

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	v
Remerciements.....	viii
Introduction.....	0
Contexte théorique	8
Adhérence médicamenteuse.....	9
Définition et conséquences associées.....	9
Variables associées à l'adhérence médicamenteuse	13
Variables sociodémographiques.....	14
Variables relatives au traitement médicamenteux.....	20
Variables relatives à la maladie cardiovasculaire	23
Variables relatives au donneur de soins	25
Variables psychologiques.....	26
Variables physiologiques et psychosociales	27
Variables autres et diverses.....	27
La théorie de l'autodétermination	29
Tendance innée de développement	29
Facteurs environnementaux	30
Besoins psychologiques fondamentaux	30
Concept de motivation et types de motivation.....	31
L'amotivation.....	32
La motivation extrinsèque par régulation externe.....	33
La motivation extrinsèque par régulation introjectée.....	33
La motivation extrinsèque par régulation identifiée	34
La motivation extrinsèque par régulation intégrée.....	35
La motivation intrinsèque	35
Le continuum d'autodétermination.....	36
La régulation du comportement	37
Le soutien aux besoins, dont le besoin d'autonomie, dans l'intégration de la régulation du comportement, entre autres, dans le domaine de la santé	39
Études dans le domaine de la santé et la théorie de l'autodétermination.....	40
Les comportements alimentaires.....	41
Le contrôle du diabète.....	42
La cessation tabagique	44
L'adhérence à un programme de traitement pour la dépendance	45
L'adhérence au traitement médicamenteux	46

Résumé de la problématique de recherche : La théorie de l'autodétermination et l'adhérence au traitement médicamenteux chez une population souffrant d'une maladie cardiovasculaire	52
Objectifs de recherche.....	55
Hypothèses de recherche.....	56
Méthode.....	58
Participants.....	59
Instruments de mesure.....	60
Questionnaire	61
Informations démographiques.....	61
Historique médical et cardiovasculaire	61
Le soutien de votre entourage	62
Sentiments de compétence à la prise de médicaments.....	63
Motivation spécifique(autodéterminée) à la prise de médicaments.....	64
Adhérence à la médication.....	65
Déroulement de la collecte de données.....	65
Stratégies d'analyses envisagées.....	67
Résultats	68
Analyses préliminaires.....	69
Analyses principales.....	71
Discussion	76
Bref rappel des objectifs de recherche	77
Présentation sommaire des résultats	78
Discussion des hypothèses de recherche et des autres résultats.....	79
Première hypothèse	79
Deuxième hypothèse	86
Troisième hypothèse	92
Quatrième et cinquième hypothèses.....	95
Autres résultats.....	96
Forces et limites de l'étude	101
Implications de l'étude et recherches futures.....	104
Conclusion	109
Références.....	113
Appendice A.....	121
Appendice B.....	124

Appendice C 132

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de recherche, monsieur Gilles Lalande Ph.D., pour sa disponibilité, son support et ses conseils qui ont grandement contribué à la réalisation et à la concrétisation de cet essai. Des remerciements sont également adressés à madame Claudie Emond Ph.D., monsieur Luc Pelletier Ph.D. et à madame Nancy Boisvert M.Ps. qui ont eu ont aussi participé à la réalisation et à la mise en place dans le milieu clinique de ce projet de recherche. Des remerciements sincères sont également destinés à tous les participants qui se sont intéressés et qui ont donné de leur temps à ce projet de recherche ainsi qu'aux membres du personnel du CSSS de Chicoutimi qui y ont collaboré. J'aimerais également remercier mes collègues, Émilie, Élisabeth et Maryse. Merci pour votre support moral, vos rires, votre amitié et votre solidarité. Un merci tout spécial à monsieur Simon Beaudry et à madame Élisabeth Sharp pour les analyses statistiques et pour la précieuse aide apportée à la compréhension et à l'analyse des résultats. J'aimerais également exprimer ma gratitude aux membres de ma famille pour leurs encouragements, leur support et l'amour qu'ils m'ont donné tout au long de ces nombreuses années d'études. Malgré les difficultés, vous avez toujours cru en moi et je vous en remercie. Enfin, un merci tout particulier à mon conjoint, Martin. Merci pour ton amour, merci pour ta compréhension, merci de m'avoir soutenue et de m'avoir ainsi permis de me rendre à destination après ce long voyage dans le monde universitaire.

Introduction

De toutes les maladies, les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont responsables du plus grand nombre de décès au Canada (Fondation des maladies du cœur, 2002). En 2004, ces maladies avaient causé le décès de 72 338 personnes, soit 32 % de tous les décès au Canada (Statistiques Canada). En 2003, la Fondation des maladies du cœur estimait que ces dernières constituaient la principale raison de consultation dans les cliniques externes et les urgences (Fondation des maladies du cœur). D'une importance majeure, la maladie cardiovasculaire affecte également la population québécoise. En 1998, on estimait sa prévalence à 4,6 % pour l'ensemble de la population québécoise et à 4,2 % pour la population du Saguenay – Lac-St-Jean (Eco-Santé Québec, 2006). Entre 1994 et 1998, la région du Saguenay – Lac-St-Jean se situait au cinquième rang en terme d'importance d'indice de mortalité pour un certain regroupement de maladies cardiovasculaires (maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires cérébrales et maladies des artères) par rapport aux autres régions du Québec (15 régions au total de répertoriées) (Eco-Santé Québec). L'indice de mortalité pour ces mêmes maladies pour la région du Saguenay – Lac-St-Jean se situait même au-dessus de celui de l'ensemble du Québec (Eco-Santé Québec).

Plusieurs facteurs de risque ont été associés au développement des maladies cardio-vasculaires. Certains facteurs de risque ne peuvent être modifiés (le vieillissement, le sexe masculin et l'hérédité - incluant la race), tandis que d'autres peuvent être traités ou

contrôlés : l'usage du tabac, un taux élevé de cholestérol sanguin, une pression artérielle élevée, l'inactivité physique, l'obésité et le surplus de poids, le diabète, la réponse individuelle au stress (facteur potentiel), la consommation excessive d'alcool et la consommation modérée d'alcool (facteur qui diminue le risque) (American Heart Association, 2008). Une étude cas-témoins (INTERHEART) effectuée dans 52 pays conçue initialement pour évaluer l'importance des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dans le monde a permis de déterminer que neuf facteurs comptaient pour une très grande proportion (plus de 90 %) de risque d'un premier infarctus du myocarde (Yusuf et al., 2004). Ces neuf facteurs sont les suivants : le tabagisme, la dyslipidémie, un historique d'hypertension, le diabète, l'obésité abdominale, des facteurs psychosociaux, la consommation quotidienne de fruits et de légumes, la consommation modérée d'alcool et la pratique régulière d'activités physiques - les trois derniers facteurs jouant un rôle protecteur (Yusuf et al.). Selon ces auteurs, la modification de ces facteurs de risque, facilement mesurables, pourrait prévenir la majorité des cas d'infarctus du myocarde prématurés à travers le monde.

La Fondation des maladies du cœur (2008) suggère l'adoption de plusieurs comportements de santé afin de contrôler la présence des facteurs de risque modifiables et prévenir ou contrôler le développement des maladies cardiovasculaires : vivre sans fumée, la pratique de l'activité physique, l'adoption d'une alimentation saine, etc. Pour les personnes dont le diagnostic de maladie cardiovasculaire est déjà posé, des programmes de réhabilitation cardiaque existent et visent, entre autres, la modification

des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (Gordon & Haskell, 1997).

L'Association canadienne de réadaptation cardiaque (2002) définit la réhabilitation cardiaque comme :

l'amélioration et le maintien de la santé cardiovasculaire à l'aide de programmes individualisés conçus pour optimiser la condition physique, psychologique, sociale, professionnelle et émotionnelle. Ce processus inclut la facilitation de la prévention secondaire grâce à l'identification et à la modification de facteurs de risque dans un effort pour prévenir la progression de la maladie et la récurrence d'événements cardiaques.[traduction libre]

Plusieurs éléments sont considérés comme essentiels dans ces programmes de réhabilitation (Balady et al., 2000, 2007; Stone & Arthur, 2005; Wenger, 2008). L'évaluation de base du patient, la consultation diététique, la gestion des facteurs de risque (lipides, hypertension, poids, tabagisme), la gestion psychosociale, la consultation en activités physiques et l'entraînement (exercice) constituent ces éléments essentiels (Balady et al., 2000, 2007).

La possibilité de prescrire un médicament pour le traitement de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et l'évaluation de l'adhérence aux médicaments (aussi si certains médicaments sont déjà prescrits) constituent des composantes spécifiques des éléments essentiels des programmes de réhabilitation (Balady et al., 2000, 2007). En effet, il a été établi que les gains potentiels associés à l'utilisation de médicaments dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires sont très importants surtout si les objectifs de traitements sont atteints (Lonn & Greewald, 2006).

Au cours des vingt dernières années, plusieurs progrès médicaux significatifs et variés ont été effectués dans le traitement et la prévention des complications associées aux principales maladies cardiovasculaires dont certains sont reliés uniquement à la prise appropriée de médicaments en prévention secondaire (Lappé et al., 2004).

Malgré les bénéfices évidents associés à la prise de médication, cette dernière demeure problématique chez de nombreux patients présentant une MCV. Dans une étude visant à déterminer l'utilisation à long terme de médicaments chez des patients souffrant d'une maladie coronarienne, seulement 21 % des patients prenaient toujours les trois médicaments cardiaques qui leur avaient été prescrits (Newby et al., 2006). Dans une autre étude visant à évaluer après un an l'adhérence à la médication cardiovasculaire prescrite à la sortie de l'hôpital (soit l'usage persistant de la médication sur une longue période), seulement 54 % des patients étaient adhérents à tous les médicaments initialement prescrits (Kulkarni, Alexander, Lytle, Heiss, & Peterson, 2006). De même, dans une autre étude regroupant 13 830 participants provenant de 14 pays, 8 à 20 % de ces derniers ne prenaient plus leur médication cardiaque six mois après leur prescription à la sortie de l'hôpital (Eagle et al., 2004). Ho et al. (2006), dans une étude réalisée parmi les patients ayant reçu leur congé de l'hôpital après un infarctus du myocarde avec une prescription d'aspirine, de bêta-bloqueurs et de statines (trois médicaments cardiaques), ont identifié qu'un patient sur huit avait cessé la prise de ces trois médicaments dans le premier mois suivant leur sortie. Dans une étude rétrospective (sur deux ans) réalisée par Akincigil et al. (2007) visant à examiner la durée de

traitement aux bêta-bloqueurs et aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion d'angiotensine (deux médicaments cardiaques) chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde, plusieurs ont échoué à demeurer de façon constante sur traitement. Pour la prise d'inhibiteurs d'enzyme de conversion, 7 % des patients avaient cessé la prise de ce médicament après un mois ; 22 % à six mois ; 32 % à un an et 50 % après deux ans. L'ensemble des taux de discontinuation était similaire pour la prise de bêta-bloqueurs.

En fait et de façon générale, les rapports dans la littérature cardiovasculaire dénotent qu'une moyenne de 50 % des patients ne suivent pas les instructions accompagnant leur médication prescrite en ne renouvelant pas leur prescription, en ne prenant pas la dose adéquate de médicaments, en ne prenant pas leur médicament au bon moment, ou en prenant leurs médicaments avec des composés contre-indiqués comme certains produits alimentaires, des médicaments alternatifs, ou des médicaments en vente libre (Dhanuka, Brown, Lee, Peterson, & Frishman, 2003).

Tel qu'en témoignent ces études et les pourcentages d'adhérence médicamenteuse rapportés, la problématique d'adhérence à la médication s'avère bel et bien présente chez les individus souffrant de maladies cardiovasculaires. Certaines de ces études réalisées au long cours laissent même sous-entendre que cette problématique s'aggraverait avec le temps de prise de médicaments.

La prise des médicaments étant une composante importante du traitement des MCV et cette dernière étant déficitaire comme le démontrent plusieurs recherches, une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents à la prise appropriée des médicaments s'avère souhaitable et pertinente. Cette meilleure compréhension pourrait permettre non seulement de palier aux problèmes d'adhérence, mais également d'éviter certaines complications qui en découlent. Cette étude a donc comme objectif de s'intéresser à certains facteurs motivationnels découlant de la théorie de l'autodétermination (facteurs et théorie qui seront davantage explicités ultérieurement) qui pourraient être reliés à l'adhérence médicamenteuse chez des patients coronariens du Saguenay – Lac-St-Jean dans l'optique de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à cette dernière. Idéalement, l'étude aspire à fournir un nouveau cadre théorique pertinent à la compréhension de l'adhérence médicamenteuse chez des patients atteints d'une MCV. Cette meilleure compréhension pourrait permettre, éventuellement, la création d'interventions qui favoriseraient l'optimisation de l'adhérence médicamenteuse répertoriée comme problématique chez cette population.

Le présente étude se divise en quatre sections : le contexte théorique, la méthode, les résultats et la discussion.

Contexte théorique

Le présent contexte théorique se divise en cinq parties. Une première partie est consacrée principalement à définir l'adhérence médicamenteuse, à exposer les conséquences associées au non respect de cette dernière et à présenter les différentes variables associées dans les écrits scientifiques à la prédiction de l'adhérence. La deuxième partie expose sommairement la théorie de l'autodétermination et ses composantes, de même que les recherches effectuées dans le domaine de la santé impliquant cette théorie. L'objectif de la troisième partie est de présenter un bref résumé de la problématique à l'étude. Enfin, les quatrième et cinquième parties présentent respectivement les objectifs et les hypothèses de recherche.

Adhérence médicamenteuse

Définition et conséquences associées

L'adhérence à la médication, que l'on peut définir comme la prise de médicaments au bon moment selon le nombre de doses prescrites (Dunbar-Jacob, Bohachick, Mortimer, Sereika, & Foley, 2003) est un facteur important dans le traitement des MCV (Lappé et al., 2004). En effet, de nombreuses études ont fait état des conséquences associées directement au respect ou non de l'adhérence à la médication cardiaque chez les patients

présentant une MCV. Une recension des écrits effectuée par McDermott, Schmitt et Wallner (1997) visant à déterminer l'impact de l'adhérence médicamenteuse sur la morbidité et la mortalité de patients à risque ou souffrant déjà d'insuffisance cardiaque congestive ou d'une maladie coronarienne a révélé des résultats significatifs quant à l'impact associé à la prise de médicaments. Des sept études retenues (parmi les 21 études rencontrant les critères d'inclusion), quatre études ont démontré un impact significatif de l'adhérence médicamenteuse sur la survie (McDermott et al., 1997). Parmi les six études retenues ayant comparé les taux d'admissions en service hospitalier entre les patients adhérents et non adhérents, trois études ont démontré un impact significatif de l'adhérence sur les taux de réadmissions (McDermott et al.).

Hortwitz et al. (1990), dans une autre étude visant à déterminer la relation entre l'adhérence au traitement médicamenteux et la mortalité un an après un infarctus du myocarde, ont identifié la présence d'une différence entre les taux d'adhérence et la mortalité à un an. Les patients qui présentaient une moins bonne adhérence à leur régime médicamenteux (le régime médicamenteux représentant l'ensemble des médicaments qui devaient être pris par les patients selon les intervalles prescrits) étaient 2,6 fois plus susceptibles de mourir durant l'année de suivi que ceux qui présentaient une meilleure adhérence (Hortwitz et al.).

Dans une autre étude conduite auprès de 4 039 patients âgés ayant pour but d'investiguer l'association entre l'adhérence médicamenteuse auto rapportée et des

événements cardiaques défavorables, des résultats significatifs ont aussi été relevés quant à l'existence d'une telle association. Les sujets adhérents par rapport aux sujets non adhérents étaient significativement moins susceptibles d'expérimenter un premier événement cardio-vasculaire ou un premier événement cardiovasculaire non fatal, un événement cardiovasculaire fatal autre ou une première occurrence d'insuffisance cardiaque (Nelson, Reid, Ryan, Wilson, & Yelland, 2006).

Une autre étude effectuée par Lappé et al. (2004) a également démontré des résultats intéressants quant aux conséquences pouvant être associées à la non prise de médication. Bien que cette étude n'ait pas évalué de façon directe l'adhérence à la médication, l'implantation d'un programme assurant la prescription adéquate des médicaments recommandés en prévention secondaire aux patients présentant une maladie cardiovasculaire à la sortie de l'hôpital a démontré des résultats considérables quant aux taux de réadmissions et de survie (Lappé et al.). En effet, l'étude a démontré, à 30 jours, une diminution du risque relatif de mortalité et de réadmission dans tout l'échantillon suite à l'implantation du programme et des taux de mortalité à un an de 19 % à 21 % plus bas (Lappé et al.).

Ho et al. (2006), dans une étude visant à déterminer l'impact de la cessation de la prise de médication sur la mortalité après un infarctus du myocarde, ont identifié que les patients qui avaient cessé la prise de tous leurs médicaments cardiaques (aspirine, bêta-bloqueurs et statines) avaient des taux plus faibles de survie à un an comparativement à

ceux qui avaient continué la prise d'un ou plusieurs médicaments. Dans un autre étude de cohorte rétrospective réalisée par Ho et al. (2008) ayant pour objectif d'évaluer l'association entre l'adhérence à la médication et plusieurs conséquences chez des personnes présentant un diagnostic de MCV, des résultats significatifs du même ordre ont également été identifiés. Cette étude, effectuée auprès de 15 767 patients, a permis de démontrer que la non adhérence à la médication était associée significativement avec un risque augmenté de mortalité de toute cause, un risque augmenté de mortalité cardiovasculaire, d'hospitalisation liée à un problème cardiaque et un risque augmenté de revascularisation coronarienne. Rasmussen, Chong, et Alter (2007), dans une autre étude visant à explorer la relation entre l'adhérence médicamenteuse et la mortalité après un infarctus du myocarde, ont identifié un risque plus élevé de mortalité chez les patients présentant une faible adhérence à certains médicaments cardiaques (statines et bêta-bloqueurs) par rapport à ceux qui présentaient une meilleure adhérence et ce, selon les doses prises de médicaments. Enfin, Wald et Law (2003) ont été jusqu'à estimer, dans une étude visant à déterminer la combinaison de médicaments et de vitamines (et leurs doses) qui pourrait avoir un effet important dans la prévention des maladies cardiovasculaires, qu'une certaine combinaison prise quotidiennement pourrait prévenir 88 % des événements cardiovasculaire ischémiques.

En résumé, la recherche démontre que les conséquences reliées à la prise appropriée ou non de la médication cardiaque sont nombreuses et d'une importance majeure. Les résultats des études précédemment citées concordent avec le fait que l'adhérence

médicamenteuse ait un impact significatif sur la survie et sur les taux ou risque de mortalité à court et à plus long terme. Les résultats de certains auteurs ont même identifié que cette augmentation du risque de mortalité pourrait varier selon les doses de médicaments prises. Les résultats de ces études ont également déterminé que l'adhérence médicamenteuse était associée à une meilleure prévention primaire et secondaire d'événements cardiaques défavorables, à une baisse de réadmission dans les services hospitaliers de même qu'à la prévention de certaines chirurgies cardiovasculaires. Certains auteurs ont même avancé qu'un pourcentage substantiel des événements cardiovasculaires ischémiques pourrait être prévenu grâce à la prise quotidienne d'une certaine combinaison de médicaments. Ces conséquences nombreuses et non négligeables justifient la pertinence de s'intéresser aux variables reliées à l'adhérence médicamenteuse afin de maximiser, chez les patients présentant une MCV, les bénéfices associés à la prise adéquate de la médication. Les variables qui ont déjà été associées dans les écrits scientifiques à l'adhérence médicamenteuse seront présentées au cours des prochaines lignes.

Variables associées à l'adhérence médicamenteuse

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux variables en mesure de prédire l'adhérence à la médication cardiaque ou l'adhérence médicamenteuse chez les patients présentant une MCV. De natures diverses, ces variables ont été identifiées comme pouvant prédire

l'adhérence d'une façon favorable ou défavorable: variables sociodémographiques, relatives au traitement médicamenteux et à la maladie cardiovasculaire, variables relatives au donneur de soins, variables psychologiques, variables physiologiques et psychosociales et autres variables diverses. Pour certaines de ces variables, la nature de leur relation à l'adhérence aux médicaments varie selon les différentes études rapportées.

Variables sociodémographiques

Différentes variables sociodémographiques ont été identifiées comme reliées à l'adhérence médicamenteuse chez les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires. La race a été déterminée comme une variable associée à l'adhérence médicamenteuse. Dans une étude de Dunbar-Jacob et al. (2003), l'adhérence aux doses prescrites de médicaments parmi les participants de race noire était plus élevée que celle des participants de race blanche. Gazmararian et al. (2006) ont quant à eux déterminé que les individus de race noire avaient 1,74 fois plus de chance d'avoir de faibles renouvellements de prescription de leur médication cardiaque que les individus de race blanche. Les différences de conclusions rapportées par ces deux études pourraient être expliquées en partie par les différentes mesures d'adhérence utilisées (dispositif électronique enregistrant l'ouverture des bouteilles de médicament versus registre évaluant le moment où les patients se procuraient à nouveau leur prescription) de même que par les différences de temps auxquelles ces mesures ont été appliquées (21 jours versus un an).

Le revenu est aussi une variable associée à la prise de médicaments cardiaques. Dunbar-Jacob et al. (2003) ont déterminé que les individus ayant un revenu annuel supérieur à 20 000 \$, par rapport aux personnes ayant un revenu inférieur à ce montant, démontraient une meilleure adhérence à leur médication en terme de pourcentage de jours où le nombre adéquat de doses avait été pris et en terme de pourcentage de doses prises selon les intervalles recommandés.

Le nombre de personnes vivant sous le même toit est également un facteur qui a été associé à l'adhérence aux médicaments chez les personnes souffrant d'une MCV. Dunbar-Jacob et al. (2003) ont identifié que les gens vivant seuls démontraient des taux d'adhérence plus élevés concernant le pourcentage de doses prises selon l'intervalle de temps prescrit. Bane, Hughes et McElnay (2006) ont pour leur part déterminé que les individus vivant seuls étaient plus susceptibles d'être non adhérents à leur médication cardiaque. Les divergences de conclusions entre ces différents auteurs pourraient être attribuables aux mesures et définitions distinctes d'adhérence utilisées.

Une association a également été relevée entre le statut civil et la prise de médicaments. Les principales associations ont été déterminées entre le fait d'être marié ou célibataire et l'adhérence à la médication cardiaque. Le fait d'être marié a été associé à une meilleure adhérence à la médication cardiaque et le statut de célibataire a quant à lui été relié à une plus grande probabilité de non-adhérence (Bane et al., 2006; Kulkarni et al., 2006).

Le niveau d'éducation a lui aussi été identifié comme un facteur pouvant prédire l'adhérence médicamenteuse. Ce dernier a été déterminé comme pouvant prédire une meilleure adhérence de même que la continuation de prise de médicaments à long terme (un mois après l'occurrence d'un infarctus du myocarde) (Kulkarni et al., 2006 ; Ho et al., 2006). Des résultats similaires ont été identifiés dans une étude réalisée par Gehi, Ali, Na et Whooley (2007) dont l'objectif était de déterminer le risque d'occurrence d'événements cardiaques associé à la non adhérence auto rapportée à la médication. Dans cette étude, les patients non adhérents à la médication cardiaque étaient moins susceptibles d'être diplômés de l'école secondaire. Une autre recherche a quant à elle démontré que les individus présentant un plus grand nombre d'années de scolarité tendaient à rapporter une non-adhérence à leur médication cardiaque (Bane et al., 2006). Les différents résultats obtenus par l'équipe de Bane et al. pourraient être expliqués en partie par la petite taille de l'échantillon utilisé comparativement aux autres études précédemment citées.

Le degré d'autonomie fonctionnelle a également été mis en relation avec l'adhérence à la médication cardiaque. Dans l'étude de Kulkarni et al. (2006), le fait de ne pas avoir besoin d'assistance quotidienne dans la réalisation des activités (degré d'autonomie fonctionnelle) prédisait une meilleure adhérence médicamenteuse.

L'âge est un autre facteur qui a été associé à la prise de médicaments chez les patients présentant une MCV. Plusieurs études ont déterminé que les individus plus âgés étaient

plus susceptibles d'être adhérents (Bane et al., 2006; Byrne, Walsh, & Murphy, 2005; Horne & Weinman, 1999). Une relation similaire a été identifiée dans l'étude de Gehi et al. (2007) où les patients non adhérents à la médication cardiovasculaire étaient significativement plus jeunes que les patients adhérents. De même, Ho et al. (2008) ont déterminé que les patients non adhérents à trois classes de médicaments cardiaques (pour chacune des classes) étaient plus susceptibles d'être plus jeunes.

D'autres études ont déterminé une relation différente entre l'âge et l'adhérence médicamenteuse. Dans une étude menée par Ho et al. (2006) visant à déterminer les facteurs relatifs au patient et au traitement de l'infarctus du myocarde associés à la discontinuation du traitement médicamenteux, le fait d'être plus âgé a été associé à la cessation de l'utilisation des médicaments un mois après avoir subi un infarctus du myocarde. Une relation similaire a été démontrée entre l'âge et l'utilisation constante des médicaments cardiaques dans l'étude Newby et al. (2006). Dans cette dernière, les patients plus âgés étaient moins susceptibles d'être constants dans l'utilisation de leur médicaments.

Les conclusions distinctes rapportées par ces deux dernières études pourraient être expliquées en partie par les différentes mesures d'adhérence utilisées. En effet, ces deux dernières études ont considéré l'adhérence essentiellement comme la continuation de la prise de médication prescrite (sans évaluer d'autres aspects de l'adhérence médicamenteuse). Les cinq premiers groupes de chercheurs ont quant à eux considéré

ces autres aspects en évaluant l'adhérence à l'aide d'échelles (quatre et cinq items) où différentes composantes de la non-adhérence étaient mentionnés (p. ex. : l'oubli de doses) ou à l'aide de pourcentage d'adhérence. Ces différentes mesures pourraient partiellement rendre compte des différences de résultats obtenus.

Une association a également été déterminée entre le sexe et l'adhérence médicamenteuse chez les patients cardiaques. En fait, le sexe féminin a été associé à une utilisation moins constante de certains médicaments cardiaques (Newby et al., 2006). Dans une autre étude conduite par Kulkarni et al. (2006), les personnes qui discontinuaient l'usage de leurs médicaments cardiaques étaient également plus susceptibles d'être des femmes. Gehi et al. (2007) ont également identifié dans leur étude que les participants nonadhérents à la médication cardiaque, comparativement aux participants adhérents, étaient plus susceptibles d'être des femmes.

Le coût des médicaments est aussi une variable ayant été reliée à la prise de médication cardiaque. Le coût élevé des médicaments a été associé à une faible adhérence médicamenteuse (Ziegelstein, 2003). L'éligibilité à un régime d'assurance couvrant les soins de santé a, pour sa part, été reliée à de meilleures adhérences rapportées à la médication cardiaque (Byrne et al., 2005).

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Bref, plusieurs études ont démontré le rôle de nombreuses variables sociodémographiques (la race, le revenu, le nombre de personnes vivant sous le même

toit, le statut civil, le niveau d'éducation, le degré d'autonomie fonctionnelle, l'âge, le sexe et le coût des médicaments) dans la prédiction de l'adhérence médicamenteuse. Pour certaines de ces variables (la race, le nombre de personnes vivant sous le même toit, le niveau d'éducation et l'âge), les écrits scientifiques ne révèlent pas de consensus quant à la direction de la relation entre ces variables et l'adhérence médicamenteuse.

De même, il s'avère pertinent de souligner qu'il ne semble pas y avoir de consensus dans la documentation scientifique quant à la présence de relations entre certaines de ces variables et l'adhérence médicamenteuse. En effet, certaines études citées précédemment, n'ont pas été en mesure de déterminer de relation entre l'adhérence médicamenteuse et certaines variables sociodémographiques comme le statut civil, l'âge, le revenu, le sexe, la race, le niveau d'éducation, et le fait de vivre seul (Byrne et al., 2005; Dunbar-Jacob et al., 2003; Gehi et al., 2007; Horne & Weinman, 1999; Kulkarni et al., 2006).

Certaines études s'étant intéressées principalement à l'applicabilité de la théorie de l'autodétermination à l'adhérence médicamenteuse n'avaient également pas été en mesure d'identifier de relation entre l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi (dernière variable qui pourrait s'apparenter au revenu et au niveau d'éducation) et l'adhérence (Kennedy, Goggin, & Nollen, 2004; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998). Ces deux dernières études seront décrites ultérieurement.

Variables relatives au traitement médicamenteux

Différentes variables reliées au traitement médicamenteux ont aussi été associées à l'adhérence à la médication chez les personnes souffrant d'une MCV. De façon générale, un manque de connaissance en ce qui concerne le plan de traitement est un facteur qui a été identifié comme contribuant à une faible adhérence médicamenteuse (Ziegelstein, 2003). Une relation a également été déterminée entre la fréquence des doses quotidiennes et la prise de médicaments. Certaines études ont rapporté que la fréquence élevée de doses quotidiennes pouvait prédire de façon négative l'adhérence à la médication cardiaque (Dunbar-Jacob et al., 2003; Ziegelstein).

Le nombre de médicaments est également une variable qui a été associée à l'adhérence à la médication cardiaque. Les études ayant mis en lien le nombre de médicaments et l'adhérence médicamenteuse présentent des conclusions divergentes. Kulkarni et al. (2006) de même que Ziegelstein (2003) avancent qu'un nombre élevé de médicaments est associé à une plus faible adhérence au régime médicamenteux. Gazmararian et al. (2006) ont pour leur part déterminé que ceux qui prenaient davantage de médicaments avaient des chances plus faibles de démontrer des faibles taux de renouvellement de médication comparés à ceux qui prenaient moins de médication. Une étude effectuée par Shalansky et Levy (2002) ayant pour but de déterminer si l'adhérence chez des patients souffrant d'une MCV différait en fonction du nombre de médicaments prescrits a démontré des résultats similaires. Dans cette étude, un nombre

plus faible de médicaments pouvait prédire significativement et de façon indépendante la non-adhérence à la médication cardiaque (Shalansky & Levy, 2002).

Il est difficile d'expliquer les contradictions relevées par ces différentes études. Il est cependant possible de souligner que les deux dernières études ont mesuré l'adhérence en considérant des bases de données informatisées permettant d'évaluer l'utilisation des prescriptions pharmaceutiques de la part des participants (contrairement à l'étude de Kulkarni et al. [2006] où l'utilisation des médicaments prescrits était vérifiée directement auprès des utilisateurs). Des définitions différentes d'adhérence ont également été utilisées. Enfin, la considération ou l'absence de considération de l'interaction entre certaines variables lors des analyses de prédiction d'adhérence pourraient expliquer partiellement les différentes relations observées entre le nombre de médicaments et l'adhérence chez ces différents groupes.

Les effets secondaires des médicaments ont aussi été associés à l'adhérence médicamenteuse, ces derniers ayant été considérés comme des facteurs contribuant à une faible adhérence (Ziegelstein, 2003). Une mauvaise attitude envers la médication a, de façon générale, aussi été identifiée comme un facteur pouvant prédire une faible adhérence à la médication chez les personnes atteintes d'une MCV (Ziegelstein).

La présence de préoccupations par rapport à la prise de médication de même que la nécessité perçue par l'individu de prendre ses médicaments sont deux variables qui ont

aussi été mises en relation avec l'adhérence médicamenteuse. Plusieurs études ont démontré que les patients non adhérents à la médication cardiaque étaient plus susceptibles d'avoir des résultats élevés sur des échelles de mesure de préoccupations par rapport à la médication (croyances concernant un danger de dépendance et croyances relatives à la possibilité d'une toxicité à long terme associée à la prise de médication) (Bane et al., 2006; Byrne et al., 2005; Horne & Weinman, 1999). Les individus entretenant de plus fortes croyances par rapport à la nécessité de leurs médicaments ont quant à eux été associés à une plus forte adhérence à leur médication (Byrne et al.; Horne & Weinman). Enfin, les patients adhérents à leur médication démontrent également des résultats plus élevés lorsqu'il est question de la mesure de la différence entre la nécessité perçue par le patient de prendre ses médicaments et les préoccupations relatives à cette dernière (Bane et al.; Horne & Weinman).

En résumé, les écrits démontrent que plusieurs variables relatives au traitement médicamenteux (manque de connaissance par rapport au plan de traitement, la fréquence de doses quotidiennes de doses, les effets secondaires, une mauvaise attitude envers la médication, la présence de préoccupations par rapport à la prise de médication, la nécessité perçue par l'individu de prendre ses médicaments) sont reliées de façon positive ou négative à l'adhérence. Encore une fois, pour une de ces variables (le nombre de médicaments), il n'y a pas de consensus quant à la direction de la relation. De même, il ne semble pas y avoir de consensus dans la documentation scientifique quant à la présence d'un lien entre certaines de ces variables et l'adhérence médicamenteuse. En

effet, Williams, Rodin, et al. (1998), dans leur étude combinant la théorie de l'autodétermination et l'adhérence médicamenteuse, n'ont pas déterminé de relation entre le nombre de médicaments, la fréquence de doses et l'adhérence médicamenteuse. Il s'avère également pertinent de noter que quelques unes de ces variables (les connaissances par rapport au plan de traitement médicamenteux et la nécessité perçue par l'individu de prendre ses médicaments) pourraient être associées à un certain sentiment de compétence (sentiment qui sera défini ultérieurement).

Variables relatives à la maladie cardiovasculaire

Des variables relatives à la maladie cardiovasculaire ont aussi été mises en relation avec l'adhérence médicamenteuse. Un manque de connaissance par rapport à la maladie cardiovasculaire a été associé de façon négative à la prise de médication (ce dernier étant associé à une faible adhérence) (Ziegelstein, 2003). Deux études réalisées dans le but d'évaluer respectivement si les connaissances générales et les connaissances spécifiques à l'égard des facteurs de risques des maladies coronariennes étaient reliées avec le changement d'habitudes de vie et l'adhérence à la médication ont aussi démontré des résultats intéressants (Alm-Roijer, Stagmo, Udén, & Erhardt, 2004; Alm-Roijer, Fridlund, Stagmo, & Erhardt, 2006). La première étude a démontré que les connaissances générales des patients concernant les facteurs de risques des maladies coronariennes étaient significativement reliées à la probabilité de prise de médication visant à diminuer la pression sanguine (Alm-Roijer et al., 2004). L'étude conduite ultérieurement a été en mesure de déterminer que les connaissances spécifiques des

patients concernant leurs propres facteurs de risque (facteurs personnels plutôt que généraux) étaient corrélées significativement à l'adhérence à la médication visant à réduire les lipides, l'adhérence aux médicaments antihypertenseurs et aux médicaments oraux pour abaisser la glycémie (Alm-Roijer et al., 2006).

La nature symptomatique versus asymptomatique de l'ischémie myocardique a aussi été identifiée comme une variable pouvant altérer l'adhérence médicamenteuse. Dans une étude visant à évaluer l'adhérence à un régime prophylactique (prise préventive de médication) d'aspirine chez des patients souffrant d'ischémie myocardique secondairement à une maladie coronarienne, ceux qui rapportaient des symptômes angineux étaient moins adhérents à leur régime quotidien d'aspirine que ceux qui souffraient d'une maladie coronarienne comparable sans avoir jamais expérimenté de symptômes angineux (Carney et al., 1998). Des résultats similaires ont été déterminés dans une étude réalisée par Gehi et al. (2007) où les participants non adhérents à la médication étaient plus susceptibles de souffrir d'angine légère.

La perception qu'ont les patients du caractère de leur maladie cardiovasculaire a également été reliée à l'adhérence. En fait, la perception de la chronicité de la maladie a été identifiée comme un facteur pouvant prédire l'adhérence à la médication (Byrne et al., 2005).

En résumé, les études scientifiques démontrent que plusieurs variables relatives à la maladie cardiovasculaire sont reliées à l'adhérence médicamenteuse. Les connaissances qu'ont les personnes par rapport aux facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire, la nature symptomatique ou non de l'ischémie myocardique et les perceptions qu'ont les personnes de leur maladie, sont toutes des variables qui ont été identifiées comme pouvant avoir une influence sur l'adhérence médicamenteuse. Encore une fois, il est possible de penser que les connaissances qu'ont les personnes par rapport à la maladie cardiovasculaire et ses facteurs de risque pourraient être associées à une forme de compétence.

Variables relatives au donneur de soins

Différentes variables relatives au donneur de soins ont été identifiées comme pouvant affecter de façon négative l'adhérence médicamenteuse. La critique sévère ou la provocation du patient, l'omission d'évaluer l'adhérence auprès du patient, l'incapacité de simplifier le régime médicamenteux ou de fournir de l'information en regard des médicaments ou de la maladie, l'omission de questionner le patient en regard des effets secondaires ou des coûts reliés à la prise de médication et le changement ou l'augmentation du nombre de médicaments en situation de non réponse au traitement sans avoir vérifié si le patient prend sa médication tel que prescrit sont tous des facteurs pouvant affecter négativement l'adhérence (Ziegelstein, 2003). Comme il est possible de le constater, certaines de ces variables sont similaires à d'autres variables précédemment nommées (la complexité du régime médicamenteux, les effets secondaires, le coût des

médicaments), mais déterminées comme relevant de la responsabilité du médecin de les prendre en considération.

Variables psychologiques

Les écrits scientifiques confirment dans l'ensemble l'existence d'un lien de nature similaire entre les symptômes dépressifs, la dépression et l'adhérence médicamenteuse chez les personnes présentant une MCV. Bane et al. (2006) ont identifié que des résultats plus élevés sur une échelle de mesure de symptômes dépressifs étaient associés à la non-adhérence. De même, Kulkarni et al. (2006) ont déterminé que des résultats moins élevés sur une échelle mesurant l'humeur et la détresse psychologique (des résultats élevés sur cette échelle indiquant une humeur fréquemment positive et l'absence de détresse psychologique) étaient associés à la non-adhérence à la médication cardiaque. Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude conduite par Gehi et al. (2007). Ces chercheurs ont déterminé que les participants nonadhérents étaient plus susceptibles d'avoir des scores élevés sur un questionnaire indiquant la présence de symptômes dépressifs. Enfin, le fait de vivre une dépression proprement dite a aussi été relié de façon négative à l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire (Carney, Freedland, Eisen, Rich, & Jaffe, 1995; Gehi, Haas, Pipkin, & Whooley, 2005; Ho et al., 2008; Ziegelstein, 2003).

Variables physiologiques et psychosociales

Des variables physiologiques comme des problèmes cognitifs ou de vision ont également été associées à une faible adhérence à la médication chez des patients cardiaques (Ziegelstein, 2003). De même, parmi les variables psychosociales, un faible support social a été identifié comme pouvant prédire de façon négative l'adhérence (Ziegelstein).

Variables autres et diverses

Enfin, des variables diverses ont aussi été reliées à la prise de médicaments chez les patients souffrant d'une MCV. Les résultats de l'étude de Gazmararian et al. (2006) suggèrent, sans avoir démontré de façon concluante, qu'un faible niveau d'alphabétisation-santé (jusqu'à quel point un individu est en mesure d'obtenir et de comprendre des informations de base par rapport à sa santé et les services nécessaires pour prendre des décisions appropriées en regard de cette dernière [Ratzan & Parker, 2000]) pourrait prédire un faible renouvellement de médication chez des gens présentant une maladie coronarienne. Il est possible de croire que le niveau d'alphabétisation-santé pourrait être aussi relié à un certain sentiment de compétence. Les croyances des personnes significatives, telles que perçues par le patient, à l'égard des comportements prescrits par le médecin ont aussi été associées à la prise de médicaments. Une étude visant à évaluer l'effet d'une intervention infirmière effectuée 30 jours après l'hospitalisation sur la conformité au régime médical prescrit chez des patients ayant

subi un infarctus du myocarde deux ans après cet événement a révélé des résultats intéressants à cet égard (Miller et al., 1990). Cette étude a déterminé que l'importance accordée par les personnes significatives aux comportements prescrits, telle que perçue par le patient, était associée à la prise de médicaments (Miller et al.). Enfin, la présence chez le patient de plusieurs comorbidités a été associée à la discontinuation de la prise de médicaments chez les patients cardiaques et à une utilisation moins constante de ces derniers (Ho et al., 2006; Newby et al., 2006).

Les facteurs pouvant affecter l'adhérence médicamenteuse chez les personnes souffrant d'une maladie cardiovasculaire sont variés et nombreux : variables démographiques, variables relatives au traitement médicamenteux et à la maladie cardiovasculaire, variables physiologiques, psychosociales et psychologiques, variables relatives au donneur de soins et diverses autres. Certaines variables étant de nature plutôt déterminée ou attribuable à des facteurs contextuels (ex. : sexe de l'individu, caractère chronique de la maladie, nombre de médicaments nécessaires et effets secondaires, environnement social de l'individu, etc.), d'autres semblent davantage relever de facteurs individuels ou psychologiques (ex. : attitude et perception de l'individu à l'égard du traitement, à l'égard de la maladie, santé psychologique du patient, etc.).

Ces derniers facteurs internes à l'individu ont été démontrés comme ayant un impact certain sur l'adhérence médicamenteuse. D'autres facteurs internes, non encore explorés, ayant la qualité d'être modifiables, auraient aussi avantage à être considérés dans la

prédiction de l'adhérence médicamenteuse. La théorie de l'autodétermination propose que des variables motivationnelles seraient à l'origine des comportements des individus (Deci & Ryan, 2002). À cet égard, et selon le fait que certains facteurs psychologiques puissent jouer un rôle dans la prédiction de l'adhérence médicamenteuse, il devient fondé de croire que des variables motivationnelles pourraient également prédire l'adhérence à la médication chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire. Au cours des prochaines lignes, ces variables motivationnelles ainsi que la théorie qui les définit seront exposées.

La théorie de l'autodétermination

Tendance innée de développement

La théorie de l'autodétermination (TAD) présume que tous les individus sont dotés d'une tendance innée, naturelle et constructive à se développer un sentiment d'être (un « self ») unifié et élaboré (Deci & Ryan, 2002). En fait, selon la TAD, les individus tendent naturellement, dans cette optique de développement, à établir des connections entre les éléments de leur propre psyché de même qu'avec les individus de leur environnement social.

Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux joueraient un rôle déterminant dans la croissance de l'individu. D'après la TAD, les facteurs environnementaux pourraient influencer la tendance innée de croissance de l'individu. En fait, ce serait par leur capacité de soutenir certains besoins psychologiques identifiés comme fondamentaux que les facteurs environnementaux exerceraient leurs influences sur l'individu. Les facteurs environnementaux pourraient soit soutenir, soit entraver les efforts d'intégration de l'individu de ses expériences d'une façon cohérente à ce qu'il est (à son « self ») (Deci & Ryan, 2002).

Besoins psychologiques fondamentaux

La TAD identifie trois besoins psychologiques fondamentaux : les besoins de compétence, d'autodétermination (ou d'autonomie) et d'affiliation. La notion de compétence fait référence au sentiment que possède un individu en regard de sa capacité et de son habilité à réaliser une action. La notion d'autodétermination fait allusion au sentiment que possède un individu lorsqu'il agit selon ses propres intérêts et ses valeurs. Enfin, la notion d'affiliation réfère au sentiment que possède l'individu d'être relié aux autres et à sa collectivité (Deci & Ryan, 2002).

Appliqué au domaine de la santé, il est possible de définir ces différents concepts de la façon suivante. Le besoin pour le patient de comprendre comment il peut atteindre

certains buts fixés pour sa santé et sentir qu'il est en mesure d'effectuer les actions nécessaires pour y arriver ferait référence à la notion de compétence. Le besoin du patient de sentir qu'il a le choix dans les décisions concernant sa santé et qu'il peut agir selon son propre gré à l'égard des buts qui y sont reliés ferait référence à la notion d'autodétermination (ou d'autonomie). Enfin, le besoin du patient de se sentir respecté et apprécié de son médecin et des individus qui lui sont significatifs ferait référence au concept d'affiliation (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003).

En résumé, selon la TAD, le soutien des besoins psychologiques fondamentaux de compétence, d'autodétermination (ou d'autonomie) et d'affiliation (assuré par les facteurs environnementaux) serait essentiel pour supporter la croissance unifiée de l'individu (tendance innée à se développer un sentiment d'être unifié et élaboré) et assurer son bien-être. Ces besoins psychologiques fondamentaux peuvent être également soutenus chez des patients souffrant de problématique de santé.

Concept de motivation et types de motivation

En plus de permettre la croissance et le bien-être des individus, le soutien des besoins psychologiques interviendrait à un autre niveau chez l'individu. En fait, la TAD suppose que le soutien des besoins psychologiques influencerait la motivation des individus à l'égard des comportements qu'ils adoptent (incluant les comportements de santé) (Deci & Ryan, 2002; Sheldon et al., 2003). En effet, selon la TAD, c'est le soutien des besoins

psychologiques par l'environnement qui déterminerait la qualité de la motivation d'un individu à l'égard de ses comportements.

La motivation, telle que définie par Deci et Ryan (2008), fait référence à ce qui incite les gens à agir, penser et à se développer. La TAD a défini six types de motivation, chacun de ces types faisant référence à un degré d'accord et de cohérence avec les intérêts et les valeurs de l'individu (autodétermination) : l'amotivation, les motivations extrinsèques (quatre types : par régulation externe, par régulation introjectée, par régulation identifiée, par régulation intégrée) et la motivation intrinsèque. D'après la TAD, seulement la motivation extrinsèque par régulation identifiée, la motivation extrinsèque par régulation intégrée et la motivation intrinsèque peuvent vraiment être qualifiées d'autodéterminées.

L'amotivation

L'amotivation réfère au plus faible degré d'accord avec les valeurs et les intérêts d'un individu. Ainsi, l'individu présentant ce type de motivation ne prévoit pas son action. Il ne s'engagera pas de façon intentionnelle dans le comportement pour plusieurs raisons : soit il ne valorise pas le comportement en tant que tel ou le but que ce dernier permet d'atteindre, soit il ne se sent pas capable de réaliser le comportement (sentiment de compétence), soit il ne voit pas le lien entre le comportement et ses buts. Définie d'une façon plus spécifique en regard de la santé, l'amotivation se repère chez le patient qui ne

rapporte aucune intention de changer, qui ne se sent pas en mesure de changer et même indisposé à essayer tout changement (Sheldon et al., 2003) .

La motivation extrinsèque par régulation externe

La motivation extrinsèque par régulation externe réfère à un degré supérieur, bien qu'encore non établi, d'autodétermination. Comme son nom l'indique, la source de motivation est externe à l'individu. Même si c'est l'individu qui accomplit le comportement, la source de contrôle demeure extérieure à ce dernier (p. ex. : satisfaire à une demande de l'extérieur). La personne présentant ce type de motivation effectue un comportement dans le but d'obtenir des récompenses ou d'éviter des punitions. Appliqué au domaine de la santé, cela pourrait se refléter par le patient qui adopte un comportement pour sa santé seulement parce qu'il se sent forcé par le médecin ou son conjoint à l'adopter (Sheldon et al., 2003).

La motivation extrinsèque par régulation introjectée

Le prochain type de motivation réfère à une meilleure intériorisation de la source de contrôle du comportement. La motivation extrinsèque par régulation introjectée suppose que l'individu commence à intérioriser la source de contrôle de son comportement. En fait, c'est maintenant sous l'influence de contraintes internes que se régule le comportement. L'individu peut agir, adopter le comportement, pour éviter la culpabilité, la honte ou pour se sentir valorisé (augmenter son sentiment de valeur personnelle).

Dans ce type de motivation, le comportement n'est pas encore accepté comme tout à fait cohérent avec les valeurs et les intérêts de l'individu. Dans le domaine de la santé, un patient peut tenter de changer un comportement seulement parce qu'il sent coupable ou honteux de ce dernier (p. ex. : la personne qui cesse l'utilisation du tabac parce qu'elle a honte de fumer) (Sheldon et al., 2003).

La motivation extrinsèque par régulation identifiée

Le prochain type de motivation fait référence à un plus grand degré d'autodétermination du comportement. En fait, comme il a été mentionné précédemment, c'est à partir de ce type de motivation que l'on peut commencer à parler d'autodétermination de la motivation (ou de motivation autodéterminée). La motivation extrinsèque par régulation identifiée suppose que l'individu valorise le comportement et que ce dernier est cohérent avec ses valeurs et ses intérêts. L'individu présentant ce type de motivation a intériorisé suffisamment le comportement pour démontrer un engagement à l'égard de ce dernier. Le comportement est alors adopté parce qu'il rejoint certaines valeurs de l'individu (p. ex. : prendre ses médicaments parce que cela est important pour la santé). Dans ce type de motivation, la régulation du comportement est davantage interne à l'individu. L'individu attribue une importance réelle au comportement.

La motivation extrinsèque par régulation intégrée

Le dernier type de motivation extrinsèque, la motivation extrinsèque par régulation intégrée, fait référence à la plus autodéterminée des formes de motivation extrinsèque. L'individu présentant ce type de motivation réalise un comportement de façon tout à fait volontaire. Le comportement permet de répondre à un objectif dont la valeur est bien intégrée à la représentation que la personne se fait d'elle-même (son « self »). Ce type de régulation suppose également que l'individu présentant ce type de motivation sera également motivé pour plusieurs autres comportements associés à cette dimension de sa personne. Par exemple, l'individu pour qui la santé est une valeur intégrée à sa représentation personnelle, effectuera non seulement un, mais plusieurs comportements en accord avec cette dimension (p. ex. : arrêter de fumer, prendre ses médicaments, faire de l'exercice, bien s'alimenter, etc.). Ainsi, l'individu présentant ce type de motivation en regard d'une dimension de sa personne tendra à la fois à maintenir un niveau de cohérence entre ses comportements de même qu'à réduire les conflits entre eux.

La motivation intrinsèque

La motivation intrinsèque fait référence au type de motivation où l'individu adopte un comportement pour le plaisir ou l'intérêt manifesté pour ce dernier. Contrairement aux autres types de motivation où le comportement est instrumental à d'autres objectifs que la pratique de l'activité en tant que telle (par ex. : répondre à une demande de l'extérieur, éviter la culpabilité, favoriser la cohérence des comportements avec les

valeurs personnelles), dans le cas de la motivation intrinsèque, le comportement constitue la fin en soi. Le comportement est la source de la satisfaction immédiate. La motivation intrinsèque représente la plus haut degré d'autodétermination. Appliqué au domaine de la santé, cela pourrait référer à l'individu qui fait de l'exercice pour le plaisir que cette pratique lui rapporte en tant que tel.

En résumé, selon la TAD, la motivation (la motivation faisant référence à ce qui pousse un individu à agir, penser et à se développer) serait influencée par le soutien des besoins psychologiques (de compétence, d'autonomie et d'affiliation) par le contexte environnemental. La TAD a défini six types de motivation (amotivation, motivations extrinsèques par régulation externe, par régulation introjectée, par régulation identifiée et par régulation intégrée et motivation intrinsèque) correspondant chacun à un degré d'accord et de cohérence avec les intérêts et les valeurs de l'individu (autodétermination). Enfin, chacun de ces types pourrait refléter la motivation d'un individu par rapport à l'adoption d'un comportement de santé.

Le continuum d'autodétermination

Comme il a été mentionné précédemment, les six types de motivation font chacun référence à un degré d'accord et de cohérence avec les intérêts et les valeurs de l'individu. En fait, chacun de ces types pourrait être situé sur un continuum. Selon la TAD, les six types de motivation, référant à un certain degré d'autodétermination,

peuvent se situer sur un continuum. (Deci, Vallerand, Pelletier & Ryan, 1991; Ryan & Connell, 1989). Sur ce continuum, l'amotivation fait référence au type le moins autodéterminé de motivation (l'individu n'a pas de motivation à effectuer un comportement donné). À l'autre bout du continuum, se trouve la motivation intrinsèque, forme la plus autodéterminée de motivation (l'individu effectue le comportement uniquement pour le plaisir que ce dernier procure). Les autres formes de motivation, que l'on qualifie de motivation extrinsèque par régulation externe, par régulation introjectée, par régulation identifiée et par régulation intégrée se situeraient entre l'amotivation et la motivation intrinsèque sur le continuum. Chacun de ces types de motivation extrinsèque représenterait dans l'ordre et respectivement un degré d'autodétermination de plus en plus élevé.

La validation de ce continuum a été supportée par plusieurs études (voir Vallerand, 1997, pour une recension complète). Ces études, effectuées dans des domaines particuliers, ont permis de supporter la validité de ce continuum : dans les domaines du sport (Pelletier, Fortier et al., 1995), de l'éducation (Ryan & Connell, 1989 ; Vallerand et al., 1993) et des loisirs (Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière, & Blais, 1995).

La régulation du comportement

La TAD suppose également que différents processus de régulation, reflétant différentes raisons de se comporter et accompagnés d'expériences distinctes, seraient à

l'origine des comportements davantage contrôlés et de ceux de nature plus autodéterminée (Williams, Deci, & Ryan, 1998). Les comportements contrôlés et autodéterminés seraient régulés par des processus différents.

Le comportement contrôlé serait régulé par un processus de conformité. L'individu ne ressentirait aucun choix en regard de l'exécution du comportement. Sous l'influence de forces interpersonnelles (p. ex. : opinion des autres) ou intrapersonnelles (p. ex. : conflit générant de l'anxiété) exerçant des pressions sur lui, l'individu aurait le sentiment qu'il doit adopter le comportement.

Le comportement autodéterminé serait régulé par un processus de choix. L'individu s'engagerait alors dans l'action parce qu'il considère cette dernière importante ou qu'elle rejoint ses intérêts (Williams, Deci, & Ryan, 1998). C'est avec enthousiasme et en totale approbation avec cette action que l'individu s'engagerait dans cette dernière.

Bref, c'est la capacité de choisir qui serait à l'origine des comportements de nature plus autodéterminée. Lorsque l'individu a l'impression qu'il n'a pas le choix d'adopter des comportements, ces comportements adoptés seraient de nature davantage contrôlée.

Le soutien aux besoins, dont le besoin d'autonomie, dans l'intégration de la régulation du comportement, entre autres, dans le domaine de la santé

Tel qu'il a été mentionné précédemment, le soutien des besoins psychologiques de base chez l'individu influence sa croissance, son bien-être et sa motivation à l'égard des comportements qu'il adopte. Selon la TAD, le soutien des besoins influencerait également l'intériorisation de la source du contrôle du comportement de même que l'intégration du comportement à la représentation que l'individu se fait de lui-même (Deci & Ryan, 2002). Le sentiment d'être relié aux autres (soutien du besoin d'affiliation) est considéré comme important pour l'intériorisation de la source du contrôle du comportement. Le sentiment que possède un individu à l'égard de sa capacité à réaliser une action (soutien du besoin de compétence) contribuerait également à cette même intériorisation de même qu'à l'auto-régulation ultérieure du comportement (Deci & Ryan). Enfin, le sentiment que possède l'individu d'agir par choix, selon ses intérêts et ses valeurs (soutien du besoin d'autodétermination ou d'autonomie) serait très important pour l'intériorisation et l'intégration du comportement.

La TAD avance que le soutien à l'autonomie (à l'autodétermination) serait une variable critique pour déterminer si l'intériorisation, supportée par le soutien des besoins d'affiliation et de compétence, sera partielle (motivation extrinsèque par régulation introjectée ou identifiée) ou plus complète (motivation extrinsèque par régulation intégrée) (Deci & Ryan, 2002).

Dans le domaine de la santé, le soutien à l'autonomie a été reconnu comme pouvant être l'élément le plus crucial à considérer par les cliniciens lors de l'adoption de programmes thérapeutiques avec leurs patients (Sheldon et al., 2003). La pratique d'une approche basée sur le soutien à l'autonomie de la part des cliniciens permettrait aux patients de sentir qu'ils sont les agents autonomes de leurs comportements tout en leur permettant de se sentir reliés de façon significative à leur clinicien. Dans un tel contexte, les patients seraient plus susceptibles de fournir des efforts soutenus et de s'engager dans des comportements de santé, conduites nécessaires à l'expérimentation d'un sentiment de compétence à l'égard de ces comportements. Les patients seraient également plus en mesure d'intérioriser graduellement les comportements de santé à prime abord « non plaisants », bref, de s'approprier davantage les motivations extrinsèques (Sheldon et al.).

Plusieurs études, présentées ci-dessous, ont permis de supporter le rôle du soutien à l'autonomie, de la motivation autodéterminée et du sentiment de compétence dans la susceptibilité des patients d'adhérer à différents comportements de santé à long terme.

Études dans le domaine de la santé et la théorie de l'autodétermination

Comme il a été mentionné précédemment, plusieurs études effectuées dans le domaine de la santé ont exploré l'applicabilité des notions de soutien à l'autonomie, de la motivation autodéterminée et du sentiment de compétence découlant de la TAD à l'adoption de différents comportements de santé. Les études qui seront décrites au cours

des prochaines lignes traitent de l'applicabilité de ces notions aux comportements alimentaires, au contrôle du diabète, à la cessation tabagique, à l'adhérence à un programme de traitement pour la dépendance, et finalement, à l'adhérence au traitement médicamenteux.

Les comportements alimentaires

Les études s'intéressant aux comportements alimentaires ont démontré des résultats intéressants quant à l'applicabilité des notions de la TAD à ces comportements. Les résultats d'une étude menée par Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci (1996) auprès de patients obèses participant à un programme de perte de poids incluant une diète à très faibles calories ont révélé que le degré de motivation autodéterminée pouvait prédire la présence aux réunions hebdomadaires du programme, la perte de poids durant le programme de même que le maintien de la perte de poids au suivi après 23 mois. Dans cette étude, la perception de soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant dans le programme était également prédictive du degré d'autodétermination de la motivation, de l'assistance aux réunions hebdomadaires du programme, de la perte de poids durant le programme et du maintien de cette perte au suivi de 23 mois.

Une autre étude visant à déterminer comment le concept de motivation globale (permettant de définir les différents degrés d'autodétermination) pouvait aider à comprendre pourquoi certaines femmes, exposées aux mêmes pressions socioculturelles en regard de l'image corporelle, pouvaient être moins influencées par ces dernières et

être moins à risque d'expérimenter des symptômes boulimiques a révélé des résultats intéressants en regard des relations entre ces concepts (Pelletier, Dion, & Séguin-Lévesque, 2004). Les résultats de cette étude ont révélé que plus les femmes étaient motivées de façon autodéterminée dans plusieurs domaines de leur vie, moins elles percevaient les pressions socioculturelles en regard de l'image corporelle; moins elles endossaient les croyances de la société relatives à la minceur et à l'obésité et moins elles expérimentaient des symptômes boulimiques.

Le contrôle du diabète

Des résultats intéressants découlent également des études qui ont traité de l'applicabilité des notions de la TAD au contrôle du diabète. Une étude effectuée auprès de patients diabétiques a révélé des résultats importants quant au rôle du soutien à l'autonomie dans l'adoption des comportements de santé (Williams, Freedman, & Deci, 1998). Les résultats de cette étude ont déterminé que la perception du soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant par les patients diabétiques était reliée à un changement de l'hémoglobine glyquée à 12 mois. La perception du soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant a aussi été reliée à une augmentation significative de la motivation autodéterminée à 12 mois. Une augmentation de la motivation autodéterminée était aussi reliée à une augmentation significative du sentiment de compétence et cette augmentation du sentiment de compétence était reliée

à une diminution significative des valeurs de l'hémoglobine glyquée à 12 mois (Williams, Freedman, et al., 1998)¹.

Les résultats d'une autre étude effectuée ultérieurement par Williams, McGregor, Zeldman, Freedman et Deci (2004) ayant pour objectif de vérifier l'applicabilité de la TAD sur le contrôle de la glycémie auprès de patients diabétiques se sont aussi avérés intéressants. De façon plus spécifique, cette étude évaluait l'effet d'une approche visant à mobiliser les patients à être plus actifs durant leurs visites chez le médecin sur la perception du soutien à l'autonomie de la part du médecin, le processus d'intériorisation de l'autonomie et la compétence. Bien que ces auteurs n'aient pas déterminé d'effet relié à l'application de l'approche thérapeutique, les résultats de leur étude ont démontré que les sentiments d'autodétermination et de compétence étaient augmentés par la perception du soutien à l'autonomie de la part du médecin. Ces changements dans les sentiments d'autonomie et de compétence ont également prédit des changements dans le contrôle de la glycémie (mesurés par l'hémoglobine glyquée). De même, ces auteurs avaient été en mesure de déterminer, dans l'évaluation d'un modèle théorique, qu'un changement dans la motivation autodéterminée était en mesure de prédire de façon significative un changement de sentiment de compétence. Enfin, dans cette même étude, les comportements visant à contrôler le diabète ont été déterminés comme médiateurs entre

¹ L'utilisation du terme sentiment réfère à la fois à une dimension affective et à une perception de soi. Ce terme a été choisi pour définir le concept de compétence de façon à demeurer conforme avec le terme utilisé dans la langue anglaise (*felt competence*). Cette explication s'applique également au sentiment d'autodétermination ou d'autonomie.

les changements de sentiment de compétence et les changements de contrôle de la glycémie (Williams et al., 2004).

La cessation tabagique

Les études ayant mis en relation des notions relatives à la TAD et la cessation tabagique ont elles aussi révélé des résultats significatifs. Deux études effectuées par Williams, Cox, Kouides et Deci (1999) auprès d'adolescents dont l'un des objectifs était de vérifier si une approche soutenant l'autonomie (plutôt qu'une approche directive et contrôlante) serait plus efficace pour promouvoir une motivation autodéterminée et un plus faible taux de tabagisme a permis de révéler des résultats notables quant au rôle du soutien à l'autonomie. La deuxième étude a été en mesure d'établir que le soutien à l'autonomie perçu par les jeunes adolescents a augmenté l'autodétermination de leur motivation à ne pas fumer. De plus, les changements dans l'autodétermination de la motivation ont prédit de façon significative la réduction de l'utilisation du tabac au suivi de quatre mois.

Une autre recherche effectuée par Williams, Gagné, Ryan et Deci (2002) visant à déterminer si le style utilisé par le médecin (style soutenant l'autonomie ou davantage contrôlant) avait une influence sur la motivation des patients à cesser l'usage du tabac a révélé des résultats tout aussi intéressants. Malgré le fait que l'étude n'ait pas été en mesure de mettre en lumière un effet direct du style utilisé par le médecin sur les taux de cessation tabagique entre les deux groupes de patients assignés au hasard à l'une des

deux conditions (style soutenant l'autonomie ou style contrôlant), les résultats de cette dernière ont révélé que le soutien à l'autonomie fourni par le médecin pouvait prédire l'autodétermination de la motivation. L'autodétermination de la motivation pouvait, quant à elle, prédire la cessation tabagique six mois, 12 mois et même 30 mois après la rencontre avec le médecin. La compétence perçue par le patient après la première visite chez le médecin a également été identifiée comme un facteur contribuant de façon indépendante à la variance de la cessation tabagique à six mois.

L'adhérence à un programme de traitement pour la dépendance

Une étude s'intéressant au traitement de la dépendance aux opiacés a révélé, elle aussi, des résultats significatifs quant à l'applicabilité des notions de la TAD à ce comportements de santé. Les résultats de l'étude de Zeldman, Ryan et Fiscella (2004), dont l'objectif était de déterminer le rôle de la motivation dans la prédiction du succès d'un programme de maintien à la méthadone, démontraient que les individus motivés de façon autodéterminée avaient des taux de rechute plus bas et une meilleure présence aux rencontres proposées par les services de support du centre de traitement. Les individus présentant une motivation davantage autodéterminée ont également pris moins de temps avant d'être éligibles au programme de traitement médicamenteux de méthadone pouvant être pris à la maison. De même, une plus grande perception des patients d'un soutien à leur autonomie de la part du personnel soignant a été associée à moins de rechutes, moins de présences manquées aux rencontres du centre, et un temps moins long avant de pouvoir prendre leur dosage de méthadone à la maison.

L'adhérence au traitement médicamenteux

Différentes études ont été conduites combinant la TAD et l'adhérence au traitement médicamenteux. Williams, Rodin, et al. (1998) ont mené la première étude explorant l'applicabilité de la TAD à l'adhérence à long-terme à la médication. Cent vingt-six participants qui prenaient au moins un médicament prescrit depuis le dernier mois et qui prévoyaient continuer la prise pour le mois suivant ont participé à leur étude. Tous les participants, âgés entre 37 et 65 ans, ont été interviewés. Ces entrevues structurées permettaient de recueillir différentes informations sur les participants (état de santé, régime médicamenteux, relation avec le médecin et adhérence aux médicaments). Un compte des pilules était également effectué, au cours de cette entrevue, afin de posséder un point de départ pour un compte prospectif des pilules prévu 14 jours plus tard (deux semaines plus tard l'intervieweur demandait au participant, par téléphone, de faire un compte de pilules pour chacun des médicaments, s'informant, par le fait même, de tout changement dans la médication). Seuls les médicaments prescrits par le médecin intervenant pour les principaux problèmes de santé du participant étaient considérés et inclus dans les analyses.

Lors de ces entrevues structurées, les participants complétaient également un questionnaire traitant de plusieurs éléments : éléments démographiques et relatifs à l'état de santé (âge, sexe, éducation, nombre de médicaments, nombre de doses quotidiennes, durée de leur traitement, perception des patients de leur santé actuelle et de la sévérité de leur maladie). La perception de barrières à l'égard de l'adhérence était également

mesurée dans le questionnaire, les patients identifiant jusqu'à quel point ils considéraient certains facteurs comme rendant la prise de leur médication plus difficile. La perception du patient du locus de contrôle à l'égard de sa santé était également mesurée. Enfin, des mesures d'autodétermination et de perception de soutien à l'autonomie étaient également considérées.

Pour les mesures de l'adhérence, trois indicateurs d'adhérence auto rapportée ont été considérés (les deux premiers indicateurs étaient recueillis durant l'entrevue). Au cours de l'entrevue, après avoir reconnu que « les personnes trouvaient difficile de toujours prendre leurs médicaments tels que prescrits », l'intervieweur s'adressait au participant et lui demandait de penser aux derniers jours et de se rappeler les pilules prises et le moment auquel ces dernières avaient été prises. À cet effet, l'intervieweur s'intéressait aux pilules prises telles que prescrites, celles prises en retard ou à l'avance, celles oubliées, les pilules supplémentaires ou celles que le participant avait décidé de ne pas prendre. Après avoir clarifié toute incertitude avec le participant en regard de chaque médicament pertinent, le nombre de pilules prises telles que prescrites était divisé par le nombre de pilules prescrites afin d'obtenir le premier indicateur. Le deuxième indicateur était obtenu par l'intervieweur qui demandait au participant d'estimer le pourcentage des médicaments qu'il prenait tels que prescrits, c'est-à-dire, ni en retard, ni en avance, ni oubliés, ni omis de prendre, mais pris selon la quantité prescrite et au bon moment (entre 0 et 100 %). Le troisième indicateur était obtenu en divisant le nombre de pilules prises deux semaines plus tard par le nombre de pilules qui aurait dû être pris durant ces deux

semaines après avoir ajusté pour les changements de prescriptions. Une mesure composée de l'adhérence était formée à l'aide de la moyenne de ces trois indicateurs.

Les résultats des analyses effectuées dans cette étude se sont avérés très intéressants à plusieurs égards. Les résultats n'ont démontré aucune relation significative entre les variables démographiques ou relatives à l'état de santé du participant et la mesure composée d'adhérence. De même, aucune relation n'a été relevée entre les variables relatives au lieu de contrôle à l'égard de la santé et la mesure composée d'adhérence. Une corrélation négative a été relevée entre les barrières perçues à l'égard de la prise de médication et la mesure composée d'adhérence.

En regard des concepts reliés à la TAD, la perception du soutien à l'autonomie a prédit de façon significative l'autodétermination de la motivation et de façon indirecte la mesure d'adhérence. Un statut médiateur de la motivation autodéterminée entre la perception du soutien à l'autonomie et la mesure composée d'adhérence a également pu être confirmé. L'autodétermination de la motivation a compté pour 68 % de la variance de la mesure d'adhérence. Dans le modèle de régression logistique, l'autodétermination de la motivation a été la seule variable à être corrélée de façon significative, bien que partielle, à l'adhérence à la médication. Il est à noter que dans l'échantillon ayant servi à cette étude, 23 % des participants avaient pour diagnostic primaire de l'hypertension, 21 % des symptômes de ménopause et 8 % de l'hyperthyroïdie. Les autres 28 diagnostics identifiés comptait chacun pour moins de 6 % des patients.

Une autre étude s'est intéressée à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence au traitement médicamenteux. Kennedy et al. (2004) ont exploré l'applicabilité de la TAD à l'adhérence à la thérapie antivirale chez des personnes atteintes du virus d'immuno-déficience (VIH). Deux cent un patients positifs au VIH, qui prenaient leurs médicaments antiviraux depuis au moins quatre mois, ont été retenus pour leurs analyses. Les participants, âgés entre 18 et 66 ans, étaient questionnés, au cours d'une brève entrevue structurée, au sujet de l'adhérence à leur médication. Ils se voyaient par la suite administrer un questionnaire.

Au cours de ces entrevues, les intervieweurs demandaient aux participants de nommer, pour chaque médicament pris pour le VIH, le moment auquel ils prenaient normalement chaque dose. Les intervieweurs s'informaient également du nombre de doses prises durant les trois derniers jours et du moment auquel chaque dose avait été prise. Les intervieweurs notaient le nombre de doses manquées, de même que le degré de concordance pour chaque dose prise avec l'intervalle de doses prescrit. Deux scores d'adhérence étaient subséquemment attribués aux participants. Le premier score consistait au rapport entre le nombre de doses prises durant les dernières 72 heures et le nombre de doses prescrites pour ce même intervalle (adhérence aux doses). Le deuxième score faisait référence à l'exactitude avec laquelle les doses avaient été prises selon l'intervalle prescrit (timing des doses). Pour 40 participants, déterminés au hasard, des données ont également été recueillies concernant les dates auxquelles les participants

s'étaient procurés leurs médicaments au cours des quatre derniers mois, afin de vérifier la validité de l'adhérence auto rapportée.

Le questionnaire rempli par les participants comprenait de l'information historique (information démographique demandée, historique médical en regard du statut positif au VIH et traitement associé, information demandée en regard de l'abus actuel de substance). Ce dernier incluait également une section où les participants devaient cocher les symptômes qu'ils expérimentaient actuellement et indiquer jusqu'à quel point ils considéraient ces derniers attribuables à leur médication. Le questionnaire mesurait également le soutien à l'autonomie (de la part du personnel soignant, des amis et de la famille), la motivation autodéterminée et la perception du sentiment de compétence pour l'adhérence à la médication. Enfin, des questions relatives à l'évaluation d'une détresse psychologique expérimentée durant les sept derniers jours étaient posées aux participants.

Les résultats de cette étude sont nombreux. Une relation statistiquement significative a été déterminée entre le soutien à l'autonomie de la part des donneurs de soins et de la famille et la motivation autodéterminée, les donneurs de soins étant identifiés par les patients comme leur plus grande source de soutien à l'autonomie. La motivation autodéterminée a également été associée à la mesure d'adhérence basée sur les intervalles (timing des doses), mais n'a pu être associée de façon significative à la

mesure d'adhérence aux doses. Le sentiment de compétence a été associé de façon significative aux deux mesures d'adhérence.



Les autres variables (comme l'âge, le statut d'emploi, l'utilisation de substance) n'ont pas été reliées aux mesures d'adhérence. La difficulté du régime médicamenteux de même que la mesure de détresse psychologique ont, pour leur part, été reliées de façon significative aux deux mesures d'adhérence.

Dans la vérification des modèles théoriques, le soutien à l'autonomie a prédit significativement la motivation autodéterminée, laquelle a prédit également de façon significative le sentiment de compétence. Le sentiment de compétence a, pour sa part, prédit de façon significative l'adhérence à la médication pour le VIH. Le soutien à l'autonomie a également été déterminé comme un facteur pouvant prédire la détresse psychologique (corrélation négative) et la détresse psychologique comme pouvant prédire de façon significative l'adhérence médicamenteuse (corrélation négative).

En résumé et de façon générale, les écrits scientifiques démontrent l'applicabilité du rôle du soutien à l'autonomie, de la motivation autodéterminée et du sentiment de compétence dans l'adoption de plusieurs comportements de santé (comportements alimentaires, contrôle du diabète, cessation tabagique et l'adhérence à un programme de traitement pour la dépendance). Ces différentes études ont permis de mettre en évidence la présence de relations entre ces différentes notions et l'adoption de comportements

santé à long terme. De façon plus spécifique, la recherche a permis de mettre en évidence la présence de certaines relations entre ces notions (soutien à l'autonomie, motivation autodéterminée et sentiment de compétence) et l'adhérence au traitement médicamenteux dans une population souffrant de problématiques de santé multiples et dans une population atteinte du virus d'immuno-déficience (VIH). Bien qu'aucune recherche recensée ne se soit attardée à étudier la présence de relations entre ces variables de la TAD et l'adhérence médicamenteuse chez une population souffrant de maladies cardiovasculaires, tout porte à croire que de telles relations pourraient être aussi présentes dans cette population.

Résumé de la problématique de recherche : La théorie de l'autodétermination et l'adhérence au traitement médicamenteux chez une population souffrant d'une maladie cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires constituent une problématique de santé majeure au Canada, au Québec, de même qu'au Saguenay – Lac-St-Jean. La prise de médication est considérée comme une composante non négligeable du traitement de ces maladies tant en prévention primaire que secondaire. Malgré les nombreux bénéfices associés à l'adhérence à cette médication chez les patients atteints d'une MCV, les statistiques énoncées précédemment démontrent qu'une proportion importante de patients ne prennent pas leurs médicaments de façon adéquate et continue (Akincigil et al., 2007; Dhanuka et al., 2003; Eagle et al., 2004; Ho et al., 2006; Kulkarni et al., 2006; Newby et

al., 2006). De nombreuses variables de diverses natures (sociodémographiques, relatives au traitement médicamenteux, relatives à la maladie cardiovasculaire, etc.) ont été identifiées dans les écrits scientifiques comme reliées à l'adhérence aux médicaments cardiovasculaires ou à la médication chez les patients présentant une MCV. Parmi celles-ci, des variables de nature psychologique ont été déterminées comme ayant le potentiel de prédire l'adhérence à la médication.

En regard de ces informations, il est permis de croire que d'autres variables psychologiques internes comme la motivation de l'individu, telle que définie par la TAD, pourrait prédire l'adhérence à la médication. Selon la TAD, des variables motivationnelles contribueraient à l'adoption et au maintien du comportement. Cette théorie suppose également que la qualité de la motivation serait grandement définie par le soutien de besoins psychologiques fondamentaux chez l'individu par l'environnement. En soutenant les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, l'environnement favoriserait le développement d'une motivation davantage autodéterminée associée au comportement adopté par l'individu.

Le soutien à l'autonomie serait une variable clé de ce processus d'autodétermination de la motivation. En fait, il jouerait un grand rôle dans la définition de la qualité de la motivation à l'égard du comportement et dans l'attribution d'une valeur et d'une reconnaissance à ce dernier par l'individu. Le sentiment de compétence ressenti par

l'individu à l'égard du comportement jouerait également un rôle dans l'adoption de ce dernier.

Les rôles du soutien à l'autonomie, du sentiment de compétence et de la motivation autodéterminée dans l'adoption de certains comportements de santé à long terme ont été démontrés dans diverses études dans différents domaines de la santé (comportements alimentaires, contrôle du diabète, cessation tabagique, l'adhérence à un programme de traitement pour la dépendance). Encore une fois, le soutien à l'autonomie a été reconnu comme pouvant être l'élément le plus crucial à considérer par les cliniciens lors de l'adoption de programmes thérapeutiques avec leurs patients. Dans la littérature scientifique, le soutien à l'autonomie, le sentiment de compétence et la motivation autodéterminée ont aussi été démontrés comme pouvant prédire l'adhérence à la médication chez des patients présentant des diagnostics multiples.

En regard de la capacité des variables psychologiques de prédire l'adhérence médicamenteuse, de la capacité de certaines variables de la TAD de prédire l'adhérence médicamenteuse dans des populations présentant diverses problématiques de santé, il s'avère donc raisonnable de croire que le soutien à l'autonomie, le sentiment de compétence et la motivation autodéterminée pourraient également prédire l'adhérence à la médication chez une population souffrant d'une maladie coronarienne.

Objectifs de recherche

La présente étude vise donc à évaluer la relation entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue, la motivation autodéterminée et le sentiment de compétence à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse. De façon plus spécifique, cette étude vise à déterminer la capacité qu'ont ces variables de pouvoir prédire l'adhérence médicamenteuse chez des patients coronariens du Saguenay – Lac-St-Jean. Éventuellement, la mise en lumière de relations entre les variables dérivant de la TAD et l'adhérence médicamenteuse pourrait permettre la formation d'une nouvelle visée théorique dans la compréhension des mécanismes sous-jacents à l'adhérence médicamenteuse. Les résultats obtenus grâce à la réalisation de cette étude pourraient aussi permettre l'implantation de nouvelles interventions visant à maximiser l'adhérence médicamenteuse chez cette population où les conséquences néfastes associées à la mauvaise prise des médicaments sont nombreuses et non négligeables.

D'après la revue des écrits scientifiques effectuée pour la présente recherche, il s'agirait de la première étude à s'intéresser à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence médicamenteuse chez une population dont les membres sont tous atteints d'une maladie coronarienne.

Hypothèses de recherche

Pour la présente étude, en fonction des relations identifiées précédemment dans la littérature scientifique, il est donc attendu que le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue, le sentiment de compétence la motivation autodéterminée à la prise de médicaments seront reliés à l'adhérence à la médication chez des patients coronariens. Plus spécifiquement, les relations suivantes seront explorées.

Il est attendu que:

H 1 : Le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments sera plus élevé chez les patients coronariens qui rapportent un plus grand soutien à l'autonomie de la part de leur médecin et de leur cardiologue.

H 2 : Les patients coronariens qui présentent de plus hauts degrés d'autodétermination de motivation à la prise de médicaments rapporteront des sentiments de compétence plus élevés par rapport à l'adhérence à leurs médicaments.

H 3 : Les patients coronariens qui présentent des sentiments de compétence plus élevés à la prise de médicaments démontreront une meilleure adhérence à leurs médicaments.

H 4 : Le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments sera le médiateur de la relation entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue et le sentiment de compétence à la prise de médicaments.

H 5 : Le sentiment de compétence à la prise de médicaments sera médiateur entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et l'adhérence à la médication prescrite.

Il est à noter qu'en raison de l'envergure du projet dans lequel s'inscrit cette étude (essai doctoral), seulement certaines relations entre les variables - dont la présence a été identifiée dans les écrits scientifiques - sont explorées.

Méthode

Cette section décrit la méthode utilisée pour la présente étude. Cette dernière est divisée en quatre parties. Une première partie est consacrée à la description des participants et du mode de recrutement de ces derniers. Une deuxième partie traite des instruments de mesure utilisés, tandis que les troisième et quatrième parties présentent respectivement le déroulement de la collecte de données et les analyses statistiques envisagées.

Participants

L'échantillon a été composé de 145 adultes comprenant 114 hommes et 31 femmes provenant de la région du Saguenay – Lac-St-Jean et présentant un diagnostic de maladie cardiovasculaire. Ces participants ont été recrutés à l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC) parmi les patients référés annuellement au département de médecine de jour pour coronographie ou hospitalisés en raison d'un diagnostic de syndrome coronarien aigu ou d'infarctus du myocarde. Ces participants étaient hospitalisés en cardiologie, ou pour chirurgie cardiovasculaire ou effectuaient un bref séjour au département de médecine de jour. Les critères d'inclusion déterminaient que les participants devaient être âgés entre 18 et 75 ans et avoir un diagnostic confirmé de maladie athérosclérotique. La moyenne d'âge des participants composant l'échantillon était de 61 ans (de 38 à 76 ans). L'échantillon était composé à 79 %

d'hommes. Les participants étaient majoritairement retraités (52 %) et mariés (76 %). Dans l'échantillon, 28 % des participants avaient complété des études secondaires. Enfin, 22 % affirmaient avoir un revenu annuel de 55 000 \$ et plus par année. Les participants présentant une maladie débilante affectant le pronostic de survie (maladie neuromusculaire nuisant aux activités, insuffisance rénale terminale, néoplasie) ou souffrant d'une maladie cognitive ou psychiatrique significative ont été exclus de l'étude. La présente étude a reçu l'approbation éthique de la part du Comité de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ces approbations sont présentées à l'Appendice A.

Instruments de mesure

Cette étude, de type transversal, est inscrite dans une recherche de type longitudinal s'échelonnant sur un an - quatre temps de mesure : T 1 (point de départ), T 2 (trois mois), T 3 (six mois) et T 4 (12 mois). Les participants recrutés dans cette recherche sont rencontrés à quatre reprises sur une durée de 12 mois. Une enquête par questionnaire effectuée par un assistant de recherche a constitué la méthode employée. Les instruments décrits subséquentement et utilisés ont été tirés des questionnaires relatifs au T 1 et au T 2, temps de mesures considérés pour la présente étude.

Questionnaire

Le questionnaire utilisé est composé d'instruments de mesure dont les qualités psychométriques ont été démontrées et qui ont été adaptés à la population coronarienne. Les différentes composantes de ce questionnaire (informations démographiques, historique médical et cardiovasculaire, la perception du soutien de l'entourage, les sentiments de compétence, la motivation spécifique et l'adhérence à la médication) sont présentées ci-dessous. Le questionnaire est présenté à l'Appendice B.

Informations démographiques

Les informations démographiques ont été recueillies à l'aide de questions de nature descriptive. Ces questions provenaient du projet « Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : Heart Institute of Prevention and Rehabilitation Centre; HIPRC » (Wielgosz & Reid, 2001).

Historique médical et cardiovasculaire

Les questions concernant l'historique médical et cardiovasculaire provenaient également du projet précédemment cité (Wielgosz & Reid, 2001). Ces questions étaient pareillement de nature descriptive.

Le soutien de votre entourage

Sous forme d'échelle, les questions de cette section permettaient, entre autres, de mesurer le soutien à l'autonomie perçu par le patient de la part de son médecin et de son cardiologue. « Mon médecin me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé. » est un exemple d'énoncé par rapport auquel le participant avait à se positionner. Le participant avait à définir, à l'aide d'une échelle de type Likert à sept points (de *jamais* [1] à *toujours* [7]), jusqu'à quel point il était en accord avec l'énoncé, bref, à déterminer jusqu'à quel point il considérait que son médecin émettait les comportements énoncés. Les mêmes questions étaient également posées en regard du comportement du cardiologue. Cette mesure de perceptions des comportements interpersonnels a été développée et validée à l'aide de quatre études effectuées par Pelletier, Sharp, Beaudry et Otis (manuscrit en préparation) dans différents domaines de la vie (éducation, sport, et relations avec les parents). Cette échelle de comportements interpersonnels (ECI) est composée de neuf items. Ces neuf items (énoncés basés sur la théorie de l'autodétermination) sont divisés en trois sous-échelles dont l'une d'entre elles avait pour optique de mesurer chez le participant le soutien à l'autonomie qu'il percevait de la part du médecin et du cardiologue. Une analyse factorielle exploratoire effectuée auprès d'un échantillon mixte (impliquant les perceptions des enseignants, des parents et des entraîneurs) avait permis de supporter la structure à trois facteurs de l'échelle lors de la première étude. Trois analyses factorielles confirmatoires (LISREL) effectuées lors de la deuxième étude auprès d'échantillons indépendants (perceptions de parents, d'enseignants et d'entraîneurs) avaient permis de

retrouver la même structure factorielle de l'échelle déterminée lors de la première étude. Cette étude avait également permis de déterminer une cohérence interne acceptable entre les items de chaque sous-échelle (alphas entre 0,77 et 0,88). La validité de l'ECI avait également été supportée, lors de la troisième étude, à l'aide d'analyses corrélationnelles. Ces analyses corrélationnelles avaient été effectuées entre les sous-échelles de l'ECI, les diverses formes de motivation définies par la TAD de même que des concepts reliés aux domaines de l'éducation, des relations intimes, du sport et le bien-être psychologique général des participants. La quatrième étude avait établi que les trois sous-échelles avaient toutes des coefficients test-retest satisfaisants ($r = 0,79$). Pour la présente étude, une cohérence interne acceptable a également été déterminée entre les items ($\alpha = 0,79$). Un score global de soutien à l'autonomie a été obtenu en faisant la moyenne des six items mesurant le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue au T 2.

Sentiments de compétence à la prise de médicaments

L'évaluation des sentiments de compétence a été effectuée à l'aide de quatre items qui ont été adaptés à la consommation des médicaments. Développée par Williams, Freedman, et Deci (1998), cette échelle a également été conçue pour évaluer les compétences de santé en général. La cohérence interne pour les quatre items reliés à la consommation de médicaments rapportée par Williams, Rodin, et al. (1998) est de 0,86. Pour la présente étude, une cohérence interne de 0,83 a été déterminée pour les quatre

items. Un score global du sentiment de compétence a été calculé en effectuant la moyenne des items au T 2.

Motivation spécifique(autodéterminée) à la prise de médicaments

L'échelle de motivation spécifique pour la régulation de la consommation des médicaments est une échelle qui détermine la motivation présentée par le patient en regard de sa consommation de médicaments. Cette échelle est une adaptation de l'échelle développée par Sheldon, Ryan et Reis (1996). Elle n'a pas encore été l'objet de travaux spécifiques de validation en langue française. Cette échelle est composée de quatre sous-échelles qui évaluent de façon indépendante les motivations extrinsèques par régulation identifiée, par régulation introjectée et par régulation externe de même que l'amotivation. Chacun de ces types de motivation par rapport à la prise de médicament était évalué à l'aide d'un item (p. ex. : « Je prends ma médication adéquatement parce que c'est important pour moi d'améliorer ma santé »). Le participant devait énoncer son degré d'accord avec l'énoncé à l'aide d'une échelle de type Likert à sept points allant de *pas du tout d'accord* (1) à *tout à fait d'accord* (7). Un score total de motivation spécifique à la prise de médicaments (motivation autodéterminée) a été calculé en soustrayant la moyenne des deux types de motivation non autodéterminée (par régulation introjectée et par régulation externe) de la motivation autodéterminée (par régulation identifiée) au T 2 (Sheldon & Elliot, 1999).

Adhérence à la médication

Deux indicateurs développés par Williams, Rodin, et al. (1998) ont servi à évaluer la prise de médicaments, indicateurs développés en accord avec la méthode standard pour le compte des pilules (Stephenson, Rowe, Haynes, Macharia, & Leon, 1993). Les auteurs ont rapporté un niveau de cohérence interne de 0,79 pour les trois indicateurs qu'ils avaient développés. Pour la présente étude, un premier indicateur a été obtenu en divisant le nombre de pilules prises telles que prescrites par le nombre de pilules au total indiqué pour les quatre autres items (prises en retard ou à l'avance, oubliées ou n'ayant pas été prises suite à une décision). Le pourcentage de pilules prises telles que prescrites rapporté par le participant (0 à 100 %) représentait le deuxième indicateur. Une mesure globale d'adhérence a été obtenue en effectuant la moyenne des deux indicateurs (au T 2).

Déroulement de la collecte de données

Les participants à l'étude ont d'abord été identifiés, parmi les patients hospitalisés ou évalués au département de médecine de jour de l'HCSSSC, par les cardiologues participants en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion précédemment rapportés. Les patients identifiés qui acceptaient de recevoir de l'information sur la recherche, à la suite d'une brève présentation de la part du cardiologue, étaient par la suite rencontrés par l'assistant de recherche de façon individuelle. L'assistant de recherche informait le participant du pourquoi de la sollicitation à ce projet de recherche. Les objectifs

généraux de la recherche étaient par la suite exposés aux patients de même que la nature de leur participation advenant qu'ils acceptaient de s'engager dans le projet.

Les participants étaient informés qu'ils avaient à remplir un questionnaire visant à obtenir plusieurs informations relatives à différents comportements de santé. Les participants étaient également informés qu'ils devaient revenir à trois autres moments durant l'année pour remplir un autre questionnaire et informés du lieu où ces rencontres seraient effectuées. Les participants étaient aussi informés des retombées envisagées de l'étude ainsi que des avantages de cette dernière.

Subséquent, les participants étaient informés de l'assurance de confidentialité en regard des informations recueillies de même qu'ils étaient prévenus de l'accès limité à ces informations au personnel de l'équipe de recherche (questionnaires conservés sous clé dans des classeurs aménagés dans un local de recherche situé dans l'HCSSSC). Les participants étaient également informés que les frais de stationnements déboursés pour chaque visite envisagée pour le projet étaient compensés. De même, une possibilité de remboursement de frais de transport était offerte aux participants demeurant à l'extérieur de la région du Saguenay ou en périphérie.

Advenant que les patients acceptaient de participer au projet à la suite de la présentation des informations précédemment mentionnées, un formulaire de consentement leur était alors présenté. Ce formulaire est présenté à l'Appendice C.

À ce moment, les participants étaient informés qu'ils pouvaient se retirer du projet en tout temps sans que cela ne leur cause de préjudice. Trois formulaires de consentement, avec le nom du chercheur principal et de l'assistant de recherche, étaient signés. Une copie était remise au participant, une autre était conservée dans le dossier du patient à l'hôpital et une dernière était conservée dans le local de recherche. Au moment de remplir le questionnaire, les participants étaient également informés de la possibilité d'avoir recours à l'assistant de recherche présent sur les lieux advenant le cas qu'ils présentent certaines interrogations par rapport aux questions posées. L'assistant de recherche pouvait alors fournir des précisions par rapport à la formulation des questions (la forme) et non par rapport au contenu.

Stratégies d'analyses envisagées

Les analyses projetées sont, dans un premier temps, de l'ordre de statistiques descriptives. Puis, afin de vérifier les hypothèses de l'étude, des corrélations de Pearson et la régression multiple sont envisagées. Une analyse de puissance effectuée à l'aide du logiciel G-Power (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) indiquait que pour évaluer un effet modéré avec une puissance de 0,95 et un alpha de 0,05, un nombre de 119 participants était requis.

Résultats

Cette section résultats est constituée principalement de deux parties qui présentent, en somme, les étapes des analyses statistiques accomplies pour la présente étude. Des analyses préliminaires sont d'abord présentées, suivies des analyses principales qui constituent la deuxième partie de cette présente section.

Analyses préliminaires

Les buts principaux des analyses préliminaires étaient d'identifier la présence de données aberrantes multivariées et de vérifier l'applicabilité des postulats de base de linéarité, d'homoscédasticité et de normalité pour l'échantillon à l'étude.

Les données extrêmes univariées ont d'abord été ramenées à une unité de la valeur non extrême la plus près (Tabachnick & Fidell, 2001). Pour la présente étude, une donnée aberrante multivariée a été identifiée (distance Mahalanobis : $\chi^2_{\text{maximum}} = 22.54$ $\chi^2_{\text{critique}} = 18.47$, d.l = 4). Ce cas aberrant a été retiré de l'analyse.

Le postulat de linéarité a été évalué en sélectionnant au hasard un nuage de points bivariés, lesquels ont été inspectés afin de détecter des écarts potentiels de la linéarité. La distribution bivariée n'a pas rencontré le postulat de linéarité.

La distribution a également été examinée afin d'identifier si la variabilité des résultats sur une variable était similaire pour tous les niveaux d'une autre variable (postulat d'homoscédasticité) (Tabachnick & Fidell, 2001). Des distributions inégales de variance ont été trouvées entre les variables indiquant un problème d'hétéroscédasticité.

Afin d'évaluer le postulat de normalité, des statistiques descriptives de toutes les variables incluses dans l'étude ont d'abord été examinées. Le Tableau 1 présente les analyses descriptives du soutien à l'autonomie (de la part du médecin et du cardiologue), de la motivation autodéterminée à la prise de médicaments, du sentiment de compétence à la prise de médicaments et de l'adhérence médicamenteuse. Les moyennes, les écarts-types, les valeurs de kurtose et d'asymétrie sont présentées dans ce tableau. La kurtose s'est avérée problématique pour la perception de compétence au temps 2. La kurtose et l'asymétrie étaient également problématiques pour l'adhérence. Incidemment, ces valeurs pouvaient affecter les résultats des analyses projetées, la normalité de la distribution n'étant pas respectée.

Tableau 1
Analyses descriptives

	Min/Max	Moyenne	Écart-type	Asymétrie	Kurtose
Soutien à l'autonomie (médecin et cardiologue)	1,20/7,00	4,70	1,43	-0,23	-0,57
Motivation autodéterminée à la prise de médicaments	-3,00/6,00	1,74	1,63	-0,23	0,50
Sentiment de compétence à la prise de médicaments	3,50/7,00	6,59	0,64	-1,77	3,56
Adhérence médicamenteuse	59,61/100,00	98,05	5,76	-4,13	19,47

Analyses principales

À titre descriptif, le Tableau 1 présente les moyennes du score global du soutien à l'autonomie (médecin et cardiologue), de la motivation autodéterminée à la prise de médicaments, du sentiment de compétence à la prise de médicaments et de l'adhérence médicamenteuse. De façon générale, l'analyse révèle que les personnes se sentent très

compétentes à la prise de médicaments et présentent un très haut niveau d'adhérence. En effet, la majorité des gens, sur l'échelle mesurant la compétence, sont près du maximum (6,6 sur une échelle de un à sept) et la moyenne des gens présentent une adhérence aux médicament de 98,05 %.

Pour ce qui est des analyses concernant les hypothèses de recherche, les postulats de linéarité et de normalité n'ayant pas été respectés pour l'adhérence médicamenteuse, il n'a pas été possible d'avoir recours à la régression multiple tel qu'il l'avait été projeté. Une corrélation non paramétrique (Rho de Spearman) et des corrélations de Pearson ont été utilisées. Le Tableau 2 présente les corrélations entre le soutien à l'autonomie (de la part du médecin et du cardiologue), le sentiment de compétence à la prise de médicaments et la motivation autodéterminée à la prise de médicaments. Comme le Tableau 2 l'indique, les corrélations de Pearson n'ont pas permis d'identifier de relation significative entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue, contrairement à ce qui avait été prédit.

De même, aucune relation significative, contrairement à ce qui avait été prédit, n'a été identifiée entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments.

Tableau 2

Corrélations de Pearson entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue, le sentiment de compétence à la prise de médicaments et la motivation autodéterminée à la prise de médicaments

Variabes	Sentiment de compétence	Motivation autodéterminée	Soutien à l'autonomie
Sentiment de compétence à la prise de médicaments	1	-0,05	0,16
Motivation autodéterminée à la prise de médicaments		1	0,10
Soutien à l'autonomie (médecin et cardiologue)			1

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

Le Tableau 3 présente les corrélations entre l'adhérence médicamenteuse, la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments. Comme le Tableau 3 l'indique, la corrélation Rho de Spearman a révélé une relation significative, tel qu'il l'avait été prédit, entre l'adhérence médicamenteuse et le sentiment de compétence à la prise de médicaments ($\rho = 0,23$; $p < 0,01$). De même, il est à noter qu'aucune relation significative n'a été déterminée entre la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse ($p > 0,05$).

Tableau 3

Corrélations Rho de Spearman entre l'adhérence médicamenteuse, la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments

Variabes	Sentiment de compétence à la prise de médicaments	Motivation autodéterminée à la prise de médicaments
<i>Adhérence médicamenteuse</i>	0,23**	0,08

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

Il n'a pas été possible de procéder aux analyses de médiation, telles que projetées, permettant de vérifier les quatrième et cinquième hypothèses de recherche. Cette impossibilité découle du fait qu'aucune relation n'a été identifiée entre le soutien à l'autonomie (de la part du médecin et du cardiologue) et le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments.

Des analyses ont également été conduites afin de vérifier l'impact de certaines variables sociodémographiques (âge, sexe, état civil, niveau d'éducation et revenu) sur l'adhérence médicamenteuse. À ce titre, la corrélation non paramétrique (Rho de Spearman), le test-t et l'ANOVA ont été utilisées. La corrélation Rho de Spearman n'a pas révélé de relation significative entre l'âge et l'adhérence médicamenteuse dans

l'échantillon. De même, le test-t n'a pas permis d'identifier de différence significative entre les moyennes d'adhérence médicamenteuse en fonction du sexe des participants ($p > 0,05$).

Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les moyennes d'adhérence médicamenteuse en fonction des diverses classes de revenu de l'échantillon $F(7,51) = 1,07, p > 0,05$. De plus, aucune différence significative n'a été déterminée entre les moyennes d'adhérence médicamenteuse en fonction des diverses catégories d'état civil $F(3,51) = 0,53, p > 0,05$. Enfin, aucune différence significative n'a été déterminée entre les moyennes d'adhérence médicamenteuse et les différents niveaux d'éducation $F(10,51) = 0,97, p > 0,05$.

Discussion

Cette section discussion est divisée en cinq parties. Dans la première partie, un bref rappel des objectifs de recherche est d'abord énoncé. La deuxième partie présente sommairement les résultats de la présente étude. Une discussion des hypothèses de recherche et des autres résultats - en tenant compte des résultats obtenus dans la documentation scientifique décrite précédemment - est subséquentement élaborée dans la troisième partie. La quatrième partie expose les apports et les limites de la présente étude. Enfin, les implications de la présente étude sont mentionnées, de même que sont présentées certaines orientations futures pour la recherche.

Bref rappel des objectifs de recherche

La présente étude avait pour objectif de s'intéresser à la relation entre certains facteurs motivationnels de la théorie de l'autodétermination et l'adhérence médicamenteuse chez des patients coronariens du Saguenay – Lac-St-Jean. De façon plus spécifique, la présente étude visait à déterminer la présence de relations entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue, l'autodétermination de la motivation du patient à la prise de médicaments, son sentiment de compétence à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse. Cette étude avait également comme aspiration de pouvoir fournir un nouveau cadre théorique pertinent à la compréhension de l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrant d'une maladie

cardiovasculaire. Enfin, il était attendu que cette nouvelle compréhension permettrait d'envisager la création d'interventions qui pourraient favoriser l'optimisation de l'adhérence médicamenteuse chez les patients coronariens du Saguenay – Lac-St-Jean.

Présentation sommaire des résultats

Aucune relation significative n'a été déterminée entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue. De même, aucune relation significative n'a été identifiée entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments. Une relation significative a été déterminée entre l'adhérence médicamenteuse et le sentiment compétence à la prise de médicaments. Aucune relation significative n'a été identifiée entre l'âge, le sexe, le revenu, l'état civil, le niveau d'éducation et l'adhérence médicamenteuse. De façon générale, il a été observé que les personnes présentaient un très haut niveau d'adhérence et se sentaient très compétentes à la prise de médicaments. Enfin, aucune relation significative n'a été identifiée entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse.

Discussion des hypothèses de recherche et des autres résultats

Première hypothèse

Selon les écrits scientifiques recensés, il était attendu que le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments serait plus élevé chez les patients coronariens qui rapporteraient un plus grand soutien à l'autonomie de la part de leur médecin et de leur cardiologue. De façon générale, plusieurs recherches étudiant la relation entre la TAD et l'adoption de différents comportements de santé (comportements alimentaires, contrôle du diabète, cessation tabagique) avaient permis de mettre en lumière une relation entre le perception du soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant et le degré d'autodétermination de la motivation (Williams et al., 1996, 1999, 2002, 2004; Williams, Freedman, et al., 1998). De façon plus spécifique à l'adhérence médicamenteuse, Williams, Rodin, et al. (1998) et Kennedy et al. (2004) avaient aussi été en mesure d'observer cette relation dans leurs études combinant la TAD et l'adhérence médicamenteuse. L'étude de Kennedy et al., en plus de déterminer une relation entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminé, avait même identifié que les donneurs de soins étaient perçus par les participants comme leur plus grande source de soutien à l'autonomie (le soutien à l'autonomie fourni par la famille ayant également été évalué dans cette étude).

Les résultats des analyses conduites dans la présente recherche n'ont pas permis de supporter l'hypothèse selon laquelle le degré d'autodétermination de la motivation serait plus élevé chez les patients coronariens qui rapporteraient un plus grand soutien à l'autonomie de la part de leur médecin et de leur cardiologue. Certaines raisons de nature méthodologique, présentées ci-dessous, pourraient expliquer ces divergences de résultats.

Le contexte dans lequel la mesure du soutien à l'autonomie a été effectuée (milieu hospitalier) pourrait expliquer en partie ce pourquoi aucune relation n'a été identifiée entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue et le degré d'autodétermination de la motivation. Effectivement, contrairement à certaines études précédemment citées où la mesure de la perception du soutien à l'autonomie s'effectuait dans le cadre de programmes supervisés par une équipe soignante pour faciliter le maintien de certains comportements de santé à long terme (Williams et al, 1996, 2004; Williams, Freedman, et al., 1998), la mesure du soutien à l'autonomie, pour la présente étude, s'effectuait en milieu hospitalier. Il s'avère ainsi possible de croire que la nature du lien eue avec les soignants (médecins et cardiologues), les objectifs de soins fixés et le nombre de contacts avec les soignants n'aient pas été les mêmes que ceux expérimentés dans le cadre des programmes supervisés. En effet, pour une certaine proportion de patients (parmi les patients référés annuellement au département de médecine de jour pour coronographie ou hospitalisés en raison d'un diagnostic de syndrome coronarien aigu ou d'infarctus du myocarde), le diagnostic de maladies

cardiovasculaire était posé depuis seulement trois mois. Incidemment, il s'avère possible de croire que les objectifs de soins fixés aient été davantage des objectifs d'intervention (soigner et prescrire), des objectifs visant la mise en place de comportements préventifs de récurrence que des objectifs visant le maintien de certains comportements de santé (évaluation, monitoring et maintien). Ces différences liées au contexte pourraient avoir une influence sur la nature du lien entretenu par les médecins avec les patients. De même, comme il a été mentionné précédemment, il est possible de croire que le nombre de contacts avec le médecin et le cardiologue n'aient pas été aussi réguliers durant cette période que ceux qui pouvaient être obtenus avec ces professionnels dans les équipes soignantes des programmes supervisés visant le maintien des comportements de santé à long terme. Incidemment, il est possible de croire que des résultats similaires à ceux obtenus dans les études où les mesures étaient effectuées dans le cadre de programmes de maintien auraient pu être observés si la mesure du soutien à l'autonomie avait été effectuée auprès de patients participants à un programme de réhabilitation cardiaque et entretenant des contacts de nature et de fréquence potentiellement similaire avec les médecins et cardiologues.

Le fait que le style de soutien à l'autonomie n'ait pas été manipulé de façon active pourrait également expliquer partiellement le fait que la présente étude n'ait pu déterminer de relation entre le soutien à l'autonomie et le degré d'autodétermination de la motivation. Williams et al. (1999, 2002), dans leurs études, avaient manipulé de façon volontaire les styles de soutien à l'autonomie (contrôlant versus soutenant l'autonomie).

Les styles adoptés par les donneurs de soins soutenant davantage l'autonomie étaient identifiés par les participants et les observateurs externes comme plus soutenant et ces perceptions de soutien à l'autonomie étaient significativement reliées à l'autodétermination de la motivation.

Dans la présente étude, la perception du soutien à l'autonomie a été évaluée indépendamment du « style réel » adopté par le donneurs de soins. Aucune validation n'a donc pu être effectuée entre la perception du soutien à l'autonomie et le style réel adopté par le médecin. D'une certaine façon, il s'avérait donc impossible d'évaluer « la dose réelle » de soutien à l'autonomie auquel les participants étaient exposés. Le fait que Williams et al. (1999, 2002) aient manipulé de façon active le soutien à l'autonomie pourrait avoir permis « la garantie » d'une présence suffisante de soutien à l'autonomie pour que ce dernier ait un impact sur la motivation des participants (même si ces derniers n'étaient pas exposés longuement à ce soutien). Dans la présente étude, le soutien à l'autonomie *perçu*, et non manipulé de façon active, pourrait ne pas avoir été suffisant pour permettre l'identification d'une relation significative entre ce dernier et la motivation autodéterminée à la prise de médicaments.

Certaines dissemblances de méthodes aussi expliquer les divergences entre les résultats obtenus pour la présente étude et ceux des auteurs s'étant intéressés plus spécifiquement à l'application de la TAD à l'adhérence médicamenteuse (Kennedy et al., 2004; Williams, Rodin, et al., 1998).

En fait, la durée d'exposition au soutien à l'autonomie (considérant le temps de prescription de la médication) avant la mesure de ce dernier pourrait être en cause. En effet, dans les critères d'éligibilité de leurs étude, Kennedy et al. (2004) ont défini que les personnes devaient prendre de la médication pour un problème de santé qui était présent depuis un certain temps (médication prise depuis au moins quatre mois). Pour la présente étude, pour une certaine proportion de participants, il s'agissait peut-être de leur première prescription de médication qu'ils prenaient depuis seulement trois mois. Il est ainsi possible de croire que l'impact du soutien à l'autonomie de la part du cardiologue et du médecin sur la motivation des participants à prendre et à continuer la prise de médicaments pour les problèmes de santé cardiaques nouvellement présentés pourrait ne pas s'être fait sentir.

La différence dans la nature du lien avec le médecin ayant prescrit le médicament pourrait également expliquer les différences de résultats obtenus entre ceux de la présente étude et ceux de l'équipe de Williams, Rodin, et al. (1998). En effet, dans leur étude, ces auteurs ont considéré dans leurs analyses seulement les médicaments prescrits par le médecin intervenant pour les principaux problèmes de santé du participant. Dans la présente étude, aucune spécification n'était fournie quant au prescripteur de la médication. Il est ainsi possible de croire que pour une certaine proportion de participants, la médication cardiaque prise avait été prescrite par le cardiologue et non par le médecin intervenant pour les principaux problèmes de santé du participant (lequel pourrait être considéré comme le médecin de famille du participant). Cette différence par

rapport au prescripteur de la médication et à la nature du lien entretenu avec ce dernier (les spécialistes -y compris les cardiologues-, dans notre système de santé occupant davantage un rôle d'expert et de consultant que de celui de prise en charge à long terme des problèmes de santé d'un individu -tel que le font les médecins de famille), pourrait expliquer ce pourquoi la présente étude n'ait pu obtenir de résultats significatifs entre la perception du soutien à l'autonomie et la motivation des participants à prendre leur médicaments.

Une différence dans la méthode de collecte de données pourrait aussi expliquer les divergences entre les résultats obtenus par les recherches s'étant précédemment intéressées à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence médicamenteuse et ceux de la présente étude. Dans les études de Williams, Rodin, et al. (1998) et de Kennedy et al. (2004), une première partie de la collecte de données, dont l'évaluation de l'adhérence aux médicaments, était effectuée de façon orale à l'aide d'une entrevue structurée. Dans la présente étude, l'adhérence médicamenteuse était évaluée à l'aide d'un questionnaire. Bien que les participants pouvaient avoir accès à l'aide d'un assistant de recherche pour répondre à certaines questions du questionnaire, cette aide n'était pas fournie d'emblée (certains participants n'y ayant pas recours). Cette différence dans la collecte de données pourrait avoir eu un impact sur la perception du soutien par rapport à la prise de médicaments. Dans les études de Williams, Rodin, et al. (1998) et de Kennedy et al. (2004), le fait que les participants aient été rencontrés de façon individuelle et qu'ils aient été questionnés personnellement au sujet de leur santé, et de leur adhérence

médicamenteuse, pourrait avoir contribué à fournir une forme générale de soutien. Cette forme de soutien pourrait avoir influencé chez les participants leur impression de soutien de la part des intervenants de santé (même si les personnes les questionnant n'étant pas des donneurs de soins proprement dit, ils s'intéressaient à leur santé), et incidemment leur impression de soutien à l'autonomie et l'autodétermination de leur motivation mesurée à prendre leurs médicaments.

Une certaine différence dans la définition des concepts mesurés par les instruments de mesure pourrait aussi expliquer en partie le fait que la présente étude n'ait pu déterminer de relation significative entre la perception du soutien à l'autonomie et la motivation comme celle identifiée dans l'étude de Kennedy et al. (2004). En effet, ces derniers auteurs ont adapté leur instrument de mesure du soutien à l'autonomie de façon à ce qu'il mesure la perception du soutien à l'autonomie par rapport à l'adhérence aux médicaments spécifiquement pour le VIH. Dans la présente étude, la perception du soutien à l'autonomie était mesurée par rapport au concept général de santé (exemple d'énoncé : « Mon médecin me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé. »), et non de façon spécifique par rapport à l'adhérence médicamenteuse. Le manque de spécification de la mesure du soutien à l'autonomie dans la présente étude pourrait partiellement expliquer le fait qu'aucune relation significative n'ait été déterminée entre la perception du soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue et à l'adhérence aux médicaments.

Enfin, le fait que cette recherche ait été conduite auprès d'une population québécoise pourrait également expliquer partiellement ce pourquoi aucune relation significative n'a été déterminée entre la perception du soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée. En effet, les études précédemment citées ayant déterminé la présence de cette relation ont toutes été conduites auprès de populations américaines (Kennedy et al., 2004; Williams et al., 1996, 1999, 2002, 2004; Williams, Freedman, et al., 1998; Williams, Rodin, et al., 1998). Il pourrait être possible d'envisager que certaines différences culturelles pourraient être en cause dans les différences de résultats obtenus. De même, il est à noter qu'il s'agit, d'après la recension des écrits, de la première étude conduite auprès d'une population souffrant de maladies cardiovasculaires. Aussi, est-il possible d'envisager que certaines caractéristiques propres à la population coronarienne puissent invalider la possibilité d'appliquer ce cadre théorique à cette population ou qu'il n'existe tout simplement pas de liens entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée dans cette population.

Deuxième hypothèse

Tel qu'il est documenté dans la littérature scientifique, il était également attendu que les patients coronariens qui présenteraient de plus hauts degrés d'autodétermination de motivation à la prise de médicaments rapporteraient des sentiments de compétence plus élevés par rapport à l'adhérence à leurs médicaments. Cette relation entre l'autodétermination de la motivation et le sentiment de compétence avait été identifiée

dans plusieurs études étudiant la relation entre la TAD et le contrôle du diabète (Williams et al., 2004; Williams, Freedman, et al., 1998) et dans l'étude de Kennedy et al. (2004) étudiant la relation entre certaines composantes de la TAD et l'adhérence médicamenteuse.

Les résultats de la présente étude n'ont pas été concordants avec ceux exposés antérieurement dans la littérature scientifique. En effet, aucune relation significative n'a été déterminée entre l'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le sentiment de compétence par rapport à l'adhérence médicamenteuse. Encore une fois, certaines explications relatives aux différences dans les méthodes utilisées pourraient expliquer le fait qu'aucune relation significative n'ait été identifiée.

Des différences relatives au devis de recherche utilisé -longitudinal- et aux analyses statistiques effectuées pourraient être évoquées pour expliquer les différences de résultats obtenus entre les études de Williams, Freedman, et al. (1998), de Williams et al. (2004) (sur le contrôle du diabète) et ceux de la présente étude. En effet, le devis de recherche de type longitudinal utilisé par ces auteurs permettait l'application d'analyses statistiques qui considéraient différentes mesures des variables à différents moments. En fait, ces auteurs ont été en mesure de démontrer qu'un changement de motivation dans le temps (entre : T 1 = début de l'étude et T 2 = trois ou quatre mois plus tard) était en mesure de prédire un changement de sentiment de compétence dans le temps. Pour la présente étude, de type transversal, la présence d'une relation entre l'autodétermination

de la motivation et le sentiment de compétence a été investiguée au même temps de mesure (motivation et sentiment de compétence à la prise de médicaments mesurés au T 2). L'effet de la variation de l'autodétermination de la motivation dans le temps sur la variation du sentiment de compétence dans le temps n'a pas été investigué. De même, les résultats de la présente étude ont révélé que les participants se sentaient très compétents à la prise de médicaments (mesure effectuée au temps 2). Considérant ces faits, une hypothèse pourrait être émise à l'effet que la « dose » de motivation autodéterminée à la prise de médicaments présente et mesurée à ce même temps n'ait peut-être pas été suffisante pour induire un effet sur le sentiment de compétence à la prise de médicaments et ainsi permettre d'établir une relation entre ces deux variables. Une étude longitudinale conduite ultérieurement, permettant d'évaluer la variation de la motivation autodéterminée et du sentiment de compétence à la prise de médicaments, pourrait peut-être permettre de fournir de l'information supplémentaire sur la présence et la nature de cette relation.



Certaines différences par rapport à l'élaboration des instruments de mesure et aux calculs utilisés pourraient aussi expliquer ce pourquoi la présente étude n'a pu reproduire les résultats obtenus par ceux de Kennedy et al. (2004). En fait, les différences en terme de nombre d'items utilisés pour mesurer la motivation autodéterminée et de calcul utilisé pour obtenir une mesure finale de cette dernière pourraient être en cause. Effectivement, dans l'étude de Kennedy et al., six items servaient à mesurer la motivation autodéterminée dans l'échelle mesurant la motivation

spécifique à la prise de médicaments (une moyenne des scores obtenus à ces items constituaient la mesure finale de motivation autodéterminée). Dans la présente étude, seulement un item permettait de mesurer la motivation autodéterminée à la prise de médicaments. La mesure finale de la motivation autodéterminée était alors obtenue en soustrayant de la motivation autodéterminée à la prise de médicaments la moyenne des deux items mesurant la motivation extrinsèque à la prise de médication (méthode similaire à celle utilisée par Sheldon et Elliot [1999]).

Incidentement, il est permis de penser que le nombre d'items utilisés dans la présente étude pour mesurer la motivation autodéterminée à la prise de médicaments n'ait peut-être pas été suffisant pour évaluer et cerner adéquatement la présence de cette variable (le plus grand nombre d'items utilisés par Kennedy et al. [2004] ayant probablement permis de mettre davantage en évidence la présence de cette variable). Un plus grand nombre d'items utilisé aurait pu permettre d'augmenter la validité et la fidélité de la mesure et potentiellement permettre d'obtenir des résultats significatifs et similaires à ceux obtenus par Kennedy et al. entre la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à l'adhérence médicamenteuse.

Dans un ordre d'idées similaires, la différence en nombre d'items utilisés pour mesurer le sentiment de compétence à la prise de médicaments pourrait également expliquer les divergences de résultats obtenus entre ceux de l'étude de Kennedy et al. (2004) et ceux de la présente étude. Le nombre d'items utilisés pourrait avoir eu un

impact sur la mesure de la présence de ces construits. En effet, contrairement à l'étude de Kennedy et al. où un seul item était utilisé pour mesurer le sentiment de compétence à la prise de médication, quatre items étaient utilisés dans la présente étude (la moyenne des résultats obtenus à ces items constituant la mesure finale du sentiment de compétence à la prise de médicaments). Il serait raisonnable de considérer que ce nombre plus élevé d'items utilisés ait pu influencer l'intensité perçue par le participant de ce sentiment de compétence mesuré. Pour faire un lien avec ce qui a été discuté précédemment, le nombre d'items utilisés pour mesurer la présence de motivation autodéterminée à la prise de médicaments dans la présente étude pourrait avoir été insuffisant pour mettre en évidence une « dose assez forte » de cette variable pour qu'elle induise un effet sur le sentiment de compétence à la prise de médicaments (peut-être perçu plus intensément en fonction du nombre d'items plus important le définissant) et ainsi permettre de mettre en évidence la présence d'une relation significative entre ces variables.

Une certaine différence dans la définition des concepts mesurés par les instruments de mesure pourrait aussi expliquer partiellement le fait que la présente étude n'ait pas pu obtenir des résultats similaires à ceux de Kennedy et al. (2004). Selon un raisonnement analogue à celui qui avait été développé lors de la discussion de la première hypothèse, Kennedy et al. ont spécifié, dans la définition de leurs instruments, des mesures de la motivation spécifique et du sentiment de compétence à la prise de médicaments pour leur population à l'étude (médicaments prescrits pour le VIH). Dans la présente étude,

les mesures de la motivation spécifique et du sentiment de compétence étaient effectuées pour les médicaments « de façon générale », et non de façon spécifique pour les médicaments pris pour la population à l'étude (médicaments pour les maladies cardiovasculaires). Ceci pourrait expliquer partiellement ce pourquoi aucune relation significative n'a été déterminée entre la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments dans la population à l'étude.

Enfin, comme il avait été évoqué précédemment lors de la discussion de la première hypothèse, certaines différences culturelles relatives à la population à l'étude (québécoise versus américaine) pourraient expliquer ce pourquoi la présente recherche n'ait pu obtenir des résultats similaires à ceux de (Kennedy et al., 2004; Williams et al., 2004; Williams, Freedman, et al., 1998) quant à la présence d'une relation significative entre l'autodétermination de la motivation à prise de médicaments et le sentiment de compétence par rapport à l'adhérence médicamenteuse. Encore une fois, il s'avère pertinent de noter qu'il s'agirait de la première étude conduite auprès d'une population souffrant de maladies cardiovasculaires. Aussi, est-il encore possible de considérer que certaines caractéristiques propres à la population coronarienne puissent invalider la possibilité d'appliquer ce cadre théorique à cette population ou qu'il n'existe tout simplement pas de liens entre la motivation autodéterminée et le sentiment de compétence dans cette population.

Troisième hypothèse

D'après la recension des écrits scientifiques, il était aussi attendu que les patients coronariens qui présentaient des sentiments de compétence plus élevés à la prise de médicaments démontreraient une meilleure adhérence à leur médicaments. Cette relation entre le sentiment de compétence et l'adoption de certains comportements de santé avait été identifiée dans plusieurs études s'intéressant au contrôle du diabète et à la cessation tabagique (Williams et al., 2002, 2004 ; Williams, Freedman, et al., 1998). De façon plus spécifique à la variable à l'étude, Kennedy et al. (2004) avait identifié la présence d'une relation entre le sentiment de compétence à la prise de médicaments pour le VIH et l'adhérence médicamenteuse. Kennedy et al. avaient aussi été en mesure d'identifier que le sentiment de compétence était le plus fort prédicteur de l'adhérence médicamenteuse. En effet, ces auteurs avaient été en mesure de mettre en évidence que le sentiment de compétence était significativement associé à deux mesures d'adhérence, tandis que la motivation autodéterminée n'était associée qu'à une seule mesure d'adhérence.

Les résultats obtenus dans la présente étude sont concordants avec ceux de Kennedy et al. (2004). Les patients coronariens qui ont présenté des sentiments de compétence plus élevés par rapport à la prise de médication ont présenté une meilleure adhérence à leurs médicaments. Les analyses supplémentaires conduites pour la présente étude n'ayant révélé aucune relation significative entre la motivation autodéterminée à la prise

de médicaments et l'adhérence médicamenteuse, la plus forte capacité prédictive du sentiment de compétence pour cette population n'a pu être évaluée.

Cependant, le fait que la présente étude n'ait pu mettre en évidence de relation entre la motivation autodéterminée et l'adhérence médicamenteuse n'exclut pas qu'il puisse y avoir une relation entre ces variables. En effet, outre l'étude de Kennedy et al. (2004), Williams, Rodin et al. (1998) avaient également déterminé la présence d'une relation entre la motivation autodéterminée et l'adhérence médicamenteuse. Cette dernière étude conduite auprès d'une population souffrant de diagnostics multiples n'avait cependant pas considéré le sentiment de compétence à la prise de médicaments dans l'étude de leur modèle théorique. Des études supplémentaires devraient être conduites afin d'éclairer davantage la nature de la relation entre le sentiment de compétence et l'adhérence médicamenteuse chez une population coronarienne en reconsidérant la présence potentielle d'un lien entre la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse. Ces études supplémentaires conduites afin d'éclairer les connaissances sur la nature du lien entre ces variables devraient également tenir compte des diagnostics de santé. En effet, d'autres facteurs associés aux diagnostics de santé considérés pourraient influencer l'importance du rôle de ces variables dans leur capacité prédictive de l'adhérence médicamenteuse. Par exemple, pour la présente étude, certains facteurs associés directement au caractère de la maladie coronarienne - ou au traitement médicamenteux spécifique à cette maladie - pourraient faire en sorte que le sentiment de compétence à la prise de médicaments ait été la seule variable déterminante de

l'adhérence médicamenteuse. Des recherches futures conduites où toutes ces relations seraient considérées - en tenant compte de groupes souffrant de problématiques de santé différentes selon certains critères (ex. : chronicité, sévérité, durée du traitement) - pourraient permettre d'éclairer la nature du lien entre ces variables et potentiellement permettre d'établir si le sentiment de compétence est un plus fort prédicteur de l'adhérence médicamenteuse chez une population souffrant de la maladie coronarienne. Car comme il l'a été mentionné précédemment, le fait que le sentiment de compétence ait été le seul à être relié significativement à l'adhérence médicamenteuse pour cette population demeure questionnable. Enfin, il est important de considérer que d'après les écrits scientifiques recensés, c'est la première fois que des résultats sont obtenus auprès d'une population coronarienne.

En dernier lieu, les résultats de cette étude suggèrent que plus les individus souffrant de maladies coronariennes se sentent compétents à prendre leur médicaments, plus ils présentent un bon taux d'adhérence à leur médication. Des études ultérieures de type longitudinal devraient être conduites afin d'éclairer cette hypothèse en évaluant l'effet de la variation du sentiment de compétence sur la variation de l'adhérence médicamenteuse auprès de cette population.

Le fait que les gens se soient sentis très compétents à la prise de leurs médicaments sera discuté ultérieurement.

Quatrième et cinquième hypothèses

Enfin, il était attendu que le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments serait le médiateur de la relation entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue et le sentiment de compétence à la prise de médicaments (quatrième hypothèse) et que le sentiment de compétence à la prise de médicaments serait médiateur entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et l'adhérence à la médication prescrite. D'autres études effectuées dans d'autres domaines de la santé (contrôle du diabète) avaient été en mesure de déterminer la présence de telles relations entre ces variables (Williams et al., 2004; Williams, Freedman, et al., 1998). De façon plus spécifique pour les variables considérées dans la présente étude, Kennedy, et al. (2004) avaient été en mesure d'identifier le rôle médiateur de l'autodétermination de la motivation entre le soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant et le sentiment de compétence et le rôle médiateur du sentiment de compétence entre le degré d'autodétermination de la motivation et l'adhérence à la médication prescrite.

Pour la présente étude, aucune relation significative n'ayant été déterminée entre ces différentes variables, il n'a pas été possible de vérifier ces hypothèses. En effet, aucune relation n'a été identifiée entre le support à l'autonomie (de la part du médecin et du cardiologue) et la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et entre la motivation autodéterminée et le sentiment de compétence à la prise de médicaments.

Comme il a été mentionné précédemment lors de la discussion des hypothèses de recherche, plusieurs explications de nature méthodologique pourraient être évoquées pour expliquer le fait que les résultats des études antérieures n'aient pas été reproduits. D'autres études devraient être conduites en tenant compte des suggestions émises précédemment afin d'être en mesure, éventuellement, de vérifier la présence ou non du rôle médiateur de la motivation autodéterminée et sentiment de compétence dans la prédiction de l'adhérence médicamenteuse chez une population souffrant de maladies coronariennes.

Autres résultats

Certaines variables sociodémographiques - entre autres, l'âge, le sexe, le revenu, l'état civil et le niveau d'éducation- ont été identifiées dans plusieurs études comme reliées à l'adhérence médicamenteuse chez les individus souffrant de maladies cardiovasculaires (Bane et al., 2006; Byrne et al., 2005; Dunbar-Jacob et al., 2003; Gehi et al., 2007; Ho et al., 2006; Ho et al., 2008; Horne & Weinman, 1999; Kulkarni et al., 2006; Newby et al., 2006). Tel qu'il avait été aussi relevé, d'autres études, y compris celles s'intéressant à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence médicamenteuse chez des personnes souffrant de problématiques de santé diverses, n'avaient pas déterminé de relation entre certaines variables sociodémographiques (la race, l'âge, le sexe, le revenu, l'état civil, le niveau d'éducation, le statut d'emploi et le fait de vivre seul) et l'adhérence médicamenteuse (Byrne et al., 2005; Dunbar-Jacob et al., 2003; Gehi et al.,

2007; Horne & Weinman, 1999; Kennedy et al., 2004; Kulkarni et al., 2006; Williams, Rodin, et al., 1998). Les résultats de la présente étude concordent avec les résultats obtenus par les derniers auteurs précédemment évoqués. En effet, dans la présente étude, aucune relation n'a été identifiée entre l'âge, le sexe, le revenu, l'état civil, le niveau d'éducation et l'adhérence médicamenteuse. Les résultats de la présente étude pourraient suggérer que les variables sociodémographiques soient moins reliées que le sentiment de compétence à l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrant de maladies coronariennes.

La présente étude a également révélé que les personnes présentaient un très haut taux d'adhérence à leur médication. En effet, il a été identifié que les personnes présentaient une adhérence à leurs médicaments de 98,05 %. À la lumière de ce qui a été rapporté dans les écrits scientifiques, certaines raisons peuvent être invoquées pour expliquer ce haut taux d'adhérence. Osterberg et Blaschke (2005), dans une revue de la documentation scientifique effectuée sur l'adhérence à la médication, rapportent que les taux d'adhérence à la médication dans les études cliniques peuvent être remarquablement élevés en raison du fait que les patients sont sélectionnés et qu'ils reçoivent une certaine attention en étant inscrits dans une étude. Le fait que les patients aient été recrutés dans un milieu hospitalier et que les questionnaires aient été remplis dans ce même milieu pourrait aussi avoir créé ce qui a été décrit dans la littérature comme un « effet blouse blanche » sur l'adhérence. En effet, il a été démontré que l'adhérence à la médication chutait durant les intervalles entre les visites à la clinique et

qu'elle tendait à remonter les jours avant et après les visites à la clinique (Cramer, Scheyer, & Mattson, 1990; Feinstein, 1990). Un phénomène semblable pourrait s'être produit dans la présente étude. Dans un ordre d'idées similaires, un biais de désirabilité sociale pourrait aussi expliquer le haut taux d'adhérence identifié.

Enfin, il a été établi que la persistance à l'adhérence pour les personnes atteintes de maladies chroniques chutait après les six premiers mois de prise de médicaments (Osterberg & Blaschke, 2005). Dans la présente étude, la mesure d'adhérence a été effectuée à trois mois et le temps de prise de médication antérieure au début de l'étude n'a pas été évalué (depuis combien de temps les gens prenaient leur médication avant l'évaluation de leur adhérence). Il est ainsi possible de considérer que pour une certaine proportion de participants, il s'agissait probablement de leur première prescription de médication et qu'ils ne la prenaient que depuis un certain temps. Cette réalité pourrait aussi expliquer le haut taux d'adhérence déterminé dans la présente étude.

Ceci étant dit, le résultat élevé d'adhérence identifié pourrait sous-estimer la problématique réelle d'adhérence rencontrée dans la population du Saguenay – Lac-St-Jean atteinte de maladies coronariennes.

Enfin, et comme il a été mentionné brièvement lors de la discussion de la troisième hypothèse de recherche, il a été déterminé que les gens souffrant de maladies coronariennes se sentaient très compétents à la prise de leurs médicaments. Ce résultat

est concordant avec celui obtenu dans l'étude de Kennedy et al. (2004) où les participants se sentaient très compétents à la prise de leurs médicaments. Ce sentiment de compétence s'étant trouvé élevé dans la présente étude et ce sentiment ayant été le seul à être relié de façon significative à l'adhérence médicamenteuse, des études supplémentaires devraient être conduites afin de déterminer davantage les antécédents de ce sentiment de compétence.

Le soutien au besoin de compétence, tel que défini par la TAD, pourrait être considéré comme un antécédent de ce sentiment de compétence. Le rôle que joue ce soutien au besoin de compétence dans la prédiction du sentiment de compétence à la prise de médicaments dans cette population devrait être étudié. Contrairement aux autres comportements de santé dont l'adoption est souhaitée par les médecins et les spécialistes afin de contrôler le développement des maladies cardiovasculaires (cessation tabagique, alimentation saine, la pratique de l'activité physique), l'adhérence médicamenteuse relève peut-être moins, à la base, d'un processus de choix (le médecin effectuant une prescription pour le patient dont l'état de santé nécessite un traitement médicamenteux). Le soutien du besoin de compétence (comparativement au soutien du besoin d'autonomie qui sous-tend que l'individu peut agir selon son propre gré), serait peut-être davantage important pour prédire l'adoption et le maintien de ce comportement de santé. Des études ultérieures devraient s'attarder à l'étude de ces relations, la théorie de l'autodétermination soutenant que le soutien du besoin de compétence favoriserait

l'intégration de la source de contrôle d'un comportement et l'auto-régulation ultérieure de ce dernier (Deci & Ryan, 2002).

Enfin, la notion de compétence faisant référence au sentiment que possède un individu en regard de sa capacité et de son habilité à réaliser une action. (Deci & Ryan, 2002), il pourrait s'avérer intéressant d'étudier la relation entre le sentiment de compétence et d'autres variables ayant déjà été associées précédemment à l'adhérence médicamenteuse. Comme la notion de compétence sous-tend que le patient a besoin de comprendre comment il peut atteindre certains buts fixés pour sa santé et a besoin de sentir qu'il est en mesure d'effectuer les actions nécessaires pour y arriver, il serait envisageable de considérer que les connaissances par rapport au plan de traitement médicamenteux, les connaissances de la maladie cardiovasculaire et de ses facteurs de risque, le niveau d'alphabétisation-santé et la nécessité perçue par l'individu de prendre ses médicaments soient reliés au sentiment de compétence de l'individu d'être en mesure de prendre un médicament. D'ailleurs, des études ont déterminé que ces variables étaient reliées à l'adhérence médicamenteuse (Alm-Roijer et al., 2004, 2006 ; Byrne et al., 2005; Gazmararian et al., 2006 ; Horne & Weinman, 1999 ; Ziegelstein, 2003). D'autres études devraient s'intéresser à explorer la présence de ces relations.

Forces et limites de l'étude

Les résultats de la présente étude fournissent des informations importantes quant aux relations entre certaines variables de la TAD et l'adhérence médicamenteuse chez une population souffrant de maladies cardiovasculaires. Ces résultats découlent de l'étude des relations entre le soutien à l'autonomie de la part du cardiologue et du médecin, la motivation autodéterminée à la prise de médication, le sentiment de compétence à la prise de médication et l'adhérence médicamenteuses chez des patients âgés entre 38 et 76 ans provenant de la région du Saguenay – Lac-St-Jean et présentant un diagnostic de maladie coronarienne. Cette étude a permis de mettre en évidence une relation significative entre le sentiment de compétence à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse dans cette population. Tel que mentionné précédemment, il apparaît qu'il s'agit de la première étude à s'être intéressée à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence médicamenteuse chez une population dont les membres étaient tous atteints d'une maladie coronarienne. Les auteurs ayant précédemment étudié la relation entre les concepts de la TAD et l'adhérence médicamenteuse l'avaient effectué auprès de populations souffrant de diagnostics de santé multiples et souffrant du VIH (Kennedy et al., 2004; Williams, Rodin, et al., 1998). Le fait que la présente étude ait été conduite en respectant les règles et la rigueur inhérentes à la démarche scientifique soutient la crédibilité des résultats obtenus.

Certaines limites méritent cependant d'être soulignées. Une première limite est relative au type de recherche utilisé, soit une étude de type transversal. En effet, les mesures corrélationnelles utilisées dans cette étude ne permettent pas de déterminer de lien causal entre les variables étudiées. Spécifiquement aux résultats obtenus dans la présente étude, une recherche de type longitudinale conduite ultérieurement s'avérerait pertinente afin d'être en mesure d'examiner s'il y a présence de changements de sentiment de compétence dans le temps et comment ces derniers influencent l'adhérence médicamenteuse.

Le fait que la mesure de l'adhérence médicamenteuse soit une mesure auto rapportée constitue une autre limite associée à cette étude. Bien que les indicateurs utilisés dans la présente recherche pour évaluer l'adhérence aient été développés en s'appuyant sur des mesures validées dans des études antérieures (Stephenson et al., 1993; Williams, Rodin, et al., 1998), il demeure que la mesure d'adhérence est auto rapportée et que cette dernière est sujette à un biais de désirabilité sociale et à « l'effet blouse blanche » décrit précédemment lors de la discussion des résultats (Cramer et al., 1990; Feinstein, 1990). Dans des études futures, il pourrait s'avérer intéressant de combiner différentes méthodes de mesures d'adhérence médicamenteuse, par exemple, l'ajout d'une mesure avec un pilulier électronique. Le pilulier électronique représente un dispositif où une puce électronique placée dans la bouchon d'un flacon permet d'enregistrer le moment d'ouverture de la bouteille de médication (Dhanuka et al., 2003). La combinaison de plusieurs méthodes de mesure d'adhérence pourrait potentiellement permettre de palier à

cette limite. De même, il pourrait s'avérer pertinent d'ajouter une mesure de désirabilité sociale.

La nature de l'échantillon constitue une autre limite inhérente à la présente recherche. En effet, les participants ayant été recrutés parmi les patients référés annuellement au département de médecine de jour de l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC) pour coronographie ou hospitalisés en raison d'un diagnostic de syndrome coronarien aigu ou d'infarctus du myocarde, les résultats de la présente étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population du Saguenay – Lac-St-Jean souffrant de maladies coronariennes. Aussi, la taille de l'échantillon utilisé pour la présente étude demeure malgré tout limitée. Une étude d'une plus grande envergure recrutant davantage de patients provenant de différents milieux (programmes de réhabilitation cardiaque, clinique de médecine familiale) pourrait être envisagée afin d'obtenir une meilleure représentativité des personnes atteintes de maladies coronariennes au Saguenay – Lac-St-Jean. De même, l'échantillon de la présente étude était composé à 79 % d'hommes. Bien que les analyses des données n'ait pas permis d'identifier de relation significative entre le genre et l'adhérence médicamenteuse, il pourrait s'avérer pertinent de pouvoir reproduire les analyses conduites dans la présente étude en considérant un échantillon où les hommes et les femmes seraient représentés de façon davantage équivalente. Ceci permettrait également une meilleure généralisation des résultats à l'ensemble de la population souffrant de maladies coronariennes au Saguenay – Lac-St-Jean.

Enfin, cette étude reposant à la base sur une participation volontaire et qui, s'inscrivant dans une étude de type longitudinal, nécessitait plusieurs déplacements de la part des participants, il est possible d'envisager que les individus qui ont décidé d'y participer pouvaient présenter des niveaux de sentiment de compétence - et même d'autodétermination de motivation - plus élevés que ceux qui n'ont pas participé à l'étude. Les résultats obtenus pour les sentiments de compétence dans la présente étude appuient cette hypothèse.

Implications de l'étude et recherches futures

La présente recherche, grâce à son appui empirique, apporte une contribution considérable à la connaissance du phénomène complexe qu'est l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrants de maladies cardiovasculaires et plus spécifiquement de maladies coronariennes. Plus précisément, la présente étude fournit des connaissances supplémentaires quant à l'applicabilité de certains variables de la théorie de l'autodétermination au phénomène de l'adhérence médicamenteuse. L'apport original de cette recherche, tel qu'il a été précédemment énoncé, est qu'elle est la première à s'être intéressée à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence médicamenteuse chez une population dont tous les membres avaient un diagnostic confirmé de maladie coronarienne. Les résultats de cette étude ont permis de soutenir la notion selon laquelle le sentiment de compétence était relié significativement à l'adhérence médicamenteuse. Cette relation significative avait été identifiée par l'équipe de Kennedy et al. (2004)

étudiant la relation entre l'applicabilité des éléments de la TAD et l'adhérence médicamenteuse. La présente recherche n'a cependant pas permis d'identifier de relation entre le soutien à l'autonomie perçu de la part du cardiologue et du médecin et la motivation autodéterminée à la prise de médicaments. De même aucune relation significative n'a été déterminée entre la motivation autodéterminée à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments. Bien que ces résultats n'aient pas été significatifs, il n'est pas possible d'exclure la présence d'un lien entre ces variables. Plusieurs raisons de nature méthodologique ont pu faire en sorte qu'il n'a pas été possible de mettre en lumière ces relations.

D'autres recherches devraient être conduites en tenant compte des suggestions de changement de méthode énoncées précédemment. Ainsi, une attention particulière devrait être portée, dans ces futures études, à la spécification des instruments de mesure de façon à ce que les concepts mesurés (soutien à l'autonomie, sentiment de compétence et motivation autodéterminée) soient adaptés à l'adhérence aux médicaments spécifiques pour le traitement des maladies coronariennes. Une étude longitudinale serait également souhaitable afin de pouvoir étudier les effets de variations, dans le temps, des variables (soutien à l'autonomie, motivation autodéterminée et sentiment de compétence) sur l'adhérence médicamenteuse - en considérant qu'un certain temps est potentiellement nécessaire pour que le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue se fasse sentir auprès des patients. À ce sujet et tel qu'il l'a été supposé précédemment, l'adhérence médicamenteuse pourrait être moins perçue, au départ, comme un

comportement relevant d'un processus de choix (et même moins dépendant d'une motivation plus autodéterminée). Le rôle joué par ces variables pourrait être différent lorsque le médicament prescrit pour le traitement des maladies cardiovasculaires est pris depuis un temps plus prolongé. Une hypothèse pourrait être émise à l'effet que le soutien à l'autonomie (l'individu pouvant alors avoir davantage l'impression qu'il peut continuer ou cesser la prise de son médicament) et la motivation autodéterminée puissent jouer un rôle plus important dans le maintien à long terme de l'adhérence médicamenteuse en « soutenant » le sentiment de compétence (présent à court terme). Slovinec D'angelo, Reid, & Pelletier (2007), s'inspirant des propositions théoriques de Rothman (2000), ont d'ailleurs été en mesure de trouver, dans une étude visant à examiner les processus psychologiques impliqués dans la régulation à court et à long terme de l'exercice chez une population souffrant de maladies cardiovasculaires, des résultats qui vont dans le sens de cette hypothèse. En effet, les résultats de cette étude ont démontré que le sentiment d'efficacité (qui pourrait s'apparenter au sentiment de compétence) avait une influence plus grande sur l'intention de faire de l'exercice (intention d'exécuter le comportement) que sur la planification de l'exercice et que la motivation autodéterminée avait un plus grand effet sur la planification de l'exercice que sur l'intention de faire de l'exercice (autrement-dit, un plus grand effet sur l'intégration du comportement à long terme).

Des études effectuées à différents temps de prise de médicaments (médicaments prescrits depuis un an, depuis deux ans, depuis cinq ans) pourraient peut-être permettre

de fournir de l'information quant au rôle potentiel de ces variables comme antécédents du sentiment de compétence à plus long terme. Advenant que ces suppositions obtiennent un appui empirique, les médecins pourraient avoir à mettre davantage l'accent sur différentes variables psychologiques en fonction du temps de prise du médicament et ainsi permettre le maintien du comportement à long terme. .

Une étude longitudinale pourrait aussi permettre de déterminer le sens de la relation entre le sentiment de compétence et l'adhérence médicamenteuse chez les patients souffrant de maladies coronariennes. Enfin, une étude où plusieurs groupes seraient comparés et où la variable du soutien à l'autonomie pourrait être contrôlée (p. ex. : un groupe avec des médecins soutenant l'autonomie et un groupe avec des médecins présentant un style plus contrôlant) pourrait aussi s'avérer une avenue de recherche intéressante (le style de soutien à l'autonomie étant alors directement évalué, et non, inféré comme c'est le cas dans la présente recherche).

Pour ce qui est des implications cliniques, et plus spécifiquement en psychologie de la santé, le fait que le sentiment de compétence ait été relié significativement à l'adhérence médicamenteuse dans cette population souffrant de maladies coronariennes suggère que les médecins et les cardiologues devraient être sensibilisés à l'importance de cette variable psychologique pour optimiser l'adhérence médicamenteuse. L'adhérence médicamenteuse étant une composante considérable du traitement de ces maladies, des recherches supplémentaires devraient être conduites afin d'explorer

davantage quels pourraient être les antécédents de ce sentiment de compétence et quels pourraient être les facteurs de maintien de ce sentiment de compétence. Cette exploration permettrait de fournir de l'information supplémentaire et nécessaire à l'élaboration d'une nouvelle visée théorique dans la compréhension des mécanismes sous-jacents à l'adhérence médicamenteuse dans cette population et permettre le développement d'outils, pour les médecins et les cardiologues, permettant de maximiser le sentiment de compétence et l'adhérence médicamenteuse (objectifs qui étaient partiellement visés dans la présente étude).

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires constituent une problématique de santé majeure au Canada et au Saguenay – Lac-St-Jean. En effet, ces dernières sont responsables d'un nombre substantiel de décès par année. L'adhérence à la médication constitue une composante importante du traitement de ces maladies. Malgré les nombreux bénéfices associés à la prise adéquate de médication, les écrits scientifiques démontrent que l'adhérence médicamenteuse est souvent déficitaire chez les personnes souffrant de MCV. De nombreuses variables de différentes natures (sociodémographiques, relatives au traitement médicamenteux, relatives à la maladie cardiovasculaire, relatives au donneur de soins, etc.) ont été déterminées dans la documentation scientifique comme pouvant prédire l'adhérence à la médication chez des personnes souffrant de MCV. Parmi celles-ci, certaines variables psychologiques ont été identifiées comme pouvant prédire l'adhérence médicamenteuse. La TAD avance que des variables motivationnelles (que l'on peut définir comme des variables psychologiques) seraient à l'origine du comportement.

L'objectif principal de la présente étude visait à étudier la relation entre certaines variables motivationnelles de la TAD et l'adhérence médicamenteuse. De façon plus spécifique, cette étude s'est penchée sur la relation entre le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue, la motivation autodéterminée à la prise de médicaments, le sentiment de compétence à la prise de médicaments et l'adhérence

médicamenteuse. S'appuyant sur ce qui avait été déterminé antérieurement dans la documentation scientifique, cinq hypothèses de recherche ont été élaborées, parmi lesquelles trois ont pu être étudiées. Les résultats des analyses ont démontré une relation significative entre l'adhérence médicamenteuse et le sentiment compétence à la prise de médicaments, relation qui avait déterminée antérieurement dans la littérature scientifique. Les résultats des analyses n'ont cependant pas permis de déterminer de relation significative entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le soutien à l'autonomie de la part du médecin et du cardiologue; et entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et le sentiment de compétence à la prise de médicaments, tel qu'il avait été envisagé. Plusieurs explications de nature méthodologique ont été formulées pour expliciter ce pourquoi la signification de ces relations n'a pu être déterminée. De même, aucune relation n'a été identifiée entre le degré d'autodétermination de la motivation à la prise de médicaments et l'adhérence médicamenteuse. Les résultats n'ont pas indiqué de relation significative entre certaines variables sociodémographiques (l'âge, le sexe, le revenu, l'état civil, le niveau d'éducation) et l'adhérence médicamenteuse. Ces derniers résultats pourraient suggérer que les variables sociodémographiques soient moins reliées que le sentiment de compétence à l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrant de maladies coronariennes. Enfin et de façon générale, il a été observé que les personnes présentaient un très haut niveau d'adhérence et se sentaient très compétentes à la prise de médicaments.

Cette étude a permis d'enrichir les connaissances par rapport au phénomène complexe qu'est l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrant de maladies cardiovasculaires et plus précisément de maladies coronariennes. De façon plus spécifique, la présente étude a offert un appui supplémentaire empirique quant à la présence de relations entre certaines variables de la théorie de l'autodétermination de l'adhérence médicamenteuse. L'originalité de cette recherche est qu'elle est la première à s'être intéressée à l'applicabilité de la TAD à l'adhérence médicamenteuse chez une population souffrant de MCV.

Les participants de cette étude s'étant sentis très compétents à la prise de leur médication et le sentiment de compétence ayant été la seule variable à être reliée de façon significative à l'adhérence médicamenteuse, des recherches futures devraient s'intéresser à l'étude des antécédents de ce sentiment de compétence. Des interventions prodiguées par les membres du personnel soignant (médecins et cardiologues) pourraient être éventuellement développées pour promouvoir ce sentiment de compétence et maximiser l'adhérence médicamenteuse. Les recherches futures et les résultats qui y seront associées pourront éventuellement permettre la création de ces interventions, de même qu'elles permettront (en tenant compte des suggestions émises au sujet de la méthode) peut-être d'établir une nouvelle visée théorique (objectif qui était partiellement visé dans la présente étude) du phénomène de l'adhérence médicamenteuse chez des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires.

Rapport-Gratuit.com

Références

- Akincigil, A., Bowblis, J. R., Levin, C., Jan, S., Patel, M., & Crystal, S. (2007). Long-term adherence to evidence based secondary prevention therapies after acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 23(2), 115-121.
- Alm-Roijer, C., Stagmo, M., Udén, G., & Erhardt, L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 321-330.
- Alm-Roijer, C., Fridlund, B., Stagmo, M., & Erhardt, L. (2006). Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), E24-E31.
- American Heart Association (2008). Risk factors and coronary heart disease. Récupéré le 18 août 2008 de <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>
- Association canadienne de réadaptation cardiaque (2002). Cardiac rehabilitation definitions. Récupéré le 19 août 2008 de <http://www.cacr.ca/about/definitions.htm>
- Balady, G. J., Ades, P. A., Comoss, P., Limacher, M., Pina, I. L. Southard, D., et al. (2000). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: a statement for healthcare professionals from the american heart association and the american association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 102, 1069-1073.
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., et al. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the american heart association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee, the council on clinical cardiology; the councils on cardiovascular nursing, epidemiology and prevention, and nutrition, physical activity, and metabolism; and the american association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 115, 2675-2682.
- 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(2), 187-193.

- Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(5), 403-415.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Eisen, S. A., Rich, M. W., & Jaffe, A. S. (1995). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology*, 14(1), 88-90.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Eisen, S. A., Rich, M. W., Skala, J. A., & Jaffe, A. S. (1998). Adherence to a prophylactic medication regimen in patients with symptomatic versus asymptomatic ischemic heart disease. *Behavioral Medicine*, 24(1), 35-39.
- Cramer, J. A., Scheyer, R. D., & Mattson, R. H. (1990). Compliance declines between clinic visits. *Archives of Internal Medicine*, 150(7), 1509-1510.
- 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). *Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domain*, 49(1), 14-23.
- Dhanuka, P. K., Brown, M. W., Lee, W. N., Peterson, S. J., & Frishman, W. H. (2003). Dans W. H. Frishman, E. H. Sonnenblick, & D. A. Sica (Éds), *Cardiovascular pharmaceuticals* (2^e éd.), (pp. 27-33). New York: McGraw-Hill.
- Dunbar-Jacob, J., Bohachick, P., Mortimer, M. K., Sereika, S. M., & Foley, S. M. (2003). Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 209-218.
- Eagle, K. A., Kline-Rogers, E., Goodman, S. G., Gurfinkel, E. P., Avezum, A., Flather, M. D., et al. (2004). Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: an ongoing prospective, observational study. *The American Journal of Medicine*, 117, 73-81.
- Eco-Santé Québec (2006). Données statistiques sur la santé de la population et sur le système de santé du Québec et de ses 18 régions sociosanitaires. Récupéré le 13 août 2007 de http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=143,174,0,0,1,0&PHPSESSID=06a6fdeb6d2fa886a60cc20fade2b97f
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 28, 1-11.

- Feinstein, A. R. (1990). On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Archives of Internal Medicine*, 150(7), 1377-1378.
- Fondation des maladies du coeur du Canada (2002). Statistiques-le taux des maladies cardiovasculaires. Récupéré le 11 mars 2007 de <http://ww.2.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=907&ArticleID=1077&Src=news&From=SubCategory>
- Fondation des maladies du coeur du Canada (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires au Canada. 2003*. Ottawa: Fondation des maladies du coeur du Canada.
- Fondation des maladies du coeur du Canada (2008). Qu'est-ce que les maladies du cœur ? Récupéré le 18 août 2008 de http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJX8MMIqe/b.3579677/k.D950/Probl232mes_de_sant233_qui_affectent_le_fonctionnement_du_c339ur.htm
- Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases a focus on health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(12), 1215-1221.
- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Archives of Internal Medicine*, 165, 2508-2513.
- Gehi, A. K., Ali, S., Na, B., & Whooley, M. A. (2007). Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study. *Archives of Internal Medicine*, 167(16), 1798-1803.
- Gordon, N. F., & Haskell, W. L. (1997). Comprehensive cardiovascular disease risk reduction in a cardiac rehabilitation setting. *American Journal of Cardiology*, 80(8b), 69h-73h.
- Ho, P. M., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Reid, K. J., Peterson, E. D., Magid, D. J., et al. (2006). Impact of therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1842-1847.
- Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S., Olson, K. L., Maddox, T. M., Peterson, P. N., et al. (2008). Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary heart disease. *American Heart Journal*, 155, 772-779.

- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(6), 555-567.
- Horwitz, R. I., Viscoli, C. M., Berkman, L., Donaldson, R. M., Horwitz, S. M., Murray, C. J., et al. (1990). Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *The Lancet, 346*(8714), 542-545.
- Kennedy, S., Goggin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: utility of the theory of self-determination. *Cognitive Therapy and Research, 28*(5), 611-628.
- Kulkarni, S. P., Alexander, K. P., Lytle, B., Heiss, G., & Peterson, E. D. (2006). Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *American Heart Journal, 151*(1), 185-191.
- Lappé, J. M., Muhlestein, J. B., Lappé, D. L., Badger, R. S., Bair, T. L., Brockman, R., et al. (2004). Improvements in 1-year cardiovascular clinical outcomes associated with hospital-based discharge medication program. *Annals of Internal Medicine, 141*, 446-453.
- Lonn, E., & Grewal, J. (2006). Drug therapies in the secondary prevention of cardiovascular diseases: successes, shortcomings and future directions. *Current Vascular Pharmacology, 4*, 253-268.
- McDermott, M. M., Schmitt, B., & Wallner, E. (1997). Impact of medication nonadherence on coronary heart disease outcomes. *Archives of Internal Medicine, 157*, 1921-1929.
- Miller, P., Wikoff, R., Garrett, M. J., McMahon, M., & Smith, T. (1990). Regimen compliance two years after myocardial infarction. *Nursing Research, 39*(6), 333-336.
- Nelson, M. R., Reid, C. M., Ryan, P., Willson, K., & Yelland, L. (2006). Self-reported adherence with medication and cardiovascular disease outcomes in the second Australian national blood pressure study (ANBP2). *The Medical Journal of Australia, 185*(9), 487-489.
- Newby, L. K., Allen Lapointe, N. M., Chen, A. Y., Kramer, J. M., Hammill, B. G., DeLong, E. R., et al. (2006). Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation, 113*, 203-212.
- Newell, S. A., Bowman, J. A., & Cockburn, J. D. (1999). A critical review of interventions to increase compliance with medication-taking, obtaining medication

- refills, and appointment-keeping in the treatment of cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 29, 535-548.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Tuson, K. M., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 35-53.
- Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale: les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27(2), 140-156.
- Pelletier, L. G., Dion, S., & Séguin-Lévesque, C. (2004). Can self-determination help protect women against sociocultural influences about body image and reduce their risk of experiencing bulimic symptoms? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 61-88.
- 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.
- Rasmussen, J. N., Chong, A., & Alter, D. A. (2007). Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association*, 297(2), 177-186.
- Ratzan, S., & Parker, R. M. (2000). Current bibliographies in Medicine 2000-1: Health literacy: january 1990 through october 1999. Bethesda: National Library of Medicine.
- Rothman, A. J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19(1 suppl.), 64-69.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for actions in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Shalansky, S. J., & Levy, A. R. (2002). Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36(10), 1532-1539.

- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What makes good 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., Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well being: the self concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497.
- Sheldon, K. M., Williams, G., & Joiner, T. (2003). *Self-determination in the Clinic: Motivating physical and mental health*. New Haven: 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 and Exercise Psychology*, 29, 208-224.
- Statistiques Canada (2004). Mortalité: liste sommaire des causes. Récupéré le 23 mai 2007 de http://www.statcan.ca/francais/freepub/84F0209XIF/2004000/part1_f.htm
- Stephenson, B. J., Rowe, B. H., Haynes, R. B., Macharia, W. M., & Leon, G. (1993). The rational clinical examination. Is the patient taking the treatment as prescribed? *Journal of the American Medical Association*, 269, 2779-2781.
- Stones, J. A., & Arthur, H. M. (2005). Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention, second edition, 2004: executive summary. *Canadian Journal of Cardiology*, 21(Suppl D), 3D-19D.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4^e éd.). Boston; Toronto: Allyn and Bacon.
- 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: Academic Press.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Senécal, C., & Vallières, E. F. (1993). On the assessment of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education: evidence on the concurrent and construct validity of the Academic Motivational Scale. *Education and Psychological Measurement*, 53, 159-172.
- Wald, N. J., & Law, M. R. (2003). A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *British Medical Journal*, 326(7404), 1419-1423.
- Weilgosz, A., & Reid, R. (2001). Mesures non publiées. Institut de cardiologie, Université d'Ottawa.

- Wenger, N. K. (2008). Current status of cardiac rehabilitation. *Journal of the American College of Cardiology*, *51*(17), 1619-1631.
- 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*(1), 115-126.
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building health-care partnerships by supporting autonomy: promoting maintained behavior change and positive health outcomes. Dans A. L. Suchman, R. Bothelo, & P. Hinton-Walker (Éds), *Partnership in Health Care: transforming relational process* (pp. 67-87). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, *21*, 1664-1651.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, *17*(3), 269-276.
- Williams, G. C., Cox, E. M., Kouides, R., & Deci, E. L. (1999). Presenting the facts about smoking to adolescents: effects of an autonomy-supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *153*, 959-964.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous regulation motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, *21*(1), 40-50.
- 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*(1), 58-66.
- Yusuf, P. 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. *Lancet*, *364* (9438), 937-952.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(5), 675-696.
- Ziegelstein, R. C. (2003). Adherence to medication regimens and recommended lifestyle changes in patients with cardiovascular disease. *Advanced Studies in Medicine*, *3*(3), 150-156.

Appendice A
Certificats d'éthique

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 générale communautaire
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

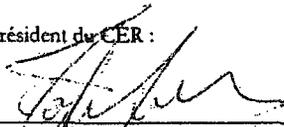
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

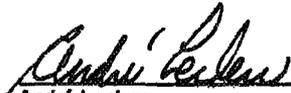
Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec 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 Lalande 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

Appendice B
Questionnaire



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 assigné :

N° du participant :

N° du non-participant :

Entrée de données complétée : Oui

Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (Départ)

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		
MM	JJ	AA
<input type="radio"/> Jan		<input type="radio"/> 2005
<input type="radio"/> Fév		<input type="radio"/> 2006
<input type="radio"/> Mar	0	<input type="radio"/> 2007
<input type="radio"/> Avr	1 1	<input type="radio"/> 2008
<input type="radio"/> Mai	2 2	
<input type="radio"/> Jun	3 3	
<input type="radio"/> Jul	4	
<input type="radio"/> Août	5	
<input type="radio"/> Sept	6	
<input type="radio"/> Oct	7	
<input type="radio"/> Nov	8	
<input type="radio"/> Déc	9	

SEXE
<input type="radio"/> Homme
<input type="radio"/> Femme

DATE NAISSANCE			DE		
MM	JJ	AA	MM	JJ	AA
<input type="radio"/> Jan					
<input type="radio"/> Fév					
<input type="radio"/> Mar	0	0 0			
<input type="radio"/> Avr	1 1	1 1			
<input type="radio"/> Mai	2 2	2 2			
<input type="radio"/> Jun	3 3	3 3			
<input type="radio"/> Jul	4 4	4 4			
<input type="radio"/> Août	5 5	5 5			
<input type="radio"/> Sept	6 6	6 6			
<input type="radio"/> Oct	7 7	7 7			
<input type="radio"/> Nov	8 8	8 8			
<input type="radio"/> Déc	9 9	9 9			

POIDS		
(LBS)		
	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9

TAILLE	
(')	(")
	0
	1
	2
	3
4	4
5	5
6	6
7	7
	8
	9
	10
	11



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

HISTORIQUE MEDICAL ET CARDIOVASCULAIRE

1. Est-ce votre première admission à l'hôpital pour un problème cardiaque? Oui Non

Si non, indiquez le nombre d'hospitalisations au cours de la dernière année _____

Précisez le(s) diagnostic(s) lors de ces hospitalisations :

				JJ		MM		AA
Angine	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Infarctus	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Angioplastie (dilatation)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Chirurgie cardiaque	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Chirurgie vasculaire périphérique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Insuffisance cardiaque	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Arythmie	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	
Autre (précisez : _____)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Date		/		/	

2. Selon vous, à quel point votre problème cardiaque est-il sérieux?

<i>Pas du tout sérieux</i>							<i>Très sérieux</i>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	

3. Pensez-vous que votre problème cardiaque vous créera des problèmes dans le futur?

<i>Définitivement non</i>							<i>Définitivement oui</i>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	

4. Dans la dernière année, avez-vous été hospitalisé pour des problèmes autres que cardiaques ?

Oui Non

Si oui, indiquez le(s) diagnostic(s) et la durée de l'hospitalisation :

Diagnostic(s)	Durée
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



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		
MM	JJ	AA
<input type="radio"/> Jan		<input type="radio"/> 2005
<input type="radio"/> Fév		<input type="radio"/> 2006
<input type="radio"/> Mar	0	<input type="radio"/> 2007
<input type="radio"/> Avr	1 1	<input type="radio"/> 2008
<input type="radio"/> Mai	2 2	
<input type="radio"/> Jun	3 3	
<input type="radio"/> Jul	4	
<input type="radio"/> Août	5	
<input type="radio"/> Sept	6	
<input type="radio"/> Oct	7	
<input type="radio"/> Nov	8	
<input type="radio"/> Déc	9	

SEXE
<input type="radio"/> Homme
<input type="radio"/> Femme

DATE DE NAISSANCE			
MM	JJ	AA	
<input type="radio"/> Jan			
<input type="radio"/> Fév			
<input type="radio"/> Mar	0	0	0
<input type="radio"/> Avr	1 1	1	1
<input type="radio"/> Mai	2 2	2	2
<input type="radio"/> Jun	3 3	3	3
<input type="radio"/> Jul	4 4	4	4
<input type="radio"/> Août	5 5	5	5
<input type="radio"/> Sept	6 6	6	6
<input type="radio"/> Oct	7 7	7	7
<input type="radio"/> Nov	8 8	8	8
<input type="radio"/> Déc	9 9	9	9

POIDS (LBS)		
	0	0
	1 1	1
	2 2	2
	3 3	3
	4 4	4
	5 5	5
	6 6	
	7 7	
	8 8	
	9 9	

TAILLE	
(')	('')
	0
	1
	2
	3
4	4
5	5
6	6
7	7
	8
	9
	10
	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 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 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
7 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
7 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
7 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
7 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

COMPÉTENCES SANTÉ GÉNÉRALE

Les questions suivantes font référence à vos sentiments de compétence dans différents domaines relatifs à la santé.

MÉDICATION

1. Si je le voulais, je pourrais aisément m'engager à suivre une prescription faite par mon médecin de famille ou mon cardiologue.

<i>Fortement en désaccord</i>	<i>Modérément en accord</i>	<i>Fortement en accord</i>
1 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

2. Pour moi, m'engager à prendre adéquatement une médication prescrite par mon médecin de famille ou mon cardiologue est ...

<i>Extrêmement difficile</i>	<i>Extrêmement facile</i>
1 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

3. Je me sens compétent/e dans mes habiletés à respecter une prescription de médicaments faite par mon médecin de famille ou mon cardiologue.

<i>Pas du tout en accord</i>	<i>Modérément en accord</i>	<i>Tout à fait en accord</i>
1 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

ADHÉRENCE MÉDICATION

Plusieurs individus trouvent qu'il est difficile de toujours prendre leurs médicaments tel que prescrit par leur médecin et/ou pharmacien. Dans cette section, nous vous demandons de penser aux deux (2) derniers jours et de tenter de vous rappeler quelles sont les pilules que vous avez prises et à quel moment vous avez pris ces pilules.

Quel est le nombre de pilules que vous avez prises en retard ? pilules

Quel est le nombre de pilules que vous avez prises à l'avance ? pilules

Quel est le nombre de pilules que vous avez oubliées de prendre ou que vous avez décidé de ne pas prendre ? pilules

Quel est le nombre de pilules que vous avez prises tel que prescrit ? pilules

Selon vous, quel est le pourcentage de pilules que vous avez prises tel que prescrit, c'est-à-dire, celles qui n'étaient ni en retard, ni en avance, ni oubliées, mais bien celles prises au bon moment et suivant la quantité prescrite ? Veuillez identifier un nombre de 0 à 100% %

Veuillez indiquer à quel point vous considérez que vous prenez correctement votre médication en fonction de l'échelle suivante.

	Pas du tout	Quelquefois	Plupart du temps	Souvent	Tout le temps
Je prends correctement ma médication	<input type="radio"/>				

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?	A 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 préleverons 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 remettons 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