

Table des matières

	Page
Sommaire	ii
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	7
Maladies cardiovasculaires	8
Définition et données statistiques	8
Facteurs de risque des MCV	9
Tabagisme	11
Définition du tabagisme.....	11
Données statistiques et prévalence.....	12
Cessation tabagique	13
Dépendance tabagique	14
Définition	14
Critères diagnostiques.....	15
Renforcement positif et négatif.....	15
Degré de dépendance	16
Programmes pharmacologiques et non pharmacologiques.....	17
La perception des risques du tabagisme sur la santé et la cessation tabagique....	21
Intention de cesser de fumer	23
Sentiment de compétence.....	27
Théorie de l'autodétermination.....	29
Besoins psychologiques fondamentaux	30
Internalisation et régulation du comportement	32
Définition et types de motivation.....	33
L'amotivation.....	33
La motivation extrinsèque par régulation externe.....	35
La motivation extrinsèque par régulation introjectée	35
La motivation extrinsèque par régulation identifiée	35
La motivation extrinsèque par régulation intégrée	36
La motivation intrinsèque	36
Le continuum d'autodétermination.....	37
Études portant sur la théorie de l'autodétermination dans divers contextes de vie.....	38

Domaines scolaire, professionnel et récréatif	39
Domaine relationnel	40
Études portant sur la théorie de l'autodétermination dans le domaine de la santé	42
Hygiène dentaire	43
Adhérence aux traitements pharmacologiques	44
Contrôle de la glycémie	45
Pratique d'activité physique.....	46
Recension des études mettant en lien la théorie de l'autodétermination et la cessation tabagique.....	48
Cessation tabagique, maladies cardiovasculaires et théorie de l'autodétermination	54
Objectifs de l'étude	57
Hypothèses de recherche et question exploratoire.....	58
Méthode	59
Participants et recrutement.....	60
Instruments de mesure	60
Questionnaires.....	60
Informations sociodémographiques	60
Consommation de tabac	61
Soutien de l'entourage	62
Motivation spécifique à cesser de fumer.....	63
Perceptions de compétence à cesser de fumer	64
Intention de cesser de fumer	65
Déroulement de la collecte de données.....	65
Analyses statistiques	68
Résultats	69
Analyses préliminaires	69
Analyses descriptives.....	70
Analyses principales	71
Discussion	76
Rappel de la problématique, des objectifs et des résultats de recherche.....	77
Discussion des hypothèses et de la question de recherche.....	79
Première hypothèse	79
Deuxième hypothèse	83
Troisième hypothèse	87
Quatrième hypothèse	90

Cinquième hypothèse.....	96
Question exploratoire.....	99
Implications théoriques et pratiques	101
Pistes de recherches futures	107
Conclusion	110
Références.....	115
Appendice A	127
Appendice B.....	141
Appendice C.....	158
Appendice D	165

Liste des tableaux

Tableau 1 : Continuum d'autodétermination avec les types de motivation et de régulation.....	74
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	573
Tableau 3 : Statistiques descriptives des variables à l'étude.....	71
Tableau 4 : Corrélations liées à l'intention de cesser de fumer.....	73
Tableau 5 : Corrélations liées au degré de dépendance et à l'intention de cesser de fumer.....	74
Tableau 6 : Résumé des stades de changement dans l'arrêt tabagique.....	73

Remerciements

Arrivée au terme de la rédaction de ce projet doctoral, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué de différentes façons à l'élaboration de cet essai ainsi qu'à la réussite de mes études supérieures.

Je désire tout d'abord exprimer ma reconnaissance à ma directrice de recherche madame Claudie Émond, Ph.D. professeure au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) pour son soutien, son encadrement, sa disponibilité et surtout de m'avoir témoigné sa confiance face à l'achèvement de la rédaction de cet essai.

Je tiens également à remercier monsieur Gilles Lalande, Ph.D. professeur au Département des sciences de la santé de l'UQAC ainsi qu'à madame Isabelle Green-Demers, Ph.D. professeure à l'Université du Québec en Outaouais pour leur lecture attentive et leurs remarques constructives nécessaires à la réalisation de cet essai. Merci également à monsieur Simon Beaudry et madame Elizabeth Sharp, Ph.D. pour leur aide si précieuse apportée lors des analyses statistiques.

Des remerciements sont aussi adressés à tous les patients qui ont bien voulu prendre part à cette étude et aux membres du personnel du CSSS de Chicoutimi qui ont également collaboré à la mise en place et à la réalisation de cette recherche.

Je souhaite remercier de tout cœur mes collègues et amies, Élisabeth, Marie-Lou et Maryse qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche. De bons moments partagés avec vous s'inscrivent dans ma mémoire.

Merci à mes parents et à tous mes proches pour l'amour, les encouragements et la confiance portée à mon égard. Un merci particulier à Denis pour son accueil et sa générosité qui ont grandement contribué à ma quête professionnelle.

Je réserve des remerciements spéciaux à mon conjoint Eric. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ta grande compréhension lors des périodes de rédaction intensives, merci pour ton amour sincère et surtout, merci de partager ma vie.

Enfin, je souhaite dédier mon essai doctoral à ma filleule Laurence, comme lègue de persévérance et d'accomplissement personnel. Sache que je serai toujours présente derrière toi et derrière tous tes projets même si ceux-ci s'avèrent parfois farfelus. Je t'aime mon petit poulet...

Rapport-Gratuit.com

Introduction

La recherche scientifique dans le domaine de la santé fait de plus en plus appel à des variables psychologiques. Depuis la dernière décennie, en plus des facteurs biologiques et héréditaires, le domaine de la santé reconnaît davantage les facteurs environnementaux et psychosociaux dans l'étiologie des maladies physiques. Le milieu de vie auquel la personne appartient, de même que les habitudes de vie qui y ont été apprises sont donc à même d'influencer la santé, tant physique que psychologique (Morin, 2002; Paulhan & Quintard, 1994).

Umberson (1987) identifie les habitudes qui affectent la santé comme étant l'activité physique, la consommation tabagique, l'alimentation, la consommation d'alcool, le sommeil et l'adhérence aux traitements médicaux prescrits. Quatre de ces habitudes de santé se rapportent aux principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV). En effet, les recherches ont clairement établi que la mauvaise alimentation, le manque d'adhésion aux traitements médicaux prescrits, l'inactivité physique et le tabagisme sont associés au développement et à la progression des MCV (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999).

De façon plus spécifique, le tabagisme engendre de lourdes conséquences sur la santé et est responsable d'un grand nombre de décès (Fondation des maladies du cœur, 2003). La cessation tabagique amène donc une réduction significative du taux de mortalité chez les patients coronariens et réduit le nombre d'hospitalisations (Critchley & Capewell, 2003; van Domburg et al., 2000; Godtfredsen, Holst, Prescott, Vestbo, & Osler, 2002; Wilson, Gibson, Willan, & Cook, 2000).

Les soins de santé en réhabilitation cardiaque ont été améliorés afin de tenir compte des résultats des données empiriques portant sur les facteurs de risque. Ainsi, la cessation tabagique est dorénavant incluse parmi les traitements prodigués aux patients coronariens en plus de la chirurgie cardiaque et des interventions pharmacologiques (Linden, 2000; Mullen, Mains, & Velez, 1992; Sebrechts, Falger, & Bär, 2000). Certaines interventions ciblent aussi l'observance médicamenteuse, de saines habitudes alimentaires et la pratique régulière d'exercice physique. L'adhérence à ces traitements comportementaux a des conséquences positives sur la santé physique et psychologique des patients coronariens (Ades & Coello, 2000; Linden, 2000).

Toutefois, seul un faible pourcentage de patients ayant un diagnostic de MCV adhère sur une période suffisamment longue aux recommandations de leur médecin pour en retirer des effets bénéfiques (Gordon & Haskell, 1997). Les stratégies de réhabilitation employées à l'heure actuelle sont souvent basées sur la coercition ou les récompenses afin de promouvoir les comportements de santé prescrits. Peu de ces

stratégies permettent le maintien des comportements de santé à long terme (Baranowski, Perry, & Parcel, 1996; Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996). De plus, le manque de motivation est un facteur pouvant faire obstacle à la participation aux programmes de réhabilitation pour les patients cardiaques (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1998).

Cependant, certains éléments facilitent l'adhérence aux traitements. Les écrits scientifiques révèlent qu'un fort sentiment de compétence (Mackenzie, Pereira & Mehler, 2004), de même qu'une forte intention de cesser de fumer (Nguyet, Béland & Otis, 1998) et l'utilisation de traitements médicamenteux visant à contrecarrer les phénomènes de tolérance et de dépendance sont des éléments garants de meilleurs succès face à la cessation tabagique. À cet égard, la théorie de l'autodétermination (TAD) se révèle être une théorie prometteuse face à une meilleure compréhension des influences intra et interpersonnelles de la régulation de l'arrêt tabagique.

Cette théorie définit la régulation des comportements de santé en tenant compte de la motivation du patient ainsi que des antécédents et des conséquences de la motivation. La TAD propose trois types de motivation : l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. Ces types de motivation peuvent être disposés sur un continuum selon leur degré d'autodétermination. Selon la TAD, une compréhension juste de la motivation humaine requière aussi la satisfaction des besoins psychologiques de compétence, d'autonomie et d'affiliation personnelle (Deci & Ryan, 2002; Ryan &

Deci, 2000; Williams & Deci, 2001). La TAD spécifie qu'un des meilleurs moyens de renforcer la motivation à changer de comportement est d'apporter et de maximiser un soutien à l'autonomie¹ dans les méthodes d'interventions prodiguées aux fumeurs (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003). Toujours selon le modèle de la TAD, le soutien à l'autonomie influencerait directement la motivation autodéterminée qui en retour aurait un impact sur le changement de comportement. En effet, les résultats de plusieurs études (p. ex., Williams, Gagné, Ryan & Deci, 2002; Williams, McGregor, Sharp, Kouides, Levesque, Ryan, & Deci, 2006) démontrent que les fumeurs sont plus autodéterminés dans leur motivation à poursuivre le changement de comportement et à maintenir l'abstinence tabagique lorsque les médecins supportent leur autonomie et lorsqu'ils se sentent compétents à cesser l'usage du tabac. Toutefois, aucune étude ne semble avoir été menée auprès de fumeurs ayant un diagnostic de MCV.

Le but de la présente étude est de mesurer spécifiquement l'absence de corrélation entre la perception du soutien à l'autonomie de la part du médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer, de même que la présence de corrélations entre d'une part le soutien à la compétence de la part du médecin généraliste, la perception du sentiment de compétence à cesser de fumer, la motivation spécifique à cesser de fumer de même le faible degré de dépendance tabagique et d'autre part l'intention de cesser de fumer auprès d'une population du Saguenay-Lac-St-Jean ayant un diagnostic de MCV. À titre

¹ Dans les écrits scientifiques, l'emploi du terme « soutien à l'autonomie » inclut souvent le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation personnelle.

exploratoire, il a été examiné si la perception des patients face à l'impact du tabagisme sur leur santé serait liée à l'intention de cesser de fumer.

Cet essai comprend cinq sections. La première section expose la recension des écrits scientifiques relatifs aux MCV, au tabagisme et à la TAD ainsi que les différentes études ayant examiné ces variables à l'aide de cette théorie. La deuxième section dresse les aspects méthodologiques de la présente étude, soit la description des participants et des instruments de mesures, de même que le déroulement de la recherche. La troisième section présente les résultats obtenus. La quatrième section comprend une discussion générale des résultats de la présente recherche de même que les forces et les limites rencontrées ainsi que des suggestions pour des recherches futures. Finalement, la dernière et cinquième section est consacrée à la conclusion.

Contexte théorique

Cette section se divise en cinq parties. La première partie est consacrée à la définition de même qu'à la présentation des MVC et des facteurs de risque associés. Le tabagisme, la cessation tabagique et la dépendance tabagique sont présentés dans la deuxième partie. La troisième partie aborde l'intention de cesser de fumer ainsi que le sentiment de compétence. La quatrième partie expose la théorie de l'autodétermination. Diverses recherches prenant leurs assises sur cette théorie sont par la suite présentées. Ces études portent principalement sur la relation entre certaines variables liées à cette théorie et la cessation tabagique. Finalement, la cinquième partie est consacrée à la présentation de l'objectif de l'étude, des hypothèses de recherche et de la question exploratoire.

Maladies cardiovasculaires

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Définition et données statistiques

Une maladie cardiovasculaire (MCV) est définie comme une lésion ou une maladie touchant l'appareil cardiovasculaire, que ce soit au niveau du cœur ou encore au niveau des vaisseaux sanguins, c'est-à-dire les artères et les veines, qui approvisionnent le cœur ou irriguent le corps et le cerveau (Fondation des maladies du cœur, 2002).

La prévalence canadienne des MCV se situe à 5,7 % (Fondation des maladies du cœur, 2003). De plus, au Canada en 2000-2001, les MCV représentaient 18 % des causes d'hospitalisations, hommes et femmes confondus, et devançaient à ce titre tous les autres problèmes de santé (Fondation des maladies du cœur, 2003). Les MCV sont également responsables d'un grand nombre de décès. Selon des données recueillies par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC, 1999), 78 942 canadiens ont perdu la vie suite à une MCV, dont 18 154 décès sont survenus au Québec. En 2004, les MVC étaient responsables de 72 338 décès au Canada, soit un décès à toutes les sept minutes (Fondation des maladies du cœur). Malgré cette diminution de décès au cours des dernières années, les MCV comptent encore parmi les principales causes d'invalidité et de décès au Canada et représentent une énorme charge pour l'individu, la collectivité et le réseau de la santé (Fondation des maladies du cœur, 1999; 2006).

Les connaissances relatives à l'étiologie de ces maladies s'enrichissent relativement rapidement en raison notamment des recherches effectuées sur les facteurs de risque liés au développement et à la progression des MCV. Ces facteurs de risque seront présentés dans la partie qui suit.

Facteurs de risque des MCV

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a identifié sept facteurs de risque pouvant avoir une incidence sur l'apparition et le développement des MCV. Ces facteurs

comprennent le tabagisme, l'hypertension artérielle, la consommation d'alcool, l'hypercholestérolémie, l'indice de masse corporelle (IMC) élevé, la faible consommation de fruits et de légumes et la sédentarité (OMS, cité dans Fondation des maladies du cœur, 2003).

Dans le même ordre d'idée, Yusuf et ses collaborateurs (2004) ont publié les résultats de l'étude INTERHEART, effectuée dans 52 pays, auprès d'un échantillon de 29 000 participants. Cette équipe de chercheurs ont identifié six facteurs de risque permettant de prédire 90 % des risques d'infarctus du myocarde : le tabagisme, la dyslipidémie², l'hypertension, l'obésité abdominale, les facteurs psychosociaux (stress) et le diabète. Ces mêmes auteurs ont également ciblé trois facteurs de protection : l'activité physique régulière, la consommation quotidienne de fruits et de légumes et la consommation modérée d'alcool. L'association entre ces neuf facteurs et le risque d'infarctus a été identifiée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, ainsi que dans tous les groupes d'âge et à l'intérieur de tous les pays participants.

L'augmentation du risque de développer une MCV est proportionnelle au nombre de facteurs de risque identifiés chez un même individu (Fondation des maladies du cœur, 2003; 2006). Huit canadiens sur dix présentent un des facteurs de risque cardiovasculaires (tabagisme, embonpoint, inactivité physique, hypertension et diabète) alors qu'un canadien sur dix présente au moins trois des facteurs de risque (Fondation

² Anomalie quantitative ou qualitative des lipides sanguins.

des maladies du cœur, 2006). Certains changements de comportement peuvent contribuer à diminuer le nombre de facteurs de risque et ainsi réduire l'incidence ou la progression de la maladie. En effet, certains facteurs de risque sont considérés comme contrôlables ou modifiables, c'est-à-dire qu'ils représentent des facteurs sur lesquels l'individu a un pouvoir d'action. Le tabagisme, objet de la présente étude, figure parmi ces différents facteurs modifiables et sera présenté dans la partie qui suit.

Tabagisme

Définition du tabagisme

Selon le dictionnaire Le petit Larousse illustré (2005), le tabagisme est défini comme un usage prolongé du tabac ou une intoxication chronique par le tabac. Le tabac est une plante de la famille des Solanacées contenant un alcaloïde toxique, la nicotine, agent responsable du phénomène de dépendance qui sera explicité subséquemment. Le tabac est consommé généralement par inhalation sous forme de cigarettes, de cigares ou au moyen d'une pipe. Il peut aussi être consommé par inhalation nasale (prisé) ou par macération dans la bouche (chiqué). Le tabagisme actif (type de tabagisme ciblé dans le présent essai) est relié à la fumée qu'inhale le fumeur lui-même tandis que le tabagisme passif résulte de l'inhalation involontaire de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2009 ; Le petit Larousse illustré, 2005).

Données statistiques et prévalence

Le tabagisme est la principale cause de mortalité évitable au Canada. Tel que rapporté précédemment, il accroît aussi le risque de développer une MCV. Les estimations statistiques indiquent que le tabagisme est la cause de 47 000 décès par an au Canada, dont 17 000 morts d'origine cardiovasculaire (Fondation des maladies du cœur, 2006). Au Québec, environ 12 000 Québécois meurent à chaque année à la suite de maladies causées par le tabagisme, parmi lesquels 40 % décèdent de maladies cardiovasculaires, 40 % de cancers et 20 % de maladies pulmonaires (Collège des médecins du Québec & Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999). Selon les derniers résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac de Santé Canada relatifs aux données recueillies entre février et juin 2009, 17 % de la population âgée de 15 ans et plus était des fumeurs, soit un peu moins de cinq millions de personnes. De plus, environ 19 % des hommes de l'étude citée précédemment étaient des fumeurs, surpassant la proportion de tabagisme chez les femmes estimée à 16 %. Les fumeurs canadiens rapportent fumer en moyenne 13,3 cigarettes par jour (Santé Canada, 2009).

Le taux de prévalence des fumeurs varie à travers le Canada. Selon Santé Canada (2009), l'écart par rapport au taux national moyen de tabagisme (17 %) était de ± 5 %. Sur le plan provincial, le Québec figure parmi les provinces canadiennes qui détiennent une prévalence de tabagisme plus élevée que le taux national, soit 18 % chez les

individus âgés de 15 ans et plus. Cependant, il est possible d'observer une pente décroissante du taux de prévalence provincial depuis 2007 estimé alors à 22%.

Cessation tabagique

La cessation tabagique est souvent le premier objectif de changement thérapeutique pour les fumeurs aux prises avec des MCV (Ades & Coello, 2000; Linden, 2000). L'arrêt tabagique amène une réduction significative du taux de mortalité chez les patients coronariens et réduit le nombre d'hospitalisations. En effet, un patient qui cesse de fumer après un premier infarctus aigu du myocarde (IAM) réduit de moitié ses chances de souffrir d'un second IAM (Sebregts, Falger, & Bär, 2000). La réduction du taux de mortalité chez les patients atteints de MCV après la cessation tabagique est confirmée dans plusieurs études (p. ex., Critchley & Capewell, 2003; van Domburg et al., 2000; Godtfredsen, Holst, Prescott, Vestbo, & Osler, 2002; Wilson, Gibson, Willan, & Cook, 2000).

Malgré la connaissance approfondie de la nocivité du tabagisme sur la santé, plusieurs fumeurs maintiennent l'usage du tabac. La dépendance tabagique, laquelle peut expliquer en partie ce paradoxe, sera exposée dans la section suivante (Collège des médecins du Québec & Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999; APA, 2003; Lagrue, 2004; Stillman, 1995).

Dépendance tabagique

Définition

Le tabagisme comporte un degré de complexité supérieur aux autres changements de comportements de santé, notamment en raison du phénomène de dépendance et de la présence de certains processus comportementaux et physiologiques (Lagrue, 2004; Soumaille, 2003). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001) a établi une définition du concept de dépendance:

La dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales, avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir les effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (OMS, 2001, p. 3).

La nicotine est la substance active présente dans le tabac susceptible de créer une très forte dépendance (Errard-Lalande, 2005; Lagrue, 2004; Soumaille, 2003). L'assuétude conduit au développement d'un trouble du comportement caractérisé par la perte de contrôle de la consommation. De ce fait, l'utilisation de la nicotine figure dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR; APA, 2003) sous la rubrique des troubles liés à l'utilisation d'une substance provoquant une dépendance. Le DSM-IV-TR (APA, 2003) définit le terme de dépendance comme étant « un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative sur une période continue de 12 mois » (APA, 2003, p. 222).

Critères diagnostiques

Pour répondre au diagnostic de dépendance à la nicotine, le fumeur doit souscrire à au moins trois des sept manifestations identifiées. Une attention particulière doit être portée à certaines de ces manifestations. Premièrement, il existe un désir persistant à diminuer ou contrôler la consommation (notion pouvant s'apparenter à celle de l'intention de cesser de fumer) ou des efforts infructueux à cesser l'usage du tabac (échecs face aux tentatives d'arrêt antérieures). Deuxièmement, l'utilisation de la substance (la nicotine) est poursuivie bien que le fumeur ait conscience d'avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance, en l'occurrence au développement d'une MCV dans le contexte actuel. Troisièmement, des symptômes de sevrage (p. ex. : humeur dysphorique ou dépressive, anxiété, insomnie, irritabilité, colère, augmentation de l'appétit, prise de poids et autres) peuvent survenir si l'individu cesse de consommer la substance (APA, 2003).

Renforcement positif et négatif

Chaque comportement nécessite un apprentissage qui est par la suite renforcé par des réflexes conditionnés. En ce qui concerne le tabagisme, l'action de respirer la fumée de cigarette provoque un apport massif et instantané (*shoot*) de nicotine au cerveau qui exerce un effet renforçateur maximal. L'utilisation répétée du tabac résulte ainsi d'un apprentissage renforcé par deux types de renforcement. Le renforcement positif fait référence au fait que le comportement engendre des conséquences positives et

bénéfiques à l'individu, telles que la détente, le plaisir, la régulation du poids et la stimulation intellectuelle. Par conséquent, ce comportement est renouvelé, induisant alors la dépendance psychique ou psychologique associée au besoin de retrouver les sensations agréables liées à la consommation de nicotine. Le renforcement négatif renvoie à un état de manque et de malaise lorsque survient l'arrêt du comportement (p. ex. : insomnie, humeur dysphorique ou dépressive, irritabilité, anxiété, difficulté de concentration et autres). Ces sensations désagréables peuvent survenir entre quelques dizaines de minutes et quelques heures suivant la dernière cigarette fumée. Le comportement est ainsi renouvelé pour supprimer ces sensations désagréables reliées à la dépendance physique. Ces notions de renforcements positifs et négatifs expliquent en partie les échecs reliés à la cessation tabagique (Baker, Brandon, & Chassin, 2004; Lacroix, Tremblay, & Gervais, 2001; Lagrue, 2004; Soumaille, 2003). La dépendance s'accompagne également du phénomène de tolérance, lequel consiste en un besoin d'augmenter les quantités absorbées afin d'avoir le même effet désiré (Baker, Brandon, & Chassin, 2004; Lagrue, 2004).

Degré de dépendance

Il existe trois différents degrés de dépendance physique (faible, moyen et élevé) et celui-ci semble avoir un impact sur la réussite ou l'échec de l'arrêt tabagique. En effet, McKenna & Higgins (1997) ont identifié, chez une population coronarienne, que ceux qui présentaient une forte dépendance physique apparaissaient moins enclins à réussir l'arrêt tabagique. Ces mêmes résultats ressortent dans l'étude réalisée par Attebring et al.

(2004) auprès de patients venant d'être hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu. De plus, les résultats d'un sondage national réalisé par Bernstein et al. (2008) démontrent que les fumeurs qui présentent un degré de dépendance moyen auraient davantage l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois que ceux présentant un degré de dépendance plus élevé.

Programmes pharmacologiques et non pharmacologiques

Le besoin et l'envie de fumer sont la conséquence de plusieurs facteurs physiologiques et psychologiques sur lesquels il est possible d'intervenir. Ainsi, les professionnels de la santé doivent, entre autres, tenir compte des mécanismes liés à la dépendance, ainsi que ceux impliqués dans le sevrage lors de leurs recommandations thérapeutiques afin de favoriser le succès de l'abstinence (Laguer, 2004). À titre d'exemple, les aides pharmacologiques comme les timbres transdermiques, la gomme nicotinique, les inhalateurs de même que le Bupropion³ jouent un rôle au niveau de la dépendance et favorisent le maintien de la cessation tabagique (Ludvig, Miner, & Eisenberg, 2005; Tremblay & Ben Amar, 2007).

Un certain nombre d'écrits portant sur les effets des programmes pharmacologiques et non pharmacologiques de la cessation tabagique chez des patients coronariens sont disponibles. Par exemple, l'équipe de Dusseldorp et al. (1999) a réalisé une méta-analyse incluant 37 études portant sur les effets liés à des programmes en

³ Ce médicament, prescrit par le médecin, provient de la famille des antidépresseurs et est aussi connu sous l'appellation commerciale Zyban®.

psychoéducation (éducation à la santé et gestion du stress) chez des patients atteints de MCV. Les résultats ont indiqué que ces programmes sont responsables d'une réduction de 34 % de mortalité de cause cardiaque, d'une réduction de 29 % des récurrences des infarctus du myocarde et d'une réduction de 63 % des habitudes tabagiques. Des effets significativement positifs ont aussi été observés face à d'autres comportements de santé tels que la pratique d'activité physique et les habitudes alimentaires.

La méta-analyse effectuée par Sebrechts, Falger et Bär (2000) passe en revue les effets des interventions non pharmacologiques sur certains facteurs de risque des MCV incluant le tabagisme. Les chercheurs précisent que les interventions visant un style de vie sain sont susceptibles de stimuler les taux de cessation tabagique chez les patients coronariens. Ces interventions sont réalisées dans le cadre de consultations médicales et de conseils concernant les comportements de santé ainsi que dans l'utilisation d'une approche cognitivo-comportementale visant la modification des facteurs de risque. Toujours selon ces auteurs, l'optimisation de la réhabilitation cardiaque semble impliquer que chaque patient puisse déterminer lesquels des différents facteurs de risque contribuent à sa condition pour l'amener ainsi à choisir le programme de réhabilitation qui lui convient davantage. Cette méthode de fonctionnement améliore la motivation des patients et a une influence favorable sur les interventions futures.

Une autre méta-analyse, basée sur 12 études, portant également sur des interventions relatives à la cessation tabagique chez une population coronarienne a été

effectuée par Wiggers, Smets, de Haes, Peters et Legemate (2003). Seulement cinq études ont démontré des résultats probants. Les conclusions ont permis d'identifier que seuls les conseils émis par les médecins et les infirmières démontrent une certaine efficacité sur la cessation tabagique. Cependant, l'absence de mesure objective de l'abstinence tabagique dans l'étude évaluant les conseils des médecins a pu faire en sorte que les auteurs aient surévalué la proportion de fumeurs qui ont cessé de fumer. Les interventions pharmacologiques de types substituts nicotiques, l'auto thérapie accompagnée de guide écrit, le counseling téléphonique de même que les interventions de groupe ou individuelles ne démontrent pas d'efficacité significative. Les raisons pouvant expliquer cette faible efficacité auprès de cette population sont ambiguës, mais la taille réduite des participants des études recensées est l'une des explications avancée par les chercheurs.

Dans leur revue basée sur 31 essais cliniques effectués chez une population cardiaque et non cardiaque, Ludving, Miner et Eisenberg (2005) ont cherché à identifier les stratégies efficaces qui facilitaient la cessation tabagique et le maintien de l'abstinence à 6 et 12 mois. Les chercheurs ont fait ressortir cinq catégories d'aide à l'arrêt tabagique : les timbres transdermiques, la gomme nicotinique, le Bupropion, les inhalateurs nicotiques et les thérapies comportementales. Les conclusions indiquent que chacune de ces catégories d'aide à l'arrêt tabagique améliore le maintien de l'abstinence comparativement au placebo et ce, d'approximativement 10 % pour chaque catégorie. Dans le même ordre d'idée, en se basant sur les données de l'Enquête de surveillance du

tabac au Canada de 2006, Leatherdale et Shields (2009) ont identifié que l'inutilisation de produits pharmaceutiques par les fumeurs semble diminuer les chances de réussite.

De façon générale, le soutien apporté au fumeur, qu'il soit pharmacologique ou non pharmacologique, apparaît généralement plus efficace que l'absence de toute intervention. Les effets des traitements favorisant la cessation tabagique s'avèrent importants, mais les facteurs faisant obstacles à la non-participation aux programmes de réhabilitation cardiaque le sont tout autant. En se basant sur une recension des écrits effectuée par le NHS Centre for Reviews and Dissemination, (1998), il appert que le manque de motivation, des doutes concernant la véracité des informations véhiculées à l'intérieur des programmes et la croyance que la réhabilitation cardiaque est un traitement peu approprié pour eux soient autant des facteurs pouvant faire obstacle à la participation aux programmes de réhabilitation pour les patients cardiaques.

La conduite d'études supplémentaires auprès de gens souffrant de MCV apparaît donc nécessaire afin de mieux cibler les interventions efficaces et de les adapter à cette problématique afin de favoriser l'augmentation du taux de cessation tabagique qui s'avère insuffisant jusqu'à présent. Comme le précise Errard-Lalande (2005), plusieurs fumeurs semblent motivés à cesser de fumer, mais se retrouvent neutralisés par des craintes trop importantes pour passer à l'action. Les causes de la passivité face à l'arrêt tabagique ou des rechutes sont souvent multifactorielles : importance de la dépendance physique et/ou psychologique, survenue ou aggravation des symptômes anxiodépressifs,

perte de motivation, prise de poids et présence d'autres symptômes associés au sevrage (Errard-Lalande 2005; Wirth et al., 2004), ce qui diminue la motivation à entreprendre ou poursuivre le changement d'arrêt tabagique (Baker, Brandon, & Chassin, 2004; Errard-Lalande, 2005). Outre la prescription d'aides pharmacologiques et de thérapies, la perception des risques du tabagisme sur la santé semble également jouer un rôle dans l'arrêt ou la poursuite du comportement tabagique. Ce dernier élément sera présenté ci-dessous.

La perception des risques du tabagisme sur la santé et la cessation tabagique

L'expérience de la maladie et l'hospitalisation amènent certains patients coronariens à réfléchir aux effets que la maladie peut avoir sur eux et aux changements qui doivent être apportés dans le futur. Pourtant, le seul fait de recevoir un diagnostic de MCV ne suffit pas à motiver certains d'entre eux à cesser de fumer (Wiggers, Smets, Haes, Peters, & Legemate, 2003). En effet, 49 % des patients parviennent à cesser de fumer lors d'une hospitalisation, tandis que 51 % rechutent à l'intérieur de trois mois et reprennent leurs habitudes tabagiques (Attebring et al., 2004).

Selon une étude réalisée par Ronayne, O'Connor et Scobie (1989) auprès de fumeurs cardiaques, les croyances et les attitudes relatives aux effets et aux risques associés au tabagisme de même que les influences sociales ont un impact sur la décision des patients de continuer ou non l'usage du tabac après un diagnostic de maladie. Les participants ont été regroupés en deux groupes; ceux qui ont cessé de fumer et ceux qui

ont poursuivi leur comportement tabagique. Les résultats ont démontré que les patients qui perçoivent peu ou pas de risques liés au tabagisme continuent généralement de fumer en dépit de la forte opposition des médecins, de la famille et des amis et de leur motivation personnelle à se conformer aux désirs d'abstinence tabagique de ces personnes significatives.

McKenna et Higgins (1997) ont eux aussi démontré dans leur étude que le fait d'avoir un locus de contrôle externe quant à sa santé, notamment croire que ce qui arrive est le résultat de la chance ou de la malchance (et de façon hypothétique non reliée au tabagisme) diminuent les chances de parvenir à un arrêt de consommation de tabac. Dans le même ordre d'idée, se basant sur une étude réalisée auprès de 7 700 fumeurs, l'importance accordée à la santé actuelle et future figurent parmi les raisons susceptibles d'enclencher le processus de cessation tabagique chez ces derniers (Halpern & Warner, 1993). Le degré de risque perçu du tabagisme sur la santé peut ainsi influencer la décision des patients à cesser ou non le comportement tabagique.

En résumé, un degré de dépendance élevé et la non-participation à un programme d'aide face à l'arrêt tabagique, impliquant notamment des interventions liées aux symptômes de sevrage, figurent parmi les obstacles à la cessation tabagique. Au contraire, l'importance accordée à la santé et aux risques associés au tabagisme sur la santé, le soutien offert par les médecins et les autres professionnels de la santé impliqués dans les différents traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques de même

que la présence d'une motivation à cesser de fumer s'avèrent des éléments facilitant l'arrêt tabagique chez les fumeurs. En plus de ces éléments, l'intention représente aussi une variable clé dans l'adoption des comportements de santé en général (Webb & Sheeran, 2006). Il est juste de s'attendre à ce que l'intention joue également un rôle sur la cessation tabagique. Cette variable fera l'objet d'une présentation dans la partie qui suit.

Intention de cesser de fumer

Plusieurs théories et données empiriques issues de la psychologie de la santé et de la psychologie sociale indiquent que l'intention cause l'adoption d'un comportement. Plus spécifiquement, la théorie du comportement planifié propose que le comportement est directement lié à l'intention et à la perception de contrôle (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth, & Mant, 2004). En ce sens, l'intention précéderait le comportement.

L'intention est à priori cognitive, mais peut être appliquée au niveau comportemental. En effet, l'intention est définie comme une résolution formulée à soi-même dans le but d'obtenir certains résultats ou d'exécuter un comportement (Webb & Sheeran, 2006). Les résultats de la méta-analyse réalisée par Webb et Sheeran (2006) suggèrent qu'un changement dans l'intention décrit comme modéré à fort (taille de l'effet : $d = 0,66$) entraîne un changement de comportement faible à modéré ($d = 0,36$). Les chercheurs évoquent que l'intention a toutefois moins d'impact sur le comportement

lorsque l'individu manque de contrôle sur le comportement, lorsqu'il y a un potentiel de réaction sociale face au comportement et lorsque l'exécution du comportement est réalisée par habitude.

Certains chercheurs se sont intéressés plus spécifiquement à l'intention de cesser de fumer. L'intention s'avère plus simple à mesurer que le comportement d'arrêt tabagique compte tenu que l'étude du comportement tabagique implique généralement des mesures physiologiques afin de s'assurer de la fiabilité des données. L'intention, au contraire, peut être évaluée à aide d'une mesure auto rapportée.

Se basant sur les données de l'Enquête de surveillance du tabac au Canada de 2006, Leatherdale et Shields (2009) ont tenté de mieux comprendre les caractéristiques associées à l'intention de cesser de fumer des canadiens. Les résultats ont démontré que l'intention de cesser l'usage du tabac était associée négativement au nombre de cigarettes fumées par jour. En d'autres mots, les québécois qui fumaient beaucoup étaient moins enclins à avoir l'intention d'arrêter de fumer que les fumeurs occasionnels ou ceux qui fumaient un nombre peu élevé de cigarettes.

Nguyet, Béland et Otis (1998) ont analysé si l'intention de cesser de fumer était associée à d'autres comportements de santé comme une saine alimentation ou la pratique d'activité physique. Les résultats ont démontré que de tels comportements de santé n'avaient pas d'influence sur l'intention d'arrêter l'usage du tabac. Cependant, les

participants qui ont eu une forte intention de cesser de fumer ont démontré une attitude plus favorable face à leurs comportements de santé, une meilleure perception à réussir l'arrêt tabagique et une meilleure perception de contrôle par rapport à leurs comportements. Les résultats d'une étude effectuée par Wang, Borland et Whelan (2005) ont démontré que le sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire avoir la conviction de pouvoir exécuter avec succès le changement souhaité, et l'importance accordée à l'arrêt tabagique sont directement liés à l'intention de cesser de fumer.

Enfin, Bursey et Craig (2000) ont tenté d'examiner les facteurs associés à l'intention de cesser de fumer auprès de patients ayant subi un pontage coronarien. Les résultats démontrent que pour la plupart des patients ($n = 22/32$), l'intention de cesser l'usage du tabac correspond à leur comportement d'arrêt tabagique. Certains participants ($n = 10$) ont par contre repris leur habitude tabagique et ce, même s'ils avaient indiqué leur intention de cesser de fumer de façon permanente. Cette reprise ne remet pas nécessairement en question leur intention de cesser de fumer, mais peut suggérer que les besoins immédiats de la dépendance à la nicotine devaient être satisfaits. Certains patients semblent donc plus enclins à risquer leur santé plutôt que de cesser de fumer, choix potentiellement entraîné par le phénomène de la dépendance. Les résultats illustrent également une relation significative entre l'intention de cesser de fumer à la suite d'un pontage coronarien et des croyances positives (p. ex. : l'arrêt est bon pour la santé) de même qu'à une bonne perception de leur contrôle par rapport à leur comportement d'abstinence.

En somme, la cessation tabagique est incontestablement un objectif prioritaire pour les fumeurs cardiaques. Il semble toutefois que la dépendance physique et psychologique, incluant un degré de dépendance élevé, la non-participation à des programmes d'aide à la cessation tabagique, l'absence de risque perçu lié au tabagisme sur la santé, le manque de motivation de même qu'une faible intention sont autant d'obstacles à la cessation tabagique.

Le processus d'arrêt tabagique est complexe et semble avoir des répercussions sur la perception de soi. En effet, certains fumeurs ont effectué plusieurs tentatives d'arrêt tabagique qui ont échoué et perçoivent la rechute comme un échec personnel. Il en résulte alors une perte de confiance en soi et une diminution importante de la perception du sentiment de compétence personnelle à cesser de fumer (Errard-Lalande, 2005; Yzer & van den Putte, 2006). Cependant, comme le précise Yzer et van den Putte (2006), l'historique des tentatives antérieures infructueuses ne devraient pas être vu comme un facteur pouvant affecter directement la cessation, mais plutôt comme une source d'informations à laquelle se référer pouvant avoir une influence positive sur les perceptions liées à la prochaine tentative d'arrêt. Tel que présenté précédemment, la conviction de pouvoir exécuter l'arrêt tabagique serait liée à l'intention de cesser de fumer. La section suivante permettra ainsi de présenter l'importance du sentiment de compétence dans le renoncement au tabagisme.

Sentiment de compétence

Le sentiment de compétence réfère au degré par lequel un individu se sent capable d'atteindre des buts fixés (Deci & Flaste, 1995). Le sentiment de compétence s'apparente au concept de l'efficacité personnelle décrit par Bandura. En effet, pour ce dernier, les individus ne peuvent être incités à agir s'ils ne croient pas que leurs actions peuvent mener à ce qu'ils souhaitent. Ainsi, ils vont se comporter en se basant sur la croyance en leur efficacité par personnelle. L'efficacité personnelle perçue correspond à la croyance d'une personne en sa capacité d'organiser et d'exécuter une ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. Cependant, l'efficacité personnelle perçue ne se rapporte pas au nombre d'aptitudes qu'un individu possède, mais à ce qu'il croit pouvoir en faire dans des situations variées. Des doutes sur soi-même peuvent réduire à néant les meilleures compétences et menacer l'exécution de la tâche à réaliser (Bandura, 2007; François & Botteman, 2002).

Une étude réalisée par Mothersill, McDowell et Rosser (1988) a permis d'établir que la croyance en ses capacités d'arrêter de fumer est fortement liée à la réussite de la cessation tabagique et au maintien de l'abstinence. Une autre étude effectuée par Mackenzie, Pereira et Mehler (2004) a également démontré qu'un niveau élevé de confiance en soi accroît la probabilité d'abstinence tabagique chez des patients coronariens ayant eu leur congé de l'hôpital.

Le sentiment d'efficacité ne concerne toutefois pas seulement le contrôle sur l'action, mais également l'autorégulation des processus cognitifs, de la motivation et des états émotionnels et physiologiques. Dans cet ordre d'idée, Kennett, Morris et Bangs (2006) ont tenté de déterminer si les individus qui parvenaient à cesser de fumer disposaient de meilleures ressources cognitives et comportementales pour gérer les effets adverses de la cessation tabagique que les fumeurs qui n'arrivaient pas à se défaire de leur habitude tabagique. Leur échantillon était composé de trois groupes, soit 69 individus n'ayant jamais fumé, 59 individus ayant réussi l'arrêt tabagique et 61 fumeurs désirant arrêter sans succès. Plusieurs variables ont été prises en compte dans cette étude pour évaluer les ressources internes, notamment, le nombre de cigarettes fumées par jour, l'âge à laquelle l'individu a débuté l'usage du tabac, le degré de difficulté à arrêter, la motivation et le sentiment de compétence. Les résultats démontrent que les gens qui n'ont jamais fumé et ceux qui ont réussi à arrêter démontraient de façon significative davantage de ressources internes. De plus, même si les deux groupes de fumeurs consommaient tous les jours le même nombre de cigarettes et avaient débuté l'usage du tabac aux mêmes âges, les fumeurs comparativement aux ex-fumeurs trouvaient plus difficile et moins importante la cessation tabagique, avaient davantage de motivations extrinsèques à arrêter l'usage du tabac et finalement étaient moins efficaces et moins enclin à utiliser des stratégies d'auto-régulation dans leur tentative d'arrêt tabagique.

Bref, il semble donc que le sentiment de compétence et la confiance dans ses capacités à rencontrer un objectif fixé apparaissent jouer un rôle très important dans la

cessation tabagique. Le sentiment de compétence apparaît donc comme une variable centrale associée à la cessation tabagique étant donné son lien généralement direct avec l'intention de cesser de fumer.

Compte tenu des résultats de recherches exposés précédemment, les interventions touchant la cessation tabagique devraient cibler le renforcement de l'intention de cesser de fumer de même que la perception de compétence et la perception de maîtrise face à ce comportement. Par ailleurs, étant donné que les interventions coercitives démontrent peu d'efficacité afin de promouvoir l'adhérence aux comportements de santé prescrits, une question centrale peut être soulevée, à savoir comment favoriser l'efficacité des interventions ciblant le maintien des changements de comportement ? La théorie de l'autodétermination (TAD) fournit à cet effet des explications et des réponses afin d'améliorer l'efficacité des traitements offerts aux fumeurs cardiaques. En effet, la TAD semble appropriée afin de favoriser l'intégration des objectifs thérapeutiques auprès des fumeurs puisqu'elle prend en compte, notamment, la motivation et le sentiment de compétence.

Théorie de l'autodétermination

La TAD est une perspective théorique considérant la motivation ainsi que ses antécédents comme des attributs inhérents aux changements de comportement des individus. La TAD propose l'existence du besoin d'autodétermination qui réfère à

l'importance pour un individu de préserver le sentiment d'avoir choisi son comportement tout en étant cohérent avec ses intérêts et ses valeurs. Si ce besoin est brimé, l'individu aura tendance à réagir afin de retrouver sa liberté de choisir (Deci & Ryan, 2000; 2002; Ryan & Deci, 2002).

Besoins psychologiques fondamentaux

Selon la TAD, la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux favoriserait l'internalisation de la motivation et l'intégration du comportement. Plus précisément, ces besoins font référence à celui d'autonomie, de compétence et d'affiliation personnelle.

L'*autonomie* réfère à une prise de décision volontaire de l'action, ce qui conduit au fait d'assumer entièrement cette action et de se retrouver ainsi en congruence avec soi-même. Le concept d'autonomie implique l'appropriation personnelle de l'action. Le besoin d'autonomie correspond donc à la nécessité pour une personne de se sentir comme étant l'initiatrice de ses choix au moment d'entreprendre un comportement. Appliqué au domaine de l'arrêt tabagique, le besoin d'autonomie correspondrait au choix personnel du fumeur de cesser de fumer et ce, de son plein gré. La *compétence* désigne le sentiment d'efficacité sur son environnement, lequel stimule la curiosité, le goût d'explorer et de relever des défis. Ainsi, ce besoin s'illustrerait par le sentiment du fumeur d'être capable de cesser de fumer tout en ayant identifié les moyens d'y parvenir.

Enfin, l'*affiliation interpersonnelle* correspond au sentiment d'appartenance et au sentiment d'être relié à des personnes qui sont importantes pour soi. Ce besoin pourrait donc être décrit par le fumeur comme le sentiment d'être respecté et estimé de ses proches et des professionnels côtoyés dans le cadre de sa démarche de cessation tabagique.

Plus précisément, la TAD soutient que la satisfaction de ces trois besoins par l'environnement social améliore la croissance et l'ajustement psychologique de la personne, de même que son autonomie, sa motivation et conséquemment facilite l'intériorisation et l'intégration des comportements en matière de santé, tant physique que mentale. Au contraire, la non satisfaction de ces besoins par l'environnement social conduit à une diminution de la motivation et a des effets néfastes sur le bien-être et sur le rendement de l'individu (Deci & Flaste, 1995; Deci & Ryan, 2008; Williams, 2002). Précisons que dans les écrits scientifiques recensés, l'emploi du terme « soutien à l'autonomie » inclut souvent le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et parfois d'affiliation personnelle. Ainsi, ceux-ci s'avèrent combinés dans les études et non étudiés de façon distincte et séparée contrairement à ce que fait la présente étude pour les deux premiers besoins (autonomie et compétence). Cette distinction s'avère des plus pertinentes, dans le cas présent, compte tenu de l'importance du lien entre l'intention de cesser de fumer et le sentiment de compétence. Suivant la logique que la compétence est une variable importante dans l'intention, le soutien de cette variable devrait l'être également.

Internalisation et régulation du comportement

Le processus d'internalisation fait référence au processus à travers lequel une personne acquiert une attitude, une croyance, un comportement externe et le transforme progressivement en un but ou une valeur personnelle. La théorie de l'internalisation estime que l'adoption de nouveaux comportements est incorporée dans la vie d'un individu par l'entremise de ce processus d'appropriation. La TAD différencie deux modes de régulation du comportement : le mode autonome (autodéterminé) et le mode contrôlé (non autodéterminé). La régulation autonome renvoie au fait que la personne estime l'adoption d'un comportement comme étant importante, en conformité avec ses valeurs et ses besoins tout en impliquant une liberté de choisir, contrairement à la régulation contrôlée qui renvoie plutôt à l'adoption d'un comportement par une contrainte ou une pression externe à soi. Par conséquent, une régulation contrôlée peut être transformée en régulation autonome ou autorégulée permettant à un individu d'avoir une perception plus intégrée et plus cohérente avec ses comportements (Deci & Ryan, 2000; 2002; Ryan & Deci, 2002). Le soutien à l'autonomie est un élément clé permettant de déterminer si l'internalisation sera seulement partielle, comme dans le cas de la régulation introjectée ou plus complète comme dans la régulation intégrée (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003). Ces différents types de régulation de même que les types de motivation seront explicités dans la partie ci-dessous.

Définition et types de motivation

La motivation est définie comme étant une force ou une énergie psychologique qui pousse une personne à atteindre un but spécifique (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003). La TAD définit au total six types de motivation se regroupant sous trois grandes catégories : l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. Le Tableau 1 présente le continuum d'autodétermination avec les types de motivation. Ce continuum d'autodétermination sera décrit ultérieurement.

L'amotivation

L'amotivation constitue la forme de régulation du comportement la moins autodéterminée qualifiée de non autodéterminée. Elle implique l'absence de motivation pour passer à l'action, un manque de volonté d'agir. L'individu amotivé ne parvient pas à établir de relations entre ses gestes et les résultats attendus et est incapable de prévoir et d'expliquer les conséquences de son comportement. La personne perçoit que ses actions sont causées par des variables indépendantes de son contrôle ou qu'elle n'a pas l'impression de posséder les compétences pour les mettre à exécution. L'amotivation est donc associée au manque d'auto-efficacité perçue ou à l'absence de valorisation de l'activité en cause et de ses résultats. Par conséquent, les comportements amotivés sont fréquemment abandonnés.

Tableau 1

Continuum d'autodétermination avec les types de motivation et de régulation

Type de motivation	Amotivation	Motivation extrinsèque				Motivation intrinsèque
Type de régulation du comportement	Pas de régulation	Externe	Introjectée	Identifiée	Intégrée	Intrinsèque
		Régulation	contrôlée	Régulation autonome		
Qualité du comportement	Non autodéterminé	→	→	→	→	Autodéterminé

La motivation extrinsèque est, quant à elle, définie par le fait qu'un comportement est adopté pour des raisons instrumentales et non pour la satisfaction encourue par l'adoption du comportement. L'activité est réalisée dans le but d'engendrer des effets agréables ou d'éviter un sentiment ou des conséquences déplaisantes après la réalisation de l'activité. À titre d'exemple, un individu serait extrinsèquement motivé s'il cessait de fumer dans le seul but de satisfaire aux demandes de sa famille ou s'il arrêterait tout pour recevoir une récompense ou éviter une punition. La motivation extrinsèque regroupe différents types de motivation pouvant se situer sur un continuum qui sera présenté à la section suivante.

La motivation extrinsèque par régulation externe

La régulation externe réfère au fait que le comportement est imposé par une autre personne, par des récompenses associées ou par des circonstances environnementales. Le comportement régulé de façon externe est instable et est sujet à changer si les contraintes ayant poussé le changement disparaissent. Par exemple, un fumeur mentionne qu'il doit cesser de fumer, sous les fortes recommandations de son médecin, s'il souhaite bénéficier d'une opération.

La motivation extrinsèque par régulation introjectée

La régulation introjectée survient lorsqu'une personne commence à intérioriser les sources de contrôle liées à son comportement. Ces sources de contrôle réfèrent cependant à des contraintes externes intériorisées et de ce fait, il est impossible de considérer cette forme de régulation du comportement comme étant autodéterminée. Le comportement n'est pas pleinement choisi par l'individu puisque celui-ci est davantage régi par la pression interne (obligations) que l'individu s'impose. Par exemple, la cessation tabagique est envisagée dans le but d'éviter des sentiments de culpabilité ou d'anxiété. Elle s'accompagne de tension, de conflits intérieurs et d'une tonalité émotionnelle négative.

La motivation extrinsèque par régulation identifiée

La régulation identifiée est effective lorsque la personne valorise un comportement, le percevant alors important et cohérent avec ses besoins et ses valeurs.

La personne est en mesure de s'identifier à ce comportement et de s'y engager pleinement puisque l'intériorisation des motifs externes est suffisante. Par exemple, une personne souhaite cesser de fumer parce que cela est important pour elle d'améliorer sa santé. L'activité peut être qualifiée d'autodéterminée et ce, même si elle est réalisée pour des raisons instrumentales.

La motivation extrinsèque par régulation intégrée

La dernière forme de motivation extrinsèque est désignée comme étant la régulation intégrée. La régulation du comportement est cohérente avec le concept de soi de la personne de même qu'avec son système de valeurs personnelles. L'individu adopte le comportement de façon volontaire et en concordance avec ce qu'il est. L'individu est non seulement motivé pour plusieurs comportements relatifs à un domaine important de sa vie comme par exemple, sa santé en général, mais il tente de diminuer les conflits entre ses comportements et de maintenir un niveau de cohérence élevé entre ceux-ci.

La motivation intrinsèque

Finalement, la motivation intrinsèque constitue la forme la plus autodéterminée de motivation. Elle réfère au fait que le comportement est posé pour la satisfaction inhérente à l'activité elle-même. L'engagement dans une activité est fait avec plaisir, volonté, liberté et intérêt et non en fonction des récompenses et des contraintes externes associées. (Deci & Ryan, 2000; 2002; Ryan & Deci, 2002). Toutefois, dans le domaine des addictions (c.-à-d. tabagisme, consommation d'alcool, de drogues ou de

médicaments), l'arrêt de consommation est rarement perçu par un individu comme étant une activité agréable et réalisée avec plaisir. La motivation intrinsèque apparaît donc peu compatible avec la modification d'un comportement addictif tel que la cessation tabagique. Ainsi lorsqu'il est question de comportement addictif, la motivation intrinsèque et la régulation intégrée sont jugées inappropriées pour ce type de comportement et sont généralement exclus des questionnaires mesurant la motivation spécifique comme cela a été le cas pour la présente recherche. Sur le plan théorique, il est tout de même possible qu'un fumeur présente une motivation autodéterminée face à la cessation tabagique. Le fumeur présentera alors une régulation identifiée (Csillik, 2007).

Le continuum d'autodétermination

Selon la TAD, ces différents types de motivation peuvent être ordonnés sur un continuum, lequel progresse de la motivation moins autodéterminée (amotivation, régulation externe et régulation introjectée) à la motivation plus autodéterminée (régulation identifiée, régulation intégrée et motivation intrinsèque) (Deci & Ryan, 2000; 2008; Ryan & Deci, 2000; 2002). La progression sur le continuum démontre la gradation de plus en plus autodéterminée des motifs déterminant l'accomplissement d'un comportement donné. Bien entendu, la motivation autodéterminée présente de meilleures probabilités au niveau de la performance et de l'engagement dans l'adoption des comportements (Csillik, 2007; Deci & Ryan, 2000; 2008; Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Il serait donc possible de prédire les conséquences

associées aux différents types de motivation lorsque la position relative de ces types de motivation sur le continuum est connue. La validité de ce continuum a été établie par un grand nombre d'études (voir Vallerand, 1997 pour une recension complète).

En résumé, la théorie de l'autodétermination prédit que le soutien lié à la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux (besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation interpersonnelle) apporté par l'environnement social favorise la motivation autodéterminée (autonome), laquelle englobe la motivation intrinsèque de même que la motivation extrinsèque intégrée et identifiée. La motivation autodéterminée est à son tour tributaire d'une meilleure adhésion et internalisation de comportements de même qu'un plus grand sentiment de compétence (Deci & Ryan, 2000; 2002; Ryan & Deci, 2002). En effet, plusieurs auteurs (p. ex., Deci & Flaste, 1995; Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000; Sheldon, Williams, & Joiner, 2003) considèrent la motivation comme étant une variable clé en regard de la promotion de la santé et des changements de comportements associés. Plusieurs études, présentées ci-dessous, ont permis notamment de supporter le rôle du soutien à l'autonomie, du sentiment de compétence et de la motivation autodéterminée dans divers contextes de vie.

Études portant sur la théorie de l'autodétermination dans divers contextes de vie

Comme mentionné ci-dessus, la TAD est supportée par de nombreuses études conduites dans différents contextes de vie tels que dans les domaines scolaire,

professionnel, récréatif et relationnel. Afin d'illustrer l'applicabilité de cette théorie à ces différents contextes, des études identifiées comme étant représentatives des variables à l'étude et faisant l'objet de citations fréquentes parmi les écrits scientifiques recensés, seront présentées ci-dessous.

Domaines scolaire, professionnel et récréatif

Black et Deci (2000) ont réalisé une étude ayant pour but d'identifier la présence d'un lien entre la perception du soutien à l'autonomie par les professeurs et les performances scolaires des étudiants dans un cours de chimie. Les analyses démontrent que le soutien à l'autonomie des professeurs favorise un sentiment de compétence scolaire, la présence d'une motivation autodéterminée, une augmentation de l'intérêt et une diminution de l'anxiété chez les étudiants. De plus, le changement survenu dans la régulation autonome amène une amélioration au niveau des performances scolaires. Lavigne, Vallerand et Miquelon (2007) ont, quant à eux, observé que le soutien à l'autonomie offert par les professeurs de science influençait positivement la perception d'autonomie et de compétence des étudiants, favorisant en retour une motivation autodéterminée et l'intention de poursuivre des études dans le domaine des sciences afin d'en faire une profession. Eisenman (2007) ajoute à ces résultats que le soutien à l'autonomie favorise le développement de l'internalisation de motifs personnels à entreprendre une formation et ainsi l'augmentation des probabilités de terminer sa scolarité.

Certains chercheurs se sont, quant à eux, intéressés au milieu de travail comme domaine d'étude. Lynch, Plant et Ryan (2005) ont évalué les impacts du soutien aux besoins psychologiques auprès des employés d'un hôpital psychiatrique. Les résultats obtenus suggèrent que les travailleurs qui bénéficient d'un plus grand soutien à l'autonomie ressentent un plus grand bien-être dans leur milieu de travail, qu'ils retirent un fort sentiment d'accomplissement et adoptent des attitudes moins directives envers les patients de l'hôpital. Par ailleurs, le soutien à l'autonomie, en opposition à une attitude axée sur le contrôle et les contraintes, offert par des gestionnaires de compagnies de finance est également associé à un fort engagement, un rendement supérieur et un bien-être élevé identifiés auprès d'employés œuvrant dans le domaine de l'investissement bancaire (Baard, Deci & Ryan, 2004).

Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière et Blais (1995) ont de leur côté étudié la relation entre les différentes formes de régulation de la motivation, les loisirs et le bien-être psychologique. Les résultats démontrent que la pratique de loisirs est de façon générale, associée à un plus grand bien-être psychologique lorsque déterminée par les types de motivation plus autodéterminée que par les formes de motivation moins autodéterminée.

Domaine relationnel

Par ailleurs, le soutien à l'autonomie a également été examiné dans le cadre des relations familiales et amicales. Selon l'étude de Williams, Cox, Hedberg et Deci

(2000), les adolescents qui rapportaient percevoir leurs parents comme favorisant leur autonomie tendaient à démontrer davantage de fortes aspirations intrinsèques orientées vers la croissance personnelle, les relations interpersonnelles significatives et un désir de contribuer à l'avancement de la communauté plutôt que de témoigner d'aspirations extrinsèques reliées à la richesse, à l'image et à la notoriété. De plus, le degré élevé de soutien à l'autonomie a été identifié comme étant un indicateur susceptible de prédire l'abstinence au niveau de la consommation d'alcool et de drogues, de même que l'écoute excessive de la télévision auprès de ces adolescents. Deci, La Guardia, Moller, Scheiner et Ryan (2006) ont examiné, quant à eux, le soutien à l'autonomie dans le contexte des relations d'amitié auprès d'adultes. Les chercheurs ont conclu qu'une relation dans laquelle chacun encourage et supporte l'autonomie de l'autre, contribue à la satisfaction des besoins, à la qualité de la relation et à une meilleure santé mentale.

Finalement, Soenens et Vansteenkiste (2005) ont réalisé une étude ayant pour objectifs d'examiner auprès d'adolescents, le rôle de l'autodétermination dans trois contextes de vie : l'école, la recherche d'emploi et les compétences sociales de même que d'étudier le rôle parental et les styles d'enseignement des professeurs sur le sentiment de compétence des adolescents. Les résultats démontrent que le soutien à l'autonomie des parents est fortement lié à l'autodétermination dans les trois domaines de vie et que le soutien à l'autonomie des enseignants a un impact significatif dans les domaines scolaires et de la recherche d'emploi. L'autodétermination en retour conduit à de meilleures capacités d'adaptation et à un meilleur fonctionnement psychosocial.

À la suite de l'analyse de ces différentes études, un constat général se dégage. Appliqué aux domaines scolaire, professionnel, récréatif et relationnel, le soutien à l'autonomie favorise le sentiment de compétence qui en retour a un impact sur la motivation autodéterminée amenant des changements ou des choix personnels positifs pour les individus.

*Études portant sur la théorie de l'autodétermination dans
le domaine de la santé*

Encourager les patients à adopter des comportements de santé représente en soi un défi de taille pour les professionnels de la santé. Certaines attitudes apparaissent essentielles pour que ces professionnels aient un impact significatif sur le changement de comportement, la durée et la qualité de vie de leurs patients. Sur ce point, la TAD spécifie que le meilleur moyen d'augmenter la motivation à changer de comportement est de supporter les besoins fondamentaux. D'un point de vue théorique, les patients devraient pleinement intérioriser leurs objectifs en matière de santé, être plus autodéterminés dans leur motivation à adopter et maintenir des comportements de santé et y parvenir plus facilement lorsque les médecins supportent leur autonomie (incluant les besoins de compétence et d'affiliation) (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008; Sheldon, Williams, & Joiner, 2003). Pour ce faire, il est conseillé que le médecin prenne connaissance de la perspective de ses patients, supporte ses initiatives, offre des choix à propos des options de traitement, explore les barrières et les résistances au changement, adopte une attitude de respect, d'ouverture et de compréhension face aux patients et

fournisse de l'information pertinente et du feedback tout en minimisant la pression et le contrôle (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008; Williams, Frankel, Campbell, & Deci, 2000; Williams, McGregor, Zelman, Freedman, & Deci, 2004; Williams, Quill, Deci, & Ryan, 1991).

Plusieurs études, qui seront présentées ci-dessous, ont d'ailleurs étayé cette théorie à savoir que le soutien à l'autonomie favorise l'accroissement de la motivation autodéterminée en regard des comportements de santé tels que l'hygiène dentaire, l'adhérence aux traitements pharmacologiques, le contrôle de la glycémie et la pratique d'activité physique. De plus, ces études indiquent que lorsque les individus ont une plus grande motivation autodéterminée, ils se sentent davantage compétents pour atteindre les objectifs ciblés relevant de divers comportements de santé et arrivent conséquemment à opérer des changements.

Hygiène dentaire

Basée sur le modèle théorique de la TAD et conduite en contexte de médecine dentaire, la recherche réalisée par Munster-Halvari et Halvari (2006) a étudié l'impact d'interventions psychosociales relevant du soutien à l'autonomie face à l'hygiène buccale. Les résultats démontrent une augmentation du sentiment de compétence, une motivation autodéterminée et une attitude plus positive face aux soins dentaires chez les participants recevant les interventions basées sur le soutien à l'autonomie (groupe expérimental). Une amélioration des soins dentaires est aussi observée par une

diminution de la plaque et de la gingivite chez les participants du groupe expérimental comparativement aux participants recevant les soins conventionnels.

Adhérence aux traitements pharmacologiques

L'applicabilité du modèle théorique de la TAD a également été vérifiée dans différentes études portant sur l'adhérence à différents traitements pharmacologiques. Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, et Deci (1998) ont exploré la motivation requise pour adhérer à une prise de médicaments à long terme chez des patients adultes affichant divers diagnostics nécessitant un traitement pharmacologique. Les analyses supportent le modèle de l'autodétermination et démontrent que la perception du soutien à l'autonomie offert par les médecins favorise une motivation autodéterminée qui en retour facilite l'adhérence médicamenteuse.

L'adhérence à un programme de maintien à la méthadone pour une problématique de dépendance aux opiacés a également été testée. Ainsi, Zeldman, Ryan et Fiscella (2004) ont examiné le rôle de la motivation dans le succès de l'adhérence au programme de traitement de maintien à la méthadone. Les résultats démontrent, de façon générale, que la motivation autodéterminée et la perception du soutien à l'autonomie sont effectivement associées à une meilleure adhérence au programme par les participants, illustrée par un taux de rechute peu élevé et une meilleure assiduité aux rencontres fixées par le programme.

Des conclusions similaires mais partielles sont ressorties dans l'étude de Kennedy, Goggin et Nollen (2004) sur l'adhérence des patients séropositifs à leur thérapie antivirale. En effet, les résultats ont démontré que le soutien à l'autonomie offert par les médecins permet de prédire la motivation autodéterminée, laquelle prédit la présence d'un sentiment de compétence face à l'adhérence et ultimement favorise une meilleure adhérence médicamenteuse. Dans cette étude, la motivation autodéterminée n'est par contre pas directement liée à l'adhérence médicamenteuse. Le sentiment de compétence joue un rôle de médiateur entre la motivation autodéterminée et l'adhérence médicamenteuse.

Contrôle de la glycémie

Des résultats concluants sont également ressortis dans des études portant sur la TAD et le contrôle de la glycémie. Williams, Freedman et Deci (1998) avaient pour objectif d'identifier si la perception du soutien à l'autonomie offert par les professionnels de la santé était liée à l'amélioration des mesures de la glycémie chez des patients diabétiques. Les résultats ont démontré que la perception du soutien à l'autonomie était reliée à une augmentation significative de la motivation autodéterminée à 12 mois. Cette augmentation de la motivation autodéterminée était liée à une augmentation significative du sentiment de compétence qui à son tour était relié à une diminution significative des valeurs de l'hémoglobine glyquée à 12 mois. À l'instar de ce qui a été observé auprès de patients séropositifs, le sentiment de compétence agit ici

également comme médiateur entre la motivation autodéterminée et le contrôle de la glycémie.

Williams, McGregor, King, Nelson et Glasgow (2005) ont, quant à eux, évalué la relation entre le soutien à l'autonomie par des médecins, le sentiment de compétence sur le contrôle de la glycémie et les symptômes dépressifs auprès de 634 adultes diabétiques. Le modèle d'équation structurale démontre que le soutien à l'autonomie est significativement relié (effets directs) à la perception de compétence et à la satisfaction des patients et indirectement au contrôle de la glycémie. La perception de compétence est significativement liée à la diminution des symptômes dépressifs et au contrôle de la glycémie.

Pratique d'activité physique

Les études s'intéressant à la pratique d'activité physique ont également démontré des résultats intéressants quant à l'applicabilité des notions de la TAD à ce comportement. Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci (1996) ont réalisé une étude auprès d'une population de patients souffrant d'obésité sévère qui participaient à un programme de perte de poids d'une durée de six mois. Les analyses confirment effectivement que les participants avec une motivation plus autodéterminée à perdre du poids suivaient plus régulièrement le programme, perdaient davantage de poids, maintenaient mieux la perte de poids réalisée et se sentaient davantage supportés par les médecins et le personnel travaillant au programme de perte de poids.

Fortier, Sweet, O'Sullivan et Williams (2007) se sont également intéressés à la pratique d'activité physique auprès d'adultes sédentaires ($n = 121$) divisés en deux groupes. Le premier groupe (contrôle) recevait une seule séance de counseling portant sur l'activité physique tandis que le deuxième groupe (expérimental) bénéficiait d'un programme intensif basé sur des méthodes d'intervention privilégiant le soutien à l'autonomie. Les résultats de l'étude ont démontré que les patients ayant bénéficié du programme supportant l'autonomie (groupe expérimental) présentaient une motivation de type autodéterminé, un meilleur sentiment de compétence et faisaient davantage d'exercice physique après trois mois. Ainsi, le programme expérimental apparaît avoir contribué à l'augmentation de la motivation autodéterminée à pratiquer de l'activité physique.

Slovinec D'Angelo, Reid et Pelletier (2007) ont examiné les processus psychologiques impliqués dans la régulation à court et à long terme de l'exercice physique auprès de 200 participants souffrant de MCV. Les résultats ont démontré que le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation autodéterminée étaient effectivement impliqués dans la régulation de la pratique d'activité physique. Contrairement aux autres recherches portant sur l'activité physique, cette dernière étude ne mesure pas le soutien à l'autonomie parmi les variables étudiées.

En somme, les études ci-dessus supportent le modèle de la TAD et ont permis de démontrer la présence de relations entre le soutien à l'autonomie, le sentiment de

compétence, la motivation autodéterminée et l'adoption de divers comportements de santé tels que l'hygiène dentaire, l'adhérence aux traitements pharmacologiques, le contrôle de la glycémie et la pratique d'activité physique auprès d'une population souffrant de problématiques de santé multiples (p. ex. : diabète, MCV, séropositivité et autres). Précisons par ailleurs, que certaines des études citées ci-dessus, ont identifié que le sentiment de compétence joue un rôle de médiateur entre la motivation autodéterminée et le comportement de santé, soit pour l'adhérence aux traitements pharmacologiques et le contrôle de la glycémie.

*Recension des études mettant en lien la théorie de l'autodétermination
et la cessation tabagique*

Un corpus de recherches prenant appui sur la TAD se sont également intéressées à la cessation tabagique. Globalement, les résultats de ces études concordent avec ceux des études effectuées en regard des comportements de santé énumérés précédemment (hygiène dentaire, adhérence médicamenteuse, contrôle de la glycémie, pratique d'activité physique). Dans la mesure où ces études portent spécifiquement sur la cessation tabagique, elles seront présentées de façon détaillée dans la partie ci-dessous.

L'étude de Williams et Deci (2001) et celle de Williams, Gagné, Ryan et Deci (2002) sont les deux études qui présentent le plus de similarités avec l'étude actuelle sur le plan notamment des objectifs généraux, de la population à l'étude et de la méthodologie. Précisons que la recherche effectuée par Williams, Gagné, Ryan et Deci

(2002) apparaît comme une suite de celle de Williams et Deci (2001), à la différence que des instruments de mesure y ont été ajoutés favorisant ainsi l'étude de variables plus spécifiques à la TAD telles que la perception de compétence et le type de motivation. Ces deux études ont comparé deux styles interpersonnels d'intervention utilisés par 27 médecins (*primary care physicians*) face à la cessation tabagique. Les deux styles d'intervention étaient soit basé sur le soutien à l'autonomie ou basé sur une approche axée sur le contrôle. Le soutien à l'autonomie par les médecins était évalué à l'aide d'enregistrements vidéo. Les variables mesurées (le tabagisme, le type de motivation et la perception de compétence) ont été réévaluées à 6, 12 et 30 mois. Les résultats des deux études ont identifié que le style interpersonnel du médecin n'avait pas eu d'effets significatifs sur la cessation tabagique. Trois raisons expliquant l'absence d'effets directs ont été identifiées par ces chercheurs. Premièrement, certains participants rencontraient leur propre médecin traitant. Ainsi, la cessation tabagique a pu être discutée lors des rencontres de consultation antérieures et avoir laissé des « traces positives et supportantes » si le médecin régulier utilisait dans sa pratique le soutien à l'autonomie. Par conséquent, l'utilisation d'interventions basées sur le contrôle par ces mêmes médecins lors des rencontres effectuées dans le cadre des études a pu être teintée par l'attitude supportante offerte lors des rencontres médicales survenues avant le début des deux études. Deuxièmement, les médecins recevaient peu de formation quant à la façon d'utiliser les deux styles d'intervention amenant probablement une diminution de la prépondérance des deux styles. Troisièmement, les médecins qui utilisaient le soutien à l'autonomie dans leurs interventions semblaient croire que les conseils étaient plutôt

considérés comme contrôlant et étaient par conséquent sous-utilisés. Le nombre limité de conseils donnés a pu entraîner une diminution du soutien à l'autonomie offert par les médecins. Malgré l'absence d'effets directs entre le soutien à l'autonomie et la cessation tabagique, certains résultats obtenus dans ces études s'avèrent intéressants. En effet, les résultats de l'étude de Williams et Deci (2001) ont démontré que le style interpersonnel du médecin basé sur le soutien à l'autonomie avait augmenté de façon significative l'implication active des patients lors des entretiens. L'implication active augmentait à son tour la cessation tabagique permettant ainsi d'envisager la présence d'un facteur médiateur. De leur côté, Williams Gagné, Ryan et Deci (2002) ont identifié que les interventions supportant l'autonomie amenaient les participants à avoir une motivation plus autodéterminée, laquelle prédisait la cessation tabagique aux différents temps de mesure. De plus, la perception de compétence a permis de prédire significativement la cessation tabagique à 6 mois et prédire marginalement l'abstinence à 12 mois. Ainsi, de façon globale, le modèle d'équation structurale obtenu à l'aide des deux études supporte la TAD en ce qui concerne la cessation tabagique.

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Solloway, Solloway et Joseph (2006) ont étudié l'effet du soutien à l'autonomie sur la motivation en lien avec la cessation tabagique par hypnose auprès d'adultes âgés entre 19 et 31 ans. L'échantillon divisé en deux groupes, a reçu à priori une présentation portant sur le traitement du tabagisme par hypnose, soit de manière brève pour le groupe contrôle et soit de façon à supporter l'autonomie pour le groupe expérimental. Par la suite, les deux groupes ont reçu le même traitement par hypnose. Toute personne qui

recommençait à fumer après le traitement devait aviser les chercheurs. Les résultats ont démontré que les participants ayant bénéficié du soutien à l'autonomie démontraient une plus forte régulation autodéterminée et une plus faible motivation extrinsèque que le groupe contrôle. Une faible corrélation a également été identifiée entre la régulation autodéterminée et l'abstinence tabagique de même qu'avec le sentiment de compétence. Aucun lien direct n'a été démontré entre le soutien à l'autonomie et l'abstinence tabagique. Selon les chercheurs, il est possible que le soutien à l'autonomie offert lors de la présentation du traitement aux participants n'ait pas été suffisant afin de démontrer une différence entre les deux groupes (contrôle et expérimental).

Williams, McGregor, Sharp, Levesque, Kouides, Ryan & Deci (2006) ont réalisé une étude ayant pour but de tester un modèle de processus de changement de comportements de santé et d'évaluer l'efficacité des interventions basées sur la TAD auprès de 1 006 fumeurs adultes. Les chercheurs ont comparé un groupe expérimental (interventions basées sur la TAD) à un groupe contrôle (interventions habituellement offertes par le système de santé tels que les programmes de soins communautaires). Les participants du groupe expérimental recevaient les mêmes informations sur la cessation tabagique que le groupe contrôle, mais devaient en plus se présenter quatre fois au cours des six prochains mois afin de rencontrer un intervenant de l'étude. Cet intervenant avait été entraîné pour soutenir les participants dans la prise d'une décision claire et autonome face à l'arrêt ou à la poursuite du tabagisme. Les participants étaient ensuite questionnés sur leur intention de cesser de fumer. S'ils étaient prêts à renoncer au tabac, l'intervenant

soutenait la compétence des patients à arrêter en établissant un plan de cessation tabagique. Cette étude a démontré que les participants qui ont bénéficié de l'intervention supportant l'autonomie ont perçu plus de soutien à l'autonomie et ont rapporté un niveau plus élevé de motivation autodéterminée et de perception de compétence que le groupe contrôle. Ils ont aussi rapporté une meilleure utilisation de la médication facilitant la cessation tabagique, donc une meilleure adhérence au traitement et significativement plus d'abstinence tabagique après six mois suivant le début de l'étude. Bref, cette étude a démontré que l'intervention basée sur la TAD facilite l'internalisation de la motivation autodéterminée et la perception du sentiment de compétence et que cette internalisation favorise à son tour l'augmentation de l'utilisation de substitut facilitant l'arrêt tabagique et prolonge par conséquent l'abstinence de tabac.

À partir de cette même étude, Williams, McGregor, Sharp, Kouides, Levesque, Ryan, et Deci (2006) ont cherché à mesurer le taux d'abstinence tabagique et les taux des indicateurs liés au cholestérol de ces mêmes patients qui faisaient partie de l'un ou l'autre des deux groupes (interventions basées sur la TAD ou interventions habituellement offertes par le système de santé tels que les programmes de soins communautaires) et ce, 18 mois après le début du programme. Les chercheurs ont identifié que les patients ayant bénéficié des interventions basées sur la TAD étaient toujours abstinents et avaient un taux de cholestérol satisfaisant. Ainsi, il est possible de conclure que les changements opérés à la suite d'interventions basées sur la TAD apparaissaient efficaces et durables.

Williams, Cox, Kouides et Deci (1999) ont évalué l'efficacité de deux types de messages préventifs sur l'usage du tabac auprès d'une population d'adolescents. Le premier message mettait l'accent sur le développement de maladies en utilisant la peur (approche contrôlante et directive). Le deuxième message était davantage de nature informative et visait plutôt la notion de choix (approche basée sur le soutien à l'autonomie). Les participants visionnaient de façon aléatoire un des deux messages préventifs. Les chercheurs ont effectué une étude préliminaire qui a permis de démontrer que le deuxième message était effectivement perçu plus supportant par les participants que celui lié à l'approche contrôlante. Par la suite, l'étude principale a été réalisée de manière à reproduire l'étude préliminaire, mais en y ajoutant des instruments mesurant la motivation autodéterminée et les habitudes tabagiques quelques jours avant ainsi que quatre mois suivant le visionnement de l'un des deux messages préventifs. L'étude principale a été la seule recherche, recensée dans le cadre du présent essai, ayant obtenu des résultats permettant d'identifier que la perception du soutien à l'autonomie offert par le présentateur du message préventif influençait directement la diminution du tabagisme durant les quatre mois suivant le début de l'étude. Une analyse plus approfondie de cette étude laisse clairement voir que le message ciblant le soutien à l'autonomie comportait, de fait, une part très importante de soutien à la compétence puisque les consignes du message ciblaient explicitement l'offre d'informations claires et neutres, un comportement typiquement associé au soutien à la compétence. Aucun lien direct n'a cependant été identifié entre les interventions effectuées dans le cadre du deuxième message sur les comportements tabagiques des participants. Les résultats de l'étude

préliminaire ont cependant démontré que le deuxième message (ciblant le soutien à l'autonomie) influençait, de façon marginale, la motivation autodéterminée des participants. Selon les auteurs, la taille réduite de l'échantillon étudiée ($n = 229$) et la brève exposition des participants aux deux types d'interventions (20 minutes chacune) sont des facteurs permettant d'expliquer l'absence de distinctions entre les deux types de message et les variables de la TAD.

Cessation tabagique, maladies cardiovasculaires et théorie de l'autodétermination

Une seule étude, celle réalisée par Williams, Gagné, Mushlin, et Deci (2005), liant la TAD, la cessation tabagique et les MCV a été recensée. La population étudiée était composée de 252 patients âgés de 40 ans et plus présentant des douleurs à la poitrine, mais n'ayant reçu aucun diagnostic officiel de MCV. Les chercheurs ont tenté d'évaluer chez ces participants l'impact de recevoir un diagnostic de maladies coronariennes sur la motivation à cesser l'usage du tabac en se basant sur la possibilité (faible ou forte) d'avoir un tel diagnostic. Pour ce faire, une évaluation médicale de l'état de santé ainsi que des mesures auto-rapportées reliées à l'alimentation, à l'exercice physique et au tabagisme ont été recueillies au tout début de l'étude. Une à deux semaines suivant l'évaluation de base, les patients se voyaient transmettre leur résultat. Parmi eux, certains avaient une forte probabilité de souffrir ultérieurement de MCV; pour d'autres, la probabilité était beaucoup moindre. La motivation à opérer des changements au niveau des comportements de santé était également évaluée. Après trois ans, tous les

questionnaires ont été à nouveau administrés. Un questionnaire mesurant la perception du soutien à l'autonomie par le médecin a toutefois été ajouté au protocole. Les résultats de l'étude suggèrent que le soutien à l'autonomie offert par les médecins prédit une plus grande motivation autodéterminée, laquelle prédit marginalement la cessation tabagique. Les résultats démontrent également que la probabilité d'un diagnostic de maladies coronariennes affecte la motivation et les variables de changement de comportement. L'effet positif du soutien à l'autonomie s'avère particulièrement important puisqu'il indique que lorsque les médecins sont en mesure de tenir compte des perspectives des patients et d'offrir des choix de traitement, ces derniers ont tendance à démontrer davantage une motivation autodéterminée à changer les comportements à risque et ce, tant pour les patients avec un haut et un bas niveau de probabilité de souffrir de maladies coronariennes.

Somme toute, à la lumière des écrits recensés dans le cadre du présent contexte théorique, un constat général se dégage : le soutien à l'autonomie favorise l'augmentation de la motivation autodéterminée chez les fumeurs, laquelle influence l'arrêt du tabagisme et le maintien de l'abstinence. Les données empiriques supportent ainsi le schème théorique de la TAD. Les effets du soutien à l'autonomie sur la cessation tabagique demeurent généralement indirects, ces derniers ayant plutôt un impact sur une variable médiatrice telle que la motivation autodéterminée. Une seule étude a démontré un effet direct entre le soutien à l'autonomie et la diminution du tabagisme, mais l'analyse de cette étude permet d'identifier la présence de comportements associés au

soutien à la compétence dans le message proposé aux fumeurs. Rappelons que dans les écrits scientifiques, l'emploi du terme « soutien à l'autonomie » inclut souvent le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et parfois d'affiliation personnelle. Cependant, dans quelques études, le sentiment de compétence agit comme médiateur entre la motivation et la cessation tabagique.

Ainsi, à l'heure actuelle, aucune étude impliquant la TAD et la cessation tabagique ne semble avoir été menée auprès d'une population ayant reçu un diagnostic de maladie coronarienne. L'originalité de la présente étude se situe à trois niveaux. D'une part, la population ciblée, soit une population coronarienne ayant reçu un diagnostic de MCV, n'a pas encore été étudiée dans les recherches s'intéressant à l'arrêt tabagique et s'inscrivant dans le cadre de la TAD. D'autre part, elle mesure pour la première fois et de façon distincte le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence dans l'intention de cesser de fumer. Tel que mentionné précédemment, les études menées antérieurement dans le domaine de la TAD combinent souvent les trois besoins psychologiques ou parfois le besoin d'autonomie et de compétence sous la variable « soutien à l'autonomie ». Finalement, la présente étude semble être également la première recherche à étudier la présence de corrélations entre l'intention de cesser de fumer et diverses variables de la TAD. Les études antérieures privilégient généralement le comportement à l'intention. En plus du caractère original de l'intention, le contexte du projet dans lequel s'inscrit cette étude (essai doctoral), voyait en l'intention une variable à privilégier au comportement puisque que celle-ci est précurseur du comportement. De

plus, l'intention s'avère beaucoup plus simple à mesurer compte tenu que l'étude du comportement tabagique implique généralement des mesures physiologiques afin de s'assurer de la fiabilité des données. L'intention, au contraire, peut être évaluée par une mesure auto rapportée. La présente étude devrait ainsi permettre d'enrichir les connaissances relatives aux facteurs favorisant le changement de comportements auprès des fumeurs coronariens pour lesquels, seul un nombre restreint d'écrits scientifiques basés sur la TAD est disponible. Ainsi, compte tenu que la cessation tabagique est un facteur déterminant afin d'améliorer l'espérance de vie des patients souffrant de MCV, de tels résultats pourront ultérieurement fournir un soutien empirique favorisant la création de programmes efficaces de réhabilitation cardiaque.

Objectifs de l'étude

La présente étude de type transversal effectuée auprès d'une population du Saguenay-Lac-St-Jean souffrant de MCV vise à démontrer l'absence de lien entre la perception du soutien à l'autonomie des participants de la part de leur médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer de même que la présence de liens statistiquement significatifs entre d'une part quatre variables : 1) la perception du soutien à la compétence des participants de la part de leur médecin généraliste, 2) le sentiment de compétence face à la cessation tabagique, 3) la motivation spécifique à cesser de fumer et 4) un faible degré de dépendance et d'autre part, l'intention d'arrêter

l'usage du tabac et ce, trois mois suivant le début de la participation à l'étude pour chacun des participants.

Hypothèses de recherche et question exploratoire

À partir de l'ensemble des considérations présentées, il est possible de formuler les hypothèses de recherche suivantes :

H 1 : La perception du soutien à l'autonomie des patients coronariens offerte par le médecin généraliste ne présente pas de lien direct avec l'intention de cesser de fumer.

H 2 : La perception du soutien à la compétence des patients coronariens offerte par le médecin généraliste est liée positivement à l'intention de cesser de fumer.

H 3 : La perception du sentiment de compétence des patients coronariens est liée positivement à l'intention de cesser de fumer.

H 4 : La motivation spécifique à cesser de fumer des patients coronariens est liée positivement à l'intention de cesser de fumer.

H 5 : Un faible degré de dépendance à la nicotine (mesuré au test de Fagerström) est lié positivement à l'intention de cesser de fumer.

À titre exploratoire, la question suivante est examinée :

Q 1 : La perception des patients face à l'impact du tabagisme sur leur santé est-elle liée à l'intention de cesser de fumer ?

Méthode

Cette deuxième section décrit la méthode utilisée lors de la réalisation de la présente étude. La première partie décrit l'échantillon à l'étude ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des participants. La seconde partie présente les instruments de mesure utilisés et leurs propriétés psychométriques. Finalement, la troisième partie expose le déroulement de l'étude et les analyses statistiques utilisées.

Participants et recrutement

L'échantillon de la présente étude était composé de 29 fumeurs comprenant 22 hommes et 7 femmes provenant de la région du Saguenay – Lac-St-Jean et souffrant d'une MCV. Le recrutement des patients s'est effectué à la suite d'une référence pour coronographie au département de médecine de jour ou à la suite d'une hospitalisation avec un diagnostic d'infarctus ou de syndrome coronarien aigu à l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC). Les critères d'inclusion pour la sélection des participants étaient les suivants : 1) être âgé entre 18 et 75 ans et 2) avoir un diagnostic de maladie cardiaque athérosclérotique confirmé. Certains critères d'exclusion ont également été identifiés: 1) présence de maladie débilitante affectant le pronostic de survie (maladie neuromusculaire affectant les activités quotidiennes, néoplasie, insuffisance rénale terminale) et 2) de maladie cognitive ou psychiatrique majeure.

La moyenne d'âge des participants de la présente étude était de 56,55 ans (de 38 à 68 ans). La majorité de ceux-ci (73,0 %) étaient mariés, comparativement à 15,4 % qui étaient séparés ou divorcés, 7,7 % étaient célibataires et 3,8 % étaient veufs. Les participants occupaient principalement un travail à temps plein (44,4 %) ou étaient à la retraite (37,0 %). Concernant le niveau de scolarité, 57,7 % de l'échantillon avait complété une scolarité de niveau secondaire, comparativement à 19,2 % des participants qui avaient complété un programme collégial. Seul 3,8 % des participants avaient complété une scolarité de niveau maîtrise. Enfin, 14,8 % des participants affirmaient avoir un revenu annuel de 55 000\$ et plus, 14,8 % un revenu annuel se chiffrant entre 45 000\$ et moins de 55 000\$, 22,2 % un revenu annuel se chiffrant entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ de même que 11,1 % un revenu annuel inférieur à 15 000\$. Les informations détaillées figurent dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	Fréquence	Pourcentage
Sexe		
Masculin	22	75,9
Féminin	7	24,1
État civil		
Marié(e)	19	65,5
Célibataire	2	6,9
Séparé(e) /divorcé(e)	4	13,8
Veuf/veuve	1	3,4
Occupation		
Travail à temps plein	12	41,4
Chômage	2	6,9
À la maison	1	3,4
Retraite	10	34,5
Sans travail	2	6,9
Scolarité		
Primaire non complété	1	3,4
Primaire complété	1	3,4
Secondaire non complété	3	10,3
Secondaire complété	10	34,5
Collégial non complété	2	6,9
Collégial complété	5	17,2
Certificat universitaire complété	1	3,4
Baccalauréat non complété	2	6,9
Maîtrise complété	1	3,4
Revenu personnel		
Moins de 15 000\$	3	10,3
De 15 000\$ à 24 999\$	6	20,7
De 25 000\$ à 34 999\$	6	20,7
De 35 000\$ à 44 999\$	3	10,3
De 45 000\$ à 54 999\$	4	13,8
55 000\$ et plus	4	13,8
Ne sait pas	1	3,4

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 29 dans tous les cas.

Instruments de mesure

Questionnaires

Les instruments de mesure retenus pour la présente étude figuraient dans les questionnaires complétés aux T1 (départ) et T2 (trois mois) (Appendice A et Appendice B) provenant de la recherche globale. Les questionnaires étaient constitués d'instruments de mesure valides et adaptés à la population coronarienne. Les différentes mesures de ces questionnaires (informations sociodémographiques, consommation de tabac, soutien de l'entourage, motivation spécifique à cesser de fumer, perceptions de compétence à cesser de fumer et intention de cesser de fumer) sont présentées ci-dessous avec leurs propriétés psychométriques respectives.

Informations sociodémographiques

Ces questions, de nature descriptive, ciblaient notamment l'âge, le revenu, l'état matrimonial, l'occupation de même que le niveau de scolarité. Celles-ci proviennent du projet « Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : Heart Institute of Prevention and Rehabilitation Center; HIPRC » (Wielgosz & Reid, 2001).

Consommation de tabac

La consommation de tabac est mesurée à l'aide de l'Échelle de dépendance physique à la nicotine de Fagerström (Fagerström Test for Nicotine Dependence; FTND) (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991). Ce test est une version améliorée du Fagerström Tolerance Questionnaire qui, en raison de problèmes psychométriques, a dû être révisé (Fagerström, 1978; Fagerström, & Schneider, 1989). Cette révision a amené à diminuer le nombre de questions et à changer le pointage accordé pour deux d'entre elles. La version française de cette échelle a été traduite et validée par Etter, Duc et Perneger (1999). L'échelle révisée comprend six questions mesurant la sévérité de la dépendance physique à la nicotine (exemple : Fumez-vous même si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?). Ce test permet d'identifier trois degrés de dépendance, soit un fort degré de dépendance (score entre 7 et 10), un degré de dépendance moyen (score entre 4 et 6) et un faible degré de dépendance (score de 4 et moins). Le niveau de cohérence interne est modéré ($\alpha = 0,61$) (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991). Dans cette étude, la dépendance tabagique a été mesurée en effectuant la moyenne de quatre items, procédure suggérée par Heatherton, Kozlowski, Frecker et Fagerström (1991).

De plus, la perception des participants face à l'impact du tabagisme sur leur état de santé a été mesurée. À cette fin, une question relative au lien perçu entre le tabagisme et l'état de santé a été créée par l'auteure de la présente recherche. Cette question a été formulée ainsi : «Pensez-vous que votre consommation de cigarettes a eu un impact sur

votre état de santé actuel (problème cardiaque)?». Cette question a permis de répondre à la question exploratoire.

Soutien de l'entourage

L'échelle des comportements interpersonnels (ECI) (Otis & Pelletier, 2004) mesure la perception du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation personnelle offert par le médecin, le cardiologue et l'entourage familial de chaque patient. Pour les fins de la présente étude, seul le soutien à l'autonomie et à la compétence par le médecin a été utilisé. Cette échelle est composée de neuf items divisés en trois sous-échelles ayant pour but de mesurer le soutien à l'autonomie (exemple : Mon médecin me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé.), le soutien à la compétence (exemple : Les commentaires que je reçois de mon médecin me font sentir incertain de mes capacités vis-à-vis de ma santé.) et le soutien à l'affiliation personnelle (exemple : Je sens que mon médecin se soucie vraiment de ma santé.). Le participant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Jamais*) à 7 (*Toujours*) à quelle fréquence son médecin, son cardiologue et sa famille émettent les comportements de soutien énoncés. Pour chaque type de soutien, un score global a été calculé en effectuant la moyenne des items. Quatre études ont été réalisées dans le but de développer et de valider cette mesure des perceptions des individus lors des relations interpersonnelles relatives à l'éducation, aux sports, aux relations intimes, au travail et aux relations avec les parents. Dans le cadre de la première étude, une analyse factorielle exploratoire auprès d'un échantillon mixte,

impliquant les perceptions des enseignants, des parents et des entraîneurs, supportent la structure à trois facteurs de l'échelle. Concernant la deuxième étude, quatre analyses factorielles confirmatoires (LISREL) effectuées auprès d'échantillon indépendants (perceptions de parents, d'enseignants, de partenaires intimes et d'entraîneurs) ont permis de retrouver la même structure factorielle de l'échelle. Cette étude a permis d'établir que les trois sous-échelles de l'ECI possédaient un niveau de cohérence interne acceptable. En effet, les alphas pour les trois sous-échelles étaient supérieurs à 0,75. La troisième étude supporte la validité de l'ECI, grâce à des analyses corrélationnelles entre les sous-échelles de l'ECI, les différentes formes de motivation proposées par la théorie de l'autodétermination de même que des concepts associés aux domaines de l'éducation, des relations intimes, du sport et du bien-être psychologique général des participants. Lors de la quatrième étude, il a été possible d'observer que les trois sous-échelles possédaient toutes un très bon coefficient test-retest ($r = 0,79$). Dans le cadre de la présente étude, le coefficient alpha se situe à 0,74 pour le soutien à l'autonomie et à 0,76 pour le soutien à la compétence par le médecin.

Motivation spécifique à cesser de fumer

Cette échelle est une adaptation de l'échelle originale développée par Sheldon, Ryan et Reis (1996). L'échelle originale comprend six sous-échelles qui ont pour but de mesurer le type de motivation (motivation intrinsèque, motivation extrinsèque par régulation intégrée, identifiée, introjectée, externe ou amotivation). Cependant, l'échelle portant sur la consommation de tabac présente dans le questionnaire de cette étude

comprend seulement quatre sous-échelles étant donné que la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque intégrée ne s'appliquent pas pour ce type de comportement. Le participant indique donc sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Pas du tout en accord*) à 7 (*Tout à fait en accord*) dans quelle mesure l'item correspond aux raisons qui le motivent à arrêter de fumer. Un score total de motivation autodéterminée a été calculé en soustrayant la moyenne des formes non autodéterminées de la moyenne des formes autodéterminées (Sheldon & Elliot, 1999). Puisqu'aucun groupe d'items n'a été combiné afin de représenter un construit global, il s'avère ainsi impossible de calculer un coefficient de cohérence interne pour cette échelle. De plus, celle-ci n'a pas encore fait l'objet de travaux spécifiques de validation en langue française.

Perceptions de compétence à cesser de fumer

Les perceptions de compétence à cesser de fumer sont évaluées à l'aide de quatre items qui ont été adaptés au domaine du tabagisme (exemple : Je me sens capable de m'engager dans une démarche afin de cesser de fumer). Le participant indique, sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 7 (*Fortement en accord*), dans quelle mesure l'item correspond à sa perception de compétence face à l'arrêt tabagique. Afin de mesurer la perception de compétence dans cette étude, un score global a été calculé en effectuant la moyenne des items. L'échelle originale a été créée par Williams et al. (1998) afin d'évaluer les perceptions de compétence pour les comportements de santé en général et la consommation de médicaments. La cohérence interne des quatre items pour le domaine de la santé en générale est de 0,83 et de 0,86

pour la consommation de médicaments. Le coefficient alpha de Cronbach de la présente étude est très satisfaisant ($\alpha = 0,85$).

Intention de cesser de fumer

L'intention de cesser de fumer au cours du prochain mois et au cours des six prochains mois a été évaluée à l'aide de deux items utilisés lors d'une étude portant sur la pratique d'activité physique (exemple : J'ai l'intention d'arrêter de fumer au cours du prochain mois et J'ai l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois.) (Courneya & McAuley, 1993). Le participant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Complètement en désaccord*) à 7 (*Complètement en accord*) dans quelle mesure l'item correspond à son intention de cesser de fumer. Dans la présente étude, le score global de l'intention de cesser de fumer a été calculé en effectuant la moyenne des items. La corrélation entre les deux items rapportée par les auteurs est de 0,44. Le coefficient alpha de Cronbach de la présente étude est de 0,85.

Déroulement de la collecte de données

La présente étude s'inscrit à l'intérieur d'une recherche globale de type longitudinal s'échelonnant sur une période approximative de quatre ans. La durée de chaque suivi individuel était de 12 mois, comprenant quatre temps de mesure selon un intervalle minimal de trois mois (T1 : point de départ, T2 : 3 mois, T3 : 6 mois, T4 : 12 mois). Avant de procéder à la passation du premier questionnaire, un formulaire de

consentement était présenté au patient (Appendice C), lequel informait les participants des modalités du projet de recherche.

Les participants de l'étude ont d'abord été identifiés parmi les patients hospitalisés ou évalués au département de médecine de jour de l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC) par les cardiologues participants en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion rapportés précédemment. Ainsi, chaque patient référé rencontrait de façon individuelle un assistant de recherche qui présentait l'étude afin de solliciter leur participation. Il était mentionné aux patients que leur participation était volontaire et qu'en cas de refus, la qualité des soins médicaux leur étant prodigués demeurerait la même. De plus, les assistants de recherche présentaient le but de l'étude, l'implication demandée (quatre rencontres dans lesquelles chaque participant devait compléter un questionnaire), les avantages et les risques potentiels de l'étude et enfin les mesures relatives à la confidentialité des données et à leur participation. De plus, les participants étaient informés du remboursement des frais de stationnement à l'hôpital et la possibilité d'un retrait à tout moment en cours de l'étude. Par la suite, le formulaire de consentement, produit en trois copies, était signé par le participant en présence de l'assistant de recherche. Une copie était remise au participant, une était déposée dans le dossier médical du patient et la dernière était conservée dans les dossiers du projet de recherche. La présente recherche a obtenu au préalable une certification éthique (Appendice D) délivrée par les comités d'éthique du CSSSC et de l'UQAC.

Le questionnaire T1 (départ) était administré lors d'une hospitalisation ou encore lors d'un rendez-vous avec le cardiologue. Le questionnaire était soit complété individuellement par le participant et récupéré ultérieurement par l'assistant de recherche, soit complété avec l'aide de l'assistant si l'état de santé du participant le nécessitait. L'assistant de recherche pouvait alors apporter des précisions au sens des questions posées et au besoin faire la lecture des questions au participant. Le questionnaire pouvait également être remis au participant qui le renvoyait par la poste une fois complété à la maison lorsque différentes contraintes l'empêchaient de le remplir sur place. En ce qui concerne les rencontres subséquentes (T2, T3, T4), les participants se rendaient à l'hôpital, dans les locaux assignés spécifiquement pour cette étude et complétaient sur place les questionnaires.

Analyses statistiques

Les données de la présente étude ont été analysées en trois étapes. Des analyses préliminaires ont été conduites afin d'examiner l'information relative au respect des postulats de base. Des analyses descriptives ont également permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon à l'étude. Enfin, des analyses corrélationnelles de type bivarié et unilatéral ont été réalisées afin de vérifier les hypothèses de recherche. Le choix des analyses statistiques visant à traiter les données recueillies dans cette étude et vérifier les hypothèses ont été sélectionnées en fonction d'une limite rencontrée. En effet, étant donné que l'échantillon relève d'une population clinique spécifique, soit des fumeurs présentant un diagnostic de MCV, il était difficile de rassembler un grand nombre de participants rencontrant ces critères d'inclusion.

Résultats

Cette troisième section décrit les résultats obtenus à la suite de la conduite des analyses statistiques retenues. La première partie décrit les analyses préliminaires. La seconde partie présente les analyses descriptives. Finalement, la troisième partie expose les analyses principales.

Analyses préliminaires

Les buts principaux des analyses préliminaires étaient premièrement d'évaluer la présence de données aberrantes multivariées et deuxièmement de vérifier si le postulat de normalité était rencontré pour l'échantillon à l'étude. Ainsi, les données extrêmes univariées ont d'abord été ramenées à une unité de la valeur non-extrême la plus près. Aucune donnée aberrante multivariée ne fut répertoriée dans la présente étude pour la distance de Mahalanobis ($\chi^2_{\text{maximum}} = 7,06 < \chi^2_{\text{critique}} = 20,51$ d.l. = 5).

Afin d'évaluer le postulat de normalité, les statistiques descriptives de toutes les variables incluses dans l'étude ont été examinées. Les moyennes, les écart-types, les valeurs de kurtose et d'asymétrie sont présentées au Tableau 3. Les valeurs de kurtose et d'asymétrie sont acceptables à l'exception de la kurtose reliée à la variable du soutien à la compétence de la part du médecin généraliste qui apparaît légèrement élevée (2,64). Le postulat de normalité est par conséquent rencontré (Tabachnick & Fidell, 2001).

Analyses descriptives

Le Tableau 3 présente les analyses descriptives du soutien à l'autonomie et du soutien à la compétence (de la part du médecin généraliste), du sentiment de compétence, de la motivation spécifique à cesser de fumer, du degré de dépendance et de l'intention de cesser de fumer. Les moyennes, les écarts-types, les valeurs de kurtose et d'asymétrie sont présentées dans ce tableau.

Les résultats de l'analyse descriptive montrent que les participants de l'étude avaient une forte intention de cesser de fumer au Temps 2 et percevaient un meilleur soutien à la compétence qu'un soutien à l'autonomie de la part du médecin généraliste. De plus, les participants ressentaient un bon sentiment de compétence face à l'intention de cesser de fumer, présentaient un degré modéré de motivation spécifique à cesser de fumer et avait un degré de dépendance tabagique plutôt faible.

Tableau 3
Statistiques descriptives des variables à l'étude

	Min/Max	Moyenne	Écart-type	Asymétrie	Kurtose
Intention de cesser de fumer au T2	1,00/7,00	5,8276	1,70229	-1,321	0,843
Soutien à l'autonomie	1,00/7,00	4,8155	1,65759	-0,446	-0,582
Soutien à la compétence	1,00/7,00	5,7586	1,44309	-1,642	2,644
Sentiment de compétence	1,00/5,75	3,2738	1,51432	0,250	-1,251
Motivation spécifique	0,00/3,50	1,8000	1,22903	-0,287	-1,286
Degré de dépendance	0,00/1,00	0,3102	0,32691	0,734	-0,632

Analyses principales

Étant donné que l'échantillon relève d'une population clinique spécifique permettant difficilement de rassembler un grand nombre de participants rencontrant les critères d'inclusion, des analyses corrélationnelles de type bivarié et unilatéral ont été sélectionnées comme étant les analyses à privilégier pour la présente étude.

Une analyse corrélacionnelle de type bivarié a porté sur les cinq hypothèses de la présente étude, soit sur les relations entre d'une part le soutien à l'autonomie et à la compétence de la part du médecin généraliste, le sentiment de compétence à cesser de fumer, la motivation spécifique à cesser de fumer de même qu'un faible degré de dépendance et d'autre part l'intention de cesser de fumer au temps 2 (trois mois).

Le Tableau 4 présente les résultats des corrélations liées à l'intention de cesser de fumer. Les analyses révèlent que la perception du soutien à l'autonomie de la part du médecin généraliste ($r = -0,121$; $p = 0,541$) n'est pas liée de façon significative à l'intention de cesser de fumer (H1). Quant à la perception du soutien à la compétence de la part du médecin généraliste (H2) ($r = 0,46$; $p < 0,05$) de même que le sentiment de compétence à cesser de fumer (H3) ($r = 0,458$; $p < 0,05$), ils sont associés de façon positive à l'intention de cesser de fumer selon un degré de corrélation modéré. De plus, contrairement à l'hypothèse présentée, la motivation spécifique à cesser de fumer n'a pas démontré de relation statistiquement significative avec l'intention de cesser de fumer (H4) ($r = -0,312$; $p = 0,172$). Ainsi, la motivation spécifique à cesser de fumer n'est pas reliée à l'intention de cesser de fumer.

Tableau 4

Corrélations liées à l'intention de cesser de fumer

		Soutien à l'autonomie	Soutien à la compétence	Sentiment de compétence	Motivation spécifique
Intention de cesser de fumer au T2	Corrélation de Pearson	-0,121	0,466*	0,458*	-0,318
	Sig. (2- tailed)	0,541	0,011	0,037	0,172
	N	28	29	21	20

* $p < 0,05$

Pour ce qui est de l'hypothèse concernant la relation négative entre un faible degré de dépendance au Temps 1 et l'intention de cesser de fumer au Temps 2 (H5), elle est supportée à l'aide d'une corrélation unilatérale (Tableau 5). En effet, plus les fumeurs ont rapporté être dépendant au Temps 1, moins ils avaient l'intention de cesser l'usage du tabac trois mois plus tard. Différents test-t ont également été réalisés afin de comparer les différentes composantes du test de Fagerström. Les résultats démontrent que les fumeurs qui rapportent avoir de la difficulté à ne pas fumer dans les endroits où il est interdit de fumer n'ont pas l'intention de cesser l'usage du tabac.

Tableau 5

Corrélation liée au degré de dépendance et à l'intention de cesser de fumer

		Intention de cesser de fumer
Degré de dépendance	Corrélation de Pearson	-0,419*
	Sig. (1-tailed)	0,042
	N	18

* $p < 0,1$ (unilatéral)

Avant de procéder au test-t, ayant pour but de vérifier la question exploratoire à savoir si la perception des patients face à l'impact du tabagisme sur leur santé avait un lien avec l'intention de cesser de fumer, des analyses de fréquence ont été effectuées afin de vérifier la distribution de ces perceptions. Aucun participant n'a révélé que le tabagisme n'avait pas eu d'impact sur leur santé. Pour cette raison, il n'a pas été possible de réaliser d'autres analyses statistiques.

En somme, quatre des cinq hypothèses de recherche formulées ont été supportées. Les résultats des analyses de corrélation conduites permettent de conclure que la perception du soutien à l'autonomie offert par le médecin généraliste n'est pas liée directement à l'intention de cesser de fumer, contrairement à la perception du soutien à la compétence offert par le médecin généraliste qui elle, est directement liée à l'intention

de cesser de fumer. Les participants de la présente étude ont perçu un meilleur soutien à la compétence par le médecin généraliste comparativement au soutien à l'autonomie. De surcroît, plus les participants se sentent compétents face à l'arrêt tabagique, plus ils manifestent l'intention de cesser de fumer. Cependant, aucune relation significative n'a pu être établie entre la motivation spécifique à cesser de fumer et l'intention de cesser de fumer. Toutefois, moins les participants rapportent être dépendants à la nicotine plus ils ont l'intention de cesser de fumer. Finalement, la question exploratoire a démontré qu'aucun participant n'a évoqué que le tabagisme n'avait pas eu d'impact sur leur état de santé cardiaque problématique. Il a donc été impossible de faire des analyses pour répondre à cette question.

Discussion

Cette dernière section présente une analyse des résultats de la recherche et se divise en cinq parties. Premièrement, un rappel de la problématique, des objectifs et des résultats de recherche sera décrit. Dans un deuxième temps, une discussion des cinq différentes hypothèses de recherche de même que de la question exploratoire sera présentée. Par la suite, les implications théoriques et pratiques en lien avec les résultats seront exposées. Quant à la quatrième partie, elle décrit les forces et les limites inhérentes à l'étude. Finalement, des pistes de recherches futures seront proposées.

Rappel de la problématique, des objectifs et des résultats de recherche

La cessation tabagique est un changement à prioriser dans le traitement des MCV afin de réduire, notamment, le taux de mortalité (Collège des médecins du Québec & Direction de la santé publique de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999; Critchley & Capewell, 2003; Fondation des maladies du cœur, 2006). Toutefois, l'adhérence aux programmes de réhabilitation cardiaque demeure actuellement insuffisante (Gordon & Haskell, 1997). Selon la TAD, le soutien à l'autonomie apparaît jouer un rôle prédominant sur la motivation autodéterminée, qui en retour a un impact sur le changement de comportement, tel que l'arrêt tabagique (p. ex., Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Williams, McGregor, Sharp, Kouides, Levesque, Ryan, & Deci, 2006).

Il semblerait également que le sentiment de compétence augmenterait les chances d'arrêt tabagique et de maintien de l'abstinence (Bandura, 2007; Mackenzie, Pereira & Melher, 2004; Mothersill, McDowell, & Rosser, 1988). Selon la théorie du comportement planifié, l'adoption d'un comportement serait directement liée à l'intention et à la perception de contrôle (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth, & Mant, 2004). L'intention est définie comme étant une résolution formulée à soi-même dans le but d'obtenir certains résultats ou d'exécuter un comportement (Webb & Sheeran, 2006). Toutefois, aucune recherche n'a encore étudié le lien entre l'intention de cesser de fumer et différentes variables de la TAD. Les études antérieures ont plutôt privilégié le comportement d'arrêt tabagique à l'intention de cesser de fumer.

Par conséquent, la présente étude s'est précisément intéressée à l'intention de cesser de fumer et avait comme objectif principal d'étudier la présence et l'absence de liens directs entre différents construits de la théorie de l'autodétermination et l'intention de cesser de fumer auprès d'une population de patients coronariens du Saguenay - Lac-St-Jean. Cette étude visait également à enrichir les connaissances relatives aux facteurs facilitant la cessation tabagique auprès de cette population.

Des analyses de corrélation ont été effectuées relativement aux cinq hypothèses de recherche proposées. Les résultats de la première hypothèse ont révélé que la perception du soutien à l'autonomie des patients coronarien par les médecins généralistes ne présentait pas de lien significatif direct avec l'intention de cesser de fumer (H1). Les

résultats de la deuxième hypothèse ont indiqué un lien significatif entre la perception du soutien à la compétence des patients coronariens par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer (H2). Troisièmement, l'hypothèse de recherche stipulant la présence d'un lien positif entre la perception du sentiment de compétence des patients coronariens et l'intention de cesser de fumer est appuyée (H3). Toutefois, aucune corrélation n'a été observée entre la motivation spécifique à cesser de fumer des patients coronariens et l'intention de cesser de fumer (H4). Finalement, les résultats de la dernière hypothèse de recherche ont identifié un lien significatif entre un faible degré de dépendance et l'intention de cesser de fumer (H5). À titre exploratoire, la présence d'un lien entre la perception des patients coronariens face à l'impact du tabagisme sur leur santé et l'intention de cesser de fumer a été étudiée. Cependant, étant donné qu'aucun participant n'a évoqué que le tabagisme n'avait pas eu d'impact sur leur état de santé, aucune analyse n'a pu être conduite.

Discussion des hypothèses et de la question de recherche

Première hypothèse

Tout d'abord, selon les écrits scientifiques recensés, il était attendu que la perception du soutien à l'autonomie ne démontrerait pas de lien direct avec l'intention de cesser de fumer. En effet, la majorité des études antérieures ont montré l'absence de lien direct entre la perception du soutien à l'autonomie et certains changements liés à

divers comportements de santé tels que l'amélioration des soins dentaires (Munster-Halvari & Halvari, 2006), une meilleure adhérence médicamenteuse (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998; Zeldman, Ryan, & Fiscella, 2004), une diminution significative du taux de cholestérol (Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005; Williams, McGregor, Sharp, Kouides, Levesque, Ryan, & Deci, 2006) et une augmentation de la pratique d'activité physique (p. ex. : Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996). Il appert que la perception du soutien à l'autonomie exercerait plutôt un lien indirect sur différents comportements de santé ciblés.

De façon plus spécifique à la cessation tabagique, les résultats de plusieurs études ont effectivement démontré la présence de médiateurs entre le soutien à l'autonomie et l'arrêt ou la réduction tabagique chez des fumeurs en santé (p.ex. : Solloway, Solloway, & Joseph, 2006; Williams & Deci, 2001; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Williams, McGregor, Sharp, Levesque, Kouides, Ryan, & Deci, 2006). Ces mêmes résultats ont été démontrés chez des fumeurs susceptibles de recevoir un diagnostic de MCV (Williams, Gagné, Mushlin, & Deci, 2005). Par ailleurs, Lavigne, Vallerand et Miquelon (2007) se sont eux aussi intéressés à l'intention plutôt qu'au comportement. Les résultats ont démontré que le soutien offert par des professeurs de science influençait positivement la perception d'autonomie et de compétence des étudiants laquelle favorisaient par la suite la motivation autodéterminée. Ce type de motivation influençait à son tour l'intention de poursuivre des études dans le domaine des sciences afin d'en faire une profession.

Ainsi, les résultats des analyses conduites dans la présente recherche ont permis de supporter la première hypothèse selon laquelle la perception du soutien à l'autonomie des patients coronariens offerte par le médecin généraliste ne serait pas associée à l'intention de cesser de fumer. En effet, à l'instar des études antérieures, les résultats obtenus ont démontré une absence de lien direct entre les deux variables. Ceci indique donc que la perception du soutien à l'autonomie offert par le médecin généraliste n'est effectivement pas reliée directement à l'intention de cesser de fumer chez les patients souffrant de MCV de cette étude.

Toutefois, le fait que cette recherche a permis de mettre en évidence l'absence de relation directe entre la perception du soutien à l'autonomie et l'intention de cesser de fumer n'exclut pas qu'il puisse y avoir une relation entre ces variables. L'identification potentielle d'une variable médiatrice n'a pu être mesurée dans le cadre de la présente étude en raison de la taille réduite de l'échantillon. À titre d'exemple, Williams et Deci (2001) ont identifié que le soutien à l'autonomie offert par les médecins (community-based physicians) n'avait pas de lien direct sur la cessation tabagique, mais augmentait l'implication active des fumeurs dans les rencontres préparatoires, laquelle favorisait l'abstinence tabagique à long terme.

Malgré la convergence quasi complète entre nos résultats et ceux identifiés par le corpus de recherche, nos résultats vont à l'encontre d'une seule étude recensée où les analyses ont permis d'identifier un lien direct entre la perception du soutien à

l'autonomie et la diminution du tabagisme. Cette étude est celle de Williams, Cox, Kouides et Deci (1999) qui ont évalué l'efficacité de deux types de messages préventifs sur l'usage du tabac auprès d'une population d'adolescents. Rappelons que le premier message mettait l'emphasis sur le développement de maladies en utilisant la peur (approche directive et axée sur le contrôle) tandis que le deuxième message était davantage de nature informative et ciblait plutôt la notion de choix (approche basée sur le soutien à l'autonomie). Précisément, les résultats ont démontré que la perception du soutien à l'autonomie offert par le présentateur du deuxième message préventif influençait directement la diminution du tabagisme durant les quatre mois suivant le début de l'étude. Bien que ce résultat démontre un lien direct entre les deux variables, il présente tout de même un résultat isolé. Ainsi, le poids de l'évidence empirique s'avère plutôt faible lorsque cette étude est comparée à l'ensemble des écrits scientifiques recensés. De plus, contrairement à notre étude, la population étudiée ciblait des adolescents en pleine santé. Les habitudes tabagiques des adolescents sont beaucoup moins ancrées dans la mesure où le nombre d'années de tabagisme actif est vraisemblablement moins important que celui des participants cardiaques de notre étude pouvant ainsi expliquer l'absence de lien direct dans la présente étude.

En somme, les données actuelles concordent avec celles de la quasi-totalité des études recensées. En effet, les résultats ont permis de dégager une absence de lien direct entre la perception du soutien à l'autonomie par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer. Ces résultats permettent d'aller dans le sens du modèle de la TAD et

d'émettre ainsi l'hypothèse qu'une variable médiatrice puisse contribuer à conduire les participants vers l'intention de cesser de fumer, ce qui n'a toutefois pas été possible de mesurer dans le cadre de la présente recherche.

Deuxième hypothèse

Tel que recensé dans les écrits scientifiques, la compétence est une variable importante à considérer dans l'intention de cesser de fumer. Ainsi, par extrapolation, le soutien de cette variable devrait l'être également. Il était donc attendu que la perception du soutien à la compétence démontrerait un lien direct avec l'intention de cesser de fumer. En effet, rappelons que pour Bandura (2007; François & Botteman, 2002), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), concept s'apparentant au sentiment de compétence, s'avère un élément primordial dans la mobilisation et la régulation des comportements. Comme mentionné précédemment dans le contexte théorique, le SEP renvoie aux croyances d'une personne face à ses capacités à accomplir avec succès une tâche. Les individus qui démontrent un SEP élevé voient les difficultés comme étant un défi à relever, croyance qui favorise l'implication de l'individu dans la tâche à accomplir et le maintien de l'effort face aux difficultés. Au contraire, les personnes présentant un faible SEP se butent sur les obstacles rencontrés plutôt que de cibler des stratégies leur permettant de résoudre ou de contrecarrer les embûches.

Les résultats des analyses ont donc permis de supporter la deuxième hypothèse selon laquelle la perception du soutien à la compétence offerte par le médecin généraliste est liée de façon significative à l'intention de cesser de fumer de patients coronariens. En effet, ce lien positif indique que plus les participants perçoivent se sentir supportés au niveau de leur besoin de compétence, plus ils ont l'intention de cesser de fumer. Ces résultats actuels apportent un complément empirique à la théorie de Bandura qui traite le sentiment de compétence comme étant un élément facilitant le changement. Toutefois, il est difficile de mettre le résultat de cette hypothèse en parallèle avec d'autres études du domaine de la santé en lien avec le soutien du besoin de compétence, car aucune autre recherche ne semble avoir étudié de façon isolée la perception de ce type spécifique de soutien avec l'intention de cesser de fumer. La comparaison peut, par contre, être effectuée avec des études qui ont combiné les différents types de soutien.

En effet, plusieurs études spécifiques à la cessation tabagique citées ci-dessous ont démontré que le soutien à l'autonomie, regroupant le soutien à la compétence, favorisait l'accroissement de la motivation autodéterminée qui en retour favorisait la cessation ou la réduction tabagique chez des fumeurs en santé (p. ex. : Solloway, Solloway, & Joseph, 2006; Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999; Williams & Deci, 2001; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Williams, McGregor, Sharp, Levesque, Kouides, Ryan, & Deci, 2006), de même que chez des fumeurs en attente d'un diagnostic de MCV (Williams, Gagné, Mushlin, & Deci, 2005). Ces études valident que la perception du soutien à l'autonomie (incluant le soutien à la compétence) offert par les médecins

généralistes exerce un lien indirect via une variable médiatrice sur la cessation tabagique. Seule l'étude de Williams, Cox, Kouides et Deci (1999), déjà discutée dans la première hypothèse, démontre un lien direct. En effet, le message lié au soutien à l'autonomie comportait d'importants comportements reliés au soutien à la compétence. Par ailleurs, une autre étude portant sur la TAD qui s'est intéressée elle aussi à la variable intention est parvenue à démontrer que la satisfaction des besoins psychologiques par le soutien à l'autonomie offert, favoriserait notamment une motivation autodéterminée et l'intention de poursuivre des études dans le domaine des sciences afin d'en faire une profession (Lavigne, Vallerand, & Miquelon, 2007).

L'étude actuelle apparaît donc être la première à avoir étudié exclusivement le lien entre la perception du soutien à la compétence par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer chez des patients coronariens et à identifier un lien direct entre les deux variables. Une explication permet de rendre compte de ce résultat. En effet, il apparaît vraisemblablement plus décisif pour le fumeur qui tente la cessation tabagique, de se sentir compétent, c'est-à-dire de posséder un sentiment d'efficacité face à l'arrêt tabagique, donc capable de faire face aux inconvénients physiques et psychologiques de la dépendance nicotinique, que de se sentir comme étant responsable ou porteur du choix de cesser de fumer lequel renvoie au besoin d'autonomie.

Bref, à l'heure actuelle, aucune autre recherche ne semble avoir tenté d'établir le lien entre la perception du soutien à la compétence et l'intention de cesser de fumer. Les

résultats de la présente étude sont concordants avec les postulats théoriques rapportés par Bandura (2007) à l'effet que la compétence est importante dans la mobilisation et la régulation des comportements. Bien qu'à première vue, les résultats actuels semblent différents de ceux généralement obtenus avec la TAD (c.-à-d. relation médiatrice entre le soutien à l'autonomie et le comportement), le fait que la présente recherche a étudié de façon distincte la perception du soutien à la compétence et la perception du soutien à l'autonomie permet ainsi de nuancer le modèle de la TAD notamment lorsqu'il est question d'un comportement addictif. De plus, considérant l'importance du soutien à la compétence et de la perception du sentiment de compétence face à la complexité propre à l'arrêt tabagique en raison du phénomène de dépendance étroitement associé, il apparaît fondé d'énoncer que l'élément prépondérant dans l'arrêt tabagique relève davantage de la présence d'une perception de soutien à la compétence plutôt que d'une perception de soutien à l'autonomie. Il est donc possible de conclure que la perception du soutien à la compétence offert par le médecin généraliste apparaît être plus importante que la perception du soutien à l'autonomie face à l'intention de cesser de fumer. Les médecins généralistes sont des acteurs de première ligne leur donnant accès à un grand bassin de fumeurs sur lesquels ils peuvent avoir un impact considérable. À titre d'exemple, au Canada, les médecins généralistes auraient un contact annuel avec environ 75 % de fumeurs et seraient considérés par la population comme étant des sources d'informations crédibles augmentant l'importance de leur rôle face à l'arrêt tabagique (Papadakis, 2007). Les médecins généralistes disposent ainsi des données médicales et des informations relatives à l'état de santé des fumeurs permettant de mieux

orienter les interventions médicales, d'autant plus qu'ils possèdent l'expertise pour comprendre le phénomène de dépendance impliqué dans le tabagisme et fournir les substituts tabagiques facilitant ainsi la cessation.

Troisième hypothèse

La troisième hypothèse de la présente étude supposait l'existence d'une relation entre la perception du sentiment de compétence des patients coronariens et l'intention de cesser de fumer. Cette hypothèse était issue d'une part des informations recensées dans les écrits scientifiques prenant appui sur la TAD et d'autre part, de la théorie portant sur le sentiment d'efficacité personnelle émis par Bandura (2007) laquelle, comme mentionné dans l'hypothèse précédente, traite du sentiment de compétence comme un élément facilitant le changement. À titre d'exemple, Kennedy, Goggin et Nollen (2004) se sont intéressés à la TAD et ont conduit une étude dont les résultats témoignent notamment que le sentiment de compétence était relié à l'adhérence médicamenteuse de patients séropositifs à leur thérapie antivirale. Ces mêmes résultats ont été démontrés face au contrôle de la glycémie chez des groupes de participants adultes diabétiques (Williams, Freedman, & Deci, 1998; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005). Plus spécifiquement appliqués dans un contexte de cessation tabagique, les résultats de l'étude de Williams, Gagné, Ryan et Deci (2002) ont révélé que la perception du sentiment de compétence favorisait effectivement l'abstinence tabagique auprès d'une population générale.

Ainsi, conformément à ce qui avait été stipulé, les résultats les données actuelles concordent avec ceux des études antérieures portant sur la TAD et conduites dans le domaine de la santé à savoir que la perception du sentiment de compétence des patients coronariens est corrélée de façon positive à leur intention de cesser de fumer. Concrètement, plus les fumeurs atteints d'une MCV se sentent compétents face à la cessation tabagique, plus ils manifestent l'intention d'arrêter l'usage du tabac.

Puisqu'aucune étude ne présente les mêmes variables que notre étude, des comparaisons ont été établies avec d'autres études recensées dans les écrits scientifiques basés sur la TAD. La recherche actuelle présente plusieurs similitudes avec l'étude de Slovynec D'Angelo, Reid et Pelletier (2007) au niveau de certaines variables étudiées de même qu'au niveau de la population visée. En effet, ces chercheurs se sont eux aussi intéressés à l'intention, soit l'intention de pratiquer de l'activité physique, auprès de personnes aux prises avec un problème cardiaque. Plus précisément, cette étude avait pour objectif d'étudier les processus psychologiques impliqués dans la régulation à court et à long terme de l'exercice physique régulier chez des participants cardiaques ($n = 200$). Ces chercheurs sont parvenus à démontrer que le sentiment d'efficacité tel que défini par Bandura (concept s'apparentant au sentiment de compétence sur le plan opératoire) avait une influence plus grande sur l'intention de faire de l'exercice physique que sur la planification de l'exercice. En d'autres mots, la présence d'un sentiment de compétence face à la pratique d'activité physique semble en favoriser l'initiation (régulation à court terme). De plus, la présente recherche démontre également des

similarités avec l'étude de Lavigne, Vallerand et Miquelon (2007) au niveau de l'intérêt porté à l'intention. Les résultats de leur étude menée en milieu scolaire démontrent aussi un lien direct entre les deux variables et révèlent que les étudiants qui possèdent une bonne perception de compétence face à leur réussite scolaire manifestent l'intention de poursuivre des études dans le domaine des sciences afin d'en faire une profession.

Les présents résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres études conduites cette fois sans référence à la TAD mais qui supportent tout de même la présence d'un lien positif entre le sentiment de compétence et les changements de comportement. Premièrement, Mothersill, McDowell et Rosser (1988) ont effectivement démontré dans leur étude que la croyance en ses capacités d'arrêter de fumer serait fortement liée à la cessation tabagique. Il semble donc que la confiance dans ses capacités pour mener à bien un objectif fixé apparaît jouer un rôle important dans la cessation tabagique (Kennett, Morris, & Bangs, 2006; Mackenzie, Pereira, & Melher, 2004). Deuxièmement, les données actuelles concordent également avec celles obtenues par Nguyet, Béland et Otis (1998) de même que celles de Wang, Borland et Whelan (2005) qui se sont aussi intéressés à la variable de l'intention dans un contexte de cessation tabagique. Leurs résultats ont permis d'établir que l'intention de cesser de fumer tend vers la présence d'une attitude plus favorable face aux comportements de santé, à une meilleure perception à réussir l'arrêt tabagique et à une meilleure perception de contrôle par rapport à leurs comportements.

Bref, les résultats de la présente étude concordent avec les résultats des études antérieures impliquant le sentiment de compétence appliqué à la cessation tabagique avec ou sans le cadre théorique de la TAD. Il semble donc que le sentiment de compétence joue un rôle déterminant vers l'adoption de comportement de santé, notamment par rapport à l'intention de cesser de fumer de patients coronariens.

Quatrième hypothèse

Selon les écrits scientifiques recensés, il était attendu que la motivation spécifique à cesser de fumer des patients coronariens serait liée positivement à l'intention de cesser de fumer. En effet, tel qu'évoqué précédemment dans le contexte théorique, plusieurs études ont démontré que la présence d'une motivation autodéterminée favorisait l'adoption des comportements de santé tels que l'adhérence aux traitements pharmacologiques (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998; Zeldman, Ryan, & Ficella, 2004), la participation à un programme de perte de poids (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996), la pratique régulière d'activité physique (Fortier, Sweet, O'Sullivan, & Williams, 2007) et la cessation tabagique (Williams, Gagné, Mushlin, & Deci, 2005; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Williams, McGregor, Sharp, Kouides, Levesque, Ryan, & Deci, 2006; Williams, McGregor, Sharp, Levesque, Kouides, Ryan & Deci, 2006).

Les analyses conduites n'ont pas permis de supporter cette quatrième hypothèse voulant que la motivation spécifique à cesser de fumer soit reliée à l'intention de cesser de fumer chez les patients souffrant de MCV de cette étude. Les résultats actuels ne démontrent aucune corrélation significative entre les deux variables et ne concordent donc pas avec ceux obtenus généralement dans les études antérieures.

Malgré le fait que cette quatrième hypothèse ne soit pas supportée, il importe de mentionner que les présents résultats concordent tout de même avec ceux de deux études portant sur des comportements de santé. Premièrement, tel que présenté dans la troisième hypothèse, les résultats de l'étude de Kennedy, Goggin et Nollen (2004), portant sur l'adhérence des patients séropositifs à leur thérapie antivirale, ont démontré que la motivation autodéterminée n'était pas directement liée à l'adhérence médicamenteuse. Les chercheurs ont identifié que le sentiment de compétence présentait un rôle de médiateur entre la motivation autodéterminée et l'adhérence médicamenteuse. Des résultats similaires ont aussi été démontrés dans l'étude de Williams, Freedman et Deci (1998). En effet, ces chercheurs ont observé que l'augmentation de la motivation autodéterminée était liée à une augmentation significative du sentiment de compétence qui en retour était relié à une diminution significative des valeurs de l'hémoglobine glyquée à 12 mois. Le sentiment de compétence présente ici également un rôle de médiateur entre la motivation autodéterminée et le contrôle de la glycémie. Ainsi, à l'instar des présents résultats, ceux de certaines recherches n'indiquent également pas de liens directs entre la motivation autodéterminée et le comportement ciblé.

Quatre principales raisons peuvent expliquer la différence entre les résultats de la présente recherche et ceux de la majorité des études antérieures recensées dans le contexte théorique. Premièrement, réitérons qu'il est possible d'émettre l'hypothèse qu'une variable, notamment le sentiment de compétence, puisse avoir joué un rôle de médiateur dans la présente recherche entre la motivation spécifique à cesser de fumer des participants et l'intention de cesser de fumer. Rappelons toutefois que l'identification potentielle d'une variable médiatrice n'a pu être mesurée dans le cadre de la présente étude en raison de la taille réduite de l'échantillon.

Deuxièmement, il est difficile d'écarter l'idée que la motivation spécifique à cesser de fumer pourrait présenter un lien significatif avec le comportement de cessation tabagique mais non avec l'intention de cesser de fumer. Tout d'abord, comme présenté précédemment, la majorité des études antérieures ont mesuré la variable « comportement » plutôt que la variable « intention » et les résultats ont démontré des liens significatifs entre la motivation autodéterminée et les comportements ciblés. Il est possible d'émettre l'hypothèse que l'intention pourrait présenter un lien moins important face à la motivation autodéterminée. À cet effet, Slovinec d'Angelo, Reid et Pelletier (2007) ont réalisé une recherche qui avait pour objectif d'étudier les processus psychologiques impliqués dans la régulation à court et à long terme de l'exercice physique chez une population souffrant de MCV. Ils ont ciblé plus spécifiquement le rôle du sentiment d'efficacité et celui de la motivation autodéterminée sur l'intention et la planification de faire de l'exercice physique. Les résultats ont démontré que le

sentiment d'efficacité avait un plus grand impact sur l'intention (régulation à court terme) que sur la planification (régulation à long terme) de faire de l'exercice physique. La motivation autodéterminée avait, quant à elle, plus d'implication sur la planification que sur l'intention de faire de l'exercice. Ainsi, l'intention semble être davantage liée au sentiment de compétence et la motivation autodéterminée à la planification. Ces résultats permettent de mettre en lumière les raisons justifiant les fréquents échecs du maintien des changements apportés face à l'adoption de comportements de santé. Ils contribuent également à expliquer l'absence de lien entre la motivation spécifique à cesser de fumer et l'intention d'arrêt tabagique des participants de l'étude actuelle, puisque suivant ce rationnel, l'intention devrait être liée de façon plus importante non pas à la motivation autodéterminée mais bien au sentiment d'efficacité, comme cela a été démontré dans la troisième hypothèse discutée précédemment. Bref, la motivation autodéterminée serait liée à la planification et donc, influencerait la régulation à long terme d'un comportement et non la régulation à court terme, laquelle relèverait davantage de l'intention.

En troisième lieu, il apparaît opportun de réitérer que les comportements addictifs ne peuvent à priori être motivés intrinsèquement. Il est tout de même possible qu'un fumeur présente une motivation autodéterminée face à la cessation tabagique. Il s'y engagera alors pleinement puisque le comportement sera cohérent avec son Soi et ses valeurs, donc sans ambiguïté. Il pourra, par exemple, renoncer au tabagisme pour être en bonne santé. À l'opposé, un individu qui présente une motivation non autodéterminée,

adoptera un comportement pour des raisons instrumentales. Il renoncera au tabagisme par exemple afin de pouvoir subir une opération engendrant généralement une tension et des conflits internes, état qui s'apparente à l'ambivalence. Selon Miller (1998), l'ambivalence semble souvent présente dans la décision de renoncer au tabagisme et s'avère être une source de résistance au changement. Prochaska et DiClemente (1982) ont mis au point le modèle transthéorique qui comprend cinq étapes de changement débutant par l'absence complète d'intention à modifier un comportement et se terminant par le maintien du nouveau comportement. Ces stades de changement sont présentés dans le Tableau 6 (Csillik, 2009; Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Ainsi, il est permis de croire que les participants de l'étude se situeraient principalement à l'étape de la contemplation ou à l'étape de la préparation. En effet, les trois premiers stades (précontemplation, contemplation et préparation) ciblent l'intention et démontrent la présence d'ambivalence face au changement potentiel de comportement tandis que les deux derniers stades (action et consolidation) relèvent davantage du comportement et permettent d'identifier la présence d'efforts déployés pour maintenir le changement puisque le comportement est probablement important et cohérent pour la personne. Par conséquent, selon la théorie du modèle transthéorique, les participants de l'étude pouvaient difficilement présenter une motivation autodéterminée puisque ces derniers se situent possiblement à des étapes antérieures à celles pouvant être associées à ce type de motivation.

Tableau 6

Résumé des stades de changement dans l'arrêt tabagique

1. Précontemplation
<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'intention à cesser de fumer • Négation du problème • Avantages du tabagisme supérieurs aux inconvénients
2. Contemplation
<ul style="list-style-type: none"> • Intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois • Reconnaissance que le tabagisme est problématique • Ambivalence entre les avantages et les inconvénients du tabagisme
3. Préparation
<ul style="list-style-type: none"> • Intention de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours • Bénéfices de l'arrêt supérieurs aux avantages du tabagisme • Recherche d'aide (ignore comment s'y prendre)
4. Action
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt tabagique effectué (à l'intérieur de six mois) • Risques de rechute importants • Efforts importants pour demeurer non-fumeur
5. Consolidation
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt maintenu depuis au moins six mois • Efforts moyens pour demeurer non-fumeur

Ainsi, le fait que les participants de la présente étude puissent se retrouver aux premiers stades pourrait justifier ainsi le niveau relativement faible de motivation spécifique à cesser de fumer (1,8/3,5).

Bref, les résultats actuels relatifs à la motivation spécifique à cesser de fumer et l'intention de cesser de fumer ne concordent pas avec ceux obtenus dans la plupart des

études recensées. Toutefois, le rôle médiateur d'une variable potentielle intervenant entre la motivation autodéterminée et le comportement ciblé, soit le tabagisme, s'avère être une hypothèse intéressante afin d'expliquer ces résultats divergents. De plus, le lien précédemment identifié par une équipe de chercheurs entre le sentiment d'efficacité et l'intention d'effectuer un comportement de même que le lien établi entre la motivation autodéterminée et la planification représente également une explication intéressante. Finalement, le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente permet d'identifier la possibilité que les participants de l'étude se trouvent dans un stade de changement précédant la concrétisation de l'arrêt tabagique faisant ainsi en sorte d'expliquer l'absence de lien observée entre les deux variables de cette quatrième et avant dernière hypothèse.

Cinquième hypothèse

En ce qui a trait au lien présumé entre un faible degré de dépendance présent chez un groupe de patients coronariens et l'intention de cesser de fumer, les résultats des analyses de corrélation confirment cette dernière hypothèse. En d'autres mots, plus les fumeurs rapportent être dépendants à la nicotine, moins ils ont l'intention de cesser l'usage du tabac.

Ces résultats actuels concordent avec ceux obtenus par Leatherdale et Shields (2009). Ces chercheurs se sont basés sur des informations tirées de l'Enquête de

surveillance du tabac au Canada de 2006 et ont démontré que l'intention de cesser l'usage du tabac était effectivement associée négativement au nombre de cigarettes fumées par jour. En d'autres mots, les canadiens qui fumaient un plus grand nombre de cigarettes par jour étaient moins enclins à avoir l'intention d'arrêter de fumer au cours des trente prochains jours que les fumeurs occasionnels ou ceux qui fumaient un nombre peu élevé de cigarettes. De plus, Bernstein et al. (2008) ont eux aussi identifié que les fumeurs qui présentent un degré de dépendance moyen à la nicotine avaient davantage l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois que les fumeurs avec un degré de dépendance élevé. McKenna et Higgins (1997) arrivent également à des conclusions similaires. En effet, le fait de présenter un degré de dépendance élevé a été identifié par ces chercheurs comme un facteur pouvant faire obstacle à l'abstinence tabagique des patients.

Le présent résultat illustre clairement que le tabagisme, non seulement s'avère une mauvaise habitude, mais l'arrêt tabagique comporte un niveau de complexité supérieur à d'autres types de comportement notamment en raison de la notion de dépendance physique, mais aussi psychologique. En effet, l'assuétude, causée par une exposition répétée et prolongée à la nicotine, conduit le fumeur à conserver un comportement nocif pour la santé et ce, malgré la présence d'une souffrance cliniquement ou physiquement significative. La décision de poursuivre le tabagisme peut alors être teintée premièrement du souhait de ne pas être confronté aux différents symptômes de sevrage associés à l'arrêt tabagique survenant lorsque le taux de nicotine diminue (p.ex. :

irritabilité, difficulté de concentration et perturbation du sommeil, symptomatologie dépressive, augmentation de l'appétit) mais également afin de ne pas être privé du plaisir retiré par le tabagisme (p. ex. : expériences positives sociales associées au comportement de fumer, gestion de l'anxiété) (Galanti, 2001).

De plus, lors de la comparaison des différents items composant le test de Fagerström, seule la question portant sur la difficulté à ne pas fumer dans les endroits interdits a démontré un lien significatif avec l'intention de cesser de fumer. En d'autres mots, les fumeurs présentant une difficulté à ne pas fumer dans les endroits interdits n'ont pas l'intention de cesser de fumer. Ce résultat vient appuyer l'hypothèse que la dépendance psychologique puisse jouer un rôle dans l'intention de cesser de fumer. Par exemple, fumer au restaurant lors d'un souper entre amis peut être lié à un aspect social important tel que la convivialité. Cette situation peut faire en sorte de créer une association entre le comportement tabagique et le plaisir retiré lors de cette expérience, aspect favorisant le désir de poursuivre l'usage du tabac. Ce phénomène semble être expliqué par la découverte d'une mémoire addictive. Le cerveau se remémore le plaisir induit par la substance. Le souvenir d'effets agréables s'inscrit dans la mémoire émotionnelle, ce qui encourage ainsi le comportement de recherche de plaisir (Soumaille, 2004). Par l'arrêt tabagique, le fumeur pourrait donc avoir l'impression de perdre le plaisir ressenti lors de rencontres amicales.

En somme, le degré de dépendance joue bel et bien un rôle sur l'intention d'arrêter de fumer. Ainsi, tant la dépendance physique que psychologique apparaît effectivement complexifier l'arrêt tabagique, voire présenter un obstacle au renoncement du tabagisme et ce, même chez des patients souffrant d'une condition médicale sérieuse.

Question exploratoire

Les résultats de la présente étude montrent qu'aucun participant n'a fait mention que le tabagisme n'avait pas eu d'impact sur leur état de santé cardiaque problématique. Par conséquent, aucune analyse n'a pu être réalisée afin d'examiner le lien entre le tabagisme et la perception de l'impact de celui-ci sur la santé des participants.

La croyance en la nocivité du tabagisme sur la santé identifiée par les participants de l'étude actuelle concorde avec les résultats obtenus dans les études antérieures. En effet, comme le mentionne McCaul, Hockemeyer, Johnson, Zetocha, Quinlan et Glasgow (2006) autant les anciens fumeurs que les fumeurs actifs de leur étude se disaient concernés par les conséquences du tabagisme sur leur santé. Selon plusieurs auteurs (Belg, 2003; Bernstein et al., 2008; Ronayne, O'Connor, & Scobie, 1989), le degré de risque perçu du tabagisme sur la santé peut ainsi influencer la décision des patients à cesser ou non le comportement tabagique. Le type de locus de contrôle présenté par le fumeur peut également avoir un impact sur la décision de renoncer au

tabagisme (McKenna & Higgins, 1997). En effet, lorsqu'un fumeur croit que ses problèmes de santé sont le fruit de la malchance et qu'il ne parvient pas à faire le lien entre son tabagisme et sa maladie cardiaque, ce dernier possède un locus de contrôle externe. Par conséquent, ce locus de contrôle externe amène la personne à croire qu'elle n'a aucun pouvoir sur sa vie, pouvant ainsi diminuer l'intention ou la mobilisation vers un changement de comportement.

En somme, à la lumière de l'ensemble des résultats obtenus, la perception du soutien à l'autonomie offert par le médecin généraliste ne serait pas lié directement à l'intention de cesser de fumer des patients coronariens. Contrairement à ce qui était attendu, la motivation spécifique à cesser de fumer ne démontre également pas de lien significatif avec l'intention de cesser de fumer. Toutefois, la présente recherche ayant étudié de façon distincte la perception du soutien à la compétence et la perception du soutien à l'autonomie offert par le médecin généraliste permet ainsi de nuancer le modèle médiateur de la TAD dans un contexte de comportement addictif. En effet, un lien significatif a été observé entre la perception du soutien à la compétence offert par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer chez les patients coronariens. Il est donc possible de conclure que la perception du soutien à la compétence apparaît être plus influente que la perception du soutien à l'autonomie face à l'intention de cesser de fumer. Ces résultats sont donc à même de mettre en lumière le rôle central de la relation interpersonnelle entre le médecin généraliste et le fumeur, notamment en lien avec le soutien à la compétence. Le lien obtenu entre le sentiment de compétence des patients

coronariens face à la cessation tabagique et l'intention de cesser de fumer va également en ce sens. Finalement, la relation statistiquement significative entre un faible degré de dépendance et l'intention de cesser de fumer vient appuyer l'hypothèse que l'arrêt tabagique comporte un niveau de complexité supérieur à d'autres types de comportements, en raison notamment, de la notion de dépendance.

Implications théoriques et pratiques

Globalement, les résultats de la présente recherche apportent un soutien empirique important quant aux relations entre plusieurs variables de la TAD et l'intention de cesser l'usage du tabac chez une population souffrant de maladies cardiovasculaires et résidant au Saguenay-Lac-St-Jean.

Ainsi, les données actuelles obtenues pour la première fois auprès d'une population ayant reçu un diagnostic de MCV élargissent la recherche empirique récemment conduite auprès de populations non diagnostiquées (p. ex. : Williams, Gagné, Mushlin, & Deci, 2005). Les présents résultats amènent également un nouvel angle d'analyse en orientant les objectifs de recherche vers l'intention de cesser de fumer plutôt que sur le comportement d'arrêt tabagique permettant d'établir des distinctions entre les deux variables. En effet, les résultats de la présente étude n'ont pas permis d'identifier de relation entre la motivation spécifique à cesser de fumer et l'intention de cesser de fumer tel qu'attendu, mais ont permis d'établir un lien significatif direct entre la perception du

sentiment de compétence et l'intention de cesser de fumer. Les travaux de Slovinec d'Angelo, Reid et Pelletier (2007) fournissent une explication intéressante afin de rendre compte de la nature des résultats obtenus. En effet, les travaux de ces chercheurs permettent de faire la lumière sur l'absence de lien entre la motivation spécifique à cesser de fumer et l'intention de cesser de fumer. Les résultats de leur étude ont ainsi démontré que la motivation autodéterminée avait un impact plus important au niveau de l'intégration d'un comportement à long terme tandis que le sentiment d'auto-efficacité avait davantage d'effet sur l'intention d'accomplir un comportement.

De plus, le soutien à l'autonomie ou la perception du soutien à l'autonomie (seul ou englobant le besoin de compétence et d'affiliation personnelle) a davantage fait l'objet d'études dans les recherches basées sur la TAD. Aucune autre étude que la présente recherche ne semble avoir ciblé spécifiquement la perception du soutien à la compétence liée à l'intention de fumer. Les résultats actuels ont ainsi démontré un lien significatif entre la perception du soutien à la compétence offert par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer. Ils apportent d'une part un complément empirique à la théorie de Bandura (2007; François & Botteman, 2002). D'autre part les résultats actuels supportent empiriquement que le soutien à la compétence, tout comme la perception du sentiment de compétence, s'avèrent des variables significatives associées au processus lié à l'intention de cesser de fumer. Devant la complexité que représente l'arrêt tabagique, en raison notamment du phénomène de dépendance y étant rattaché, le soutien à la compétence offert par le médecin généraliste ainsi que le

sentiment de compétence par le fumeur, sont des éléments directement associés à l'intention de cesser de fumer. Contrairement à ce qui est généralement effectué dans les recherches basées sur la TAD, les données recueillies ont permis d'étudier de façon distincte la perception du soutien à la compétence et amène donc une nouvelle avenue pour les recherches futures.



Sur le plan pratique, les considérations soulevées dans cet essai suggèrent que l'ensemble des personnes intervenant auprès des fumeurs souffrant d'une MCV (médecins généralistes, cardiologues, pharmaciens, famille, et autres) puissent soutenir tout particulièrement le besoin de compétence, et soient sensibilisées par rapport aux obstacles potentiels de l'arrêt tabagique (p. ex. : dépendance physique et psychologique, attitude axée sur le contrôle) afin de faciliter le renoncement au tabac. Certaines conduites pourraient être alors privilégiées afin de soutenir le besoin de compétence. De façon plus concrète, il est conseillé que le médecin (ou potentiellement tout autre membre de l'équipe en place tel que le psychologue ou l'intervenant social) fournisse aux fumeurs des informations claires ciblant par exemple, les symptômes de sevrage possibles ou les différentes méthodes de cessation tabagique afin qu'ils soient le plus en mesure de concrétiser leur démarche d'arrêt. De plus, donner du feedback positif sur les progrès réalisés, soutenir le fumeur dans sa capacité à atteindre les objectifs ciblés, identifier les ressources et les forces du fumeur de même que favoriser les messages valorisants sont autant de comportements permettant de soutenir le besoin de compétence. Il s'avère également pertinent d'introduire, par exemple, divers traitements

pharmacologiques pouvant faciliter l'arrêt tabagique en réduisant l'impact des différents symptômes de sevrage se rapportant à la notion de dépendance. Bref, afin d'amener un fumeur à planifier, à concrétiser puis à intégrer à long terme l'arrêt tabagique, il importe, en premier lieu, d'offrir du soutien à la compétence et de prioriser le renforcement du sentiment de compétence à cesser de fumer qui auront une incidence directe sur l'intention de renoncer au tabagisme. L'ensemble de ces conduites apparaît donc associé à l'intention de cesser de fumer des patients cardiaques et les mener ultérieurement vers une potentielle cessation tabagique.

Forces et limites de l'étude

La contribution originale de cette recherche réside à trois niveaux. Premièrement, cette étude est la première à avoir examiné empiriquement la relation entre différentes variables reliées à la TAD et l'intention de cesser de fumer. De façon générale, les écrits scientifiques recensés dans le cadre du présent essai privilégient plutôt le comportement comme variable cible. Deuxièmement, cette étude trouve également son caractère original dans le choix de sa population. En effet, l'étude actuelle semble la première à avoir été conduite auprès de patients ayant reçu un diagnostic officiel de MCV. Troisièmement, l'observation d'un lien direct entre la perception du soutien à la compétence face à la cessation tabagique par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer s'avère un résultat contribuant à une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans la cessation tabagique. Par ailleurs, le respect des règles éthiques

et la rigueur propre à la démarche scientifique ont été prioritaires lors de la réalisation de l'étude permettant ainsi de s'assurer de la fiabilité des résultats.

Toutefois, cette recherche comporte certaines limites pouvant affecter la validité interne et externe des résultats. Tout d'abord, le devis expérimental de type corrélationnel n'a pas permis d'identifier de liens de causalité entre les différentes variables de la TAD et l'intention de cesser de fumer. Seule une étude de type longitudinal pourrait déterminer la direction de causalité entre ces éléments. Une autre limite touche la taille de l'échantillon rendant impossible la généralisation des résultats obtenus dans l'étude actuelle. Même si la population étudiée relève d'une population clinique spécifique, soit des fumeurs présentant un diagnostic de MCV et qu'il soit ardu de rassembler un grand nombre de participants rencontrant les critères d'inclusion de la présente étude, il demeure primordial de pouvoir ultérieurement rassembler un nombre plus important de participants.

Troisièmement, les résultats recueillis sont basés sur des mesures auto-rapportées pouvant entraîner certains biais. Même si le questionnaire utilisé afin d'évaluer l'intention de cesser de fumer a été développé en s'appuyant sur des mesures validées dans des études antérieures (p. ex. : Courneya & McAuley, 1993), il demeure que les informations fournies par les participants peuvent être sujettes à un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire à la tendance à fournir des réponses susceptibles de donner une image positive de soi. En ce sens, la cessation tabagique figure tout particulièrement

parmi les recommandations d'usage dans le contexte de MCV. Il est donc possible que certains participants aient répondu qu'ils souhaitaient cesser de fumer afin de bien paraître auprès des chercheurs ou de leur médecin. Il serait intéressant de reproduire cette étude en ayant recours à un devis de type longitudinal permettant de mesurer si le participant a bel et bien cessé de fumer. Dans ce même ordre d'idée, des enregistrements vidéos, tels qu'utilisés dans l'étude de Williams, Gagné, Ryan et Deci (2002), pourraient assurer l'utilisation adéquate des interventions supportant l'autonomie et la compétence par les médecins généralistes. À cet égard, il apparaît important de prendre en considération que, tel que défini dans les écrits, plusieurs médecins ont été formés avec le modèle qualifié de « paternaliste traditionnel » qui prône le savoir unidirectionnel, position qui remet le pouvoir décisionnel au médecin et réduit les initiatives des patients (Sandrin-Berthon, 2008 ; Vennin, Taïeb & Carpentier, 2001). Ces auteurs rapportent que ce modèle de relation médecin-patient s'avère incohérent avec la quête de l'autonomie et de la compétence. D'autre part, certains professionnels de la santé peuvent également être frustrés par les fumeurs malades qui ne mettent pas un terme à leurs comportements tabagiques. Ce sentiment ressenti par certains médecins peut ainsi teinter leur attitude face à leurs patients. Une étude réalisée par Francis, Rollnick, McCambridge, Butler, Lane et Hood (2005) a révélé que la résistance face à l'arrêt tabagique démontrée par des patients peut effectivement affecter le comportement des médecins. Ces derniers adopteraient une attitude directive et axée sur la confrontation, utiliseraient plus de questions fermées et seraient moins portés à être fiers ou à encourager leurs patients. Ce type d'intervention pourrait également faire obstacle à la satisfaction du besoin

d'autonomie et de compétence. Bref, l'utilisation de mesures objectives pourrait permettre de contrôler ces différentes considérations et s'assurer de la bonne utilisation des interventions de soutien à l'autonomie et à la compétence offert par les différents acteurs impliqués dans les recherches futures.

Quatrièmement, le contexte de passation a pu affecter la compréhension des questions posées ou influencer les réponses données par certains d'entre eux. En effet, lors de la passation du questionnaire au T1, plusieurs participants allaient ou venaient de subir une opération. Ce contexte a pu avoir influencé leur disposition physique et psychologique à répondre aux questions, en générant par exemple une forte charge de stress, de la fatigue ou même de la peur. Il serait souhaitable de reproduire cette recherche en tenant compte d'optimiser les conditions de passation.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues pourraient être développées en vue de poursuivre les travaux amorcés dans le cadre de la présente étude permettant également de pallier à certaines limites soulevées précédemment. Les recherches futures devraient en premier lieu tenter de rassembler un nombre supérieur de participants permettant ainsi de détenir un nombre statistiquement suffisant afin de vérifier le modèle médiateur de la TAD. Les études ultérieures pourraient s'intéresser aux variables médiatrices permettant d'identifier un lien indirect entre la perception du soutien à

l'autonomie et l'intention de cesser de fumer. Du même coup, ces recherches pourraient contribuer à élargir les connaissances actuelles sur les facteurs impliqués dans les processus à court et long terme de la cessation tabagique en proposant que la motivation autodéterminée puisse jouer un rôle plus important dans le maintien à long terme de la cessation tabagique. Enfin, d'autres variables reliées à la cessation tabagique pourraient être ajoutées afin de mieux comprendre l'arrêt tabagique, notamment des éléments mesurant les stades de changements de Prochaska et DiClemente.

Deuxièmement, une attention particulière pourrait être portée à l'utilisation d'enregistrements vidéo permettant de valider l'utilisation adéquate et non inférée des interventions visant le soutien à l'autonomie et à la compétence. L'introduction d'un groupe contrôle pourrait également permettre de mieux circonscrire le rôle de la variable du soutien à l'autonomie (p. ex. : un groupe avec des médecins qui supportent l'autonomie et un groupe avec des médecins qui utilisent un style plus contrôlant). Une recherche longitudinale pourrait, en outre, analyser les changements dans le temps de même que le sens des relations entre les différentes variables de la TAD et l'intention de cesser de fumer en considérant cependant qu'un minimum de contacts est nécessaire afin que les participants puissent identifier la présence d'un soutien à la compétence de la part du médecin généraliste. De plus, cela permettrait également de vérifier si les participants concrétisent leur intention de cesser de fumer en comportement, c'est-à-dire par l'arrêt tabagique. Finalement, d'autres intervenants pourraient être ciblés, dont par

exemple la famille, les amis ou les collègues de travail afin de vérifier la contribution de l'entourage impliqué dans ce comportement.

Plus spécifiquement orienté vers le volet clinique, l'ajout d'une équipe de psychologues ou de tout autre professionnel spécialisé dans les changements de comportements pourrait être un apport considérable aux équipes médicales déjà en place. En effet, malgré l'importance de la relation interpersonnelle du médecin généraliste associée au soutien à la compétence, ces derniers exercent leurs pratiques dans un contexte de travail chargé, favorisant difficilement, par moment, les conditions nécessaires à l'utilisation du soutien à l'autonomie et à la compétence. Ainsi, les psychologues pourraient offrir des formations au personnel en place et mettre sur pied un programme de traitement basé sur le soutien à la compétence qui serait jumelé aux interventions déjà effectuées par le médecin généraliste.

Somme toute, il serait intéressant de rassembler un plus grand nombre de participants afin de conduire des analyses statistiques permettant d'étudier le modèle médiateur de la TAD avec l'intention de cesser de fumer. Il serait aussi profitable de valider de nouveaux modèles qui introduiraient des liens additionnels à ceux observés dans la présente étude, en mettant l'emphase sur le soutien à la compétence dans le but d'élargir notre compréhension de la cessation tabagique chez des patients coronariens et les apports de la TAD dans la compréhension de cette problématique.

Conclusion

Le tabagisme est considéré comme l'un des principaux facteurs de risque modifiable et contribue largement au développement et à la progression des MCV. Malgré la réduction importante du taux de mortalité occasionnée par la cessation tabagique, seul un faible pourcentage de patients coronariens arrive à maintenir à long terme l'abstinence tabagique. En plus de l'importance de tenir compte des phénomènes de tolérance et de dépendance, les écrits scientifiques révèlent que se sentir compétent et motivé face à l'arrêt tabagique sont des éléments garants d'une meilleure réussite face à la modification de ce comportement. À cet égard, la théorie de l'autodétermination (TAD) s'avère être une théorie permettant de rendre compte du phénomène.

Le but de la présente étude était d'étudier différentes variables de la TAD et l'intention d'arrêter l'usage du tabac auprès d'une population du Saguenay-Lac-St-Jean ayant un diagnostic de MCV. Basé sur ce qui avait été déterminé antérieurement dans la documentation scientifique, cinq hypothèses de recherche ont été proposées, parmi lesquelles quatre ont été supportées, seule la quatrième hypothèse n'ayant pu être confortée. De façon spécifique, la présente étude visait à mesurer l'absence ou la présence de lien entre d'une part la perception du soutien à l'autonomie et à la compétence de la part du médecin généraliste, le sentiment de compétence et la motivation spécifique à cesser de fumer et un faible degré de dépendance et d'autre part l'intention de cesser l'usage du tabac.

Les résultats des analyses de corrélation ont identifié l'absence de lien significatif entre la perception du soutien à l'autonomie des patients coronariens par les médecins généralistes et l'intention de cesser de fumer. Ceci suggère, de façon hypothétique, que la perception du soutien à l'autonomie offert par le médecin généraliste pourrait exercer un lien indirect via une variable médiatrice sur l'intention de cesser de fumer. Les résultats ont également confirmé une relation significative entre d'une part la perception du soutien à la compétence des patients coronariens par le médecin généraliste, le sentiment de compétence à cesser de fumer de même que la présence d'un faible degré de dépendance et d'autre part l'intention de cesser de fumer. Cependant, aucun lien n'a été observé entre la motivation spécifique à cesser de fumer des patients coronariens et l'intention de cesser de fumer. Diverses explications ont été présentées afin d'explicitier l'absence de lien significatif avec la motivation spécifique.

Enfin et de façon générale, les participants de la présente étude ont perçu un meilleur soutien à la compétence par les médecins généralistes comparativement au soutien à l'autonomie et ce soutien à la compétence perçu par les participants était directement lié à leur intention de cesser de fumer. De surcroît, plus les participants se sentaient compétents face à l'arrêt tabagique et moins ils rapportaient être dépendants à la nicotine, plus ils manifestaient l'intention de cesser de fumer. Finalement, la question exploratoire a démontré qu'aucun participant n'a répondu que le tabagisme n'avait pas eu d'impact sur leur santé, ne permettant donc pas d'effectuer des analyses statistiques relatives à cette question.

Sur le plan théorique, le caractère original de cette étude (patients avec un diagnostic de MCV, choix de l'intention de cesser de fumer vs le comportement d'arrêt tabagique) a permis de fournir un apport empirique important concernant les changements de comportements, notamment face à la cessation tabagique. Par ailleurs, la découverte de l'importance de la perception du soutien à la compétence (étudiée séparément du soutien à l'autonomie) face à la cessation tabagique par l'identification d'un lien direct entre la perception du soutien à la compétence offert par le médecin généraliste et l'intention de cesser de fumer s'avère un résultat contribuant à une meilleure compréhension des facteurs favorisant la cessation tabagique. Finalement, il apparaît souhaitable de considérer certaines variables médiatrices, telle que la motivation autodéterminée et sa contribution probable dans la régulation à long terme.

Les résultats de cette étude soulèvent également d'intéressantes pistes sur le plan théorique et clinique. En effet, elle a permis d'étudier distinctement la perception du soutien à la compétence et amène une nouvelle avenue pour les recherches futures de même qu'une façon différente d'aborder et de comprendre l'arrêt tabagique. La sensibilisation à la notion de dépendance physique et psychologique pourra faciliter le renoncement au tabagisme notamment en instaurant des substituts nicotiques au plan de cessation tabagique. Les résultats suggèrent également que la perception du soutien à la compétence par le médecin généraliste tout comme le sentiment de compétence s'avèrent des variables importantes associées à l'intention de cesser de fumer et devraient être considérées parmi les stratégies de prévention, d'évaluation et

d'intervention auprès des patients coronariens, d'autant plus que le médecin généraliste se situe en première ligne, et dispose en ce sens d'un bassin important de fumeurs susceptibles de bénéficier d'interventions efficaces face à l'abandon du tabac.

Références

- Ades, P., & Coello, C. (2000). Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. *Medical Clinics of North America*, 84, 251-265.
- Agence de santé publique du Canada. (1999). *Surveillance des maladies cardiovasculaires en direct*. Récupéré le 8 août 2008 de http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/cvd/c_quik_f.html
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Paris: Masson.
- Attebring, M. F., Hartford, M., Hjalmarsen, A., Caidahl, K., Karlsson, T., & Herlitz, J. (2004). Smoking habits and predictors of continued smoking in patients with acute coronary syndromes. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 614-623.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2045-2068.
- Baker, T. B., Brandon, T. H., & Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle* (2^e éd.). Traduction française par J. Lecomte, Bruxelles: De Boeck.
- Baranowski, T., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (1996). How individuals, environments, and health behavior interact: Social cognitive theory. Dans K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Éds.), *Health Behavior and Health Education* (2^e éd., pp. 153-178). San Francisco: Jossey-Bass.
- Belg, J. A. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology. *Behavior Modification*, 27, 103-131.
- Bernstein, S. L., Boudreaux, E. D., Cabral, L., Cysdulka, R. K., Schwegman, D., Larkin, G. L., et al. (2008). Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: A national survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(8), 1277-1282.

- Black, A. E., & Deci, E. L. (2000). The effects of instructor's autonomy support and student's autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Science Education*, 84(6), 740-756.
- Burse, M., & Craig, D. (2000). Attitudes, subjective norm, perceived behavioral control, and intention related to smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery. *Public Health Nursing*, 17(6), 460-467.
- Centre national des ressources textuelles et lexicales. (2009). *Lexicographie du tabagisme*. Récupéré le 27 mars 2011 de <http://www.cnrtl.fr/definition/tabagisme>
- Collège des médecins du Québec, & Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1999). *La prévention et l'abandon du tabagisme*. Montréal.
- Courneya, K. S., & McAuley, E. (1993). Can short-range intentions predict physical activity participation. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 115-122.
- Critchley, J. A., & Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 290(1), 86-97.
- Csillik, A. (2007). Type de motivation et engagement du processus motivationnel chez les personnes dépendantes. *Alcoologie et addictologie*, 29(1), 9-15.
- Csillik, A. S. (2009). Polémique actuelle autour du modèle transthéorique : ce modèle mérite-t-il d'être encore utilisé ? *Annales médico-psychologiques*, 167, 355-360.
- Deci, E. L., & Flaste, R. (1995). *Why we do what we do : The dynamics of personal autonomy*. New York : G.P. Putnam.
- Deci, E. L., La Guardia, J. G., Moller, A. C., Scheiner, M. J., & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: Mutuality in close friendships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 313-327.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, 49(1), 24-34.

- Dusseldorp, E, van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs of coronary heart disease patients. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 18(5), 506-519.
- Eisenman, L. T. (2007). Self-determination intervention. Building a foundation for school competition. *Remedial and Special Education*, 28(1), 2-8.
- Errard-Lalande, G. (2005). L'accompagnement au sevrage tabagique. *Revue des maladies respiratoires*, 22(6), 8S15-18S26.
- Etter, J.-F., Duc, T.V., & Perneger, T. V. (1999). Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*, 94(2), 269-281.
- Fagerström., K.-O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Fagerström., K.-O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström tolerance questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 159-182.
- Fortier, M. S., Sweet, S. N., O'Sullivan, T. L., & Williams, G.C. (2007). A self-determination process model of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 741-757.
- Fondation des maladies du cœur. (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Ottawa.
- Fondation des maladies du cœur. (2002). *Statistiques et documentation - Le taux des maladies cardiovasculaires*. Récupéré le 10 décembre 2006 de <http://ww2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=907&ArticleID=1077&Src=news&From=SubCategory>
- Fondation des maladies du cœur. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*. Ottawa.
- Fondation des maladies du cœur. (2004). *Statistiques*. Récupéré le 8 août 2008 de <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669917/k.9F47/Statistiques.htm#malduc>

- Fondation des maladies du cœur. (2006). *Faire pencher la balance du progrès. Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux au Canada 2006*. Ottawa.
- Francis, N., Rollnick, S., McCambridge, J., Butler, C., Lane, C., & Hood, K. (2005). When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction*, *100*, 1175-1182.
- François, P.-H., & Botteman, A. E. (2002). Théorie sociale et cognitive de Bandura et bilan de compétences : Applications, recherches et perspectives critiques. *Carrièreologie* *8*(3), 519-543.
- Galanti, L. (2001). Peut-on convaincre un fumeur d'arrêter? *Louvain médical*, *120*, S96-S104.
- Godtfredsen, N. S., Holst, C., Prescott, E., Vestbo, J., & Osler, M. (2002). Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: 16-year follow-up of 19,732 men and women from the Copenhagen centre for prospective population. *American Journal of Epidemiology*, *156*(11), 994-1001.
- Gordon, N. F., & Haskell, W. L. (1997). Comprehensive cardiovascular disease risk reduction in a cardiac rehabilitation setting. *American Journal of Cardiology*, *80*(8B), 69H-73H.
- Halpern, M. T., & Warner, K. E. (1993). Motivations for smoking cessation: A comparison of successful quitters and failures. *Journal of Substance Abuse*, *5*, 247-256.
- Heatherston, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, *86*, 1119-1127.
- Johnson, D. W., Johnson, M., Pollard, B., Kinmonth, A.-L., & Mant, D. (2004). Motivation is not enough: Prediction of risk behavior following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behavior. *Health Psychology*, *23*(5), 533-538.
- Kennedy, S., Goggin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: utility of the theory of self-determination. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(5), 611-628.
- Kennett, D. J., Morris, E., & Bangs, A. M. (2006). Learned resourcefulness and smoking cessation revisited. *Patient Education and Counseling*, *60*, 206-211.

- Lacroix, C., Tremblay, M., & Gervais, A. (2001). *Des médecins actifs pour contrer le tabagisme*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Laguerre, G. (2004). Traitement de la dépendance tabagique. *EMC-Cardiologie angiologie, 1*, 443-455.
- Lavigne, G. L., Vallerand, R. J., & Miquelon, P. (2007). A motivational model of persistence in science education: A self-determination theory approach. *European Journal of Psychology of Education, 3*, 351-369.
- Leatherdale, S. T., & Shield, M. (2009). Renoncement au tabac: intentions, tentatives et techniques – Travaux de recherche. *Statistique Canada, n°82-003-XPF, Rapport sur la santé, 20(3) septembre*, 33-42.
- Le petit Larousse illustré (2005). Paris : Larousse.
- Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research, 48(4-5)*, 443-454.
- Ludvig, J., Miner, B., & Eisenberg, M. J. (2005). Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *American Heart Journal, 149(4)*, 565-572.
- Lynch, M. F., Plant, R., & Ryan, R. M. (2005). Psychological need satisfaction, motivation, attitudes and well-being among psychiatric hospital and patients. *Professional Psychology, 36*, 415-425.
- MacKenzie, T. D., Pereira, R. I., & Mehler, P. S. (2004). Smoking abstinence after hospitalization: Predictors of success. *Preventive Medicine, 39*, 1087-1092.
- McCaul, K. D., Hockemeyer, J. R., Johnson, R. J., Zetocha, K., Quinlan, K., & Glasgow, R. E. (2006). Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors, 31*, 42-56.
- McKenna, K., & Higgins, H. (1997). Factors influencing smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Patient Education and Counseling, 32*, 197-205.
- Miller, W. R. (1998). Why do people change addictive behavior? *Addiction, 93(2)*, 163-172.
- Morin, M. (2002). Naissance et développement de la psychologie de la santé. *Sciences sociales et santé, 20(4)*, 129-140.
- Mothersill, K. J., McDowell, I., & Rosser, W. (1988). Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. *Addictive Behaviors, 31(1)*, 29-36.

- Mullen, P. D., Mains, D. A., & Velez, R. (1992). A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Education and Counseling, 19*(2), 143-162.
- Munster-Halvari, A. E., & Halvari, H. (2006). Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of self-determination theory. *Motivation & Emotion, 30*, 295-306.
- Nguyet, N. M., Béland, F., & Otis, J. (1998). Is the intention to quit smoking influenced by other heart-healthy lifestyle habits in 30-to-60-year-old-men. *Addictive Behaviors, 23*(1), 23-30.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. (1998). Cardiac rehabilitation. *Effective Health Care, 4*(4), 1-11.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Liste de termes et définitions*. Récupéré le 28 décembre 2006 de <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/inb3/finb3id1.pdf>
- Otis, N. & Pelletier, L. G. (2004). *L'échelle des comportements interpersonnels: Une mesure du support de l'autonomie, du support à la compétence et de l'attachement*. Manuscrit soumis pour publication, Université d'Ottawa.
- Papadakis, S. (2007). Intégration de l'abandon du tabac dans la pratique habituelle des soins primaires : Identification de stratégies efficaces pour votre pratique. *Abandon du tabac, conférences scientifiques, 1*(9).
- Paulhan, I., & Quintard, B. (1994). La psychologie de la santé: Une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de la maladie. *Annales médico-psychologiques, 152*(10), 665-673.
- Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale: Les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Canadian Journal of Behavioural Science, 17*, 35-53.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 19*(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.
- Ronayne, R., O'Connor, A., & Scobie, T. K. (1989). Smoking: A decision-making dilemma for the vascular patient. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 647-652.

- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation, 99*, 2192-2217.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology, 45*(5), 637-651.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). An overview of self-determination theory. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist, 10*, 2-5.
- Sandrin-Berthon, B. (2008). Patient et soignant: qui éduque l'autre? *Médecine des maladies métaboliques, 2*(5), 520-523.
- Santé Canada. (2009). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2009*. Récupéré le 13 février 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_prevalence/prevalencefra.php#phase_1_09
- Santé Canada. (2009). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*. Récupéré le 13 février 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/w-p-1_sum-som-fra.php
- Sebregts, E. H., Falger, P. R., & Bär, F. W. (2000). Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(4-5), 425-441.
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(3), 482-497.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 1270-1279.

- Sheldon, K. M., Williams, G., & Joiner, T. (2003). *Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health*. New Haven: Yale University Press.
- Slovinec D'Angelo, M, Reid, R. D., & Pelletier, G. P. (2007). A model for exercise behavior change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 29, 208-224.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2005). Antecedents and outcomes of self-determination in 3 life domains: The role of parent's and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 589-604.
- Solloway, V., Solloway, K., & Joseph, V. (2006). A hypnotherapy for smoking intervention investigates the effects of autonomy support on motivation, perceived competence and smoking abstinence. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 7(2), 26-40.
- Soumaille, S. (2003). *La dépendance au tabac*. Chêne-Bourg/Genève : Éditions Médecine & Hygiène.
- Stillman, F. A. (1995). Smoking cessation for the hospitalized cardiac patient: Rationale for and report of a model program. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 25-36.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4^e éd.). Boston; Toronto : Allyn and Bacon.
- Tremblay, M., & Ben Amar, M. (2007). Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. *Drogues, santé et société*, 6(1), 241-281.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(3), 306-319.
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Dans M. P. Zanna (Éd.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 29, pp. 271-360). New York: Academic press.
- van Domburg, R. T., Meeter, K., van Berkel, D. F. M., Veldkamp, R. F., van Herwerden, L. A., & Boggers, A. J. J. C. (2000). Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: A 20-year follow-up study. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(3), 878-883.

- Vansteenkiste, M., & Sheldon, M. K. (2006). There's nothing more practical than a good theory : Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 63-82.
- Vennin, P., Taïeb, S., & Carpentier, P. (2001). Le patient face aux choix thérapeutiques en cancérologie: vers une décision partagée? *Bulletin du cancer, 88*(4), 391-397.
- Wang, S. H. Q., Borland, R., & Whelan, A. (2005). Determinants of intention to quit : Confirmation and extension of Western theories in male chinese smokers *Psychology and Health, 20*(1), 35-51.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change ? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin, 132*(2), 249-268.
- Wielgosz, A., & Reid, R. (2001). Mesures non-publiées. Institut de cardiologie, Université d'Ottawa.
- Wiggers, L. C. W., Smets, E. M. A., de Haes, J. C. J. M., Peters, R. J. G., & Legemate, D. A. (2003). Smoking cessation interventions in cardiovascular patients. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 26*, 467-475.
- Williams, G. C. (2002). Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 233-254). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Cox, E. M., Hedberg, V. A., & Deci, E. L. (2000). Extrinsic life goals and health risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 1756-1771.
- Williams, G. C., Cox, E. M., Kouides, R., & Deci, E. L. (1999). Presenting the facts about smoking adolescents: Effects of an autonomy-supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine, 153*, 959-964.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (2001). Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care, 39*, 813-823.
- Williams, G. C., Frankel, R., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and health-care outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: A self-determination theory integration. *Families, Systems & Health, 18*, 79-90.

- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, *21*(10), 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, A. I., & Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health Education*, *105*(4), 304-321.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, *21*(1), 40-50.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(1), 115-126.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physician. *Patient Education and Counseling*, *57*, 39-45.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Kouides, R. W., Levesque, C. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). A self-determination multiple risk intervention trial to improve smoker's health. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(12), 1288-1294.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, K. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, *25*(1), 91-101.
- Williams, G. C., Quill, T. E., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). "The facts concerning the recent carnival of smoking in Connecticut" and Elsewhere. *Annals of Internal Medicine*, *115*(1), 59-63.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, *17*(3), 269-276.
- Wilson, K., Gibson, N., Willan, A., & Cook, D. (2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, *160*(7), 939-944.
- Wirth, N., Bohadana, A., Spinosa, A., Abou-Hamdan, K., Raymond, S., Martinet, Y., Quantin, X., Trédaniel, J. (2004). Tabagisme : de la prévention au sevrage. *Revue des maladies respiratoires*, *21*, 1197-1201.

- Yusuf, S., Hawkwon, S., Öunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, *364*, 937-952.
- Yzer, M. C., & van den Putte, B. (2006). Understanding smoking cessation: The role of smoker's quit history. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20*(3), 356-361.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(5), 675-696.

RapportGratuit.com

Appendice A

Questionnaires du T1 (départ)



Université du Québec à Chicoutimi

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

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

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

Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (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'AUJOUR'HUI				SEXE	DATE NAISSANCE				POIDS (LBS)	TAILLE				
MM	JJ	AA			MM	JJ	AA			(')	('')			
<input type="radio"/>	Jan				<input type="radio"/>	Jan					0			
<input type="radio"/>	Fév		<input type="radio"/>	2005	<input type="radio"/>	Homme	<input type="radio"/>	Fév			1			
<input type="radio"/>	Mar		0	<input type="radio"/>	2006	<input type="radio"/>	Femme	<input type="radio"/>	Mar		0	0	2	
<input type="radio"/>	Avr	1	1	<input type="radio"/>	2007			<input type="radio"/>	Avr	1	1	1	3	
<input type="radio"/>	Mai	2	2	<input type="radio"/>	2008			<input type="radio"/>	Mai	2	2	2	4	4
<input type="radio"/>	Jun	3	3					<input type="radio"/>	Jun	3	3	3	5	5
<input type="radio"/>	Jul		4					<input type="radio"/>	Jul	4	4	4	6	6
<input type="radio"/>	Août		5					<input type="radio"/>	Août	5	5	5	7	7
<input type="radio"/>	Sept		6					<input type="radio"/>	Sept	6	6	6		8
<input type="radio"/>	Oct		7					<input type="radio"/>	Oct	7	7	7		9
<input type="radio"/>	Nov		8					<input type="radio"/>	Nov	8	8	8		10
<input type="radio"/>	Déc		9					<input type="radio"/>	Déc	9	9	9		11

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. *Quel est votre état matrimonial actuel?*

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

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

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

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

- Aucune scolarité Études collégiales complétées
 Primaire non complété Certificat universitaire complété
 Primaire complété Baccalauréat universitaire non complété
 Secondaire non complété Baccalauréat universitaire complété
 Secondaire complété Maîtrise complétée
 Études collégiales non complétées 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 45 000\$ et moins de 55 000\$
 Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ 55 000\$ et plus
 Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ Aucun revenu
 Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ Ne sais pas

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

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

HISTORIQUE MÉDICAL ET CARDIOVASCULAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oui Non

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

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

VOS HABITUDES EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

Cette section fait référence à votre participation à des activités physiques durant les six (6) derniers mois, c'est-à-dire avant votre hospitalisation.

Ayez en tête une semaine typique des six 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 participé à aucune activité physique, veuillez l'indiquer par un « 0 ».

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

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 (par 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 matières grasses, en gras saturés 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 Alimentaire Canadien (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"/>

VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

Est-ce que vous consommez des boissons alcoolisées?

- Aucune consommation
- 1 à 2 consommations par semaine
- 3 à 4 consommations par semaine
- 5 à 7 consommations par semaine
- 8 à 14 consommations par semaine
- 15 à 20 consommations par semaine
- Plus de 20 consommations par semaine

VOTRE CONSOMMATION DE TABAC

1. *Comment décririez-vous votre statut à titre de fumeur?*

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Je n'ai jamais fumé
<input type="radio"/> J'ai arrêté il y a plus de 6 mois
<input type="radio"/> J'ai arrêté récemment (moins de 6 mois)
<input type="radio"/> Je fume une à deux cigarettes par jour | <input type="radio"/> Je fume de 3 à 10 cigarettes par jour
<input type="radio"/> Je fume de 11 à 20 cigarettes par jour
<input type="radio"/> Je fume de 21 à 30 cigarettes par jour
<input type="radio"/> Je fume plus de 30 cigarettes par jour |
|---|---|

SI VOUS FUMEZ, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

2. *À quel moment fumez-vous votre première cigarette après votre réveil?*

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Moins de 5 minutes
<input type="radio"/> Entre 6 et 30 minutes | <input type="radio"/> Entre 31 et 60 minutes
<input type="radio"/> Plus d'une heure |
|---|--|

3. *Avez-vous du mal à ne pas fumer dans des endroits où il est interdit de fumer?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

4. *Quelle est la cigarette que vous détesteriez perdre le plus?*

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> La première du matin | <input type="radio"/> Une autre |
|--|---------------------------------|

5. *Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant la journée?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

6. *Fumez-vous même si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

7. *Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

8. *J'ai l'intention d'arrêter de fumer au cours du prochain mois.*

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

9. *J'ai l'intention d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois.*

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

10. *Pensez-vous que votre consommation de cigarettes a eu un impact sur votre état de santé actuel (problèmes cardiaques)?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

ADHÉRENCE MÉDICATION

Cette section fait référence à votre médication.

Répondez d'abord à ces deux questions.

Preniez-vous des médicaments avant votre hospitalisation ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Combien de médicaments prescrits prenez-vous ? _____ médicaments

Quel est le nombre de pilules que vous avez à prendre par jour ? _____ pilules

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

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

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

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

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

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

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

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

LE SOUTIEN DE VOTRE ENTOURAGE

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

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

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.

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

COMPÉTENCES SANTÉ GÉNÉRALE

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

SANTÉ EN GÉNÉRAL

1. Si je le voulais, je pourrais aisément m'engager à adopter divers comportements pro-santé.

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

2. Pour moi, m'engager à adopter divers comportements pro-santé est ...

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

3. Je me sens compétent/e dans mes habiletés à avoir du succès dans l'adoption de divers comportements pro-santé.

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

4. Je me sens capable de m'engager à adopter divers comportements pro-santé.

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

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 de certaines 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Mes conditions de vie sont excellentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Appendice B

Questionnaires du T2 (3 mois)



Université du Québec à Chicoutimi

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

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

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

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

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

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

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

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

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

HISTORIQUE MÉDICAL ET CARDIOVASCULAIRE

Cette section fait référence à votre histoire médicale depuis votre dernière visite dans le cadre de cette recherche, c'est-à-dire au cours des trois (3) derniers mois.

1. *Au cours des trois derniers mois, avez-vous été hospitalisé pour des problèmes autres que cardiaques ?*

Oui Non

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

Diagnostic(s)	Durée
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. *Vous êtes-vous présenté au service des urgences d'un hôpital au cours des trois derniers mois?*

Oui Non

Si oui, indiquez le diagnostic et la date de chaque visite.

Diagnostic	JJ	MM	AA
_____	Date	/	/
_____	Date	/	/
_____	Date	/	/

3. *Avez-vous rencontré votre médecin ou votre cardiologue au cours des trois derniers mois ?*

Oui Non

Si oui, indiquez le nombre de visite(s) et le motif de consultation.

	Médecin	Cardiologue
Nombre de visite(s)	_____	_____
Motif de consultation	_____ _____ _____	_____ _____ _____

4. *Avez-vous rencontré d'autres intervenants (infirmière, nutritionniste, kinésiologue, travailleur social, psychologue) au cours des trois derniers mois ?*

Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

5. *Au cours des trois derniers mois, avez-vous éprouvé d'autres problèmes de santé (autres que cardiaques) qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation ou de visite chez le médecin ?*

Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

VOS HABITUDES EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

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

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
<p>Exercice léger → (effort minimal, aucune transpiration)</p> <p>Exemples : yoga, marche, golf, etc.</p>	<p>..... heure(s) / semaine</p>
<p>Exercice modéré → (non épuisant, transpiration légère)</p> <p>Exemples : marche rapide, activités de loisir ou de sport, etc.</p>	<p>..... heure(s) / semaine</p>
<p>Exercice intense → (augmentation du rythme cardiaque, transpiration)</p> <p>Exemples : course, jogging, danse aérobique, sports de compétition (soccer, basketball, nage, etc.).</p>	<p>..... heure(s) / semaine</p>

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 (par 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 matières grasses, en gras saturés 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 Alimentaire Canadien (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"/>

VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

Est-ce que vous consommez des boissons alcoolisées?

- Aucune consommation
- 1 à 2 consommations par semaine
- 3 à 4 consommations par semaine
- 5 à 7 consommations par semaine
- 8 à 14 consommations par semaine
- 15 à 20 consommations par semaine
- Plus de 20 consommations par semaine

VOTRE CONSOMMATION DE TABAC

11. *Comment décririez-vous votre statut à titre de fumeur?*

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Je n'ai jamais fumé | <input type="radio"/> Je fume de 3 à 10 cigarettes par jour |
| <input type="radio"/> J'ai arrêté il y a plus de 6 mois | <input type="radio"/> Je fume de 11 à 20 cigarettes par jour |
| <input type="radio"/> J'ai arrêté récemment (moins de 6 mois) | <input type="radio"/> Je fume de 21 à 30 cigarettes par jour |
| <input type="radio"/> Je fume une à deux cigarettes par jour | <input type="radio"/> Je fume plus de 30 cigarettes par jour |

SI VOUS FUMEZ, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

12. *À quel moment fumez-vous votre première cigarette après votre réveil?*

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Moins de 5 minutes | <input type="radio"/> Entre 31 et 60 minutes |
| <input type="radio"/> Entre 6 et 30 minutes | <input type="radio"/> Plus d'une heure |

13. *Avez-vous du mal à ne pas fumer dans des endroits où il est interdit de fumer?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

14. *Quelle est la cigarette que vous détesteriez perdre le plus?*

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> La première du matin | <input type="radio"/> Une autre |
|--|---------------------------------|

15. *Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant la journée?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

16. *Fumez-vous même si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour?*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

17. *Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer?*

- | | | |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | Combien de fois? _____ | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|

LE SOUTIEN DE VOTRE ENTOURAGE

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

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

LE SOUTIEN DES INTERVENANTS

Avez-vous rencontré des intervenants de la clinique de prévention des maladies cardiovasculaires (infirmière, nutritionniste, kinésiologue)? Oui Non

Si oui, indiquez, à l'aide de l'échelle ci-dessous, à quelle fréquence, dans l'ensemble ces intervenants émettent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous.

Je sens que les intervenants se soucient vraiment de ma santé.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Lorsque je demande de l'aide concernant ma santé aux intervenants, ils me demandent mon avis avant de me donner le leur.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les commentaires que je reçois des intervenants me font sentir incertain/e de mes capacités vis-à-vis ma santé.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les intervenants me donnent plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les intervenants semblent être sincèrement intéressés par ce que je fais pour ma santé.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les intervenants me parlent uniquement de mes erreurs (p.ex. : comportements anti-santé).

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les intervenants se soucient peu que ma santé s'améliore.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les intervenants considèrent ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des leurs.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

Les commentaires sur ma santé que je reçois des intervenants représentent des critiques inutiles.

Jamais			Assez souvent			Toujours
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>

VOS ATTITUDES VIS-À-VIS VOS COMPORTEMENTS DE SANTÉ

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

Je pratique régulièrement une activité physique ...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J'adopte des habitudes alimentaires plus saines...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je prends ma médication adéquatement...

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

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

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

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

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

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

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

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

Durant les trois derniers mois, si vous avez arrêté de fumer ou êtes en train d'arrêter de fumer : J'arrête de fumer...

1. Parce que quelque chose reliée à ma situation de santé me pousse à le faire.

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

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

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

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

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

4. Je n'ai aucune idée pourquoi j'arrête.

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

ADHÉRENCE MÉDICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

COMPÉTENCES SANTÉ GÉNÉRALE

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

ACTIVITÉ PHYSIQUE

1. Si je le voulais, je pourrais aisément m'engager dans la pratique régulière d'une activité physique.

<i>Complètement en désaccord</i>				<i>Modérément en accord</i>			<i>Complètement en accord</i>
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	

2. Pour moi, m'engager dans une pratique régulière d'activité physique est ...

<i>Extrêmement difficile</i>							<i>Extrêmement facile</i>
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	

3. Je me sens compétent/e à compléter avec succès une session d'entraînement.

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

4. Je me sens capable de m'engager dans une pratique régulière d'activité physique.

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

ALIMENTATION

1. Si je le voulais, je pourrais aisément m'engager à adopter des habitudes alimentaires plus saines.

<i>Fortement en désaccord</i>				<i>Modérément en accord</i>			<i>Fortement en accord</i>
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	

2. Pour moi, m'engager à adopter des habitudes alimentaires plus saines est ...

<i>Extrêmement difficile</i>							<i>Extrêmement facile</i>
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	

3. Je me sens compétent/e dans mes habiletés à être en mesure d'adopter avec succès des habitudes alimentaires plus saines.

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

4. Je me sens capable de m'engager à adopter des habitudes alimentaires plus saines.

<i>Pas du tout en accord</i>				<i>Modérément en accord</i>			<i>Tout à fait en accord</i>

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

MÉDICATION

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

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

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

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

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

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

4. Je me sens capable de m'engager à prendre adéquatement une médication prescrite par mon médecin de famille ou mon cardiologue.

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

TABAC (Si vous fumez)

1. Si je le voulais, je pourrais aisément arrêter de fumer.

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

2. Pour moi, m'engager à cesser l'utilisation du tabac est ...

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

3. Je me sens compétent/e dans mes habiletés à arrêter de fumer.

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

4. Je me sens capable de m'engager dans une démarche afin de cesser de fumer.

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

VOTRE PLANIFICATION

ACTIVITÉ PHYSIQUE

1. *Avez-vous tendance à suivre une routine lors de votre participation à des activités physiques (par ex. : exercices à la même heure chaque jour) ou vos habitudes en activité physique tendent à être différentes d'une semaine à l'autre?*

- Je ne suis jamais de routine
- Je suis rarement une routine
- Je suis quelquefois une routine
- Je suis la plupart du temps une routine
- Je suis toujours une routine

Je suis toujours une routine

2. *À quel point faites-vous des plans spécifiques afin d'être actif(ve) physiquement (par ex. : quand, comment, où)?*

- Je ne planifie jamais mes activités physiques
- Je planifie rarement mes activités physiques
- Je planifie quelquefois mes activités physiques
- Je planifie la plupart du temps mes activités physiques
- Je planifie toujours mes activités physiques

ALIMENTATION

1. *Avez-vous tendance à suivre une routine lors de la préparation de vos repas (par ex. : manger à la même heure chaque jour) ou vos habitudes alimentaires tendent à être différentes d'une semaine à l'autre?*

- Je ne suis jamais de routine
- Je suis rarement une routine
- Je suis quelquefois une routine
- Je suis la plupart du temps une routine
- Je suis toujours une routine

2. *À quel point faites-vous des plans spécifiques afin de bien manger (par ex. : quand, comment, où)?*

- Je ne planifie jamais mon alimentation
- Je planifie rarement mon alimentation
- Je planifie quelquefois mon alimentation
- Je planifie la plupart du temps mon alimentation
- Je planifie toujours mon alimentation

MÉDICATION

1. *Avez-vous tendance à suivre une routine lors de la prise de vos médicaments (par ex. : les prendre à la même heure chaque jour) ou votre prise de médicaments tend à être différente d'une semaine à l'autre?*

- Je ne suis jamais de routine
- Je suis rarement une routine
- Je suis quelquefois une routine
- Je suis la plupart du temps une routine

2. *À quel point faites-vous des plans spécifiques afin de prendre votre médication (par ex. : quand, comment, où)?*

- Je ne planifie jamais ma prise de médication
- Je planifie rarement ma médication
- Je planifie quelquefois ma médication
- Je planifie la plupart du temps ma médication

Je planifie toujours ma médication

VOS INTENTIONS VIS-À-VIS VOTRE SANTÉ**ACTIVITÉ PHYSIQUE**

1. *J'ai l'intention de faire de l'exercice physique régulièrement durant le prochain mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

2. *J'ai l'intention de faire de l'exercice physique régulièrement durant les six prochains mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

ALIMENTATION

3. *J'ai l'intention de bien me nourrir durant le prochain mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

4. *J'ai l'intention de bien me nourrir durant les six prochains mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

MÉDICATION

5. *J'ai l'intention de suivre ma prescription de médicaments durant le prochain mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

6. *J'ai l'intention de suivre ma prescription de médicaments durant les six prochains mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

COMPORTEMENTS DE SANTÉ

7. *J'ai l'intention d'arrêter de fumer au cours du prochain mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

8. *J'ai l'intention d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

9. *J'ai l'intention de réduire ma consommation d'alcool durant le prochain mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

10. *J'ai l'intention de réduire ma consommation d'alcool durant les six prochains mois.*

Complètement en désaccord			Modérément en accord			Complètement en accord
1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○

Appendice C

Formulaire de consentement à la recherche

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

Appendice D

Certificat de déontologie



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

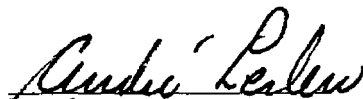
Madame,
Monsieur,

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