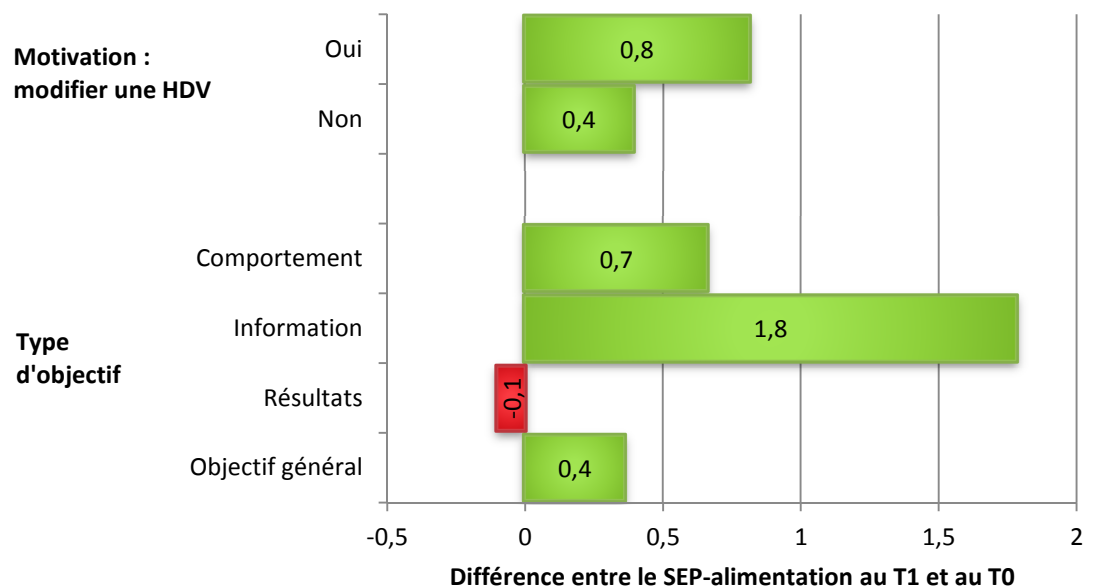
Le graphique 9 montre l'évolution du SEP moyen des répondants entre le Temps 0 et le Temps 1 selon le domaine d'intervention (alimentation ou activité physique). Puisque les scores de SEP sont élevés, les variations qu'il est possible d'observer sont faibles. Néanmoins, une augmentation significative du SEP moyen entre le Temps 0 et le Temps 1 est observée à la fois dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique. C'est donc dire que deux à trois semaines suivant la consultation au CES, les répondants sont plus confiants dans leur capacité de s'alimenter sainement ou d'être physiquement actifs dans diverses circonstances de leur vie. Les scores de SEP sont plus élevés dans le domaine de l'alimentation que dans celui de l'activité physique. Toutefois, comme il s'agit de deux échelles de mesure distinctes, on ne peut pas comparer directement les scores qui en résultent, et aucune conclusion ne devrait être tirée de cette observation.

Graphique 9 – Évolution du SEP entre le Temps 0 et le Temps 1 selon le domaine d'action (alimentation, n = 321, et activité physique, n = 110)



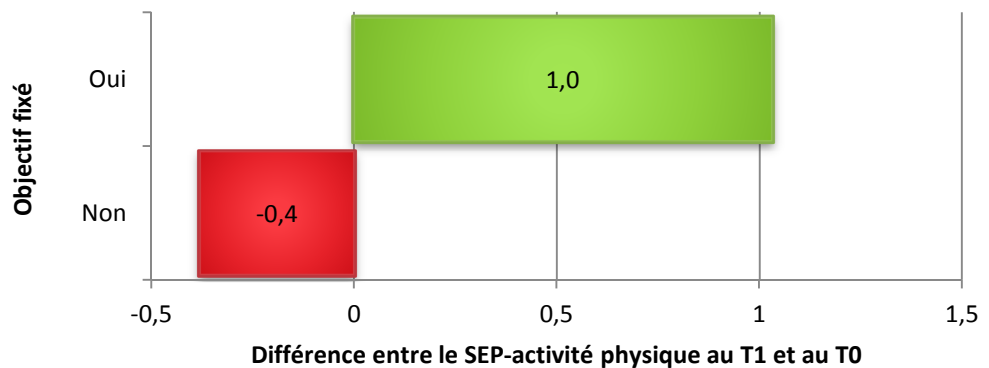
Le SEP-alimentation a augmenté davantage pour les répondants qui ont nommé la modification d'une habitude de vie comme motivation à consulter le CES, et il en est de même pour ceux qui se sont fixé comme objectif de se procurer de l'information ou des outils d'aide au changement. Le graphique 10 illustre ces résultats. Chaque barre représente la différence entre le SEP-alimentation mesuré au Temps 1 et celui mesuré au Temps 0. Un résultat positif signifie que le SEP a augmenté, et un résultat négatif qu'il a diminué. Ces résultats suggèrent que, en accord avec le modèle qui sous-tend l'intervention offerte au CES, des motivations et des objectifs concrets axés sur ses comportements plutôt que sur des résultats à atteindre favorisent l'autonomisation et la confiance de la personne en ses capacités dans sa démarche de changement, ce qui se traduit par une hausse plus marquée du SEP.

Graphique 10 – Différence entre le SEP-alimentation au Temps 1 et au Temps 0 selon que la modification d'une habitude de vie était ou non une motivation à consulter le CES (n = 321) et selon le type d'objectif fixé (n = 286)



Comme les résultats pour le SEP-activité physique se basent sur les données d'un petit nombre de répondants, il est souvent impossible d'observer des effets statistiques dans ce domaine. On remarque toutefois que la progression du SEP-activité physique entre le Temps 0 et le Temps 1 est plus favorable pour les répondants qui se sont fixé un objectif, comme le montre le graphique 11. Ce résultat est cohérent avec les observations faites pour le SEP-alimentation.

Graphique 11 – Différence entre le SEP-activité physique au Temps 1 et au Temps 0 selon le fait de s'être ou non fixé un objectif pendant ou immédiatement après l'intervention initiale au CES (n = 110)



3.4 Suivi après la rencontre initiale

Cette section présente les résultats concernant l'utilisation de diverses ressources mises à la disposition des répondants pour les soutenir dans leur démarche de changement des habitudes de vie :

- 1) Suivi au CES, réalisé par l'EPS sous la forme d'une ou plusieurs interventions téléphoniques ou face à face;
- 2) Utilisation d'autres ressources dans la communauté (p. ex. recours à d'autres professionnels de la santé, participation à des activités organisées);
- 3) Suivi auprès du médecin (à la suite du rapport de l'EPS ou initié par le patient; les données ne permettent pas de documenter la nature ou les objectifs de ce suivi).

3.4.1 Suivi réalisé par l'éducateur pour la santé

Le suivi prévu dans le cadre du modèle des CES consiste en une intervention téléphonique prodiguée par l'EPS environ trois à cinq semaines suivant la rencontre initiale afin de renforcer la motivation du client. Cette deuxième intervention peut également se faire en face à face, le choix étant laissé à la discrétion de l'EPS ou du client.

À cause d'une confusion induite par la question du sondage qui vise à déterminer si les répondants ont reçu une intervention téléphonique¹⁴, les données sur le suivi par téléphone ne peuvent être utilisées aux fins de l'évaluation. Cependant, le sondage montre que 24 % des répondants ont eu une rencontre supplémentaire avec l'EPS et 18 % au moins deux rencontres. Ce sont donc 40 % des répondants qui ont bénéficié d'un suivi face à face au CES.

3.4.2 Utilisation d'autres ressources

Quinze pour cent (15 %) des répondants rapportent avoir utilisé au moins une ressource autre que le CES dans le cadre de leur démarche pour améliorer leurs habitudes de vie. Il est impossible de qualifier ce résultat, puisqu'il n'existe pas de données sur la proportion de clients qui ont reçu des références vers des ressources de soutien lors de leur visite au CES. Selon le stade de changement de l'individu au terme de la rencontre et des objectifs qu'il s'est fixés, il peut s'avérer non pertinent de le diriger vers des ressources supplémentaires.

Parmi ces 15 % de répondants, les trois quarts (75 %) ont assisté à au moins une rencontre de groupe animée par l'intervenant du CES, et plus de la moitié (57 %) ont utilisé au moins une autre ressource du CLSC ou de la communauté proposée par l'EPS. La majorité (63 %) des répondants ayant assisté à au moins une rencontre de groupe ont consulté le CES A. Ce CES a mis en œuvre un service complémentaire qui met l'accent sur le volet informationnel du changement en offrant une série de cinq ateliers de groupe portant sur l'alimentation ou l'activité physique, au choix de l'usager. Par ailleurs, parmi les ressources du CLSC ou de la communauté utilisées par les répondants, la plus souvent citée est la nutritionniste du Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

3.4.3 Suivi auprès du médecin

Lorsqu'ils sont interrogés six mois suivant leur visite initiale au CES, 42 % des répondants affirment avoir discuté avec leur médecin de l'intervention reçue au CES. Parmi ceux qui ne l'ont pas fait, 69 % indiquent que c'est parce qu'ils ne l'ont pas revu depuis cette visite. Les réponses à la question supplémentaire du sondage portant sur la nature du suivi effectué par le médecin n'ont pas pu être utilisées dans le cadre de l'évaluation étant donné l'ambiguïté liée à l'interprétation de cette question par les répondants.

¹⁴ La question visant à déterminer s'il y a eu intervention téléphonique peut porter à confusion : « Avez-vous reçu un appel téléphonique de la part de l'intervenant du Centre après votre première rencontre? » Ainsi, l'examen des commentaires faits par les répondants dans le cadre du sondage révèle que certains d'entre eux ont répondu « oui » à cette question, alors qu'ils n'ont reçu qu'un appel pour leur donner rendez-vous pour une intervention ultérieure, même s'il n'y a pas eu d'intervention motivationnelle lors de l'appel. Les données issues de cette question surestiment donc le nombre de suivis téléphoniques réalisés dans une proportion qu'il est impossible de déterminer.

3.5 Retombées de l'intervention au CES six mois suivant la première rencontre

Les retombées à plus long terme des services du CES, c'est-à-dire six mois suivant la première rencontre, sont évaluées sur la base :

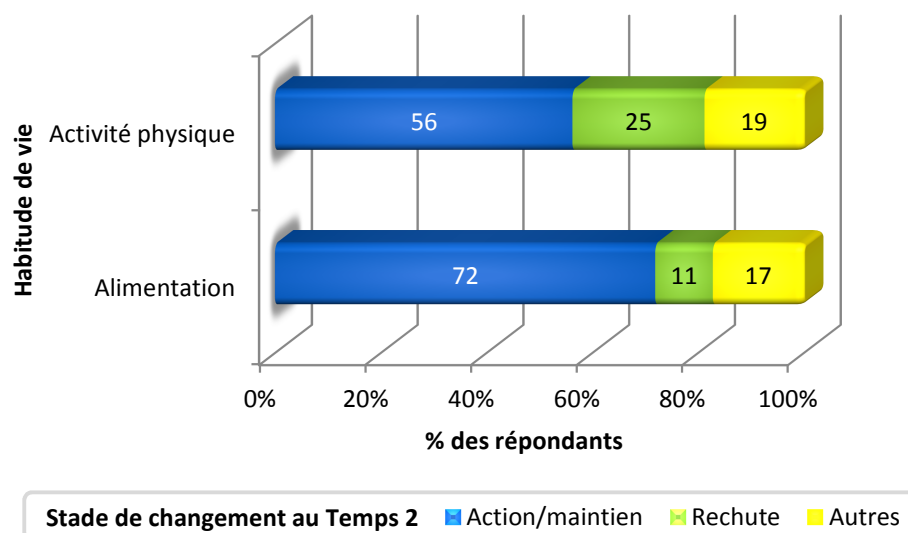
- 1) du stade de changement où les répondants se situent;
- 2) des caractéristiques de leur démarche de changement (actions entreprises envers la modification des comportements, apport du CES dans le soutien à l'action, obstacles au changement rencontrés);
- 3) de l'évolution de leur SEP.

Ces variables et la façon dont elles ont été analysées sont détaillées à la section 2.2.3 *Mesures employées*.

3.5.1 Stade de changement six mois suivant l'intervention initiale

Une grande majorité (83 %) de répondants entreprend des actions pour améliorer ses habitudes de vie dans les six mois qui suivent la rencontre initiale au CES. Qui plus est, 69 % des répondants appliquent, six mois après l'intervention, les changements qu'ils ont apportés à leurs habitudes de vie (stade d'action/maintien); seulement 14 % se situent au stade de rechute. Le graphique 12 montre que les répondants dont l'intervention a porté sur l'alimentation sont plus nombreux à se situer au stade d'action/maintien, tandis que ceux dont l'intervention a porté sur l'activité physique sont plus susceptibles d'avoir rechuté ou de se trouver à d'autres stades (précontemplation, contemplation ou préparation).

Graphique 12 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 2 et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 331)



De plus, il semble que la recommandation du médecin soit un atout pour la motivation à adopter et à maintenir des actions vers de saines habitudes de vie :

- Les répondants pour qui la recommandation du médecin représentait une source de motivation à consulter le CES sont en effet plus nombreux (marginalelement significatif, $p = 0,07$) à avoir entrepris et maintenu des actions (82 %, comparativement à 67 % pour ceux qui n'ont pas nommé cette source de motivation). À l'inverse, les répondants qui ont consulté le CES pour modifier une habitude de vie sont moins nombreux au stade d'action/maintien que ceux qui n'avaient pas cette source de motivation (60 % comparativement à 72 %), et plus nombreux au stade de rechute (20 % comparativement à 11 %).
- Les répondants qui ont discuté de l'intervention au CES avec leur médecin dans les six mois qui ont suivi leur visite initiale sont plus susceptibles d'être au stade d'action/maintien (82 %, comparativement à 61 % pour ceux qui ne l'ont pas fait) et moins nombreux à ne jamais avoir entrepris d'actions (6 % comparativement à 24 %).

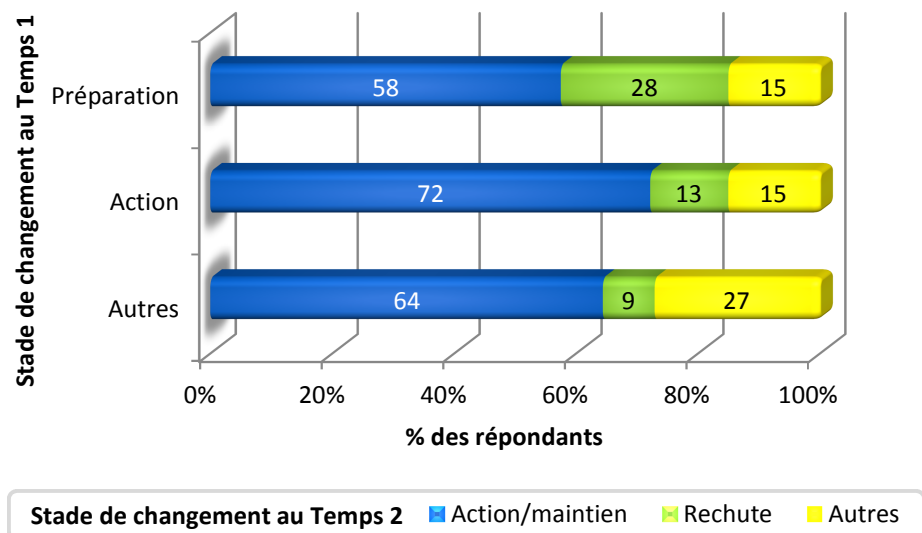
Ces résultats portent à penser, qu'à moyen terme, la recommandation et l'approbation du médecin favorisent des changements de comportements, indépendamment de la volonté intrinsèque de modifier une habitude de vie. Il convient toutefois d'user de prudence dans l'interprétation de ces résultats, étant donné que peu de données ont été recueillies quant à la nature de la référence et du suivi du médecin.

Les répondants qui se sont fixé un objectif de changement pendant ou immédiatement après leur première rencontre au CES sont plus nombreux à se situer au stade d'action/maintien (71 %, comparativement à 57 % pour ceux ne s'étant pas fixé d'objectif à ce moment), et moins nombreux à n'avoir jamais entrepris d'actions (15 % comparativement à 32 %).

De plus, il ressort du graphique 13 que la progression des répondants dans les stades de changement au Temps 2 varie selon leur stade de changement au Temps 1 :

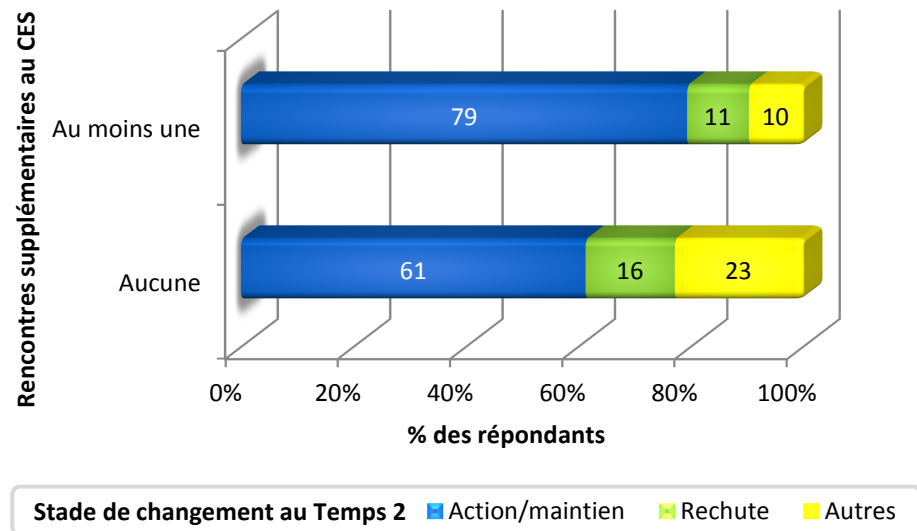
- Les répondants qui étaient déjà au stade d'action au Temps 1 sont plus susceptibles de se trouver au stade d'action/maintien au Temps 2.
- Les répondants qui se situaient au stade de préparation au Temps 1 sont aussi nombreux à être passés à l'action que ceux qui avaient déjà entrepris des actions, mais plus du quart d'entre eux ont rechuté. Ce résultat suggère que le patron de motivation des répondants qui passent à l'action plus rapidement après l'intervention initiale diffère probablement de celui des répondants qui restent au stade de préparation pendant une certaine période.
- Les répondants qui étaient aux stades de précontemplation, de contemplation ou de rechute au Temps 1 sont plus nombreux à n'être jamais passés à l'action (c'est-à-dire à se situer aux « autres » stades au Temps 2). Toutefois, ceux qui sont passés à l'action ont autant de chances d'avoir maintenu leurs changements que les répondants qui les avaient déjà entrepris immédiatement après la première intervention.

Graphique 13 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 1 et au Temps 2 (n = 325)



Au graphique 14, on peut remarquer que les répondants qui ont eu au moins une rencontre au CES à la suite de leur visite initiale sont plus susceptibles d'avoir entrepris des actions et de les avoir maintenues au Temps 2. Ils sont aussi moins susceptibles d'avoir abandonné les actions entreprises, et, surtout, de ne jamais avoir entrepris d'action. Toutefois, vu la confusion concernant les données sur les interventions téléphoniques évoquée à la section 3.4.1 *Suivi réalisé par l'éducateur pour la santé*¹⁵, il est impossible de déterminer si ces résultats sont attribuables au fait d'avoir reçu un suivi, quelle qu'en soit la forme, ou spécifiquement au suivi face à face.

Graphique 14 – Distribution (%) des répondants selon le stade de changement au Temps 2 et le fait d'avoir eu ou non au moins une rencontre supplémentaire au CES (n= 325)

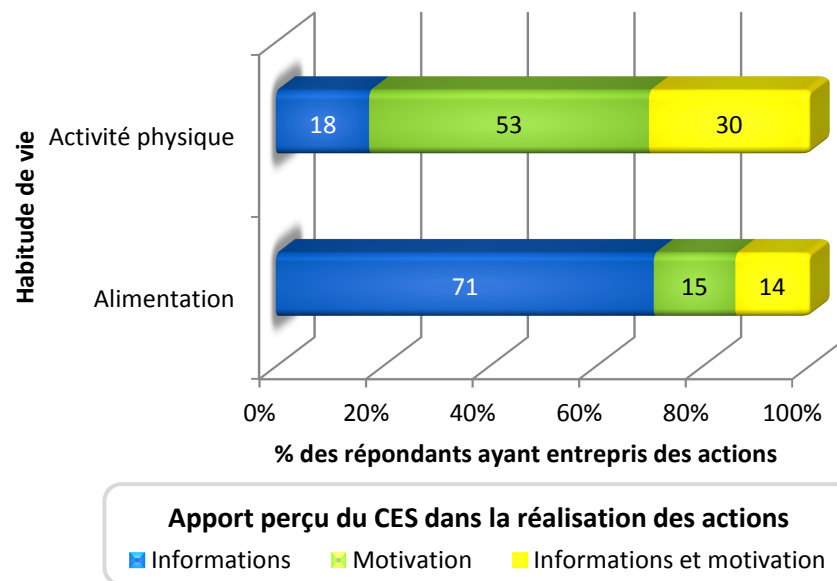


¹⁵ Il a été impossible d'analyser les données sur les interventions téléphoniques reçues.

Actions entreprises par les répondants pour améliorer leurs habitudes de vie : apport perçu de l'intervention et obstacles

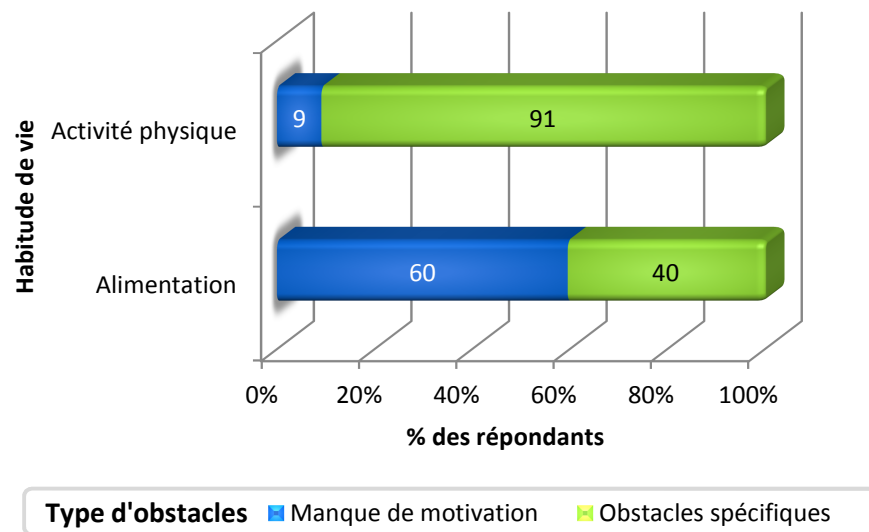
L'apport du CES perçu par les répondants dans l'application de changements aux habitudes de vie est différent selon que l'intervention a porté sur l'alimentation ou l'activité physique comme l'indique le graphique 15. En effet, les informations et les conseils semblent beaucoup plus importants pour les répondants ayant choisi de discuter d'alimentation, tandis que pour les répondants dont l'intervention a porté sur l'activité physique, c'est le soutien à la motivation qui est le plus souvent identifié comme déterminant.

Graphique 15 – Distribution (%) des répondants ayant entrepris des actions pour modifier leurs habitudes de vie, selon l'apport perçu du CES dans la réalisation de ces actions et selon l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 229)



Trente-cinq pour cent (35 %) des répondants au stade d'action/maintien et tous les répondants au stade de rechute décrivent des obstacles à la mise en pratique d'actions. Ces obstacles diffèrent selon que l'intervention a porté sur l'alimentation ou sur l'activité physique, comme l'illustre le graphique 16. Les répondants ayant travaillé sur l'alimentation rapportent surtout des difficultés liées au manque de motivation, alors que ceux dont l'intervention a porté sur l'activité physique ont principalement été confrontés à des obstacles spécifiques au quotidien. Cela pourrait expliquer que, pour ces derniers, l'apport perçu du CES se situe principalement au niveau de la motivation. En effet, celle-ci est nécessaire pour surmonter de telles barrières et maintenir les changements apportés.

Graphique 16 – Distribution (%) des répondants ayant entrepris des actions pour modifier leurs habitudes de vie, selon le type d'obstacles rencontrés dans l'application de ces actions et selon l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 111)

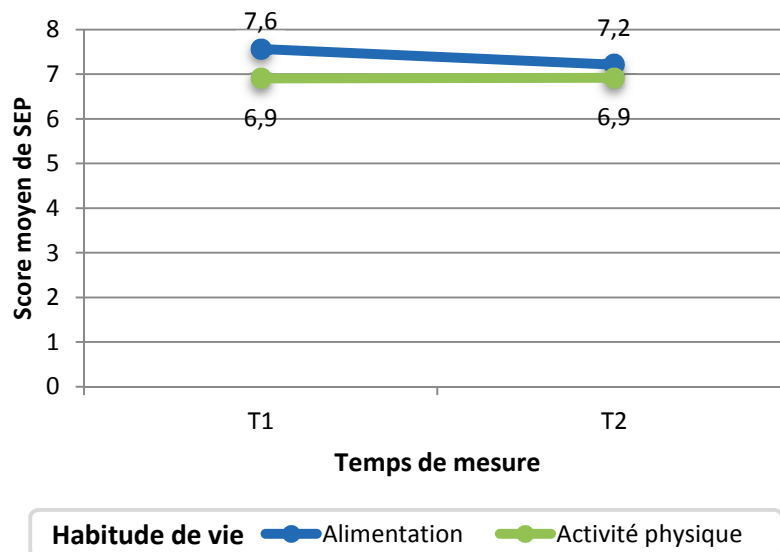


3.5.2 Évolution du sentiment d'efficacité personnelle entre le Temps 1 et le Temps 2

Le SEP-alimentation a diminué significativement entre le Temps 1 et le Temps 2, comme le montre le graphique 17. Cependant, au Temps 2, il est demeuré supérieur à celui enregistré au Temps 0, avant l'intervention (la différence est marginalement significative, $p = 0,06$).

Les analyses du SEP-activité physique sont basées sur les données d'un très petit nombre de répondants (41); il est donc difficile d'observer des effets statistiques et d'en tirer des conclusions solides. Néanmoins, il semble qu'il soit au moins demeuré stable entre le Temps 1 et le Temps 2, comme l'illustre le graphique 17.

Graphique 17 – Évolution du SEP entre le Temps 1 et le Temps 2 selon le domaine d'action (alimentation, n = 194, et activité physique, n = 41) ¹⁶



Le graphique 18 montre que l'évolution du SEP-alimentation est plus favorable¹⁷ pour les répondants qui se sont fixé un objectif centré sur les résultats ou encore l'objectif de se procurer de l'information ou des outils d'aide lors de la visite initiale au CES. Ces résultats contrastent avec ceux obtenus au Temps 1, qui montrent plutôt que l'évolution du SEP-alimentation entre le Temps 0 et le Temps 1 est la moins favorable pour les répondants dont l'objectif était centré sur les résultats. Bien que les données de l'évaluation ne permettent pas d'apporter d'explication de ces résultats, elles fournissent néanmoins des hypothèses. Les données révèlent que les personnes qui consultent le CES pour contrôler une condition de santé ou de poids sont plus nombreuses à se fixer un objectif centré sur les résultats. Ce sont les répondants présentant au moins un problème de santé qui sont les plus susceptibles de nommer cette source de motivation; ils sont également plus

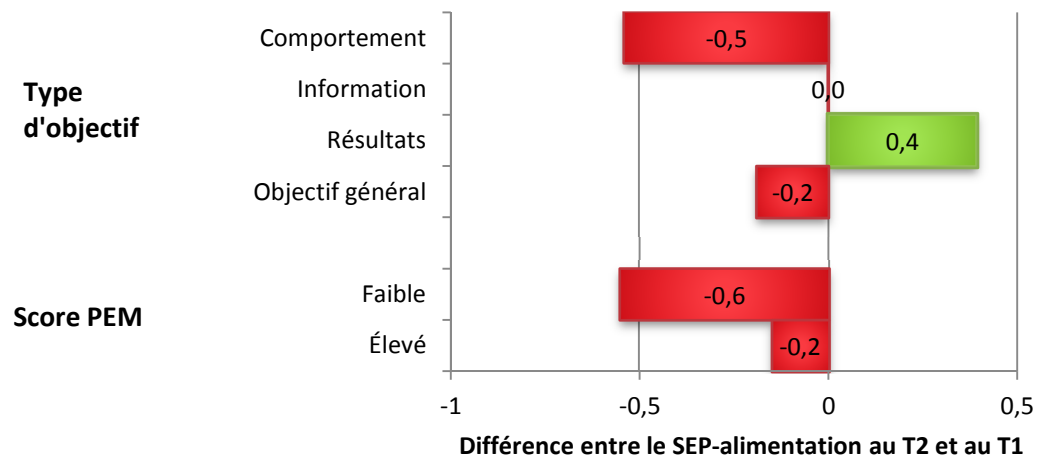
¹⁶ Les valeurs de score moyen de SEP pour le Temps 1 ne sont pas identiques sur les graphique 9 et Graphique 17. Ceci s'explique par le fait que pour effectuer les analyses statistiques, il faut considérer des paires d'observations, c'est-à-dire que seules les données des répondants ayant un score SEP aux deux temps de mesure sont incluses. Ainsi, l'échantillon utilisé pour calculer le score moyen de SEP au Temps 1 dans l'analyse de l'évolution entre le Temps 1 et le Temps 2 (Graphique 17) inclut seulement les répondants ayant également participé au Temps 2, contrairement à l'échantillon utilisé dans l'analyse de l'évolution entre le Temps 0 et le Temps 1 (Graphique 9) qui inclut tous les répondants du Temps 1. Toutefois, il convient de rappeler que le score de SEP au Temps 1 ne diffère pas significativement entre les répondants ayant également participé à la collecte du Temps 2 et ceux ayant refusé de participer ou n'ayant pas été rejoints lors de la collecte du Temps 2 (voir la section 2.3.2 *Représentativité de l'échantillon*).

¹⁷ Étant donné que, globalement, le SEP a diminué entre le Temps 1 et le Temps 2, l'évolution du SEP pour un groupe de répondants est considérée comme plus favorable si le SEP a augmenté ou s'il a moins diminué que pour les groupes de comparaison.

nombreux à avoir été référés vers le CES par un médecin (voir la section 3.7 *Influence des caractéristiques sociodémographiques et de santé des répondants sur l'utilisation, l'appréciation et les retombées des services offerts au CES* pour les résultats détaillés sur l'influence de l'état de santé sur les différentes variables de l'évaluation). Ainsi, bien que les résultats ne montrent pas de liens statistiquement significatifs en ce sens, il est raisonnable de penser que les répondants ayant fixé un objectif centré sur les résultats sont en grande partie des gens qui ont au moins un problème de santé et qui sont suivis par un médecin. Tel qu'il est décrit à la section précédente, le soutien d'un médecin semble constituer un avantage dans l'adoption et le maintien de comportements sains en matière d'alimentation et d'activité physique. Cet avantage pourrait également se traduire par une augmentation plus marquée du SEP. De plus, pour les personnes ayant un problème de santé à contrôler, les enjeux de la modification des habitudes de vie peuvent être plus significatifs, et les effets bénéfiques plus perceptibles à court terme. Ce sont des facteurs qui pourraient contribuer à nourrir un certain niveau de motivation et d'attitudes positives, ce qui expliquerait aussi une augmentation soutenue du SEP. Il est toutefois impossible de mesurer le poids relatif de ces influences, à savoir la recommandation d'un médecin et l'inquiétude face à un problème de santé, sur la modification des attitudes et des comportements à l'égard des habitudes de vie.

Le graphique 18 montre également que l'évolution du SEP-alimentation est plus favorable pour les répondants qui ont davantage perçu l'esprit de l'entretien motivationnel lors de l'intervention initiale (score PEM élevé)¹⁸.

Graphique 18 – Différence entre le SEP-alimentation au Temps 2 et au Temps 1, selon le type d'objectif fixé (n = 172) et selon le score PEM (n = 194)



¹⁸ Voir la note 17.

3.6 Appréciation globale du service

3.6.1 Satisfaction globale à l'égard du service deux à trois semaines suivant l'intervention initiale

Lorsqu'ils sont interrogés au Temps 1, 80 % des répondants se disent globalement très satisfaits, et 18 % globalement satisfaits de leur visite au CES. En outre, 97 % des répondants recommanderaient à une autre personne de consulter le CES. La satisfaction globale varie en fonction de plusieurs éléments de l'intervention au CES :

- Les répondants ayant davantage perçu l'esprit de l'entretien motivationnel (score PEM élevé) sont plus nombreux à être très satisfaits (84 %, comparativement à 75 % pour ceux ayant un score PEM faible).
- Les répondants s'étant fixé un objectif de changement pendant ou à la suite de leur visite au CES, quel qu'il soit, se disent très satisfaits en plus forte proportion (81 %) que ceux qui ne se sont pas fixé d'objectif (68 %).

Vingt pour cent (20 %) des répondants formulent des suggestions pour améliorer les services offerts au CES. Les suggestions les plus fréquentes sont :

- d'offrir un suivi plus long ou plus intense;
- de fournir davantage d'informations ou des informations plus spécifiques sur l'alimentation, incluant des recettes ou des menus;
- de faire plus de publicité ou de promotion des CES.

3.6.2 Principal apport du CES pour les répondants six mois suivant l'intervention initiale

Au terme de l'évaluation, il est demandé aux répondants d'identifier ce qu'ils considèrent comme le principal apport de l'intervention au CES. Trois choix leur sont proposés :

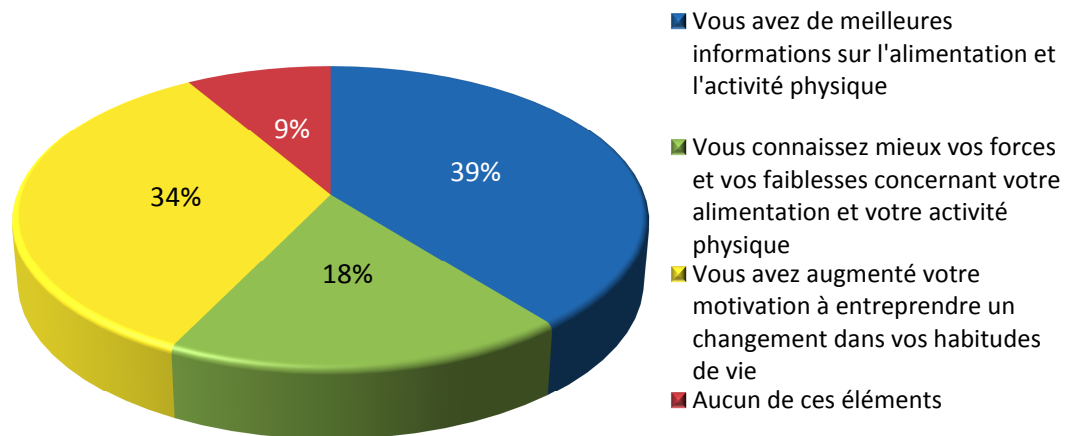
- 1) Vous avez augmenté votre motivation à entreprendre un changement dans vos habitudes de vie.
- 2) Vous connaissez mieux vos forces et vos faiblesses concernant votre alimentation et votre activité physique.
- 3) Vous avez de meilleures informations sur l'alimentation et l'activité physique.

Ces trois énoncés illustrent des éléments essentiels au changement :

- 1) le fait d'être prêt à s'engager dans une démarche de changement (motivation);
- 2) la confiance en ses capacités d'agir et de poursuivre l'action malgré les obstacles et les rechutes (forces et faiblesses);
- 3) la connaissance pour mettre en application le changement (informations).

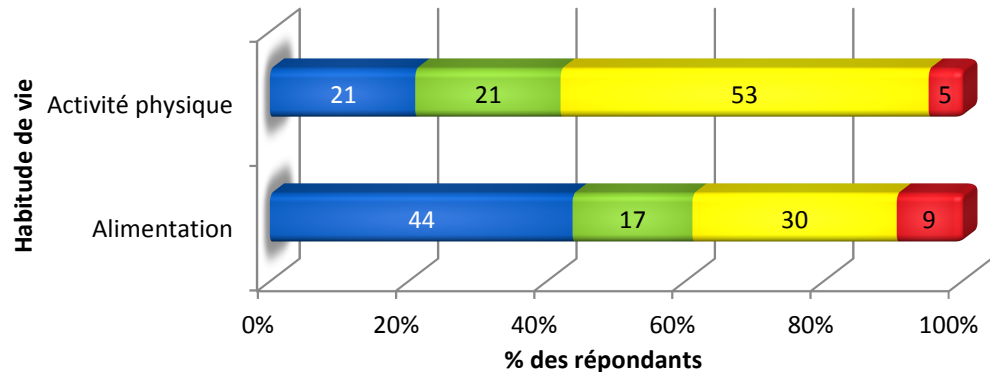
Le graphique 19 illustre la distribution des répondants selon ce qu'ils considèrent comme le principal apport des CES. Cinquante-deux pour cent (52 %) des répondants considèrent que la motivation ou l'identification de leurs forces et faiblesses constituent le principal apport de l'intervention. Ce résultat témoigne de la complémentarité des services du CES par rapport aux autres programmes du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques axés principalement sur l'information. La possibilité d'obtenir des informations au CES a quand même été le principal élément d'appréciation pour plus du tiers des répondants. Une partie de cette information est disponible à partir du bilan des habitudes de vie, tant dans la version brève, utilisée lors de la rencontre au CES, que dans la version détaillée que le client reçoit en format imprimé.

Graphique 19 – Distribution (%) des répondants selon ce qu'ils identifient comme le principal apport de l'intervention au CES (n = 317)



Le graphique 20 montre que les répondants dont l'intervention a porté sur l'alimentation sont plus nombreux à affirmer que l'intervention leur a surtout apporté de meilleures informations, tandis que pour les répondants ayant travaillé sur l'activité physique, le principal apport se situe plus souvent au niveau de la motivation. Sans surprise, ces observations sont cohérentes avec les données sur la perception des répondants quant à la façon dont le CES les a aidés à apporter des changements à leurs habitudes de vie (voir la section 3.5.1 *Stade de changement six mois suivant l'intervention initiale*).

Graphique 20 – Distribution (%) des répondants selon ce qu'ils identifient comme le principal apport de l'intervention au CES et l'habitude de vie sur laquelle l'intervention a porté (n = 316)



Principal apport de l'intervention au CES selon le répondant

- Vous avez de meilleures informations sur l'alimentation et l'activité physique
- Vous connaissez mieux vos forces et vos faiblesses concernant votre alimentation et votre activité physique
- Vous avez augmenté votre motivation à entreprendre un changement dans vos habitudes de vie
- Aucun de ces éléments

3.7 Influence des caractéristiques sociodémographiques et de santé des répondants sur l'utilisation, l'appréciation et les retombées des services offerts au CES

Les résultats de l'évaluation ont été analysés en fonction de plusieurs variables sociodémographiques. Le revenu n'a pas été retenu, car à peine 53 % des répondants ont fourni cette donnée lors du sondage. Aucune différence significative n'a été mesurée entre les répondants nés au Canada et ceux ayant immigré, ni en fonction de l'état civil, ni en fonction d'avoir des enfants. Les différences observées selon le sexe, l'état de santé, l'âge et le niveau de scolarité sont détaillées au tableau 3. De façon générale, ces variables semblent liées aux raisons qui motivent les gens à consulter le CES ainsi qu'à l'utilisation et à l'appréciation des services offerts au CES. Par contre, aucune différence n'est observable au niveau des retombées de l'intervention six mois suivant le début de celle-ci.

Pour les femmes comme pour les hommes, le milieu clinique est la principale source d'information sur les services offerts au CES. Pour les femmes, le médecin de famille est plus souvent mentionné, tandis que pour les hommes, qui sont moins nombreux à déclarer avoir un médecin de famille (Lemoine et *al.*, 2011), les références proviennent plus souvent d'autres médecins ou d'infirmières. Les femmes ont par ailleurs des motivations différentes de celles des hommes pour consulter : elles sont davantage motivées par le besoin de contrôler une condition (de santé ou poids). Quant aux hommes, ils sont plus nombreux à être motivés par la volonté ou le besoin de soutien pour modifier une habitude de vie. Malgré ces différences, il ne semble pas que l'intervention prodiguée au CES convienne plus ou moins à l'un des deux groupes, puisqu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant aux variables liées à l'appréciation ou aux retombées de l'intervention.

L'état de santé, l'âge et le niveau de scolarité sont des variables fortement reliées entre elles : les répondants les plus âgés sont plus susceptibles de présenter au moins un problème de santé et de détenir une scolarité de niveau secondaire ou moins. Ce n'est donc pas étonnant d'observer que ces trois groupes présentent des résultats similaires à plusieurs niveaux, puisqu'ils sont constitués en bonne partie des mêmes répondants.

Les répondants qui souffrent d'au moins un problème de santé semblent souvent consulter le CES pour cette raison. En effet, ils sont plus nombreux à identifier leur médecin de famille comme source d'information sur les services du CES que ceux qui n'ont aucun problème de santé. Aussi, ils désignent plus souvent le contrôle d'une condition ou la recommandation d'un médecin comme motivation à consulter. À l'inverse, les répondants n'ayant aucun problème de santé sont plus nombreux à indiquer qu'ils consultent le CES pour être informés ou voir une nutritionniste.

Les répondants ayant au moins un problème de santé perçoivent moins l'esprit de l'entretien motivationnel lors de l'intervention initiale. Par ailleurs, plus les répondants ont de problèmes de santé, moins ils sont susceptibles d'être fortement en accord avec l'énoncé selon lequel les informations contenues dans le bilan détaillé permettent de se fixer des objectifs plus facilement¹⁹. Ce résultat et l'examen des commentaires formulés par les répondants dans le cadre du sondage suggèrent que le fait de souffrir d'au moins deux problèmes de santé peut amener le besoin d'informations ou de *counseling* plus personnalisé afin de réussir à concilier sa condition avec l'adoption de nouvelles habitudes de vie. En effet, plusieurs répondants mentionnent ne pas savoir ce qui est bon pour eux lorsqu'ils vivent avec une condition qui leur impose des restrictions ou des exigences alimentaires ou qui les limite dans leurs activités physiques.

Il n'y a pas de différence selon le groupe d'âge ou le niveau de scolarité quant à la difficulté à remplir le bilan informatisé des habitudes de vie. Par contre, les répondants âgés de 60 ans et plus, de même que ceux qui détiennent une scolarité de niveau collégial, sont plus nombreux à consulter le bilan détaillé de leurs habitudes de vie dans les deux à trois semaines suivant l'intervention initiale, et ces derniers jugent le bilan plus utile. Il est intéressant de noter que la proportion de répondants qui consultent le bilan détaillé est semblable pour ceux de niveaux de scolarité secondaire ou moins et universitaire. Il est donc raisonnable de penser que le niveau de littératie n'est pas en cause. En effet, les raisons de ne pas consulter le bilan ne diffèrent pas entre les groupes, le manque de temps reste la principale raison mentionnée par les répondants de tous les niveaux de scolarité. Les répondants plus âgés et de scolarité de niveaux secondaire ou moins, ou collégial sont également plus nombreux à se dire globalement très satisfaits au Temps 1 de leur visite au CES.

Les répondants de scolarité de niveaux collégial ou universitaire sont plus nombreux au stade d'action au Temps 1. Pour leur part, les répondants âgés de moins de 40 ans sont plus susceptibles de se fixer un objectif concret. Ils ont aussi connu une augmentation du SEP-alimentation entre le Temps 0 et le Temps 1 égale ou supérieure à celle des groupes plus âgés. Au Temps 2, il n'y a plus de différences selon le niveau de scolarité ou l'âge dans l'évolution du SEP ni dans les stades de changement. Par contre, la perception de l'apport du CES varie selon le niveau de scolarité :

- Les informations ou les conseils sont vus comme un élément déterminant du soutien à l'action par 82 % des répondants ayant une scolarité de niveau secondaire ou moins et par 85 % de ceux ayant une

¹⁹ Le bilan détaillé des habitudes de vie, tout comme l'intervention des CES, n'est pas conçu pour des personnes aux prises avec une problématique de santé spécifique. Lorsqu'un client indique souffrir d'un problème de santé, des mises en garde sont automatiquement ajoutées dans les diverses sections du bilan pour l'avertir que les recommandations pourraient ne pas lui convenir en raison de sa condition et qu'il devrait consulter son médecin.

scolarité de niveau collégial, mais par seulement 70 % de ceux ayant une scolarité de niveau universitaire.

- Le soutien à la motivation et les encouragements sont perçus comme un apport de l'intervention par 42 % des répondants ayant une scolarité de niveaux secondaire ou moins, ou universitaire, mais par 28 % de ceux ayant une scolarité de niveau collégial.

Il semble donc que les répondants détenant une scolarité de niveau collégial valorisent principalement les informations, alors que le soutien à la motivation occupe une place plus importante pour ceux de niveau universitaire. Ce constat est cohérent avec les données sur l'utilisation et l'appréciation du bilan détaillé des habitudes de vie, davantage apprécié des répondants de scolarité de niveau collégial. Quant aux répondants ayant une scolarité de niveau secondaire ou moins, les données suggèrent que l'intervention leur apporte plus au regard des deux dimensions (les informations et le soutien à la motivation), ce qui fait probablement écho à des besoins qui étaient au départ plus grands pour cette partie de la clientèle.

Tableau 3 – Résultats quant aux différentes variables de l'évaluation des CES pour lesquelles des effets significatifs ont été observés selon le sexe, l'état de santé, l'âge et le niveau de scolarité

	Sexe	Problèmes de santé	Âge	Niveau de scolarité
Source d'information				
• Médecin de famille	Femmes	39 %	Aucun	30 %
	Hommes	30 %	Un ou plus	41 %
			18-39	34 %
			40-59	33 %
			60 +	44 %

• Autre médecin ou infirmière	Femmes	26 %		
	Hommes	43 %		
Motivation à consulter				
• Contrôle d'une condition	Femmes	55 %	Aucun	40 %
	Hommes	45 %	Un ou plus	63 %
• Besoin d'information			Aucun	40 %
			Un ou plus	22 %
				Secondaire - 20 %
				Collégial 33 %
				Universitaire 34 %

• Modification d'une habitude de vie	Femmes	22 %		
	Hommes	34 %		
• Recommandation d'un médecin			Aucun	10 %
			Un ou plus	18 %
			18-39	8 %
			40-59	13 %
			60 +	21 %
				Secondaire - 21 %
				Collégial 6 %
				Universitaire 18 %
Score PEM élevé				
			Aucun	58 %
			Un ou plus	44 %
				Secondaire - 37 %
				Collégial 62 %
				Universitaire 42 %
Consultation du bilan détaillé				
			18-39	63 %
			40-59	67 %
			60 +	77 %
				Secondaire - 63 %
				Collégial 80 %
				Universitaire 66 %
Appréciation du bilan détaillé (% fortement en accord avec les énoncés)				
				Secondaire - 82 %
				Collégial 93 %
				Universitaire 85 % *

• Permet de se fixer des objectifs plus facilement		Aucun	90 %	
		Un	86 %	
		Deux ou plus	74 %	
Suivi face à face au CES				
		Aucun	32 %	
		Un ou plus	49 %	
Objectif concret (parmi ceux qui ont un objectif)				
			18-39	81 %
			40-59	62 %
			60 +	62 %
Stade d'action au Temps 1				
				Secondaire - 60 %
				Collégial 74 %
				Universitaire 74 %
Augmentation du SEP-alimentation entre le Temps 0 et le Temps 1				
			18-39	0,7
			40-59	0,7
			60 +	0,1
Apport perçu du CES dans la réalisation d'actions au Temps 2				
• Informations				Secondaire - 82 %
				Collégial 85 %
				Universitaire 69 %
• Motivation				Secondaire - 42 %
				Collégial 28 %
				Universitaire 41 %
Satisfaction globale au Temps 1 (% très satisfait)				
			18-39	69 %
			40-59	80 %
			60 +	84 %
				Secondaire - 85 %
				Collégial 84 %
				Universitaire 73 %

* Moyenne des cinq énoncés; les différences entre les groupes sont statistiquement significatives ($p < 0,05$) pour deux énoncés, marginalement significatives ($p < 0,10$) pour deux énoncés, et non significative pour un énoncé.

4. Discussion

4.1 Forces et limites de l'évaluation

La principale force de la présente évaluation est l'utilisation d'un devis à trois temps de mesure permettant une mesure préintervention ainsi qu'un suivi jusqu'à six mois après le début de l'intervention. On note également des taux de réponse élevés aux sondages des Temps 1 et 2 ainsi qu'une bonne représentativité de l'échantillon par rapport aux caractéristiques sociodémographiques et de santé de la clientèle. Ces facteurs contribuent à la validité externe de l'évaluation, c'est-à-dire qu'il est probable que les observations réalisées dans le cadre de l'évaluation soient applicables à l'ensemble de la clientèle et non seulement à l'échantillon étudié.

Dans un contexte d'évaluation, différent de celui d'une étude clinique, il était impossible de constituer un groupe contrôle ou de comparaison. Sans comparaison des résultats obtenus avec ceux d'un groupe qui aurait reçu une intervention différente ou aucune intervention, il est impossible d'attribuer les changements observés au niveau des attitudes (SEP) et des comportements (actions entreprises) exclusivement à l'intervention du CES. Il ne peut être exclu qu'une intervention différente, non basée sur l'entretien motivationnel, aurait mené aux mêmes résultats, ou même que ce soit la motivation initiale des individus qui leur ait permis d'accomplir ces changements sans que le soutien du CES n'ait été déterminant. En effet, il est possible que les personnes qui consultent le CES soient déjà plus motivées à modifier leurs habitudes de vie que la population générale. Néanmoins, le fait de disposer d'une mesure préintervention permet de pallier partiellement cette lacune. Il a également été impossible d'utiliser des mesures directes de modification du comportement. Par contre, l'utilisation de plusieurs mesures ayant mené à des observations cohérentes – le SEP, reconnu comme prédicteur des comportements, les objectifs fixés, le stade de changement et les actions entreprises – permet d'en tirer des conclusions avec un certain niveau de confiance quant à la fidélité des résultats. Il convient aussi de rappeler qu'aucune évaluation d'impact n'a été réalisée.

De plus, il y a une faiblesse dans la représentation des 12 CES, deux d'entre eux étant fortement sous-représentés dans l'évaluation. Des problèmes en ce qui concerne l'interprétation des questions par les répondants ou la saisie des données par les intervieweurs ont été décelés pour plusieurs items des sondages, limitant l'utilisation des données recueillies. Un biais positif est également présent dans le patron de réponses aux sondages, mis en évidence par de très hauts scores de satisfaction, de perception du respect de l'esprit de l'entretien motivationnel, d'appréciation des outils et du SEP, de sorte que les effets qu'il est possible d'observer sont limités. L'échantillon de répondants ayant reçu une intervention portant sur l'activité physique étant de petite taille, il est souvent impossible d'observer des effets statistiques pour ce volet des services. Finalement, une certaine attrition de l'échantillon entre les Temps 0 et 2 a été constatée;

comme elle ne diffère pas en fonction des caractéristiques clés des répondants (mesures d'attitudes et de comportements par rapport au changement), il n'y a pas lieu de penser que cela a affecté les résultats.

4.2 Principaux résultats et recommandations

⇒ *Appréciation élevée et retombées encourageantes*

Le premier constat qui se dégage de l'évaluation est que l'intervention offerte au CES est perçue très positivement par les répondants et semble donner des résultats encourageants. Les indicateurs en ce sens sont nombreux :

Recommandation

Il est recommandé qu'une réflexion soit faite par les EPS et les responsables des CES sur des moyens de rendre le bilan détaillé des habitudes de vie plus utile aux personnes s'étant déjà fixé un objectif de changement lors de la rencontre initiale au CES. Il serait souhaitable que le bilan constitue un outil permettant de soutenir la personne dans l'application et le maintien de changements à ses habitudes de vie. Deux avenues sont à explorer pour réaliser un tel objectif :

- Guider le client dans son utilisation du bilan en le présentant comme un outil de motivation et de soutien, et non seulement d'information.
- Réviser le contenu du bilan et, s'il y a lieu, le bonifier pour que les informations qu'il contient soient utiles à une personne qui a un objectif concret et dont la motivation doit être soutenue pour qu'elle l'atteigne.

- Le taux de satisfaction est élevé;
- Très peu de difficultés sont recensées en lien avec le questionnaire informatisé des habitudes de vie, et ce, quel que soit le niveau de scolarité ou le lieu de naissance des répondants;
- De fortes proportions de clients valident et apprécient les résultats en bref du bilan des habitudes de vie;
- Le bilan détaillé des habitudes de vie est très consulté et apprécié :
 - Bien que les personnes ayant un niveau de scolarité moindre le consultent en moins forte proportion, il ne semble pas que ce soit pour des raisons de longueur ou de complexité du document. D'ailleurs, les répondants ayant une scolarité de niveau secondaire ou moins qui le consultent l'apprécient autant que les plus scolarisés.
 - Les personnes qui se sont fixé un objectif non concret à l'issue de la rencontre initiale au CES consultent et apprécient davantage le bilan détaillé que celles qui se sont fixé un objectif concret. Il semble donc que le bilan détaillé constitue un outil intéressant permettant aux personnes qui en ont besoin de poursuivre leurs démarches en vue de définir concrètement par quelles actions elles pourraient améliorer leurs habitudes de vie. En ce sens, les EPS devraient tenir compte des objectifs fixés par le client lors de la rencontre afin de mettre en valeur le bilan détaillé en fonction de ce qu'il peut lui apporter à ce moment de sa démarche.

- Il pourrait être pertinent de bonifier le contenu du bilan détaillé pour qu'il réponde davantage aux besoins des clients s'étant déjà fixé un objectif concret afin de soutenir sa motivation dans l'application d'actions.
- Principalement, les données sur la démarche de changement et sur le SEP suggèrent qu'il y a bel et bien une modification des habitudes de vie dans les semaines qui suivent l'intervention initiale au CES et qui se maintient jusqu'à six mois plus tard. Bien qu'il ne soit pas possible, tel qu'il est discuté dans la section précédente, d'attribuer avec certitude ces résultats à l'intervention, le CES peut être considéré comme un service prometteur.

⇒ *Résultats équivalents pour toutes les clientèles étudiées*

Les motivations à consulter et la démarche de changement (par exemple, quelle utilisation est faite du bilan, à quel moment un changement est entrepris, quelle est la perception du client quant à l'apport du CES pour l'effectuer) varient selon les caractéristiques sociodémographiques et de santé étudiées²⁰. Entre autres, il

Recommandation

L'absence de différences significatives selon les caractéristiques sociodémographiques en matière de retombées de l'intervention montre que celle-ci est adaptée à différents types de clientèle. Ce résultat souligne la pertinence d'augmenter la promotion du service afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes, puisque les CES restent sous-utilisés. Il est recommandé que les clientèles moins bien desservies par les CES et par les services de santé de façon générale (personnes sans médecin de famille, personnes issues de groupes vulnérables) soient ciblées en priorité.

ressort que les personnes atteintes de problèmes de santé perçoivent moins le respect de l'esprit de l'entretien motivationnel. Ce pourrait être à cause d'un style plus directif adopté par l'EPS pour mieux adresser les besoins particuliers liés aux problématiques de santé. À l'inverse, il est possible que les clients souffrant de problèmes de santé aient moins senti que leur point de vue était respecté ou qu'ils pouvaient s'exprimer librement, par exemple, s'ils voulaient parler spécifiquement de recommandations en lien avec leurs problèmes de santé, alors que le cadre de l'intervention ne s'y prêtait pas.

Par contre, selon les résultats, les retombées de l'intervention six mois suivant le début de la démarche ne divergent pas selon les différentes caractéristiques des répondants. Il semble donc que l'intervention du CES soit aussi appropriée pour les divers groupes de

clients considérés. C'est un résultat qui est attendu de l'entretien motivationnel qui, puisqu'il s'appuie sur les caractéristiques, les besoins et les motivations de chaque client, est par définition adapté à chaque client, quel qu'il soit.

²⁰ Les caractéristiques étudiées sont le sexe, l'âge, l'état de santé, le niveau de scolarité et le lieu de naissance.

⇒ *Personnalisation de l'intervention au CES*

Bien que les retombées de l'intervention offerte au CES soient équivalentes pour diverses clientèles présentant des caractéristiques sociodémographiques et de santé variées, l'évaluation révèle que plusieurs variables liées à la démarche de changement des répondants peuvent influencer les résultats.

Le thème de l'alimentation domine largement les interventions prodiguées au CES. Qui plus est, la démarche de changement et les besoins de soutien semblent différer selon que l'individu cherche à améliorer son alimentation ou son niveau d'activité physique. En effet, les personnes qui ont choisi de recevoir

une intervention sur l'alimentation ont été plus nombreuses à entreprendre des actions rapidement après l'intervention initiale ainsi qu'à appliquer des changements six mois plus tard. Par contre, les personnes dont l'intervention a porté sur l'activité physique étaient plus nombreuses au stade de préparation deux à trois semaines suivant l'intervention initiale, et à avoir abandonné les actions entreprises six mois après cette même intervention. Ces personnes ont d'ailleurs exprimé que c'était du point de vue du soutien à la motivation que l'aide du CES intervenait, et qu'elles avaient trouvé difficile d'intégrer leurs changements dans leur vie quotidienne, se heurtant à des obstacles tels que des contretemps, des blessures, le mauvais temps. Quant aux personnes travaillant sur leur alimentation, elles ont davantage valorisé l'information reçue au CES, et,

lorsqu'elles rencontraient des obstacles dans l'adoption de nouvelles habitudes, c'était plus souvent à cause d'un manque de discipline qu'à cause d'obstacles spécifiques survenant dans leur quotidien. Ces résultats offrent des pistes de réflexion pour mieux intervenir auprès des clients selon l'habitude de vie ciblée. Tout en maintenant une première intervention axée sur la motivation, il serait pertinent de bonifier les interventions sur l'alimentation par des ressources supplémentaires visant à fournir de l'information aux clients, par exemple des rencontres de groupe, afin de répondre au besoin exprimé.

Au-delà de l'habitude de vie discutée, l'évaluation montre que certains clients pourraient bénéficier d'une attention particulière de la part de l'EPS. C'est le cas de ceux qui ne se fixent pas d'objectif à l'issue de la rencontre initiale au CES : deux à trois semaines plus tard, la grande majorité d'entre eux n'ont pas entrepris d'actions pour modifier leurs habitudes de vie ni même déterminé quelles actions ils pourraient entreprendre. Six mois suivant l'intervention initiale, les clients ne s'étant pas fixé d'objectif lors de cette rencontre sont toujours moins nombreux à avoir apporté des changements à leurs habitudes de vie. Il est recommandé de respecter le rythme de chaque client lors de la rencontre au CES, et il est possible que certains d'entre eux ne soient pas prêts, à ce moment,

Recommandation

Il est recommandé que l'offre de service des CES soit bonifiée pour intégrer une composante informationnelle plus importante pour les clients qui ressentent le besoin d'augmenter leur niveau de connaissances au regard de l'alimentation ou de l'activité physique. Cette composante pourrait s'actualiser dans le cadre d'ateliers de groupe complémentaires aux rencontres individuelles avec l'EPS qui, elles, demeureraient axées sur la motivation.

à se fixer un objectif, ou que leur objectif ne soit pas encore bien défini. Toutefois, il serait pertinent que l'EPS soit en mesure d'identifier ceux qui ne se fixent pas d'objectif afin de mieux comprendre leurs caractéristiques et de s'assurer de leur offrir un suivi pour renforcer leur motivation.

De même, l'EPS pourrait, lors du suivi téléphonique, tenter d'identifier les personnes qui sont au stade de préparation pour leur offrir un soutien plus intense à la motivation, et ce, même lorsqu'elles auront entrepris des actions pour modifier leurs habitudes de vie. Les résultats des sondages ont montré que bien qu'elles soient aussi nombreuses à entreprendre des actions, les personnes qui sont au stade de préparation deux à trois semaines suivant l'intervention initiale

au CES sont plus susceptibles de rechuter que celles qui passent à l'action plus rapidement. Le fait de remettre à plus tard le moment de passer à l'action semble donc dénoter un niveau plus faible de motivation qui se maintient lorsque la personne passe au stade d'action.

Recommandations

Il est recommandé que les résultats de l'évaluation relatifs aux variations dans les retombées de l'intervention selon certaines caractéristiques du cheminement des individus soient utilisés dans le cadre de la communauté de pratique des EPS pour favoriser une pratique réflexive et, ainsi, une adaptation optimale du service aux besoins de chaque client.

Il est recommandé que des mécanismes soient mis en place en marge des CES utilisant, par exemple, les technologies de l'information et des communications pour favoriser l'adhésion continue aux comportements favorables à la santé chez la clientèle qui a déjà reçu une intervention au CES, et ce, au-delà du suivi effectué par l'EPS.

Finalement, les clients qui consultent le CES pour modifier une habitude de vie pourraient avoir besoin de soutien particulier pour maintenir leur motivation à plus long terme. En effet, bien que ces personnes soient plus nombreuses à se fixer un objectif concret à l'issue de la première rencontre au CES, et que l'évolution de leur SEP entre le Temps 0 et le Temps 1 soit plus favorable, les résultats démontrent qu'elles risquent davantage de rechuter dans les six mois qui suivent l'intervention initiale au CES. Par ailleurs, le fait d'être motivé à consulter le CES à la suite de la recommandation d'un médecin ou de s'être fixé comme objectif d'atteindre des résultats sont associés à des retombées de l'intervention au Temps 2 plus positives en termes de stade de changement ou de SEP. Il est possible que la motivation intrinsèque de modifier une habitude de vie soit plus déterminante à court terme pour provoquer des changements rapides

chez la personne. Cependant, à plus long terme, la présence d'enjeux pour la santé tels que des problèmes de santé ou de poids, ou alors le soutien ou la recommandation d'un médecin favorisent le maintien d'un niveau plus élevé de motivation et d'engagement envers le changement. L'EPS pourrait donc intervenir lors du suivi afin de soutenir les usagers qui n'ont pas une telle source de motivation externe. En complément, la mise en place d'un autre mécanisme de fidélisation des usagers, par exemple l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC), pourrait être bénéfique pour renforcer les messages de prévention et soutenir l'adhésion continue aux comportements favorables à de saines habitudes de vie.

⇒ *Rôle complémentaire du milieu clinique dans le changement des habitudes de vie*

En appui à l'intervention du CES, le milieu clinique – en particulier le médecin traitant – semble jouer un rôle important dans le soutien à la modification des habitudes de vie. Tout d'abord, le milieu clinique constitue la principale porte d'entrée vers le CES. À ce titre, la façon dont les cliniciens perçoivent le rôle du CES pourrait influencer la composition de la clientèle ainsi que les motivations

des clients qui consultent le CES. En effet, on observe une forte prévalence de problèmes de santé et de poids parmi les usagers des CES. Qui plus est, les résultats du sondage montrent que la majorité d'entre eux consultent non pas pour modifier leurs habitudes de vie, mais pour contrôler une condition de santé ou de poids. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer, en partie, ces résultats :

Recommandations

Des services sont disponibles pour répondre aux besoins de prise en charge des patients vivant avec une maladie chronique dans le cadre du programme sur les risques cardiométaboliques. Il est recommandé que les efforts de promotion auprès des cliniciens portent sur l'ensemble des services en prévention et gestion des maladies chroniques, en mettant l'accent sur la mission et les objectifs de chacun de ces services, afin que les cliniciens puissent référer adéquatement leurs patients au CES ou au programme sur les risques cardiométaboliques, selon le cas.

Il est recommandé que les cliniciens, en particulier les médecins, soient sensibilisés à l'approche motivationnelle et au rôle clé qu'ils peuvent jouer dans la motivation des patients à consulter le CES et à adopter de saines habitudes de vie.

Comme une proportion importante de la clientèle des CES est aux prises avec un embonpoint ou de l'obésité, il est recommandé qu'une réflexion soit faite quant au besoin d'intégrer à l'offre de service du SPC une composante d'intervention en matière de saine gestion du poids.

- Une mauvaise compréhension des cliniciens quant aux services offerts par le CES par rapport à la prise en charge des maladies et au contrôle du poids;
- L'absence de services répondant aux attentes des cliniciens quant à la prise en charge de conditions de santé qui les pousse à référer leurs patients vers le CES comme choix de remplacement;
- Une mauvaise transmission des informations aux patients par les cliniciens quant aux raisons pour lesquelles ils les réfèrent vers le CES et aux services qu'ils recevront;
- La pratique de référer vers le CES particulièrement des patients présentant une problématique de santé;
- Une plus faible motivation des patients n'ayant pas de problème de santé à consulter pour améliorer leurs habitudes de vie, même si les cliniciens leur suggèrent de consulter le CES.

Les données recueillies dans le cadre de la présente évaluation ne permettent pas de distinguer laquelle ou lesquelles de ces hypothèses contribuent principalement à expliquer les résultats observés. Un sondage effectué auprès de 99 médecins en 2008 a montré que, de façon

générale, les services offerts au CES sont bien connus des médecins, bien qu'il règne une certaine confusion au sujet de la prise en charge du poids (Leaune, Tessier et Harvey, 2011). Ces résultats suggèrent que la mauvaise compréhension des cliniciens ne peut à elle seule expliquer l'écart entre le type

de clientèle rejoint et la mission, les objectifs et les services offerts au CES. Les autres hypothèses ne sont donc pas à négliger.

D'autre part, le médecin peut renforcer l'efficacité de l'intervention faite au CES par un suivi, comme en témoigne la plus forte proportion de répondants ayant entrepris et maintenu des changements concrets au Temps 2 parmi ceux qui affirment avoir discuté avec leur médecin de l'intervention reçue.

À la lumière de ces observations, il apparaît pertinent de poursuivre la promotion des services offerts au CES auprès des médecins et d'autres cliniciens afin de faire valoir les résultats prometteurs pour les patients mis au jour par la présente évaluation. Il sera également important d'informer les médecins de la valeur ajoutée que représente leur appui pour le patient dans sa démarche d'amélioration des habitudes de vie lorsqu'il consulte le CES. Finalement, des efforts de promotion seront à déployer auprès de ces mêmes professionnels afin de mieux faire connaître la mission, les objectifs et les services offerts au CES, le tout dans le but de bien positionner celui-ci au sein du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques²¹.

²¹ Au moment de réaliser la collecte de données pour la présente évaluation, le programme sur les risques cardiométaboliques, qui offre aux personnes diabétiques et hypertendues une prise en charge interdisciplinaire visant la modification des habitudes de vie et le contrôle de la maladie, était en cours d'implantation. Il n'existait donc pas, à ce moment, de service bien établi de gestion des maladies chroniques offert au niveau local dans l'ensemble du réseau montréalais, comme c'est le cas présentement.

4.3 Conclusion

Malgré des limites sur les plans méthodologiques et de la collecte des données, l'évaluation des CES révèle que ce service est apprécié des usagers et qu'il pourrait engendrer des résultats prometteurs envers l'adoption de saines habitudes de vie, un élément important de prévention des maladies non transmissibles. Qui plus est, aucune différence n'est observée quant aux indicateurs de résultats (SEP, stades de changement) selon les caractéristiques sociodémographiques comme le niveau de scolarité, le revenu, le lieu de naissance, l'âge, le sexe et l'état de santé. Pour le secteur SPMC, la réduction des inégalités sociales de santé est un objectif important vers lequel les interventions et les outils déployés doivent tendre (ASSSM, 2011). En ce sens, le constat selon lequel l'intervention offerte au CES semble bien adaptée aux divers groupes de la population montréalaise en est un d'importance. La présente évaluation n'offre pas de mesure de l'efficacité de l'intervention en termes d'amélioration des habitudes alimentaires ou du niveau d'activité physique. Cependant, l'augmentation du SEP révèle qu'elle favorise le développement d'attitudes nécessaires à la consolidation d'un changement de comportements. Malgré cela, pour espérer contribuer à un impact populationnel dans le cadre du SPC, le nombre annuel d'utilisateurs dans les CES doit augmenter, et la clientèle pour laquelle le service a été conçu doit être ciblée. Pour ce faire, la position du CES à l'intérieur du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques doit être optimisée. Il importe donc de faire connaître le CES comme un service de prévention primaire et de mobiliser les cliniciens autour de l'approche motivationnelle. Si cet objectif est atteint, les cliniciens seront non seulement en mesure de référer vers le CES les patients pour qui ce service est approprié au moment propice, mais également d'utiliser eux-mêmes cette approche pour intervenir auprès de leurs patients présentant des facteurs de risque, puisque, comme l'évaluation l'a démontré, l'influence du médecin pourrait s'avérer importante dans le changement des habitudes de vie. Parallèlement à ces efforts déployés auprès des professionnels de la santé, il est important de poursuivre la promotion des CES auprès de la population générale afin de rendre accessible ce service aux personnes qui n'y auraient pas accès par le milieu clinique, entre autres, celles qui n'ont pas de médecin de famille.

5. Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *Plan régional de santé publique 2010-2015 – Un système de santé qui sert aussi à prévenir. Orientation 6*. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1%5Buid%5D=1173.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. Dans Urdan, T. et Pajares, F. (dir.), *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Charlotte, NC : Information Age Publishing.
- Becker, H., Stuijbergen, A., Oh, H. S., et Hall, S. (1993). Self-rated abilities for health practices : A health self-efficacy measure. *Health Values*, 17(5), 42-50.
- Leaune, V., Tessier, S., & Harvey, L. (2011). *Évaluation du Système de prévention clinique : phase 1 de l'évaluation d'implantation*. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.
- Lemoine, O., Simard, B., Provost, S., Levesque, J.-F., Pineault, R., & Tousignant, P. (2011). Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services.
- Madson, M. B., Bullock, E. E., Speed, A. C., & Hodges, S. A. (2009). Development of the Client Evaluation of Motivational Interviewing, *Mint Bulletin*, 15(1), 6-8.
- Maibach, E., et Murphy, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice : conceptualization and measurement. *Health Education Research*, 10(1), 37-50.
- Martel, D., et Leaune, V. (2009a). *L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie – Recension des écrits*. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.
- Martel, D., et Leaune, V. (2009b). *Le Système de prévention clinique – Phase 1 : Intégration optimale du counseling sur les habitudes de vie*. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.
- Miller, W.R., et Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions.
- Prochaska, J.O., et DiClemente, C.C. (1982). Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3): 276-288.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010*.
- Ville de Montréal. *Montréal en statistiques – Immigration*. Récupéré le 19 mars 2012 de http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897,67885704&_dad=portal&_schema=PORTAL

Annexe I – Exemple de tableau présentant les résultats en bref du bilan des habitudes de vie

MES RÉSULTATS EN UN COUP D'OEIL

SUPER !	VOUS Y ÊTES PRESQUE...	À AMÉLIORER
Votre alimentation contient suffisamment de... fruits et de légumes lait et substituts Vous ne fumez pas	Votre alimentation ne contient pas tout à fait assez de... produits de grains entiers légumineuses Vous mangez un peu trop de gras cachés Vous buvez régulièrement des boissons riches en calories	Votre alimentation devrait contenir... plus de poisson Vous ne bougez pas assez pour retirer des bénéfices pour la santé

Annexe II – Exemple de rapport de consultation destiné au médecin traitant



0 5 P 8 1 2

RAPPORT DE CONSULTATION

Centre d'éducation pour la santé

IDENTIFICATION DU CLIENT

☐ M ☐ Mme : _____
(Prénom et nom à la naissance)
 Date de naissance : _____ Code postal : _____
(année/mois/jour)
☐ J'autorise la transmission de ce rapport à : _____
(Nom du professionnel et de la clinique)
 Signature du client : _____

ÉVALUATION DES HABITUDES DE VIE

SUPER 1 le comportement correspond aux recommandations ou est au-delà	VOUS Y ÊTES PRESQUE... le comportement se rapproche des recommandations	À AMÉLIORER le comportement est en deçà des recommandations
Fruits et légumes: - au moins 7 à 8 portions par jour Lait et substituts: - 3 portions ou plus par jour Statut tabagique: - non-fumeur	Produits de grains entiers: - à l'occasion Légumineuses: - 1 à 3 fois par mois Gras cachés: - un peu trop Bouillons riches en calories: - régulièrement	Poisson: - moins de 1 fois par semaine Activité physique: - peu ou pas actif (peu ou pas de bénéfices pour la santé)

Note complémentaire : _____
 Bilan réalisé le 2012/04/12 Ce bilan n'est p

RECOMMANDATIONS - Santé Canada et Kino-Québec
Activité physique :
 - Idéalement 30 min par jour d'activité physique d'intensité moyenne (suscitant un léger essoufflement) en continu ou par périodes de 10 à 15 minutes

Tabagisme : Ne pas fumer

Légumes et fruits :
 - < 19 à 50 ans : 7 à 8 portions / j
 - 51 ans et plus : 5 à 6 portions / j

Produits laitiers :
 - Adultes 19 à 50 ans : 2 portions / j
 - Adultes 51 ans et plus : 3 portions / j

Poisson : Au moins 2 portions / semaine

Alcool :
 - Adultes 19 à 50 ans : 2 portions / j
 - Adultes 51 ans et plus : 3 portions / j


 Nom de l'éducateur : _____
 Signature de l'éducateur : _____



0 5 P 8 1 2

RAPPORT DE CONSULTATION

Centre d'éducation pour la santé

Pour :
 De :

IDENTIFICATION DU CLIENT

☐ M ☐ Mme : _____ Date de naissance : _____
(Prénom et nom à la naissance) (année/mois/jour)

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT

Habitude de vie priorisée par le client : ☐ Alimentation ☐ Activité physique ☐ Tabagisme
 - Motivation :

 - Défi :

 - Prochaine étape :

 - Référence vers les ressources :


GOÛTEZ


BOUGEZ


RESPIREZ

LES CENTRES D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ | Une prescription qui fait vraiment de l'effet

Un service gratuit et disponible sur toute l'île de Montréal.


 Nom de l'éducateur : _____
 Signature de l'éducateur : _____

Date : _____

Annexe III – Extraits d'un exemple de bilan détaillé des habitudes de vie



BILAN PERSONNEL



GOÛTEZ



BOUGEZ



RESPIREZ

Bonjour Georges!

Vous avez complété un questionnaire sur vos habitudes alimentaires, votre niveau d'activité physique et votre usage du tabac. Voici les résultats de votre Bilan personnel. Ils vous indiquent où vous vous situez par rapport aux recommandations.

Votre bilan se divise en 2 sections :

1. **Mon résultat en un coup d'œil** : pour connaître vos points forts et ce que vous pourriez améliorer.
2. **Mon résultat en détail** : pour en savoir plus sur votre situation, avoir de l'information utile et des trucs pour amorcer des changements réalistes et bénéfiques pour votre santé.

Mon résultat en un coup d'œil

SUPER !	VOUS Y ÊTES PRESQUE...	À AMÉLIORER
Vous buvez peu ou pas de boissons riches en calories Vous ne fumez pas	Votre alimentation ne contient pas tout à fait assez d' fruits et légumes	Votre alimentation devrait contenir...

Bilan complété le 2011-02-24





GOÛTEZ

Mon résultat en détail

À PROPOS DE CE QUE VOUS MANGEZ

VOUS MANGEZ 3 PORTIONS OU MOINS DE FRUITS ET DE LÉGUMES PAR JOUR.
 Malheureusement, votre consommation actuelle ne vous permet pas de profiter au maximum des bénéfices pour la santé de ces aliments. On recommande aux hommes entre 19 et 50 ans d'en consommer 8 à 10 portions par jour.

Les fruits et légumes jouent un rôle dans la prévention de certains cancers, des maladies cardiovasculaires, du diabète et des maladies dues au vieillissement. Ils permettent également de régulariser le transit intestinal et aident au contrôle du poids. Même si vous n'atteignez pas cet objectif, chaque portion de plus est une bonne affaire.

1 PORTION DE FRUITS ET LÉGUMES =

1 fruit moyen
 ou 125 ml (1/2 tasse) de fruits
 ou de légumes frais, en conserve, surgelés ou en purée,
 ou 125 ml (1/2 tasse) de jus de fruits ou de légumes
 ou 250 ml (1 tasse) de légumes feuillus
 ou 60 ml (1/4 tasse) de fruits séchés

Trouvez les raisons qui font que vous ne mangez pas de fruits et de légumes et cherchez des solutions pour les intégrer dans votre quotidien. Voici quelques pistes:

- Assurez-vous d'avoir les couleurs vert foncé et orange tous les jours: brocoli, chou vert, petits pois, patates douces, courges orangées, cantaloup, clémentine, mangue, etc.
- Identifiez les fruits et les légumes que vous aimez et mettez-les sur votre liste d'épicerie.
- Ajoutez un jus de fruits ou un fruit au déjeuner, comme des bleuets surgelés dans

