

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Sommaire | ii |
| Table des matières..... | iv |
| Liste des tableaux..... | vii |
| Remerciements..... | ix |
| Introduction..... | 1 |
| Contexte théorique..... | 5 |
| Maladies cardiovasculaires | 6 |
| Réhabilitation cardiaque | 7 |
| Théorie de l'autodétermination..... | 11 |
| Types de motivation..... | 12 |
| Continuum d'autodétermination | 15 |
| Soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation..... | 16 |
| Théorie de l'autodétermination et comportements de santé | 20 |
| Soutien offert par les professionnels de la santé..... | 22 |
| Soutien social | 26 |
| Soutien familial..... | 28 |
| Surprotection..... | 33 |
| Soutien aux familles..... | 35 |
| Objectif de recherche, hypothèses et question exploratoire..... | 38 |
| Méthode | 41 |
| Participants..... | 42 |
| Instruments de mesure | 43 |
| Déroulement..... | 48 |
| Stratégies d'analyse | 50 |

| | |
|--|----|
| Résultats | 51 |
| Analyse de puissance | 52 |
| Analyses préliminaires..... | 52 |
| Analyses descriptives..... | 52 |
| Analyses principales | 52 |
| Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation pour l'activité physique | 55 |
| Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation pour l'alimentation saine | 55 |
| Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation pour l'adhérence médicamenteuse..... | 57 |
| Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation selon les types de soutien | 58 |
| Discussion | 63 |
| Bref rappel des objectifs et des résultats..... | 64 |
| Analyse des résultats relatifs aux hypothèses de recherche et à la question exploratoire | 65 |
| Première hypothèse | 66 |
| La famille comme modèle comportemental..... | 67 |
| Stratégies familiales d'ajustement.. | 68 |
| Plaisir éprouvé en famille. | 69 |
| Deuxième hypothèse | 70 |
| Réseau de soutien..... | 72 |
| Fréquence des contacts..... | 74 |
| Troisième hypothèse | 76 |
| Délai d'ajustement familial insuffisant. | 78 |
| Connaissances concernant l'alimentation.. | 79 |
| Quatrième hypothèse | 83 |
| Cinquième hypothèse..... | 87 |
| Comportements d'accompagnement et de soutien..... | 89 |
| <i>Caring</i> | 91 |

| | |
|--|-----|
| Sixième hypothèse | 92 |
| Question exploratoire..... | 96 |
| Soutien à la compétence..... | 98 |
| Soutien à l'autonomie.. | 102 |
| Soutien à l'affiliation.. | 103 |
| Synthèse des résultats | 105 |
| Implications théoriques et pratiques | 108 |
| Forces et limites de la recherche..... | 111 |
| Pistes de recherches futures | 114 |
| Conclusion | 116 |
| Références..... | 120 |
| Appendice A. Approbations éthiques | 131 |
| Appendice B. Questionnaire | 137 |
| Appendice C. Formulaire de consentement..... | 144 |
| Appendice D. Matrice de corrélation..... | 151 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Analyses descriptives..... | 53 |
| 2 | Régression multiple du soutien offert par la famille et les médecins sur la motivation spécifique à l'activité physique | 56 |
| 3 | Régression multiple du soutien offert par la famille et les médecins sur la motivation spécifique à l'alimentation saine | 58 |
| 4 | Régression multiple du soutien offert par la famille et les médecins sur la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse..... | 59 |
| 5 | Régression multiple du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation spécifique à l'activité physique..... | 60 |
| 6 | Régression multiple du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation spécifique à l'alimentation saine..... | 61 |
| 7 | Régression multiple du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse | 62 |

Remerciements

Je désire d'abord exprimer ma reconnaissance à mon directeur de recherche monsieur Gilles Lalande, Ph.D. professeur au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), et ma co-directrice de recherche madame Claudie Émond, Ph.D. professeure au Département des sciences de la santé de l'UQAC. Par votre humanité, votre grande générosité et votre analyse juste vous avez rendu cette aventure doctorale possible. Vous avez su, aux bons moments et sous le sceau de l'affiliation, soutenir mon autonomie et ma compétence. Mille fois merci.

Je remercie également chaleureusement les participants de cette recherche pour leur intérêt et leur générosité. Des remerciements sincères sont aussi exprimés à madame Nancy Boisvert, M.A., et aux membres du personnel de l'Hôpital du CSSS de Chicoutimi qui ont collaboré à la mise en place et à la réalisation de l'expérimentation. J'adresse également un merci particulier à l'équipe de l'Université d'Ottawa, soit monsieur Luc Pelletier, Ph.D., monsieur Simon Beaudry, Ph.D., et madame Élisabeth Sharp, Ph.D., pour leur aide précieuse et leur patience lors de la réalisation et de la compréhension des analyses statistiques.

Je réserve des remerciements spéciaux à mes parents, Maud et Richard, qui m'ont inculqué la valeur du savoir, le plaisir de l'apprentissage et la rigueur dans le travail et ont fait grandir en moi la persévérance, la détermination et la confiance en mes capacités. Vous me démontrez chaque jour la force du soutien familial et avez ainsi

grandement contribué à la réussite de mon doctorat. Merci pour les petits plats réconfortants après de longues journées de rédaction et d'avoir pris soin de mon petit trésor! Je n'y serais pas arrivée sans vous.

Enfin, un merci sincère à mon conjoint, Dany, qui m'a offert les conditions gagnantes à la réalisation de cet essai depuis le tout début, notamment en m'entourant d'amour et de compréhension. Merci d'avoir partagé avec moi les sacrifices liés à ce grand projet et de m'avoir poussée un peu lorsque je les trouvais trop imposants. Je te remercie du fond du cœur.

Rapport-Gratuit.com

Introduction

Plus qu'un concept physiologiquement dépendant, la santé physique est maintenant comprise comme un système multifactoriel et complexe, qui comporte des interactions entre les variables chimiques, neurologiques, psychologiques et sociales (Deci & Flaste, 1995). Le milieu de vie de la personne, de même que les habitudes de vie qui y ont été apprises sont donc à même d'influencer la santé, tant physique que psychologique. Gilliss (1991) estime d'ailleurs que plusieurs problèmes de santé sont partiellement attribuables aux habitudes acquises d'abord dans le milieu familial.

Umberson (1987) identifie les habitudes qui affectent la santé comme étant l'activité physique, la consommation tabagique, le poids, la consommation d'alcool, le sommeil et l'adhérence aux traitements médicaux prescrits. Il est notamment estimé que plus d'un tiers des décès américains sont directement imputables à des mauvaises habitudes en matière de santé, lesquelles sont pourtant possibles à éviter (Campbell, 2003).

Quatre de ces habitudes de santé se rapportent notamment aux principaux facteurs de risque des MCV, c'est-à-dire le tabagisme, une alimentation malsaine, l'inactivité physique et le manque d'adhésion aux traitements médicaux prescrits (Hilscher et al., 2005). Les MCV sont ainsi considérées comme un problème de santé associé au style de vie puisqu'elles sont partiellement attribuables à de mauvais comportements en matière

de santé, lesquels sont notamment développés très tôt dans la vie, maintenus et modifiés à l'intérieur même du contexte familial (Campbell, 2003; Fondation des maladies du cœur du Canada, 2000).

Les soins de santé ont été améliorés pour adhérer aux recommandations des études portant sur les facteurs de risque, ce qui entraîne des conséquences positives sur la santé physique et psychologique des patients atteints de MCV (Ades & Coello, 2000; Linden, 2000). Toutefois, malgré ces preuves scientifiques, seul un faible pourcentage de patients ayant un diagnostic de MCV adhère sur une période suffisamment longue aux recommandations de leur médecin pour y constater des effets bénéfiques (Gordon & Haskell, 1997).

La présente étude porte sur la contribution des médecins¹ et de la famille en regard du soutien aux besoins d'affiliation, d'autonomie et de compétence, lesquels, selon la théorie de l'autodétermination (TAD), sont les trois types de soutien qui influencent la motivation autodéterminée chez le patient et permettent une intégration efficace des comportements de santé ainsi que leur mise en place (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003).

Cet essai se divise en quatre parties. La première partie présente une recension de la documentation scientifique concernant les variables à l'étude. Ces variables sont le

¹ Le terme «médecins» regroupe les professionnels du domaine de la médecine de famille et de la cardiologie.

soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, les personnes qui offrent ces trois types de soutien (médecins et famille) et les motivations spécifiques à trois comportements de santé (activité physique, alimentation saine et adhérence médicamenteuse) chez une population coronarienne. Les liens qui existent entre ces variables et qui ont conduit à l'élaboration des hypothèses de recherche et de la question exploratoire font également partie de cette section. En deuxième partie, la méthode utilisée est décrite incluant les participants, les instruments de mesure, le déroulement ainsi que le plan de l'expérience. La troisième partie expose les résultats obtenus en fonction des diverses analyses statistiques réalisées. En quatrième et dernière partie, les résultats et leurs implications sont discutés.

Contexte théorique

Cette section présente une recension de la documentation scientifique portant sur les variables à l'étude. Elle se divise en sept parties principales. La première partie se rapporte à la situation des MCV parmi la population canadienne. La réhabilitation cardiaque sera ensuite considérée, précisant les habitudes de vie à risque et les programmes dispensés afin de les diminuer. La troisième partie fait référence à la TAD, aux concepts qui y sont associés, c'est-à-dire les types de motivation, le continuum d'autodétermination, le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, ainsi qu'une recension des études menées dans le domaine de la TAD et des comportements de santé. Les trois parties suivantes réfèrent au soutien offert par les médecins, par l'entourage social et par la famille, en incluant une section portant sur le phénomène de surprotection familiale. La septième partie traite du soutien offert aux familles et du rôle qu'elles occupent dans le contexte des MCV. Cette section se termine par l'énoncé des hypothèses de recherche et d'une question exploratoire.

Maladies cardiovasculaires

Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada (2000), les MCV comptent parmi les principales causes de maladie, d'hospitalisation, d'invalidité et de décès. En effet, plus du tiers des décès sont imputables aux MCV dans la population canadienne. Les décès prématurés expliqués par les MCV se classent d'ailleurs au troisième rang des années de vie perdues (espérance de vie – âge du décès) après les lésions traumatiques et

les tumeurs cancéreuses. En outre, les MCV ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients qui en sont atteints puisque les malaises ou les douleurs chroniques, la réduction des activités, l'invalidité et le chômage y sont étroitement associés (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2000).

Ainsi, les MCV ont non seulement d'importantes répercussions pour l'individu, mais également pour la collectivité et le système de santé canadien. En effet, les MCV requièrent une énorme part du budget canadien en matière de soins de santé et ce, tant en regard des journées d'hospitalisation que des interventions, des consultations médicales et de la pharmacothérapie (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003).

Ces données illustrent l'ampleur des MCV dans la société canadienne et expliquent la quantité importante de recherches s'y rattachant, de même que le développement considérable de programmes de prévention et de réhabilitation cardiaque au cours des dernières années. Le développement des programmes de réhabilitation cardiaque est particulièrement représentatif des efforts dispensés et des travaux effectués dans le domaine des MCV et permet de mieux comprendre la complexité du phénomène.

Réhabilitation cardiaque

Selon l'Organisation mondiale de la santé (1993), la réhabilitation cardiaque peut être définie comme l'ensemble des activités requises afin de réduire les facteurs de risque associés aux MCV et d'assurer aux patients les meilleures conditions physiques,

psychologiques et sociales possibles, lesquelles dépendent des efforts et de la motivation du patient. Yusuf et al. (2004) ont publié les résultats de l'étude INTERHEART, effectuée dans 52 pays auprès d'un échantillon de 29 000 participants. Ces chercheurs ont identifié six facteurs de risque (tabagisme, cholestérol, hypertension, obésité abdominale, diabète et facteurs psychosociaux (stress)) et trois facteurs de protection (activité physique régulière, consommation quotidienne de fruits et de légumes et consommation modérée d'alcool) permettant de prédire 90 % des risques d'infarctus du myocarde. L'association entre ces neuf facteurs et le risque d'infarctus a été identifiée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, ainsi que pour tous les groupes d'âge et à l'intérieur de tous les pays participants. La Fondation des maladies du cœur du Canada (2000) estime qu'il est possible d'atténuer l'impact des MCV en diminuant les facteurs de risque et en assurant une utilisation efficace des interventions et des services de santé.

La réhabilitation cardiaque cible ainsi la modification de facteurs de risque à incidence comportementale incluant la consommation tabagique, un poids excessif et l'obésité, l'inactivité physique, le manque d'adhésion aux traitements pharmacologiques prescrits, le cholestérol et autres maladies lipidiques, ainsi que le diabète (Allan, 1996).

De tous ces facteurs de risque, la présente étude en retient trois fondamentaux, c'est-à-dire l'alimentation malsaine, le manque d'adhésion aux traitements pharmacologiques prescrits et l'inactivité physique. Les facteurs de risque résiduels,

c'est-à-dire le tabagisme, le cholestérol et le diabète ont été volontairement écartés, car outre leur incidence comportementale, ces derniers renvoient à certains déterminants physiologiques de l'ordre de la dépendance pour le tabagisme et de l'hérédité pour le cholestérol et le diabète.

Bien qu'il apparaisse que la réhabilitation cardiaque se montre efficace chez la grande majorité des patients (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1998; Pell, 1997), les programmes de réhabilitation offerts dans les hôpitaux et les centres spécialisés diffèrent fortement d'un établissement à l'autre (Horgan et al., 1992). En effet, les programmes de réhabilitation analysés pour les fins de cette étude ne ciblent pas forcément l'ensemble des facteurs de risque associés aux MCV, ce qui complique la comparaison entre eux et l'identification des variables responsables du changement. En outre, les programmes de réhabilitation cardiaque américains et européens ne favorisent actuellement qu'à court terme la supervision des patients suite à un épisode cardiaque aigu (douze semaines en moyenne), encourageant simplement les patients au maintien des acquis lors de la fin du programme (Clark, Whelan, Barbour, & MacIntyre, 2005; Horgan et al., 1992).

Horgan et al. (1992) considèrent toutefois qu'un système de réévaluation visant à estimer le maintien des acquis doit être établi suite au programme de réhabilitation, car avec le temps, plusieurs patients reviennent à leurs habitudes de vie insatisfaisantes. La Fondation des maladies du cœur du Canada (2000) n'observe d'ailleurs aucune

amélioration sensible de la situation par rapport aux facteurs de risque ci-haut mentionnés.

Une étude qualitative menée par Gregory (2005) auprès de personnes souffrant de MCV et de leur famille démontre que ces dernières considèrent le rétablissement suite à un épisode cardiaque aigu comme la poursuite de leurs habitudes de vie telles qu'elles étaient avant l'incident cardiaque, sans changement important, ni inconvénient majeur. En effet, et malgré la reconnaissance des effets bénéfiques de la réhabilitation cardiaque sur la santé, seul un faible pourcentage des patients coronariens adhère suffisamment longtemps aux recommandations de leur médecin avant d'en retirer tous les avantages (Bellg, 2003; Gordon & Haskell, 1997; Haskell et al., 1994; Oldridge, 1991; Oldridge, Guyatt, Fischer, & Rimm, 1988; Oldridge et al., 1991; Plotnikoff & Higginbotham, 1995; Wofford, Greenlund, Croft, & Labarthe, 2007).

À cet égard, il est possible de considérer que la motivation explique, du moins en partie, la difficulté qu'ont les patients atteints de MCV à prendre en charge leur santé par le biais de la modification durable de leurs habitudes de vie. Il semble donc pertinent de dégager les facteurs en cause dans cette difficulté constatée chez les patients atteints de MCV et de reconnaître leurs effets respectifs, dans le but de développer des méthodes d'intervention ciblant l'adoption et le maintien de comportements de santé à long terme. Plusieurs auteurs (p. ex., Bellg, 2003; Baranowski, Perry, & Parcel, 1996; Fondation des maladies du cœur du Canada, 2000; Schwarzer, 1992; Williams, Grow, Freedman, Ryan,

& Deci, 1996) affirment d'ailleurs que les connaissances actuelles sur les facteurs liés à l'adoption et au maintien des comportements de santé sont limitées.

Les travaux réalisés dans le cadre de la théorie de l'autodétermination (TAD) permettent en outre de mieux comprendre les facteurs en cause dans l'adoption et le maintien des comportements de santé, comme il sera exposé dans la partie qui suit.

Théorie de l'autodétermination

Sheldon et al. (2003) définissent la motivation comme une force ou une énergie d'ordre psychologique poussant la personne à agir dans la poursuite d'un but spécifique. Selon Deci et Ryan (2000), la motivation est un facteur prépondérant dans la compréhension du développement et de l'adaptation comportementale de l'humain, car elle est associée à la planification, à l'adoption et au maintien des comportements.

La TAD a élaboré un modèle théorique de la motivation, laquelle expose de façon détaillée les mécanismes d'adoption et de maintien des comportements humains, dont les comportements de santé. Ce modèle supporté empiriquement réfère à quatre sous-théories, soit la théorie de l'évaluation cognitive (*Cognitive evaluation theory*), la théorie des besoins de base (*Basic needs theory*), la théorie des orientations causales (*Causality orientations theory*) et la théorie de l'intégration organismique (*Organismic integration theory*) (Deci & Ryan, 2002).

Plusieurs auteurs (p. ex., Bellg, 2003; Deci & Flaste, 1995; Deci & Ryan, 2000; Kelly, Zyzanski, & Alemagno, 1991; Williams, 2002) estiment que la motivation est une variable fortement prédictive en regard de la promotion de la santé et des changements comportementaux associés.

Types de motivation

La TAD définit six types de motivation, lesquels se situent sur un continuum en fonction de leur degré d'autodétermination, allant du contrôle à l'autonomie (Deci, 1994; Deci & Ryan, 2000).

D'abord, la TAD identifie l'*amotivation* comme étant l'incapacité pour une personne de prévoir ses comportements et d'en expliquer les conséquences, ce qui fait de ce type de motivation la forme de régulation du comportement la moins autodéterminée de tout le continuum (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000). Une personne amotivée pourrait ainsi ne pas adopter de comportement ou le faire de façon passive, c'est-à-dire sans intention, ni sens (Deci & Ryan, 2002). Dans le contexte des MCV, l'amotivation pourrait être illustrée par un patient hospitalisé qui prend la médication que lui apporte son infirmière de façon automatique et ne suit pas les recommandations émises par son médecin à la sortie de l'hôpital.

Par la suite, la TAD reconnaît la motivation extrinsèque à *régulation externe*, laquelle est caractérisée par une régulation des comportements en provenance de sources

de contrôle extérieures, qui peuvent notamment être des récompenses matérielles ou l'imposition de contraintes (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000). De façon plus générale, la motivation extrinsèque à *régulation externe* est mise en évidence lorsqu'une personne agit de façon à satisfaire une demande formulée par quelqu'un d'autre ou de se conformer à un phénomène social (Deci & Ryan, 2002). Un exemple de motivation extrinsèque à *régulation externe* s'illustre lorsqu'un patient adhère à son traitement pharmacologique à la demande explicite du conjoint.

La forme de régulation du comportement suivante sur le continuum d'autodétermination est nommée motivation extrinsèque à *régulation introjectée*, c'est-à-dire lorsque la personne commence à intérioriser les sources de contrôle de son comportement. Ces sources de contrôle réfèrent cependant à des contraintes externes intériorisées et de ce fait, il est impossible de considérer cette forme de régulation du comportement comme étant autodéterminée (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000). Un comportement découlant d'une motivation extrinsèque à *régulation introjectée* est généralement adopté afin d'éviter la culpabilité et la honte ou dans la tentative de correspondre à son idéal (Deci & Ryan, 2002). Un patient atteint de MCV qui choisit un repas santé au restaurant afin de ne pas se sentir coupable fait état de motivation extrinsèque à *régulation introjectée*.

Il est ensuite question de motivation extrinsèque à *régulation identifiée*, laquelle survient lorsque la personne valorise un comportement, le percevant alors cohérent en

regard de ses besoins et de ses valeurs. La personne est ainsi en mesure de s'identifier à ce comportement et de s'y engager pleinement puisque l'intériorisation des motifs externes est suffisante (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000). Une personne atteinte de MCV qui s'inscrit à un programme de conditionnement physique après avoir pris conscience de ses faibles capacités cardiorespiratoires dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes et s'y implique en ciblant leur amélioration fait état de motivation extrinsèque à *régulation identifiée*.

La cinquième et dernière forme de motivation extrinsèque est désignée comme étant *intégrée*, car la régulation du comportement est cohérente avec le concept de soi de la personne, de même qu'en regard de ses schémas personnels (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000). Un patient atteint de MCV qui adhère aux recommandations d'activité physique, d'alimentation saine et d'adhérence médicamenteuse en cohérence avec ses valeurs personnelles de santé et de bien-être physique, de même qu'en harmonie avec une tendance naturelle au conformisme et à l'assiduité fait preuve de motivation extrinsèque à *régulation intégrée*.

Enfin, la *motivation intrinsèque* complète le continuum d'autodétermination et se définit comme l'engagement dans une activité avec plaisir, volonté, intérêt et satisfaction (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000). Un patient atteint de MCV qui découvre le plaisir de l'activité physique en plein-air et développe l'intérêt à l'adoption

et au maintien d'une routine d'activité physique qui s'y associe fait état de *motivation intrinsèque*.

Continuum d'autodétermination

Tel que discuté précédemment, ces six types de motivation ont été ordonnés sur un continuum par la TAD, lequel progresse de la motivation non autodéterminée (amotivation, régulation externe et régulation introjectée) à la motivation autodéterminée (régulation identifiée, régulation intégrée et motivation intrinsèque) (Deci & Ryan, 1985, 1991, 2000, 2002; Deci, Vallerand, Pelletier, & Ryan, 1991; Ryan & Connell, 1989). La Figure 1 illustre cette progression.

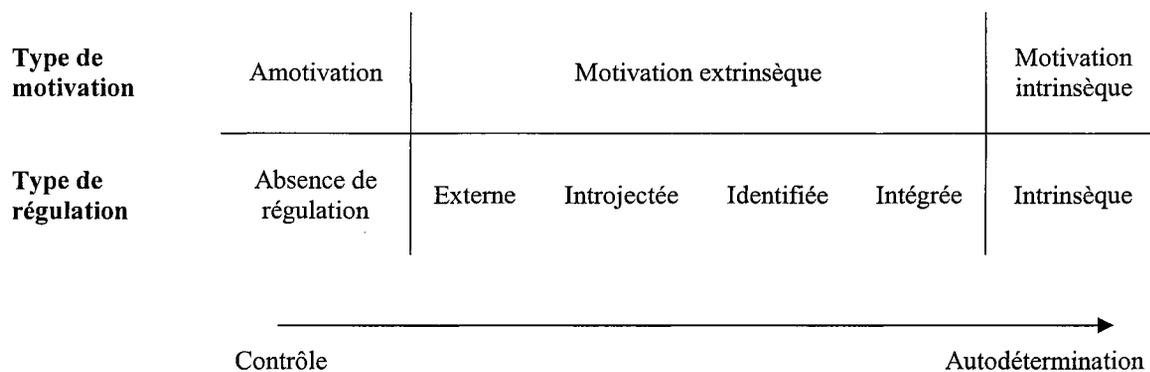


Figure 1. Continuum d'autodétermination (Deci & Ryan, 2002).

Ainsi, la régulation intégrée représente la forme de motivation extrinsèque la plus autodéterminée et la régulation externe la forme de motivation extrinsèque la moins autodéterminée, toutes deux séparées respectivement par l'introjection et l'identification.

La validité de la TAD et de son continuum a été établie par un grand nombre d'études, lesquelles sont synthétisées par Vallerand (1997). Ces études touchent plusieurs domaines appliqués, tels que le travail, l'éducation, le sport et l'activité physique, les loisirs, la parentalité, la nutrition, les relations interpersonnelles, l'environnement, la gérontologie et la psychothérapie (Deci & Ryan, 2008; Vallerand, Pelletier, & Koestner, 2008).

La majorité des théories contemporaines portant sur la motivation estiment que les individus adoptent et maintiennent des comportements uniquement s'ils croient qu'ils leur permettront d'atteindre leurs objectifs et de combler leurs besoins (Deci & Ryan, 2000). En concordance avec les sous-théories des besoins de base et de l'intégration organismique, la TAD renvoie à l'interaction entre, d'une part, les comportements humains adoptés afin de combler les besoins psychologiques innés d'autonomie, de compétence et d'affiliation et, d'autre part, l'environnement social qui favorise ou freine la satisfaction de ces dits besoins (Deci, 1994).

Soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation

Selon la TAD, une compréhension juste de la motivation humaine considère les besoins psychologiques de compétence, d'autonomie et d'affiliation (Deci, 1994; Deci & Ryan, 2000, 2002). Tel que le conçoivent Deci et Ryan (2002), ces trois besoins sont en mesure de répondre aux principes fondamentaux d'immuabilité et d'universalité, tant en regard de la culture que de l'époque. Ainsi, la TAD considère qu'une personne saine

tente continuellement, de façon consciente ou non, de combler ces besoins psychologiques ou de rechercher des situations qui favorisent leur satisfaction par le biais d'attitudes ou de comportements variés.

Le besoin psychologique d'autonomie fait référence au choix, à la responsabilité et à la volonté relativement à un but fixé. Selon la TAD et pour satisfaire son besoin d'autonomie, la personne tentera d'accorder ses comportements, ses activités et ses expériences avec ce qu'elle est, c'est-à-dire en concordance avec ses intérêts et ses valeurs personnelles (Deci & Ryan, 2000, 2002; Sheldon et al., 2003). Plus concrètement, le soutien au besoin d'autonomie pourrait s'illustrer dans le domaine de la santé lorsque le médecin offre des choix à son patient et reconnaît son expérience interne dans le processus de réadaptation.

Le besoin psychologique de compétence renvoie quant à lui à un sentiment d'efficacité et de capacité dans l'accomplissement d'un but. Selon la TAD, le besoin de compétence pousse la personne à rechercher des activités qui s'adaptent aux capacités qu'elle se reconnaît ou celles qui lui permettent de les maintenir et de les améliorer (Deci & Ryan, 2002; Sheldon et al., 2003). Le soutien au besoin de compétence se conçoit notamment dans le domaine de la santé lorsqu'un médecin offre une rétroaction positive à son patient.

Enfin, le sentiment d'être à la fois respecté et important pour son entourage se rapporte au besoin psychologique d'affiliation. Ce besoin réfère à l'intérêt naturel de l'humain pour le développement de liens d'attachement, l'acceptation de soi par les autres et l'intégration au sein d'un groupe de pairs (Deci & Ryan, 2002; Sheldon et al., 2003). Un médecin soutenant le besoin d'affiliation de son patient aurait en fait une attitude chaleureuse empreinte de sollicitude, qui exprimerait son ouverture à une relation bienveillante.

Cette théorie maintient que le soutien de ces trois besoins par l'environnement améliore la croissance et l'ajustement psychologique de la personne, de même que son autonomie, sa motivation, ses intentions à accomplir une action et conséquemment, ses comportements (Deci, 1994; Deci & Flaste, 1995; Sheldon et al., 2003; Williams, 2002).

Deci et Ryan (2000) rapportent toutefois que le contexte idéal de la motivation autodéterminée nécessite principalement la satisfaction des besoins d'autonomie et de compétence. Les auteurs spécifient en fait que la satisfaction du besoin de compétence est nécessaire pour tout type de motivation, mais que la satisfaction du besoin d'autonomie est requise pour que la motivation soit autodéterminée. Ils ajoutent que la satisfaction du besoin d'affiliation joue également un rôle dans l'atteinte d'une motivation autodéterminée, mais de façon plus indirecte. Ce rôle indirect est notamment nécessaire pour le maintien de la motivation autodéterminée, en offrant la sécurité requise pour son déploiement souple et robuste (Deci & Ryan, 2000).

Bien que partageant la vision d'une approche théorique différente, soit celle de la théorie cognitive sociale (*Social cognitive theory*), Bandura (2004, 1989) souligne également l'influence de facteurs psychologiques dans la compréhension de la motivation humaine. Il souligne notamment l'importance du sentiment d'efficacité personnelle, qu'il définit comme la confiance d'une personne envers ses capacités d'adaptation à des événements ou des situations qu'elle rencontre (Bandura, 1989). Il est intéressant de constater que ce concept d'efficacité personnelle s'apparente à celui de compétence défini par la TAD, en ce sens qu'ils réfèrent tous deux à la notion de confiance en ses capacités individuelles pour atteindre un objectif, et qu'il est considéré par Bandura (2004) comme un déterminant central dans l'adoption des comportements de santé.

La présente étude se concentre sur la première partie du modèle proposé par la TAD (soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation → motivation → comportement), c'est-à-dire sur le soutien aux trois besoins psychologiques (autonomie, compétence et affiliation) par l'environnement social de la personne atteinte de MCV (médecins et famille) et sur la motivation de celle-ci vis-à-vis trois comportements de santé spécifiques (alimentation, activité physique et adhérence médicamenteuse). La deuxième partie de ce modèle théorique de la TAD n'a pas été retenue afin de respecter l'envergure d'un essai doctoral.

Théorie de l'autodétermination et comportements de santé

Plusieurs études ont été menées dans le domaine de la TAD et des comportements de santé. Ces études, notamment synthétisées par Sheldon et al. (2003) et par Williams et al. (2006a), ont permis d'établir un lien entre la motivation autodéterminée et des comportements de santé variés, tels que la cessation tabagique (Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Williams et al., 2006b), l'alimentation saine (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004; Williams et al., 1996), l'adhérence médicamenteuse (Kennedy, Goggin, & Nollen, 2004; Williams, Freedman, & Deci, 1998a; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998b), l'activité physique (Russel & Bray, 2010; Slovinec-D'Angelo, Reid, & Pelletier, 2007), de même que la gestion comportementale du diabète (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). Les analyses statistiques utilisées dans ces études permettent généralement d'établir un lien de nature prédictive entre la motivation autodéterminée et les comportements de santé. Elles considèrent par ailleurs principalement le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence offert par les médecins.

L'étude de Williams et al. (2004) précise en outre le système de relations complexes impliqué dans l'adoption et le maintien des comportements de santé. Elle approfondit notamment le contrôle glycémique de patients fréquentant un centre de traitement du diabète en fonction du soutien à l'autonomie offert par des professionnels de la santé (endocrinologue, infirmière, nutritionniste), la motivation autodéterminée et le sentiment de compétence. Cette étude démontre que le soutien à l'autonomie facilite

l'internalisation de la motivation autodéterminée, laquelle influence l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé par l'entremise de l'effet médiateur du sentiment de compétence du patient. Les auteurs précisent ainsi que les patients se sentent plus aptes à gérer leur santé lorsqu'ils ont la possibilité d'initier des comportements de façon autonome.

L'étude de Slovinec-D'Angelo et al. (2007) portant sur les MCV nuance par ailleurs le lien existant entre la motivation autodéterminée et les comportements de santé, en considérant notamment la variable temporelle associée à l'activité physique. En effet, cette étude démontre que le sentiment d'efficacité personnelle – conceptuellement semblable au sentiment de compétence – est relié au processus initial (régulation à court terme) de l'adoption régulière d'activités physiques par la variable médiatrice de l'intention. Par ailleurs et à plus long terme, le sentiment d'efficacité personnelle perdrait graduellement de son influence au profit de la motivation autodéterminée, mais cette fois par la variable médiatrice de la planification.

Ainsi, et bien que tous les types de soutien apparaissent importants pour la TAD, l'analyse des recherches prenant appui sur cette théorie ne permet pas d'étayer les effets du soutien à l'affiliation sur la motivation à adopter et maintenir des comportements de santé, ni les effets du soutien offert par l'entourage immédiat du patient sur la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation. Par ailleurs, en ce qui a trait à l'adhérence médicamenteuse, une seule étude a permis d'approfondir l'influence du

soutien offert par la famille de patients atteints de VIH sur la motivation (Kennedy et al., 2004). Il est aussi possible de constater que les recherches prenant appui sur la TAD ne permettent pas d'évaluer l'effet respectif du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation à adopter et maintenir des comportements de santé. Afin d'élargir les connaissances sur les facteurs interpersonnels impliqués dans l'adoption et le maintien des comportements de santé, les trois types de soutien précisés par la TAD sont considérés dans la présente étude, c'est-à-dire le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, offerts tant par les médecins que par la famille du patient.

Soutien offert par les professionnels de la santé

Puisqu'ils sont des acteurs significatifs de l'environnement social des patients, la TAD a tenté de démontrer que les professionnels de la santé ont une influence sur la motivation des patients et conséquemment, sur l'adoption et le maintien de leurs comportements de santé. Bellg (2003), de même que Kelly et al. (1991), considèrent d'ailleurs que l'objectif premier des professionnels de la santé doit être d'accroître la motivation des patients à l'égard des comportements de santé puisqu'un tel engagement de leur part a un impact sur le sentiment d'efficacité personnelle des patients, de même que sur la modification de leurs habitudes de vie à long terme.

Par ailleurs, selon la TAD, le soutien offert par le médecin a une influence sur la capacité du patient à agir de façon autodéterminée. Un médecin qui soutient son patient de façon autodéterminée, c'est-à-dire en accord avec ses besoins d'autonomie, de

compétence et d'affiliation, fait preuve d'écoute, construit un partenariat en considérant sa perspective, lui offre des choix, fournit les informations auxquelles il n'a pas accès, procure un rationnel à ses suggestions et à ses demandes, encourage son initiative et sa responsabilité, reconnaît ses sentiments et ses idées et évite un langage et des attitudes contrôlantes (Deci & Flaste, 1995; Sheldon et al., 2003). Ainsi, en plus de transmettre de l'information et de suggérer des plans de traitement, les médecins doivent encourager leurs patients à examiner les possibilités qui s'offrent à eux et à participer activement à la prise de décision (Deci & Flaste, 1995; Sheldon et al., 2003). Ce type de soutien de la part du médecin minimise donc l'utilisation de pression, de jugement et de contrôle, ce qui permet aux patients de se sentir à l'aise et stimule leur motivation vers l'autorégulation (Deci & Flaste, 1995; Williams, 2002). Le soutien axé sur l'autodétermination du patient offert par le médecin, combiné à la coopération du patient, promeut donc le changement vers des comportements de santé (Deci & Flaste, 1995).

Malgré l'importance de ces découvertes en matière de soutien de la part des médecins, plusieurs études (Beckman & Frankel, 1984; Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989; Marvel, Epstein, Flowers, & Beckman, 1999) démontrent que les praticiens tendent à être généralement contrôlants dans leurs interactions avec leurs patients, favorisant notamment des techniques et des attitudes de l'ordre de la récompense, de la punition et du jugement.

Un rapport du Comité stratégique *La Presse* portant sur la qualité des soins de santé au Québec (Brunet, Leclerc, Nadon, Paradis, & Quenneville, 2005) soulève notamment une carence en regard des soutiens à l'autonomie et à l'affiliation offerts par les professionnels de la santé. Bien que les bénéficiaires du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois soient satisfaits de l'aspect technique des soins prodigués, ils considèrent que l'aspect humain des soins doit être amélioré. Une carence en regard de l'information transmise aux patients a notamment été notée par le Comité, de même qu'un manque de compassion, expliqué par un manque de compréhension de l'être humain par certains professionnels.

Tel que relevé précédemment, outre le fait que peu de médecins mettent en pratique les bienfaits du soutien proposé par la TAD, une lacune est observable en regard des personnes qui offrent ce soutien. En effet, et bien qu'elles aient étayé l'effet du soutien en provenance du système médical, les recherches prenant appui sur la TAD n'approfondissent pas l'effet du soutien social et familial sur la motivation et les comportements de santé des patients atteints de maladies associées au style de vie telles que les MCV.

Cette lacune est notamment discutée dans une étude de Williams et al. (2006a). Dans l'objectif d'approfondir l'influence de l'entourage social et familial sur l'adoption et le maintien de comportements de santé, ces derniers ont développé et validé un instrument de mesure (*Important Other Climate Questionnaire for Smoking (IOCQ-S)*)

and for Diet (IOCQ-D)) dont le cadre de référence théorique est la TAD et qui permet d'évaluer le soutien offert par les personnes significatives de l'entourage non professionnel (*important others*) de patients fumeurs. Les auteurs de l'étude concluent notamment que l'échelle *IOCQ* prédit de façon significative la variance des comportements de santé associés à l'usage du tabac et à l'alimentation. Ils ajoutent toutefois que l'échelle *IOCQ-D* est un outil prédictif plus puissant que l'échelle *IOCQ-S*, considérant que l'entourage non professionnel des patients occupent un rôle plus important que l'entourage professionnel en regard de l'alimentation et ce, relativement à l'achat des denrées alimentaires, à la préparation et au partage des repas. Bien que novatrice dans le domaine de la TAD, cette étude ne cible que le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence, contrairement à la présente étude, ciblant le soutien aux trois besoins identifiés par la TAD.

Par ailleurs, un article rédigé par Williams, Frankel, Campbell et Deci (2000), qui rapporte l'analyse des travaux du *Program for Biopsychosocial Studies* de l'Université de Rochester, permet d'étayer l'effet de la qualité des relations perçue par le patient avec son médecin et sa famille sur les comportements de santé. À partir de l'intégration théorique des concepts de l'approche biopsychosociale avec ceux de la TAD, les auteurs mettent en lien l'attitude centrée sur les relations (*relationship-centered*) du médecin avec la motivation autodéterminée et les trois types de soutien qui y sont associés. Selon l'approche biopsychosociale, une attitude centrée sur les relations est observée lorsque le médecin considère la perspective du patient, est à l'écoute de ses besoins, voire de ceux

de sa famille, et partage avec le patient et sa famille un pouvoir décisionnel concernant son traitement. Les auteurs concluent notamment que lorsque les médecins ont une attitude centrée sur les relations, les patients sont plus susceptibles d'être satisfaits et adhérents aux traitements, de maintenir des habitudes de vie saines, de présenter une bonne santé physique et psychologique et d'initier moins fréquemment des poursuites contre le système médical. En outre, les auteurs affirment que lorsque le patient entretient des interactions positives avec sa famille, il présente une meilleure santé physique et psychologique et utilise moins fréquemment les services de santé.

L'influence significative du soutien social et du soutien familial est établie dans le domaine de la santé, ce qui se manifeste par un important nombre d'études menées au cours des trente dernières années. Ces études seront présentées dans les deux parties qui suivent.

Soutien social

Il a été démontré que les maladies cardiaques touchent non seulement le patient désigné, mais également le conjoint, le couple et tous les autres systèmes dont il fait partie, tels que la famille et les amis, les collègues de travail, les professionnels de la santé et plus largement les réseaux religieux, sociaux et communautaires (Hilscher et al., 2005).

Une étude d'Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser (1996) a notamment démontré que, indépendamment du niveau physiologique, le soutien social affecte un nombre considérable de systèmes somatiques incluant les systèmes cardiovasculaires, endocriniens et immunitaires.

De plus, les relations sociales peuvent encourager ou au contraire décourager une variété de comportements, lesquels affectent directement la santé (Campbell, 2003; Heitman, 2004; Ziegelstein, 2003). Miller, Hill, Kottke et Ockene (1997) affirment d'ailleurs que lorsque les contacts avec les intervenants responsables de la prévention secondaire cessent, l'adhérence aux recommandations ciblant une bonne santé cardiovasculaire commence à décliner chez les patients. Dans le même ordre d'idées, Clark et al. (2005) mentionnent que pour plusieurs participants aux programmes de réhabilitation cardiaque, la perte des contacts sociaux avec les autres membres du groupe survenant lors de la fin du programme est la barrière la plus significative nuisant au changement à long terme.

En effet, les personnes atteintes de MCV participant aux programmes de réhabilitation identifient les bénéfices sociaux liés à leur engagement comme étant la cause la plus importante de leur assiduité, en raison des phénomènes de comparaison sociale, de camaraderie et de capital social (Clark et al., 2005). Bref, en plus de favoriser l'adhérence au traitement médical, le soutien social stimule l'ajustement face aux

comportements de santé et diminue le stress tant chez le patient que chez sa famille (Umberson, 1987).

Un relevé des écrits scientifiques répertoriés entre 1872 et 2004 dans le domaine de la santé cardiovasculaire permet de conclure qu'un faible soutien social entraîne de 1,5 à 2,0 fois plus de risque de souffrir de MCV et ce, tant chez une population saine que chez une population atteinte (Lett et al., 2005). Selon ces auteurs, le manque de consensus conceptuel constaté entre les études dans la définition du support social ne permet toutefois pas de préciser davantage les éléments responsables de ce risque.

Soutien familial

La famille compte parmi les facteurs psychosociaux qui ont le plus d'influence sur l'évolution d'une maladie et sur le processus de réadaptation (Duhamel & Campagna, 1997). Quinn (1999) et Antonucci et Johnson (1994) soutiennent que le soutien familial est un facteur prédominant lorsqu'il est question de santé cardiovasculaire et ce, tant au niveau de la prévention des MCV, que du maintien de la santé cardiaque et de la réadaptation suite à un épisode cardiaque aigu.

En effet, il apparaît que le soutien familial diminue la probabilité d'intégration de comportements à risque (Umberson, 1987). Selon l'auteur, les membres de la famille procurent un contrôle social de façon directe et indirecte en regard des comportements de santé. De façon indirecte, ils affectent l'intégration de normes relatives aux

comportements de santé et de façon directe, ils recadrent ses membres lorsqu'ils dévient des comportements perçus comme menant à une bonne santé.

Dans le même ordre d'idées, une étude de Hugues et Gove (1981) démontre que les personnes mariées et ayant des enfants sont moins susceptibles de s'engager dans des comportements à risque que les personnes célibataires et sans enfant puisqu'elles ont la possibilité d'être entourées de proches qui régulent leurs comportements de façon adéquate. Umberson (1987) stipule de surcroît que la combinaison du mariage et de la parentalité a un effet additif sur l'adaptation en regard des comportements de santé. Selon Case, Moss, Case, McDermott et Eberly (1992), vivre seul est un facteur de risque indépendant et significatif chez les patients atteints de MCV et ce, tant face à la rechute d'un infarctus du myocarde qu'à tout autre épisode cardiaque supplémentaire, y compris le décès d'origine cardiovasculaire.

Les relations maritales semblent donc être un facteur affectant la santé et les comportements des patients souffrant de maladies cardiovasculaires ou d'autres types de maladies chroniques (Bane, Hughes, & McElnay, 2006; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Kriegsman, Penninx, & van Eijk, 1994; Kulkarni, Alexander, Lytle, Heiss, & Peterson, 2006). Une étude statistique de Dixon, Lim, Powell et Fischer (2000) a observé que les patients mariés ou vivant en union libre ayant souffert d'un infarctus du myocarde sévère rapportent moins de problèmes physiques quatre mois après l'incident que les patients ayant souffert d'un infarctus du myocarde sévère vivant seuls. De plus,

une étude qualitative menée par Coyne et al. (2001) a observé que le bien-être conjugal est un facteur de prédiction aussi puissant que la sévérité de l'infarctus lorsqu'il est question de mortalité cardiaque. En fait, selon Umberson (1987), le fait d'être en couple prévient les activités à risque et encourage l'adhérence aux traitements médicaux prescrits.

À cet effet, il apparaît qu'inclure les proches des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires dans les programmes de réhabilitation cardiaque améliore l'acquisition de connaissances, diminue les incapacités et modifie davantage les comportements de santé que les programmes de réhabilitation cardiaque dispensés aux patients seulement (Horgan, et al., 1992; Organisation mondiale de la santé, 1993; Pell, 1997).

Afin de considérer l'efficacité des interventions familiales en regard des maladies physiques de façon plus précise et détaillée, Campbell (2003) a mené une revue exhaustive des publications scientifiques portant sur de telles interventions en se concentrant notamment sur quatre facteurs de risque associés aux MCV, soit l'alimentation, la consommation tabagique, l'exercice physique et l'adhérence aux traitements pharmacologiques prescrits. La plupart de ces recherches font état de résultats supérieurs lorsque la famille est intégrée aux programmes de réhabilitation.

De surcroît, selon Gilliss (1991), améliorer les comportements de santé de l'ensemble de la famille renforce et soutient plus efficacement les comportements de

santé du patient atteint de maladie cardiaque, car il apparaît que les comportements en matière de santé sont remarquablement semblables chez les membres d'une même famille (Venters, 1986). En effet, une recension des écrits menée Campbell (2003) montre que ces derniers partagent les mêmes régimes alimentaires et activités physiques, de même que l'utilisation ou l'abus de substances malsaines semblables, telle que le tabac. En tant que maladies chroniques, les MCV entraînent des conséquences qui peuvent s'étendre sur de nombreuses années (Gregory, 2005), en affectant ainsi plusieurs générations à l'intérieur d'une même famille (Umberson, 1987). En effet, il apparaît que la maladie tend à dominer la vie familiale, voire à assurer l'identité de la famille toute entière (Campbell, 2003).

Selon Hilscher et al. (2005), les MCV menacent l'équilibre familial, car en plus de les affecter directement, elles forcent les membres à s'ajuster rapidement à la situation. En effet, plusieurs études démontrent que bien que les patients présentent une détresse appréciable suite à un épisode cardiaque aigu, les conjointes rapportent une plus grande détresse psychologique que les patients désignés suite à l'incident (Bedsworth & Molen, 1982; Bohachick & Anton, 1990; Stern & Pascale, 1979). Selon Dixon et al. (2000), il apparaît également que les patients mariés ou vivant en union libre souffrant d'une maladie cardiaque ischémique chronique rapportent moins de problèmes émotionnels et relationnels en regard de leur maladie que les patients atteints de maladie cardiaque ischémique chronique vivant seuls.

Campbell (2003) soutient que l'importance et l'influence du soutien familial réside dans le soutien émotionnel. Selon Kiecolt-Glaser et Newton (2001), le soutien émotionnel a une influence sur la santé. Le soutien émotionnel en provenance d'un membre de la famille serait en fait un facteur prédictif très puissant en regard de la survie du patient suite à un infarctus du myocarde, lequel est notamment plus important que les mesures physiologiques usuelles (Campbell, 2003). Campbell (2003) définit le soutien émotionnel comme le fait d'offrir de l'écoute, de l'empathie, de la sollicitude et de l'amour. Il est intéressant de constater que cette définition du soutien émotionnel s'apparente à la définition du soutien au besoin d'affiliation fournie par la TAD, en ce sens qu'elles réfèrent toutes deux à un contexte relationnel chaleureux et empathique, lequel est efficace en regard de l'adoption et du maintien des comportements de santé.

Par ailleurs, il semblerait que suite à une chirurgie cardiaque, les patients focalisent davantage sur la gestion de la douleur et les problèmes physiques tandis que les membres de la famille commencent rapidement à prévoir les ajustements à long terme de cette nouvelle condition, même s'ils éprouvent parallèlement le désir de retrouver une vie normale (Gregory, 2005). Bohachick et Anton (1990) stipulent d'ailleurs qu'en tant que maladies chroniques, les MCV s'accompagnent d'une véritable transition des rôles dans la famille de la personne atteinte, en ce sens qu'elles requièrent une importante réorganisation des responsabilités et des activités accomplies par ses membres. Ces derniers considéraient leur rôle à l'intérieur de la réhabilitation cardiaque comme celui

de surveillance des activités, en se sentant notamment responsables de sa réussite (Brown, Glazer, & Higgins, 1983).

Une étude qualitative de Burman (2001) étaye l'incertitude des familles face au soutien à offrir à leur membre atteint de MCV et précise cinq stratégies qu'elles utilisent de façon spontanée afin de s'ajuster dans ce contexte, soit 1) créer une réadaptation axée sur le positif (p. ex., espoir dans les progrès présentés par le patient, acceptation de la nouvelle vie que la maladie implique); 2) reconstruire une vie familiale (p. ex., reconsidérer les priorités familiales, vivre au jour le jour); 3) maintenir la dynamique familiale (p. ex., remémoration de souvenirs, répondre aux obligations familiales); 4) développer un réseau de sécurité (p. ex., intensifier l'engagement de la famille et des amis, recevoir de l'aide extérieure) et 5) redoubler d'autonomie (p. ex., apprendre graduellement à faire des choix santé sans aide extérieure).

Surprotection

Selon Hilscher et al. (2005), la surprotection est une des réponses au stress fréquemment rencontrées au sein des familles de personnes atteintes de MCV, laquelle est susceptible de diminuer le sentiment d'efficacité personnelle du patient et conséquemment, son autonomie. En fait, le conjoint ou le membre de la famille surprotecteur craint que le patient ne soit pas suffisamment compétent dans sa démarche de réhabilitation cardiaque et tente ainsi de le protéger par le contrôle, ce qui apparaît

être une méthode adaptative afin de gérer la perte éludée de l'être cher (Fiske, Coyne, & Smith, 1991).

Tapp (2004) souligne un phénomène connexe et fréquemment rencontré au sein des familles dont un membre souffre d'une maladie à incidence comportementale telle que les MCV, soit le harcèlement (*nagging*). Le harcèlement (*nagging*) se définit par des remarques et des conseils répétés, communiqués sous une intention de soutien et de bonne volonté, mais qui sont toutefois perçus comme étant harcelants, intrusifs et contrôlants pour la personne à qui les conseils sont destinés (Tapp, 2004). En effet, en raison de la peur d'une récurrence de l'épisode cardiaque et de la perte de l'être cher, les membres de la famille de la personne atteinte de MCV présentent fréquemment un état de vigilance accru en regard des comportements du patient désigné et en viennent à le harceler de conseils et de remarques en matière de comportements à risque. Cette attitude de la part des membres de la famille occasionne des conséquences non négligeables sur la motivation des patients, ce qui pourrait notamment être attribuable à un soutien à la compétence insuffisant. En effet, leur réponse émotionnelle face à cette attitude familiale varie entre la gratitude et la frustration, ce qui conduit à une réponse comportementale variant entre le renforcement des efforts et la résistance au changement (Condon & McCarthy, 2006).

Selon une étude menée par Fiske et al. (1991), lorsqu'une attitude surprotectrice fait place à une attitude hostile et critique chez le conjoint du patient atteint de MCV,

une augmentation de sa détresse psychologique et une diminution de son efficacité personnelle peuvent être constatées. L'efficacité personnelle du patient est définie par les auteurs comme des tâches et des activités reliées au changement d'habitudes de vie à risque, à la gestion de la détresse émotionnelle et à l'activité physique (Fiske et al., 1991).

Par ailleurs, la régulation externe offerte par le soutien familial peut également être bénéfique (Hugues & Gove, 1981; Umberson, 1987). En effet, Kelly et al. (1991) et Umberson (1987) soulignent que l'absence de contrôle de la part des proches résulte en une plus grande probabilité d'engagement dans des comportements de santé à risque.

En somme, les relations familiales soutiennent la régulation des comportements de santé tout comme elles peuvent véhiculer l'obligation et la contrainte (Umberson, 1987). Ainsi, la famille peut être à la fois bénéfique et néfaste pour la santé de ses membres (Campbell, 2003).

Soutien aux familles

De ce fait, et comme le soutiennent plusieurs auteurs (Condon & McCarthy, 2006; Duhamel & Campagna, 1997; Tapp, 2004), les familles des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires doivent être assistées afin qu'elles soient en mesure de reconnaître les nuances propres au soutien et la façon adéquate de l'offrir. La pertinence d'inclure les proches dans les programmes de réhabilitation cardiaque et de les assister

dans leur démonstration de soutien s'observe également dans une étude de Hentinen (1986), qui démontre que plusieurs patients accordent plus d'importance au soutien interpersonnel provenant de leur famille et de leurs amis qu'au soutien informationnel provenant des professionnels de la santé, percevant ainsi leurs proches comme la source principale de soutien.

L'éducation et le soutien offerts tant aux patients qu'aux membres de leur famille sont d'ailleurs considérés comme la pierre angulaire de la réhabilitation cardiaque (Pell, 1997). Bohachick et Anton (1990) soutiennent également que les professionnels de la santé doivent élaborer et offrir des plans d'intervention à la fois au patient et au conjoint de ce dernier, en favorisant la communication d'information et le soutien émotionnel. Une étude australienne plus récente considérant 1 124 patients coronariens réaffirme d'ailleurs l'importance de donner de l'information tant à la famille qu'au patient lui-même (Dixon et al., 2000). Enfin, Van Horn, Fleury et Moore (2002), qui ont effectué une recension des écrits portant sur les interventions familiales offertes dans le cadre de la réhabilitation cardiaque, recommandent que les membres de la famille du patient atteint de MCV bénéficient d'interventions leur permettant de s'ajuster aux différentes phases de la maladie et d'améliorer le fonctionnement du patient.

Malgré la nature des découvertes en matière de soutien familial, la participation de la famille aux soins préventifs et curatifs de patients cardiaques demeure limitée et la capacité de la plupart du personnel médical à considérer la famille comme un élément

responsable du changement et de la traiter comme tel est encore plus limitée (Campbell, 2003; Duhamel & Campagna, 1997; Gilliss, 1991). Duhamel et Campagna (1997) rapportent d'ailleurs que la famille est souvent considérée comme une source de stress et de frustration dans la pratique des professionnels de la santé et notamment chez les infirmières.

En somme, il est possible de croire que les interventions actuelles permettant d'assurer l'adoption et le maintien des comportements de santé chez les patients souffrant de MCV ne sont pas optimales, puisque seul un faible pourcentage de patients ayant un diagnostic de MCV adhère aux recommandations de leur médecin sur une période suffisamment longue pour y constater des effets bénéfiques (Bellg, 2003; Gordon & Haskell, 1997; Haskell et al., 1994; Oldridge, 1991; Oldridge et al., 1988; Oldridge et al., 1991; Plotnikoff & Higginbotham, 1995).

La TAD apporte une compréhension théorique à ce phénomène, ce qui permet de dégager certains éléments susceptibles de renforcer la motivation des patients en regard des comportements de santé à adopter et maintenir pour s'assurer d'un rétablissement cardiaque satisfaisant. Le type de soutien offert, relatif aux besoins humains d'autonomie, de compétence et d'affiliation, de même que les personnes qui offrent ce soutien sont à même d'influencer l'adoption et le maintien des comportements de santé des patients coronariens, voire la diminution des facteurs de risque associés aux MCV, l'évolution de la maladie et son pronostic. La recension des écrits scientifiques qui

s'appuient sur la TAD révèle toutefois que le soutien au besoin d'affiliation, de même que l'effet du soutien offert par la famille du patient atteint de MCV n'ont pas été étudiés de façon exhaustive et ce, malgré la quantité importante de recherches découlant d'autres cadres théoriques qui démontrent leur influence significative.

Objectif de recherche, hypothèses et question exploratoire

Cette étude porte sur la contribution des médecins et de la famille en regard du soutien aux besoins d'affiliation, d'autonomie et de compétence, lesquels sont, selon la théorie de l'autodétermination, les trois types de soutien qui stimulent significativement la motivation autodéterminée chez le patient et permettent une intégration efficace des comportements de santé ainsi que leur mise en place (Deci & Ryan, 2000).

Son objectif est d'examiner la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par les médecins et la famille et la motivation relative à trois comportements de santé spécifiques chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean.

À partir de la recension des écrits présentée précédemment, il est possible de formuler les hypothèses de recherche suivantes :

H 1 : Le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'activité physique.

H2 : Le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'activité physique, comparativement au soutien offert par le médecin.

H3 : Le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'alimentation.

H4 : Le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'alimentation, comparativement au soutien offert par le médecin.

H5 : Le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'adhérence médicamenteuse.

H6 : Le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique

relative à l'adhérence médicamenteuse, comparativement au soutien offert par le médecin.

À titre exploratoire, la question suivante est ajoutée :

Q 1 : Quel type de soutien (soutien à l'autonomie, soutien à la compétence, soutien à l'affiliation) prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination des motivations spécifiques relatives aux trois comportements de santé (activité physique, alimentation et adhérence médicamenteuse)?

Rapport-Gratuit.com

Méthode

Cette section décrit la méthode utilisée afin de vérifier les hypothèses de recherche et de répondre à la question exploratoire. Elle se divise en trois parties. La première partie présente la description de l'échantillon à l'étude ainsi que la description de la technique d'échantillonnage et la seconde renvoie aux instruments de mesure utilisés et à leurs propriétés psychométriques. Enfin, le déroulement de l'expérience et les stratégies d'analyse de données sont exposés.

Participants

L'échantillon de l'étude est composé de 170 patients adultes demeurant dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean et ayant reçu un diagnostic de MCV. Cet échantillon comprend 137 hommes (80,6 %) et 33 femmes (19,4 %), âgés de 38 à 75 ans (M : 61,24 ans et ET : 8,84 ans), dont 71,9 % sont mariés et 50,3 % sont retraités.

Ces participants font partie de l'échantillon plus vaste d'une étude menée par trois professeurs-chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et de l'Université d'Ottawa, en collaboration avec l'hôpital du CSSSC. Celle-ci porte sur la validation d'un modèle empirique de la TAD auprès de patients coronariens. Cette étude a reçu l'approbation des Comités scientifique et éthique du CSSSC, de même que celle du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC (Appendice A).

Les participants ont été recrutés parmi les patients référés annuellement pour coronographie au département de médecine de jour ou hospitalisés suite à un infarctus du myocarde ou un syndrome coronarien aigu à l'Hôpital du CSSSC. Les critères d'inclusion sont les suivants : (1) adultes âgés de 18 à 75 ans, (2) ayant un diagnostic de maladie cardiaque athérosclérotique confirmé, hospitalisés en cardiologie ou pour chirurgie vasculaire ou effectuant un séjour au département de médecine de jour. L'exclusion de participants a toutefois été effectuée par les cardiologues responsables lorsque les patients souffraient (1) d'une maladie débilante affectant le pronostic de survie (p. ex., néoplasie, insuffisance rénale terminale, maladie neuromusculaire affectant les activités de la vie quotidienne) ou (2) d'une maladie cognitive ou psychiatrique significative.

Instruments de mesure

La collecte de données fait appel à une méthodologie d'enquête par questionnaire (Appendice B), laquelle est effectuée par un(e) assistant(e) de recherche. La première partie de ce questionnaire porte sur les *informations démographiques*. Elle se compose de questions de nature descriptive (p. ex., *Quel est votre état matrimonial actuel?*), lesquelles proviennent du projet «Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : Hearth Institute of Prevention and Rehabilitation Centre; HIPRC» (Wielgosz & Reid, 2001).

La seconde partie du questionnaire porte sur *le soutien de votre entourage* et elle sert à mesurer le soutien à l'autonomie et à la compétence ainsi que l'affiliation perçus chez le médecin de famille, le cardiologue et l'entourage familial de chacun des patients. Ces questions sont tirées de l'échelle de comportements interpersonnels (ECI), laquelle a été développée et traduite en langue française par Pelletier, Sharp, Beaudry et Otis (en préparation) et se base sur la TAD. Cette échelle est composée de neuf items divisés en trois sous-échelles qui ont pour but de mesurer a) le soutien à l'autonomie (p. ex., *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé*), b) le soutien à la compétence (p. ex., *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille me parle uniquement de mes erreurs*) et c) le soutien à l'affiliation manifesté vis-à-vis autrui (p. ex., *Je sens que mon (ma) médecin / cardiologue / famille se soucie vraiment de ma santé*). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*jamais*) à 7 (*toujours*) dans quelle mesure les comportements présentés dans les énoncés correspondent à l'attitude des trois acteurs précédemment cités.

Le développement et la validation de cette échelle ont été réalisés au moyen de quatre études distinctes portant sur les perceptions des individus lors de relations interpersonnelles dans différents domaines, soit en regard de l'éducation, du sport, des relations intimes, du travail et des relations avec les parents (Pelletier, Sharp, Beaudry & Otis, en préparation).

Dans le cadre de la première étude, une analyse factorielle exploratoire menée auprès d'un échantillon mixte, c'est-à-dire impliquant les perceptions des enseignants, des parents et des entraîneurs, a permis de soutenir la structure à trois facteurs de l'échelle. Lors de la deuxième étude, quatre analyses confirmatoires (LISREL) réalisées auprès d'échantillons indépendants et considérant les perceptions des parents, des enseignants, des partenaires intimes et des entraîneurs ont permis de confirmer la structure factorielle de l'échelle. Cette étude a également permis d'établir que les trois sous-échelles de l'ECI possèdent un niveau de cohérence interne acceptable puisque les alphas de ces trois sous-échelles étaient supérieurs à 0,75. Lors de la troisième étude, la validité de l'ECI a été soutenue par des analyses corrélationnelles à la fois entre les sous-échelles de l'ECI, avec les différentes formes de motivation proposées par la TAD, de même qu'avec certains concepts associés aux domaines de l'éducation, des relations intimes, du sport et du bien-être psychologique général des participants. La quatrième étude a quant à elle permis d'établir que les trois sous-échelles avaient toutes des coefficients test-retest satisfaisants ($r = 0,79$).

Pour les fins de cette étude, plusieurs scores ont été utilisés. D'une part, par souci de parcimonie et puisque cette étude tente d'analyser la contribution de la famille et des médecins de façon générale, les items correspondant aux médecins et aux cardiologues ont été combinés sous la catégorie médecins. Le score global des soutiens aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation de la part des médecins a été calculé en faisant la moyenne de tous les items se rapportant aux médecins et aux cardiologues.

Selon la règle de cohérence interne de Kline (2004), l'alpha de ce regroupement est acceptable (alpha de Cronbach = 0,75). Un regroupement similaire a été effectué en regard des besoins soutenus par la famille, avec un alpha faible (alpha de Cronbach = 0,55).

D'autre part, par souci de parcimonie, puisque cette étude tente de comparer le soutien offert par les médecins et celui offert par la famille de façon générale et afin d'écartier le risque de multicollinéarité entre les variables, un regroupement joignant les scores globaux de chaque type de soutien aux besoins (c.-à-d., autonomie, compétence et affiliation), offerts de façon conjointe par les médecins et la famille, a été fait. Ces regroupements présentent des alphas de Cronbach satisfaisants, soit de 0,86 pour le soutien au besoin d'autonomie, de 0,86 pour le besoin de compétence et de 0,77 pour le soutien à l'affiliation.

La troisième partie du questionnaire de l'étude porte sur la *motivation spécifique*. Les questions qui la composent abordent la motivation relative à trois comportements de santé spécifiques tels que l'activité physique, l'alimentation et l'adhérence médicamenteuse. Ces items ont été adaptés des travaux de Sheldon, Ryan et Reis (1996) sur le locus de causalité, un concept analogue à celui de la motivation.

La motivation spécifique à l'activité physique, tout comme la motivation spécifique à l'alimentation saine, est mesurée à l'aide de six questions. Ces questions évaluent le degré d'autodétermination atteint par le patient, soit de façon intrinsèque, extrinsèque (régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe) ou amotivée (amotivation) pour chacun des deux comportements de santé (p. ex., *Je pratique régulièrement de l'activité physique... Purement pour l'intérêt et le plaisir que je retire à faire de l'activité physique*). La motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse est quant à elle mesurée à l'aide de quatre questions. Ces questions se rapportent au degré de motivation atteint par le patient, soit de façon extrinsèque (régulation identifiée, introjectée et externe) ou amotivée (amotivation) (p. ex., *Je prends ma médication adéquatement... Parce que c'est important pour moi d'améliorer ma santé*). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout en accord*) à 7 (*tout à fait en accord*) dans quelle mesure chaque question correspond aux raisons pour lesquelles il s'engage dans ces trois comportements de santé. Cette échelle n'a pas encore fait l'objet d'analyses de validation en langue française. Les scores de motivation spécifique sont obtenus en soustrayant la moyenne des items de motivation non autodéterminée retenus de la moyenne des items de la motivation autodéterminée retenus.

Les scores de la motivation spécifique pour chacun des comportements de santé (activité physique, alimentation saine et adhérence médicamenteuse), des soutiens aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offerts par les médecins et par la

famille, de même que des soutiens combinés aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, ont été transformées sous la forme d'un index de motivation, selon une formule proposée par Vallerand (Vallerand, 1997 ; Vallerand & Ratelle, 2002).

Déroulement

L'étude menée par trois professeurs-chercheurs de l'UQAC et de l'Université d'Ottawa dans laquelle s'inscrit la présente étude est de type longitudinal et implique un suivi individuel avec les patients d'une durée de douze mois incluant quatre rencontres (temps 1 = départ, temps 2 = 3 mois, temps 3 = 6 mois, temps 4 = 12 mois). Toutefois, considérant que l'étude actuelle est réalisée dans le cadre d'un essai doctoral, elle ne tient compte que des données recueillies au temps 1 (départ). Notons que les informations démographiques ont été recueillies au temps 1, tandis que les mesures du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, de même que de la motivation spécifique à l'activité physique, à l'alimentation et à l'adhérence médicamenteuse ont été recueillies au temps 2.

Dans un premier temps, les patients hospitalisés au département de cardiologie ou évalués au département de médecine de jour de l'Hôpital du CSSSC sont identifiés par un cardiologue en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment. Les patients ainsi sélectionnés sont ensuite rencontrés par un(e) assistant(e) de recherche qui les informe de la raison pour laquelle leur participation est sollicitée et leur expose les objectifs généraux de l'étude, de même que la nature de leur participation. La

description des questionnaires et des tests médicaux visant à obtenir de l'information sur leur santé leur est également présentée, description incluant la fréquence, la durée, le lieu, la nature et les retombées envisagées de leur participation. Aussi, les patients sont informés des avantages et des risques potentiels associés à la recherche. Les dispositions prises afin d'assurer la confidentialité des données et la diffusion des résultats sont par la suite exposées aux patients, de même que la procédure de codification utilisée. Les patients reçoivent l'assurance que les données serviront exclusivement à un usage scientifique répondant à des normes strictes de confidentialité, qu'elles seront traitées de façon distincte et indépendante de leur dossier médical et qu'elles ne seront pas transmises au cardiologue traitant. La liste de codification est conservée sous clé et seuls les chercheurs principaux de cette recherche y ont accès. En outre, tous les questionnaires ont été conservés sous clé dans des classeurs aménagés dans un bureau de l'Hôpital du CSSSC pour les fins de la présente étude et sont consignés au laboratoire de psychologie clinique de l'UQAC (local H3-1110). La destruction des questionnaires sera effectuée cinq ans après la dernière publication. Les participants sont également informés que les frais de stationnement et de transport déboursés pour chacune des visites leur seront remboursés et qu'il leur sera possible de se retirer de l'étude à tout moment sans aucun préjudice pour eux.

Dans un second temps, les patients qui veulent participer à l'étude signent un formulaire de consentement (Appendice C), lequel résume ce qui leur a été exposé verbalement, soit le but de la recherche, la durée de l'étude, le déroulement de l'étude,

les risques et les effets indésirables, les avantages possibles, la participation volontaire, le retrait de l'étude, les compensations et l'indemnisation, la confidentialité et les personnes ressources à contacter au besoin. Trois copies de ce formulaire devaient être signées : une leur était remise, une autre était déposée au dossier médical du patient et la dernière était conservée par les chercheurs de l'étude.

Dans un troisième temps, les patients répondaient au questionnaire du temps 1 (départ). Par la suite, il leur était exposé qu'un(e) assistant(e) de recherche les contacterait dans quelques semaines afin de fixer un rendez-vous pour le temps 2 (3 mois), rencontre qui avait lieu au Pavillon Notre-Dame de l'Hôpital du CSSSC. La rencontre du temps 2 (3 mois) impliquait une enquête par questionnaire effectuée par un(e) assistant(e) de recherche.

Stratégies d'analyse

Outre les analyses de puissance, préliminaires et descriptives, les analyses principales retenues afin de vérifier les hypothèses de l'étude et la question exploratoire sont des régressions multiples.

Rapport-Gratuit.com

Résultats

Analyse de puissance

Une analyse de puissance effectuée à l'aide du programme G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) a permis d'identifier le nombre de participants requis pour évaluer un effet modéré avec une puissance de 0,80 et un alpha de 0,05. Ainsi, pour les analyses à deux facteurs (hypothèses 1 à 6), un nombre de 68 participants est requis, tandis que pour les analyses à trois facteurs (question exploratoire), un nombre de 77 participants est nécessaire. L'échantillon total de l'étude est de 167 participants.

Analyses préliminaires

Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de s'assurer que les postulats de linéarité, de normalité et d'homoscédasticité soient respectés. À la suite de ces analyses, les données de trois participants ont été exclues (participants = 136, 232 et 239) puisqu'elles ont été jugées aberrantes de façon multivariée selon le test de la distance de Mahalanobis ($\chi^2_{\text{maximum}} = 52,69 > \chi^2_{\text{critique}} = 37,70, d.l. = 3$).

Analyses descriptives

À titre descriptif, le Tableau 1 présente les moyennes de la motivation spécifique pour chacun des comportements de santé (activité physique, alimentation saine et adhérence médicamenteuse), des soutiens aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offerts par les médecins et par la famille, de même que des soutiens combinés aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation.

Tableau 1

Analyses descriptives

| | Min/Max | Moyenne | Écart-type | Asymétrie | Kurtose |
|--|------------|---------|------------|-----------|---------|
| Motivation pour l'activité physique | -3,00/6,00 | 2,10 | 1,74 | -0,04 | 0,08 |
| Motivation pour l'alimentation | -3,50/6,00 | 1,96 | 1,63 | 0,08 | 0,18 |
| Motivation pour l'adhérence médicamenteuse | -3,00/6,00 | 1,69 | 1,61 | -0,15 | 0,35 |
| Soutien offert par la famille | 3,25/7,00 | 5,63 | 0,84 | -0,25 | -0,55 |
| Soutien offert par les médecins | 3,19/7,00 | 5,42 | 0,85 | -0,12 | -0,50 |
| Soutien à l'autonomie | 1,33/7,00 | 4,91 | 1,35 | -0,36 | -0,68 |
| Soutien à la compétence | 1,00/7,00 | 5,69 | 1,31 | -1,22 | 1,33 |
| Soutien à l'affiliation | 3,00/7,00 | 5,81 | 1,05 | -0,47 | -0,91 |

Analyses principales

Avant d'effectuer les analyses principales, une matrice de corrélation entre toutes les variables à l'étude a été calculée. Cette matrice est présentée en Appendice D. Des analyses de régression multiple ont ensuite été effectuées pour les facteurs qui permettent de prédire la motivation spécifique pour l'activité physique, l'alimentation et l'adhérence médicamenteuse, respectivement. Ces analyses ont été réalisées en utilisant l'entrée simultanée des variables au moyen du logiciel SPSS. Toutes les variables prédictives ont été normalisées. Comme les hypothèses de recherche étaient fondées à priori sur un cadre de recherche bien établi et qu'une directionnalité spécifique pour chaque relation était prévue (c.-à-d. qu'une augmentation du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation devrait être reliée à une augmentation du degré d'autodétermination de la motivation spécifique), un seuil de décision statistique unilatéral fixé à $\alpha = 0,05$ a été utilisé pour établir la significativité statistique de chaque coefficient de régression.

Des analyses ont également été effectuées afin de s'assurer de l'absence de multicolinéarité entre les variables. Ces analyses ont permis de générer des indices *VIF* (Variance inflation factor) satisfaisants. De plus, pour chacune des analyses de régression multiple effectuées, les participants qui présentaient des données multivariées extrêmes ont été enlevés, tout comme les participants qui n'ont pas répondu à certaines questions de l'instrument de mesure (données manquantes).

Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation pour l'activité physique

L'hypothèse 1 prévoyait que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédise le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'activité physique. L'hypothèse 2 prévoyait quant à elle que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédise de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'activité physique, comparativement au soutien offert par les médecins.

Les résultats indiquent que le soutien offert par la famille ($\beta = 0,23$) est un prédicteur statistiquement significatif ($p = 0,03$) de la motivation pour l'activité physique, tandis que le soutien offert par les médecins ($\beta = 0,04$) est un prédicteur non significatif ($p = 0,36$) de la motivation pour l'activité physique. Le soutien offert par la famille et celui offert par les médecins expliquent ensemble 5 % de la variance de la motivation pour l'activité physique [$F(2, 131) = 4,72; p = 0,01$]. Il n'y a pas de multicolinéarité entre les variables (VIF du soutien offert par la famille = 2,0; VIF du soutien offert par les médecins = 2,0). Les coefficients de régression normalisés des variables indépendantes pour les hypothèses de recherche relatives à l'activité physique sont présentés au Tableau 2.

Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation pour l'alimentation saine

L'hypothèse 3 prévoyait que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédise le degré d'autodétermination de la motivation

Tableau 2

Régression multiple du soutien offert par la famille et les médecins sur la motivation spécifique à l'activité physique

| | B | ETB | β | t |
|---------------------------------|------|------|---------|-------|
| Soutien offert par la famille | 0,48 | 0,25 | 0,23 | 1,91* |
| Soutien offert par les médecins | 0,09 | 0,25 | 0,04 | 0,36 |

Note. $R^2 = 0,07$, $F(2, 131) = 4,72$, $p = 0,01$.

* $p < 0,05$.

spécifique relative à l'alimentation. L'hypothèse 4 suggérait quant à elle que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédise de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'alimentation, comparativement au soutien offert par les médecins.

Les résultats indiquent que le soutien offert par la famille ($\beta = 0,18$, $p = 0,07$) et le soutien offert par les médecins ($\beta = -0,04$, $p = 0,38$) ne contribuent pas de façon significative à la prédiction de la motivation pour l'alimentation saine [$F(2, 133) = 1,73$; $p = 0,18$]. Les résultats permettent toutefois de considérer une tendance vers une prédiction plus importante du soutien offert par la famille en regard de la motivation pour l'alimentation saine, puisque le bêta du soutien offert par la famille est plus grand que celui du soutien offert par les médecins. Il n'y a pas de multicollinéarité entre les

variables (VIF du soutien offert par la famille = 2,0; VIF du soutien offert par les médecins = 2,0). Les coefficients de régression normalisés des variables indépendantes pour les hypothèses de recherche relatives à l'alimentation saine sont présentés au Tableau 3.

Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation pour l'adhérence médicamenteuse

L'hypothèse 5 prévoyait que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédise le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'adhérence médicamenteuse. Quant à l'hypothèse 6, elle stipulait que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'adhérence médicamenteuse, comparativement au soutien offert par les médecins.

Les résultats indiquent que le soutien offert par la famille ($\beta = 0,22$) est un prédicteur statistiquement significatif ($p = 0,04$) de la motivation pour l'adhérence médicamenteuse, tandis que le soutien offert par les médecins ($\beta = 0,02$) est un prédicteur non significatif ($p = 0,44$) de la motivation pour l'adhérence médicamenteuse. Le soutien offert par la famille et celui offert par les médecins expliquent ensemble 4 % de la variance de la motivation pour l'adhérence médicamenteuse [$F(2, 135) = 3,75; p = 0,03$]. Il n'y a pas de multicolinéarité entre les variables (VIF du soutien offert par la

Tableau 3

Régression multiple du soutien offert par la famille et les médecins sur la motivation spécifique à l'alimentation saine

| | B | ET B | β | t |
|---------------------------------|-------|------|---------|-------|
| Soutien offert par la famille | 0,36 | 0,24 | 0,18 | 1,51 |
| Soutien offert par les médecins | -0,08 | 0,24 | -0,04 | -0,31 |

Note. $R^2 = 0,03$, $F(2, 133) = 1,73$, $p = 0,18$.

famille = 2,0; *VIF* du soutien offert par les médecins = 2,0). Les coefficients de régression normalisés des variables indépendantes pour les hypothèses de recherche relatives à l'adhérence médicamenteuse sont présentés au Tableau 4.

Prédiction du degré d'autodétermination de la motivation selon les types de soutien

Des analyses de régression multiple ont également été effectuées afin de répondre à une question exploratoire visant à identifier le type de soutien (soutien à l'autonomie, soutien à la compétence, soutien à l'affiliation) qui prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à trois comportements de santé (activité physique, alimentation et adhérence médicamenteuse).

Tableau 4

Régression multiple du soutien offert par la famille et les médecins sur la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse

| | B | ETB | β | t |
|---------------------------------|------|------|---------|-------|
| Soutien offert par la famille | 0,43 | 0,24 | 0,22 | 1,81* |
| Soutien offert par les médecins | 0,03 | 0,24 | 0,02 | 0,15 |

Note. $R^2 = 0,05$, $F(2, 135) = 3,75$, $p = 0,03$.

* $p < 0,05$.

En regard de l'activité physique, les résultats indiquent que le soutien à la compétence ($\beta = 0,24$) est un prédicteur significatif ($p < 0,001$) de la motivation, tandis que le soutien à l'autonomie ($\beta = 0,12$, $p = 0,08$) et le soutien à l'affiliation ($\beta = 0,07$, $p = 0,21$) ne sont pas des prédicteurs significatifs. Les trois types de soutien expliquent ensemble 6 % de la variance de la motivation pour l'activité physique [$F(3, 158) = 4,49$; $p = 0,01$]. Il n'y pas de multicolinéarité entre les variables (VIF du soutien à l'autonomie = 1,2; VIF du soutien à la compétence = 1,1; VIF du soutien à l'affiliation = 1,2). Les coefficients de régression normalisés des variables indépendantes pour la question exploratoire relative à l'activité physique sont présentés au Tableau 5.

En ce qui a trait à l'alimentation saine, les résultats indiquent que le soutien à la compétence ($\beta = 0,24$) est un prédicteur significatif ($p < 0,001$) de la motivation, tandis

Tableau 5

Régression multiple du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation spécifique à l'activité physique

| | B | ET B | β | t |
|-------------------------|------|------|---------|---------|
| Soutien à l'autonomie | 0,16 | 0,11 | 0,12 | 1,43 |
| Soutien à la compétence | 0,32 | 0,11 | 0,24 | 3,01*** |
| Soutien à l'affiliation | 0,11 | 0,14 | 0,07 | 0,80 |

Note. $R^2 = 0,08$, $F(3, 158) = 4,49$; $p = 0,01$.

*** $p < 0,001$.

que le soutien à l'autonomie ($\beta = 0,08$, $p = 0,16$) et le soutien à l'affiliation ($\beta = -0,01$, $p = 0,47$) ne le sont pas. Les trois types de soutien expliquent ensemble 4 % de la variance de la motivation pour l'alimentation saine [$F(3, 161) = 3,19$; $p = 0,03$]. Il n'y a pas de multicolinéarité entre les variables (VIF du soutien à l'autonomie = 1,2; VIF du soutien à la compétence = 1,1; VIF du soutien à l'affiliation = 1,2). Les coefficients de régression normalisés des variables indépendantes pour la question exploratoire relative à l'alimentation saine sont présentés au Tableau 6.

Pour ce qui est de l'adhérence médicamenteuse, les résultats indiquent que le soutien à la compétence ($\beta = 0,32$) est un prédicteur significatif ($p < 0,001$) de la motivation, tandis que le soutien à l'autonomie ($\beta = 0,09$, $p = 0,12$) et le soutien à

Tableau 6

Régression multiple du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation spécifique à l'alimentation saine

| | B | ET B | β | t |
|-------------------------|-------|------|---------|---------|
| Soutien à l'autonomie | 0,10 | 0,10 | 0,08 | 1,01 |
| Soutien à la compétence | 0,29 | 0,10 | 0,24 | 2,96*** |
| Soutien à l'affiliation | -0,01 | 0,13 | -0,01 | -0,07 |

Note. $R^2 = 0,06$, $F(3, 161) = 3,19$; $p = 0,03$.

*** $p < 0,001$.

l'affiliation ($\beta = -0,01$, $p = 0,48$) ne le sont pas. Les trois types de soutien expliquent ensemble 8 % de la variance de la motivation pour l'adhérence médicamenteuse [$F(3, 163) = 6,00$; $p = 0,001$]. Il n'y pas de multicollinéarité entre les variables (VIF du soutien à l'autonomie = 1,2; VIF du soutien à la compétence = 1,1; VIF du soutien à l'affiliation = 1,2). Les coefficients de régression normalisés des variables indépendantes pour la question exploratoire relative à l'adhérence médicamenteuse sont présentés au Tableau 7.

En somme, les analyses de régression multiple de cette étude exploratoire ont fourni des résultats valides permettant de dégager des prédictions unilatérales de 95%. Trois constats principaux peuvent donc être tirés suite à ces analyses statistiques.

Tableau 7

Régression multiple du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse

| | B | ETB | β | t |
|-------------------------|-------|------|---------|---------|
| Soutien à l'autonomie | 0,11 | 0,10 | 0,09 | 1,15 |
| Soutien à la compétence | 0,39 | 0,10 | 0,32 | 4,09*** |
| Soutien à l'affiliation | -0,01 | 0,12 | -0,01 | -0,06 |

Note. $R^2 = 0,10$, $F(3, 163) = 6,00$; $p = 0,001$.

*** $p < 0,001$.

D'abord, il est possible de constater que la motivation spécifique à l'alimentation interagit moins avec le soutien offert que la motivation spécifique à l'activité physique et à l'adhérence médicamenteuse. Ensuite, il apparaît que pour chacun des comportements de santé, le soutien offert par la famille a davantage d'impact sur la motivation spécifique que le soutien offert par les médecins. Enfin, les résultats indiquent que le soutien à la compétence est le plus influent et le seul significatif en regard de la motivation spécifique.

Discussion

Cette dernière section présente une analyse des résultats de la recherche et se divise en cinq parties principales. Dans un premier temps, un bref rappel des objectifs de l'étude et des résultats est exposé. Dans un second temps, les résultats obtenus relativement aux hypothèses de recherche et à la question exploratoire sont analysés. La troisième partie porte ensuite sur les implications théoriques et pratiques qui découlent de ces résultats. Quant à la quatrième partie, elle présente les forces et les limites inhérentes à l'étude. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées.

Bref rappel des objectifs et des résultats

L'objectif principal de cette étude était d'examiner la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par la famille et les médecins et les motivations spécifiques à trois comportements de santé chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean.

Les analyses de régression multiple effectuées pour les hypothèses de recherche ont révélé que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon statistiquement significative le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'activité physique (H1) et à l'adhérence médicamenteuse (H5), mais non celui relatif à l'alimentation saine (H3).

En regard des hypothèses de recherche H2 et H6, traitant respectivement d'activité physique et d'adhérence médicamenteuse, les analyses ont révélé une prédiction plus importante du degré d'autodétermination de la motivation spécifique pour le soutien offert par la famille que pour le soutien offert par les médecins. Quant à l'hypothèse de recherche H4, les résultats suggèrent une tendance à l'effet que le soutien offert par la famille puisse être un meilleur prédicteur du degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation saine que le soutien offert par les médecins.

Enfin, les résultats relatifs aux analyses de régression multiple en regard de la question exploratoire ont révélé que le soutien à la compétence est le type de soutien interpersonnel le plus influent et le seul significatif dans la prédiction du degré d'autodétermination de la motivation spécifique pour chacun des trois comportements de santé.

Analyse des résultats relatifs aux hypothèses de recherche et à la question exploratoire

Dans cette deuxième partie de la discussion, les résultats découlant des hypothèses de recherche et de la question exploratoire sont d'abord analysés un à un. Une section présentée à la fin de cette partie du chapitre discutera par la suite de l'ensemble des résultats.

Première hypothèse

La première hypothèse selon laquelle le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par la famille prédit le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'activité physique est confirmée. En d'autres termes, il est possible d'énoncer que le soutien offert par la famille a un impact sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients atteints de MCV à pratiquer une activité physique de façon régulière.

Ce résultat conforte le modèle théorique général de la TAD, à l'effet que le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation influence la motivation des patients à adopter et maintenir des comportements de santé. Toutefois, aucune autre recherche prenant appui sur ce cadre théorique n'a étudié jusqu'à maintenant l'influence du soutien familial sur la motivation spécifique à l'activité physique. Ce résultat rejoint également les conclusions de plusieurs études d'allégeances théoriques différentes, qui indiquent que le soutien familial a une influence sur la santé et notamment sur les facteurs de risque des MCV (Antonucci & Johnson, 1994; Campbell, 2003; Case et al., 1992; Coyne, et al., 2001; Dixon et al., 2000; Duhamel & Campagna, 1997; Gillis, 1991; Horgan, et al., 1992; Hugues & Gove, 1981; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Kriegsman et al., 1994; Organisation mondiale de la santé, 1993; Pell, 1997; Quinn, 1999; Umberson, 1987; Venters, 1986;).

Trois hypothèses peuvent être élaborées ici afin d'expliquer l'impact du soutien familial sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients à pratiquer une activité physique régulièrement. Ces hypothèses explicatives réfèrent au rôle de modèle comportemental tenu par les familles, aux stratégies d'ajustement familiales mises en place afin d'assurer le bien-être de chacun des membres et au plaisir éprouvé en famille.

La famille comme modèle comportemental. Trois études permettent de préciser le premier élément explicatif relativement à l'influence du soutien familial sur la motivation des patients à faire de l'activité physique. En effet, les résultats des études de Venters (1986) et de Kimiecik et Horn (2012), de même que de la recension des écrits menée par Campbell (2003) mettent en lumière le rôle de modèle comportemental qu'a la famille sur les habitudes de vie de ses membres. Venters remarque en fait des comportements semblables en matière de santé chez les membres d'une même famille. Campbell constate quant à lui que les membres d'une famille partagent les mêmes régimes alimentaires et activités physiques, ainsi que l'utilisation ou l'abus de substances malsaines semblables. Ainsi, que ce soit en renforçant des facteurs de risque (culture familiale de sédentarité) ou des facteurs de protection (habitudes familiales en lien avec l'activité physique), la famille sert de référent ou de modèle en matière d'activité physique à ses membres. Une étude de Kimiecik et Horn (2012) démontre d'ailleurs que les attitudes des enfants à l'égard de l'activité physique sont influencées par un style parental soutenant et stimulant. Dans le contexte des MCV, ce rôle de modèle comportemental peut avoir un impact sur les attitudes et comportements prémorbides du

patient face à sa santé physique, de même que sur le processus de changement d'habitudes de vie qui peut être consécutif au diagnostic de MCV. À la lumière de cette explication, il est possible de croire que les résultats de la présente étude peuvent être expliqués, du moins en partie, par le rôle de modèle comportemental joué par les familles auprès de chacun de ses membres.

Stratégies familiales d'ajustement. Une deuxième explication relative à l'impact de la famille sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients à pratiquer régulièrement une activité physique s'appuie sur le système complexe d'influence, d'entraide et de mécanismes de rééquilibrage que constitue la famille. En effet, que ce soit en termes de contrôle externe pour Umberson (1987), de régulation externe pour Hugues et Gove (1981), de réajustement familial pour Gregory (2005), de transition des rôles familiaux pour Bohachick et Anton (1990), de surprotection familiale pour Hilscher et al. (2005) ou de harcèlement (*nagging*) pour Tapp (2004), la famille déploie une variété de stratégies servant à s'ajuster aux conséquences de la maladie et à soutenir ses membres plus vulnérables. Les stratégies d'ajustement observées au sein des familles qui comptent un individu malade, présentées dans le contexte théorique, sont d'ailleurs bien connues des théoriciens de l'approche systémique. En effet, les stratégies d'ajustement décrites par les chercheurs du domaine de la santé rejoignent le principe d'homéostasie familiale développé par l'approche systémique. L'homéostasie familiale se définit comme étant la régulation permettant au système de préserver son équilibre et sa survie dans un environnement qui change (Amiguet & Julier, 1996).

Dans cet ordre d'idées, les stratégies d'ajustement propres à chacune des familles sont à même d'être potentialisées dans la période de crise provoquée par un épisode cardiaque aigu. Tout dépendant des ressources internes et externes disponibles, la famille peut alors privilégier des stratégies adaptées et aidantes (p. ex., renforcement, accompagnement) ou d'autres davantage guidées par l'anxiété et l'impuissance (p. ex., surprotection, dramatisation, évitement). On peut penser que ces stratégies d'ajustement familiales auront un effet, bénéfique ou néfaste, sur la motivation des patients à prendre en charge leur santé par le biais de l'activité physique, notamment.

Plaisir éprouvé en famille. Une dernière explication relative à l'influence de la famille sur le degré d'autodétermination de la motivation des patients à pratiquer régulièrement une activité physique réside dans le fait d'avoir du plaisir en famille. En effet, pratiquer une activité physique peut devenir une occasion privilégiée pour le patient et sa famille de se réunir, d'avoir du plaisir et de développer les liens qui les unissent. Une marche en forêt, une ballade en vélo ou une séance de jogging, où se conjuguent l'amélioration recommandée de la capacité cardiovasculaire et le plaisir d'être ensemble, peut plus facilement être adoptée et maintenue dans la routine de vie du patient. Le plaisir familial rejoint d'ailleurs la notion de motivation intrinsèque, qui est la forme de motivation la plus autodéterminée de tout le continuum d'autodétermination et qui se définit comme l'engagement dans une activité avec plaisir, volonté, intérêt et satisfaction (Deci & Ryan, 1985, 2002; Ryan & Deci, 2000).

En somme, les résultats relatifs à la première hypothèse démontrent que le soutien offert par la famille a un impact statistiquement significatif sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients atteints de MCV à pratiquer une activité physique de façon régulière. Il est notamment possible de penser que cet impact familial s'exerce à travers le rôle de modèle comportemental tenu par les familles, par les stratégies d'ajustement qu'elles déploient afin d'assurer le retour à un équilibre familial satisfaisant, de même que par le fait d'avoir du plaisir ensemble.

Deuxième hypothèse

Conformément à ce qui avait été énoncé dans la seconde hypothèse, le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'activité physique que le soutien offert par les médecins. Il apparaît même que non seulement le soutien familial a plus d'impact sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients à pratiquer une activité physique régulièrement que le soutien offert par les médecins, mais également qu'il est le seul à avoir un impact significatif.

Il est difficile de mettre ce résultat en parallèle avec d'autres recherches du domaine de la santé, car aucune autre étude n'a comparé jusqu'à maintenant l'effet du soutien offert par la famille avec celui du soutien offert par les médecins sur la motivation spécifique à l'activité physique. D'un point de vue plus général, les résultats relatifs à l'étude de Hentinen (1986) démontrent cependant que plusieurs patients

perçoivent leurs proches comme la source de soutien principale, accordant ainsi plus d'importance au soutien interpersonnel provenant de leur famille et de leurs amis qu'au soutien informationnel provenant des professionnels de la santé.

Par ailleurs, ce résultat ne va pas dans le même sens que celui de deux études qui ont exploré l'effet du soutien offert par des professionnels de la santé sur la motivation de patients atteints de maladie chronique à adopter de saines habitudes de vie (Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004). Ces études ont démontré un lien significatif entre le soutien offert par une équipe de professionnels de la santé, incluant un médecin, et la motivation de patients diabétiques à contrôler leur taux de glycémie à travers de saines habitudes de vie. La comparaison entre la présente étude et ces deux études permet de comprendre la différence de résultats observée. Tout comme la présente étude, les recherches menées par Williams et al. (1998a) et par Williams et al. (2004) ont comme cadre théorique la TAD. Elles se penchent également sur des patients souffrant de maladie chronique et elles étudient l'effet du soutien offert par des professionnels de la santé sur la motivation en lien avec des comportements de santé, dont l'activité physique. Toutefois, contrairement à la présente étude, elles ne procèdent pas à l'évaluation de la motivation spécifique à l'activité physique, ni à l'évaluation distincte de l'effet du soutien offert par le médecin, car ce soutien est intégré dans une équipe de professionnels de la santé incluant une infirmière et une nutritionniste. Ces études n'analysent également pas de façon combinée les trois composantes du soutien offert (soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation) comme le fait la présente

étude. Ainsi, des différences liées à la méthodologie et à la définition des variables pourraient expliquer la différence de résultats observée entre la présente étude et celles de Williams et al. (1998a) et de Williams et al. (2004).

Deux hypothèses peuvent par ailleurs être avancées pour expliquer le présent résultat, qui indique que le soutien offert par la famille est le seul à avoir un impact significatif sur le caractère autodéterminé de la motivation relative à l'activité physique, en comparaison au soutien offert par les médecins. Ces hypothèses explicatives ciblent deux variables reliées au soutien, soit le réseau de soutien et la fréquence des contacts.

Réseau de soutien. Un examen plus approfondi des études de Williams et al. (1998a) et de Williams et al. (2004) permet de constater l'influence d'une équipe de professionnels de la santé sur la motivation. En comparant ces résultats avec ceux de la présente étude, il est possible de croire que le soutien en équipe est supérieur au soutien individuel lorsqu'il est question de motivation autodéterminée à adopter de saines habitudes de vie, comme l'activité physique.

Dans cet ordre d'idées, le soutien en équipe semble améliorer la réponse aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation chez le patient. Il est effectivement possible de penser que lorsque le patient est en contact avec un réseau professionnel élargi et diversifié, il reçoit de l'information plus variée et présentée de façon différente, ce qui favorise sa compréhension et l'encodage d'informations (soutien à la

compétence). De plus, le patient a alors davantage accès à des contacts interpersonnels, ce qui augmente ses chances d'être renforcé en regard de ses capacités (soutien à la compétence), de faire des choix vis-à-vis son traitement (soutien à l'autonomie) et de développer des liens de confiance et d'attachement (soutien à l'affiliation).

D'ailleurs, à l'instar de la majorité des études prenant appui sur la TAD, les deux études précédemment discutées (Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004) ont été menées aux États-Unis et ont offert aux patients un suivi en équipe interdisciplinaire. Bien que le système de santé canadien promeut également des soins et services interdisciplinaires (Gouvernement du Québec, 2004), l'interdisciplinarité n'est pas encore efficiente dans tous les milieux. Les participants de la présente étude n'ont d'ailleurs pas reçu de soins continus dispensés par de telles équipes. Un nombre négligeable de patients ont participé au programme d'activité physique organisé dans le cadre du «Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques du Saguenay-Lac-St-Jean», où le travail d'équipe est favorisé.

La famille se rapproche quant à elle du modèle d'équipe, puisque les liens familiaux forment un véritable réseau de soutien s'apparentant au travail en équipe. La famille peut ainsi devenir un milieu privilégié pour le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, nécessaire pour une motivation optimale. En effet, par la mise en place de diverses stratégies spontanées, lesquelles ont notamment été

répertoriées par Burman (2001), les membres de la famille peuvent travailler ensemble dans l'objectif commun de la guérison de leur proche. Tel qu'approfondi dans le contexte théorique, Burman (2001) a identifié cinq stratégies spontanées que la famille déploie afin de s'ajuster au contexte d'incertitude lié au diagnostic de MCV, soit 1) créer une réadaptation axée sur le positif; 2) reconstruire une vie familiale; 3) maintenir la dynamique familiale; 4) développer un réseau de sécurité et 5) redoubler d'autonomie. Brown et al. (1983) mentionnent d'ailleurs que les membres de la famille du patient atteint de MCV se sentent responsables de la réussite de la réhabilitation cardiaque.

Il est intéressant de constater que cette notion de réseau familial rejoint le principe de système d'ajustement discuté à la section précédente traitant de la première hypothèse. En effet, le système complexe d'entraide, d'influence et de mécanismes de rééquilibre dont il a alors été question s'apparente au réseau familial de soutien discuté ici. Le potentiel qu'a la famille de s'unir et se mobiliser vers un but commun peut donc expliquer en quoi le soutien familial est un meilleur prédicteur de la motivation autodéterminée relative à l'activité physique que le soutien offert par les médecins.

Fréquence des contacts. Une deuxième explication mérite d'être approfondie afin de rendre compte du plus grand impact du soutien offert par la famille en comparaison à celui offert par les médecins sur la motivation autodéterminée des patients à prendre soin de leur santé par le biais de l'activité physique. Il apparaît en fait que la régularité et la constance qualifient mieux les liens familiaux que les liens professionnels

qu'entretiennent les patients avec leurs médecins. En effet, de nature quotidienne pour les familles, le soutien offert par les médecins peut quant à lui être de nature mensuelle, biannuelle, annuelle, voire même à des intervalles encore plus espacés.

L'accessibilité aux médecins de famille n'est d'ailleurs pas optimale dans le système de santé québécois actuel (Gouvernement du Québec, 2010). Une des grandes orientations du plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean (2010) consiste d'ailleurs à supporter l'organisation et l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, c'est-à-dire d'améliorer l'accès de chaque personne à un médecin de famille, et particulièrement pour celles présentant des problèmes de santé complexes et/ou chroniques. De plus, au CSSSC, les patients peuvent recevoir des soins de l'ensemble des cardiologues oeuvrant au sein de l'institution plutôt qu'exclusivement par un cardiologue assigné à leur dossier. La faible fréquence de services, et par extension, le fait que le patient n'a pas la possibilité d'établir un lien de confiance significatif avec son médecin, pourraient donc expliquer en quoi le soutien offert par les médecins n'a pas d'impact sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients à pratiquer une activité physique de façon régulière.

En somme, les résultats relatifs à la deuxième hypothèse indiquent de façon statistiquement significative que le soutien offert par la famille est le seul à prédire le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'activité physique en

comparaison au soutien offert par les médecins. La plus grande possibilité qu'ont les familles d'offrir du soutien par le biais d'une approche en équipe et par des contacts fréquents peut notamment expliquer ce résultat.

Troisième hypothèse

Contrairement à ce qui était attendu, le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par la famille ne prédit pas le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation saine.

Ce résultat n'appuie pas le modèle théorique général de la TAD (soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation → motivation → comportement) et ne va pas dans le même sens que la diversité d'études qui concluent que les familles ont une influence sur la santé et spécialement sur les facteurs de risque des MCV². Ce résultat ne rejoint également pas les conclusions de l'étude de Williams et al. (2006a), qui s'appuie sur le cadre de référence théorique de la TAD et qui a permis de développer et de valider un instrument de mesure servant à évaluer le soutien offert par les personnes significatives de l'entourage non professionnel (famille, collègues et amis) de patients fumeurs. Contrairement à la présente étude, celle de Williams et al. (2006a) a permis d'établir un lien significatif entre le soutien à l'autonomie offert par les proches de patients fumeurs et la motivation spécifique à une alimentation saine à partir de mesures prises à l'évaluation initiale et six mois après celle-ci.

² La liste détaillée des références est présentée à la page 66 de la section traitant de la première hypothèse.

Plusieurs distinctions entre la présente étude et celle de Williams et al. (2006a) peuvent toutefois expliquer cette différence de résultats. D'abord, cette étude évalue exclusivement le soutien à l'autonomie dans l'analyse de la motivation plutôt que l'ensemble des types de soutien interpersonnel définis par la TAD comme le fait la présente étude. De plus, elle implique un échantillon beaucoup plus vaste que le présent échantillon ($N = 1\ 006$) et touche une population de personnes fumeuses qui présentent des niveaux de cholestérol élevés plutôt qu'une population de patients cardiaques. L'étude de Williams et al. (2006a) analyse également l'ensemble de l'entourage non professionnel des patients (famille, collègues, amis) plutôt qu'uniquement la famille et évalue des habitudes alimentaires spécifiques à la gestion du cholestérol sanguin plutôt que des habitudes alimentaires saines visant à promouvoir la santé en général tel que le cible l'étude actuelle. Ainsi, des différences importantes liées aux caractéristiques des populations et à la définition des variables pourraient expliquer la différence de résultats observée entre la présente étude et celle de Williams et al. (2006a).

De plus, deux hypothèses permettent d'expliquer le présent résultat. Le premier élément explicatif réfère au délai d'ajustement nécessaire pour évaluer l'impact réel du soutien offert par la famille sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients relativement à leur alimentation. Le deuxième élément explicatif se rapporte quant à lui aux connaissances des patients sur l'alimentation, ainsi que celles véhiculées dans les médias.

Délai d'ajustement familial insuffisant. La première hypothèse pouvant expliquer l'absence de lien significatif entre le soutien familial et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation réfère à un délai d'ajustement familial insuffisant. Bohachick et Anton (1990) mentionnent en fait que les MCV s'accompagnent d'une véritable transition des rôles dans la famille de la personne atteinte, car elles requièrent une réorganisation des responsabilités et des activités familiales. Il a d'ailleurs été démontré que l'alimentation nécessite un partage familial des tâches plus important que d'autres comportements de santé de nature plus individuelle comme l'activité physique et l'adhérence médicamenteuse (Kroska, 2003; Williams et al., 2006a). En effet, selon Williams et al. (2006a), une implication importante des proches du patient est nécessaire en regard de l'alimentation, notamment pour l'achat des denrées alimentaires, la préparation des repas et le partage des repas. De plus, et puisque 80,6 % des participants de l'étude sont des hommes et que les tâches relatives à l'alimentation incombent principalement au sexe féminin (Kroska, 2003), il est possible de considérer que ces tâches impliquent autant, voire davantage les partenaires de vie du patient que le patient lui-même. Les résultats d'une étude de Mochari-Greenberger, Terry et Mosca (2011) appuient notamment cette hypothèse explicative. En effet, les auteurs précisent que les conjointes des participants atteints de MCV étaient représentées en plus grand nombre que les conjoints durant les hospitalisations et qu'elles étaient les plus motivées à améliorer les habitudes alimentaires des patients.

Ainsi, pour les patients inscrits à l'étude qui consultent en cardiologie pour un épisode de maladie cardiaque, le délai de trois mois entre la cueillette de données du temps 1 (départ) et celle du temps 2 peut être trop court afin que la famille respecte les recommandations alimentaires transmises et que le patient se prononce sur le soutien qu'il perçoit chez sa famille. L'étude de Williams et al. (2006a), précédemment discutée, présentait d'ailleurs un délai d'ajustement plus long, soit de six mois. Il serait donc possible de croire qu'au moment de la passation du questionnaire du temps 2, les patients et leurs familles sont toujours en cours d'adaptation à la maladie. Le caractère incomplet de ce processus d'adaptation peut être l'une des raisons pour lesquelles il a été impossible d'établir un lien significatif entre le soutien offert par la famille et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation chez les patients atteints de MCV.

Connaissances concernant l'alimentation. La deuxième hypothèse pouvant expliquer l'absence de lien significatif entre le soutien familial et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation se rapporte au manque et à la confusion des connaissances en regard des changements alimentaires à prioriser suite à un épisode cardiaque. Au CSSSC, les séances d'information, les programmes de prévention secondaire et les programmes de réadaptation cardiaque référant au «Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques du Saguenay-Lac-St-Jean» ne sont pas obligatoires pour les patients. De plus, ces programmes autorisent les proches de la personne atteinte de MCV

à y assister, mais ne les invitent pas systématiquement. Certaines familles des patients inscrits à l'étude pourraient ainsi ne pas avoir reçu les informations nécessaires afin d'offrir un soutien adéquat en ce qui concerne l'alimentation et les changements à instaurer.

Par ailleurs, les résultats d'une vaste enquête menée par Fischler et Masson (2008) auprès de 7 000 américains et européens au sujet de l'alimentation, suggèrent que les gens sont de plus en plus confus face à l'abondance des messages parfois contradictoires qu'ils reçoivent concernant la définition d'une alimentation saine. Bien que cette enquête n'ait pas porté directement sur la population canadienne, les pays impliqués dans l'étude (États-Unis, France, Italie, Suisse, Allemagne et Grande-Bretagne) partagent suffisamment d'éléments communs avec les habitudes de vie et les valeurs canadiennes véhiculées en matière de santé pour permettre un rapprochement.

Il semblerait ainsi que plusieurs personnes se perdent dans les recommandations alimentaires qui leur sont transmises, lesquelles prônent tantôt l'harmonisation des apports nutritionnels (quatre groupes alimentaires), tantôt l'équilibre des apports caloriques face aux besoins individuels. Cette confusion s'accompagne par ailleurs de produits destinés à des groupes spécifiques (p. ex., femmes enceintes ou ménopausées, sportifs, personnes âgées, enfants et adolescents en pleine croissance), de crises alimentaires publiques (p. ex., listériose, vache folle), de découvertes récentes concernant la santé (p. ex., danger des nitrites) ou de modes alimentaires (p. ex.,

végétarisme), qui complexifient encore davantage les choix à faire en matière d'alimentation. Selon les auteurs, cette confusion en matière d'informations fragiliserait les connaissances relatives à l'alimentation saine. C'est d'ailleurs dans les pays où l'information nutritionnelle est la plus répandue que les taux d'obésité seraient les plus élevés (Fischler & Masson, 2008) et conséquemment, un des facteurs de risque importants associés aux MCV. Une étude de Mosca et al. (2006) démontre que les femmes atteintes de MCV seraient les plus touchées par cette confusion en matière d'informations. Il a en fait été démontré que cette confusion est une des causes les plus nuisibles aux bonnes habitudes de vie recommandées après un épisode cardiaque chez les femmes (Mosca et al., 2006).

Dans cet ordre d'idées, l'absence de lien significatif entre le soutien offert par la famille et la motivation spécifique à l'alimentation pourrait également être associée à un problème d'ordre social, et plus particulièrement à un problème d'information publique. Cette problématique se traduit ainsi pour la population générale en un déficit dans la réponse au besoin d'autonomie et de compétence nécessaire à l'humain pour l'adoption et le maintien de comportements de santé à long terme. Il appuie par le fait même l'importance d'améliorer l'offre de soutien à l'autonomie et à la compétence chez les patients atteints de MCV et leur famille, qui sont à la recherche, surtout en début de réhabilitation, de lignes directrices claires face aux changements qu'ils doivent apporter à leur alimentation. À court, moyen et long terme, le manque et la confusion des connaissances concernant l'alimentation pourraient mener à un désinvestissement chez

les patients et leur famille, qui trouveraient alors trop compliqués ou trop vagues les nouveaux comportements alimentaires à privilégier.

D'ailleurs, hormis les recommandations d'usage offertes par les infirmières et les médecins, les participants de l'étude n'ont pas eu systématiquement accès aux services spécialisés d'une nutritionniste concernant les comportements alimentaires à privilégier considérant leur état de santé. Il est donc possible de croire que le travail de réflexion et d'acquisition de connaissances en matière d'alimentation saine a été majoritairement effectué par le biais de références et d'informations publiques, susceptibles d'amener une confusion nuisible pour la motivation spécifique à l'alimentation chez les patients.

En somme, l'analyse des résultats relatifs à la troisième hypothèse permet de rendre compte de l'absence de lien significatif entre le soutien offert par la famille et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation chez les patients atteints de MCV. Ce résultat peut notamment s'observer en raison d'un délai d'ajustement insuffisant pour une offre de soutien familial adéquate en matière d'alimentation et par des connaissances individuelles et sociales relativement à l'alimentation à la fois insuffisantes et confuses afin de bien intégrer les changements à instaurer.

Quatrième hypothèse

La quatrième hypothèse selon laquelle le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'alimentation que le soutien offert par les médecins est partiellement confirmée. En fait, ni le soutien offert par la famille, ni celui offert par les médecins n'est apparu significatif en regard du caractère autodéterminé de la motivation spécifique à l'alimentation. Toutefois, les résultats permettent de considérer une tendance vers un impact plus important du soutien familial sur le caractère autodéterminé de la motivation spécifique à s'alimenter sainement, car le bêta du soutien offert par la famille ($\beta = 0,18$) est plus grand que celui du soutien offert par les médecins ($\beta = -0,04$).

À l'instar du résultat issu de la deuxième hypothèse touchant l'activité physique, il est difficile de mettre ces conclusions en parallèle avec d'autres recherches du domaine de la santé, car aucune autre étude n'a comparé jusqu'à maintenant l'effet du soutien offert par la famille avec celui du soutien offert par les médecins sur la motivation spécifique à l'alimentation. Par ailleurs, l'influence secondaire du soutien offert par les médecins en comparaison du soutien offert par la famille ne conforte pas le modèle théorique de la TAD appliqué au domaine de la santé, qui souligne l'impact du soutien offert par les médecins sur la motivation autodéterminée des patients à adopter et maintenir de saines habitudes de vie (Deci & Flaste, 1995; Sheldon et al., 2003; Williams, 2002).

Ce résultat ne va également pas dans le même sens que les résultats de trois études qui ont permis d'établir un lien significatif entre le soutien offert par les médecins et la motivation spécifique à l'alimentation (Williams et al., 1996; Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004). La comparaison de la présente étude avec ces trois recherches met toutefois en évidence des distinctions méthodologiques importantes qui viennent expliquer la différence de résultats observée.

D'abord, en ce qui a trait aux études de Williams et al. (1998a) et de Williams et al. (2004), qui incluent la diète alimentaire dans la liste de leurs variables, les distinctions méthodologiques énoncées dans la section touchant l'activité physique peuvent être reprises ici afin de nuancer la différence de résultats. Rappelons que ces éléments distinctifs réfèrent principalement à des différences liées à la méthodologie et à la définition des variables. En effet, contrairement à la présente étude, les études de Williams et al. (1998a) et de Williams et al. (2004) ne procèdent pas à l'évaluation de la motivation spécifique à l'alimentation, n'évaluent pas de façon distincte l'effet du soutien offert par le médecin et n'analysent pas l'ensemble des composantes du soutien offert (soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation).

Ensuite, en regard de l'étude de Williams et al. (1996), plusieurs éléments peuvent expliquer la différence de résultats avec la présente étude. D'une part, les auteurs ont étudié une population de patients souffrant d'obésité plutôt que de MCV, étudié uniquement le soutien à l'autonomie plutôt que l'ensemble des types de soutien comme

le fait la présente étude et considéré un échantillon représenté principalement par des femmes (73 % de participation féminine en comparaison de 19,4 % pour l'étude actuelle). Tel que rapporté précédemment, les tâches relatives à l'alimentation incombent principalement au sexe féminin (Kroska, 2003). Par conséquent, puisque 73 % des participants sont des femmes, il serait possible de croire que la composition de l'échantillon de l'étude de Williams et al. (1996) favorise une association significative entre la motivation autodéterminée et la modification de comportements alimentaires.

Deux autres différences méthodologiques entre la présente étude et celle de Williams et al. (1996) apportent une contribution importante à l'explication de la différence de résultats observée. Les auteurs ont introduit un groupe de soutien et d'entraide hebdomadaire structuré, d'une durée de 13 séances et regroupant de 12 à 15 participants et évalué le soutien offert par les médecins à l'intérieur d'une équipe de professionnels de la santé (médecin, infirmière, nutritionniste et psychologue). D'une part, la présence d'un groupe de soutien et d'entraide hebdomadaire peut avoir influencé de façon significative la motivation des patients à s'alimenter sainement. En effet, le groupe semble être en mesure de répondre aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation définis par la TAD. Les auteurs mentionnent en fait que l'objectif de ce groupe est de faciliter les discussions touchant les émotions et les difficultés rencontrées au cours du programme et d'enseigner des techniques d'efficacité personnelle en lien avec les comportements alimentaires ciblés. Il apparaît ainsi que les objectifs de ce groupe hebdomadaire rejoignent non seulement le soutien à l'autonomie, mais

également le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation, qui ne sont toutefois pas identifiés dans la liste des variables à l'étude. Il serait pourtant possible de penser qu'ils ont un impact sur la motivation autodéterminée, qui est apparue significativement reliée au soutien offert par l'équipe de professionnels de la santé impliqués auprès des participants.

D'autre part, et tel que discuté dans une section précédente traitant de la deuxième hypothèse, l'impact positif de l'approche en équipe peut être repris ici afin d'expliquer pourquoi Williams et al. (1996) ont pu établir un lien significatif entre le soutien offert par l'équipe de professionnels de la santé impliqués auprès des participants (médecin, infirmière, nutritionniste et psychologue) et la motivation spécifique à l'alimentation.

En somme, les participants de l'étude de Williams et al. (1996) ont eu accès à un réseau de soutien à la fois social et professionnel jumelant la réponse aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sur une base régulière, soit pendant 13 semaines consécutives. Cette différence contextuelle et méthodologique peut donc expliquer en quoi il a été possible pour les auteurs d'établir un lien significatif entre la motivation spécifique à l'alimentation et le soutien offert par l'équipe de professionnels de la santé, incluant un médecin.

Il est intéressant de constater que l'analyse comparative des résultats de la présente étude avec ceux de l'étude de Williams et al. (1996) permet de dégager des éléments

explicatifs similaires à ceux relatifs à l'analyse des résultats de la deuxième hypothèse touchant l'activité physique. En effet, le groupe de soutien et d'entraide, combiné à l'approche d'équipe multidisciplinaire propres à la méthodologie de l'étude de Williams et al. (1996), mettent un fois de plus en évidence l'influence positive du réseau de soutien et celui d'une plus grande fréquence de contacts sur le caractère autodéterminé de la motivation. Par extension, cette différence de résultats entre la présente étude et celle de Williams et al. (1996) appuie également les résultats actuels, qui démontrent que le soutien offert par la famille tend à être un meilleur prédicteur que celui offert par les médecins du caractère autodéterminé de la motivation spécifique à l'alimentation saine. En effet, et tel que discuté lors de l'analyse des résultats de la deuxième hypothèse, la famille présente la particularité d'être organisée en réseau et d'offrir des contacts fréquents, contrairement aux médecins dans le contexte de pratique de la présente étude. Ceci peut expliquer pourquoi le soutien familial a tendance à avoir un plus grand impact que le soutien offert par les médecins sur la motivation autodéterminée des patients à s'alimenter sainement.

Cinquième hypothèse

La cinquième hypothèse selon laquelle le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse est statistiquement confirmée. Il apparaît ainsi que le soutien offert par la famille a un impact sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients atteints de MCV à adhérer à leur traitement pharmacologique.

Ce résultat conforte le modèle théorique général de la TAD, à l'effet que le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation influence la motivation des patients à adopter et à maintenir des comportements de santé. Ce résultat va également dans le même sens que celui d'une étude dont le cadre de référence théorique est la TAD, qui démontre un lien significatif entre le soutien offert par la famille et la motivation autodéterminée de patients atteints de VIH à adhérer à leur traitement pharmacologique (Kennedy et al., 2004). Ce résultat rejoint également les conclusions de plusieurs études d'allégeances théoriques différentes menées au cours des dernières années, qui révèlent que les familles ont une influence sur la santé et spécialement sur les facteurs de risque des MCV³. Les résultats actuels sont notamment cohérents avec les conclusions de trois recherches récentes, qui ont permis d'établir un lien entre la présence de proches aidants et l'adhérence médicamenteuse. En effet, une étude de Bane et al. (2006) et une autre de Kulkarni et al. (2006) ont démontré que le fait d'être marié est associé à une meilleure adhérence à la médication cardiaque et que le statut de célibataire est relié à une plus grande probabilité de non-adhérence. Ziegelstein (2003) a pour sa part identifié qu'un faible soutien social prédit de façon négative l'adhérence médicamenteuse.

Bien que ces trois recherches étudient l'impact de proches aidants sur le comportement plutôt que sur la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse, il est possible d'y dégager le rôle de facilitateur que peut avoir la famille sur ce

³ La liste détaillée des références est présentée à la page 64 de la section traitant de la première hypothèse.

comportement de santé, qui se distingue légèrement des autres comportements de santé ciblés dans la présente étude. En effet, contrairement à l'alimentation et à l'activité physique, l'influence que peut avoir la famille sur le caractère autodéterminé de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse ne peut être associée au fait de suivre un modèle comportemental familial, ni à la possibilité d'avoir du plaisir ensemble ou de partager des tâches propres à la vie de famille. L'adhérence médicamenteuse est davantage marquée par une exigence d'ordre individuel, de même que par une routine quotidienne basée sur la posologie prescrite.

C'est précisément par la nature quotidienne, immédiate et personnalisée du soutien familial qu'il est possible d'expliquer l'impact de la famille sur le caractère autodéterminé de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse. Dans le contexte de la présente étude, l'influence quotidienne de la famille peut être discutée sous deux angles, le premier relatif à des comportements d'accompagnement et de soutien et le second au *caring*⁴.

Comportements d'accompagnement et de soutien. Il est d'abord possible de penser que les comportements d'accompagnement et de soutien offerts par les membres de la famille des patients atteints de MCV peuvent influencer leur motivation à adhérer à leur traitement pharmacologique. Ces comportements peuvent prendre diverses formes, telles que rappeler au patient le moment de sa prise de médication afin qu'il ne l'oublie

⁴ Terme sans équivalent français.

pas, aller à la pharmacie renouveler la médication prescrite ou l'accompagner dans cette tâche, l'aider à apaiser d'éventuels effets secondaires et les découragements pouvant y être associés, convenir ensemble des éléments touchant à la médication à discuter lors de la prochaine visite médicale ou renforcer de façon verbale ses efforts d'adhérence pharmacologique. Notons que ces comportements réfèrent à la notion de motivation extrinsèque à régulation identifiée ou à celle de motivation extrinsèque à régulation intégrée, qui sont toutes deux autodéterminées.

De tels comportements d'accompagnement et de soutien offerts par la famille peuvent aider le patient à s'identifier à cette habitude de vie saine et à l'intégrer, grâce à l'instauration d'une routine quotidienne. En effet, l'influence de la famille s'exerce généralement sur une base quotidienne, dans la mesure où les membres de la famille des patients sont les témoins privilégiés de leurs habitudes de vie. Comme le rapporte Umberson (1987), les membres de la famille ont la possibilité de recadrer rapidement le patient lorsqu'il dévie des comportements menant à une bonne santé. Ce recadrage est donc à même d'aider le patient à bien intégrer sa routine médicamenteuse et à s'y identifier. Ainsi, l'association entre le caractère journalier de la prise de médication et l'impact quotidien du soutien offert par la famille permet d'expliquer, du moins en partie, le lien statistiquement significatif observé dans la présente étude entre le soutien offert par la famille et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse.

Caring. L'influence quotidienne des familles peut par ailleurs se concevoir comme étant des comportements de *caring*. Puisque l'échantillon montre une participation principalement masculine (80,6 % des participants sont des hommes), un âge moyen de 61,24 ans, de même qu'une proportion élevée de participants mariés (71,9 %), il est possible de croire que le soutien familial offert aux patients est assuré principalement par les conjointes des participants. La représentation majoritaire des femmes dans ce rôle d'aidant naturel renvoie ainsi à des caractéristiques de soutien qui leur sont propres. Le *caring*, qui se définit brièvement comme étant une disposition à prendre soin et soutenir autrui (Hesbeen, 1999), résume bien l'ensemble des caractéristiques propres au soutien offert par les femmes. En effet, le rôle d'aidant naturel, qui renvoie directement au *caring*, est documenté dans la littérature comme un rôle majoritairement féminin (Meredith, 2005). Logsdon et Robinson (2000) ajoutent même qu'il est socialement attendu que les femmes s'attribuent ce rôle. Le *caring* pourrait ainsi être très actif chez les conjointes des participants, qui doivent accompagner leurs proches affaiblis par la maladie. Dans ce contexte de *caring*, la fréquence des comportements d'accompagnement et de soutien discutés à la section précédente pourraient être augmentée, ce qui permet d'expliquer le lien statistiquement significatif entre le soutien familial et la motivation autodéterminée relative à l'adhérence médicamenteuse.

En somme, l'analyse des résultats relatifs à la cinquième hypothèse permet d'établir un lien statistiquement significatif entre le soutien offert par la famille et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse

chez les patients atteints de MCV. Ce résultat peut notamment s'expliquer par l'influence quotidienne de la famille, qui s'observe par des comportements d'accompagnement et de soutien, de même que par le *caring* démontré par les proches des patients, qui sont majoritairement des femmes dans le présent échantillon.

Sixième hypothèse

Conformément à ce qui avait été stipulé dans la sixième hypothèse, le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par la famille prédit de façon plus importante le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'adhérence médicamenteuse que le soutien offert par les médecins. À l'instar de la motivation spécifique à l'activité physique, il apparaît que non seulement le soutien familial a plus d'impact sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients à adhérer à leur traitement pharmacologique que le soutien offert par les médecins, mais également qu'il est le seul à avoir un impact significatif.

L'influence secondaire du soutien offert par les médecins en comparaison du soutien offert par la famille ne conforte pas certaines études utilisant le modèle théorique de la TAD dans le domaine de la santé. En effet, la TAD documente l'impact du soutien offert par les médecins sur la motivation autodéterminée des patients à adopter et maintenir de saines habitudes de vie (Deci & Flaste, 1995; Sheldon et al., 2003; Williams, 2002). Les résultats actuels ne vont d'ailleurs pas dans le même sens que quatre études prenant appui sur le cadre de référence de la TAD, qui ont permis d'établir

un lien significatif entre le soutien offert par les médecins et la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse (Kennedy et al., 2004; Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004; Williams et al., 1998b).

D'abord, en regard des études de Williams et al. (1998a) et de Williams et al. (2004), qui incluent l'adhérence médicamenteuse dans la liste de leurs variables, les distinctions méthodologiques énoncées dans la section touchant l'activité physique et l'alimentation peuvent également être considérées ici afin d'expliquer la différence de résultats. Rappelons que ces éléments distinctifs réfèrent principalement à des différences liées à la méthodologie et à la définition des variables. En effet, les études de Williams et al. (1998a) et de Williams et al. (2004) ne procèdent pas à l'évaluation de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse, n'évaluent pas de façon distincte l'effet du soutien offert par le médecin et n'analysent pas l'ensemble des composantes du soutien offert (soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation) comme le fait la présente étude.

Ensuite, plusieurs éléments viennent expliquer l'écart de résultats entre la présente étude et celle de Williams et al. (1998b), qui a mis en évidence un lien significatif entre le soutien à l'autonomie offert par les médecins, la motivation autodéterminée et l'adhérence médicamenteuse. Cette différence de résultat peut notamment s'expliquer par le fait que la population de cette étude présente des problèmes de santé variés plutôt que des problèmes cardiaques ou chroniques et que les auteurs considèrent

exclusivement le soutien à l'autonomie plutôt que les trois types de soutien interpersonnel définis par la TAD comme le fait l'étude actuelle.

Par ailleurs, les résultats ne vont pas dans le même sens que les conclusions de l'étude de Kennedy et al. (2004), qui ont observé un impact supérieur du soutien offert par des professionnels de la santé sur le caractère autodéterminé de la motivation de patients atteints de VIH à adhérer à leur traitement pharmacologique, en comparaison au soutien offert par la famille. Plusieurs éléments viennent toutefois expliquer cette différence de résultats. Tout d'abord, bien que la méthodologie de l'étude de Kennedy et al. (2004) ne définisse pas clairement le terme «professionnels de la santé», il est possible de comprendre que l'analyse du soutien offert implique non seulement les médecins comme le fait la présente étude, mais également tous les professionnels qui entourent et offrent des soins aux patients (p. ex., infirmières, psychologues, nutritionnistes). L'impact positif d'une offre de soutien en équipe ou en réseau sur la motivation, discuté dans les sections précédentes, peut donc également être repris ici afin d'expliquer l'influence du soutien offert par les professionnels de la santé dans l'étude de Kennedy et al. (2004).

Ensuite, l'étude de Kennedy et al. (2004) considère exclusivement le soutien à l'autonomie pour l'analyse de la motivation autodéterminée, tandis que la présente étude combine également le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation pour cette même analyse. Puisque dans l'étude actuelle le soutien à la compétence est le seul type

de soutien qui est apparu significatif en regard du caractère autodéterminé de la motivation, il est possible de penser que les résultats de l'étude de Kennedy et al. (2004) auraient pu être différents si l'ensemble des types de soutien interpersonnel avait été considéré. L'influence significative du soutien à la compétence sur le degré d'autodétermination de la motivation sera discutée plus amplement dans la prochaine section, traitant de la question exploratoire.

Enfin, les différents types de maladie dont sont atteints les participants peuvent également contribuer à l'explication de l'écart observé entre les résultats de l'étude actuelle et ceux de la recherche de Kennedy et al. (2004). En effet, la présente étude examine les variables influençant l'adhérence médicamenteuse de patients atteints d'une maladie associée aux habitudes de vie, tandis que celle de Kennedy et al. (2004) se concentre plutôt sur les facteurs influençant l'adhérence médicamenteuse de patients atteints d'une maladie virale. Une distinction importante entre ces types de maladie réside dans la complexité sociale propre au diagnostic du VIH/sida. En effet, selon Elliott, Utyasheva et Zack (2009), la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida constituent l'une des barrières les plus significatives nuisant à la prévention, au traitement et au soutien offert aux personnes atteintes. Ainsi, il est possible de croire que l'acceptation de la maladie et le soutien offert par les membres de la famille de la personne atteinte du VIH/sida puissent être complexifiés par ce phénomène d'ordre social. Cette complexité peut participer à l'explication de l'impact supérieur du soutien offert par les professionnels de la santé à celui offert par la famille en regard du

caractère autodéterminé de la motivation relative à l'adhérence médicamenteuse observé dans l'étude de Kennedy et al. (2004).

Par ailleurs, et tel que discuté précédemment, la famille a la particularité d'être organisée en réseau et d'offrir des contacts fréquents aux patients, tandis que dans le contexte de pratique de la présente étude, les médecins ne peuvent pas le faire. Une offre de soutien fréquente et organisée selon une approche d'équipe peut donc expliquer pourquoi le soutien familial a un plus grand impact que le soutien offert par les médecins sur la motivation autodéterminée des patients à adhérer à leur traitement pharmacologique.

En somme, les résultats relatifs à la sixième hypothèse indiquent de façon statistiquement significative que le soutien offert par la famille est le seul à prédire le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse en comparaison du soutien offert par les médecins. Une fois encore, la plus grande possibilité qu'ont les familles d'offrir du soutien en réseau et par des contacts fréquents peut expliquer ce résultat.

Question exploratoire

La question exploratoire visait à identifier le type de soutien qui prédit le mieux le degré d'autodétermination des motivations spécifiques relatives aux trois comportements de santé. En combinant les sources de soutien présentes auprès des

patients (médecins et famille), les analyses ont révélé que non seulement le soutien à la compétence est le meilleur prédicteur du caractère autodéterminé de la motivation spécifique pour chacun des trois comportements de santé, mais aussi qu'il est le seul à être significatif.

Ce résultat est apparemment nouveau dans les écrits scientifiques, car les études menées jusqu'à maintenant dans le domaine de la TAD ne permettent pas d'évaluer l'effet respectif des trois types de soutien interpersonnel sur la motivation des patients à prendre soin de leur santé. L'étude actuelle se démarque des autres recherches, puisqu'elle analyse de façon indépendante chacun des types de soutien interpersonnel définis par la TAD et leur impact sur le caractère autodéterminé de la motivation spécifique à trois comportements de santé qui exercent une influence sur la santé cardiaque. Contrairement à la présente étude, la majorité des recherches portant sur la TAD et les comportements de santé ne réfèrent en fait qu'au soutien à l'autonomie lorsqu'il est question de soutien offert par les médecins et/ou par les professionnels de la santé (Williams et al., 1999; Williams et al., 2002; Williams et al. 1996; Williams et al., 2006b; Williams et al., 2004; Williams et al., 1998a; Williams et al., 1998b). Le soutien à l'affiliation et le soutien à la compétence sont ainsi absents des variables mises à l'étude dans ces recherches, bien que l'instrument de mesure qu'elles préconisent pour évaluer le soutien perçu, le *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ), comporte également des questions relatives au soutien à l'affiliation (p. ex., *Je me sens accepté par mon médecin.*) et au soutien à la compétence (p. ex., *Mon médecin me donne*

confiance en mes capacités de rétablissement.). Par conséquent, il est possible de considérer que les recherches antérieures combinent sous l'appellation de soutien à l'autonomie les trois types de soutien interpersonnel définis par la TAD lorsqu'elles cherchent à évaluer l'impact du soutien perçu par les patients chez leur personnel soignant. L'étude actuelle apporte ainsi plus de précision en regard de la contribution de chacun des types de soutien définis par la TAD sur la motivation autodéterminée. Les sections suivantes permettront d'analyser les résultats obtenus pour chacun de ces types de soutien.

Soutien à la compétence. Malgré le caractère original de la présente étude, les résultats relatifs à la question exploratoire vont dans le même sens que d'autres conclusions de recherches théoriques et empiriques. En effet, l'influence significative du soutien à la compétence rejoint les données théoriques de Bandura (1977, 1989, 2004), de Rothman (2000) et de Rothman, Baldwin et Hertel (2011), de même que les résultats d'études dont le cadre de référence est la TAD (Slovinec-D'Angelo et al., 2007; Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004). Les conclusions de ces recherches confirment notamment le rôle déterminant du sentiment d'efficacité personnelle, similaire à la notion de compétence, dans l'adoption de comportements de santé. Tel qu'introduit dans le contexte théorique, les concepts d'efficacité personnelle et de compétence se ressemblent puisqu'ils réfèrent tous deux à la notion de confiance en ses capacités individuelles pour atteindre un objectif.

L'influence significative du soutien à la compétence sur le caractère autodéterminé de la motivation spécifique aux trois comportements de santé pourrait donc être expliquée par l'impact direct que le soutien à la compétence a sur le sentiment d'efficacité personnelle. Les trois questions de l'instrument de mesure utilisé dans cette étude pour évaluer le soutien à la compétence se rapportent d'ailleurs à la notion de confiance en regard des capacités individuelles des patients à adopter des comportements de santé : Question 1 : *Les commentaires que je reçois de mon (ma) médecin / cardiologue / famille me font sentir incertain(e) de mes capacités vis-à-vis ma santé.* Question 2 : *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille me parle uniquement de mes erreurs (p. ex., comportements anti-santé).* Question 3 : *Les commentaires sur ma santé que je reçois de mon (ma) médecin / cardiologue / famille représentent des critiques inutiles.*

Dans cet ordre d'idées et bien que l'étude actuelle n'évalue pas directement le sentiment de compétence ou sentiment d'efficacité personnelle des patients, il serait possible de croire qu'il entre également dans le modèle à partir duquel cette étude a tiré ses variables (soutien à la compétence → motivation autodéterminée → comportement) (Deci, 1994; Deci & Flaste, 1995; Sheldon et al., 2003; Williams, 2002) et contribue ainsi à l'explication du présent résultat. D'autres études ont également introduit une telle variable dans ce modèle d'adoption de comportements de santé. Cette hypothèse explicative rejoint notamment les résultats issus des recherches de Slovinec-D'Angelo et al. (2007), Williams et al. (1998a) et Williams et al. (2004), qui ont démontré

l'implication du sentiment de compétence dans le processus d'adoption de comportements de santé (activité physique et gestion du contrôle glycémique), via la motivation autodéterminée. Slovinec-D'Angelo et al. (2007) soulignent en fait que le sentiment de compétence joue un rôle significatif pour l'adoption de comportements, tandis que la motivation est plus influente en regard du maintien de comportements.

Ainsi, le fait que les participants soient au début de leur processus de réhabilitation contribue également à l'explication du présent résultat. Tel qu'énoncé précédemment, trois mois après avoir reçu les recommandations d'usage concernant les changements comportementaux à instaurer dans le contexte de leur maladie, les participants de l'étude sont vraisemblablement en période d'adaptation. Cette période d'adaptation à la maladie rejoint ainsi la période d'adoption de comportements discutée par Slovinec-D'Angelo et al. (2007), de même que la période d'initiation au changement comportemental développée par Rothman et al. (2011). Selon ces derniers auteurs, il existe quatre phases distinctes au processus d'adoption et de maintien de comportements, soit 1) la phase de réponse initiale (*initial response*); 2) la phase de poursuite (*continued response*); 3) la phase de maintien (*maintenance*) et 4) la phase d'habitude (*habit*). Les deux premières phases correspondent à la période d'initiation au changement comportemental et les deux dernières à la période de maintien comportemental.

Dans le cadre de la présente étude, il est effectivement possible de considérer que la situation des participants au temps 2 (3 mois) correspond principalement à la phase de

réponse initiale, voire même pour certains d'entre eux à celle de poursuite. Ces phases se définissent respectivement par l'initiation d'efforts pour adopter un nouveau comportement (p. ex., s'inscrire à un programme d'activité physique) et par la poursuite d'efforts pour adopter un nouveau comportement (p. ex., se présenter à la salle d'activité physique trois fois par semaine). Toujours selon les conclusions théoriques de Rothman et al. (2011), cette période d'initiation au changement est une période critique pour le maintien de comportements de santé à long terme, puisque ce serait à ce moment que les patients évaluent si leurs nouvelles expériences comportementales répondent à leurs attentes et donnent les résultats escomptés. C'est seulement lorsque cette évaluation est satisfaisante que les patients peuvent passer à la période de maintien. Tel que le confirment également Slovinec-D'Angelo et al. (2007), cette période d'initiation au changement comportemental, dans laquelle la majorité des participants se retrouvent, serait associée au sentiment d'efficacité personnelle (Rothman et al., 2011).

Par extension, et puisque l'association entre le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation autodéterminée est mise en évidence tant dans la littérature scientifique que dans la présente étude, il serait possible de considérer que les données recueillies au temps 2 (3 mois) se rapportent à une période d'adaptation à la maladie chez les patients où l'enjeu principal est le développement et la confirmation de la confiance en leurs capacités individuelles. Dans cet ordre d'idées, les enjeux liés au soutien à l'autonomie et à l'affiliation seraient plus secondaires chez les patients à cette période précise de leur adaptation à la maladie. Cette situation pourrait notamment expliquer l'absence de lien

significatif entre le soutien à l'autonomie et à l'affiliation et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique aux trois comportements de santé au temps 2 (3 mois).

Soutien à l'autonomie. En ce qui a trait à l'explication de l'absence de lien significatif entre le soutien à l'autonomie et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique aux trois comportements de santé, une autre hypothèse explicative peut être avancée. Il s'agit en fait du contexte de soins critiques du temps 1 (départ) et la faible fréquence de services offerts par les médecins dans le système de santé québécois actuel. Rappelons que les deux sources de soutien présentes auprès des patients (médecins et famille) ont été combinées pour répondre à la question exploratoire.

Bien que l'évaluation du soutien perçu par les patients ait été effectuée à partir des données recueillies au temps 2 (3 mois), il est possible de croire que les participants ont répondu aux questions de l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude à partir de leurs expériences générales, acquises au cours des derniers mois et années. Dans cet ordre d'idées, leur expérience relative au temps 1 (départ), où le mandat des professionnels de la santé était de stabiliser rapidement leur état physique, peut avoir influencé leur perception relativement au soutien à l'autonomie offert par les personnes de leur entourage. Les questions de choix, de responsabilité et de volonté relatives au soutien à l'autonomie n'ont pu avoir été prises en compte et abordées directement avec les patients dans le contexte de soins critiques du temps 1 (départ) et ce, tant du côté des

médecins que du côté de la famille. Par ailleurs, si on joint ce contexte particulier au fait que les participants de l'étude n'ont peut-être pas encore revu leur médecin suite à leur passage au département de cardiologie lors de la passation du questionnaire du temps 2 (3 mois), il semble que la perception des patients face au soutien à l'autonomie offert par leurs médecins puissent être influencée par l'effet de récence des événements intenses du temps 1 (départ). Les questions de l'instrument de mesure qui touchent le soutien à l'autonomie se rapportent effectivement peu à ce contexte de soins critiques: Question 1 : *Lorsque je demande de l'aide concernant ma santé à mon (ma) médecin / cardiologue / famille, il (elle) me demande mon avis avant de me donner le sien (leur).* Question 2 : *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé.* Question 3 : *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des siens (leurs).*

Soutien à l'affiliation. Une autre hypothèse explicative peut être avancée pour expliquer l'absence de lien significatif entre le soutien à l'affiliation et le caractère autodéterminé de la motivation spécifique aux trois comportements de santé. Bien que les deux sources de soutien présentes auprès des patients (médecins et famille) aient été combinées pour répondre à la question exploratoire, cette hypothèse explicative renvoie principalement au soutien offert par les médecins, qui ne s'est pas avéré significatif pour aucune des hypothèses de recherche. Il semble en fait que les conditions relationnelles de base nécessaires pour une offre de soutien à l'affiliation adéquate sont difficiles à

établir entre les patients et leur médecin dans le contexte de pratique médicale actuel. Tel que discuté précédemment, la fréquence des services offerts par les médecins est faible dans le système de santé québécois. Aussi, en contexte d'hospitalisation ou de séjour au département de cardiologie, plusieurs cardiologues peuvent être assignés tour à tour au dossier du patient. Ces deux réalités médicales peuvent rendre plus difficile l'établissement d'un attachement réciproque entre le patient et son médecin, de même que le développement du sentiment chez le patient d'être respecté et important pour son médecin, éléments essentiels du soutien à l'affiliation tel qu'énoncé par la TAD. Les trois questions de l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude se rapportant à la relation médecin-patient pourraient ainsi avoir été difficiles à répondre pour les patients:

Question 1 : *Je sens que mon (ma) médecin / cardiologue / famille se soucie vraiment de ma santé.* Question 2 : *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille semble être sincèrement intéressée par ce que je fais pour ma santé.* Question 3 : *Mon (ma) médecin / cardiologue / famille se soucie peu que ma santé s'améliore.*

En somme, les résultats relatifs à la question exploratoire indiquent que le soutien à la compétence est le type de soutien interpersonnel le plus influent et le seul à être significatif dans la prédiction du degré d'autodétermination de la motivation spécifique pour chacun des trois comportements de santé. L'influence significative du soutien à la compétence peut notamment être expliquée par le fait que le sentiment de compétence joue un rôle en regard de la motivation autodéterminée et que les patients sont, au temps 2 (3 mois), dans une étape d'adaptation à la maladie où l'enjeu principal est le

développement et la confirmation de la confiance en leurs capacités individuelles. Par extension, les enjeux liés au soutien à l'autonomie et à l'affiliation seraient plus secondaires chez les patients à cette période précise de leur adaptation à la maladie. Ceci pourrait entre autre expliquer pourquoi il a été impossible d'établir un lien significatif entre le soutien à l'autonomie et à l'affiliation et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique aux trois comportements de santé au temps 2 (3 mois). Par ailleurs, l'absence de lien significatif entre le soutien à l'autonomie et le caractère autodéterminé de la motivation spécifique aux trois comportements de santé peut également être associée au contexte de soins critiques des patients au temps 1 (départ). Enfin, il est possible d'expliquer l'absence de lien significatif entre le soutien à l'affiliation et le caractère autodéterminé de la motivation spécifique aux trois comportements de santé par le fait que les conditions relationnelles de base pour favoriser le soutien à l'affiliation entre le patient et son médecin sont difficiles à établir dans le contexte de pratique médicale actuel.

Synthèse des résultats

De l'ensemble de la discussion qui précède, il est possible de dégager trois grands constats relatifs aux résultats de cette étude, qui examine la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par la famille et les médecins et les motivations spécifiques à trois comportements de santé (activité physique, alimentation et adhérence médicamenteuse) chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean. Le premier constat met en évidence l'importance du soutien offert par la

famille, le second l'absence d'impact du soutien offert par les médecins et le troisième fait ressortir que le soutien à la compétence est le seul à avoir un impact significatif sur la motivation autodéterminée.

Différentes hypothèses explicatives ont été avancées pour chacun de ces trois constats. En ce qui a trait à l'impact du soutien offert par la famille sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients, les explications retenues ont fait référence à la notion de modèle comportemental, aux stratégies d'ajustement familiales pour retrouver un équilibre ou une homéostasie, au plaisir de partager des moments en famille, à la notion de réseau de soutien, de même qu'au fait que les contacts familiaux sont habituellement fréquents et prédisposent ainsi à des comportements d'accompagnement, de soutien et de *caring*, particulièrement lorsque le rôle d'aidant naturel est tenu par des femmes.

En regard de l'absence d'impact du soutien offert par les médecins sur le degré d'autodétermination de la motivation des patients, c'est le contexte de pratique médicale actuel qui a été principalement ciblé comme facteur explicatif. En effet, la faible fréquence des contacts observée entre les patients et leurs médecins, la faible possibilité qu'ont les patients d'établir un lien de confiance avec ces derniers et une offre de services tendant vers l'unidisciplinarité professionnelle plutôt que vers l'interdisciplinarité sont tous des éléments contextuels qui peuvent diminuer l'impact du soutien offert par les médecins sur la motivation des patients.

Ainsi, une distinction importante entre les deux sources de soutien que sont la famille et les médecins réside dans les facteurs de proximité, de disponibilité, de relation de confiance, de fréquence des contacts et d'offre de soutien en réseau. Puisque ces cinq éléments sont plus faciles à conjuguer dans le cercle familial, il est compréhensible que le soutien offert par la famille ait plus d'impact sur la motivation autodéterminée des patients que le soutien offert par les médecins.

Enfin, notons que l'impact significatif du soutien à la compétence sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients est apparu associé à l'enjeu primaire d'adaptation à la maladie des participants de cette étude, qui sont au tout début de leur processus de réhabilitation cardiaque (0 à 3 mois). En effet, le sentiment de compétence prendrait à cette période une importance toute particulière pour l'adoption de nouveaux comportements de santé, ce que le soutien à la compétence serait à même de générer. Les participants de cette étude apparaissent ainsi principalement préoccupés par leur capacité à changer leurs habitudes de vie, en tentant notamment de préciser la nature de ces changements et la façon d'y parvenir.

Les résultats significatifs de cette étude et les trois grands constats qui en découlent permettent de considérer des liens entre le soutien offert par la famille et le soutien à la compétence. Les résultats suggèrent en fait que lorsque la famille soutient efficacement la compétence de leur proche malade dans le processus de réhabilitation cardiaque, elle offre les conditions gagnantes pour l'adoption de comportements améliorant la santé.

Ces conditions gagnantes pourraient notamment cibler certaines caractéristiques de la famille précédemment discutées, telles que proximité, disponibilité, relation de confiance, possibilité de contacts fréquents et offre de soutien en réseau. Cette étude suggère que le cercle familial est le milieu où ces conditions gagnantes sont facilitées.

Implications théoriques et pratiques

Les données empiriques de cette étude permettent de soutenir la pertinence du modèle théorique de la TAD dans le domaine de la psychologie de la santé. Plus précisément, la présente étude fournit des connaissances supplémentaires sur l'influence de deux sources de soutien interpersonnel (médecins et famille) et des trois types de soutien définis par la TAD (soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation) sur la motivation de patients atteints de MCV à adopter certains comportements de santé.

Tout d'abord et pour la première fois, la présente étude a mis en évidence l'impact du soutien offert par la famille sur la motivation autodéterminée de patients coronariens à changer des habitudes de vie relatives à l'activité physique, à l'alimentation et à l'adhérence médicamenteuse. Les résultats confirment ainsi l'importance du rôle de la famille sur la motivation à adopter de nouveaux comportements de santé. Cet impact familial avait été démontré par plusieurs études de perspectives théoriques différentes de la TAD au cours des dernières années, mais moins par le corpus de recherches prenant appui sur ce modèle théorique. Cette étude pourrait ainsi ouvrir une voie nouvelle quant

à la contribution de la famille associée aux variables de la TAD dans le domaine de la santé.

Ensuite, les résultats actuels ont mis en évidence que le soutien à la compétence est le seul à avoir un impact significatif sur le caractère autodéterminé de la motivation des patients. En raison du rapprochement théorique entre le soutien à la compétence et le sentiment de compétence, il est possible de penser que ces résultats vont dans le même sens que les conclusions formulées par plusieurs théoriciens et chercheurs (Bandura, 1977, 1989, 2004; Rothman, 2000; Rothman et al., 2011, Slovinec-D'Angelo et al., 2007; Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004), qui ont identifié et exploré l'influence du sentiment de compétence sur le processus de changement de comportements. Selon ces auteurs, l'impact du sentiment de compétence serait particulièrement important lors de l'adoption de nouveaux comportements, étape dans laquelle la majorité des participants de cette étude se trouvent.

La présente étude n'a toutefois pas permis d'établir de lien prédictif entre le soutien offert par la famille et le degré d'autodétermination de la motivation spécifique à l'alimentation, de même qu'entre le soutien offert par les médecins et le degré d'autodétermination des motivations spécifiques aux trois comportements de santé ciblés. Il a également été impossible de considérer des liens significatifs entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée et entre le soutien à l'affiliation et la motivation autodéterminée. Bien que ces résultats n'aient pas été significatifs, la

présence de liens significatifs entre ces variables ne peut être exclue. En effet, plusieurs facteurs de nature méthodologique ont pu compromettre la mise en lumière de telles relations.

Sur le plan pratique, les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance d'impliquer la famille dès l'annonce du diagnostic de MCV et dans le processus de réhabilitation cardiaque. Puisqu'il apparaît que le soutien familial joue un rôle dans le processus de réhabilitation cardiaque du patient, la présence d'un membre de la famille devrait être favorisée lorsque des recommandations importantes sont émises par les infirmières et les médecins au moment de l'hospitalisation du patient et des consultations ultérieures. Cette même implication familiale devrait être encouragée en regard des programmes de réhabilitation cardiaque plus formalisés, tel que celui offert au CSSSC dans le cadre du «Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques du Saguenay-Lac-St-Jean».

Par ailleurs, les hypothèses explicatives découlant des résultats de cette étude soulèvent la pertinence d'une offre de soutien en réseau. Dans le domaine de la santé, le travail en équipe interdisciplinaire est une approche de soins permettant d'offrir un tel soutien aux patients. En effet, le travail en équipe interdisciplinaire permet un meilleur soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, compte tenu de la possibilité qu'ont les patients de recevoir des informations, des conseils et une assistance à la fois variés et répétés. Notons de surcroît qu'une telle orientation interdisciplinaire est

favorisée dans les ouvrages de psychocardiologie (Jordan & Bardé, 2007; Molinari, Compare, & Parati, 2006) et par le Gouvernement du Québec (2004). Il serait ainsi favorable que les patients atteints de MCV puissent bénéficier d'une telle approche de soins dès l'annonce de leur diagnostic.

Enfin, le fait que le soutien à la compétence ait été significativement relié à la motivation autodéterminée des participants suggère que les médecins devraient être sensibilisés à l'importance de cette variable psychologique pour optimiser l'adoption des comportements de santé des patients atteints de MCV. Dans leur pratique clinique, les médecins peuvent offrir un tel soutien en informant bien les patients sur la maladie et ses traitements et en renforçant leurs capacités et leurs efforts face au changement d'habitudes de vie.

Forces et limites de la recherche

Cette recherche présente des forces certaines qu'il faut souligner et qu'il serait à propos de considérer dans les recherches subséquentes. Tout d'abord, les résultats issus de cet essai enrichissent la recherche sur les facteurs qui influencent la motivation des patients à adopter des habitudes de vie plus saines. En effet, les études menées antérieurement dans le domaine de la TAD et des comportements de santé ne se rapportent essentiellement qu'au soutien aux besoins d'autonomie et de compétence offert par les médecins, tandis que la présente étude regroupe le soutien aux trois besoins, offert tant par les médecins que par la famille. Il est ainsi tout à fait nouveau de

comparer ces deux groupes de personnes, en axant sur les trois types de soutien interpersonnel identifié par la TAD. Il est également novateur d'analyser l'effet respectif de ces deux groupes sur la motivation spécifique à changer des comportements de santé.

Cette recherche apporte par ailleurs une contribution importante à la connaissance du phénomène complexe qu'est la motivation à changer des habitudes de vie chez des patients souffrants de MCV, une des principales causes de maladie, d'hospitalisation, d'invalidité et de décès au Canada. Le fait que cette recherche cible principalement des patients âgés (M : 61,24 ans) peut également représenter une force, compte tenu de l'importance de la population vieillissante au Québec et de la demande croissante de soins médicaux qu'elle nécessite.

La taille relativement importante de l'échantillon (N =167) constitue également une force de la présente recherche considérant qu'elle a permis de dépasser la puissance statistique requise, augmentant ainsi la validité externe et les possibilités de généralisation des résultats. De plus, les analyses principales retenues afin de vérifier les hypothèses de recherche et la question exploratoire sont des régressions multiples, ce qui permet d'établir des liens de nature prédictive.

Bien que cette recherche ait été conduite en respectant les règles et la rigueur inhérentes à la démarche scientifique, certaines limites ont pu être relevées. Premièrement, en raison du devis expérimental de type corrélationnel, les analyses de

régression multiple n'ont pas permis d'établir des liens de causalité entre les dimensions du soutien interpersonnel et la motivation autodéterminée. Seule une étude de type longitudinal pourrait permettre de déterminer la direction de causalité entre ces facteurs.

Deuxièmement, le seuil de décision statistique unilatéral utilisé dans la présente recherche comporte certaines limites. En effet, en comparaison d'un seuil de décision statistique bilatéral, le seuil de décision statistique unilatéral est moins conservateur, ce qui augmente le risque de conclusions statistiques erronées.

Troisièmement, les résultats rapportés sont basés sur des données auto-rapportées pouvant donc entraîner certains biais. Ainsi, il est possible que les répondants aient voulu présenter une image positive d'eux-mêmes (désirabilité sociale) ou à l'inverse une vision négative.

Enfin, une quatrième limite a trait au type d'instrument utilisé pour mesurer le soutien perçu par le patient vis-à-vis son entourage, dont les questions sont tirées de l'échelle de comportements interpersonnels (ECI). Bien que les critères d'évaluation aient été établis de façon rigoureuse par les auteurs (Pelletier, Sharp, Beaudry & Otis, en préparation), la présentation des questions favorise un style de réponse stéréotypé pour les différentes sources de soutien.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues pourraient être envisagées en vue de poursuivre les travaux amorcés ici et de remédier à certaines limites énoncées dans la section précédente. Tout d'abord, une étude longitudinale se déroulant sur une période d'au moins une année serait souhaitable afin d'étudier les effets de variation, dans le temps, des différentes variables (soutien à l'autonomie, soutien à la compétence, soutien à l'affiliation, perception du soutien offert par la famille, perception du soutien offert par les médecins) sur la motivation autodéterminée de patients atteints de MCV à changer certains comportements de santé. Tel que discuté précédemment, une période d'adaptation est vraisemblablement nécessaire afin que les patients et leurs familles intègrent efficacement les recommandations émises par les professionnels de la santé et développent une relation de confiance avec ceux-ci. De plus, une étude longitudinale permettrait d'établir des liens de causalité.

Ensuite, il serait intéressant que les recherches futures abordent l'ensemble du modèle théorique proposé par la TAD (soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation → motivation → comportement). Cela permettrait d'évaluer l'effet des types et des sources de soutien non seulement sur la motivation autodéterminée des patients coronariens, mais également sur leurs comportements de santé. À l'instar de plusieurs études menées au cours des dernières années (Slovinec-D'Angelo et al., 2007; Williams et al., 1998a; Williams et al., 2004), l'ajout d'une mesure de sentiment d'efficacité personnelle ou de sentiment de compétence serait également souhaitable

pour bien déterminer son rôle dans le modèle théorique de la TAD et son impact à différents moments du processus de réhabilitation cardiaque.

De plus, il serait pertinent que les prochaines recherches précisent l'effet respectif du soutien offert par la famille et du soutien offert par les médecins pour chaque type de soutien interpersonnel (à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation) sur la motivation autodéterminée. Il serait alors possible de constater de quelle façon chaque source de soutien influence la motivation des patients et conséquemment, quel type de soutien chacune de ces sources devrait optimiser afin de bien répondre aux trois besoins énoncés par la TAD.

Par ailleurs, afin de confirmer le rôle du soutien en équipe sur la motivation autodéterminée, il serait intéressant que les chercheurs sélectionnent ultérieurement des patients coronariens bénéficiant de soins offerts au sein d'une équipe interdisciplinaire. Finalement, l'utilisation d'autres méthodes de collecte de données, comme l'utilisation d'entrevues semi-structurées ou la sollicitation de l'avis d'un tiers, serait à considérer afin d'obtenir des mesures plus objectives.

Conclusion

Au Canada, les MCV ont d'importantes répercussions collectives et individuelles. En effet, elles sont une des principales causes de décès dans la population canadienne et ont un impact majeur sur la qualité de vie des individus qui en sont atteints, tout comme sur celle de leur entourage. Étant un aidant de premier ordre suite à un épisode cardiaque, la famille est souvent la source de soutien principale des personnes devant y faire face. Les familles partagent ainsi les inquiétudes de leur proche malade et les accompagnent dans leur processus de réhabilitation cardiaque. Toutefois, malgré les bénéfices reconnus de la réhabilitation cardiaque pour la santé, il est observé que les patients n'y adhèrent pas suffisamment longtemps pour en retirer tous les avantages.

En mettant en parallèle le soutien offert par la famille avec le soutien offert par un autre acteur important dans la réhabilitation cardiaque des patients qu'est le médecin, cette étude a permis de préciser l'impact des proches aidants sur la motivation des patients à changer trois comportements de santé ciblés. Selon la TAD, la motivation est un facteur prépondérant pour la compréhension du développement et de l'adaptation comportementale de l'humain. Ainsi, en se basant sur les concepts-clé de la TAD, la présente recherche avait comme objectif central d'examiner la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par les médecins et la famille et la motivation relative à trois comportements de santé spécifiques (activité

physique, alimentation saine et adhérence médicamenteuse) chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean.

S'appuyant sur ce qui avait été démontré antérieurement par la communauté scientifique, six hypothèses de recherche et une question exploratoire ont été élaborées. Les résultats des analyses ont d'abord permis de constater que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert par la famille prédit de façon statistiquement significative le degré d'autodétermination de la motivation spécifique relative à l'activité physique et à l'adhérence médicamenteuse, mais non celui relatif à l'alimentation saine. Ensuite, les analyses ont révélé une prédiction plus importante du degré d'autodétermination de la motivation spécifique pour le soutien offert par la famille que pour le soutien offert par les médecins en regard des motivations spécifiques à l'activité physique et à l'adhérence médicamenteuse. Quant à la motivation spécifique à l'alimentation saine, les résultats suggèrent une tendance à l'effet que le soutien offert par la famille puisse être un meilleur prédicteur du degré d'autodétermination que le soutien offert par les médecins. Enfin, les résultats ont démontré que le soutien à la compétence est le type de soutien interpersonnel le plus influent et le seul significatif dans la prédiction du degré d'autodétermination de la motivation spécifique pour chacun des trois comportements de santé. Plusieurs explications ont été formulées afin de discuter de ces résultats originaux.

Les résultats issus de cette recherche ont permis d'améliorer les connaissances sur les facteurs qui influencent la motivation des patients atteints de MCV à adopter des habitudes de vie plus saines. La mise en évidence de l'impact de la famille sur la motivation spécifique est notamment une conclusion originale et notable de la présente étude. Les résultats de cette recherche identifient également certaines avenues intéressantes sur le plan clinique, telles que l'implication de la famille par les professionnels de la santé dès l'annonce du diagnostic de MCV chez un patient, l'organisation plus systématique de soins offerts en équipe et la sensibilisation des médecins à l'impact majeur du soutien à la compétence sur la motivation des patients à adopter des comportements de santé.

Enfin, il demeure indispensable de poursuivre les recherches visant à identifier les facteurs influençant l'adoption et le maintien de comportements de santé chez les personnes atteintes de MCV. Il sera ainsi possible de mieux saisir les variables affectives, cognitives et comportementales associées tant à l'individu qu'à son environnement social et ce, dans le but de favoriser l'adaptation et la réhabilitation des patients à leur maladie.

Références

- Ades, P. A., & Coello, C. E. (2000). Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. *The Medical Clinics of North America*, 84, 251-265.
- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay Lac-St-Jean (2010). *Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean*. Québec: L'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Allan, R. (1996). Introduction : The emergence of cardiac psychology. Dans R. Allan & S. Scheidt (Eds.), *Heart and mind : The practice of cardiac psychology* (pp. 3-11). Washington, DC: American Psychological Association.
- Amiguet, O., & Julier, C. R. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social : Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève, Suisse: Institut d'études sociales.
- Antonucci, J. C., & Johnson, E. H. (1994). Conceptualization and methods in social support theory and research as related to cardiovascular disease. Dans S. A. Schumaker & S. Czajkowski (Éds), *Social soutien and cardiovascular disease* (pp. 21-39). New York, NY: Plenum.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-164.
- Bane, C., Hughes, C. M., & McElnay, J. C. (2006). The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. *Patient Education and Counseling*, 60, 187-193.
- Baranowski, T., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (1996). How individuals, environments, and health behavior interact: Social Cognitive Theory. Dans K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Éds), *Health Behavior and Health Education*. 2e Éd. (pp. 153-178). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Bedsworth, J. A., & Molen, M. T. (1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care, 11*, 450-456.
- Beckman, H., & Frankel, R. (1984). The impact of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine, 101*, 692-696.
- Bellg, A. J. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology: Internalization and self-regulation of new behaviors. *Behavior Modification, 27*, 103-131.
- Bohachick, P., & Anton, B. B. (1990). Psychosocial adjustment of patients and spouses to severe cardiomyopathy. *Research in Nursing & Health, 13*, 385-392.
- Brown, D. G., Glazer, H., & Higgins, M. (1983). Group intervention: A psychosocial and educational approach to open heart surgery patients and their families. *Social Work in Health Care, 9*, 47-59.
- Brunet, P. G., Leclerc, J., Nadon, J., Paradis, T., & Quenneville, Y. (2005). *Des soins plus humains (Rapport du comité stratégique La Presse sur la qualité des soins de santé au Québec)*. Montréal, Qc: La Presse.
- Burman, M. E. (2001). Family caregiver expectations and management of the stroke trajectory. *Rehabilitation Nursing, 26*, 94-99.
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 263-281.
- Case, R. B., Moss, A. J., Case, N., McDermott, M., & Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *Journal of the American Medical Association, 267*, 515-519.
- Clark, A. M., Whelan, H. K., Barbour, R., & MacIntyre, P. D. (2005). A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing, 52*, 362-371.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*, 37-44.
- Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J. S., Nicklas, J. M., & Cranford, J. A. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology, 88*, 526-529.

- Deci, E. (1994). Self-determination theory and education. *Ceskoslovenská Psychologie*, 38, 420-426.
- Deci, E. L., & Flaste, R. (1995). *Why we do what we do : The dynamics of personal autonomy*. New York, NY: G.P. Putnam.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Publishing Co.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A Motivational Approach to Self - Integration in Personality. *Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237-288.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health., *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Deci, E. L., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Ryan, R. M. (1991). Motivation and Education - the Self-Determination Perspective. *Educational Psychologist*, 26, 325-346.
- Dixon, T., Lim, L. L., Powell, H., & Fisher, J. D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: A community-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1368-1375.
- Duhamel, F., & Campagna, L. (1997). La famille: Est-elle si importante en soins cardiovasculaires? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 16-22.
- Elliott, R., Utyasheva, L., & Zack, E. (2009). HIV, disability and discrimination: Making the links in international and domestic human rights law. *Journal of the International AIDS Society*, 12, 29-44.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Fiske, V., Coyne, J. C., & Smith, D. A. (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of Family Psychologist*, 5, 4-20.

- Fischler, C., & Masson, E. (2008). *Manger: Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris, France: O. Jacob.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2000). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa, Canada.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada en 2003*. Ottawa, Canada.
- Gilliss, C. L. (1991). The family dimension of cardiovascular care. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 3-7.
- Gordon, N. F., & Haskell, W. L. (1997). Comprehensive cardiovascular disease risk reduction in a cardiac rehabilitation setting. *American Journal of Cardiology*, 80, 69-73.
- Gouvernement du Québec (2004). *Projet clinique: Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gregory, S. (2005). Living with chronic illness in the family setting. *Sociology of Health and Illness*, 27, 372-392.
- Haskell, W. L., Alderman, E. L., Fair, J. M., Maron, D. J., Mackey, S. F., Superko, H. R., et al. (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation*, 89, 975-990.
- Heitman, L. K. (2004). Social support and cardiovascular health promotion in families. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19, 86-91.
- Hentinen, M. (1986). Teaching and adaptation of patients with myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies*, 23, 125-138.
- Hesbeen, W. (1999). «Le caring est-il prendre soin?». *Perspective soignante*, 4, 1-20.

- Hilscher, R. L., Bartley, A. G., & Zarski, J. J. (2005). A heart does not beat alone: Coronary heart disease through a family systems lens. *Families, Systems and Health, 23*, 220-235.
- Horgan, J., Bethell, H., Carson, P., Davidson, C., Julian, D., Mayou, R. A., et al. (1992). Working party report on cardiac rehabilitation. *British Heart Journal, 67*, 412-418.
- Hughes, M., & Gove, W. R. (1981). Living alone, social integration, and mental health. *American Journal of Sociology, 87*, 48-74.
- Jordan, J., & Bardé, B. (2007). Psychodynamic hypotheses on the etiology, course, and psychotherapy of coronary heart disease : 100 years of psychoanalytic research. Dans Jordan, Bardé & Zeiher (Éds), *Contributions toward evidence-based psychocardiology: A systematic review of the literature* (pp.35-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care, 27*, S110-S127.
- Kelly, R. B., Zyzanski, S. J., & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: Role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science & Medicine, 32*, 311-320.
- Kennedy, S., Goggin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: Utility of the theory of self-determination. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 611-628.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Kimiecik, J. C., & Horn, T. S. (2012). Examining the relationship between family context and children's physical activity beliefs: The role of parenting style. *Psychology of Sport and Exercise, 13*, 10-18.
- Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: Reforming data analysis methods in behavioral research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kriegsman, D. M. W., Penninx, B. W. J. H., & Van Eijk, J. T. M. (1994). Chronic disease in the elderly and its impact on the family: A review of the literature. *Family Systems Medicine, 12*, 249-267.
- Kroska, A. (2003). Investigating gender differences in the meaning of household chores and child care. *Journal of Marriage and Family, 65*, 456-473.

- Kulkarni, S. P., Alexander, K. P., Lytle, B., Heiss, G., & Peterson, E. D. (2006). Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *The American Heart Journal*, *151*, 185-191.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 869-878.
- Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*, 443-454.
- Logsdon, M. C., & Robinson, K. (2000). Helping women caregivers obtain support: Barriers and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, *14*, 244-248.
- Marvel, K. M., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Journal of the American Medical Association*, *281*, 283-287.
- Meredith, L. (2005). Review of caring for/caring about: Women, home care, and unpaid caregiving. *Archives of Women's Mental Health*, *8*, 113-114.
- Miller, N. H., Hill, M., Kottke, T., & Ockene, I. S. (1997). The multilevel compliance challenge: Recommendations for a call to action. *Circulation*, *95*, 1085-1090.
- Mochari-Greenberger, H., Terry, M. B., & Mosca, L. (2011). Sex, age, and race/ethnicity do not modify the effectiveness of a diet intervention among family members of hospitalized cardiovascular disease patients. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *43*, 366-373.
- Molinari, E., Compare, A., & Parati, G. (2006). *Clinical Psychology and heart disease*. Milan, Italie : Springer.
- Mosca, L., Mochari, H., Christian, A., Berra, A., Taubert, A., Mills, T., et al. (2006). National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Circulation*, *113*, 525-534.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. (1998). Cardiac rehabilitation. *Effective Health Care*, *4*, 1-11.
- Oldridge, N. (1991). Compliance with cardiac rehabilitation services. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *11*, 115-127.

- Oldridge, N., Guyatt, G., Fischer, M., & Rimm, A. (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: Combined experience of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association*, *260*, 945-950.
- Oldridge, N., Guyatt, G., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D., et al. (1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, *67*, 1084-1089.
- Organisation mondiale de la santé. (1993). *Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD : Report on two WHO consultations, Udine, Italy, 28-30 April 1992, Tours, France, 9 July 1992*: WHO Regional Office for Europe.
- Pell, J. (1997). Cardiac rehabilitation: A review of its effectiveness. *Coronary Health Care*, *1*, 8-17.
- Pelletier, L. G., Dion, S., Slovinc-D'Angelo, M., & Reid, B. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, *28*, 245-277.
- Pelletier, L. G., Sharp, E. C., Beaudry, S., & Otis, N. (en préparation). The interpersonal behaviours scale (IBS): Support of autonomy, competence and relatedness in different life domains. Manuscrit en préparation, Université d'Ottawa.
- Plotnikoff, R. C., & Higginbotham, N. (1995). Predicting low-fat diet intentions and behaviors for the prevention of coronary heart disease: An application of protection motivation theory among an Australian population. *Psychology & Health*, *10*, 397-408.
- Quinn, M. H. (1999). Family relationships and cardiovascular health: A review with implications for family psychologist. *Family Psychologist*, *15*, 10-13.
- Rothman, A. J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, *19*, 64-69.
- Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Hertel, A. W. (2011). Self-regulation and behavior change: Disentangling behavioral initiation and behavioral maintenance. Dans Vohs, & Roy (Eds), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications (2nd ed.)*, (pp. 106-122). New York, NY: Guilford Press.
- Russel, K. L., & Bray, S. R. (2010). Promoting self-determined motivation for exercise in cardiac rehabilitation: The role of autonomy support. *Rehabilitation Psychology*, *55*, 74-80.

- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist, 55*, 68-78.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. Dans R. Schwarzer (Éd.), *Self efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 1270-1279.
- Sheldon, K. M., Williams, G., & Joiner, T. (2003). *Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Slovinec-D'Angelo, M., Reid, R. D., & Pelletier, L. G. (2007). A model for exercise behavior change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 29*, 208-224.
- Stern, M. J., & Pascale, L. (1979). Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: The spouse's dilemma. *Journal of Psychosomatic Research, 23*, 83-87.
- Tapp, D. M. (2004). Dilemmas of family soutien during cardiac recovery: Nagging as a gesture of soutien. *Western Journal of Nursing Research Special Issue: Cardiovascular Nursing, 26*, 561-580.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior, 28*, 306-319.
- Vallerand, R. J., & Ratelle, C. F. (2002). Intrinsic and extrinsic motivation: A hierarchical model. E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research*, (pp. 37-63). Rochester, NY: University of Rochester Press.

- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Dans M. P. Zanna (Éd.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 29, pp. 271-360). New York, NY: Academic Press.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Koestner, R. (2008). Reflections on self-determination theory. *Canadian Psychology, 49*, 257-262.
- Van Horn, E., Fleury, J., & Moore, S. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: An integrative literature review. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care, 31*, 186-198.
- Venters, M. H. (1986). Family life and cardiovascular risk: Implications for the prevention of chronic disease. *Social Science and Medicine, 22*, 1067-1074.
- Wielgosz, A., & Reid, R. (2001). Mesures non-publiées. Institut de cardiologie, Université d'Ottawa.
- Williams, G. C. (2002). Improving patient's health through soutiening the autonomy of patients and providers. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 233-254). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Cox, E., Kouides, R., & Deci, E. L. (1999). Presenting the facts about smoking to adolescents: The effects of an autonomy-supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*, 959-964.
- Williams, G. C., Frankel, R., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and health-care outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: A self-determination theory integration. *Families, Systems & Health, 18*, 79-90.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998a). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care, 21*, 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology, 21*, 40-50.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 115-126.
- Williams, G. C., Lynch, M. F., McGregor, H. A., Ryan, R. M., Sharp, D., & Deci, E. L. (2006a). Validation of the "Important Other" Climate Questionnaire: Assessing

- autonomy support for health-related change. *Families Systems & Health*, 24, 179-194.
- Williams, G., McGregor, H. A., Sharp, D., Kouides, R., Levesque, C., Ryan, R. M., et al. (2006b). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91-101.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58-66.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998b). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.
- Wofford, T. S., Greenlund, K. J., Croft, J. B., & Labarthe, D. R. (2007). Diet and physical activity of U.S. adults with heart disease following preventive advice. *Preventive Medicine*, 45, 295-301.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.
- Ziegelstein, R. C. (2003). Adherence to medication regimens and recommended lifestyle changes in patients with cardiovascular disease. *Advanced Studies in Medicine*, 3, 150-156.

Rapport-Gratuit.com

Appendice A
Approbations éthiques



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du *21 mars 2006 au 21 mars 2007*

Pour le projet de recherche intitulé : *Effets du support à l'autonomie par les médecins et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risques chez des patients coronariens du Saguenay Lac-St-Jean.*

Chercheurs responsables du projet de recherche : *Gilles Lalonde et Claudie Émond*

Fait à Ville de Saguenay, le 21 mars 2006

André Leclerc
Président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Comité d'éthique de la recherche

Le 31 octobre 2011

Monsieur Gilles Lalande
Professeur
Département des sciences de la santé

N/Réf. : 602.83.01

OBJET : Décision – Prolongation d'une approbation éthique

Monsieur,

Le Comité restreint d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a étudié votre demande de prolongation pour le projet de recherche intitulé *Effets du support à l'autonomie par les médecins et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risques chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-Saint-Jean* ».

Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que la prolongation demandée pour votre projet de recherche a été approuvée à l'unanimité par le Comité.

La prolongation est valide pour la période du 31 octobre 2011 au 21 mars 2015.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :

<http://www.uqac.ca/recherche/cer/index.php>

En vous souhaitant le meilleur succès dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.



François Guérard, président
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi



Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
Comité d'éthique de la recherche
305, rue Saint-Vallier, 4^e étage,
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

Docteur Daniel Gaudet
Pavillon Notre-Dame
Centre de médecine générique communautaire
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Titre du protocole : 2005-014 Effets du support à l'autonomie et à la compétence et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean

No IND : sans objet

Date du protocole : version finale datée du 10 février 2006

Amendements au protocole : sans objet

Brochure de l'investigateur : sans objet

Présentation du projet : inclus

Formulaire de consentement : version datée du 10 février 2006

Questionnaires :

- 1- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (départ) : daté du mois de février 2006
- 2- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (3 mois) : daté du mois de février 2006
- 3- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (6 mois) : daté du mois de février 2006
- 4- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (12 mois) : daté du mois de février 2006

Entente financière : sans objet

Budget : inclus

Le Comité d'éthique de la recherche se conforme à toutes les exigences des Bonnes Pratiques Cliniques.

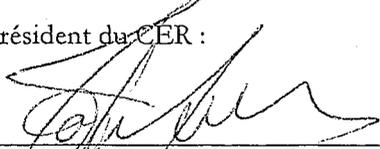
L'investigateur et/ou co-investigateurs n'ont pas pris part au vote sur la documentation.

Date de réunion du CÉR : 13 septembre 2005

Date d'approbation officielle : 14 mars 2006

Durée de l'approbation : 1 an, soit du 14 mars 2006 au 14 mars 2007

Président du CÉR : Dr Fabien Simard



Signature du président

06/03/14
Date de la signature

Montréal, le 1^{er} mai 2009

Monsieur Gilles Lalande
UQAC
555 Boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

Objet : CSSSC 2005-014 Effets du support à l'autonomie par les médecins, les cardiologues et les membres de la famille et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay Lac-St-Jean.

Monsieur Lalande,

J'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, vous pouvez poursuivre votre étude pour un an, et ce, à compter du 14 mars 2009. Deux mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, accompagné du formulaire d'information et de consentement que vous utilisez.

Nous vous rappelons que dans le cadre de son suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

- De soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, les incidents thérapeutiques graves, les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de

nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche.

- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Serge Gauthier, M.D.
Président, Comité central d'éthique de la recherche
du ministre de la Santé et des Services sociaux

SG/

Appendice B
Questionnaire

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. *Quel est votre état matrimonial actuel?*

- Marié/e, y compris en union libre
- Célibataire
- Séparé/e / Divorcé/e
- Veuf / Veuve

2. *Présentement, quelle est votre principale occupation? (Veuillez cocher une seule réponse)*

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel
- Chômage
- Études à temps partiel et travail à temps partiel
- À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
- Retraite
- Autre, veuillez préciser _____
- Études à temps plein
- Études à temps partiel
- Études à temps plein et travail à temps partiel

3. *Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (Veuillez cocher une seule réponse)*

- Aucune scolarité
- Primaire non complété
- Primaire complété
- Secondaire non complété
- Secondaire complété
- Études collégiales non complétées
- Études collégiales complétées
- Certificat universitaire complété
- Baccalauréat universitaire non complété
- Baccalauréat universitaire complété
- Maîtrise complétée
- Doctorat / Ph.D. complété

4. *Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?*

- Moins de 15 000\$
- Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
- Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$
- Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
- Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$
- 55 000\$ et plus
- Aucun revenu
- Ne sais pas

5. *Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des douze derniers mois? Si vous ne vivez pas en couple, cochez « Ne s'applique pas »*

- Moins de 15 000\$
- Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
- Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$
- Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
- Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$
- 55 000\$ et plus
- Aucun revenu
- Ne sais pas
- Ne s'applique pas



Université du Québec à Chicoutimi

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

**ESPACE RÉSERVÉ AUX CHERCHEURS
(NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE)**

- Code assistant : _____
- No du participant : _____
- No du non-participant : _____
- Entrée de données complétée : Oui

Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (3 mois)

Ce questionnaire a été développé par des chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi et de l'Université d'Ottawa, en collaboration avec des cardiologues de la région du Saguenay. Son but est de mieux comprendre les expériences des patients qui souffrent de problèmes cardiaques.

Les informations qui sont recueillies dans ce questionnaire sont personnelles et nous vous assurons qu'elles demeureront confidentielles. Vous noterez que vous êtes identifiés par un code anonyme qui permet de garder votre identité confidentielle. Les questions portent sur plusieurs aspects de votre santé physique et votre santé psychologique. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; nous vous demandons de répondre le plus honnêtement et le plus précisément possible.

Nous vous remercions de prendre le temps de compléter ce questionnaire.

| Code du participant | | | |
|---------------------|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 |

| DATE D'AUJOURD'HUI | | | | DATE DE NAISSANCE | | | | POIDS | | | TAILLE | | |
|-----------------------|------|----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------|-------|-------|---|--------|-----|------|
| MM | JJ | AA | | SEXE | MM | JJ | AA | | (LBS) | | | (') | ('') |
| <input type="radio"/> | Jan | | | | <input type="radio"/> | Jan | | | | | | | 0 |
| <input type="radio"/> | Fév | | | <input type="radio"/> | 2005 | <input type="radio"/> | Fév | | | | | | 1 |
| <input type="radio"/> | Mar | | 0 | <input type="radio"/> | 2006 | <input type="radio"/> | Mar | | 0 | 0 | 0 | | 2 |
| <input type="radio"/> | Avr | 1 | 1 | <input type="radio"/> | 2007 | <input type="radio"/> | Avr | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| <input type="radio"/> | Mai | 2 | 2 | <input type="radio"/> | 2008 | <input type="radio"/> | Mai | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| <input type="radio"/> | Jun | 3 | 3 | | | <input type="radio"/> | Jun | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 |
| <input type="radio"/> | Jul | | 4 | | | <input type="radio"/> | Jul | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 |
| <input type="radio"/> | Août | | 5 | | | <input type="radio"/> | Août | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 7 |
| <input type="radio"/> | Sept | | 6 | | | <input type="radio"/> | Sept | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 |
| <input type="radio"/> | Oct | | 7 | | | <input type="radio"/> | Oct | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 9 |
| <input type="radio"/> | Nov | | 8 | | | <input type="radio"/> | Nov | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 10 |
| <input type="radio"/> | Déc | | 9 | | | <input type="radio"/> | Déc | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 11 |

LE SOUTIEN DE VOTRE ENTOURAGE

En utilisant l'échelle ci-dessous, indiquez à quelle fréquence, dans l'ensemble, votre **médecin**, votre **cardiologue** et votre **famille** émettent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous.

| Jamais | | Assez souvent | | | | | Toujours | | |
|---|--------------------|---------------|---|---|---|---|----------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 1. Je sens que mon (ma) [] se soucie vraiment de ma santé. | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Lorsque je demande de l'aide concernant ma santé à mon (ma) [], il (elle) me demande mon avis avant de me donner le sien (leur). | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Les commentaires que je reçois de mon (ma) [] me font sentir incertain/e de mes capacités vis-à-vis ma santé. | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Mon (ma) [] me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé. | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Mon (ma) [] semble être sincèrement intéressé/e par ce que je fais pour ma santé. | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Mon (ma) [] me parle uniquement de mes erreurs (p.ex., comportements anti-santé). | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Mon (ma) [] se soucie peu que ma santé s'améliore. | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Mon (ma) [] considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des siens (leurs). | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Les commentaires sur ma santé que je reçois de mon (ma) [] représentent des critiques inutiles. | Médecin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Cardiologue | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Famille | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

VOS ATTITUDES VIS-À-VIS VOS COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Veillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés ci-dessous correspond aux raisons pour lesquelles vous vous engagez dans les comportements pro-santé suivants.

Je pratique régulièrement une activité physique ...

1. Purement pour l'intérêt et le plaisir que je retire à faire de l'activité physique.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

2. Puisque quelque chose reliée à ma situation de santé me pousse à en faire.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. Puisque je me force à en faire, afin d'éviter des sentiments d'anxiété et de culpabilité.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

4. Parce que c'est important pour moi d'améliorer ma condition physique.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

5. Intéressante ou non, je sens que l'activité physique est en lien avec mes valeurs les plus profondes.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

6. Je n'ai aucune idée pourquoi je fais de l'activité physique.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

J'adopte des habitudes alimentaires plus saines...

1. Purement pour l'intérêt et le plaisir que je retire à les adopter.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

2. Puisque quelque chose reliée à ma situation de santé me pousse à les adopter.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. Puisque je me force à les adopter, afin d'éviter des sentiments d'anxiété et de culpabilité.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

4. Parce que c'est important pour moi d'améliorer ma santé.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

5. Intéressantes ou non, je sens que des habitudes saines de vies sont en lien avec mes valeurs les plus profondes.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

6. Je n'ai aucune idée pourquoi je les adopte.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Je prends ma médication adéquatement...

1. Puisque quelque chose reliée à ma situation de santé me pousse à la prendre adéquatement.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

2. Puisque je me force à la prendre adéquatement, afin d'éviter des sentiments d'anxiété et de culpabilité.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. Parce que c'est important pour moi d'améliorer ma santé.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

4. Je n'ai aucune idée pourquoi je la prends.

| <i>Pas du tout en accord</i> | | | | <i>Tout à fait en accord</i> | | |
|------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Appendice C
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

TITRE DU PROJET : Effets du support à l'autonomie et à la compétence et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay – Lac-St-Jean. Étude en cardiologie UQAC - HCSSSC (2005-2007).

CHERCHEURS PRINCIPAUX : Claudie Émond, Ph.D. et Gilles Lalande, Ph.D., UQAC

CHERCHEUR(S) ASSOCIÉ(S) : Nathalie Roy, M.D., cardiologue, HCSSSC
Luc G. Pelletier, Ph.D., Université d'Ottawa

COMMANDITAIRE : Fonds de recherche indépendant de Pfizer Canada
Subvention régulière de la Fondation de l'UQAC
Subvention du DÉCSR de l'UQAC

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

INFORMATIONS ET URGENCE

Pour toute demande d'information, vous pouvez rejoindre la coordonnatrice de recherche, madame Nancy Boisvert au (418) 696-7037 ou en cas d'urgence médicale vous présenter à l'urgence de votre hôpital.

1. INTRODUCTION

1.1 Rationnel de recrutement

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse aux personnes souffrant de maladie cardiaque référées annuellement pour coronographie ou hospitalisées avec un diagnostic d'infarctus ou syndrome coronarien aigu à l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC).

1.2 Rationnel de l'étude

Jusqu'à maintenant, différentes stratégies ont été utilisées afin d'aider les patients souffrant de maladie cardiaque à modifier leurs habitudes de vie, mais très peu parmi elles sont parvenues à maintenir ces ajustements à long terme. Les connaissances actuelles sur les facteurs pouvant prédire l'adhérence aux comportements de santé par les patients coronariens sont limitées. Nous voulons étudier les mécanismes intra et

interpersonnels qui influencent les comportements de santé afin d'intervenir plus adéquatement auprès des patients coronariens.

2. BUT DE LA RECHERCHE ET DURÉE DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but de vérifier la motivation en lien avec les comportements de santé auprès de patients du Saguenay – Lac-St-Jean diagnostiqués avec une maladie cardiovasculaire afin de rendre compte des mécanismes sous-jacents à ces comportements de santé spécifiques. Un objectif secondaire est d'adapter les instruments de mesure utilisés à une population cardiaque francophone en traitement.

Cette étude durera deux ans et environ 750 personnes du Saguenay – Lac-St-Jean participeront à ce projet réalisé à l'hôpital de Chicoutimi.

3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

3.1 **Durée totale d'implication, nombre de visites et durée de chaque visite**

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez vous rendre à l'hôpital de Chicoutimi aux trois mois pour les visites 2 et 3 et après six mois pour la visite 4 durant les douze mois que nécessitera la collecte de données (4 visites au total). Ces visites dureront 30 à 60 minutes.

3.2 **Type d'étude**

Si vous acceptez de participer à cette étude et que les résultats des tests indiquent au cardiologue que vous rencontrez les conditions pour y être admis, vous rencontrerez une assistante de recherche afin de compléter des **questionnaires** et vous soumettre à des **tests médicaux** de routine dont des **prises de sang** et **autres paramètres médicaux** (p.ex. pression artérielle et poids) qui seront prélevés par une infirmière.

Ainsi, tout au long de cette étude, vous devrez subir différents tests et examens :

| QUELS TESTS OU EXAMENS? | À LA VISITE |
|---|--------------------|
| Mesure de la taille | 1 |
| Mesure du poids et du tour de taille | 1, 2, 3, 4 |
| Prise de la tension artérielle | 1, 2, 3, 4 |
| Prise de sang pour analyses biochimiques ¹ | 1, 2, 3, 4 |

¹. Au total durant l'étude, nous prélèverons environ 60 ml (4 c. à table) de sang.

À chaque visite pour cette étude, vous aurez des questionnaires à compléter : un questionnaire « Informations démographiques », un questionnaire « Historique médical et cardiovasculaire », un questionnaire « Perceptions de compétence », un

questionnaire « Intentions », un questionnaire « Attitudes générales », un questionnaire « Comportements de santé », un questionnaire « Bien-être psychologique ». Répondre à ces questionnaires prendra environ 30 minutes à chaque visite.

| QUELS QUESTIONNAIRES? | À QUELLE VISITE? |
|---|------------------|
| Informations démographiques | 1 |
| Historique médical et cardiovasculaire | 1, 2, 3, 4 |
| Soutien de votre entourage | 1, 2, 3, 4 |
| Perceptions de compétences | 1, 2 |
| Intentions | 2 |
| Attitudes générales et vis-à-vis des comportements de santé | 1, 2, 3 |
| Traits personnels | 1 |
| Comportements de santé | 1, 2, 3, 4 |
| Bien-être psychologique | 1, 3, 4 |
| Perceptions de vie | 1, 3, 4 |

Si vous ne participez pas à cette étude, vous n'aurez pas à subir tous ces tests et examens, sauf ceux réalisés normalement dans le cadre de votre suivi médical.

Les échantillons de sang seront codés et seule l'équipe de recherche de l'UQAC détient le lien qui permet de relier le sujet au code. En cas de retrait du sujet de l'étude, les échantillons sanguins destinés aux fins de la recherche seront détruits.

3.3 Destruction des données

Tous les questionnaires seront détruits cinq ans après la fin de l'étude ou jusqu'à la première publication selon les recommandations scientifiques en vigueur. Quant aux échantillons sanguins, ils seront détruits immédiatement après la conduite des analyses.

4. RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

Prises de sang

Durant l'étude, on vous fera quatre prises de sang d'environ 60 ml (4 c. à table) sur une période de 1 an.

Les risques associés aux prises de sang sont : douleur, irritation, enflure ou formation d'un bleu (ecchymose) au point d'insertion de l'aiguille et plus rarement une perte de conscience (réaction vagale) ou une infection.

5. AVANTAGES POSSIBLES

Même si vous ne retirerez possiblement aucun bénéfice de votre participation à cette étude, nous espérons que les résultats qui en découleront nous permettront de faire avancer nos connaissances dans le domaine et à concevoir des stratégies plus

efficaces pour encourager les patients cardiaques à développer des comportements qui contribueront à améliorer et maintenir une meilleure santé.

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous avez le droit de refuser d'y participer ou de vous en retirer en tout temps, une fois l'étude commencée en contactant la coordonnatrice de la recherche, madame Nancy Boisvert, au numéro de téléphone (418) 696-7037. Votre décision de cesser votre participation à l'étude ne vous causera aucun préjudice et vous continuerez à avoir droit aux meilleurs traitements disponibles dans cet hôpital.

7. COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

Vous ne serez pas rémunéré pour participer à cette étude. Les frais de stationnement à l'hôpital vous seront remboursés et nous vous remettrons à cet effet des coupons vous permettant de stationner sans frais.

Par ailleurs, si vous subissez un préjudice en lien avec votre participation à ce projet, vous conserverez tous vos recours légaux à l'encontre des différents partenaires de la recherche.

8. CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels et cliniques recueillis durant l'étude seront dénominalisées (c'est-à-dire que votre nom ne sera pas mentionné) et codés (votre nom sera remplacé par un code : lettre et/ou chiffres) et conservés sous clef dans le laboratoire de psychologie clinique des chercheurs de l'UQAC ou au local de recherche de l'hôpital. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Tous les résultats demeureront confidentiels et si les résultats de l'étude sont publiés, il n'y aura aucun moyen de vous identifier.

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi pourrait avoir à consulter, au besoin les dossiers des participants de l'étude afin de s'assurer du bon déroulement de l'étude.

9. INFORMATIONS ADDITIONNELLES

Afin d'obtenir d'autres données relatives à votre médication, des renseignements additionnels seront demandés à votre pharmacien concernant les médicaments sous ordonnance achetés durant les treize mois suivant le début de votre participation à cette étude. Les informations recueillies seront codées sans possibilité de vous identifier.

10. PERSONNES RESSOURCES

1- Pour des informations supplémentaires :

Si vous avez des questions supplémentaires, quelles qu'elles soient, concernant cette étude vous pouvez rejoindre madame Claudie Émond, Ph.D. au 545-5011 poste 5357 ou monsieur Gilles Lalande, Ph.D. au 545-5011 poste 5373 ou madame Nancy Boisvert, coordonnatrice de recherche au (418) 696-7037.

2- Pour le Comité d'éthique :

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le comité d'éthique de la recherche au Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, 305, rue Saint-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H 5H6, au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2369.

Cette recherche a également été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Président du Comité, monsieur André Leclerc, 555, boul. de l'Université, Chicoutimi (Québec) G7H 2B1, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5070.

3- Pour les droits des participants :

Si vous avez des questions ou commentaires concernant vos droits en tant qu'utilisateur de l'hôpital, vous pouvez contacter le Programme d'amélioration de la qualité au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2126.

11. CONSENTEMENT DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Je, soussigné(e), déclare que :

Mme / M. _____ m'a expliqué la nature et le déroulement de l'étude de recherche ci-dessus.

J'ai eu l'occasion de poser des questions et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je recevrai une copie de ce formulaire de consentement signé et daté.

Je comprends que :

Ma participation à cette étude est entièrement volontaire et je peux refuser maintenant ou en tout temps d'y participer, sans que cela n'affecte les soins auxquels j'ai droit.

Je consens également à ce que la coordonnatrice ou les assistantes de recherche communique avec mon pharmacien :

(nom et adresse du pharmacien)

afin d'obtenir le nom et la quantité des médicaments sous ordonnance achetés durant les treize mois suivant le début de ma participation à cette étude. Les informations recueillies seront codées sans possibilité de m'identifier.

Par la présente, je confirme ma participation à ce projet de recherche :

Nom du participant(e)

Signature du participant(e)

Date

Nom de la personne qui
Obtient le consentement

Signature de la personne
qui obtient le consentement

Date

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

Rapport-Gratuit.com

Appendice D
Matrice de corrélation

Corrélations entre les variables (N = 167)

| Variable | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|--------|--------|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Motivation spécifique à l'activité physique | 0,44** | 0,32** | 0,05 | 0,23** | 0,09 | 0,06 | 0,18* | 0,06 |
| 2. Motivation spécifique à l'alimentation | | 0,57** | 0,01 | 0,23** | 0,03 | 0,01 | 0,20* | 0,11 |
| 3. Motivation spécifique à l'adhérence médicamenteuse | | | 0,04 | 0,29** | 0,04 | 0,03 | 0,23** | 0,15 |
| 4. Soutien à l'autonomie offert par les médecins | | | | -0,16 | 0,54** | 0,71** | -0,13 | 0,33** |
| 5. Soutien à la compétence offert par les médecins | | | | | -0,14 | -0,15 | 0,86** | -0,03 |
| 6. Soutien à l'affiliation offert par les médecins | | | | | | 0,30** | -0,06 | 0,45** |
| 7. Soutien à l'autonomie offert par la famille | | | | | | | -0,16 | 0,62** |
| 8. Soutien à la compétence offert par la famille | | | | | | | | -0,06 |
| 9. Soutien à l'affiliation offert par la famille | | | | | | | | |

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.