

Instruments de mesure.....	68
Schème de recherche.....	77
Procédure et déroulement de l'expérience.....	77
Méthodes d'analyses.....	79
Résultats.....	81
Présentation des analyses statistiques.....	82
Analyses préliminaires.....	83
Analyses descriptives.....	83
Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	83
Prévalence et caractéristiques des patients coronariens.....	88
Distribution des scores de perfectionnisme.....	89
Analyses principales et vérification des hypothèses.....	94
Tests-t.....	94
Comparaison du niveau de PPA entre les échantillons de patients coronariens, d'étudiants et de travailleurs.....	95
Comparaison du niveau de PPA entre les patients coronariens selon le sexe.....	97
Analyses corrélationnelles.....	97
Relations du PPA avec l'activité physique et les habitudes alimentaires....	98
Relations du PPA avec le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique.....	99
Discussion.....	103
Rappel des buts et objectifs de la recherche.....	104
Discussion des résultats relatifs aux hypothèses et à la question de recherche.....	105
Prévalence du PPA chez les patients coronariens.....	105
Relations entre le PPA et les comportements de santé.....	106
Relations entre le PPA et le bien-être psychologique.....	113
Question exploratoire : différences liées au sexe.....	126
Implications théoriques et pratiques.....	127
Forces et limites de la recherche.....	132
Pistes de recherches futures.....	136
Conclusion.....	140
Références.....	145
Appendice A.....	157
Appendice B.....	158
Appendice C.....	159

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants	84
Tableau 2 : Caractéristiques socioéconomiques des participants	87
Tableau 3 : Analyses descriptives des six variables à l'étude : PPA, activité physique, habitudes alimentaires saines, détresse psychologique, satisfaction de vie et fonctionnement psychologique	89
Tableau 4 : Fréquence des scores de perfectionnisme obtenus par les patients coronariens	90
Tableau 5: Moyennes de PPA obtenues par des échantillons d'étudiants, de travailleurs, de patients coronariens, de patients psychiatriques et d'agoraphobes	92
Tableau 6: Moyennes de PPA obtenues par des échantillons d'étudiants, de travailleurs et de patients coronariens indépendamment du sexe	96
Tableau 7 : Scores moyens de PPA recensés chez des travailleurs et des patients coronariens en fonction du sexe	97
Tableau 8: Corrélations entre le perfectionnisme prescrit par autrui et l'activité physique et les habitudes alimentaires	99
Tableau 9: Corrélations entre le perfectionnisme prescrit par autrui et les trois construits du bien-être psychologique : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique.....	100

Remerciements

Je désire d'abord exprimer ma reconnaissance à ma directrice de recherche madame Claudie Émond, Ph.D. professeure au Département des sciences de l'éducation et de psychologie de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) qui, par son humanité, a rendu cette aventure encore plus enrichissante. Elle a su m'inculquer que la recherche rejoint à la fois les connaissances scientifiques mais aussi la vie en général alors qu'il est souhaitable de faire preuve de rigueur et d'ardeur, sans mettre pour autant son ouverture et sa créativité de côté.

Je remercie également monsieur Gilles Lalande, Ph.D. professeur au Département des sciences de l'éducation et de psychologie de l'UQAC pour son aide précieuse. Ses connaissances et ses judicieux conseils ont contribué de façon appréciable à la réalisation de cet essai.

J'adresse un merci tout particulier à l'équipe de l'Université d'Ottawa soit messieurs Luc Pelletier, Ph.D., Simon Beaudry et madame Élisabeth Sharp, Ph.D. pour leur disponibilité et l'aide précieuse apportée lors des analyses statistiques. Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à tous les membres de l'équipe de recherche pour leur collaboration à la mise en place et à la réalisation de l'expérimentation mais aussi pour leur support bienveillant.

Je réserve des remerciements spéciaux à mon conjoint, David Dubé, qui a su m'entourer d'amour et de compréhension durant ma scolarité universitaire. Merci pour ta patience, tes encouragements et aussi pour avoir comblé mes lacunes informatiques. Je me considère privilégiée de t'avoir eu à mes côtés.

Merci à ma famille et à mes amis pour avoir écouté et accueilli mes états d'âme en lien avec ma rédaction. Heureusement que vous étiez là !

En dernier lieu, je désire dédier mon essai doctoral à mon père, André Gauthier, qui m'a encouragée de plusieurs façons à poursuivre mes études en psychologie. C'est le 17 octobre 2009 qu'un infarctus t'a frappé sollicitant (encore !) tes capacités d'adaptation à la maladie de même que celles de toute la famille. J'espère bien que tu maintiendras tes efforts pour prendre soin de toi afin de partager avec moi encore quelques beaux moments.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) comptent parmi les affections causant le plus de décès chez les canadiens (Wielgosz et al., 2003). Comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec se situe au milieu du peloton concernant le taux de mortalité inhérent aux MCV. C'est à Terre-Neuve que le taux de mortalité relié aux MCV est le plus élevé alors que la Colombie-Britannique, les territoires du Nord-Ouest et le Nunavut comptent parmi les plus bas taux de mortalité liés aux MCV recensés au Canada entre 1995 et 1999 (Wielgosz et al., 2003). Cependant, selon la même étude, il est possible d'observer que le Québec ainsi que Terre-Neuve possèdent un taux de mortalité lié à l'infarctus du myocarde plus élevé que le reste des provinces.

Les MCV ont fait l'objet de nombreuses études concernant diverses données physiologiques et des comportements de santé menant à l'identification de différents facteurs de risque et au développement de programmes de prévention. Toutefois, l'étiologie de la maladie coronarienne s'imprègne depuis peu de déterminants psychologiques (Das & O'Keefe, 2006; Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Herrmann-Lingen & Buss, 2007; Jordan & Bardé, 2007; Molinari, Compare, & Parati, 2006; Myrtek, 2006; Ragland & Brand, 1988; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999; Sparagon et al., 2001). Néanmoins, peu d'études sont menées afin de déterminer si les

facteurs psychologiques constituent des facteurs de risque ou de protection limitant ainsi la possible inclusion de variables psychologiques dans les programmes de prévention. L'importance d'identifier les variables psychologiques corrélées aux MCV apparaît de plus en plus. Le présent essai se propose précisément d'étudier, chez des patients coronariens, une variable psychologique spécifique : le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA). Effectivement, jusqu'à maintenant, aucun lien n'a été établi entre les MCV et le perfectionnisme bien que ces deux construits et particulièrement un sous-type de perfectionnisme, le PPA, présentent plusieurs associations communes avec différentes variables notamment la détresse psychologique et le comportement de type A. Étant donné l'ampleur de la problématique coronarienne et la nécessité d'en savoir plus sur ses différents aspects afin de générer des plans de prévention et d'intervention efficaces, la présente étude tentera de vérifier la présence de corrélations entre le PPA et les MCV. Tout en visant à élargir les connaissances en lien avec le PPA, cette étude a pour principal objectif d'établir si sa présence est plus importante chez les patients coronariens comparativement à d'autres types d'échantillons et si elle a des impacts particuliers auprès de ces patients se trouvant dans un contexte d'adaptation à la maladie.

Cet essai se divise en quatre parties. La première partie contient une recension de la documentation scientifique touchant les variables à l'étude soit les MCV, le perfectionnisme en général ainsi que sa dimension sociale, le PPA. Des informations recueillies dans la documentation scientifique touchant des éléments communs aux

MCV et au perfectionnisme y sont également présentées concernant notamment les problèmes d'adaptation, la détresse psychologique, la personnalité de type A et les habitudes en lien avec l'alimentation et l'activité physique. La deuxième partie comprend une explication détaillée de la méthode utilisée lors de la présente étude identifiant les participants, les instruments de mesure et le déroulement de la cueillette de données. La troisième partie expose les résultats obtenus en fonction des diverses analyses statistiques effectuées. En quatrième et dernière partie, les résultats et leurs implications sont discutés.

Contexte théorique

Les recherches menées jusqu'à maintenant sur les MCV ont permis d'amasser une quantité considérable d'informations au sujet de ces pathologies. La première partie du contexte théorique sera consacrée à la présentation des différents aspects des MCV notamment l'étiologie, la prévalence et les conséquences qu'elles entraînent. Par la suite, le perfectionnisme sera présenté de manière semblable en accordant toutefois une importance particulière à l'une de ses sous-catégories : le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA). Pour terminer, la dernière section du contexte théorique illustrera les associations communes au perfectionnisme et aux MCV permettant de supposer un lien entre le PPA et les MCV.

Maladies cardiovasculaires

Description

Il s'avère d'abord essentiel de bien définir ce qu'est une maladie cardiovasculaire (MCV). Il s'agit d'une maladie ou d'une lésion touchant l'appareil cardiovasculaire, qu'il s'agisse du cœur, des vaisseaux sanguins approvisionnant le cœur ou du réseau de vaisseaux sanguins (artères et veines) présents dans tout le corps et à l'intérieur du cerveau (Fondation des maladies du cœur, 2009). Les MCV comprennent notamment l'infarctus du myocarde, les cardiopathies ischémiques, les valvulopathies cardiaques,

les maladies vasculaires périphériques, l'arythmie, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux. Les maladies cardiovasculaires sont donc variées et il est nécessaire de ne pas les prendre à la légère. Afin de bien saisir l'importance de leur étendue dans notre pays, la partie suivante présentera la prévalence et l'incidence des maladies cardiovasculaires au Canada.

Prévalence et incidence

Les maladies cardiovasculaires sont considérées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une cause majeure de décès prématurés et d'incapacités dans le monde (OMS, 2007). En 2005, ces maladies auraient causé 30 % des 58 millions de décès recensés internationalement (OMS, 2007). Par ailleurs, 46 % des personnes décédées avaient moins de 70 ans (OMS, 2007). Au Canada, un grand nombre de personnes doit apprendre à vivre avec une MCV. Dans l'ensemble, 5,7 % des adultes canadiens et près de 25 % des personnes âgées de soixante-dix ans et plus déclarent souffrir de problèmes cardiaques (Wielgosz et al., 2003). Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean en 2005, 5,5 % des adultes soit environ 12 200 individus déclaraient être atteints d'une maladie cardiovasculaire (Lapierre, 2008). Bien qu'elles ne soient pas personnellement atteintes, de nombreuses personnes sont touchées indirectement par les MCV. Il s'agit des proches des patients qui leur apportent souvent du support et s'impliquent dans leur rétablissement. Leur nombre est difficile à établir et la valeur du

temps de travail ou de loisirs perdu par ces proches aidants n'est pas incluse dans de nombreux rapports tentant d'établir les impacts des MCV (Wielgosz et al., 2003).

Durant la dernière décennie, les MCV étaient considérées comme la principale cause de mortalité expliquant 42 % des décès au Canada (Wielgosz et al., 2003). Cependant ce taux de mortalité lié aux MCV a diminué graduellement au pays depuis le début des années quatre-vingt-dix, connaissant une baisse de 3,2 % en moyenne par année (Daigle, 2006). Il s'agit d'une diminution encourageante bien que les MCV demeurent toujours parmi les maladies les plus meurtrières au Canada et qu'elles constituent la cause d'hospitalisation la plus importante au pays et dans la province québécoise (Fondation des maladies du cœur, 2009; Wielgosz et al., 2003).

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, les MCV causent annuellement la mort d'environ 39 000 canadiennes et 40 000 canadiens (Wielgosz et al., 2003). En 2005, au Québec, 27 % des décès étaient attribuables aux MCV (Daigle, 2006). La même étude rapporte qu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en 2003, année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles, 273 femmes et 267 hommes ont perdu la vie à la suite d'une MCV.

Des différences concernant les MCV en fonction du sexe des patients ont été relevées. Effectivement, les taux d'hospitalisations attribuables aux MCV et aux

interventions qu'elles nécessitent sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (Wielgosz et al., 2003). Les hommes ont plus de risques de développer une maladie cardiovasculaire que les femmes et les taux de mortalité par MCV chez les hommes sont presque deux fois plus élevés que chez les femmes (Daigle, 2006). De plus, davantage d'hommes que de femmes meurent d'une cardiopathie ischémique ou d'un infarctus aigu du myocarde. Toutefois, ces dernières sont plus touchées par l'insuffisance cardiaque (Wielgosz et al., 2003).

Ainsi, en plus de coûter la vie à près de 80 000 canadiens par année, dont environ 550 saguenéens ou jeannois, les MCV peuvent avoir un impact majeur sur la vie des patients survivants considérant les invalidités permanentes ou temporaires qu'elles peuvent occasionner ainsi que sur l'entourage de ces derniers. Elles demeurent ainsi préoccupantes pour l'ensemble des services de santé et la population générale. La section subséquente s'attardera à examiner les différentes causes des pathologies cardiovasculaires.

Étiologie

Jusqu'à maintenant, il est reconnu que de nombreux éléments interdépendants influencent la santé. Il est question entre autres du niveau d'éducation, des conditions de travail, des stratégies d'adaptation, de facteurs biologiques et génétiques, du réseau de soutien, du sexe et de la culture (Wielgosz et al., 2003). Au niveau des maladies

cardiovasculaires, il semble que certains facteurs sociaux et comportementaux ont un impact sur les patients (Berkman, 2005; Rutledge, 2006; Whooley, 2006). Toutefois, bien que leur mode d'influence soit encore incertain, leur identification incite les responsables de la santé publique à centrer leurs efforts de prévention sur les situations à risques. Les paragraphes suivants exposeront les facteurs de risque liés spécifiquement aux MCV et mettra également en lumière les facteurs de protection qui ont été découverts jusqu'à maintenant.

Facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque sont des éléments responsables du développement, du maintien et de la progression des maladies influençant le pronostic de survie du patient (Lehoux, 2004). Les facteurs de protection sont, au contraire, des éléments pouvant influencer positivement la santé du patient. Le projet INTERHEART mené dans 52 pays, portait sur les facteurs de risque et de protection. (Yusuf et al., 2004). Ce projet a identifié le tabagisme, l'hypertension, le diabète, l'obésité abdominale, la consommation quotidienne de fruits et légumes, une consommation régulière d'alcool et le fait d'être physiquement actif régulièrement comme étant des variables influençant les MCV (Yusuf et al., 2004). Les quatre premiers facteurs sont considérés comme des facteurs de risque et les trois derniers comme des facteurs de protections (Yusuf et al., 2004). Yusuf et al. ont noté des associations entre ces facteurs de risque et de protection et les MCV chez les hommes et les femmes, jeunes ou âgés et ce, dans toutes les régions du monde.

Au Canada, les facteurs de risque et de protection des MCV ont également fait l'objet de recherches. Les chercheurs de la Fondation des maladies du cœur ont quant à eux constaté que huit Canadiens sur dix présentent au moins un des facteurs de risque des MCV considérés dans leur étude, notamment le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation inadéquate, l'excès de poids, l'hypertension artérielle, le diabète, l'âge, le sexe et les antécédents familiaux (Wielgosz et al., 2003). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, une enquête menée en 2007 auprès d'individus de 18 ans et plus et portant sur la sédentarité, l'excès de poids, le tabagisme, l'hypertension et le diabète a établi que 36 % des répondants présentent un facteur de risque des MCV (Lapierre, 2008). Il est également intéressant de noter que le support social dont bénéficie le patient peut également influencer positivement les facteurs de risque contrôlables en fournissant des informations et des encouragements (Amick & Ockene, 1994). Chacun de ces facteurs de risque et de protection sera exposé dans les lignes suivantes.

L'usage du tabac augmente l'incidence du développement de toutes les principales formes de maladies cardiovasculaires (Wielgosz et al., 2003; Yusuf et al., 2004). Au Québec, 20 % de la population de 15 ans et plus présente cette dépendance (Wielgosz et al., 2003). La sédentarité est définie par la même étude comme une dépense énergétique quotidienne insuffisante alors qu'il est recommandé d'effectuer trente minutes d'activité physique modérée par jour. L'étude de Wielgosz et al., mentionne qu'au Québec, 58,5 % de la population de 12 ans et plus est sédentaire et par conséquent à risque. L'excès de poids, souvent associé à la sédentarité, est un facteur de risque se subdivisant quant à lui

en deux catégories : l'embonpoint, défini par un indice de masse corporel (IMC) de 25 à 29,9 et l'obésité, présente lorsque l'IMC est supérieur à 30. Plus l'IMC est élevé, plus le risque de maladies cardiaques augmente (Wielgosz et al., 2003). L'excès de poids influence l'hypertension artérielle et le diabète qui sont également des facteurs de risque des MCV (Yusuf et al., 2004). Au Québec, 43,7 % de la population âgée de 20 à 59 ans présente un excès de poids (Wielgosz et al., 2003). Une mauvaise alimentation constitue également un facteur de risque pour les MCV. Effectivement, il s'avère essentiel d'avoir un apport convenable de vitamines, d'antioxydants, de fibres et de potassium utiles pour se protéger des accidents vasculaires cérébraux (Wielgosz et al., 2003). L'hypertension artérielle est également un facteur de risque puisque son traitement arrive à diminuer l'incidence des AVC, des infarctus du myocarde, des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires et de l'insuffisance cardiaque (Wielgosz et al., 2003). Le diabète est un facteur accroissant également l'incidence des MCV (Yusuf et al., 2004). Notons, de plus, que le taux de mortalité attribuable aux MCV est plus élevé chez les diabétiques (Wielgosz et al., 2003).

Par ailleurs, il est possible de constater que plusieurs de ces facteurs s'influencent mutuellement. Par exemple, une alimentation déséquilibrée peut mener à un excès de poids amenant ainsi un patient à présenter deux facteurs de risque. Or, il a été démontré que le cumul de facteurs de risque chez un même patient augmente la probabilité d'événements cardiovasculaires chez ce dernier (Lapierre, 2008). L'étude de Wielgosz et ses collègues a recensé qu'un Canadien sur dix présente trois ou plus des facteurs de

risque suivants : le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation inadéquate, l'excès de poids, l'hypertension artérielle, le diabète, l'âge, le sexe et les antécédents familiaux (Wielgosz et al., 2003). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, une enquête menée en 2007 auprès d'individus de 18 ans et plus a établi que 28 % de l'échantillon présente deux facteurs de risque. Cette même étude a également indiqué que 12 % des répondants rapporte trois facteurs de risque ou plus, ce qui est similaire au taux québécois recensé par Wielgosz en 2003 et qui représente pas moins de 25 700 personnes dans la région du Saguenay Lac-Saint-Jean (Lapierre, 2008).

En somme, à la lumière des études présentées antérieurement, il est possible de constater la prévalence importante des MCV dans notre société et les graves conséquences qu'elles entraînent. Outre le fait qu'elles entraînent des pertes de vie, elles engendrent des coûts humains et socioéconomiques importants. L'hospitalisation et la prise en charge générale des patients coronariens par le système de santé représentent un fardeau économique au plan social. D'un point de vue psychologique, la diminution de la qualité de vie des patients et de leur entourage demeure encore plus préoccupante. Le fait que 80 % de la population présente au moins un facteur de risque suggère également que l'ampleur de cette problématique n'est pas près de diminuer d'autant plus que les facteurs s'influencent mutuellement et que leur cumul chez un même patient augmente les risques de présenter une problématique cardiovasculaire. Par ailleurs, le constat à l'effet que les patients possèdent un certain contrôle sur les facteurs de risque et de protection, alors que ceux-ci sont constitués en grande partie de comportements

modifiables, permet de développer une approche proactive axée sur la prévention. Ainsi, la vigilance et les programmes de prévention demeurent de mise face à la présence de ces facteurs de risque et de protection qui constituent des éléments influençant grandement les MCV.

Variables psychologiques en général et maladies cardiovasculaires

Bien que les études sur les facteurs de risque mettent en lumière que ceux-ci sont liés davantage aux comportements dans lesquels s'engage le patient selon Sebgerts, Falger et Bär (2000), il existe également un intérêt certain à mettre en relation des variables psychologiques avec la santé physique. Jusqu'à la fin de 19^e siècle, l'interaction entre les émotions et le fonctionnement cardiaque ne demandait aucune preuve tellement elle était considérée comme évidente par le savoir populaire, où l'on considérait, par exemple, que l'angine de poitrine pouvait être consécutive à un choc émotionnel. (Jordan & Bardé, 2007). Puis, avec l'avènement de la médecine dite moderne et le développement d'une méthodologie beaucoup plus rigoureuse connue sous le vocable d'«evidence-based practice», des chercheurs se sont mis à recueillir des données concernant les liens entre les facteurs psychologiques et les MCV de façon beaucoup plus systématique et ce, dès 1925 (Jordan & Bardé, 2007). Les chercheurs pionniers dans ce domaine étaient d'orientation principalement psychanalytique. Les deux principales équipes étaient basées respectivement à Houston au Texas et à New-York. La Menninger Clinic de Houston abritait les deux frères psychiatres du même

nom, psychiatres qui ont élaboré des hypothèses psychodynamiques concernant les patients coronariens. Le Presbyterian Hospital de New-York a accueilli Flanders Dunbar et son équipe qui publièrent plusieurs articles basés sur une étude longitudinale de 14 ans concernant les facteurs émotionnels des patients coronariens et leurs interactions notamment avec l'étiologie de la maladie, le processus d'adaptation au traitement et différents facteurs médicaux (Jordan & Bardé, 2007). Les recherches de ces pionniers et de leurs successeurs permettent aujourd'hui d'affirmer, après des années de recherche, que les processus émotionnels, incluant un stress modéré, affectent presque tous les systèmes du corps et peuvent influencer la pathophysiologie des maladies (Baum & Posluszny, 1999).

Ce type de recherche s'intéressant aux relations entre des variables psychologiques et les MCV et qui s'inscrit dans le domaine de la psychocardiologie, s'est poursuivi jusqu'à nos jours. En ce qui a trait aux MCV, différentes études ont été conduites s'intéressant généralement aux traits de personnalité des patients coronariens ainsi qu'à leur niveau de stress (Das & O'Keefe, 2006; Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Herrmann-Lingen & Buss, 2007; Jordan & Bardé, 2007; Molinari, Compare, & Parati, 2006; Myrtek, 2006; Ragland & Brand, 1988; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999; Sparagon et al., 2001). Une étude longitudinale menée en Allemagne auprès de 5114 participants a conclu qu'un locus interne en ce qui concernait le contrôle de la maladie était associé à une diminution du risque d'infarctus du myocarde alors que les autres facteurs de personnalité mesurés n'ont pas été significativement associés à l'infarctus du

myocarde et aux AVC (Stürmer, Hasselbach, & Amelang, 2006). D'autres chercheurs œuvrant à un projet international (INTERHEART), ont constaté que les effets des facteurs psychosociaux comprenant notamment la dépression, le locus de contrôle, le stress perçu et les événements de vie étaient similaires, en termes d'importance, à ceux entraînés par l'obésité abdominale, le diabète et l'hypertension (Yusuf et al., 2004). Toutefois, en dépit du fait que l'engouement perceptible dans les écrits scientifiques concernant l'impact des variables psychologiques sur les MCV semble se baser sur des données probantes, il est important de faire preuve de réserve. En effet, même si certains facteurs psychologiques notamment la présence d'une dépression ou d'un faible locus de contrôle peuvent influencer la pathologie, d'autres semblent n'avoir aucun impact (Yusuf et al., 2004). Mendis, de l'OMS, rapporte que l'influence des facteurs psychosociaux sur les MCV peut s'établir de différentes manières (Molinari, Compare, & Parati, 2006). D'abord, il souligne que les facteurs psychosociaux influencent les comportements de santé qui sont reliés aux facteurs de risque et de protection de MCV. Il note également que les facteurs psychosociaux peuvent amener des changements psychophysiologiques augmentant le risque de maladies coronariennes. Mendis rappelle également que des caractéristiques psychologiques comme la dépression par exemple, peuvent entraver l'adhérence au traitement ou la rapidité de la demande de soins ce qui peut augmenter la progression clinique des MCV. Ainsi, la psychologie en tant que discipline scientifique, semble pouvoir contribuer significativement à l'augmentation des connaissances concernant les patients cardiaques en permettant de déterminer quelles

variables psychologiques ont une influence réelle et observable sur la condition coronarienne et de quelles façons ces mêmes variables agissent.

Jusqu'à maintenant, les recherches ont porté principalement sur le stress et le comportement de type A (Das & O'Keefe, 2006; Dunbar, 1943; Friedman & Rosenman, 1974; Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Jordan & Bardé, 2007; Myrtek, 1995, 2006; Ragland & Brand, 1988; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999; Sparagon et al., 2001). Ces deux facteurs seront abordés plus en détails dans les paragraphes suivants et à nouveau dans une section ultérieure traitant du perfectionnisme en raison du fait que ces mêmes variables sont à la fois associées aux MCV d'une part et au perfectionnisme d'autre part.

Maladies cardiovasculaires et stress

Depuis les premières recherches effectuées dans le domaine de la psychocardiologie jusqu'à aujourd'hui, le stress est identifié comme une caractéristique prédisposant aux MCV et plusieurs auteurs s'y sont intéressés (Augustin, Glass, James, & Schwartz, 2008; Bairey Merz et al., 2002; Baum & Polusny, 1999; Das & O'Keefe, 2006; Dunbar, 1943; Hapuarachchani, Chalmers, Winefields, & Blake-Mortimer, 2003; Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Herrmann, Buss, Breuker, Gonska, & Kreuzer, 1994; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002; Rosengren et al., 2004; Wardwell, Bahnson, & Caron, 1963). Considérant la quantité de travaux réalisés, les paragraphes

subséquents présenteront certains auteurs parmi les plus importants et souligneront les découvertes les plus marquantes. Ainsi, un historique concernant les maladies cardiovasculaires et le stress sera présenté permettant d'apprécier l'évolution de ce domaine de recherche. Certaines études seront également présentées considérant les technologies de pointe qu'elles utilisent. Ces études sont d'un intérêt particulier alors que leur méthodologie permet l'acquisition de connaissances de plus en plus spécifiques.

Dès les années 1940, Dunbar note que des expériences traumatiques ou des chocs sévères notamment des décès dans la famille, des désastres financiers ou la ruine de plans ambitieux peuvent avoir été vécus par ce type de patients (Dunbar, 1943). Elle identifie également que souvent les patients coronariens ont tendance à travailler de longues heures dans des conditions de stress et de pression sans prendre de vacances.

Dans les années 50, les différentes études portant sur la psychocardiologie, ont mis l'emphase principalement sur l'impact du stress en général de même que du stress principalement lié à l'emploi sur les MCV (Jordan & Bardé, 2007). La «Middlesex County Study», une étude menée au Connecticut en 1957, portant sur un échantillon de 32 hommes de race caucasienne ayant eu un infarctus à l'intérieur d'une période d'un an de même que ceux formant un groupe contrôle (Wardwell, Bahnson, & Caron, 1963). Les auteurs ont noté plusieurs caractéristiques communes aux patients coronariens dont une augmentation du niveau de stress.

Plus récemment, dans les années 1990, des chercheurs se sont également intéressés à l'impact du stress sur les MCV. Herrmann, Buss, Breuker, Gonska et Kreuzer ont illustré, en 1994, l'effet discriminant du niveau d'anxiété et son caractère prédictif face aux résultats des examens angiographiques. Cette recherche allemande est citée dans un chapitre écrit par Herrman-Lingen et Buss dans un volume publié en 2007 intitulé «Contributions toward evidence-based psychocardiology : a systematic review of the literature». Une thèse doctorale citée dans ce même volume a établi quelques années plus tard que des niveaux d'anxiété initiaux plus élevés distinguaient les patients présentant un fonctionnement coronarien normal de ceux présentant une maladie coronarienne chronique (Herrmann-Lingen & Buss, 2007).

Sur le plan international, les membres du projet INTERHEART, ont associé le stress permanent, à la maison ou au travail, vécu durant l'année antérieure, à une augmentation de l'incidence des infarctus du myocarde (Rosengren et al., 2004). Ce lien est aussi supporté par une autre étude signalant que le stress psychosocial est l'un des facteurs de risque les plus importants dans l'athérosclérose et l'infarctus du myocarde (Das & O'Keefe, 2006). Une hypothèse biologique est mise de l'avant pour expliquer cette association entre le stress et la présence des MCV. Il est proposé que l'activation de l'axe hypothalamo-pituitaire à la suite de la reconnaissance d'une menace, ce qui s'observe en présence de stress, mène à des changements au niveau endocrinien et immunitaire. Plus concrètement, il est possible d'observer l'augmentation des fonctions cardiovasculaires et respiratoires, des changements de la pression sanguine et de la

tension musculaire. Ces changements produisent des effets négatifs comme l'usure des artères et des vaisseaux sanguins lorsque le stress est prolongé ou très intense (Baum & Posluszny, 1999). Ainsi, il est possible de constater que le stress fait partie des variables psychologiques ayant une influence sur les MCV. La section suivante décrira une seconde variable psychologique ayant attiré l'attention des chercheurs intéressés aux MCV, soit le comportement de type A.

Maladies cardiovasculaires et comportement de type A

En 1974, les médecins Friedman et Rosenman ont tenté de définir un barème pour essayer de reconnaître, de par leur comportement, les patients susceptibles de présenter une maladie coronarienne (Friedman & Rosenman, 1974). Il s'agissait d'une des premières théories accordant de l'importance à des variables psychologiques dans le développement des MCV. Ils ont élaboré une catégorisation différenciant les comportements de type A et de type B. Le comportement de type A, qu'on ne diagnostiquait alors qu'à la suite d'un examen touchant trente-trois signes physiques et psychomoteurs (p.ex. tension faciale chronique, mouvements brusques, débit de parole rapide, transpiration faciale, grincement de dents) a été corrélé aux maladies cardiovasculaires. Cette théorie fût questionnée et reformulée au fil des ans et aujourd'hui, le comportement de type A se caractérise principalement par un sentiment d'urgence et par une forme dite flottante d'hostilité (Friedman & Ghandour, 1993). Le comportement de type B quant à lui est moins rapide et moins hostile. L'individu

présentant ce type de comportement adopte une attitude plus posée, est en mesure de jouer, d'avoir du plaisir et de relaxer sans démontrer de compétitivité (Friedman & Ghandour, 1993).

Différentes études ont abondé dans le même sens en concluant également que les personnes présentant un comportement de type A ont davantage de risques de développer une MCV que les personnes présentant un comportement de type B indépendamment des autres facteurs de risque (Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Jorgensen & Houston, 1981; Ragland & Brand, 1988). Par exemple, durant l'exécution de différentes tâches mentales, les participants présentant un comportement de type A manifestaient une tension artérielle plus élevée et un rythme cardiaque plus rapide que ceux de type B (Jorgensen & Houston, 1981). Les auteurs ont conclu que les personnes présentant un comportement de type A présentaient un plus haut niveau d'activation du système nerveux sympathique alors que ce haut niveau d'activation est susceptible d'augmenter la probabilité de la présence d'athérosclérose et de maladie cardiaque (Jorgensen & Houston, 1981).

D'autres études, ont remis en doute le lien entre les MCV et le comportement de type A considérant qu'elles n'arrivaient pas à établir ce lien ou ne le confirmaient que partiellement (Myrtek, 1983; Ragland & Brand, 1988). Ainsi, dès 1983, certaines réserves étaient émises face à la relation entre ces deux construits.

Les recherches se sont ainsi orientées sur les relations entre les MCV et différentes composantes du comportement de type A. Sa composante d'hostilité a été identifiée comme ayant une influence sur les MCV. Effectivement, 424 patients ayant à subir une angiographie ont été évalués grâce à la «Cook-Medley Ho Scale» (Ho) une échelle de mesure de 50 items compris dans le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Les résultats ont démontré une corrélation entre l'échelle Ho et les résultats de l'angiographie. Les patients présentant des comportements de type A et les patients hostiles démontrent davantage de sténose coronarienne. Certains auteurs soulignent par ailleurs que le terme «hostilité» pourrait être avantageusement remplacé par «cynisme» considérant que l'analyse factorielle de l'échelle Ho identifie deux construits distincts notamment le cynisme et l'aliénation paranoïde (Costa, Zonderman, McCrae & Williams, 1986). Plusieurs études ont donc choisi de s'orienter vers la mesure du cynisme hostile (Myrtek, 2006). Néanmoins, ces études ont démontré qu'il y avait une réactivité psychophysologique plus grande chez les personnes hostiles ou présentant un comportement de type A que chez des personnes non hostiles ou présentant des comportements de type B (Myrtek, 1985). Cette activation psychophysologique implique un processus hormonal comprenant notamment une augmentation des catécholamines ainsi qu'un processus neurologique impliquant notamment le déclenchement du système nerveux autonome. Ces processus peuvent avoir une influence néfaste sur le corps humain notamment sur la pression sanguine, le cholestérol, le facteur de coagulation et la glycémie, ce qui peut résulter à long terme en l'athérosclérose des vaisseaux sanguins (Myrtek, 2006). Dans des situations de stress,

l'activation psychophysiological est donc quantitativement et qualitativement différente entre les personnes présentant des comportements de type A et de type B et celle-ci peut avoir des conséquences néfastes à long terme (Myrtek, 2006).

Une autre étude a tenté de comprendre l'association entre le comportement de type A et les MCV (Sparagon et al., 2001). Il est intéressant de s'attarder à cette étude car les avancées technologiques dans le domaine médical ont permis de recueillir des preuves directes de la relation établie entre le comportement de type A et les MCV. L'étude a été menée auprès de 35 hommes de types A et B. Tous les participants ont subi volontairement un examen médical spécialisé déterminant précisément le degré de calcification des artères coronariennes ainsi qu'un électrocardiogramme. L'étude a permis de constater que 40 % des patients de type A présentaient de la calcification des artères alors qu'aucune calcification n'a été décelée chez les patients de type B. La calcification des artères est un signe de l'athérosclérose, une maladie gênant la circulation sanguine. Ainsi, l'étude a pu conclure, de manière encore plus probante que le comportement de type A est un facteur de risque significatif du développement de l'athérosclérose, une maladie cardiovasculaire. La corrélation entre le comportement de type A et les MCV qui avait été pressentie dès 1974 par le sens clinique de Friedman et Rosenman est aujourd'hui appuyée par la technologie de pointe.

Ainsi, à la lumière des études précédemment mentionnées, le comportement de type A s'avère être une autre des variables psychologiques impliquées dans le développement des MCV considérant ses impacts au niveau physiologique aux plans de la tension artérielle et du rythme cardiaque. Par ailleurs, c'est une composante psychologique bien spécifique de cette catégorisation de comportement, soit l'hostilité qui a été identifiée comme ayant une influence sur les MCV. Cela laisse supposer que d'autres traits de personnalité pourraient avoir une influence sur le développement de ce type de pathologies coronariennes comme par exemple, les traits de perfectionnisme étudiés dans le cadre du présent essai.

Détresse psychologique associée aux maladies cardiovasculaires

La section suivante tentera de faire le point sur la détresse psychologique présente chez les patients coronariens bien qu'il ne soit pas encore clairement établi s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence des problèmes cardiovasculaires. Une section ultérieure mettra davantage en lumière la détresse en lien avec le perfectionnisme.

La détresse psychologique touchant les patients coronariens est souvent recensée dans les écrits scientifiques en termes de troubles dépressifs et anxieux. La prévalence de la dépression majeure varie entre 16 % et 22 % chez les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus comparativement à 5 % dans la population générale (Lehoux, 2004; Whooley, 2006). Certains affirment que la dépression est un facteur de risque des

maladies coronariennes alors que d'autres signalent que la dépression pourrait découler de la prise de conscience de la sévérité de la maladie coronarienne (Rutledge, 2006; Whooley, 2006). Les hypothèses sont multiples pour tenter d'expliquer les mécanismes par lesquels la dépression pourrait mener à un accident coronarien. Il est question, par exemple, de l'augmentation de l'activation de l'axe hypothalamo-pituitaire, de l'augmentation des taux de catécholamine et du fait que le stress induirait de l'ischémie (Whooley, 2006). Une étude menée auprès de patients coronariens présentant différents niveaux de symptômes dépressifs signale que la psychothérapie ne semble pas augmenter l'espérance de vie des patients coronariens mais qu'elle traite la dépression et améliore le réseau de support du patient (Berkman et al., 2003). L'impact de la psychothérapie sur l'amélioration des symptômes coronariens demeure toutefois incertain tout comme l'étiologie sous-tendant la relation entre la dépression et la maladie coronarienne. Toutefois, la dépression chez un patient coronarien doit être considérée sérieusement par l'équipe de soins puisque la présence de cette psychopathologie consécutivement à un infarctus est un prédicteur significatif de la mortalité et de la réhospitalisation indépendamment de la sévérité de la condition coronarienne (Lehoux, 2004; Rutledge, 2006; Whooley, 2006). Une composante anxieuse explique elle aussi dans une certaine mesure la détresse psychologique des patients coronariens. D'abord l'anxiété est liée au développement de problèmes cardiaques dans la population générale (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). D'autre part, les troubles anxieux sont reliés à une mortalité cardiaque plus élevée que celle observée dans la population générale (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). Au niveau pathophysiologique, Rozanski et

ses collaborateurs suggèrent que les personnes anxieuses pourraient présenter une altération de la tonicité du cœur, pouvant impliquer une augmentation de la stimulation du système sympathique liée à l'occurrence de l'arythmie et de mort subite. Toutefois, l'anxiété présente également des implications allant au-delà du développement de la pathologie puisqu'elle est également recensée de même que des troubles paniques et des troubles de stress post-traumatique chez les patients à la suite de leurs difficultés coronariennes (Boudrez & De Backer, 2001; O'Reilly, Grubb, & O'Carrol, 2004). Évidemment, ce ne sont pas tous les patients qui présentent des symptômes anxieux ou dépressifs. Cependant, il devient primordial de prêter une attention particulière aux caractéristiques de détresse psychologique de ces patients afin de leur assurer une meilleure qualité de vie.

Des chercheurs de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean se sont intéressés à cette variable de qualité de vie chez les patients coronariens. Ainsi, au niveau régional, une enquête de l'Agence de la santé et des services sociaux menée à l'hiver 2007 auprès de 5000 répondants a indiqué que de la détresse psychologique est présente chez cette catégorie de patients. Cette étude démontre qu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean, la proportion d'individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique est environ trois fois plus importante chez les individus déclarant être atteints d'une MCV que chez ceux qui rapportent ne pas en être atteints (Lapierre, 2008).

Modifications des habitudes de vie associées aux maladies cardiovasculaires

En plus d'identifier les comportements susceptibles d'influencer la survenue d'un problème cardiovasculaire, les chercheurs ont également œuvré afin de découvrir quelles actions permettaient d'en ralentir ou d'en arrêter le processus ou encore de les soigner. Ainsi, le traitement médical des patients coronariens inclut traditionnellement la chirurgie et le traitement pharmacologique. Cependant, la prévention secondaire, par le biais de la modification des habitudes de vie, prend de plus en plus d'importance (Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman, & Kraaij, 1999; Sebrechts, Falger, & Bär, 2000). Effectivement, à la suite de la méta-analyse qu'ils ont menée, Sebrechts et al. (2000) suggèrent que les interventions non pharmacologiques orientées vers le changement comportemental peuvent contribuer à la modification des facteurs de risque associés aux MCV. L'éducation et les programmes structurés de réhabilitation cardiaque font donc partie intégrante du traitement. Le traitement sous-tend donc que le patient apporte des changements à son mode de vie concernant entre autres la prise d'une médication, l'alimentation, l'exercice physique et le tabagisme. Il a été démontré que l'adhérence à ces changements comportementaux produit des bienfaits sur la santé physique et psychologique (Ades & Coello, 2000). Toutefois, seulement un faible pourcentage des patients coronariens adoptent et maintiennent ces changements sur une période suffisamment longue pour en retirer tous les avantages (Gordon & Haskell, 1997; Haskell et al., 1994; Lehoux, 2004). En ce sens, la résistance au changement pourrait être considérée comme un facteur relatif aux difficultés d'adhérence au traitement. La difficulté inhérente aux changements d'habitudes de vie peut également

constituer une variable à prendre en considération. Effectivement, certaines stratégies de changement sont plus efficaces que d'autres notamment de modifier progressivement ses habitudes. Adopter une approche de changement drastique pourrait être plus difficile, générer de la pression et faire naître un sentiment d'aliénation face à la maladie et créer l'impression subjective d'être prisonnier de son traitement ce qui incite le patient à abandonner ses nouveaux comportements de santé.

Par ailleurs, un phénomène nommé «nagging» ou surprotection peut également faire son apparition durant le processus de modification des habitudes de vie des patients coronariens. La surprotection pourrait se définir comme étant une tentative maladroite de l'entourage d'offrir du support émotionnel et des encouragements face au maintien d'activités bénéfiques pour la santé (Tapp, 2004). La famille émet à répétition ou de façon intrusive des commentaires ou des directives visant l'adoption de certains comportements de santé ce qui peut générer des réactions d'impatience ou d'irritation chez le patient coronarien. Le patient coronarien peut alors ignorer les conseils, faire l'opposé, se retirer ou manifester son désaccord. Des conflits familiaux peuvent naître et des sentiments de manque de support et de distance peuvent être vécus à la fois par le patient et sa famille. Ainsi, en dépit de sa bonne volonté, une famille qui surveille de trop près un patient, exerçant ainsi une pression excessive face à l'établissement de changements comportementaux chez ce dernier peut finalement lui nuire (Tapp, 2004). Il importe donc de se rappeler que même si des changements d'habitudes de vie devraient bénéficier aux patients, ceux-ci les perçoivent souvent comme une difficulté

supplémentaire, en termes d'apprentissage et d'adaptation, ce qui peut ajouter à la détresse vécue par ces patients.

Pour conclure cette première partie du contexte théorique notons que jusqu'à maintenant, certaines informations ont été présentées concernant les MCV et les relations qu'elles entretiennent avec le stress, le comportement de type A et la détresse prenant la forme de dépression ou de troubles anxieux. La section suivante liera ces trois mêmes variables à un trait de personnalité, soit le perfectionnisme et plus spécifiquement à l'un de ses sous-types en raison du fait que des associations communes aux MCV et au perfectionnisme sont notées. Dans un premier temps, une description globale du perfectionnisme sera présentée ainsi que de ses divers sous-types. Certains liens entre le perfectionnisme et différents facteurs de risque des MCV seront ensuite considérés. Par la suite, une catégorie précise du perfectionnisme, le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), sera examinée mettant en lumière le fait que ce type de perfectionnisme présente à l'instar des MCV, des relations avec la détresse psychologique, les problèmes d'adaptation, le stress et le comportement de type A.

Perfectionnisme

Description

Les gens présentant du perfectionnisme sont des individus croyant qu'ils peuvent et qu'ils doivent réaliser une performance parfaite et qui perçoivent tout ce qui n'est pas

parfait comme insatisfaisant (Antony, Purdon, Hutan, & Swinson, 1998). Cette structure cognitive peut se présenter de façon positive en fournissant à l'individu la motivation et l'énergie nécessaire pour atteindre de grands objectifs ou, de façon négative nuisant à sa qualité de vie et entraînant des problèmes d'anxiété, de dépression et de surmenage. Il est possible de supposer que les différentes manifestations du perfectionnisme se situent le long d'un continuum allant d'un perfectionnisme sain à un perfectionnisme pathologique (Boivin & Marchand, 1996).

Hewitt, Flett et leurs divers collaborateurs sont parmi les premiers chercheurs à s'être intéressés spécifiquement au perfectionnisme (Flett, Hewitt, Blanskstein, & O'Brien, 1991; Flett, Hewitt, Blanskstein, & Dynn, 1994; Flett, Hewitt, & Dyck, 1989; Flett, Russo, & Hewitt, 1994; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992). Leurs recherches portent principalement sur les aspects négatifs du perfectionnisme. Ayant grandement participé à l'élaboration de ce construit, ils sont considérés comme des précurseurs dans ce domaine. Hewitt et Flett définissent le perfectionnisme comme étant un style de personnalité, caractérisé par la mise en place de standards personnels et sociaux inatteignables, découlant d'influences développementales multiples contribuant de façon significative à la création de problèmes interpersonnels (Flett & Hewitt, 2002). Ils proposent, à l'instar d'Albert Ellis, que le perfectionnisme est la mise en place d'attentes irréalistes jumelées à un style cognitif de tout ou rien (Ellis, 2002). Cependant, ils suggèrent que le perfectionnisme n'est pas exclusivement orienté vers soi. Ainsi, ils proposent une conceptualisation dite

multidimensionnelle, intégrant à la fois la dimension personnelle et une dimension interpersonnelle, dont ils ont tenu compte dans l'élaboration d'un instrument de mesure aujourd'hui largement utilisé, le Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Cet instrument identifie trois catégories de perfectionnisme : le perfectionnisme orienté vers soi, le perfectionnisme orienté vers autrui et le perfectionnisme prescrit par autrui.

Le perfectionnisme orienté vers soi (POS) est une dimension intrapersonnelle caractérisée par la motivation à être parfait, la mise en place de standards inatteignables et les tentatives compulsives pour atteindre la perfection dans plusieurs domaines comportementaux. L'individu présente une pensée de type tout ou rien en termes de succès ou d'échec alors que son attention est attirée par ses faiblesses et ses échecs antérieurs (Hewitt & Flett, 1991). Le perfectionnisme orienté vers les autres (POA) est une dimension interpersonnelle du perfectionnisme impliquant l'établissement de standards inatteignables pour les autres ou son entourage. Le POA génère des sentiments et des cognitions tels que l'hostilité, le contrôle et l'autoritarisme orientés vers l'extérieur, qui sont souvent générateurs de conflits interpersonnels (Hewitt & Flett, 1991). Le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) est une dimension interpersonnelle du perfectionnisme s'enracinant dans la perception que présente un individu selon laquelle les personnes significatives de son entourage entretiennent des standards et des attentes inatteignables concernant son comportement et dans ses préoccupations pour rencontrer ces attentes externes. La personne craint donc une évaluation négative par son

entourage et présente un grand besoin d'approbation (Hewitt & Flett, 1991). Des trois types de perfectionnisme, le PPA est celui qui est le plus lié à la détresse psychologique puisqu'il démontre les plus fortes associations avec différentes psychopathologies qui seront exposées ultérieurement dans cet essai (Adderholt-Elliott, 1989; Alden, Ryder, & Mellings, 2002; Boivin & Marchand, 1996; Flett, Greene, & Hewitt, 2004; Flett & Hewitt, 2002; Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991; Frost & DiBartolo, 2002; Hewitt & Flett, & Turnbull-Donovan 1992; Johnson & Slaney, 1996; Lapointe & Émond, 2005).

Prévalence du perfectionnisme selon le sexe

Les résultats divergent en ce qui a trait à la prévalence du perfectionnisme en fonction du sexe. Effectivement, Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan et Mikail ont observé lors de la validation de leur instrument de mesure, le Multidimensional Perfectionism Scale (MPS), des différences reliées au sexe dans certains des groupes étudiés sans pour autant les observer systématiquement (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Leur échantillon lors de la validation de l'instrument de mesure se composait d'un groupe de patients psychiatriques, de patients souffrant de douleur chronique ainsi que de personnes adultes recrutées dans la communauté. Les patients psychiatriques étaient au nombre de 387 dont 194 hommes et 193 femmes. L'échantillon de patients souffrant de douleur chronique était composé de 213 hommes et 186 femmes et la moyenne d'âge recensée était de 44,5 ans. L'échantillon de participants issus de la

communauté provenait de la région d'Ottawa et avait été recruté en faisant du porte à porte. Il était composé de 100 hommes et 99 femmes. La moyenne d'âge de ces adultes étant de 31,66 ans. Les antécédents raciaux et ethniques de chacun des groupes mentionnés précédemment n'ont pas été identifiés. Cette équipe de chercheurs rapporte qu'à l'intérieur du groupe de patients souffrant de problèmes psychiatriques, les hommes présentent davantage de POA que les femmes alors que celles-ci présentent des scores de PPA significativement plus élevés (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Aucune différence liée au sexe n'a été observée dans la distribution des participants souffrant de douleur chronique. Dans l'échantillon d'adultes provenant de la communauté, ils ont noté que les hommes présentaient de plus hauts niveaux de POA que les femmes.

Une autre de leurs études a été menée auprès de 134 étudiants universitaires dont la moyenne d'âge était de 19,9 ans. Les participants ont complété le Multidimensional Perfectionism Scale ainsi que le Survey of Personal Beliefs, un instrument comprenant 50 items s'intéressant aux cognitions et mesurant principalement cinq croyances irrationnelles dites centrales face à l'expérience personnelle d'un individu (Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1991). Leurs résultats ont indiqué que les femmes présentent davantage de pensées irrationnelles liées au perfectionnisme (« self-directed shoulds », « self-worth » et « other-oriented shoulds ») (Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1991). Par ailleurs, l'étude de validation de la version francophone du MPS appelée Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme (EMP) auprès de la population

québécoise ne signale toutefois aucune différence liée au sexe parmi les trois sous-types de perfectionnisme (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998). La validation de l'instrument a été réalisée auprès de trois groupes d'individus distincts. Le premier groupe était constitué de 57 femmes et de 20 hommes ayant reçu un diagnostic de Trouble panique avec agoraphobie (TPA). La moyenne d'âge de ce groupe était de 34,9 ans et les patients souffraient de TPA depuis 10,3 ans en moyenne. Un deuxième échantillon était composé d'individus issus d'une population non-clinique de 245 personnes, 207 femmes et 38 hommes étudiant en psychologie (n =116), en éducation, information scolaire et professionnelle ou dans un autre domaine (n =129). L'âge moyen de ces étudiants étant de 23,9 ans. Le dernier échantillon composé de 54 travailleurs ou chômeurs comportait 30 femmes et 24 hommes dont la moyenne d'âge était de 39,6 ans.

Ainsi, il est possible d'observer dans les études mentionnées précédemment que les données disponibles concernant la prévalence du PPA en fonction du sexe ne permettent pas de dégager une conclusion claire. Il s'avère donc pertinent de recueillir d'autres données concernant le sexe des patients à l'étude présentant du perfectionnisme alors que l'accumulation de ce type de données permettra peut-être de tirer des conclusions ou à tout le moins de noter une tendance. Ainsi, la présence de PPA sera étudiée en fonction du sexe des patients coronariens dans le cadre de cet essai.

Perfectionnisme mis en lien avec des variables associées aux facteurs de risque et de protection des maladies cardiovasculaires

La présente étude, qui est de nature exploratoire, s'est intéressée à certaines variables en tenant compte du fait que le patient coronarien aura probablement à y faire face alors qu'elles peuvent s'inscrire parmi les facteurs de risque et de protection ou dans le cadre du processus de d'adaptation à la maladie (Gagnon, Gravel, Tremblay, & Gagnon, 2004). Dans un premier temps, des études liant le perfectionnisme au sens large, c'est-à-dire sans discrimination de ses composantes, avec des variables correspondants aux facteurs de risque des MCV seront présentées. Dans la section suivante, les relations du perfectionnisme avec les comportements relatives à l'activité physique et à l'alimentation seront examinées. Ensuite, la variable détresse psychologique sera mise en lien avec le perfectionnisme et plus particulièrement avec le PPA puisque, tel que mentionné précédemment, les patients coronariens présentent fréquemment des symptômes dépressifs ou anxieux et qu'il s'agit de la sous-catégorie de perfectionnisme la plus en lien avec la détresse psychologique. Les relations entre le PPA et les difficultés d'adaptation, l'anxiété et le stress et le comportement de type A seront également présentées alors que ces variables sont également corrélées avec les MCV. Il est important de noter que le contexte exploratoire de l'étude a mené l'auteure à considérer de l'information ne provenant pas d'échantillons de patients coronariens perfectionnistes pour ce qui est des variables d'activité physique et d'alimentation considérant l'absence d'études portant spécifiquement sur le sujet dans la documentation scientifique. Ainsi, des informations provenant par exemple de groupes d'athlètes ou de

patients présentant des problématiques alimentaires ont été pris en compte dans la présente recherche. Par exemple, les patients cardiovasculaires en réhabilitation sont évidemment différents à bien des égards des athlètes présents dans les études mentionnées. Ils partagent tout de même des objectifs communs, d'où l'intérêt à intégrer les connaissances issues des écrits scientifiques provenant d'échantillons d'athlètes ou de sportifs. Effectivement, les deux échantillons cherchent à se dépasser, à augmenter progressivement leurs limites même s'ils ne visent pas le même niveau de résultats au final. Les personnes présentant des troubles alimentaires et les patients cardiovasculaires en réhabilitation présentent aussi des différences notables. Considérant aussi la nature exploratoire de l'étude, les études portant sur la relation entre le PPA et les troubles alimentaires demeurent intéressantes car elles illustrent l'utilisation de stratégies inadéquates en lien avec l'alimentation pouvant entraîner des problèmes de santé physiques importants chez les personnes qui en sont atteintes. De la même manière, les patients cardiovasculaires présentant des habitudes alimentaires malsaines se trouvent également à risque de complications en lien avec leur santé physique. Le choix de ces échantillons n'est pas dû à un manque de précision dans la recension des écrits. Il vise plutôt à amorcer, à l'aide d'une extrapolation, une réflexion sur la réalité des patients coronariens perfectionnistes conduisant à la vérification d'hypothèses permettant concrètement d'en apprendre davantage sur ce type de patients.

Perfectionnisme et activité physique. Le perfectionnisme présente des liens de différentes natures avec l'activité physique influençant entre autre le rendement et

certains états psychologiques des individus la pratiquant. Depuis quelques années la documentation scientifique contient de plus en plus d'écrits recensant des indications de l'existence de conséquences physiques mais également psychologique liés à la pratique de l'activité physique (Biddle & Mutrie, 2001; Buckworth & Dishman, 2002). La relation inverse c'est-à-dire l'impact de certaines variables psychologiques sur la pratique d'activités physiques a également suscité de l'intérêt dans la communauté scientifique. Le perfectionnisme figure parmi les variables considérées. Effectivement, un paradoxe peut parfois être observé à l'effet qu'en dépit du fait que plusieurs activités physiques requièrent des performances sans erreur, des résultats négatifs sont parfois obtenus par les athlètes présentant un niveau de perfectionnisme extrême. Les études ont ainsi documenté le fait que le perfectionnisme constitue un facteur contribuant à des résultats inadaptés parmi les athlètes et les personnes faisant de l'exercice suggérant ainsi que le fait d'être préoccupé par la perfection peut diminuer la performance (Flett & Hewitt, 2005). D'autres études semblent indiquer que le perfectionnisme peut avoir un impact négatif chez les athlètes sans pour autant que ce soit uniquement leur performance qui soit touchée. Effectivement, chez certains adeptes d'activités physiques, des comportements ou attitudes inadaptés ont été notés et semblent liés au perfectionnisme. Ainsi, une relation semble s'établir entre le perfectionnisme et l'activité physique. Le paragraphe suivant traitera plus en profondeur des conséquences de cette relation en regard de la dimension émotionnelle des individus sportifs.

Une étude a effectivement démontré qu'une préoccupation vis-à-vis de la perfection est associée à l'anxiété chez des adolescents sportifs (Hall, Kerr, & Matthews, 1998). Ces chercheurs ont noté que la présence d'un perfectionnisme qu'ils qualifient de névrotique considéré comme néfaste chez des étudiants du secondaire annonçait de l'anxiété situationnelle cognitive lors de mesures prises avant des courses organisées de cross-country. Une étude plus récente a établi qu'une combinaison de l'orientation vers la réussite, de la perception du niveau habiletés, de la préoccupation face aux erreurs et de hauts standards personnels, éléments constituant le perfectionnisme, peut expliquer 31 % de la variance du comportement de la compulsion à l'exercice observée chez certains (Hall, Kerr, Kozub, & Finnie, 2007). Cette compulsion à l'exercice est inadaptée alors que la personne établit sa définition d'elle-même en fonction de la pratique rigide et inflexible d'une activité physique qui devient le centre de ses pensées, de ses affects et de ses comportements. La personne présente alors des symptômes de détresse psychologique comme l'anxiété, la dépression, la culpabilité et l'irritabilité s'il elle ne peut pratiquer son activité physique. D'autres chercheurs signalent par ailleurs que de tenter d'atteindre des objectifs pouvant être classés d'extrêmement difficiles à presque inatteignables peut amener des effets bénéfiques sur la performance (Locke & Latham, 1990). Ainsi, l'établissement de hauts standards peut être néfaste ou profitable dépendamment vraisemblablement des traits de personnalité des individus en cause. La valeur adaptative du perfectionnisme en activité physique s'évaluerait donc en fonction de la qualité de vie de la personne. Un comportement perfectionniste en activité physique sera considéré comme adapté si la personne retire un plaisir intrinsèque à

l'établissement d'objectifs élevés dans ce domaine et inadapté si des symptômes de détresse psychologique comme l'anxiété, la dépression, la culpabilité ou l'irritabilité apparaissent chez celle-ci.

La performance modulerait le lien entre le perfectionnisme et la détresse psychologique. Effectivement, les personnes perfectionnistes seront particulièrement susceptibles de présenter de la détresse psychologique si elles vivent des échecs ou en ont la perception en comparaison avec la population générale (Flett & Hewitt, 2002). Une étude récente a démontré que le POS n'est pas négatif chez les golfeurs ayant du succès alors qu'il est associé à des pensées négatives chez les golfeurs moins couronnés de succès (Wieczorek, Flett, & Hewitt, 2003).

Il est donc possible de constater que le perfectionnisme peut influencer positivement et négativement la pratique d'activités physiques en faisant éprouver soit du plaisir ou de la détresse psychologique à celui qui la pratique. Il s'agit maintenant de savoir si ce constat peut être également fait auprès de la population coronarienne alors que les études présentées précédemment ne s'intéressaient pas spécifiquement à ce type d'échantillon. Cet impact du perfectionnisme sur l'activité physique est important à considérer dans la présente étude alors que d'une part le manque d'activité physique constitue un facteur de risque des MCV mais aussi parce que la mise en forme grâce à l'activité physique est une composante importante des programmes de réhabilitation des

patients coronariens qui composent l'échantillon. Ainsi, en permettant l'acquisition de connaissances sur la relation entre le perfectionnisme et les comportements liés à l'activité physique, la présente étude vise à mieux cerner l'impact du perfectionnisme sur la pratique d'activité physique chez des patients coronariens. Conséquemment, ces connaissances pourraient être utilisées afin de développer un programme d'encadrement mieux adapté aux patients coronariens présentant du perfectionnisme et qui se mobilisent, dans leur démarche d'adaptation à la maladie, en débutant un programme d'activité physique.

Perfectionnisme et habitudes alimentaires. Lors de leur adaptation à la maladie, les patients cardiaques doivent prendre en considération leurs habitudes alimentaires. Il n'existe malheureusement pas de recherche portant spécifiquement sur les patients coronariens présentant du PPA et celles-ci. Par ailleurs, la variable alimentation entretient certains liens avec le perfectionnisme qui seront traités dans la présente section notamment par le biais de recherches portant sur des personnes souffrant de problématiques alimentaires. Considérant la nature exploratoire de l'étude, les études portant sur des échantillons présentant des problématiques alimentaires demeureraient intéressantes car elles illustraient tout de même que le perfectionnisme en général peut avoir un impact néfaste sur l'alimentation et par le fait même sur la santé. De la même manière, les patients cardiovasculaires présentant des habitudes alimentaires malsaines se trouvent également à risque de complications en lien avec leur santé physique.

Les considérations perfectionnistes tiennent une place prépondérante dans la vie des personnes vivant avec un trouble alimentaire compte tenu de leur préoccupation excessive concernant une parfaite présentation de soi. Les comportements perfectionnistes notamment l'emphase sur l'ordre, la préoccupation face aux erreurs et une propension à la critique sont associés depuis plusieurs années aux troubles alimentaires (Frost, Martin, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hollander, 1965; Pacht, 1984). Le perfectionnisme est un facteur augmentant le risque de développer un trouble alimentaire et il joue un rôle dans le maintien des psychopathologies alimentaires (Bardone-Cone et al., 2007). Auprès de ces patients, le Eating Disorder Inventory (EDI) comprenant une sous-échelle traitant du perfectionnisme est fréquemment utilisé. (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983). Il est à noter que quatre des six items de cette sous-échelle proviennent du Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), ce qui indique que cet outil considère le perfectionnisme selon l'optique de Frost et ses collaborateurs. Plusieurs études ont noté des élévations significatives aux scores obtenus à cette sous-échelle chez les patients présentant un trouble alimentaire comparativement à des groupes contrôles (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Golgner, Cockell & Strikameswaran, 2002; Srinivasagam et al., 1995).

Une autre étude a mis en évidence que les symptômes des troubles alimentaires sous-tendent la motivation à atteindre des standards inatteignables déterminés par le self, ce qui renvoie au POS (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). Selon la même étude, les inquiétudes concernant l'apparence, que l'on sait reliées aux psychopathologies de

l'alimentation, seraient également influencées par le désir d'atteindre des standards externes, ce qui rappelle le PPA.

D'autres données ont été observées à l'effet que les niveaux de perfectionnisme diffèrent en fonction de la sévérité des troubles alimentaires (Bastiani et al., 1995; McVey, Pepler, Davis, Flett, & Abdollel, 2002). Toutefois, ces résultats ne sont pas retrouvés dans toutes les études sur le sujet. Ainsi, une recension des écrits conclut qu'en général, les niveaux de perfectionnisme diffèrent minimalement en fonction des différents troubles alimentaires établis selon les critères du DSM-IV. (Bardone-Cone, 2007). Cette même étude établit toutefois que les résultats sont divergents lorsque les sous-catégories de troubles alimentaires sont établies en fonction de caractéristiques comportementales ou affectives ; par exemple, en différenciant les personnes présentant un trouble alimentaire qui font de l'activité physique de celles qui sont sédentaires (Bardone-Cone et al., 2007). Par ailleurs, des données ont également été recueillies auprès de personnes ne rencontrant pas tous les critères dans la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) mais présentant tout de même des conduites alimentaires problématiques (APA, 1994; Peck & Lightsey, 2008). Ces données suggèrent que le niveau de perfectionnisme diffère entre le groupe présentant des symptômes partiels et le groupe totalement asymptomatique. Toutefois, au moins trois autres études n'ont pas observé de différences significatives entre les scores de perfectionnisme de personnes souffrant de troubles alimentaires et ceux des groupes contrôles (Blouin, Bushnik, Braaten, & Blouin, 1989; Garner, Olmsted, Polivy,

& Garfinkel, 1984; Hurley, Palmer & Stretch, 1990). Ainsi, certaines études observent un lien entre l'attribution d'un diagnostic de troubles alimentaires et la présence de perfectionnisme alors que d'autres études viennent nuancer cette relation. Ces dernières soulignent plutôt que la seule manifestation de conduites alimentaires problématiques sans nécessairement la présence d'un diagnostic permet l'observation d'une relation avec le perfectionnisme.

Considérant ces résultats divergents par rapport à relation s'établissant entre le perfectionnisme et les habitudes alimentaires, il s'avère important de continuer d'étudier ces deux variables auprès de plusieurs populations. Effectivement, le lien s'établissant entre le perfectionnisme et les troubles alimentaires permet de se questionner concernant l'existence d'une association entre le perfectionnisme et l'alimentation en tant que telle. Comme les habitudes alimentaires semblent revêtir une importance particulière chez les personnes malades psychologiquement (p. ex. l'anorexie) ou physiquement alors que l'alimentation est un facteur de protection face à plusieurs maladies, le choix d'un échantillon de patients coronariens s'avère pertinent pour recueillir de l'information sur la relation entre les habitudes alimentaires et le perfectionnisme. Les paragraphes suivants traiteront d'une autre variable, la détresse psychologique qui, à l'instar des habitudes alimentaires et d'activités physiques traitées précédemment, présente des liens avec d'une part les maladies coronariennes et d'autre part avec le perfectionnisme.

Perfectionnisme et détresse psychologique. Les recherches ont démontré que les différences individuelles au niveau du perfectionnisme sont associées à plusieurs difficultés d'adaptation (Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Les chercheurs ont étudié les liens entre le perfectionnisme et la dépression (Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991), la procrastination (Adderholt-Elliott, 1989; Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992; Johnson & Slaney, 1996; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005), l'anxiété (Boivin & Marchand, 1996; Flett, Greene, & Hewitt, 2004), le trouble obsessionnel compulsif (Frost & DiBartolo, 2002), l'anxiété sociale (Alden, Ryder, & Mellings, 2002) et les tendances suicidaires (Bibeau & Dupuis, 2007; Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992; Lapointe & Émond, 2005). Les conclusions de ces différentes études seront présentées dans les lignes suivantes.

Pour débiter, une étude citée précédemment dans la section sur la prévalence du perfectionnisme selon le sexe permet d'obtenir de précieuses informations sur les liens entourant le perfectionnisme et la détresse psychologique. Effectivement, l'étude de Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail (1991), a aussi permis d'examiner les relations de trois dimensions du perfectionnisme avec différentes formes de difficultés d'adaptation. Cette étude présente un intérêt particulier alors que l'échantillon est constitué principalement de gens présentant des caractéristiques psychopathologiques. Rappelons que les chercheurs ont utilisé un échantillon total de 1019 personnes comprenant des patients psychiatriques, des patients souffrant de douleur chronique, des

hommes violents ainsi que de personnes adultes recrutées dans la communauté. Les patients psychiatriques étaient au nombre de 387 dont 194 hommes et 193 femmes, ce qui constitue un échantillon de taille respectable. Toutefois, les antécédents raciaux et ethniques de chacun des groupes mentionnés précédemment n'ont pas été identifiés. Le MPS a été administré à ces personnes de même que d'autres instruments de mesure qui ne sont pas clairement identifiés. L'étude a permis d'établir que les niveaux les plus élevés de PPA sont associés avec les formes les plus sévères de psychopathologie, qui étaient observables dans le groupe des patients psychiatriques hospitalisés (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail 1991).

Hewitt et Flett ont réalisé une autre recherche visant à étudier cette fois les liens s'établissant entre les trois différentes dimensions du perfectionnisme et les formes les plus sévères de psychopathologie (Hewitt & Flett, 1991). Leur échantillon était composé de 77 patients psychiatriques adultes, 39 hommes et 38 femmes, du Brockville Psychiatric Hospital. Il y avait 31 de ces patients qui étaient hospitalisés et 46 étaient suivis en externe. Les situations le plus fréquemment observées chez ces patients étaient, dans l'ordre, la schizophrénie (33,8 %), un désordre affectif (19,5 %), une dépendance aux drogues ou à l'alcool (11,7 %), des problèmes conjugaux ou familiaux (11,7 %), des troubles de la personnalité (9,1 %) et des problèmes d'adaptation (9,1 %). L'âge moyen de l'échantillon était de 35,86 ans. Hewitt et Flett ont administré à leurs patients le Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) et le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), un inventaire de personnalité.

Leur étude leur a permis de conclure que le perfectionnisme orienté vers soi (POS), n'est pas corrélé à aucune des sous-échelles de l'inventaire de personnalité de Millon. Le perfectionnisme orienté vers autrui (POA) est corrélé positivement aux échelles histrionique, narcissique et antisociale de même que négativement avec l'échelle schizotypique (Hewitt & Flett, 1991). Les chercheurs ont statué à l'effet que le nombre le plus important de corrélations significatives avec la psychopathologie est obtenu par la dimension sociale du perfectionnisme, le PPA. La dimension sociale du perfectionnisme est effectivement corrélée positivement aux échelles de personnalité schizoïde, évitante et passives-agressive. La PPA est également corrélée négativement avec les patterns de compulsions. Le PPA est aussi corrélé positivement aux personnalités schizotypiques et limites (Hewitt & Flett, 1991). Ainsi, les résultats obtenus par ces chercheurs démontrent que des relations s'établissent effectivement entre les dimensions du perfectionnisme et certaines psychopathologies et soulignent que le PPA est la dimension du perfectionnisme qui présente le plus de liens avec les sous-échelles de troubles de personnalité établies par Millon.

Dans le même ordre d'idées, les chercheurs ont établi des liens entre le perfectionnisme et la dépression (Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991), l'anxiété (Boivin & Marchand, 1996; Flett, Greene, & Hewitt, 2004), le trouble obsessionnel compulsif (Frost & DiBartolo, 2002), et l'anxiété sociale (Alden, Ryder, & Mellings, 2002). Par exemple, Flett, Greene et Hewitt, ont investigué jusqu'à quel point les différentes dimensions du perfectionnisme sont associées avec les composantes de la

sensibilité à l'anxiété. Ils ont administré plusieurs instruments de mesure évaluant le perfectionnisme notamment le MPS et le Anxiety Sensitivity Index développé par Taylor et Cox (1998). Cet instrument mesure la sensibilité à l'anxiété qui est défini comme étant la peur des sensations relatives à l'anxiété. Le questionnaire comporte 16 items et mesure quatre facteurs notamment la peur des symptômes respiratoires, la peur de présenter une réaction anxieuse en public, la peur des symptômes cardiovasculaires et la peur de perdre le contrôle au plan cognitif (Taylor & Cox, 1998). Leur échantillon se composait de 177 étudiants inscrits à un cours d'introduction à la psychologie, 11 femmes et 66 hommes dont l'âge moyen était de 20,15 ans. Leurs résultats ont confirmé que les pensées automatiques impliquées dans le perfectionnisme et les aspects interpersonnels du construit du perfectionnisme sont associés à une sensibilité à l'anxiété (Flett, Greene, & Hewitt, 2004). Ils ont noté spécifiquement que le PPA est associé à la peur de présenter en public des réactions anxieuses observables ce qui suggèrent, selon les auteurs, que la dimension interpersonnelle du perfectionnisme est liée à de l'anxiété générée par une évaluation sociale négative (Flett, Greene, & Hewitt, 2004).

Par ailleurs, des patterns comportementaux ont également fait l'objet de recherche en lien avec le perfectionnisme notamment la procrastination et les tendances suicidaires. La procrastination est corrélée positivement à la présence de perfectionnisme (Adderholt-Elliott, 1989; Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992; Johnson & Slaney, 1996; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005). Par exemple, Flett, Blankstein, Hewitt et Koledin, ont administré à 131 étudiants d'une université de Toronto deux

mesures de perfectionnisme et deux mesures de procrastination l'une plus générale et l'autre se rapportant davantage aux réalisations académiques. Ils ont établi qu'une association statistiquement significative s'observait entre le PPA et des indices de procrastination notamment la fréquence de la procrastination académique, le seuil critique où cette procrastination est problématique et la peur d'échouer au plan scolaire (Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992).

Concernant les tendances suicidaires, dans les années suivant la réalisation et la validation de leur échelle multidimensionnelle du perfectionnisme, Hewitt et Flett assistés de certains collaborateurs, se sont intéressés aux relations s'établissant entre les différentes dimensions du perfectionnisme et la problématique suicidaires. En 1992, ils ont cherché à savoir comment les différentes dimensions du perfectionnisme pourraient influencer la variance en ce qui a trait à des menaces suicidaires et à des intentions suicidaires qui n'étaient pas identifiées par d'autres prédicteurs bien connus comme la dépression et le désespoir. Ils ont formé un échantillon de 87 patients psychiatriques qui ont complété plusieurs mesures notamment le MPS, l'échelle de menace suicidaire du MMPI et le BDI. Leurs analyses ont révélé que le PPA était la seule dimension du perfectionnisme présentant une corrélation statistiquement significative avec les menaces et intentions suicidaires (Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992). Leurs résultats soulignent également que le PPA est un facteur influençant la variance des scores de menaces et d'intentions suicidaires qui ne sont pas identifiées par d'autres prédicteurs bien connus comme la dépression et le désespoir (Hewitt, Flett, & Turnbull-

Donovan, 1992). En 1994, leurs recherches effectuées auprès d'étudiants universitaires ontariens, ont démontré que le perfectionnisme orienté vers soi (POS), de même que le PPA sont associés aux idéations suicidaires (Hewitt, Flett & Weber, 1994).

Il est à noter que des études québécoises se sont, elles aussi, penchées sur la relation entre le perfectionnisme et le phénomène suicidaire. Lapointe et Émond, se sont intéressées à la contribution du perfectionnisme aux tendances suicidaires chez les adolescents (Lapointe & Émond, 2005). Leur étude, menée auprès d'un échantillon de 362 jeunes de la région du Saguenay-Lac-St-Jean âgés entre 14 et 17 ans démontre que le PPA est la seule dimension du perfectionnisme qui semble contribuer aux tendances suicidaires chez les adolescents.

Bibeau et Dupuis (2007) ont réalisé quant à eux une étude apportant des précisions à l'affirmation suggérant que le PPA pouvait contribuer aux tendances suicidaires. Cette étude est digne d'intérêt alors qu'elle permet l'étude de facteurs médiateurs entre le PPA et les tendances suicidaires de même que l'identification du pourcentage de la variance des tendances suicidaires pouvant être attribué au PPA. Leur recherche visait à vérifier si la détresse psychologique et non pas uniquement la dépression était médiatrice du perfectionnisme vers la problématique suicidaire. Leur étude se base sur la théorie de Baumeister publiée en 1990. Cette théorie suggère que de traverser une période difficile peut amener un individu à s'en attribuer les conséquences et à se culpabiliser ce qui

mène au développement d'une conscience de soi aversive. (Baumeister, 1990) La théorie considère que l'individu, suite à la comparaison de son idéal de soi et de sa perception de lui-même maintenant détériorée, présenterait un affect négatif lié à cet état de comparaison critique, ce qui pourrait causer une détresse psychologique suffisamment importante pour que l'individu pose un geste suicidaire (Baumeister, 1990). Bibeau et Dupuis ont utilisé l'Échelle Multidimensionnelle du Perfectionnisme de Frost, Marten, Lahart et Rosenblate (1990), les Indices de détresse psychologique de l'enquête de santé Québec (IDPESQ-29) et une évaluation brève de la problématique suicidaire, un outil construit spécifiquement pour cette recherche et vérifiant principalement les idées suicidaires passées. Les participants étaient 366 étudiants âgés de 17 à 35 ans provenant d'une université à Montréal (niveau baccalauréat) et d'un CEGEP en périphérie. Bibeau et Dupuis ont démontré statistiquement l'importante contribution du perfectionnisme et de l'insatisfaction de l'image corporelle qui représentaient 17 % de la variance de la problématique suicidaire. Ils établissent toutefois que dans le modèle de médiation, lorsque la détresse psychologique est insérée dans la régression hiérarchique, le perfectionnisme et l'insatisfaction liée à l'image corporelle deviennent non-significatif. Les auteurs proposent donc que ces deux problèmes pourraient générer une certaine détresse psychologique qui, à son tour, pourrait conduire à une problématique suicidaire (Bibeau & Dupuis, 2007).

En somme, les études mentionnées dans la présente section démontrent que le perfectionnisme en général pourrait être considéré comme un facteur de vulnérabilité,

associé significativement à de la détresse psychologique, celle-ci pouvant se faire sentir sous forme d'idéations suicidaires ou être liée à la présence de psychopathologies de différentes natures. Les trois dimensions distinctes du perfectionnisme, le POS, le POA et particulièrement le PPA présentent des relations diverses avec les différents types de psychopathologies ou de patterns comportementaux problématiques. Cela indique l'importance de considérer cette caractéristique psychologique dans l'évaluation des patients présentant une détresse psychologique plus ou moins grande lors de la phase d'évaluation du traitement; sa dimension sociale, le PPA, devant être l'objet d'une vigilance particulière. Par ailleurs, une section subséquente de la présente étude s'attarde précisément à mettre en relation le PPA et différentes problématiques touchant les patients coronariens.

Perfectionnisme et bien-être psychologique. Ryff et Keyes (1995) ont démontré qu'être bien psychologiquement signifie bien plus qu'être uniquement satisfait de sa vie. Dans le modèle développé par Ryff, le bien être psychologique est multidimensionnel et met l'accent sur le fonctionnement positif de la personne. Il existe six dimensions essentielles ayant été retenues dans la description du bien-être psychologique. La satisfaction de vie réfère quant à elle davantage à un état unidimensionnel et aux réactions d'un individu face à sa situation. Ainsi, le construit relativement nouveau du perfectionnisme gagnerait à être observé en lien avec la détresse psychologique mais aussi en lien avec des construits plus positifs comme le bien-être psychologique, le

fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie. Quelques études ont effectivement étudié les relations entre le perfectionnisme et la satisfaction de vie qui se définit comme l'évaluation cognitive de la qualité de sa vie en fonction de ses propres standards (Headey & Wearing, 1992). Effectivement, compte tenu que les construits du perfectionnisme et de la satisfaction de vie incluent tous les deux la composante des standards personnels, il devient légitime de se demander si les personnes perfectionnistes présentant des objectifs personnels élevés rapporteraient de plus hauts niveaux de satisfaction de vie (Gilman & Ashby, 2003).

Deux études ont donc été menées en ce sens l'une auprès d'adolescents américains et l'autre à l'aide de deux échantillons de jeunes d'origine américaine et croate (Gilman & Ashby, 2003; Gilman Ashby, Sverko, Florell, & Varjas, 2005). Ces deux études ont utilisé l'Almost Perfect Scale Revised pour mesurer le perfectionnisme. Il s'agit d'un instrument identifiant deux types de perfectionnisme notamment adapté et inadapté de même que l'absence de perfectionnisme (Slaney, Rice, & Ashby, 2002). Selon ces auteurs, le perfectionnisme adapté caractérise des individus présentant des standards personnels excessivement élevés mais qui acceptent le fait de ne pas toujours les atteindre. Le perfectionnisme inadapté est présent lorsque des individus présentant des standards similaires vivent des difficultés lorsque ceux-ci ne sont pas atteints. Ce perfectionnisme inadapté a été corrélé significativement à la dépression et l'anxiété respectivement par Bieling, Israeli et Antony en 2004 et Kawamura, Hunt, Frost et DiBartolo en 2001 cités dans Gilman et al. (2005), ce qui n'est pas sans rappeler la sous-

catégorie du PPA issue de la typologie de Hewitt et Flett. Les résultats ont démontré que les individus présentant du perfectionnisme adapté avaient un niveau plus élevé de satisfaction de vie que ceux présentant le type inadapté (Gilman & Ashby, 2003; Gilman Ashby, Sverko, Florell, & Varjas, 2005). Néanmoins, selon les mêmes études, les perfectionnistes des deux types présentaient davantage de satisfaction de vie que les non-perfectionnistes. Toutefois, compte tenu du peu d'information disponible sur la relation entre le fait d'entretenir des attentes élevées et la satisfaction face à la réalité, d'autres études devront être réalisées afin de mieux la documenter et d'en approfondir la compréhension.

Perfectionnisme prescrit par autrui mis en lien avec des variables associées aux facteurs de risque et de protection des maladies cardiovasculaires

Selon la typologie élaborée par Hewitt et Flett, le PPA apparaît comme étant le sous-type de perfectionnisme le plus relié à la détresse psychologique alors qu'il démontre la plus forte association avec les diverses formes de psychopathologie associées au perfectionnisme en général mentionnées précédemment notamment des difficultés d'adaptation (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991), la dépression (Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991), la procrastination (Adderholt-Elliott, 1989; Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992; Johnson & Slaney, 1996; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005), l'anxiété (Boivin & Marchand, 1996; Flett, Greene, & Hewitt, 2004), le trouble obsessionnel compulsif (Frost & DiBartolo,

2002), l'anxiété sociale (Alden, Ryder, & Mellings, 2002) et les tendances suicidaires (Bibeau & Dupuis, 2007 ; Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992; Lapointe & Émond, 2005). Les sections subséquentes feront état des relations entre le PPA et certaines problématiques notamment les problèmes d'adaptation, l'anxiété et le stress de même que les comportements de type A qui ont été recensées chez des patients coronariens.

Effectivement, au moins une autre étude a démontré que le PPA semble avoir des impacts auprès de patients présentant des problèmes physiques. Cette étude a démontré que le PPA avait également des implications au niveau des problèmes physiques alors qu'il démontrait, et ce, seulement chez des femmes, une corrélation avec certaines plaintes somatiques (Saboonchi & Lundh, 2003). Afin de composer leur échantillon, les chercheurs ont sélectionné au hasard 244 femmes et 247 hommes âgés entre 25 et 50 ans habitant la ville de Stockholm en Suède à qui ils ont fait parvenir un questionnaire par la poste. Parmi eux, 186 personnes ont retourné le questionnaire et l'échantillon ainsi formé était composé de 102 femmes, 80 hommes et de 4 individus n'ayant pas spécifié leur sexe. L'âge moyen de l'échantillon était de 37 ans. Le questionnaire contenait des mesures auto-rapportées concernant le perfectionnisme, la colère, les affects positifs et négatifs de même que les plaintes somatiques. Les résultats obtenus par Saboonchi et son collègue établissent que le PPA est lié, uniquement chez les femmes à des plaintes somatiques concernant spécifiquement de la tension, de la fatigue, des maux de tête, une perte d'appétit et de l'insomnie (Saboonchi & Lundh, 2003).

Malheureusement, trop peu d'études ont porté sur le PPA en lien avec les problèmes physiques pour fournir davantage d'information. Effectivement, malgré une recension exhaustive des écrits, il a été impossible d'identifier une étude portant spécifiquement sur le PPA et une maladie chronique. Ainsi, la perception d'un individu selon laquelle les personnes significatives de son entourage entretiennent des standards et des attentes inatteignables face à sa performance pourrait jouer en défaveur de l'individu puisqu'elle est liée à de la détresse psychologique et qu'elle semble avoir des implications sur le bien-être physique. Toutefois, ces relations entre le PPA et les problèmes physiques n'ont pas fait l'objet de beaucoup d'attention dans la documentation scientifique et conséquemment l'étude de la présence d'un lien entre le PPA et d'une maladie chronique constitue l'un des intérêts centraux du présent essai.

Perfectionnisme prescrit par autrui et les problèmes d'adaptation. En 1994, un groupe de chercheurs a constaté que le PPA est associé négativement au processus d'adaptation comportementale (Flett, Russo, & Hewitt, 1994). Par la suite, une étude a conclu qu'un haut niveau de PPA est associé à une variété de problèmes d'adaptation psychosociale notamment la solitude et la timidité (Flett, Hewitt, & Rosa, 1996). Une autre étude a démontré que le PPA était d'une importance centrale dans la prédiction des difficultés d'adaptation rencontrées par des étudiants collégiaux comme l'anxiété face aux examens et la procrastination (Hayward & Arthur, 1998). En 2005, une étude similaire a permis d'illustrer que de hauts niveaux de PPA étaient corrélés à des styles adaptatifs déficients, notamment un manque d'orientation vers l'action ou des actions

inadéquates lors de situations stressantes (Flett, Besser, & Hewitt, 2005). À titre d'explication, il est proposé que la peur de faire une erreur est paralysante pour les perfectionnistes qui vont jusqu'à éviter de participer à de nouvelles activités par peur de ne pas y exceller (Adderholt-Elliott, 1989). Certains auteurs considèrent donc le PPA comme étant un facteur de vulnérabilité prédisposant à une moins bonne adaptation sans pour autant qu'un lien de causalité puisse être clairement établi (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2005; Flett, Russo, & Hewitt, 1994; Hayward & Arthur, 1998). Ces informations s'avèrent une source de réflexion importante compte tenu que les patients coronariens doivent instaurer de nombreux changements dans leur mode de vie, ce qui exige de bonnes capacités d'adaptation et qu'il est possible que le PPA interfère dans ce processus. Précédemment, certaines explications concernant le lien entre les MCV et deux variables psychologiques, le stress et le comportement de type A ont été énoncées. Les paragraphes suivants présenteront l'état des connaissances actuelles liant le PPA à ces deux mêmes variables.

Perfectionnisme prescrit par autrui mis en lien avec l'anxiété et le stress. Dès 1991, une étude a rapporté qu'un groupe composé de patients présentant un trouble anxieux démontrait de plus hauts niveaux de PPA qu'un groupe contrôle (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). D'autres études ont également associé le PPA à la dépression et à l'anxiété dans des échantillons cliniques et non-cliniques (Flett, Russo, & Hewitt, 1994; Minarik & Ahrens, 1996). Il a été proposé que les perfectionnistes sont plus à même de vivre de l'anxiété parce que leur style cognitif de tout ou rien inclut la

croyance qu'il doivent être parfaitement exempts de panique et que cette croyance est activée lorsqu'une sensation d'inconfort apparaît dans un moment de perte de contrôle (Flett, Greene, & Hewitt, 2004). D'autres ont proposé qu'une personne perfectionniste doit faire face, en plus des stressseurs généralement rencontrés, à ceux créés par leur recherche de perfection dans tous les domaines (Flett & Hewitt, 2002). Il a également été suggéré que les perfectionnistes présentent aussi une tendance à anticiper l'échec et le stress, ce qui les rend particulièrement vulnérables à l'anxiété (Flett & Hewitt, 2002). Cette corrélation entre l'anxiété et le perfectionnisme est intéressante à noter considérant que le stress entretient des liens particuliers avec les MCV. Effectivement, comme il a été mentionné antérieurement, le stress psychosocial est l'un des facteurs de risque les plus importants de certaines pathologies coronariennes, ce qui suggère que le perfectionnisme pourrait avoir une influence indirecte sur la condition coronarienne en augmentant la présence d'une composante anxieuse. Cette observation supporte donc l'intérêt à mesurer la présence de PPA chez les patients coronariens, ce qui constitue l'un des objectifs principaux de la présente étude.

Perfectionnisme prescrit par autrui et le comportement de type A. Tel que rapporté dans les sections antérieures, les individus présentant des comportements de type A sont caractérisés par la compétitivité, l'agressivité, la vitesse et l'impatience (Flett, Hewitt, Blankstein, & Dynn, 1994). Ils tendent à présenter un besoin excessif d'atteindre de hauts standards et présentent parfois une augmentation de leurs préoccupations auto-

évaluatives lors d'une situation ambiguë, de même qu'une tendance à l'autocritique (Flett, Hewitt, Blankstein, & Dynn, 1994).

En 1981, une étude a démontré la présence d'une association entre le comportement de type A et les croyances perfectionnistes chez les hommes (Smith & Brehm, 1981). En outre, l'association entre le type A et les différents types de perfectionnisme a été examinée plus récemment (Flett, Hewitt, Blankstein, & Dynn, 1994). Ces derniers ont administré à deux échantillons, le MPS ainsi que trois mesures du comportement de type A. De façon générale, le PPA a été associé à différentes qualités présentes dans des échelles utilisées pour mesurer le comportement de type A. Ainsi, le PPA a été lié à l'augmentation des niveaux d'accomplissement, à l'impatience et à la compétitivité (Flett, Hewitt, Blankstein, & Dynn, 1994). Le peu d'études ayant été recensées concernant le PPA en lien avec la colère, un construit voisin de l'hostilité, composante du comportement de type A la plus impliquée dans l'étiologie des MCV, présentent des divergences en matière de résultats. Effectivement, en 1991, l'une des seules études portant directement sur la colère et le perfectionnisme avait permis d'observer une corrélation modérée entre la colère et le PPA (Hewitt & Flett, 1991). Cette étude a été menée auprès de 91 étudiants de niveau de baccalauréat âgés en moyenne de 25,4 ans. Hewitt et Flett s'intéressaient à la relation entre le perfectionnisme et la colère plutôt qu'avec d'autres émotions considérant qu'il s'agissait d'une émotion dite «sociale», alors qu'elle apparaît suite à la perception d'un écart de conduite intentionnel de la part d'autrui (Hewitt & Flett, 1991). Toutefois, en 2003, une autre

étude n'observa aucune corrélation entre ces deux variables (Saboonchi & Lundh, 2003). Ces derniers chercheurs s'attendaient à ce que la colère soit corrélée au PPA mais leurs résultats ont plutôt démontré une relation entre la colère et le POS. Toutefois, en observant globalement la situation, il est tout de même possible de remarquer que le PPA et les MCV sont deux construits présentant des liens communs avec différentes composantes du comportement de type A. Ces associations communes peuvent laisser croire à l'existence d'une relation entre le PPA et les MCV.

Synthèse et objectifs de l'étude

Jusqu'à maintenant, la recension des écrits s'est articulée autour de deux phénomènes distincts : les maladies cardiovasculaires et le perfectionnisme. Il a été possible de recenser certaines études qui se sont penchées sur les associations entre le perfectionnisme et différentes variables pouvant correspondre aux facteurs de risque ou de protection des MCV. Effectivement, comme l'illustre la Figure 1, des liens entre le perfectionnisme et notamment l'activité physique et les comportements alimentaires ont été présentés. Par la suite, la composante du perfectionnisme la plus en lien avec la détresse psychologique, le PPA, a été reliée aux problèmes d'adaptation, à l'anxiété et au comportement de type A. Ces problèmes adaptatifs et anxieux, de même que la personnalité de type A ont également été reliés dans les écrits scientifiques aux MCV. Cela suggère que bien souvent la quête de la perfection rattachée à la dimension sociale du perfectionnisme peut être liée à des situations relativement problématiques fréquemment rencontrées par les patients coronariens qui doivent faire face à la

nécessité de réaliser des modifications à leurs habitudes de vie. Ces observations permettent également de se questionner sur l'existence d'un lien entre le perfectionnisme et les maladies cardiovasculaires.

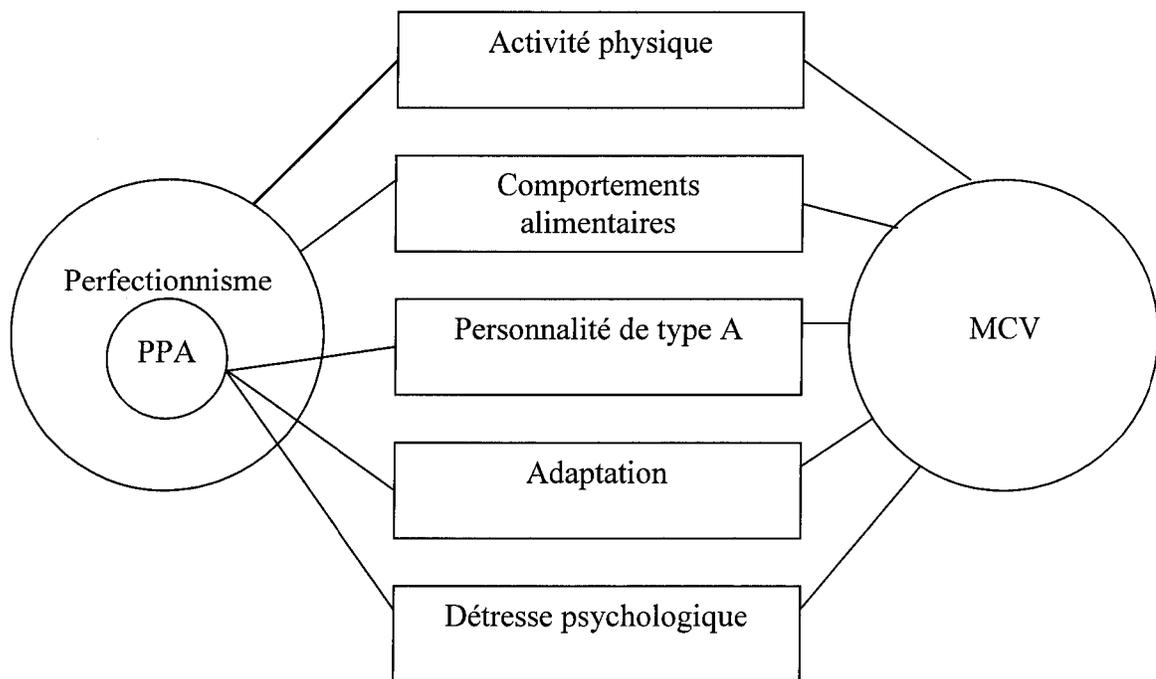


Figure 1. Éléments associés au perfectionnisme et aux maladies cardiovasculaires. PPA signifie perfectionnisme prescrit par autrui. MCV signifie maladies cardiovasculaires.

Plus spécifiquement, la possibilité que la dimension sociale du perfectionnisme, le PPA, soit impliquée dans les maladies cardiovasculaires est suggérée par son association avec l'impatience, l'augmentation des niveaux d'accomplissement et la compétitivité, composantes du comportement de type A (Flett, Hewitt, Blankstein, & Dynn, 1994), lié au développement des MCV (Friedman & Ghandour, 1993; Friedmand & Rosenman, 1974). La corrélation du PPA avec l'anxiété et le stress (Boivin & Marchand, 1996; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991; Minarik & Ahrens, 1996), facteurs prédisposant aux MCV abonde dans le même sens. Le manque d'orientation vers l'action est également un point qui se retrouve à la fois chez les patients coronariens et chez les personnes présentant du PPA qui présentent des troubles d'adaptation (Adderholt-Eliott, 1989; Flett, Besser, & Hewitt, 2005; Hayward & Arthur, 1998; Lehoux, 2004). Par ailleurs, la dimension interpersonnelle du perfectionnisme, le PPA a également été choisie en considérant sa proximité avec le phénomène de surprotection «nagging» parfois observé lors du rétablissement des patients cardiaques (Tapp, 2004). Rappelons que la surprotection se produit lorsque la famille d'une personne malade émet à répétition ou de façon intrusive des commentaires ou des directives visant la réalisation de certains comportements de santé ce qui peut générer des réactions d'impatience ou d'irritation chez le patient coronarien. Le PPA constitue quant à lui la perception par une personne que les individus significatifs de son entourage entretiennent des attentes inatteignables concernant son propre comportement. Il est possible de remarquer que la surprotection est caractérisée par la présence réelle d'une pression excessive de l'entourage alors que le PPA se définit par la croyance qu'une telle pression est exercée

par l'entourage. Il est ainsi légitime de se questionner à savoir si la présence d'une pensée de ce genre pourrait elle aussi avoir une influence négative sur les patients coronariens dans le cadre de la modification de leurs habitudes de vie lors du processus d'adaptation à la maladie. Toutefois, aucune étude n'a porté à ce jour directement sur la présence du PPA chez les patients coronariens ou sur les relations que pourrait entretenir cette dimension interpersonnelle du perfectionnisme sur les modifications comportementales devant être apportées par ces derniers à leur style de vie.

Hypothèses et question de recherche

À la lumière de l'ensemble des écrits exposés précédemment, il est donc approprié de se questionner sur l'importance du PPA chez les patients coronariens afin de faire avancer les connaissances portant sur l'influence des variables psychologiques sur l'étiologie des MCV. Il s'agit précisément de l'objectif de la présente étude qui cherche à savoir dans quelle mesure le PPA est présent chez les patients coronariens et s'il est corrélé aux comportements de santé et aux bien-être psychologique. À partir des considérations mentionnées précédemment, les hypothèses de recherche suivantes ont donc été formulées. Il est à noter que les hypothèses H2 et H3 découlent de l'extrapolation des informations mentionnées précédemment dans le contexte théorique concernant les athlètes et les personnes souffrant de troubles alimentaires. Effectivement, à ce jour, aucune étude ne relie directement les habitudes alimentaires et d'activités physiques dans le cadre d'une réhabilitation cardiaque au PPA. En ce sens, cette étude est de nature exploratoire. Par ailleurs, l'exploration de ces corrélations

présente un intérêt clinique certain alors que ces variables sont partie intégrante de la prise en charge de ce type de patients et que les liens pouvant s'établir entre une variable psychologique et la santé demeurent préoccupants.

H1 : Les patients coronariens présentent un score plus élevé de PPA que la population générale.

H2 : Il existe une relation entre le PPA et l'activité physique des patients coronariens.

H3 : Il existe une relation entre le PPA et les habitudes alimentaires des patients coronariens.

H4 : Plus un patient présente un niveau élevé de PPA, moins présentera un niveau de fonctionnement psychologique sain élevé.

H5 : Plus un patient présente un niveau élevé de PPA, moins présentera un niveau de satisfaction de vie élevé.

H6 : Plus un patient présente un niveau élevé de PPA, plus présentera un indice élevé de détresse psychologique.

Par ailleurs, les résultats divergents recensés dans les écrits scientifiques concernant la distribution de PPA en fonction du sexe mène à l'élaboration de la question de recherche suivante.

Q1 : Existe-t-il une différence significative du niveau PPA en fonction du sexe chez les patients coronariens ?

Méthode

Le présent chapitre présente la méthode utilisée lors de l'étude. Dans un premier temps, les informations relatives aux participants et aux différentes variables à l'étude notamment le niveau de PPA, l'activité physique, les habitudes reliées à l'alimentation, le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique seront présentées. Les différents instruments de mesure ayant permis de d'évaluer ces différentes variables seront aussi identifiés. Par la suite, le schème de recherche, le déroulement de l'expérience et les méthodes d'analyse utilisées seront expliquées.

Participants

L'échantillon visé est constitué de 130 patients adultes provenant du Saguenay-Lac-St-Jean présentant un diagnostic de MCV. Une analyse de puissance calculée à l'aide du logiciel G-Power établit que pour un effet moyen avec un alpha de 0,05 avec une puissance de 0,80 un échantillon de 64 participants est requis (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996). Les patients ont été recrutés parmi les patients référés au département de médecine de jour de l'hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (CSSSC) pour y subir une coronographie ou parmi les patients hospitalisés dans ce même établissement présentant un diagnostic d'infarctus ou de syndrome coronarien aigu. Les critères d'inclusion sont : 1) être âgé de 18 à 75 ans et 2) présenter

un diagnostic de maladie cardiaque athérosclérotique confirmé. Les patients présentant une maladie débilante affectant le pronostic de survie (néoplasie, insuffisance rénale terminale, maladie neuromusculaire affectant les activités quotidiennes) ou une maladie cognitive ou psychiatrique significative ont été exclus.

Description des variables

Les variables qui font l'objet d'une évaluation sont le niveau du PPA, le sexe des participants, le bien-être psychologique, les habitudes alimentaires et d'activité physique. Le bien-être psychologique des patients coronariens est évalué par le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie ainsi qu'un indice de détresse psychologique.

Instruments de mesure

La cueillette des données a été réalisée à l'aide d'une enquête par questionnaire. Un exemplaire du questionnaire est présenté en Appendice B. L'administration du questionnaire par un assistant de recherche fût précédée de la présentation et de la signature du formulaire de consentement qui est présenté en Appendice C. Le questionnaire est constitué de différents instruments de mesure valides et adaptés à la population coronarienne. Une première section a trait aux informations sociodémographiques des participants. Une deuxième concerne le PPA. La troisième section vise à évaluer le bien-être psychologique mesurant le fonctionnement

psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. La dernière partie comporte des questions sur les comportements liés à l'activité physique et à l'alimentation.

Ce questionnaire provient de l'étude longitudinale sur les effets du support à l'autonomie par les médecins et de la motivation des patients à l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean (Lalande, Émond, Pelletier, & Roy, 2005). Effectivement, les données de la présente étude proviennent d'une partie de l'échantillon de Lalande, Émond, Pelletier et Roy. L'étude de ces chercheurs se déroulait sur une période d'une année et quatre questionnaires étaient administrés aux participants. Le premier questionnaire était administré lors de l'hospitalisation du client et les trois suivants lors de visites subséquentes du patient à l'hôpital après respectivement 3, 6 et 12 mois.

Ainsi, bien que l'intégralité du questionnaire préparé par Lalande, Émond, Pelletier et Roy ait été présentée aux participants, seules les sections concernant les informations démographiques, le PPA, le bien-être psychologique, de même que les comportements liés à l'activité physique et à l'alimentation furent considérées dans la présente étude. Les instruments utilisés pour construire le questionnaire seront décrits ci-dessous et une attention particulière est portée à leurs propriétés psychométriques.

Les données démographiques et le niveau de PPA ont été tirés du premier questionnaire de l'étude longitudinale sur les effets du support à l'autonomie par les médecins et de la motivation des patients à l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean soit lors de l'hospitalisation des patients coronariens (Lalande, Émond, Pelletier, & Roy, 2005).

Les informations démographiques présentées sous la même dénomination dans le questionnaire sont recueillies par des questions de nature descriptive et proviennent du projet intitulé «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).

La section du questionnaire portant sur le PPA se trouve sous le titre «Traits personnels». La dimension sociale du perfectionnisme a été tirée d'un instrument intitulé : *Échelle multidimensionnelle de perfectionnisme* (EMP : Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998; version québécoise francophone du Multidimensional Perfectionism Scale (MPS), Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Cette validation française a été réalisée en s'inspirant du modèle de validation transculturelle de Vallerand (Vallerand, 1989). L'EMP est une échelle de 45 items comportant trois sous-échelles de 15 items, parmi lesquels plusieurs sont inversés, mesurant le perfectionnisme orienté vers soi (POS), le perfectionnisme orienté vers les

autres (POA) et le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*totalelement en désaccord*) à 7 (*totalelement en accord*) le niveau de correspondance de l'item avec sa façon d'agir ou de penser. Pour obtenir le score à l'une des sous-échelles, il suffit d'additionner les points obtenus à chacun des items la composant, en inversant préalablement le score de quelques uns d'entre eux. Plus le score est élevé, plus le niveau de perfectionnisme correspondant est haut. Les auteurs ne recommandent pas le calcul d'un score global de perfectionnisme en additionnant les résultats de chacune des sous-échelles. (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998). L'étude de validation a été effectuée auprès de trois échantillons notamment un groupe clinique, des étudiants et des travailleurs et a établi que la cohérence interne était très satisfaisante pour chacune des sous-échelles présentant des coefficients alpha de Cronbach de 0,88 à 0,92 pour le POS, de 0,87 à 0,88 pour le PPA et de 0,82 à 0,83 pour le POA (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998). Une analyse factorielle réalisée par les mêmes auteurs permet de confirmer la présence de trois facteurs différents correspondant à chacune des sous-échelles du POS, PPA et POA. La validité de construit s'est avérée satisfaisante alors que les sous-échelles de l'EMP présentait une validité convergente avec des concepts reliés sur le plan théorique comme l'Échelle de standards personnels (Rhéaume et al., 1994 cités dans Labrecque et al., 1998) et n'étaient pas corrélées avec des concepts non-reliés notamment l'anxiété situationnelle (Spielberger, Gorsuch, & Luchene, 1970 cités par les mêmes auteurs). L'EMP présente une stabilité temporelle adéquate alors que sur une période de huit semaines les coefficients de fidélité test-retest s'échelonnent de 0,77

à 0,85. Il est à noter que ces données n'étaient disponibles que pour l'échantillon d'étudiants. Pour les besoins de la présente étude, seule la sous-échelle du PPA a été administrée. Ainsi, les patients coronariens avaient à évaluer sur une échelle variant de 1 à 7 leur degré d'accord avec quinze énoncés portant sur le PPA (p.ex., *Je sens que les autres exigent trop de moi*). Le score du PPA a été obtenu en établissant la somme de ces quinze énoncés. La cohérence interne observée lors de la présente étude s'est avérée satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,88.

Le bien-être psychologique est défini par trois construits : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique mesurés avec trois instruments différents. Ces instruments ont été administrés six mois suivant la première hospitalisation des patients coronariens dans le cadre de l'étude longitudinale sur les effets du support à l'autonomie par les médecins et de la motivation des patients à l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean (Lalande, Émond, Pelletier, & Roy, 2005).

Le fonctionnement psychologique apparaît dans le questionnaire sous le titre «Vos perceptions de vie». Il a été mesuré à l'aide de la version abrégée de l'instrument intitulé : *Échelle de bien-être psychologique de Ryff* (Lapierre & Desrochers, 1997; version française des Ryff's Scales of Psychological Well-Being, Ryff, 1989). Cet instrument examine six dimensions du bien-être psychologique soient l'acceptation de

soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, les buts dans la vie et le développement personnel (p.ex., *Je vis au jour le jour et ne pense pas vraiment au futur*). Le patient a dû évaluer dans quelle mesure chacun des énoncés le décrivait en cotant sur une échelle de six points allant de 1 (*fortement en désaccord*) à 7 (*fortement en accord*). Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques puisque la fidélité test-retest à six semaines d'intervalle est la suivante : 0,85 (acceptation de soi), 0,83 (relations avec les autres), 0,88 (autonomie), 0,81 (maîtrise de l'environnement), 0,82 (buts dans la vie), et 0,81 (développement personnel). La cohérence interne des échelles est satisfaisante. Des analyses factorielles confirment la structure de l'échelle et sa validité prédictive est appuyée empiriquement. Lors des calculs statistiques de la présente étude, la moyenne des 18 items de la section « Vos perceptions de vie » a été utilisée lors de la vérification de la quatrième hypothèse. La cohérence interne s'est avérée acceptable avec un coefficient alpha de Cronbach de 0.69. Il est à noter que l'étude de cette dimension du bien-être psychologique a été envisagée non pas en considérant la présence de nombreuses données précises sur ce sujet dans la documentation scientifique mais plutôt en tenant compte des informations générales liant le perfectionnisme à la détresse psychologique. Effectivement, peu d'études se consacrent spécifiquement à la mesure de la relation entre le fonctionnement psychologique et le perfectionnisme. Toutefois, les nouvelles conceptions multidimensionnelles de la mesure du bien-être psychologique ne se limitent plus uniquement à l'évaluation de la présence ou de l'absence de détresse psychologique mais incluent des mesures du fonctionnement psychologique (Bouffard & Lapierre,

1997). Ainsi, à partir du moment où l'on s'intéresse au bien-être psychologique, le fonctionnement psychologique doit être une variable à l'étude et c'est la raison pour laquelle une mesure de fonctionnement psychologique a été retenue dans le cadre de la présente étude.

La satisfaction de vie est mesurée grâce à l'instrument intitulé : *Échelle de satisfaction de vie* (ESAV : Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière, 1989; version française de Satisfaction with Life Scale, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Cette échelle estime la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères. Elle comporte cinq énoncés de base (p. ex., *Mes conditions de vie sont excellentes*) à coter sur une échelle allant de 1 (*fortement en désaccord*) à 7 (*fortement en accord*). Dans l'étude de validation, l'échelle présente une cohérence interne satisfaisante avec un alpha de 0,87. Dans la présente étude, lors des calculs statistiques, la moyenne des cinq items de la section du questionnaire intitulée «Votre satisfaction de vie» a été utilisée. La cohérence interne s'est avérée satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,88.

La détresse psychologique est mesurée à l'aide d'un questionnaire intitulé : *Indices de détresse psychologique-Enquête Santé Québec* (IDPESQ-14 : Préville, Boyer, & Potvin, 1992; version française du Psychiatric Symptoms Index, Ilfeld, 1976). Cette échelle de 14 questions permet de mesurer les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et les problèmes cognitifs sans pour autant permettre de déterminer la

présence de troubles psychiatriques spécifiques. L'instrument mesure plutôt une symptomatologie non-spécifique que plusieurs chercheurs désignent comme «détresse psychologique» (p. ex., *Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir ?*). Le coefficient de consistance interne rapporté est de 0,92 pour L'IDPESQ-14 (Préville, Boyer, & Potvin, 1992). Lors de la présente étude, la détresse psychologique a été calculée en établissant la moyenne des 14 items de la section du questionnaire intitulée «Votre bien-être personnel». La cohérence interne observée lors de la présente étude est satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,88.

Les sections portant sur les comportements de santé en regard de l'activité physique se retrouvent dans le questionnaire de la présente étude sous le titre «Vos habitudes en activité physique». Les questions concernant les comportements de santé et l'activité physique sont la traduction d'une échelle intitulée : *The Leisure Time Exercise Questionnaire* (Godin & Shepard, 1985). Cette échelle mesure la fréquence et l'intensité de la pratique d'activités physiques (p. ex., *Combien de fois, en moyenne, pratiquez-vous un exercice modéré (non épuisant, transpiration légère) pendant plus de quinze minutes lors de vos temps libres ?*). Le participant doit indiquer le nombre d'heure par semaine où il s'engage dans les différents types d'activités physiques présentés notamment un exercice léger, modéré ou intense. Cet instrument de mesure possède des niveaux très satisfaisants de validité prédictive et de fiabilité. Godin et Shepard (1985) affirment également que cette échelle est associée de façon très significative à la pratique de plusieurs activités physiques. Dans la présente étude, le score d'activité physique a été

obtenu en accordant un poids relatif à chacune des intensités d'activité physique. Ainsi, la durée de temps accordée à une activité physique légère rapportée par le participant a été multipliée par 3. La durée rapportée d'une activité physique modérée a été multipliée par 5 et la valeur associée à une activité physique intense a été multipliée par 9. Les résultats de ces multiplications furent ensuite additionnés advenant le cas où le participant rapportait des activités physiques de différentes intensités afin d'obtenir un score total.

Les questions touchant les habitudes alimentaires apparaissent dans le questionnaire sous la rubrique «Vos habitudes alimentaires». Elles consistent en la traduction d'une échelle inspirée du Guide Alimentaire Canadien intitulée : *Healthy Eating Behavior Scale* (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004). Les questions renvoient aux habitudes alimentaires du participant et sont divisées en deux sous-catégories notamment les aliments à consommer sans contrainte et ceux à consommer avec modération (p. ex., *Je mange de la nourriture qui est faible en matière grasse, en gras saturé et en cholestérol*). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout*) à 7 (*tout le temps*) dans quelle mesure l'item correspond à ses habitudes alimentaires. Selon une analyse factorielle confirmatoire, cette échelle possède une bonne structure factorielle ($\chi^2(19, N = 339) = 50,85$ $p < 0,001$, CFI = 0,93, IFI = 0,94, RMSEA = 0,07, PCFI = 0,60) et une cohérence interne acceptable (alpha = 0,84 pour les aliments sains; alpha = 0,73 pour les aliments à consommer avec modération). Lors de la présente étude, les habitudes alimentaires ont été évaluées en

établissant la moyenne des items provenant uniquement de la sous-catégorie des aliments à consommer sans contrainte (questions 1, 2, 5, 7) de la section «Vos habitudes alimentaires» du questionnaire. Les questions concernant les aliments à consommer avec modération n'ont pas été incluses dans le calcul du score considérant un coefficient alpha faible (0,53). Ainsi, la cohérence interne de la variable concernant les habitudes alimentaires de la présente étude est satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,76.

Schème de recherche

La présente étude est une recherche corrélacionnelle dans laquelle les liens entre le PPA, les comportements de santé, le bien-être psychologique de même que les comportements liés à l'activité physique et à l'alimentation seront identifiés. Par ailleurs cette étude implique un caractère temporel considérant qu'un délai de six mois sépare la mesure du PPA au Temps 1 (départ) et celle des comportements de santé au Temps 3 (6 mois). Ce choix méthodologique se base sur la théorie du changement de Prochaska et DiClemente qui implique que les nouveaux comportements doivent avoir débuté depuis au moins six mois pour considérer que les patients ont atteint le stade de maintien de comportement (Prochaska & DiClemente, 2002). De plus, des comparaisons du niveau de PPA en fonction du sexe des participants seront réalisées.

Procédure et déroulement de l'expérience

Dans un premier temps, l'autorisation permettant de mener cette étude a été obtenue auprès du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (voir Appendice A). Par la suite, les cardiologues de cet établissement ont identifié les patients répondant aux critères d'inclusion de la cueillette de données et les ont référés aux assistants de recherche. Ces derniers les ont rencontrés individuellement pour leur expliquer les objectifs de la recherche et ses implications. Ils ont décrit la nature des instruments administrés en incluant la fréquence, la durée, le lieu, ainsi que les avantages et les risques de ceux-ci. Ils ont expliqué que les frais de stationnement pour chacune des quatre visites étaient remboursés par les chercheurs et ont proposé aux patients provenant de villes éloignées géographiquement du Centre hospitalier situé à Chicoutimi, des indemnités de déplacement. Les assistants de recherche ont exposé ensuite les dispositions prises afin d'assurer l'anonymat des patients. Ils ont ainsi mentionné que les données serviraient exclusivement à des fins de recherche, qu'elles seraient traitées de façon distincte et indépendante de leur dossier médical et qu'elles ne seraient pas transmises au cardiologue traitant. Les assistants ajoutaient que l'utilisation d'un code et la conservation sous clé des questionnaires dans un bureau du CSSSC et au laboratoire de psychologie clinique de l'UQAC garantissaient la confidentialité des données et l'anonymat des patients. Le patient était également avisé que la destruction des questionnaires était prévue cinq ans après la fin de la recherche ou au moment de la première publication. Les participants ont été informés de la possibilité de se retirer de la cueillette de données à tout moment sans encourir de préjudices en contactant simplement les responsables dont les coordonnées figuraient au formulaire de

consentement. Les participants ont également été informés de la possibilité de contacter le président du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC pour toute demande de précision. Le formulaire de consentement a été produit en trois exemplaires (patient, chercheurs, dossier médical).

Si le patient acceptait de participer à la recherche, l'assistant lui faisait signer les formulaires de consentement et lui remettait un questionnaire à remplir par lui-même ou avec lui en fonction des dispositions du patient. Le patient devait par la suite se présenter à l'hôpital 3, 6, et 12 mois après la fin de son hospitalisation pour compléter les questionnaires subséquents.

Méthodes d'analyses

L'entrée de données a été réalisée à l'aide du logiciel statistique SPSS. Dans un premier temps, la moyenne et l'écart-type du score à la sous-échelle du PPA obtenu par les patients coronariens ont été déterminés. Un test-t pour une population à variance inconnue a été effectué en considérant les moyennes rapportées dans l'étude de validation de l'Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme (EMP), réalisée par Labrecque, Stephenson, Boivin et Marchand en 1998 auprès d'une population francophone au Québec. Leurs échantillons de travailleurs et d'étudiants ont été choisis pour effectuer la comparaison considérant leur similarité avec les patients en termes de fonctionnement et parce qu'ils ne présentaient pas de diagnostic de problèmes

psychologiques importants, un critère d'exclusion des participants de la présente étude. Le calcul d'un coefficient de corrélation a été ensuite effectué afin de déterminer la force du lien unissant le score obtenu à la sous-échelle du PPA lors de l'hospitalisation et les scores de bien-être psychologique obtenus grâce aux échelles de fonctionnement psychologique, de satisfaction de vie et de détresse psychologique six mois plus tard. Des coefficients de corrélation ont également été déterminés afin de qualifier les liens unissant le score de PPA aux comportements alimentaires et d'activité physique rapportées six mois après l'hospitalisation. Pour terminer, afin de répondre à la question de recherche concernant l'existence d'une différence significative du niveau de PPA en fonction du sexe chez les patients coronariens, un test-t a été utilisé, permettant d'apprécier la signification réelle des différences au niveau du PPA entre les sexes.

Résultats

Présentation des analyses statistiques

Des analyses descriptives et corrélationnelles ont été réalisées afin d'évaluer la présence de PPA chez les patients coronariens et ses liens avec deux comportements de santé et trois composantes du bien-être psychologique. Les résultats seront présentés en détail dans les lignes suivantes. Les résultats apparaîtront selon trois catégories distinctes notamment les analyses préliminaires, les analyses descriptives et finalement les analyses principales. Les analyses préliminaires comportent des statistiques relatives à la vérification de certains postulats de base concernant la linéarité, la normalité et l'homoscédasticité. Les analyses descriptives présentent les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ainsi que les résultats obtenus par les patients coronariens aux différentes mesures des caractéristiques psychologiques et des comportements de santé. Pour finir, les analyses principales permettent d'obtenir les résultats de la vérification des hypothèses et de la question de recherche. Ceux-ci sont regroupés en sections établies en fonction des tests statistiques ayant été utilisés pour générer ces résultats.

Analyses préliminaires

Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de s'assurer que les postulats de linéarité, de normalité et d'homoscédasticité soient respectés. Aucune donnée aberrante multivariée ne fut répertoriée pour la distance de Mahalanobis ($\chi^2_{\text{maximum}} = 20,10 < \chi^2_{\text{critique}} = 22,46$, d.l. = 6). Il y avait six données aberrantes au niveau des sous-échelles mesurant l'activité physique des participants. Les données ont été conservées mais ramenées à une unité de la valeur non-extrême la plus près (Tabachnick & Fidell, 2001). L'échantillon total de l'étude est donc de 130 participants.

Analyses descriptives

La section subséquente permettra d'établir la description sociodémographique des participants alors que des caractéristiques telles que l'âge, l'état civil, l'occupation, le niveau d'étude et le revenu ont été recensés lors de la cueillette de données. Des données concernant la distribution des résultats aux différentes mesures des caractéristiques psychologiques et des comportements de santé des participants seront également présentées.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon recueillies lors de l'hospitalisation. Le sexe, l'âge, l'état civil ainsi que le niveau de scolarité maximal atteint par les participants y sont présentés. Il y a 107 hommes et 23

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	Fréquence	Pourcentage
Sexe		
Féminin	23	17,7
Masculin	107	82,3
Âge		
Trentaine	2	1,5
Quarantaine	13	10,1
Cinquantaine	38	29,5
Soixantaine	52	40,3
70 ans et +	24	18,6
État civil		
Marié(e)	93	76,9
Célibataire	8	6,6
Séparé(e)/ Divorcé(e)	9	7,4
Veuf/ Veuve	11	9,1
Niveau de scolarité atteint		
Primaire	13	10,7
Secondaire	47	38,5
Collégial	32	22,2
Certificat universitaire	8	6,6
Baccalauréat universitaire	13	10,7
Maîtrise universitaire	6	4,9
Doctorat universitaire	3	2,5

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 130 individus dans tous les cas.

femmes ayant accepté de répondre au questionnaire. Les hommes représentent 82,3 % de l'échantillon total et les femmes 17,7 %. La plupart des patients sont âgés dans la soixantaine (40,3 %), 29,5 % d'entre eux sont dans la cinquantaine et 18,6 % ont plus de 70 ans. Le reste de l'échantillon se compose de gens dans la quarantaine (10,1 %). Une minorité de participants est dans la trentaine (1,5 %). L'âge moyen des participants est de 61 ans (ET = 9,09). La plupart des participants sont mariés (76,9 %). Les personnes veuves, divorcées ou séparées et les célibataires représentent respectivement 9,1 %, 7,4 % et 6,6 % de l'échantillon. La dernière section du tableau concernant le niveau scolaire nécessite un approfondissement afin de favoriser une compréhension optimale des informations relatives à la scolarité des participants. Le niveau scolaire recensé se rapporte au plus haut niveau scolaire auquel a été inscrit le participant sans nécessairement l'avoir complété. La plupart des participants ont rapporté avoir atteint un niveau scolaire secondaire (38,5 %), 22,2 % des participants ont rapporté avoir atteint un niveau scolaire collégial. Un même nombre de participants ont rapporté avoir atteint un niveau d'études primaire ou de baccalauréat universitaire ce qui correspond respectivement à 10,7 % de l'échantillon pour chacun de ces deux niveaux de scolarité. Il y a 6,6 % des participants qui ont rapporté que le niveau scolaire le plus élevé auquel ils ont été inscrits correspond à un certificat universitaire. Un degré de maîtrise universitaire a été atteint par 4,9 % des participants de l'échantillon. Il y a trois participants ayant rapporté l'atteinte d'un niveau d'études doctorales ce qui correspond à 2,5 % de l'échantillon.

Le Tableau 2 présente des données socioéconomiques additionnelles recueillies lors de l'hospitalisation concernant plus précisément la situation financière des participants de l'étude. Des renseignements relatifs à l'occupation, au revenu personnel et au revenu conjugal des gens y sont présentés. Il est possible de constater que la majorité des participants à l'étude sont à la retraite (52,8 %). Certains participants demeurent toutefois sur le marché du travail alors que 36,6 % des participants occupent un emploi à temps plein et 2,4 % un emploi à temps partiel. Il y a cinq personnes soit 4 % de l'échantillon qui ont rapporté demeurer à la maison. Il y a trois personnes qui ont mentionné être sans emploi, soit 2,4 % de l'échantillon. Deux participants ont identifié le fait qu'ils étaient au chômage, ce qui représente 1,6 % de l'échantillon. En ce qui a trait à l'invalidité, elle a été rapportée par une seule personne de l'échantillon.

Il est à noter que les données présentées dans le Tableau 2 sous la rubrique du revenu personnel correspondent à une approximation par le patient de son revenu personnel total au cours des douze mois précédant la cueillette de donnée. Le tableau permet d'identifier le fait que la majorité de l'échantillon soit un participant sur quatre (25 %) rapporte avoir un revenu personnel annuel de plus de 55 000\$. Un revenu personnel annuel entre 15 000\$ et 54 999\$ est rapporté par 59,7 % de l'échantillon. Un revenu personnel annuel de moins de 15 000\$ est rapporté par 12,1 % de l'échantillon. Il y a deux personnes, ce qui représente 1,6 % de l'échantillon, qui rapportent n'avoir aucun revenu. Une seule personne rapporte ne pas connaître son revenu personnel. Le

Tableau 2

Caractéristiques socioéconomiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	Fréquence	Pourcentage
Occupation		
Emploi à temps plein	45	36,0
Emploi à temps partiel	3	2,4
Chômage	2	1,6
À la maison	5	4,0
Sans emploi	3	2,4
Retraite	66	52,8
Invalidité	1	0,8
Revenu personnel		
Moins de 15 000\$	15	12,1
De 15 000\$ à 24 999\$	20	15,4
De 25 000\$ à 34 999\$	23	18,5
De 35 000\$ à 44 999\$	21	16,9
De 45 000\$ à 54 999\$	11	8,9
55 000 \$ et plus	31	25,0
Aucun revenu	2	1,6
Ne sait pas	1	0,8
Revenu conjugal		
Moins de 15 000\$	4	3,3
De 15 000\$ à 24 999\$	7	5,7
De 25 000\$ à 34 999\$	10	8,1
De 35 000\$ à 44 999\$	12	9,8
De 45 000\$ à 54 999\$	11	8,9
55 000\$ et plus	51	41,5
Ne sait pas	2	1,6
Ne s'applique pas	26	21,1

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 130 individus dans tous les cas.

revenu conjugal le plus souvent rapporté par les participants se retrouve dans la catégorie de 55 000\$ et plus annuellement. Un revenu conjugal annuel entre 15 000\$ et 54 999\$ est rapporté par 32,5 % de l'échantillon. Un revenu conjugal annuel de moins de 15 000\$ est rapporté par 3,31 % de l'échantillon. Il y a deux personnes qui rapportent ne pas connaître le montant de leur revenu conjugal.

Prévalence et caractéristiques des patients coronariens

À titre descriptif, le Tableau 3, présente les moyennes du score de PPA recueilli lors de l'hospitalisation ainsi que les moyennes des scores de détresse psychologique, de satisfaction de vie et de fonctionnement psychologique recueillis six mois plus tard. Les moyennes du nombre d'heures d'activité physiques hebdomadaires et d'habitudes alimentaires saines rapportés après six mois par les participants y figurent également. Il est possible d'observer que les patients coronariens rapportent une satisfaction de vie relativement élevée considérant le fait que la moyenne des scores se trouve près du score maximal. Les scores de détresse psychologiques présentent peu de variabilité tel qu'indiqué par la kurtose de 2,65. En se basant sur l'asymétrie et la kurtose des variables en général, les données respectent les postulats de normalité.

Tableau 3

Analyses descriptives des six variables à l'étude : PPA, activité physique, habitudes alimentaires saines, détresse psychologique, satisfaction de vie et fonctionnement psychologique

	Min/Max	Moyenne	Écart-type	Asymétrie	Kurtose
Perfectionnisme prescrit par autrui (PPA)	17/82	46,46	16,28	0,23	-0,88
Activité physique	0/125	37,79	30,71	1,11	0,66
Habitudes alimentaires saines	2/5	3,68	0,77	-0,31	-0,62
Détresse psychologique	1/3,5	1,54	0,46	1,36	2,65
Satisfaction de vie	1,6/7	5,49	1,21	-1,02	0,77
Fonctionnement psychologique	3,44/5,78	4,60	-0,07	-0,07	-0,68

Distribution des scores de perfectionnisme

À titre descriptif, le Tableau 4 présente en détails le niveau de PPA obtenu par les patients coronariens ayant participé à la présente étude.

Tableau 4

Fréquence des scores de perfectionnisme obtenus par les patients coronariens

Score de PPA	Fréquence de participants
0 à 10	0
11 à 20	4
21 à 30	14
31 à 40	26
41 à 50	20
51 à 60	23
61 à 70	13
71 à 80	8
80 à 90	2
Total	110

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 130 individus. PPA signifie perfectionnisme prescrit par autrui.

Il est à noter que le plus bas score de PPA obtenu était de 17 et que le plus élevé était de 82 tel qu'inscrit précédemment dans le Tableau 3. Ces scores apparaissent normaux considérant que l'échelle mesurant le PPA possède 15 items pouvant être cotés de 1 à 7 et que le score global de PPA est obtenu en additionnant le score de chacun des items. Les scores globaux de PPA peuvent donc s'échelonner d'un minimum de 7 à un maximum de 105. Le Tableau 5 situe quant à lui la moyenne de PPA des patients coronariens dans un ensemble de moyennes de PPA provenant de plusieurs échantillons.

Tableau 5

Moyennes de PPA obtenues par des échantillons d'étudiants, de travailleurs, de patients coronariens, de patients psychiatriques et d'agoraphobes.

Étude de provenance	Composition de l'échantillon	Moyenne de PPA
Validation de l'EMP *	Étudiants	43,6
Validation du MPS	Étudiants	45,9
Étude actuelle	Patients coronariens	46,5
Validation du MPS	Étudiants	48,2
Validation du MPS	Étudiants	49,2
Validation de l'EMP *	Travailleurs	50,4
Validation du MPS	Étudiants	50,7
Validation de l'EMP *	Agoraphobes	51,6
Validation du MPS	Étudiants	53,6
Validation du MPS	Patients psychiatriques troubles humeur	58,2
Validation du MPS	Patients psychiatriques hétérogènes	60,3

Note. PPA signifie perfectionnisme prescrit par autrui. EMP signifie échelle multidimensionnelle de perfectionnisme. MPS signifie Multidimensional Perfectionism Scale. * Validation considérée dans la présente étude.

Les moyennes présentées au Tableau 5 sont tirées pour la plupart de la validation initiale du MPS de Hewitt et Flett (Hewitt & Flett, 1991). Les autres moyennes proviennent de la validation de l'EMP (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998).

La validation initiale du MPS a été effectuée à l'aide de cinq études touchant 1935 participants répartis en sept échantillons différents composés soit d'étudiants universitaires ou soit de clients psychiatriques. Les patients psychiatriques inclus dans un premier groupe présentaient principalement des troubles de l'humeur. L'autre échantillon de patients psychiatriques était moins homogène et regroupait des patients internes et externes présentant des diagnostics de schizophrénie, de trouble de l'humeur, d'abus de substances, de trouble de personnalité et de trouble de l'adaptation ou vivant une situation de détresse conjugale-familiale. La validation francophone a été effectuée auprès d'étudiants, de travailleurs et d'agoraphobes. Dans le Tableau 5, les niveaux de PPA sont présentés en ordre croissant. Ainsi, les patients coronariens semblent avoir un niveau moyen de PPA semblable à ceux de plusieurs groupes d'étudiants. Les échantillons de patients psychiatisés sont ceux rapportant un niveau moyen de PPA le plus élevé. Il est important de souligner que les moyennes de ces différents échantillons n'ont pas été systématiquement utilisées ultérieurement dans la section des analyses principales de la présente étude et qu'elles sont présentées à titre indicatif seulement. Les seules moyennes utilisées lors de la vérification de l'hypothèse 1, concernant une comparaison du niveau de PPA des patients coronariens avec la population générale sont

celles des étudiants et des travailleurs établies lors de la validation de l'EMP considérant que ces échantillons étaient québécois et francophones ce qui s'apparentait davantage à la description des patients coronariens de la présente étude. Les résultats concernant les hypothèses et la question de recherche seront présentés dans la section subséquente.

Analyses principales et vérification des hypothèses

Cette section fait état des résultats obtenus lors de la vérification des hypothèses et de la question de recherche. Ceux-ci sont regroupés en sections établies en fonction des tests statistiques ayant été utilisés pour générer ces résultats.

Tests-t

Le test-t est un test statistique permettant de déterminer s'il existe une différence entre deux moyennes. Un test-t a été effectué afin de vérifier la première hypothèse suggérant une plus grande prévalence du PPA chez les patients coronariens. L'utilisation d'un test-t a également permis d'examiner la question exploratoire de l'étude qui portait sur la différence de PPA en fonction du sexe chez les patients coronariens. Ainsi, dans un premier temps, la moyenne de PPA obtenue par les patients coronariens a été comparée aux moyennes de deux échantillons formés dans le cadre de l'étude de validation de l'EMP, instrument de mesure du PPA utilisé dans le cadre de la présente recherche. Dans un deuxième temps, un test-t a été utilisé afin de vérifier la présence d'une différence significative du niveau de PPA entre les groupes d'hommes et de

femmes constituant la population coronarienne à l'étude. Ainsi, l'hypothèse 1 et la question de recherche seront traités dans les paragraphes suivants.

Comparaison du niveau de PPA entre les échantillons de patients coronariens, d'étudiants et de travailleurs. La première hypothèse suggérant que les patients coronariens présentent un score plus élevé de PPA que la population générale a été vérifiée en tenant compte des données recueillies auprès d'étudiants et de travailleurs lors de l'étude de validation de l'échelle multidimensionnelle du perfectionnisme (EMP) auprès d'une population francophone du Québec (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998). L'échantillon de travailleurs se composait de 54 travailleurs ou chômeurs non étudiants, 30 femmes et 24 hommes. La moyenne d'âge était de 34,9 ans. L'échantillon d'étudiant se composait de 245 personnes, 207 femmes et 38 hommes inscrits soit en psychologie ou en éducation. La moyenne d'âge était de 23,9 ans. Comme l'indique le Tableau 6, le test-t a permis de déterminer qu'au niveau de la mesure du PPA, le groupe de patients coronariens ($M=46,5$) n'était pas significativement différent du groupe d'étudiants ($M=43,6$), $t(109)=1,85$, $p>0,05$.

Tableau 6

Moyennes de PPA obtenues par des échantillons d'étudiants, de travailleurs et de patients coronariens indépendamment du sexe

	Patients coronariens de la présente étude	Étudiants universitaires issus de l'échantillon de l'étude de validation de l'EMP	Travailleurs issus de l'échantillon de l'étude de validation de l'EMP
Score moyen de PPA	46,5	43,6	50,4

Note. EMP signifie échelle multidimensionnelle de perfectionnisme. PPA signifie perfectionnisme prescrit par autrui.

Par ailleurs, comme l'indique le Tableau 7, la moyenne de PPA du groupe de patients coronariens de sexe masculin ($M=47,2$) est statistiquement inférieure à celle du groupe de travailleurs ayant participé à l'étude de validation de l'EMP ($M=50,4$), $t(109)=-2,54$, $p<0,05$. La moyenne du PPA présent chez les patientes coronariennes ($M=43,0$) est également statistiquement inférieure à la moyenne recensée chez un groupe de femmes travailleuses ($(M=52,4)$, $t(19)=-2,47$, $p<0,05$.) L'hypothèse 1, à savoir que les patients coronariens présentent un score plus élevé que la population générale n'est donc pas supportée alors que les résultats indiquent même un score inférieur à l'échantillon des travailleurs.

Tableau 7

Scores moyens de PPA recensés chez des travailleurs et des patients coronariens en fonction du sexe

Sexe	Patients coronariens de la présente étude	Travailleurs issus de l'échantillon de l'étude de validation de l'EMP
Féminin	43,0	52,4
Masculin	47,2	50,4

Note. EMP signifie échelle multidimensionnelle de perfectionnisme.

Comparaison du niveau de PPA entre les patients coronariens selon le sexe. En ce qui concerne la question exploratoire traitée dans cette section considérant qu'un test-t a été utilisé, rappelons qu'elle portait sur l'existence d'une différence significative du niveau du PPA en fonction du sexe. Le test-t a démontré que le niveau moyen de PPA des patients masculins de l'étude ($M=47,2$) n'était pas statistiquement différent du niveau de PPA recensé chez les patients de sexe féminin ($M=43,0$), $t(108)=1,05$, $p>0,05$. La présente étude n'a donc pas permis de confirmer l'existence d'une différence du niveau de PPA en fonction du sexe parmi ses participants.

Analyses corrélationnelles

Une analyse corrélacionnelle est un test statistique permettant de mesurer l'intensité d'une relation entre deux variables. Dans la présente étude, des corrélations de Pearson ont été utilisées dans la vérification des hypothèses 2 à 6 qui proposaient que

le PPA entretenait des relations avec différents facteurs de risque ou de protection des maladies cardiovasculaires. Il est à noter que pour les hypothèses 2 et 3, des tests de corrélations bilatéraux ont été utilisés tandis que la vérification des hypothèses 4 à 6 ont nécessité l'utilisation de tests de corrélations unilatéraux qui, eux, permettent de se prononcer sur la direction des relations.

Relations du PPA avec l'activité physique et les habitudes alimentaires. Afin de vérifier les hypothèses 2 et 3, des analyses corrélationnelles ont été réalisées dans le but de mesurer l'intensité des relations qu'entretenait le PPA avec l'activité physique et les habitudes alimentaires chez des patients coronariens six mois après leur hospitalisation. Comme il est possible de le constater dans le Tableau 8, aucune corrélation statistiquement significative n'a été observée entre le niveau de PPA et les habitudes alimentaires et l'activité physique chez les patients coronariens. Ainsi, les hypothèses 2 et 3 ne sont pas supportées.

Tableau 8

Corrélations entre le perfectionnisme prescrit par autrui et l'activité physique et les habitudes alimentaires

	Activité physique	Habitudes alimentaires
PPA	0,071	-0,113

Note. PPA signifie perfectionnisme prescrit par autrui.

* $p < 0,05$ indiquant une relation statistiquement significative.

Relations du PPA avec le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. Afin de mesurer les relations qu'entretenait le PPA avec la détresse psychologique, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique qui étaient suggérées par les hypothèses 4 à 6, des tests de corrélations unilatéraux ont été utilisés. La mesure du PPA provenait du temps 1 de l'expérimentation soit lors de l'hospitalisation et les autres données étaient issues du questionnaire rempli par le patient six mois après sa sortie de l'hôpital. Les tests de corrélation unilatéraux ont été sélectionnés considérant la direction implicite dans les relations présentes dans la formulation des hypothèses. Ces tests se sont avérés significatifs conformément à ce qui est présenté dans le Tableau 9.

Tableau 9

Corrélations entre le perfectionnisme prescrit par autrui et les trois construits du bien-être psychologique : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique

	Fonctionnement psychologique	Satisfaction de vie	Détresse psychologique
PPA	-0,28*	-0,15*	0,23*

Note. PPA signifie perfectionnisme prescrit par autrui.

* $p < 0,05$ indiquant une relation statistiquement significative.

Le perfectionnisme présente une corrélation négative avec le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie. Ainsi, plus un patient présente un niveau élevé de PPA, moins il présente des niveaux élevés de fonctionnement psychologique et de satisfaction de vie mesurés six mois plus tard, ce qui confirme respectivement les hypothèses 4 et 5. Le perfectionnisme présente une corrélation positive significative avec la détresse psychologique conformément avec ce qui était stipulé dans l'hypothèse 6. Ainsi, plus un patient présente un niveau élevé de PPA, plus il présente un indice élevé de détresse psychologique six mois plus tard. D'une façon plus globale, il est possible d'observer que, statistiquement, c'est la relation entre le perfectionnisme et le fonctionnement psychologique qui est la plus forte puis, dans l'ordre, celle entretenue avec la détresse psychologique puis celle le liant à la satisfaction de vie.

Les lignes suivantes constitueront un récapitulatif de la section des résultats. Les résultats seront présentés dans le même ordre que les hypothèses et question de recherche.

Premièrement, les résultats démontrent que les patients coronariens ne présentent pas un score plus élevé de PPA que celui de la population en général mesuré lors de l'étude de validation de l'EMP auprès de la population québécoise. Ils démontrent ensuite qu'il n'existe pas de relation entre le PPA et les habitudes liées à l'activité physique et à l'alimentation. Les résultats mettent toutefois en lumière que le PPA présente des liens corrélacionnels statistiquement significatifs avec le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. Une diminution du fonctionnement psychologique et de la satisfaction de vie est observée alors qu'on note que le niveau de PPA augmente, sans qu'aucun lien de causalité ne soit pour autant mis en évidence. Une corrélation positive est également observée entre l'augmentation de la détresse psychologique et la présence du PPA sans que la relation ne puisse être caractérisée de causale. Pour finir, la cueillette de données n'a pas permis d'objectiver une différence statistiquement significative du niveau de PPA entre les patients coronariens masculins et féminins ayant participé à l'étude. Ainsi, le point central soulevé par la validation des hypothèses 4 à 6 de la présente étude concerne le fait que chez des patients coronariens, six mois après l'évaluation initiale du PPA, ce type de perfectionnisme semble lié davantage aux sphères cognitives et affectives par le biais du

fonctionnement psychologique, de la satisfaction de vie et de la détresse psychologique qu'à des modifications comportementales.

Rapport-Gratuit.com

Discussion

Cette section présente une analyse des résultats de la recherche et est subdivisée en quatre parties. La première partie constitue un rappel des buts et des objectifs visés par la présente étude. La seconde partie consiste en l'interprétation des résultats obtenus en fonction de chacune des hypothèses de recherche. La troisième partie porte sur les implications théoriques et pratiques découlant des résultats de la présente étude. La quatrième et dernière partie expose les apports et les limites se rapportant à la présente étude et établit également les recommandations propres aux recherches futures.

Rappel des buts et objectifs de la recherche

Les études antérieures s'intéressant aux maladies coronariennes ont surtout cherché à déterminer des facteurs de risque ou de protection de nature biologique ou environnementale. La présente étude s'intéressait davantage à une variable psychologique susceptible d'influencer la qualité de vie des patients présentant une maladie coronarienne. L'objectif principal était de déterminer dans quelle mesure la présence de PPA pouvait affecter des patients coronariens et leur rétablissement. Ainsi, des analyses ont été menées afin d'établir les relations entre le PPA et différents facteurs impliqués dans le cadre de la démarche d'adaptation à la maladie des patients coronariens. Les liens entre le PPA et les habitudes liées à l'alimentation et l'activité physique de même qu'avec le bien-être psychologique qui est défini par trois construits : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique ont donc été étudiés dans le cadre du présent essai.

Discussion des résultats relatifs aux hypothèses et à la question de recherche

Prévalence du PPA chez les patients coronariens

Le taux moyen de PPA recensé chez des adultes du Saguenay-Lac-St-Jean souffrant de maladies cardiovasculaires est comparable à ceux obtenus par des groupes d'adultes québécois (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998). Toutefois, considérant le manque de données empiriques provenant d'échantillons de patients coronariens, il est impossible de valider ce score moyen auprès d'individus présentant plus de similitudes. Il s'avère que, contrairement à ce qui était attendu et proposé dans le cadre de la première hypothèse (H1), les participants coronariens ne présentent pas un score plus élevé de PPA que la population générale.

Malgré l'absence d'une différence marquée, il est possible néanmoins de signaler quelques faits intéressants concernant la distribution du PPA dans cet échantillon de patients coronariens. Des résultats statistiquement significatifs ont effectivement été observés concernant la distribution du PPA chez les patients en fonction de certaines catégories présentes dans l'échantillon. Il est possible, en étudiant attentivement les résultats, de constater que les patients coronariens présentent une moyenne de PPA statistiquement inférieure à celle du groupe de travailleurs de la population générale. La moyenne du PPA présent chez les patientes coronariennes est également statistiquement inférieure à la moyenne recensée chez un groupe de femmes travailleuses. Il pourrait être envisageable que le fait que la majorité de l'échantillon des patients coronariens soit

composé de retraités constitue un élément expliquant que la présence du PPA ne soit pas plus marquée chez les patients coronariens de l'échantillon en dépit du fait qu'il semble exister des éléments communs aux MCV et au PPA notamment les comportements alimentaires et d'activité physique, la personnalité de Type A, l'adaptation et la détresse psychologique. Par extension, l'âge des patients de l'échantillon constitue donc un facteur pouvant affecter la relation entre le PPA et la maladie coronarienne.

Relations entre le PPA et les comportements de santé

Les comportements de santé considérés dans la présente étude sont les habitudes liées à l'activité physique et à l'alimentation. Les résultats concernant les relations entre le PPA et ces habitudes alimentaires seront présentées selon l'ordre des hypothèses de recherche. Ainsi, la variable d'activité physique sera abordée la première considérant que la deuxième hypothèse de la présente étude suggérait l'existence d'un lien entre le PPA des patients coronariens et leurs comportements liés à l'activité physique mesurés six mois après leur hospitalisation.

Pour débiter, cette deuxième hypothèse (H2) n'est pas supportée par les résultats de la présente étude. Elle avait été émise considérant le fait que des relations entre la variable d'activité physique et le perfectionnisme ont été recensées dans les écrits scientifiques. Hewitt et Flett ont, à travers leurs écrits, soutenu la thèse selon laquelle le perfectionnisme constitue un facteur contribuant à des résultats inadaptés parmi les

athlètes et les personnes faisant de l'exercice (Flett & Hewitt, 2005). Selon ces auteurs, le fait d'être préoccupé par la perfection diminue la performance. Une autre étude abonde dans le même sens en démontrant qu'une préoccupation quant à l'atteinte de la perfection est associée à de l'anxiété chez des adolescents sportifs (Hall, Kerr, & Matthews, 1998). La performance influencerait également le lien entre le perfectionnisme et la détresse psychologique. Effectivement, les perfectionnistes seront particulièrement susceptibles de présenter de la détresse psychologique s'ils vivent des échecs ou en ont la perception (Flett & Hewitt, 2002; Wiczorek, Flett, & Hewitt, 2003).

Dans le cadre de la présente étude, aucune relation statistiquement significative n'a pu être observée entre le niveau de PPA et l'activité physique mesurée six mois après l'hospitalisation des patients coronariens, ce qui va à l'encontre des études citées dans le paragraphe précédent. Ainsi, la deuxième hypothèse n'est pas supportée. Il est intéressant de se demander quels pourraient être les éléments explicatifs de l'absence de relation entre le PPA et l'activité physique considérant que la documentation scientifique a rapporté antérieurement divers liens quant à l'existence d'une relation entre le perfectionnisme et l'activité physique.

La première explication pourrait trouver naissance dans l'examen attentif de la nature des études présentées antérieurement. Il est possible de remarquer que les activités physiques étudiées et recensées dans les écrits scientifiques semblent avoir lieu

dans un contexte de compétition. Par exemple, l'étude de 1998 réalisée par Hall, Kerr et Matthews comprenait des prises de mesure avant la tenue d'une compétition de course à pied. Il se pourrait que le contexte dans lequel se déroule l'activité physique soit une variable pouvant influencer la relation observée entre le PPA et la participation des gens. Le fait que l'activité physique soit réalisée dans un contexte de réhabilitation plutôt que dans un contexte de compétition ou de loisirs pourrait constituer la raison pour laquelle aucune corrélation entre le PPA et l'activité physique des patients coronariens n'a été mesurée. Effectivement, les patients coronariens n'essaient pas nécessairement de réaliser une performance sportive. Ils tentent plutôt de simplement améliorer leur condition physique à l'aide d'activité physique. Cette hypothèse, qu'il est possible de formuler suite aux constatations actuelles, s'inscrit par ailleurs dans la même orientation que les travaux publiés en 2003 par Wiczorek, Flett et Hewitt qui accordaient de l'importance à la qualité de la performance dans la relation s'établissant entre le perfectionnisme et l'activité physique. Ils établissaient effectivement que le POS n'avait pas la même influence chez des golfeurs plus habiles que chez des golfeurs moins couronnés de succès. Ainsi, le contexte et la performance doivent être considérés dans l'étude d'une relation entre le PPA et l'activité physique.

D'autre part, la moyenne d'âge de l'échantillon de la présente étude pourrait expliquer en partie la raison pour laquelle aucun lien significatif n'a été observé entre le PPA et les comportements concernant l'activité physique en dépit du fait que d'autres chercheurs avaient pu observer des relations entre ce comportement de santé et le

perfectionnisme. En effet, il est possible de remarquer que les études mentionnées dans le contexte théorique établissant un lien entre le PPA et l'activité physique concernent surtout des gens dont la moyenne d'âge est inférieure à celle du groupe de patients coronariens notamment des étudiants comme dans le cas, par exemple, l'étude de Hall, Kerr et Matthews réalisée en 1998.

Le questionnaire utilisé dans la présente étude pourrait possiblement constituer, dans une moindre mesure, une autre variable influençant le fait que l'hypothèse 2 ne soit pas supportée. L'activité physique a été étudiée en demandant aux patients de faire une approximation du nombre d'heure(s) qu'ils consacraient à la pratique de l'activité physique dans une semaine typique lors des six derniers mois. Lors de l'entrée des données, il a été possible de constater que la variable exercice comportait certaines données aberrantes. En effet, une minorité de patients verbalisaient leur difficulté à bien identifier le niveau d'intensité des activités qu'ils pratiquaient en dépit des explications incluses au questionnaire. Il s'agit d'informations à considérer alors que la vérification de la présence d'une relation entre le PPA et l'activité physique se basait sur le nombre d'heures d'exercices rapporté par les patients et que le score d'activité physique a été obtenu en accordant un poids relatif à chacune des intensités d'activité physique. Ainsi, bien que cette difficulté n'ait pas été commune à tous les participants, il est possible que, dans une moindre mesure, cette réalité ait affecté les résultats. Ainsi, la présente étude permet d'établir qu'il n'y a pas de lien entre le niveau de perfectionnisme et la pratique d'une activité physique chez les patients cardiaques.

Cette constatation va à l'encontre des données de 2007 de Hall, Kerr, Kozub et Finnie. Nos résultats ne démontrent pas qu'une personne présentant du perfectionnisme pourrait avoir tendance à faire de l'exercice excessif et ce, à tout le moins chez les patients coronariens. L'exercice excessif est identifié comme tel considérant une durée ou une intensité particulière. Hall, Kerr, Kozub et Finnie ont en effet proposé qu'une combinaison de l'orientation vers la réussite, de la perception du niveau d'habiletés, de la préoccupation face aux erreurs et de hauts standards personnels, éléments constituant le perfectionnisme, peut expliquer 31 % de la variance du comportement de la compulsion à l'exercice observée chez certains. Les résultats de l'évaluation des comportements d'activité physique des patients coronariens ne semblent pas aller dans le même sens que cette observation. Nos données vont également à l'encontre des études de Flett, Besser et Hewitt (2005) et de Hayward et Arthur (1998) qui supportaient l'idée qu'une personne perfectionniste aurait une plus grande difficulté à s'orienter vers l'action alors que la durée de l'exercice ne semble pas être influencée par le niveau de perfectionnisme.

Un dernier argument doit être considéré dans la réflexion concernant l'observation d'une absence de relation entre le PPA et les comportements d'activité physique. Effectivement, les études recensées dans la documentation et citées dans le contexte théorique n'utilisent pas toutes la même méthode d'évaluation du perfectionnisme que celle utilisée dans la présente étude. Cette variabilité dans le choix des instruments de mesure pourrait également expliquer la différence des résultats. Par exemple, l'étude de

1998 de Hall, Kerr et Matthews démontrant qu'une préoccupation vis-à-vis de la perfection est associée à l'anxiété chez des adolescents sportifs a utilisé le Frost et al. Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) qui n'adhère pas à la typologie de Hewitt et Flett utilisée dans la présente étude. Cette catégorisation différente des types de perfectionnisme en fonction des auteurs pourrait expliquer les différences dans les résultats obtenus.

La troisième hypothèse (H3) de la présente étude supposait l'existence d'une relation entre le PPA et les habitudes alimentaires des patients coronariens mesurées six mois après leur hospitalisation. Cette hypothèse était issue des informations recensées dans les écrits scientifiques rapportant notamment des élévations significatives des scores de perfectionnisme chez les patients présentant un trouble alimentaire comparativement à des groupes contrôles (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Golgner, Cockell & Strikameswaran, 2002; Srinivasagam et al., 1995). Une étude a également identifié que les symptômes des troubles alimentaires sous-tendent la motivation à atteindre des standards inatteignables déterminés par le self ce qui présente une similitude opératoire avec le POS (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). Les résultats de la présente étude ont toutefois démontré l'absence de relation statistiquement significative entre le niveau de PPA et les habitudes alimentaires saines ce qui ne permet pas de supporter l'hypothèse 3. Il est envisageable que des facteurs inhérents à la présente recherche aient pu influencer ce résultat alors que d'autres études ont rapporté, dans le passé, avoir observé l'existence d'une telle relation.

L'un des facteurs susceptible d'être un modérateur de la relation entre le PPA et les habitudes alimentaires pourrait avoir été identifié lors de l'examen approfondi des données rapportées par les patients coronariens à ce sujet. La portion du questionnaire relative aux habitudes alimentaires comportait deux catégories de questions concernant d'une part les aliments à consommer sans contrainte et de l'autre ceux à consommer avec modération. Toutefois, les liens unissant le PPA et les aspects plus malsains des habitudes alimentaires des patients coronariens n'ont pu être vérifiés dans la présente étude considérant la cohérence interne insatisfaisante de la sous-échelle des comportements alimentaires à éviter. Ainsi, en fonction des résultats, il est possible d'énoncer que le PPA ne présente pas de relation statistiquement significative avec des comportements alimentaires sains sans pour autant pouvoir vérifier l'hypothèse de base qui concernait les habitudes alimentaires de façon plus générale. Ainsi, le fait de ne pas avoir pu considérer les comportements alimentaires malsains limite la possibilité de statuer sur l'absence de relation statistiquement significative entre les habitudes alimentaires et le perfectionnisme.

Une variable plus contextuelle pourrait également avoir joué un rôle dans le fait qu'aucune relation statistiquement significative n'a pu être observée entre les habitudes alimentaires et le PPA chez les patients en dépit de résultats différents recensés antérieurement dans la documentation scientifique (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Golgner, Cockell & Strikameswaran, 2002; Srinivasagam et al., 1995). Effectivement, les recherches précédemment citées établissant des liens entre les

habitudes alimentaires et le PPA concernent principalement des problèmes alimentaires tels que l'anorexie ou la boulimie. Peck et Lightsey ont par ailleurs noté en 2008 la présence de perfectionnisme chez des personnes ne répondant pas entièrement aux critères diagnostiques du DSM-IV mais présentant tout de même des conduites alimentaires problématiques. Il est possible que le perfectionnisme ne puisse être relié qu'à des problématiques alimentaires sans nécessairement affecter des conduites alimentaires plus généralement observées dans la population et qui ne sont pas psychopathologiques. Dans le cas des patients coronariens, les modifications d'habitudes alimentaires ne sont pas dictées par des impératifs psychopathologiques ou esthétiques mais davantage par l'adhérence au traitement dans un contexte d'adaptation à la maladie ce qui constitue une situation distincte. D'autres études seront nécessaires afin d'approfondir les observations notées lors de la présente étude et de clarifier la relation s'établissant entre le PPA et les habitudes alimentaires saines et malsaines auprès des populations en processus d'adaptation à la maladie nécessitant des changements alimentaires comme les patients coronariens.

Relations entre le PPA et le bien-être psychologique

Il importe de spécifier à nouveau que dans le cadre de cet essai, la notion de bien-être psychologique tient compte de trois aspects précis : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique mesurés à l'aide de trois instruments de mesure différents. Ces notions sont respectivement représentées par

les hypothèses 4, 5 et 6 qui ont toutes trois été supportées lors de la présente étude. La temporalité de la cueillette de données concernant le bien-être psychologique mérite d'être approfondie considérant la valeur prédictive à envisager suite à la confirmation de cet ensemble d'hypothèses. Effectivement, le calcul de la corrélation entre le PPA et le bien-être psychologique comme concept général a été effectué en tenant compte du score de perfectionnisme à la première passation du questionnaire et des scores de bien-être psychologique mesurés auprès des patients coronariens six mois après la première passation du questionnaire. Ce délai s'explique par le fait que les patients coronariens avaient besoin de temps afin de réaliser des changements au niveau de leurs habitudes de vie et que cette adaptation pouvait influencer les différentes facettes du bien-être psychologique.

Ainsi, la corrélation observée entre ces deux mesures à six mois d'intervalle suggère la possibilité que le PPA soit un prédicteur des mesures de bien-être psychologique bien que la présente étude ne puisse le confirmer considérant sa nature corrélationnelle. Les liens entre le PPA et les différents aspects du bien-être psychologique considérés par les hypothèses quatre à six seront présentés et discutés dans les lignes suivantes.

D'abord, la relation entre le PPA et la notion de fonctionnement psychologique était mentionnée dans le cadre de la quatrième hypothèse (H4) de la recherche laquelle

supposait que plus un patient coronarien présente un niveau élevé de PPA, moins il devrait présenter un niveau de fonctionnement psychologique élevé. Cette hypothèse avait été émise non pas en considérant la présence de nombreuses données précises sur ce sujet dans la documentation mais plutôt en tenant compte des informations générales liant le perfectionnisme à la détresse psychologique. Effectivement, peu d'études se sont consacrées spécifiquement à la mesure de la relation entre le fonctionnement psychologique et le perfectionnisme. Par ailleurs, les écrits scientifiques incluent de l'information indirecte sur les liens entre le perfectionnisme et différentes dimensions impliquées dans le fonctionnement psychologique ce qui encourageait la formulation d'une telle hypothèse. Ainsi, les raisons possibles de l'observation, dans le cadre de cette étude d'une relation s'établissant entre le PPA et le fonctionnement psychologique seront identifiées.

Les écrits scientifiques présentés dans le contexte théorique contiennent ainsi de l'information sur des relations négatives entre le perfectionnisme et le sentiment de compétence. Ainsi, les études établissent que les perfectionnistes ont tendance à procrastiner (Adderholt-Elliott, 1989; Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992; Johnson & Slaney, 1996; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005). Adderholt-Elliott explique la procrastination par la présence d'une peur excessive de faire une erreur qui mène certaines personnes à éviter de participer à de nouvelles activités par peur de ne pas y exceller, ce qui pourrait sous-tendre notamment un sentiment

d'incompétence lequel présente un lien avec les concepts de maîtrise sur l'environnement et d'autonomie.

Par ailleurs, la mesure de fonctionnement psychologique tient compte d'un sentiment de maîtrise sur l'environnement. Effectivement, selon le modèle de Ryff auquel souscrit la présente étude, la mesure de fonctionnement psychologique tient compte de six différents concepts soient l'acceptation de soi, les relations positives avec autrui, l'autonomie, la compétence (relative à la maîtrise de l'environnement), les buts dans la vie et la croissance personnelle. C'est cette proximité conceptuelle qui a permis de formuler la quatrième hypothèse.

Cette hypothèse de corrélation entre le niveau de PPA et le fonctionnement psychologique a pu être confirmée lors de l'analyse des résultats de la présente étude. En effet, plus un patient coronarien présente un niveau élevé de PPA lors de son hospitalisation, moins son fonctionnement psychologique risque d'être adéquat environ six mois plus tard. Des études subséquentes seront donc nécessaires afin de déterminer avec plus de précision lesquelles des composantes du fonctionnement psychologique sont influencées par le PPA et si une relation de causalité peut être déterminée alors que la présente recherche ne fait état que de corrélations entre les deux variables.

Toujours en lien avec la notion de bien-être psychologique, la cinquième hypothèse (H5) stipulait que face à l'augmentation du niveau de PPA, il serait possible d'observer, en corrélation, une diminution de la satisfaction de vie, considérée comme l'une des composantes du bien-être psychologique. La satisfaction de vie réfère aux réactions d'un individu face à sa situation. Il s'agit de l'estimation par la personne elle-même de sa qualité de vie en fonction de ses propres critères. Le questionnaire fait notamment mention des conditions de vie, de la correspondance de la réalité avec les idéaux personnels du répondant, et du désir de changer ou non certains éléments advenant la possibilité de recommencer sa vie. Les résultats de la présente recherche ont permis de confirmer cette hypothèse : Plus un patient présente du PPA, plus sa satisfaction de vie risque de diminuer. La confirmation de cette hypothèse va dans le même sens que certains des travaux de Gilman et Ashby qui stipulent que les individus présentant du perfectionnisme adapté ont une satisfaction de vie plus élevée que ceux présentant un type de perfectionnisme inadapté (Gilman & Ashby, 2003; Gilman, Ashby, Sverko, Florell, & Varjas, 2005). Il est à noter toutefois que les instruments de mesure utilisés lors de ces études ne considèrent pas la typologie de Hewitt et Flett comme le fait la présente étude. Toutefois, en observant attentivement leurs définitions de ce que sont les perfectionnismes adaptés et inadaptés, une comparaison peut s'établir. Dans leur conceptualisation, le perfectionnisme inadapté se caractérise par ses relations significatives avec la dépression et l'anxiété ce qui n'est pas sans rappeler le PPA (Gilman, Ashby, Sverko, Florell, & Varjas, 2005). Effectivement, le PPA est la dimension qui présente les liens les plus importants avec la psychopathologie parmi les

trois dimensions du perfectionnisme recensées dans la conceptualisation de cet attribut psychologique (Hewitt & Flett, 1991). Ainsi, les résultats de la présente étude soutiennent les indications déjà présentes dans la documentation scientifique à l'effet qu'une personne présentant un niveau plus élevé de perfectionnisme inadapté, dans le cas présent de PPA, tend à présenter moins de satisfaction de vie.

Il est possible de se questionner sur les explications potentielles d'une telle diminution de la satisfaction de vie chez les patients coronariens présentant des niveaux élevés de PPA. Les lignes suivantes en établiront quelques-unes.

L'étude d'un phénomène récent introduit dans le contexte théorique soit le «nagging» pourrait expliquer certains de nos résultats. Le «nagging» pouvant être traduit par surprotection, a révélé que lorsque l'entourage émet à répétition ou de façon intrusive des directives visant la réalisation de certains comportements de santé cela peut générer des réactions d'impatience ou d'irritation chez le patient coronarien. Le patient coronarien peut alors ignorer les conseils, faire l'opposé, se retirer ou manifester son désaccord. Des conflits familiaux peuvent naître et des sentiments de manque de support et de distance peuvent être vécus à la fois par le patient et sa famille. Ainsi, les conséquences de cette surprotection constituent des facteurs susceptibles de diminuer les conditions de vie et, par le fait même, d'influencer la satisfaction de vie. Effectivement, la satisfaction de vie se définit comme étant l'évaluation par la personne elle-même de

son niveau de qualité de vie en fonction de ses propres critères. D'autre part, la lecture attentive du questionnaire permet d'identifier que les conditions de vie constituent l'un des cinq aspects pris en compte par le construit de satisfaction de vie (Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière 1989). Il est possible d'utiliser ces considérations comme point de départ afin de se questionner sur la raison influençant la survenue d'une corrélation inverse entre le PPA et la satisfaction de vie. Effectivement, le PPA semble avoir des points communs avec le phénomène du «nagging» ou surprotection. Le PPA consiste en la croyance que l'entourage entretient des attentes élevés envers soi et la surprotection se caractérise par les manifestations répétées de l'entourage qui entretient réellement des attentes élevés face aux changements comportementaux du patient (Hewitt & Flett, 1991; Tapp, 2004). Le nagging est caractérisé par la présence réelle d'une pression excessive de l'entourage alors que le PPA se définit par la croyance qu'une telle pression est exercée. Ainsi, il est possible que la croyance qu'une pression excessive est exercée sur soi soit suffisante pour générer une diminution des conditions de vie et par le fait même de la satisfaction de vie ce rend compte de l'importance des facteurs cognitifs et psychologiques sur le bien-être personnel d'un individu.

La dernière hypothèse vérifiée dans la présente étude portait sur la détresse psychologique. Ainsi, la sixième hypothèse (H6) stipulait que plus un patient présente un niveau élevé de PPA, plus il devrait présenter un indice élevé de détresse psychologique. Cette hypothèse a été supportée par les résultats de la présente étude. Ainsi, une corrélation statistiquement significative a été établie entre le niveau de PPA et

une mesure de détresse psychologique. Cette constatation va dans le sens de plusieurs études mentionnées dans le contexte théorique rapportant avoir observé des relations entre le niveau du PPA et la présence de diverses difficultés d'adaptation ou problématiques psychologiques (Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Les chercheurs ont effectivement noté des liens entre le perfectionnisme et la dépression (Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991), la procrastination (Adderholt-Elliott, 1989; Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992; Johnson & Slaney, 1996; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005), l'anxiété (Boivin & Marchand, 1996; Flett, Greene, & Hewitt, 2004), le trouble obsessionnel compulsif (Frost & DiBartolo, 2002), l'anxiété sociale (Alden, Ryder, & Mellings, 2002) et les tendances suicidaires (Bibeau & Dupuis, 2007; Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992; Lapointe & Émond, 2005).

Les Indices de détresse psychologique de l'enquête de santé Québec (IDPESQ-14), l'outil utilisé dans la présente étude pour obtenir de l'information sur la détresse psychologique mesure une symptomatologie non-spécifique que plusieurs chercheurs désignent comme «détresse psychologique» (Préville, Boyer, & Potvin, 1992). Cet outil tient compte des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le fait que la présente étude a établi la présence d'une relation significative entre le niveau de PPA et la moyenne des 14 items de cet outil suggère donc que les résultats de la présente étude vont dans le même sens que les recherches rapportant entre autres des liens entre ce type de perfectionnisme et la dépression ainsi qu'avec l'anxiété

(Flett, Russo, & Hewitt ; Hewitt, 1994; Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991; Minarik & Ahrens, 1996) et les tendances suicidaires (Bibeau & Dupuis, 2007 ; Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992 ; Lapointe & Émond, 2005).

Quelques auteurs ont par ailleurs tenté d'expliquer la relation s'établissant entre le PPA et certains indicateurs de la détresse psychologique. Ainsi, il a été suggéré que les perfectionnistes sont plus à même de vivre de l'anxiété parce que leur style cognitif de tout ou rien inclut la croyance qu'il doivent être parfaitement exempts de panique et que cette croyance est activée lorsqu'une sensation d'inconfort apparaît dans un moment de perte de contrôle (Flett, Greene, & Hewitt, 2004). Il a été également proposé qu'une personne perfectionniste doit faire face, en plus des stressseurs généralement rencontrés, à ceux créés par leur recherche de perfection dans tous les domaines (Flett & Hewitt, 2002). Il a également été envisagé que les perfectionnistes présentent aussi une tendance à anticiper l'échec et le stress, ce qui les rend particulièrement vulnérables à l'anxiété (Flett & Hewitt, 2002). L'auteure de la présente recherche considère que ces hypothèses sont envisageables considérant que les résultats de la présente étude identifie des impacts davantage psychologiques que comportementaux liés au PPA. Ainsi, l'explication de la relation actuellement observée entre le niveau de PPA et la détresse psychologique pourrait se trouver davantage dans la sphère cognitive ou affective. Il serait, en ce sens, intéressant de se questionner sur la façon dont les patients cardiaques présentant des niveaux élevés de PPA régularisent leurs affects.

Par ailleurs, certains chercheurs rapportent que la détresse psychologique peut être influencée par le sentiment d'échec du perfectionniste, que l'échec soit réel ou présumé (Flett & Hewitt, 2002). Considérant cette information, il serait également intéressant de questionner plus en profondeur les patients présentant un haut niveau de PPA et de détresse psychologique à ce sujet. Est-ce que les patients coronariens n'ayant pas atteint leur objectif d'instaurer de nouvelles habitudes liées à l'activité physique ou à l'alimentation considèrent cela comme un échec ? Si oui, sont-ils en mesure de bien évaluer leur performance ? Lors de la présente étude, la façon avec laquelle les patients jugeaient leur niveau de réussite en ce qui a trait aux habitudes liées à l'activité physique ou à l'alimentation n'était pas l'objet d'une attention soutenue et n'a pas été mesurée. Ainsi, il est possible que des sentiments d'échec aient pu influencer la relation entre le perfectionnisme et la détresse psychologique sans que cela ne soit considéré par l'auteure de la présente étude dans le questionnaire.

Une nouvelle hypothèse explicative peut également être mise de l'avant en lien avec les informations déjà rapportées pour tenter d'expliquer le lien observé entre le PPA et la détresse psychologique. Effectivement, l'IDPESQ-14, l'instrument qui mesure la détresse psychologique comporte quelques items traitant de relations plus tendues du patient avec son entourage, ce qui n'a pas été particulièrement exploré dans le contexte théorique de la présente étude. Toutefois, d'un point de vue clinique, les patients présentant une détresse psychologique se manifestant par des symptômes dépressifs ou anxieux vivent souvent, en parallèle, des tensions avec leurs proches. Ces derniers réagissent par exemple aux symptômes d'irritabilité ou de manque d'intérêt ou de plaisir

face aux activités habituelles. Ces altérations dans les relations familiales et professionnelles du patient font partie des critères diagnostiques de plusieurs psychopathologies (APA, 2000). Le PPA peut altérer les relations du patient avec son entourage ce qui peut, par conséquent, influencer son fonctionnement et son niveau de détresse psychologique sans qu'il n'y ait nécessairement présence de psychopathologie.

À l'instar de l'impact de la surprotection sur la satisfaction de vie, ce phénomène peut être également lié à la détresse psychologique. Tel que mentionné précédemment, la surprotection se produit lorsque la famille d'un patient émet de façon intrusive des commentaires ou des directives visant l'adoption de certains comportements de santé par ce dernier ce qui peut générer des réactions d'impatience, et d'irritation chez celui-ci qui peut se désinvestir de son traitement ou entretenir des relations tendues avec son entourage. Le patient cardiaque présentant du PPA présente des similitudes avec les patients aux prises avec le phénomène de surprotection. Le PPA constitue, de son côté, la perception par une personne que les individus significatifs de son entourage entretiennent des attentes inatteignables concernant son propre comportement. Il est possible de remarquer que la surprotection est caractérisée par la présence réelle d'une pression excessive de l'entourage alors que le PPA se définit par la croyance qu'une telle pression est exercée.

Le patient coronarien présentant du PPA pourrait, tout comme les patients concernés par le phénomène de surprotection qui doivent réellement faire face à des pressions excessives de l'entourage, en venir à entretenir un sentiment d'impuissance. Ce sentiment d'impuissance pourrait être suivi par du repli et par un manque d'adhérence au traitement. Effectivement, le patient présentant du PPA considère lui aussi que son entourage présente des attentes irréalistes qu'il associe à une demande de perfection dans le cadre de la modification de ses habitudes de vie. De telles attentes perçues par le patient peuvent faire naître un inconfort, de l'impuissance et de l'anxiété. Par ailleurs, l'anxiété pouvant être liée à la conscience d'un manque d'adhérence au traitement et les tensions interpersonnelles semblent effectivement être des aspects pouvant influencer le niveau de détresse psychologique mesuré dans l'IDPESQ-14 alors qu'il contient des questions comme «Vous êtes-vous senti seul ?», «Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression ?» et «Vous êtes-vous senti négatif envers les autres ?».

Ainsi, de façon générale, les résultats actuels obtenus auprès de patients coronariens relativement à la relation entre la dimension sociale du perfectionnisme, le PPA, et la détresse psychologique viennent appuyer ceux obtenus dans les études réalisées auprès de diverses populations cliniques notamment des femmes présentant des troubles somatiques, (Saboonchi & Lundh, 2003); des étudiants collégiaux (Hayward & Arthur, 1998), des patients dépressifs et anxieux (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). La présence de détresse psychologique chez les personnes présentant du PPA semble donc bien documentée mais ses causes demeurent incertaines.

En dernier lieu, en ce qui concerne les données concernant le bien-être psychologique, il est possible, d'après les résultats obtenus par la présente étude de remarquer un niveau de force de relation différent en ce qui a trait aux valeurs des corrélations statistiques entre le PPA et les différentes composante du construit de bien-être psychologique. C'est la relation entre le perfectionnisme et le fonctionnement psychologique qui est la plus forte puis, dans l'ordre, celle entretenue avec la détresse psychologique puis celle le liant à la satisfaction de vie. Certaines pistes de réflexion peuvent être envisagées pour tenter d'expliquer cette situation. Ainsi, il est possible de formuler l'hypothèse que le PPA a une corrélation plus forte avec le fonctionnement psychologique qu'avec la détresse psychologique parce qu'il touche davantage la sphère cognitive. Effectivement, le fonctionnement psychologique d'un individu est évalué en observant ses perceptions de vie, ce qui de nature cognitive, alors que la détresse psychologique se mesure davantage en termes de comportements lorsqu'on se réfère aux items des questionnaires mesurant ces deux construits soient respectivement l'*Échelle de bien-être psychologique de Ryff* et les *Indices de détresse psychologique-Enquête Santé Québec* précédemment cités dans la méthode. D'autre part, il est possible que le construit de satisfaction de vie soit influencé par le fonctionnement psychologique du participant. Ainsi, la relation s'établissant entre le PPA et la satisfaction de vie serait indirecte, ce qui lui confère une corrélation statistique plus faible. Une seule conclusion s'impose toutefois : à savoir que le PPA doit être à nouveau mis en lien avec les différentes facettes du bien-être psychologique afin d'en connaître davantage sur le sujet.

Question exploratoire : différences liées au sexe

Concernant l'impact de la variable sexe sur la distribution du PPA dans la population coronarienne, les résultats de la présente étude identifient le fait qu'aucune différence significative du niveau de PPA n'a été notée en fonction du sexe des patients. Ces résultats actuels vont à l'encontre de plusieurs études soulignant que les femmes présentent des niveaux plus élevés de PPA (Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). Il est à noter que ces études n'ont pas eu lieu au Québec et que les participants étaient anglophones. L'étude de validation du MPS auprès de la population québécoise ne signale toutefois aucune différence liée au sexe parmi les trois sous-types de perfectionnisme, ce qui va dans le même sens que les résultats actuels (Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998). Il semble donc qu'un facteur culturel soit à considérer dans l'étude de la relation entre le PPA et le genre. Il est également possible de se questionner à savoir si l'absence de relation statistiquement significative entre le PPA et le sexe pourrait être liée au nombre peu élevé de participants féminins alors que seulement 23 des 130 participants de l'étude sont des femmes. À la lumière de ces résultats, il semble que d'autres études auprès de la population canadienne et québécoise soient nécessaires en raison de l'absence de consensus au niveau de la recherche entourant le perfectionnisme.

En somme, le PPA ne semble pas avoir de relation avec deux des éléments clés du processus d'adaptation à la maladie des patients cardiaques soient les comportements

reliés à l'activité physique et à l'alimentation, ce qui va à l'encontre des résultats suggérés par des études effectuées auprès de populations différentes notamment des étudiants et des personnes qui mettent en évidence des liens entre le perfectionnisme et la présence de problèmes ou de troubles alimentaires. Toutefois, une corrélation s'établit entre le PPA et le bien-être psychologique des patients coronariens, notamment par ses relations négatives avec le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie et sa relation positive avec la détresse psychologique ce qui est supporté de façon générale par les écrits scientifiques. Ainsi, il est important de souligner que le PPA semble entretenir des relations plus étroites avec des éléments davantage d'ordre cognitif ou émotionnel que d'ordre comportemental pour la population coronarienne à l'étude.

Implications théoriques et pratiques

À la suite de l'analyse des résultats, il est possible d'énoncer que le PPA est corrélé au bien-être psychologique des patients coronariens sans nécessairement présenter de liens avec des composantes clés de son programme de modifications comportementales reliées à l'activité physique et à l'alimentation. Cette constatation permet d'énoncer que le PPA présente une relation davantage sur les sphères cognitives et affectives des patients coronariens sans pour autant que la sphère comportementale ne semble être influencée durant la première année suivant l'hospitalisation sans qu'une relation causale ne puisse être déterminée par la présente étude. Il est par ailleurs possible que des implications comportementales soient notées plus tardivement alors que l'approche cognitivo-comportementale classique en psychologie suggère qu'une situation déclenche

en premier lieu des pensées qui suscitent par la suite des émotions qui influencent finalement les comportements (Dionne, 2009 ; Royal College of Psychiatrists, 2006). D'autre part, les approches cognitivo-comportementales plus récentes impliquent que les cognitions, les émotions et les comportements moteurs s'influencent mutuellement (Dionne, 2009 ; Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999). Le fait que les cognitions et les émotions soient impliquées laisse croire que l'aspect comportemental pourrait être sollicité tôt ou tard.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude mesurant l'impact de la variable sexe sur la distribution du PPA dans la population coronarienne identifient le fait qu'aucune différence significative du niveau de PPA n'a été notée en fonction du sexe des patients. Cela signifie qu'au plan clinique, les intervenants n'ont pas, en regard du PPA, à réaliser des interventions spécifiques en fonction du sexe des patients coronariens.

La présente recherche permet d'établir qu'il ne semble pas y avoir de besoin particulier à instaurer un programme de soins accordant une place à la réhabilitation du perfectionnisme chez les patients coronariens considérant que ces derniers présentent des niveaux inférieurs de PPA comparativement à la population générale. Dans une optique plus régionale, les résultats dénotant la présence de détresse psychologique six mois après l'évaluation initiale des participants soutiennent l'orientation d'intervention présentement en vigueur au Centre de santé et services sociaux de Chicoutimi qui assure

un suivi personnalisé à long terme aux patients souffrant de maladie coronarienne dans le cadre du «Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques au Saguenay-Lac-Saint-Jean». Ce programme a comme objectif d'offrir à la clientèle à risque très élevé et atteinte de maladies chroniques notamment de maladies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, d'asthme, et de diabète, une gamme complète de services intégrés comme des consultations en kinésiologie, en nutrition, en pharmacie, en soins infirmiers et en psychologie (Gagnon, Gravel, Tremblay, & Gagnon, 2004). D'autre part, cette orientation vers l'interdisciplinarité est également encouragée dans les ouvrages en psychocardiologie (Jordan & Bardé, 2007; Molinari, Compare, & Parati, 2006).

Toutefois, les résultats suggèrent que le perfectionnisme et notamment sa dimension sociale, le PPA, pourrait être considéré dans une perspective principalement préventive. Une évaluation pourrait se faire lors d'hospitalisation considérant que la présente étude a établi qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre un PPA élevé et le niveau de détresse psychologique présent six mois plus tard. Une telle approche serait susceptible de contribuer au dépistage de patients coronariens à risque de présenter de la détresse psychologique dans les mois suivants bien qu'aucun lien de causalité n'ait été déterminé. Effectivement, la seule corrélation entre le PPA et la détresse psychologique demeure préoccupante et l'état des patients coronariens mérite qu'on s'y arrête. Ainsi, une approche préventive pourrait permettre d'offrir aux patients coronariens présentant du PPA un suivi individualisé pouvant prendre la forme, par

exemple, d'appels téléphoniques réguliers visant à évaluer leur bien-être psychologique. Il est aussi suggéré que les psychologues œuvrant dans les centres hospitaliers ou plus spécifiquement dans les départements de cardiologie soient davantage sensibilisés à la dimension sociale du perfectionnisme de telle sorte qu'ils pourraient réaliser une évaluation plus complète des caractéristiques susceptibles d'influencer la détresse psychologiques des patients qui leur sont référés. Ces données pourraient, par exemple, permettre la mise au point et l'établissement d'un plan de traitement destiné spécifiquement aux patients chez qui un PPA élevé a été noté.

Face au traitement des patients présentant de la détresse psychologique, il serait indiqué d'envisager l'utilisation de modalités d'intervention spécialement axées sur la dimension sociale du perfectionnisme, le PPA. Ces différentes modalités devront par ailleurs avoir été étudiées de façon approfondie et avoir su démontrer leur efficacité. Les suggestions suivantes ne sont proposées qu'à titre indicatif seulement afin d'illustrer les avenues de traitement à explorer. Le traitement pourrait davantage cibler la sphère cognitive du patient, identifiant et corrigeant ses pensées erronées. Ainsi, le psychologue pourrait, dans un premier temps, amener le patient coronarien présentant un PPA élevé à prendre conscience des pressions externes qu'il ressent et à identifier leur impact sur lui-même particulièrement sur ses pensées et émotions. Par la suite, le patient pourrait être guidé vers l'élaboration de nouvelles stratégies adaptatives pour gérer ces demandes ressenties comme des exigences externes. D'un point de vue développemental, il pourrait être adéquat d'évaluer des construits tels que l'estime de soi considérant

l'importance accordée au regard de l'autre, de même que la sensibilité au rejet et à l'échec. Des interventions auprès de groupes de patients pour dispenser un enseignement visant à favoriser l'adaptation à la maladie coronarienne pourraient s'organiser et accorder une importance particulière au PPA et aux façons d'interagir adéquatement avec l'entourage et ses demandes. Enfin, dans une perspective plus large, les considérations soulevées dans cet essai suggèrent qu'il serait adéquat que les personnes côtoyant des patients coronariens notamment les conjoints et les familles élargies soient sensibilisées à l'impact potentiellement néfaste que la pression excessive et des attentes irréalistes peuvent avoir sur les sphères cognitives et affectives lorsque le malade présente un PPA élevé. Ainsi, l'entourage d'une personne malade devrait également pouvoir bénéficier d'enseignements de l'équipe de soins, une approche présente dans certains hôpitaux, dans des cliniques spécialisées ou dans les services hospitaliers de psychologie. Ces rencontres auprès des proches pourraient inclure un enseignement sur les techniques de support à l'autonomie et de renforcement positif afin qu'une réelle coopération s'établisse entre le patient et ses proches plutôt qu'une dynamique coercitive potentiellement infantilisante pour le patient. Des méthodes permettant d'offrir un soutien adéquat au patient pourraient être identifiées et apprises par les proches.

Ainsi, la présente étude démontre la possibilité et l'importance de considérer le PPA des patients coronariens dans une optique de prévention et d'enseignement auprès des professionnels de la santé psychologique œuvrant dans des contextes d'adaptation à la maladie coronarienne. Effectivement, de hauts niveaux de PPA sont corrélés de

manière néfaste aux sphères cognitives et affectives des patients coronariens. Il s'avère important de demeurer à l'affût des éléments touchant l'apparition de détresse psychologique qui pourrait amener chez les patients un besoin à consulter les psychologues en milieu hospitalier. Par ailleurs, les résultats de la présente étude n'indiquent pas la nécessité d'instaurer une approche visant à encadrer différemment les modifications comportementales des patients coronariens présentant de hauts niveaux de PPA lors de l'hospitalisation.

Forces et limites de la recherche

La présente recherche présente des forces certaines qu'il faut souligner et qu'il serait à propos de considérer dans les recherches subséquentes. En premier lieu, cette recherche est la première à étudier de façon empirique la présence du perfectionnisme chez les patients coronariens et ses relations avec leurs comportements de santé et leur bien-être psychologique. Par ailleurs, l'étude actuelle est aussi la première à utiliser l'échelle multidimensionnelle du perfectionnisme (EMP) auprès de patients coronariens. Les données recueillies contribuent donc à dégager des normes régionales pour un échantillon de patients coronariens québécois francophones. La taille relativement importante de l'échantillon (N =130) constitue également une force de la présente étude considérant qu'elle a permis de dépasser largement la puissance statistique requise, augmentant ainsi la validité externe et les possibilités de généralisation des résultats. Une autre force pouvant être recensée dans cette recherche est le fait que les participants aient été suivis pendant une période de six mois. Cela représente un avantage alors qu'il

est possible de constater que les relations observées entre le perfectionnisme et les différentes variables liées au bien-être psychologique perdurent dans le temps, ce qui confère un poids supplémentaire aux observations. Ce schème longitudinal devrait être privilégié dans les études subséquentes afin, entre autre, de pouvoir établir s'il existe une relation de causalité.

Bien que cette recherche ait été réalisée en prenant grand soin d'utiliser une méthode rigoureuse tenant compte des étapes essentielles de la démarche scientifique, certaines failles ont pu être relevées. Ainsi, un certain nombre de limites doivent être mentionnées et elles seront expliquées dans les prochains paragraphes dans le but d'éviter que d'autres chercheurs s'intéressant au PPA ne se heurtent aux mêmes difficultés.

D'abord, il est primordial de noter que cette recherche est de nature corrélationnelle. Elle décrit l'existence d'une corrélation sur le plan statistique entre le perfectionnisme et différentes variables notamment avec une mesure de détresse psychologique effectuée six mois après la première évaluation des participants. Cette étude a permis d'observer que plus le niveau de PPA est élevé, plus il y a présence de détresse psychologique et moins le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie sont élevés. Toutefois, dans de telles conditions, l'établissement d'une inférence causale ne serait, que pure spéculation considérant que la corrélation n'implique pas la

causalité. Il est effectivement possible que les associations notées dans la présente étude soient liées à des mouvements parallèles mais indépendants. Par exemple, un phénomène de surprotection, une baisse d'estime de soi, une dégradation de la maladie ou l'apparition d'impuissance apprise pourrait avoir eu lieu entre la mesure initiale du PPA et celle de la détresse psychologique six mois plus tard. Donc, des éléments autres que le PPA pourraient avoir causé la détresse psychologique, bien qu'une corrélation statistique ait été observée entre le PPA et la détresse psychologique. Ainsi, le fait d'avoir privilégié un schème de recherche de nature corrélationnelle plutôt que causale est en soit l'une des limites de la recherche parce que ce choix ne permet pas de spécifier avec exactitude l'origine de la relation observée. Des recherches subséquentes pourraient établir la présence ou l'absence d'un lien de causalité entre les variables et, selon le cas, soit tenter de l'expliquer ou chercher à identifier la présence de d'autres variables impliquées dans le phénomène.

L'absence d'un groupe contrôle constitue une autre des limites de la présente recherche. Effectivement, afin de pouvoir réellement attribuer les présents résultats à la variable indépendante, il aurait été préférable de former un groupe de participants provenant de la population générale qui soit le plus semblable possible à l'échantillon de patients coronariens par exemple en termes d'âge, de sexe et de provenance (Robert et al., 1988). Par ailleurs, il est à noter que l'échantillon actuel n'est constitué que de patients provenant de la région du Saguenay-Lac-St-Jean ce qui empêche la généralisation des résultats aux différentes régions du Québec. Il serait donc souhaitable

que des études ultérieures incluent des populations provenant de différentes parties du Québec afin de remédier à cette lacune.

D'autre part, les résultats présentés sont basés sur des données auto rapportées par les participants qui avaient à remplir un questionnaire, ce qui constitue en soi un biais de taille. Les gens ont pu mal interpréter certaines questions ou encore chercher à présenter une image positive d'eux-mêmes ou à l'inverse une image plus négative qu'elle ne l'est en réalité. Lors de l'utilisation de mesures auto-rapportées administrées en présence d'un intervieweur, les répondants ont effectivement parfois tendance à répondre de façon inexacte étant influencés par le phénomène de la désirabilité sociale qui se traduit par une tendance à fournir les réponses les plus susceptibles de donner une image positive de soi (Allaire et al., 1988). Il pourrait ainsi être souhaitable de reproduire cette étude à l'aide de méthodes différentes de cueillette de données afin d'obtenir des mesures plus objectives. L'utilisation d'entrevues semi-structurées pourrait être envisagée et l'avis d'un tiers pourrait être sollicité lors de la cueillette de données, ce qui aurait le bénéfice de nuancer les choses et de diminuer la probabilité d'un biais auto-rapporté.

La façon de mesurer les comportements de santé soit les habitudes alimentaires et d'activité physique de même que le fonctionnement psychologique a pu par ailleurs manquer de spécificité. Dans un premier temps, les liens unissant le PPA et les aspects plus malsains des habitudes alimentaires des patients coronariens n'ont pu être vérifiés

dans la présente étude considérant le manque de cohérence interne de la sous-échelle des comportements alimentaires. Par la suite, il est possible de noter que la variable d'activité physique était mesurée en tenant compte uniquement de sa durée et de son intensité sans tenir compte notamment de la satisfaction du patient face à ses efforts ou du niveau de plaisir qu'il en a retiré bien que la documentation scientifique suggère que ces variables puissent influencer la performance (Wieczorek, Flett, & Hewitt, 2003). Concernant la variable du fonctionnement psychologique, le calcul a été fait en établissant la moyenne des 18 items de la section «Vos perceptions de vie». Il n'est donc pas possible de faire une analyse poussée en fonction des différents aspects du fonctionnement psychologique alors que les calculs n'ont pas été spécifiques à chacune des dimensions de la conception de Ryff.

Une dernière limite concerne la possibilité de généralisation des résultats. Les données ont été recueillies auprès d'un échantillon qui démontre un large éventail en ce qui a trait à l'âge, mais qui était majoritairement composé d'hommes à la retraite. Ces données ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des patients coronariens.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues pourraient être explorées en vue de poursuivre le travail amorcé dans le cadre de la présente recherche. D'abord, les recherches futures pourraient tenter de remédier à certaines des limites énoncées dans la section précédente soit par l'utilisation de méthodes différentes de collectes de données

ou en ciblant des populations distinctes. Des populations de patients comportant davantage de femmes ou de personnes sur le marché du travail atteintes de MCV pourraient être notamment ciblées. Il pourrait s'avérer intéressant de comparer de façon plus approfondie les niveaux de PPA des patients coronariens en fonction de leurs occupations respectives et de leur âge. Il serait également utile face à la variable de l'activité physique, d'inclure une mesure de satisfaction face à ses efforts ou de plaisir relatif à l'exercice, tout en tenant compte de la performance et de la nature de l'activité physique dans laquelle s'engage le patient. Le fait de considérer le contexte et la performance en activité physique s'avère incontournable dans les études subséquentes s'intéressant aux relations entretenues entre le PPA et l'activité physique considérant qu'il s'agit possiblement de variables modératrices de cette relation.

Par la suite, une étude longitudinale se déroulant sur une période d'au moins une année constituerait une façon adéquate de continuer le travail exploratoire de la présente étude. Plusieurs questionnaires devraient être remis aux participants à des intervalles de quelques mois, afin de bien suivre l'évolution de la cohorte de patients coronariens dans leur processus de réhabilitation et définir plus précisément dans le temps les corrélations s'établissant avec le PPA lors de ces différentes périodes de cueillette de données. Effectivement, la réhabilitation est un processus davantage qu'un état et l'instauration de plusieurs modifications comportementales (habitudes alimentaires, activité physique etc.) nécessite du temps. La présence des autres dimensions du perfectionnisme notamment le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et le perfectionnisme orienté vers autrui (POA) devrait également être étudiée dans le cadre de cette étude longitudinale

chez les patients coronariens afin d'obtenir une vision plus globale du perfectionnisme chez ce type de patients.

Par ailleurs, les recherches ultérieures pourraient essayer de préciser la nature du lien observé entre le PPA et le bien-être psychologique chez les patients vivant avec une maladie coronarienne. Le sens de la relation observée s'établissant entre le PPA et le bien-être psychologique n'a pas été approfondi lors de la présente étude puisque celle-ci est de nature corrélationnelle et qu'elle ne permet donc pas de se prononcer sur les relations de causalité. Ainsi, il demeure impossible de déterminer à l'aide des corrélations rapportées dans la présente étude, si ce sont les différentes composantes du bien-être psychologique (fonctionnement psychologique, satisfaction de vie et détresse psychologique) qui influencent le PPA ou si, à l'inverse, c'est le PPA qui influence plutôt le bien-être et ses différentes composantes. Des études subséquentes pourraient se pencher sur cette question. Par ailleurs, il s'avère intéressant de sensibiliser les futurs chercheurs sur le fait que cette relation entre le PPA et le bien-être psychologique pourrait être de nature bidirectionnelle. Effectivement, il serait plausible que la présence de PPA puisse entraîner une diminution de bien-être chez certains individus présentant déjà des vulnérabilités au plan psychologique. Il serait également concevable que l'entourage d'une personne vivant une diminution de son bien-être psychologique et de son fonctionnement réagisse d'une façon ou d'une autre et que la personne interprète ces réactions en ayant la perception que son entourage exige d'elle la perfection (PPA). Les chercheurs intéressés pourraient également tenter de vérifier la présence d'un lien de

causalité entre le PPA et la détresse psychologique et identifier les variables médiatrices susceptibles d'amplifier ou de diminuer l'effet observé. Au nombre de ces variables médiatrices potentielles se trouvent les suivantes : 1) l'état psychologique précédent le malaise cardiaque afin de s'assurer que la détresse psychologique est liée principalement à l'événement, 2) la présence de surprotection de la part de l'entourage et 3) le niveau de succès des patients face à la modification de leurs comportements de santé; le niveau de performance devant être à la fois établi par le patient et par un évaluateur externe. Ainsi, ces recherches pourraient contribuer au développement des connaissances concernant la psychocardiologie et seraient susceptibles d'aider à découvrir des avenues nouvelles de prévention et d'intervention face au fléau que constituent les maladies cardiovasculaires.

Somme toute, il serait important de reproduire la présente recherche afin d'obtenir davantage de données probantes concernant la présence et l'impact du PPA chez les patients présentant un diagnostic de maladie cardiovasculaire. Par ailleurs, afin d'obtenir un portrait plus complet de ce type de patient à l'égard du perfectionnisme, il serait intéressant de tenter de mesurer toutes les dimensions de ce trait personnel en conformité avec l'approche multidimensionnelle élaborée par Hewitt et Flett. Ainsi, les dimensions intrapersonnelles comprenant le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et le perfectionnisme orienté vers les autres (POA) seront également à considérer. Il serait également enrichissant que ce type d'étude sur les différentes dimensions du perfectionnisme soit également mené auprès de patients atteints par d'autres maladies chroniques dans le but d'élargir la compréhension du rôle spécifique de ce trait de caractère dans le processus d'adaptation à la maladie.

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires (MCV) comptent parmi les affections causant le plus de décès chez les canadiens. Ce type de maladie engendre donc des coûts individuels et collectifs indéniables. Des individus sont atteints par les MCV, en présentant les symptômes toutefois, sans présenter de diagnostic, les familles et les amis de ces patients sont également touchés par les MCV. Des proches doivent soutenir le patient durant sa convalescence, des employeurs doivent s'adapter à l'absence d'un employé et la communauté doit s'organiser afin de défrayer les coûts engendrés par les hospitalisations et le système de santé. Ainsi, personne ne devrait rester indifférent face aux MCV et chacun devrait faire sa part à sa façon. La contribution de cette recherche s'inscrit dans une nouvelle approche visant à faire avancer les connaissances sur les relations s'établissant entre une variable psychologique précise et les maladies coronariennes. Ainsi, cette étude est la première tentant de mettre en lien le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) avec la réalité des patients atteints de maladies coronariennes.

Dans les écrits scientifiques, le perfectionnisme est de plus en plus considéré comme un trait de personnalité multidimensionnel comportant notamment une dimension sociale, soit le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA). Cette dimension particulière du perfectionnisme est fortement associée empiriquement à des difficultés

d'adaptation et à de la détresse psychologique auprès de différentes populations cliniques et non cliniques. Aucune étude n'a cependant évalué la présence de cette dimension du perfectionnisme chez des patients coronariens ainsi que ses relations avec différents facteurs comme les changements d'habitudes de vie influençant leur adaptation à la maladie. La présente recherche avait donc comme objectif central d'examiner les relations entre la dimension sociale du perfectionnisme, le PPA, et les comportements de santé des patients coronariens de même qu'avec le bien-être psychologique de ces derniers.

Les analyses démontrent qu'il n'y a pas un plus haut niveau de PPA dans la population des patients atteints de maladies cardiovasculaires que dans la population en général. De plus, aucune différence significative de niveau de PPA n'a été notée en fonction du sexe, à l'inverse de ce que d'autres recherches avaient par ailleurs noté. Toutefois, les résultats ont établi qu'il y avait une relation entre le PPA et différents construits associés à la notion de bien-être psychologique chez les patients coronariens. La présente recherche a effectivement démontré l'existence de relations statistiquement significatives entre le PPA et chacune des variables suivantes : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. Ainsi, les patients coronariens présentant davantage de PPA démontrent un niveau moins élevé de fonctionnement psychologique et de satisfaction de vie et plus de détresse psychologique que ceux qui présentent des niveaux moins élevés de PPA.

Sur le plan théorique, les données actuelles, les premières obtenues auprès d'un échantillon composé de patients coronariens constituent donc un apport empirique notable à la notion du perfectionnisme et aux connaissances entourant les maladies cardiovasculaires. Les résultats de cette étude soulèvent également des implications spécifiques sur le plan clinique. D'abord, ils soutiennent que le PPA est en relation avec les sphères cognitives et émotionnelles des patients coronariens sans pour autant être lié à la sphère comportementale considérant qu'aucune relation n'a été notée entre le PPA et les comportements alimentaires ou d'activité physique. Ensuite, les résultats suggèrent que le niveau de perfectionnisme mesuré lors de l'hospitalisation d'un patient coronarien est en relation avec le bien-être psychologique qu'il présentera six mois plus tard. Ainsi, le point central soulevé par la présente étude est la corrélation entre le PPA et la détresse psychologique observée six mois plus tard et par conséquent la nécessité d'étudier la possibilité que le perfectionnisme constitue une variable prédictrice face au fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique chez des patients coronariens six mois après l'évaluation initiale de ce trait de personnalité. Par ailleurs, la présente étude établit clairement la nécessité d'inclure des enseignements concernant le perfectionnisme en général et à tout le moins concernant sa dimension sociale, le PPA, dans les programmes de formation des professionnels susceptibles d'avoir à gérer la détresse psychologique chez des patients atteints de maladie cardiovasculaire puisqu'ils auront, sur un plan clinique, à identifier les facteurs susceptibles de l'influencer et à développer des plans de traitement pour présenter un meilleur contrôle de ces facteurs dont le PPA fait partie.

Enfin, il demeure indispensable de poursuivre les recherches visant à approfondir les connaissances sur les différentes dimensions du perfectionnisme. Il est important de mieux saisir leurs impacts sur les sphères cognitives, affectives et comportementales de patients ayant à s'adapter à différentes formes de maladies physiques et psychologiques si l'on souhaite arriver à développer une meilleure compréhension des relations entre ce trait de personnalité et le processus d'adaptation à la maladie.

Références

- Adderholt-Elliott, M. (1989). Perfectionism and underachievement. *Gift Child Today*, 12, 19-21.
- Ades, P., & Coello, C. (2000). Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. *Medical Clinic of North America*, 84, 251-265.
- Alden, L. E., Ryder, A. G., & Melling, T. M. B. (2002). Perfectionism in the context of social fears : Toward a two-component model. Dans Flett & Hewitt (Éds), *Perfectionism : Theory, research and treatment* (pp.373-392). Washington: American Psychological Association.
- Allaire, D., Beaugrand, J. P., Bélanger, D., Bouchard, M., Charbonneau, C., Doré, F. Y., Earls, C., Fortin, A., & Sabourin, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. St-Hyacinthe : Edisem
- Amick, T. L., & Ockene, J. K. (1994). The role of social support in the modification of risk of cardiovascular disease. Dans S. A. Shumaker & S. M. Czajkowski (Éds), *Social support and cardiovascular disease*. New York : Plenum Press.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimension of perfectionism across the anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.)*. Washington, DC.
- Augustin, T., Glass, T. A., James, B. D., Schwartz, B. S. (2008). Neighborhood psychosocial hazard and cardiovascular diseases: the Baltimore Memory Study. *American Journal of Public Health*, 98, 1664-1670.
- Bairez Merz, C. N., Dwyer, J., Nordstrom, C. K., Walton, K. G., Salerno, J. W., Schneider, R. H. (2002). Psychosocial stress and cardiovascular disease : pathophysiological links. *Behavioral Medicine*, 27, 141-147.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders : Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.

- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 147-152.
- Baum, A. & Posluszny, D. M. (1999). Health Psychology : Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *American Review of Psychology, 50*, 137-163.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*, 90-113.
- Berkman, L. F. (2005). Tracking social and biological experiences: The social etiology of cardiovascular disease. *Circulation, 111*, 3022-3024.
- Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Cowan, M.J., et al. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *Journal of American Medical Association, 289*, 3106-3116.
- Bibeau, L., Dupuis, G. (2007). Détresse psychologique, perfectionnisme, insatisfaction de l'image corporelle : validation d'un modèle explicatif de la problématique suicidaire. *Revue canadienne des sciences du comportement, 39*, 119-134.
- Biddle, S. J. H., & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity : Determinants, well-being and interventions*. London : Routledge.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with life scale ». *Journal canadien des sciences du comportement, 21*, 210-223.
- Blouin, A. G., Bushnik, T., Braaten, J., & Blouin, J. H. (1989). Bulimia and diabetes : Distinct psychosocial profiles. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 93-100.
- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Le perfectionnisme et les troubles anxieux. *Revue québécoise de psychologie, 17*, 131-163.
- Boudrez, H., & De Backer, G. (2001). Psychological status and the role of coping style after coronary artery bypass graft surgery. Results of a prospective study. *Quality of Life Research, 10*, 37-47.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue québécoise de psychologie, 18*, 271-310.
- Buckworth, J., & Dishman, R. K. (2002). *Exercise psychology*. Champaign : Human Kinetics.

- Costa, P. T., Zonderman, A. B., McCrae, R. R., & Williams, R. B. (1986). Cynicism and paranoid alienation in the Cook and Medley HO Scale. *Psychosomatic Medicine*, 48, 283-285.
- Daigle, J.-M. (2006). *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Québec : Institut national de santé publique au Québec.
- Das, S., & O'Keefe, J. H. (2006). Behavioral cardiology : Recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. *Current Atherosclerosis Reports*, 8, 111-118.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26, 20-23.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York : Harper
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2005). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665-676.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 185, 506-519.
- Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism. Dans Flett & Hewitt (Éds), *Perfectionism : Theory, research and treatment* (pp. 217-230). Washington : American Psychological Association.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPower : A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 28, 1-11.
- Flett, G. L., Besser, A., & Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, ego defense styles and depression : a comparison of self-reports versus informant rating. *Journal of Personality* 73, 1356-1396.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., & Koledin, S. (1991). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 9, 185-201.

- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., & Koledin, S. (1992). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Social Behavior and Personality, 20*, 85-94.
- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 22*, 39-57.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington : American Psychological Association.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science, 14* 14-18.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 12*, 61-68.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & Dynn, C. B. (1994). Dimensions of perfectionism and type A behavior. *Personality and Individual Differences, 16*, 477-485.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences, 10*, 731-735.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Rosa, T. D. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences, 20*, 143-150.
- Flett, G. L., Russo, F. A., & Hewitt, P. L. (1994). Dimensions of perfectionism and constructive thinking as a coping response. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 12*, 163-179.
- Fondation des maladies du cœur (2009). *Statistiques*. Document récupéré le 29 août 2009 sur le site internet de la Fondation des maladies du cœur à l'adresse suivante : <http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562179/k.9FCD/Statistiques.htm#malduc>
- Friedman, M., & Ghandour, G. (1993). Medical diagnosis of type A behavior. *American Hearth Journal, 126*, 607-618.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your hearth*. New York: Fawcett.

- Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety and obsessive-compulsive disorder. Dans Flett & Hewitt (Éds), *Perfectionism : Theory, research and treatment* (pp.341-372). Washington: American Psychological Association.
- Frost, R. O., Martin, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gagnon, D., Gravel, M., Tremblay, M., & Gagnon, M. (2004). *Programme régional de la trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*. Programmmations cliniques et documents de travail, Complexe hospitalier de la Sagamie.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.
- Gilman, R., & Ashby, J. S. (2003). A first study of perfectionism and multidimensional life satisfaction among adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 23, 218-235.
- Gilman, R., Ashby, J. S., Sverko, D., Florell, D., & Varjas, K. (2005). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among croatian and american youth. *Personality and Individual Differences*, 39, 155-166.
- Golgnier, E. M., Cockell, S. J., & Strikameswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. Dans Flett & Hewitt (Éds), *Perfectionism : Theory, research and treatment* (pp. 319-340). Washington : American Psychological Association.
- Godin, G., & Shepard, R. J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10, 141-146.
- Gordon, N. F., & Haskell, W. L. (1997). Comprehensive cardiovascular disease risk reduction in a cardiac rehabilitation setting. *American Journal of Cardiology*, 80, 69-73.
- Hall, H., Kerr, A. W., Kozub, S. A., & Finnie, S. B. (2007). Motivation antecedents of obligatory exercise. The influence of achievement goals and multidimensional perfectionism. *Psychology of Sports and Exercises*, 8, 297-316.

- Hall, H., Kerr, A. W., Matthews, J. (1998). Precompetitive anxiety in sport : The contribution of achievement goals and perfectionism. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 20*, 194-217.
- Hapuarachchani, J. R., Chalmers, A. H., Winefiels, A. H., & Blake-Mortimer, J. S. (2003). Changes in clinically relevant metabolites with psychological stress parameters. *Behavioral Medicine, 29*, 52-59.
- Haskell, W. L., Alderman, E. L., Fair, J. M., Maron, D. J., Mackey, S. F., Superko, H.R., et al. (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. *Circulation, 89*, 975-990.
- Haynes, S. G., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology, 111*, 37-58.
- Hayward, L., & Arthur, N. (1998). Perfectionism and post-secondary students. *Canadian Journal of Counselling, 32*, 187-199.
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness : A theory of subjective well-being*. New York : Longman.
- Herrmann-Lingen, C., & Buss, A. (2007). Anxiety and depression in patients with coronary heart disease. Dans Jordan, Bardé, & Zeiher (Éds), *Contributions toward evidence-based psychocardiology : a systematic review of the literature*. (pp.125-157). Washington: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts : Conceptualization, assessment, and associations with psychopathology. *Journal of Psychology and Social Psychology, 60*, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317-326.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology, 9*, 181-190.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The multidimensional perfectionism scale : Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment : Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 464-468.

- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 439-460.
- Hollander, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6*, 94-103.
- Hurley, J. B., Palmer, R. L., & Stretch, D. (1990). The specificity of the Eating Disorder Inventory : A reappraisal. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 419-424.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Report, 39*, 1215-1228.
- Jordan, J., & Bardé, B. (2007). Psychodynamic hypotheses on the etiology, course, and psychotherapy of coronary heart disease : 100 years of psychoanalytic research. Dans Jordan, Bardé & Zeiher (Éds), *Contributions toward evidence-based psychocardiology : a systematic review of the literature* (pp.35-81). Washington: American Psychological Association.
- Johnson, D. P., & Slaney, R. B. (1996). Perfectionism : Scale development and a study of perfectionistic clients in counselling. *Journal of College Student Development, 37*, 29-41.
- Jorgensen, R. S., & Houston, B. K. (1981). The type A behavior pattern, sex differences, and cardiovascular response to and recovery from stress. *Motivation and Emotions, 5*, 201-214.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology, 53*, 83-107.
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development, 46*, 141-156.
- Labrecque, J., Stephenson, R., Boivin, I., & Marchand, A. (1998). Validation de l'échelle multidimensionnelle du perfectionnisme auprès de la population francophone du Québec. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 3*, 1-14.
- Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J. M. (1999). *Les troubles anxieux approche cognitive et comportementale*. Boucherville. Gaëtan Morin éditeur.

- Lalande G., Émond, C., Pelletier, L. G., & Roy, N. (2005). 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 risque chez des patients coronariens du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi. Université d'Ottawa, Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi.
- Lapierre, R. (2008). Les maladies chroniques et leurs déterminants- Volume III : Les maladies chronique. *Enquête de la santé du Saguenay-Lac-St-Jean 2007*. Chicoutimi : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Lapierre, S., & Desrochers, C. (1997). Traduction et validation des échelles de bien-être psychologique de Ryff : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lapointe, L., Émond, C. (2005). Dimensions du perfectionnisme et tendances suicidaires chez des adolescents en milieu scolaire. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 259-276.
- Lehoux, P. M. (2004). La modification des habitudes de vie chez les patients coronariens. *Psychologie Québec*, 21, 39-42.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, NJ. : Prentice-Hall.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdollel, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22, 75-95.
- Minarik, M., & Ahrens, A. H. (1996). Relation of eating behaviors and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 155-169.
- Molinari, E., Compare, A., & Parati, G. (2006). *Clinical Psychology and heart disease*. Milan : Springer
- Myrtek, M. (1983). *Type-A behavior: research and literature analyses with particular reference to psychophysiological bases*. Munich : Minerva
- Myrtek, M. (1995). Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity : A meta-analytic update. *Personality and Individual Differences*, 18, 491-502.

- Myrtek, M. (2006). Type A behavior and hostility as independent risk factors for coronary heart disease. Dans J. Jordan, B. Bardé, & A. M. Zeiher (Éds), *Contributions toward evidence-based psychocardiology : A systematic review of the literature*. Washington: American Psychological Association.
- Organisation mondiale de la Santé (2007). *Prevention of cardiovascular disease : guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. Document récupéré le 29 août 2009 sur le site internet de l'Organisation mondiale de la Santé http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html.
- O'Reilly, S. M., Grubb, N., & O'Carroll, R. E. (2004). Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 83-96.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Peck, L. D., & Lightsey, O. R. J. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counselling & Development, 86*, 184-192.
- Pelletier, L. G., Dion, S., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, B. (2004). Why do you regulate your eating behaviors ? Relationship between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary change and psychological adjustment. *Motivation and Emotions, 28*, 245-277.
- Préville, M., Boyer, R., & Potvin, L. (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Québec : Santé Québec.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. 2002. Transtheoretical Therapy. Dans F. Kaslow (Ed), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Volume 4, Integrative/ Eclectic* New York : John Wiley & Sons (Éd.).
- Ragland, D. R., & Brand, R. J. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine, 318*, 65-69.
- Robert, M., Allaire, D., Beaugrand, J., Bélanger, B., Bouchard, M. A., Charbonneau, C., Doré, F., et al. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. (3e éd.). St-Hyacinthe : Edisem.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., & Almahmeed, W. A. (2004). Association of psychological risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries. *Lancet, 364*, 953-962.

- Royal College of Psychiatrists. (2006). *Let Wisdom Guide : Cognitive-Behavioural Therapy*. London : Royal College of Psychiatrists' Public Education Editorial Board.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, *99*, 2192-2217.
- Rutledge, T. (2006). Depression is associated with cardiac symptoms, mortality risk, and hospitalization among women with suspected coronary disease : The NHLNI-Sponsored WISE Study. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 217-223.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychosocial well-being revisited. *Journal of Personal and Social Psychology*, *69*, 719-727.
- Saboonchi, F., & Lundh, L.G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health, and positive affect. *Personality and Individual Differences*, *35*, 1585-1599.
- Sebregts, E. H., Falger, P. R., & Bär, F. W. (2000). Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary hearth disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*, 425-441.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism : The Almost Perfect Scale. Dans Flett & Hewitt (Éds), *Perfectionism : Theory, research and treatment* (pp. 63-88). Washington : American Psychological Association.
- Smith, T. W., & Brehm, S. S. (1981). Cognitive correlates of the type A coronary-prone behavior pattern. *Motivation and Emotion*, *5*, 215-223.
- Sparagon, B., Friedman, M., Breall, W. S., Goodwin, L., Fleischmann, N., & Ghandour, G. (2001). Type A behavior and coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis*, *156*, 145-149.
- Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K. H., Greeno, C., Weltzin, T. E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1630-1634.

- Stürmer, T., Hasselbach, P., & Amelang, M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer : Follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*, 332, 1359-1366.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4e éd.) Boston, Toronto : Allyn and Bacon.
- Tapp, D. M. (2004). Dilemmas of family support during cardiac recovery: Nagging as a gesture of support. *Western Journal of Nursing Research Special Issue: Cardiovascular Nursing*, 26, 561-580.
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded Anxiety Sensitivity Index : Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-483.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.
- Wardwell, W. I., Bahnson, C. B., & Caron, H. S. (1963). Social and psychological factors in coronary heart disease. *Journal of Human Behavior*, 4, 154-165.
- Whooley, M. A. (2006). Depression and cardiovascular disease. Healing the broken-hearted. *Journal of American Medical Association*, 295, 2874-2881.
- Wieczorek, J., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, anxiety, and coping in successful versus unsuccessful golfers : York University.
- Wielgosz, A., Arango, M., Johansen, H., Mao, Y., Nair, C., Paradis, G., et al. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa : Fondation des maladies du cœur.
- Wielgosz, A., & Reid, R. (2001). Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercices par les patients cardiaques : Institut de cardiologie, Université d'Ottawa.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEARTH study) : case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.

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

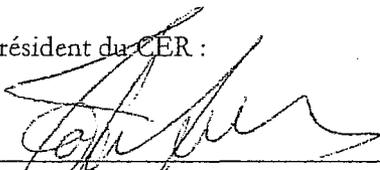
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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



Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec, Canada
G7H 2B1

www.uqac.ca

Comité d'éthique de la recherche

Le 23 mars 2007

Monsieur Gilles Lalande
Et
Madame Claudie Émond
Professeurs au département des sciences
de l'éducation et de psychologie
Université du Québec à Chicoutimi

OBJET : Approbation – Prolongation d'une approbation éthique
Titre : 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.
N/Dossier : 602.83.01

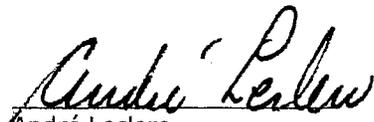
Madame,
Monsieur,

Lors de sa réunion tenue le **9 mars 2007**, le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre demande de prolongation pour l'approbation éthique concernant le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité de prolonger votre approbation éthique puisque votre projet rencontrait les exigences applicables en matière d'éthique et, par conséquent, de vous délivrer la présente prolongation, laquelle est valide jusqu'au **21 mars 2010**.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide** et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. Également, veuillez noter que vous devrez transmettre au Comité, **annuellement, un rapport sur l'état de votre projet en utilisant le formulaire à cet effet**, lequel est disponible sur le site Web de l'Université.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Messieurs, nos salutations distinguées.


André Leclerc
Président

/mjd



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

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

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

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

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

Fait à Ville de Saguenay, le 21 mars 2006

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

Appendice B
Questionnaire

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"/> Aout	5	
<input type="radio"/> Sept	6	
<input type="radio"/> Oct	7	
<input type="radio"/> Nov	8	
<input type="radio"/> Dec	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"/> Aout	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"/> Dec	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
 Retraite
 Études à temps plein
 Études à temps partiel
 Études à temps plein et travail à temps partiel
 À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 Autre, veuillez préciser _____

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 dernier 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
 Ne s'applique pas

TRAITS PERSONNELS

Voici une liste d'affirmations se rapportant à des caractéristiques ou des traits personnels. Indiquez, à l'aide de l'échelle de réponse, dans quelle mesure vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants.

Totalem en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt en accord	Fortement en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

		1	2	3	4	5	6	7
1. Je trouve difficile de satisfaire les attentes des autres à mon égard.	○	○	○	○	○	○	○	○
2. Mon entourage accepte volontiers que je puisse aussi faire des erreurs.	○	○	○	○	○	○	○	○
3. Plus je réussis, plus on attend de moi.	○	○	○	○	○	○	○	○
4. Tout ce que je fais qui n'est pas excellent sera jugé de piètre qualité par mon entourage.	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Mon entourage s'attend à ce que je réussisse en tout.	○	○	○	○	○	○	○	○
6. Les autres vont m'aimer même si je n'excele pas en tout.	○	○	○	○	○	○	○	○
7. Avoir du succès signifie pour moi que je dois travailler plus fort pour plaire aux autres.	○	○	○	○	○	○	○	○
8. Les autres m'acceptent comme je suis même quand je ne réussis pas.	○	○	○	○	○	○	○	○
9. Je sens que les autres exigent trop de moi.	○	○	○	○	○	○	○	○
10. Même s'ils ne le laissent pas voir, les autres sont bouleversés quand je faillis à ma tâche.	○	○	○	○	○	○	○	○
11. Ma famille s'attend à ce que je sois parfait(e).	○	○	○	○	○	○	○	○
12. Mes parents ne s'attendaient que rarement à ce que j'excele en tout dans la vie.	○	○	○	○	○	○	○	○
13. Les gens n'attendent de moi rien de moins que la perfection.	○	○	○	○	○	○	○	○
14. Les gens attendent de moi plus que je ne peux donner.	○	○	○	○	○	○	○	○
15. Mon entourage me croit encore compétent, même si je commets une erreur.	○	○	○	○	○	○	○	○

VOTRE BIEN-ÊTRE PERSONNEL

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des sept (7) derniers jours.

Au cours des sept (7) derniers jours ...	Très souvent	Assez souvent	De temps en temps	Jamais
1. Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vous êtes-vous senti seul?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu les « bleus »?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Vous êtes-vous laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vous êtes-vous senti négatif envers les autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOTRE SATISFACTION DE VIE

Indiquez à quel point vous êtes en accord avec les énoncés ci-dessous.

En général ...	Pas du tout en accord		Moyennement en accord			Tout à fait en accord	
1. Ma vie correspond de près à mes idéaux	<input type="radio"/>						
2. Mes conditions de vie sont excellentes	<input type="radio"/>						
3. Je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="radio"/>						
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de ma vie	<input type="radio"/>						
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien	<input type="radio"/>						

VOS PERCEPTIONS DE VIE

Veillez Indiquer, à l'aide de l'échelle suivante, dans quelle mesure chacun des énoncés suivants décrit comment, de façon générale, vous vous sentez.

Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6

En général dans ma vie ...	1	2	3	4	5	6
1. En général, j'ai le sentiment que je maîtrise la situation dans laquelle je vis	<input type="radio"/>					
2. Je vis au jour le jour et ne pense pas vraiment au futur	<input type="radio"/>					
3. Quand je regarde l'histoire de ma vie, je suis satisfait/e de la façon dont les choses se sont passées	<input type="radio"/>					
4. Les demandes de la vie de tous les jours me démoralisent souvent	<input type="radio"/>					
5. Il m'a été difficile et frustrant d'entretenir des relations intimes	<input type="radio"/>					
6. Je pense qu'il est important d'avoir de nouvelles expériences qui remettent en question la façon dont on se voit et dont on voit le monde	<input type="radio"/>					
7. Je gère assez bien les nombreuses responsabilités de ma vie quotidienne	<input type="radio"/>					
8. J'aime la plupart des aspects de ma personnalité	<input type="radio"/>					
9. J'ai tendance à être influencé/e par les gens qui ont de fortes opinions	<input type="radio"/>					
10. De façon générale, je suis déçu/e de ce que j'ai réalisé dans ma vie	<input type="radio"/>					
11. Pour moi la vie a été un processus continu d'apprentissage, de changement et de développement	<input type="radio"/>					
12. Les gens me décrivent comme une personne généreuse, disposée à partager son temps avec les autres	<input type="radio"/>					
13. Il y a longtemps que j'ai renoncé à faire des changements ou des améliorations dans ma vie	<input type="radio"/>					
14. J'ai confiance en mes opinions même si elles sont contraires au consensus général	<input type="radio"/>					
15. Je n'ai pas vécu beaucoup de relations chaleureuses et de confiance avec les autres	<input type="radio"/>					
16. Je ne fais pas partie de gens qui n'ont pas de but dans la vie	<input type="radio"/>					
17. Je me juge à partir de ce qui me semble important et non pas à partir des valeurs que les autres trouvent importantes	<input type="radio"/>					
18. J'ai parfois le sentiment d'avoir fait tout ce qu'il y a à faire dans la vie	<input type="radio"/>					

VOS HABITUDES EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

Cette section fait référence à votre participation à des activités physiques durant les trois (3) derniers mois (ou depuis votre chirurgie).

Ayez en tête une semaine typique des trois derniers mois. Combien de fois, en moyenne, pratiquez-vous les différents types d'activité physique mentionnés ci-dessous pendant plus de 15 minutes lors de vos temps libres?

Veillez indiquer dans l'espace approprié, le nombre de fois par semaine que vous vous engagez dans les différents types d'activité physique inscrits dans le tableau suivant. Si vous n'avez pas participé à aucune activité physique, veuillez l'indiquer par un « 0 ».

Intensité de l'activité physique	Heures de participation
Exercice léger → (effort minimal, aucune transpiration) Exemples : yoga, marche, golf, etc.	_____ heure(s) / semaine
Exercice modéré → (non épuisante, transpiration légère) Exemples : marche rapide, activités de loisir ou de sport, etc.	_____ heure(s) / semaine
Exercice intense → (augmentation du rythme cardiaque, transpiration) Exemples : course, jogging, danse aérobique, sports de compétition (soccer, basketball, nage, etc.).	_____ heure(s) / semaine

Participez-vous au programme d'activité physique organisé dans le cadre de la trajectoire des maladies chroniques? Oui Non

Si oui, en moyenne, combien de fois par semaine vous entraînez-vous? _____ / semaine

En moyenne, combien d'heures consacrez-vous à chaque entraînement? _____ / entraînement

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Veillez indiquer à quel point vous faites les différentes choses décrites dans la liste d'habitudes alimentaires ci-dessous. Veillez répondre en fonction de l'échelle suivante.

	Pas du tout	Quelques fois	Plupart du temps	Souvent	Tout le temps
1. Je mange des fruits, légumes et des produits céréaliers (p. ex., pâtes, céréales et légumineuses)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je mange de la nourriture qui est faible en matière grasse, en gras saturé et en cholestérol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. J'utilise du sucre blanc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. J'utilise du sel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je mange une variété de nourriture provenant des quatre groupes alimentaires du Guide Canadien Alimentaire (c.-à-d., produits céréaliers, fruits et légumes, produits laitiers, viandes et substituts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je mange des aliments tels que des croustilles, du chocolat et des bonbons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je bois de l'eau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je mange des aliments frits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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?	À LA VISITE
Mesure de la taille	1
Mesure du poids et du tour de taille	1, 2, 3, 4
Prise de la tension artérielle	1, 2, 3, 4
Prise de sang pour analyses biochimiques ¹	1, 2, 3, 4

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

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

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

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

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

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

3.3 Destruction des données

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

4. RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

Prises de sang

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

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

5. AVANTAGES POSSIBLES

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

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

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

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

7. COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

Vous ne serez pas rémunéré pour participer à cette étude. Les frais de stationnement à l'hôpital vous seront remboursés et nous vous 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

