

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	4
Définition et statistiques des maladies cardiovasculaires	5
Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires	7
Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et alimentation	9
Définition d'une alimentation saine	12
Alimentation saine et données concernant son application dans les écrits portant sur des populations de patients coronariens	13
Intervention auprès des patients coronariens	16
Prévention des maladies cardiovasculaires par les comportements de santé	19
Prévention des maladies cardiovasculaires par l'alimentation saine	20
Intention	21
Théorie de l'autodétermination	28
Théorie de l'autodétermination et motivation	30
Théorie de l'autodétermination et perception de compétence	33

Théorie de l'autodétermination, motivation, perception de compétence et adhérence aux comportements de santé	35
Synthèse et objectifs de l'étude	42
Hypothèses	44
Méthodologie	46
Participants	47
Instruments de mesure	48
Déroulement de l'étude	51
Résultats	54
Présentation des analyses statistiques	55
Analyses préliminaires	56
Vérification des postulats statistiques	56
Statistiques descriptives : caractéristiques sociodémographiques des participants	57
Statistiques descriptives : caractéristiques anthropométriques des participants	61
Statistiques descriptives : variables à l'étude	61
Analyses statistiques	62
Analyses corrélationnelles	62
Analyses de régression	65
Analyses complémentaires : effet de l'âge et du sexe	67
Synthèse des résultats	70

Discussion	72
Bref rappel des objectifs et des résultats	73
Discussion des hypothèses	75
Caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques	75
Hypothèse 1	77
Hypothèse 2	81
Hypothèse 3	84
Hypothèse 4	86
Analyse complémentaires : effet de l'âge et au sexe	88
Résultats supplémentaires	91
Apports et implications théoriques et pratiques	92
Forces et limites de l'étude	98
Recommandations et pistes de recherches futures	99
Conclusion	102
Références	107
Appendice A.....	117
Appendice B.....	121
Appendice C.....	129

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participants	59
2	Statistiques descriptives des quatre variables à l'étude	62
3	Corrélations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard	65
4	Variables significativement associées à l'alimentation saine trois mois plus tard	67
5	Différences entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard selon l'âge des participants	68
6	Différences entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard selon le sexe des participants	70

Liste des figures

Figure

1	Continuum de l'autodétermination.....	32
---	---------------------------------------	----

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, madame Claudie Émond, Ph.D. pour sa disponibilité, ses précieux conseils, et son humanisme qui m'ont permis d'avancer peu à peu dans mes travaux et de concrétiser ce projet. Je désire également remercier monsieur Gilles Lalande, Ph. D., monsieur Luc Pelletier, Ph.D., madame Nancy Boisvert, M.Ps., ainsi que tous les assistants de recherche ayant contribué de près ou de loin à la mise en place et au bon déroulement de cette recherche. Un très grand merci est adressé aux cardiologues et au personnel du CSSS de Chicoutimi de nous avoir accordé de votre temps si précieux. Également, un merci tout spécial aux participants de cette recherche qui ont bien voulu contribuer gracieusement à l'avancement des connaissances en psychocardiologie. Merci à madame Elizabeth Sharp et à monsieur Simon Beaudry pour l'aide dévouée que vous m'avez apportée pour les analyses statistiques et l'interprétation des résultats. Je tiens aussi à remercier mes collègues et ami(e)s qui ont été près de moi pendant mon parcours universitaire. Votre présence et votre amitié m'ont été et me seront toujours très précieuses. Un immense merci à ma famille, mes parents et ma sœur qui savaient dire les bons mots pour m'encourager et me motiver pendant les moments où j'en avais le plus besoin. Enfin, à mon conjoint Israël, je te remercie pour tous les sacrifices que tu as faits pour m'épauler dans ce grand projet universitaire. Ton amour, ta patience et ton support inébranlable m'ont été d'une valeur inestimable. Merci d'être qui tu es et de faire partie de ma vie.

Rapport-Gratuit.com

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) figurent parmi les premières causes de décès dans la plupart des pays industrialisés (Daigle, 2006 ; Murray & Lopez, 1996). Le Canada et la province de Québec n'échappent pas à ces statistiques et sont également concernés par ce phénomène en augmentation. Les MCV représentent donc un défi de taille à relever pour les systèmes de santé du pays, car elles représentent à elles seules 11,6 % du financement alloué au secteur de la santé. En matière de coûts humains, les MCV engendrent également une détérioration importante de la qualité et de l'espérance de vie chez les personnes en étant atteintes (Murray & Lopez, 1996). Il est d'ailleurs prévu que ces statistiques tendront à s'alourdir dans les années à venir en raison du vieillissement global de la population (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003).

En sachant que la majorité des facteurs de risque des MCV sont évitables (Daigle, 2006), la promotion de la santé devrait être l'investissement premier des instances gouvernementales, car les bénéfices engendrés par l'adoption d'un mode de vie sain dépassent de beaucoup les bénéfices générés par tout autre traitement médical (Woolf, 1999). Étant donné que les bonnes habitudes de vie sont reconnues comme étant difficiles à maintenir dans le temps (Gordon & Haskell, 1997; Blanchard, Courneya, Rodgers, Daub, & Knapik, 2002), l'intervention psychosociale doit être ajoutée aux traitements médicaux traditionnels (Mulcahy, 1990 cité dans Dusseldorp, van Elderen,

Maes, Meulman, & Kraaij, 1999; Gordon & Haskell, 1997). Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'en connaître davantage sur les facteurs favorisant l'adhérence aux comportements de santé chez les patients coronariens (Decker et al., 2009). Il apparaît donc souhaitable d'élargir les connaissances concernant les caractéristiques personnelles de ces patients afin d'en connaître davantage sur ce qui peut les inciter à adopter un mode de vie sain et à le maintenir (Decker et al., 2009; Woolf, 1999). Ce mode de vie fait référence à plusieurs comportements de santé incluant entre autres, une alimentation saine.

C'est dans cette optique que la présente étude vise à accroître les connaissances concernant certaines caractéristiques personnelles des patients coronariens du Saguenay-Lac-Saint-Jean pouvant favoriser l'adoption d'une alimentation saine. La présente étude tentera de mettre en lumière les associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard. Cette étude s'intéressera également, à titre exploratoire, aux différences observées en fonction de l'âge et du sexe pour l'ensemble des variables étudiées. Les retombées de cette étude devraient permettre d'améliorer les connaissances relatives aux mécanismes impliqués dans l'adoption d'une alimentation saine au sein d'une population de patients présentant des MCV. Elles devraient également contribuer à bonifier l'orientation des services de soins offerts à cette clientèle.

Contexte théorique

Cette première section présente une recension des écrits scientifiques se rapportant aux variables à l'étude. Dans les lignes qui suivront, une définition des maladies cardiovasculaires (MCV) ainsi que des statistiques se rapportant à ce phénomène seront présentées. Une description des facteurs de risque généraux et spécifiques à l'alimentation sera ensuite effectuée. L'alimentation saine sera également définie. Par la suite, les moyens d'intervention actuels utilisés auprès des patients coronariens seront résumés, suivis d'une explication quant à l'importance de la prévention des MCV par les comportements de santé, telle que l'alimentation saine. Après une définition du concept de l'intention, la théorie de l'autodétermination (TAD) sera exposée de façon générale, mais aussi en lien avec les variables à l'étude, notamment la motivation autodéterminée et la perception de compétence. Enfin, les objectifs de l'étude de même que les hypothèses de recherche seront présentés.

Définition et statistiques des maladies cardiovasculaires

Les MCV regroupent une catégorie d'accidents variés, qui repose sur une base commune se caractérisant par l'atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins (Daigle, 2006). Ces affections sont considérées comme étant la première cause de mortalité et de perte de qualité de vie au niveau mondial (Murray & Lopez, 1996) et totalisent environ 17,1 millions de décès annuellement (Organisation mondiale de la santé, 2011). Le taux de diagnostics de maladies coronariennes a subi une hausse considérable dans les pays à

faible et moyen revenu (Murray & Lopez, 1996; Yusuf, Reddy, Ôunpuu, & Anand, 2001), la fréquence de décès par maladie cardiaque dans les pays industrialisés ayant quant à elle diminué au cours de la dernière décennie. Au Canada, les MCV sont aussi la principale cause d'affection médicale et de mortalité, comptant pour 36 % des décès s'étant produit au pays en 1999 (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). De plus, selon un rapport publié en 2003 par la Fondation des maladies du cœur du Canada, 80 % de la population présenterait au moins un des facteurs de risque contrôlables des MCV, près du tiers cumule deux facteurs de risque, alors que 11 % en cumulent trois ou plus. Les taux de mortalité attribuables aux MCV augmentent rapidement après l'âge de 65 ans et sont équivalents chez les deux sexes tous âges confondus. Bien que le risque de développer une MCV soit plus élevé chez l'homme, les femmes les rejoignent progressivement plusieurs années après la ménopause (Daigle, 2006).

Au Québec, les MCV font également partie des principales causes de mortalité et se situent au deuxième rang des causes de décès après le cancer (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2007). D'ailleurs, Daigle (2006) rapportait que les MCV ont été la cause de 15 948 décès, soit 29,1 % de tous les décès survenus dans la province en 2003. Il note également que pour cette même année 85,2 % de la population québécoise présentait au moins un des facteurs de risque associés au MCV, ce qui correspond à neuf hommes sur dix et huit femmes sur dix. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le pourcentage de personnes aux prises avec une maladie cardiaque¹ se situe tout près de

¹ Aussi désignée sous le vocable maladie coronarienne qui se définit comme étant l'atteinte du cœur.

la moyenne provinciale et s'élèverait à 6,5 % de la population, comparativement à 6,4 % pour l'ensemble du Québec. D'ailleurs, 27,3 % de la population de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean présenterait au moins trois facteurs de risque associés aux MCV et le nombre total de séjours d'hospitalisation reliés à des problèmes de l'appareil circulatoire s'élevait à 33 103 en 2003 (Daigle, 2006).

Compte tenu du vieillissement global de la population canadienne et de l'augmentation croissante de l'obésité chez les enfants et les adolescents, il est prévu que ces statistiques augmenteront considérablement dans les prochaines années (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). L'Organisation mondiale de la santé (2011) estime d'ailleurs que le nombre de décès annuel passera de 17,1 millions à 23,6 millions d'ici 2030. Par conséquent, les coûts humains et économiques s'élèveront eux aussi, alourdissant ainsi considérablement le fardeau collectif attribuable aux MCV.

Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

Au cours des dernières années, les connaissances relatives aux facteurs de risque associés aux MCV ont considérablement évolué. Yusuf et ses collaborateurs (2004) mettent en lumière que la majorité des facteurs de risque associés au développement et à la progression des MCV sont en lien avec le comportement des individus. Une quantité croissante de données établissent que l'excès de poids, l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie, le tabagisme et la sédentarité sont tous des facteurs de risque des MCV (p. ex., Daigle, 2006; Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003;

Yusuf et al., 2001; Yusuf et al., 2004). Parmi l'ensemble de ces facteurs de risque, seuls le tabagisme et la sédentarité ne sont pas associés directement à l'alimentation. Par ailleurs, le tabagisme constitue la principale cause de décès au Canada (Daigle, 2006; La Fondation des Maladies du Cœur du Canada, 2003) et est aussi le facteur de risque numéro un des MCV (Kannel & Higgins, 1990; Howard et al., 1994 cités dans Narkiewicz et al., 1998). En ce qui concerne la sédentarité, elle joue également un rôle important dans l'incidence des MCV, car l'activité physique permet notamment de réduire le poids corporel, d'améliorer la tension artérielle et le diabète, le taux de cholestérol et de lipides sanguins (La Fondation des Maladies du Cœur du Canada, 2003).

D'autres variables modératrices telles qu'un faible niveau socioéconomique et la présence de facteurs psychologiques tels que le stress, la dépression, l'hostilité et le manque de support social sont associées à l'incidence de MCV (Yusuf et al., 2001). Quelques déterminants incontrôlables entrent également en ligne de compte. Parmi eux, l'âge, le sexe et les antécédents familiaux sont aussi des facteurs pouvant mener à des difficultés cardiovasculaires (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Puisque la présente étude s'intéresse à l'alimentation, les facteurs de risque reliés spécifiquement à cette variable seront exposés de façon détaillée dans la section qui suit.

Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et alimentation

De nombreux travaux épidémiologiques démontrent l'influence majeure des facteurs nutritionnels sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Parmi eux, un groupe de chercheurs précurseurs s'est démarqué dans ce domaine en menant de nombreux travaux d'envergure regroupés aujourd'hui sous le nom de l'Étude des sept pays (Keys et al., 1966). Cette étude a été la première à observer les liens entre l'alimentation de diverses populations à travers le monde, les risques et les pathologies cardiovasculaires. Il s'agissait d'une étude observationnelle comparative menée dans 16 populations issues de sept pays différents (États-Unis, Finlande, Hollande, Japon, Italie, Yougoslavie et Grèce). Pour ce faire, l'état de santé de 13 000 individus répartis dans ces sept pays a été suivi pendant plus de 20 ans. L'étude a permis de mettre en lumière des différences majeures entre les diverses populations; notamment, que l'incidence des maladies cardiovasculaires était très faible chez les hommes d'âge moyen en Crète et qu'elle était directement proportionnelle à leur niveau de cholestérol total. Cela s'expliquait principalement par leur style alimentaire de type méditerranéen². À l'inverse, elle a également permis de conclure que la consommation de graisses saturées était associée à une plus forte incidence de maladies coronariennes. Bref, cette étude a permis de démontrer les bienfaits du régime alimentaire sur la santé humaine et cardiovasculaire. Les différents travaux scientifiques qui ont découlé de cette étude dans les 40 dernières années ont contribué de façon importante à l'identification et à l'approfondissement de

² Régime alimentaire caractérisé par une consommation abondante de fruits, légumes, légumineuses, céréales et huile d'olive et une consommation faible de viande et de produits laitiers.

la compréhension des facteurs de risque des MCV et des composantes nutritionnelles leur étant associées (p. ex., Kromhout et al., 1994 ; Menotti et al., 1991 ; Menotti et al., 1993 ; Menotti, Seccareccia, Blackburn, & Keys, 1995 ; Menotti et al., 1996). La présente section s'attardera spécifiquement à décrire comment l'alimentation peut contribuer à augmenter ou à réduire les différents facteurs de risque des MCV en débutant avec la problématique de l'obésité, suivie de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2 et de la dyslipidémie.

La démonstration qu'une alimentation saine peut diminuer les problèmes de poids n'est plus à faire de nos jours (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). L'obésité représente, selon Daigle (2006) l'épidémie mondiale du XXI^e siècle et elle constitue un problème de santé majeur présent dans la plupart des pays industrialisés, ce qui augmente fortement le risque de développer des troubles cardiovasculaires et d'autres maladies (Direction de la santé publique de Montréal, 2004; Daigle, 2006 ; Renner, Knoll, & Schwarzer, 2000). Il est important de considérer l'endroit où le surplus de poids est observé; celui situé à l'abdomen représentant un facteur de risque plus important (Després & Lemieux, 2006; Fondation des maladies du cœur du Québec, 2003). Le surplus de poids est aussi associé à l'hypertension artérielle et au diabète de type 2 (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003), tous deux étant des facteurs de risque des MCV.

La présence d'hypertension artérielle est aussi un facteur important, car elle fait augmenter de deux à trois fois le risque de MCV. Son traitement consiste entre autres en une alimentation faible en sel et en alcool (Direction de la santé publique de Montréal, 2004), ce qui permet de réduire de façon spécifique l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des infarctus du myocarde, des cardiomyopathies ischémiques³, des maladies vasculaires et de l'insuffisance cardiaque (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003).

Il est également reconnu qu'une bonne gestion du diabète de type 2, par une alimentation saine peut aider à réduire le risque de MCV et d'autres complications pouvant lui être associées (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Le diabète a pour effet de favoriser le développement de plaques graisseuses (athérosclérose) au niveau des grosses artères (Iribarren et al., 2001). Du coup, le diabète augmente non seulement le risque de MCV, mais aussi l'incidence de la mortalité (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Cependant, il est reconnu que la seule maîtrise de la glycémie ne suffit pas à réduire de façon significative les manifestations cardiovasculaires du diabète de type 2 en raison de la dyslipidémie typique qui l'accompagne (Direction de la santé publique de Montréal, 2004). Il est donc impératif de s'attarder à la coexistence de ces deux facteurs chez les individus diabétiques si l'on désire réduire les risques de MCV.

³ La cardiomyopathie ischémique survient lorsqu'une artère menant au cœur se rétrécit ou se bloque pendant un court laps de temps, empêchant le sang riche en oxygène d'atteindre le cœur.

La dyslipidémie fait référence à un taux anormal de lipides dans le sang se traduisant par un taux élevé de cholestérol, de lipoprotéines de basse densité (LDL) et de triglycérides, ainsi qu'un faible taux de lipoprotéine de haute densité (HDL). Ce dérèglement lipidique vient augmenter l'incidence des MCV et plus particulièrement celle des maladies coronariennes (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Une fois de plus, la modification de l'alimentation est l'approche de base utilisée afin de tenter de rétablir les lipides sanguins (Direction de la santé publique de Montréal, 2004).

À la lumière de l'ensemble des études présentées sur les facteurs de risque des MCV, il appert que l'adoption d'une alimentation saine a un impact majeur sur l'incidence de celles-ci (p. ex., Daigle, 2006; Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003; Iqbal et al., 2008; Katamay, 2007; Lichtenstein et al., 2006; Yusuf et al., 2001; Yusuf et al., 2004). La réduction de l'obésité, le contrôle de la tension artérielle, la gestion du diabète et le rétablissement des lipides sanguins constituent des bénéfices substantiels au plan de la santé cardiovasculaire, et ce, malgré la présence parfois inhérente de facteurs de risque incontrôlables tels que l'âge, le sexe ou l'hérédité des individus. La section qui suit définira plus précisément ce qui caractérise une alimentation saine.

Définition d'une alimentation saine

Selon le guide alimentaire canadien (Katamay et al., 2007), une alimentation saine devrait comprendre beaucoup de légumes et de fruits, des produits céréaliers composés de grains entiers, des protéines provenant de viandes maigres, de poissons et de

substituts tels que des légumineuses et des noix. De plus, il est aussi recommandé de consommer des produits laitiers ou des substituts de lait faibles en matières grasses de même que des huiles végétales insaturées pour la cuisson des aliments. Il faut aussi limiter les aliments contenant des acides gras trans et saturés ainsi que les boissons et les aliments riches en calories, en sucre ou en sel. Une telle diète est une recommandation médicale courante (Renner et al., 2000). Par contre, dans les faits, les études indiquent que cette recommandation est difficilement appliquée par les patients coronariens (Burke et al., 2005). Les lignes qui suivent feront état des données récentes émergeant des études relativement à l'application de cette recommandation médicale auprès des patients coronariens.

Alimentation saine et données concernant son application dans les écrits portant sur des populations de patients coronariens

Bien que l'adoption d'une alimentation saine soit une recommandation médicale usuelle (Renner et al., 2000), une étude américaine effectuée auprès de patients à risque de développer des MCV démontre que moins de 50 % d'entre eux mettent ces recommandations en application (Burke et al., 2005). Une recension des écrits effectuée par Burke, Dunbar-Jacob et Hill (1997) concernant les stratégies d'intervention visant la réduction des facteurs de risque des MCV révèle d'ailleurs que la non adhérence la plus élevée concernant la prévention des MCV, est celle des programmes d'intervention alimentaire et ce, plus que tout autre programme. Burke et ses collaborateurs (1997) citent également une étude effectuée par Glanz en 1979 affirmant que la participation à

long terme des patients engagés dans ces programmes alimentaires est estimée à moins de 50 %. Force est de constater que les taux d'adhérence à ce comportement de santé demeurent inchangés au fil des années, et ce, malgré l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine. L'adoption d'une alimentation saine demeure donc une problématique déroutante et complexe chez cette population.

Plus récemment, des études observant l'adhérence à une alimentation saine chez des patients coronariens ont aussi été effectuées. En 2007, Wofford et ses collaborateurs ont procédé à une étude téléphonique d'envergure auprès de 113 795 personnes en provenance de 25 états américains différents. Parmi les participants, 7 392 personnes présentaient des antécédents de MCV. L'objectif de l'étude était de vérifier comment les recommandations alimentaires et d'activité physique étaient appliquées par les personnes atteintes de MCV. Les résultats révèlent que parmi les 7 392 personnes ayant des antécédents de MCV, 54,4 % d'entre elles ont reçu la recommandation d'augmenter leur consommation de fruits et légumes. Toutefois, les résultats mettent en lumière que seulement 24,7 % parmi elles mangent les cinq portions de fruits et légumes recommandées quotidiennement, malgré la recommandation reçue.

Une autre étude menée par Luszczynska et Cieslak (2009) auprès de 130 patients polonais ayant survécu à un infarctus du myocarde, avait pour objectif de mesurer la relation entre le support familial en lien avec l'alimentation saine et des variables médiatrices telles que l'intention, la compétence et la planification dans la

consommation de fruits et légumes. La collecte de données s'est déroulée en trois temps. D'abord, au moment de l'admission des patients au programme de réadaptation cardiaque (temps 1). Quant aux temps 2 et 3, ils se situaient respectivement à environ deux mois et huit mois de l'admission. Un suivi téléphonique était alors effectué aux temps 2 et 3. Les résultats rapportent que moins de 20 % des patients suivent les recommandations en ce qui concerne l'apport quotidien en fruits et légumes après qu'ils aient suivi un programme de réadaptation cardiaque. Ce pourcentage décline à 14 % et 12 % lors des temps 2 et 3. Les auteurs rapportent également que le type de support familial permet de prédire le comportement du patient aux temps 2 et 3, et que la compétence joue un rôle médiateur dans la consommation de fruits et légumes.

À la lumière des résultats obtenus par les études mentionnées précédemment, il est possible de constater que l'adoption et le maintien d'une alimentation saine sont problématiques chez les patients coronariens. Par ailleurs, il est étonnant de constater que la recherche concernant spécifiquement l'adhérence à un plan alimentaire favorisant la réduction des facteurs de risque est limitée (Burke et al., 2005). Dans ce contexte, il apparaît indiqué d'étudier l'ensemble des facteurs intra personnels clés qui influencent l'adoption d'une alimentation saine dans le but éventuel de trouver des moyens d'intervention qui favoriseront l'adhésion à une alimentation saine chez cette population.

Intervention auprès des patients coronariens

De nos jours, la médication, la chirurgie et la prévention des facteurs de risque occupent une place prédominante dans les interventions menées auprès des patients coronariens (Dusseldorp et al., 1999). Toutefois, bien que la prévention présente des impacts directs sur la majorité des manifestations reliées aux MCV, les recherches la concernant spécifiquement sont beaucoup moins nombreuses comparativement à celles portant sur les nouveaux traitements pour soigner les patients souffrant déjà d'une MCV (Yusuf & Pitt, 2002). Les prochaines lignes aborderont le rôle que jouent la médication, la chirurgie et la prévention des facteurs de risque au sein des interventions offertes à cette population.

Tout d'abord, la médication a pour cible de réguler les taux lipidiques et il est reconnu qu'elle devrait être prise en concomitance avec une modification de l'alimentation et des habitudes de vie (Fondation des maladies du cœur du Québec, 2003). Concernant la chirurgie cardiaque, cette dernière peut améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité (c'est-à-dire le nombre de malades annuel), ainsi que la mortalité chez les personnes souffrant de MCV. Cependant, il est préoccupant de constater que le nombre de chirurgies relatives aux troubles cardiaques augmente d'année en année, à l'exception des chirurgies visant à prévenir les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ce qui témoigne du vieillissement constant de la population au Canada et de l'ampleur que prend le phénomène des MCV (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). En ce qui concerne la prévention des facteurs de risque, elle constitue également un

élément important de l'intervention actuelle. D'ailleurs, après un événement cardiovasculaire, des programmes de réadaptation cardiaque ayant pour cible la réduction des facteurs de risque sont recommandés aux patients. Ces programmes visent à éduquer les patients et à modifier leurs comportements dans le but de réduire au maximum leurs facteurs de risque (Blanchard et al., 2002). La nature des interventions offertes dans ces programmes varie selon les besoins des patients et d'un établissement de soin de santé à l'autre (Fondation des maladies du cœur, 2008).

De façon générale, les programmes de réadaptation cardiaque débutent avec une évaluation médicale afin de déterminer les capacités physiques, les limites et les facteurs de risque de chaque individu. Par la suite, les interventions mettent généralement l'accent sur l'activité physique, l'éducation d'un mode de vie sain, l'alimentation saine et la gestion des facteurs psychologiques tels que la dépression, le stress et le retour au travail (Fondation des maladies du cœur, 2008). De façon plus spécifique à la région du Saguenay-Lac-St-Jean, on retrouve le « Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques au Saguenay-Lac-Saint-Jean » (Gagnon, Gravel, Tremblay, & Gagnon, 2004). Ce programme a pour objectif de fournir des services aux personnes à risque très élevé de développer des maladies chroniques, incluant les pathologies cardiovasculaires. Les services offerts se traduisent par des activités éducatives et du support en lien avec l'alimentation saine, l'activité physique, l'arrêt tabagique, la gestion du stress, l'observance médicamenteuse et la vaccination. Du soutien psychosocial est également disponible. De nombreux

intervenants (infirmière clinicienne, nutritionniste, inhalothérapeute, kinésiologue, travailleur social, psychologue et pharmacien) agissent en interdisciplinarité afin de favoriser l'autogestion de la maladie et l'adoption de saines habitudes de vie. Bien que ce programme régional ne soit pas destiné exclusivement aux patients coronariens, les interventions y étant offertes sont comparables à ce qui est retrouvé dans les écrits scientifiques spécifiques à la réadaptation cardiaque.

Toutefois, malgré la reconnaissance des effets bénéfiques de ces programmes de réadaptation, seul un faible pourcentage de patients y adhère suffisamment longtemps pour être en mesure d'en retirer les avantages (Gordon & Haskell, 1997; Blanchard et al., 2002). En raison de cela, l'intervention psychoéducative doit être ajoutée aux traitements traditionnels afin que les patients aient une compréhension plus intégrée de l'importance d'apporter des changements dans leurs habitudes de vie (Mulcahy, 1990 cité dans Dusseldorp et al., 1999; Gordon & Haskell, 1997). L'intervention psychoéducative devrait viser la modification des facteurs de risque et la réduction de la détresse émotionnelle (Dusseldorp et al., 1999). Elle peut donc constituer un ajout déterminant au plan de réadaptation visant à encourager et à supporter le patient à changer ses comportements à risque, et ainsi, faciliter l'intégration de ses nouvelles habitudes de vie dans son quotidien (Dusseldorp et al., 1999).

Prévention des maladies cardiovasculaires par les comportements de santé

Plusieurs comportements préventifs sont à privilégier afin de réduire les risques de développer des MCV, en raison du fait que les MCV reposent essentiellement sur des facteurs de risque évitables (Daigle, 2006). Quelques études (p. ex., Jorenby, 2001; Jong et al., 2002 cités dans Yusuf & Pitt, 2002; Direction de la santé publique de Montréal, 2004) ont déjà démontré les avantages à adopter des comportements préventifs en lien avec les MCV. Par exemple, la cessation tabagique procure de nombreux avantages tels que d'engendrer un retour de la tension artérielle telle qu'elle était avant le tabagisme, d'augmenter de 30 % les fonctions pulmonaires à l'intérieur d'un délai de deux à trois mois, de réduire de 50 % le risque cardiovasculaire après un an et de procurer un retour du risque d'AVC similaire aux non-fumeurs dans un délai de 5 à 15 ans (Jorenby, 2001). Il a également été démontré que l'adhérence à la médication procure elle aussi des bénéfices considérables, car prise pendant plusieurs années, elle peut potentiellement allonger l'espérance de vie de trois à quatre ans chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde (Jong et al., 2002 cités dans Yusuf & Pitt, 2002). De plus, il est reconnu que la pratique d'une activité physique modérée de 45 à 60 minutes par jour diminue le poids corporel et aide à contrôler la tension artérielle et les taux de lipides sanguins (Direction de la santé publique de Montréal, 2004). La prévention des facteurs de risque contribue donc significativement à réduire l'incidence des MCV, mais qu'en est-il de l'impact de la prévention par l'alimentation saine? Cet aspect sera précisément traité dans la section qui suit.

Prévention des maladies cardiovasculaires par l'alimentation saine

Selon les recommandations de l'American Heart Association (Lichtenstein et al., 2006), une alimentation saine favorise le contrôle d'un poids santé, la normalisation des lipides sanguins et de la tension artérielle et un meilleur contrôle du diabète. Une alimentation saine réduit également les risques de développer du diabète et des MCV (Brunner et al., 2008). Elle permet donc de réduire de façon notable plusieurs facteurs de risque reliés aux MCV. De ce fait, les interventions visant à modifier les habitudes alimentaires devraient donc faire partie intégrante d'une stratégie axée sur le changement des habitudes de vie (Fondation des maladies du cœur du Québec, 2003).

Selon une étude effectuée par Woolf (1999), les bénéfices engendrés par l'adoption de saines habitudes de vie sont si importants qu'ils dépassent largement les bénéfices occasionnés par tous les autres traitements médicaux déjà connus. Il n'est donc pas étonnant de constater que des efforts considérables soient mis en œuvre pour promouvoir l'alimentation saine, car des bénéfices substantiels y sont rattachés, non seulement pour les individus eux-mêmes, mais également pour la société en général (Cash, Goddard, & Lerohl, 2006 ; Malla, Hobbs, & Perger, 2007). Cependant, les facteurs qui font varier l'adoption et le maintien d'une alimentation saine, demeurent flous et imprécis (McCann, Retzlaff, Dowdy, Walden, & Knopp, 1990). D'ailleurs, les statistiques concernant l'adhérence des patients à un plan alimentaire visant la réduction des facteurs de risque des MCV varient largement d'une étude à l'autre, passant de 13 % à 76 % selon les auteurs (Glanz, 1979). Ces écarts statistiques considérables mettent en

lumière l'absence de consensus relativement aux facteurs faisant varier l'adhérence à une alimentation saine et justifient le fait de s'attarder à l'étude de ceux-ci. Woolf (1999) souligne d'ailleurs qu'au niveau politique et clinique, la redistribution des ressources allant au traitement des MCV et à leurs complications devrait être consacrée davantage à la prévention primaire et à la promotion de la santé en général. La prévention primaire est un moyen de réduire l'incidence de la maladie avant qu'elle ne se déclare, c'est-à-dire diminuer l'apparition de nouveaux cas. Woolf (1999) ajoute également que les ressources financières devraient être davantage employées dans le but d'élargir les connaissances à propos de la nature de la relation entre le patient et le professionnel de la santé afin de déterminer les caractéristiques personnelles et interpersonnelles qui peuvent inciter les gens à adopter des comportements préventifs pro santé. Un bon nombre de recherches scientifiques se sont d'ailleurs déjà penchées sur le rôle que peuvent jouer certaines variables dans l'adoption de comportements préventifs pro santé.

Parmi ces variables, l'intention a été étudiée par plusieurs auteurs, ce qui a conduit à l'élaboration de modèles théoriques pertinents relativement à l'adoption des comportements de santé. Ces modèles théoriques identifient des variables centrales auxquelles la prochaine section s'attardera plus en détail.

Intention

Tel que mentionné ci-dessus, il est justifié de croire que l'étude des caractéristiques personnelles des patients coronariens permettrait d'élargir les connaissances sur les

facteurs pouvant agir dans le maintien d'un mode de vie sain, tels l'alimentation saine (Woolf, 1999). Il devient impératif d'étudier plus à fond les caractéristiques personnelles de ces patients afin d'accroître les connaissances pouvant servir éventuellement à la prévention et aux interventions visant l'adoption et le maintien d'une alimentation saine.

Une méta analyse effectuée par Webb et Sheeran en 2006 révèle que plusieurs modèles théoriques relatifs aux comportements de santé soutiennent que l'intention est le fondement de l'adoption d'un comportement. L'intention se définit comme étant une décision explicite à agir d'une certaine façon et qui a une influence sur l'orientation et l'intensité de la motivation d'une personne à atteindre un but (Sheeran, 2002).

Plusieurs modèles théoriques mettent en évidence le lien unissant l'intention au comportement. Parmi ces modèles, citons la théorie de l'action raisonnée (TAR), la théorie de l'action planifiée (TAP) et le modèle des comportements interpersonnels (MCI). La TAR (Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975 cités dans Webb & Sheeran, 2006) propose deux principaux construits permettant d'expliquer la relation entre l'attitude et le comportement d'un individu. D'une part, la TAR affirme qu'une attitude favorable vis-à-vis d'un comportement peut ne pas être transposée en action en raison de la pression sociale défavorable associée à celle-ci. Selon cette théorie, les influences sociales viennent moduler les attitudes personnelles et la création de normes subjectives en regard d'un comportement (p. ex., « Certaines personnes importantes pour moi croient que je devrais ou ne devrais pas poser ce geste »). D'autre part, la TAR soutient

que ces mêmes attitudes personnelles et normes subjectives affectent le comportement en modulant les décisions et l'intention d'agir. Notons ici que la TAR a été créée dans l'optique de prédire les comportements volontaires ou encore les comportements pour lesquels l'individu a un sentiment de contrôle élevé (Webb & Sheeran, 2006). En tenant compte de ces données, Ajzen (1985, 1991) ajouta à la TAR le concept de la perception de contrôle (conditions facilitatrices) et créa la TAP. La TAP propose quant à elle, qu'à travers les attitudes personnelles et les normes subjectives d'un individu, la perception de contrôle du comportement soit un élément additionnel pouvant prédire l'intention et le comportement (p. ex., « Pour moi, ce comportement semble être facile ou difficile à exécuter »). Finalement, le concept d'habituation du comportement a été ajouté à ces théories, ce qui a créé le MCI (Triandis, 1980 cité dans Webb & Sheeran, 2006). Selon le MCI, l'habitude face à un comportement vient agir comme un élément modérateur de l'intention et de la réalisation de celle-ci. Selon ces trois modèles, l'intention est le facteur le plus important permettant de prédire le comportement (Webb & Sheeran, 2006). C'est donc en ajoutant à la TAR des concepts supplétifs de plus en plus précis que sont apparus la TAP et le MCI.

En résumé, la TAR, la TAP et le MCI accordent à l'intention un rôle capital dans la prédiction des actions et abondent dans le même sens pour affirmer que l'intention représente un facteur important dans le comportement et l'achèvement des objectifs. Des études observant l'intention dans l'adoption de comportements de santé ont été

effectuées et permettent d'apporter de nouvelles données en rapport avec les principaux postulats des modèles théoriques cités précédemment.

Une récente étude allemande de Sniehotta, Gorski et Araújo-Soares (2009) a été menée auprès de patients coronariens afin de vérifier et de comparer la capacité de deux modèles théoriques à prédire deux comportements spécifiques de réadaptation cardiaque. Les deux modèles théoriques à l'étude étaient : le modèle d'autorégulation basé sur le sens commun (*Common-sense self-regulation model*) et la TAP. Spécifions brièvement que le modèle d'autorégulation basé sur le sens commun a été développé afin de mieux comprendre comment les gens réagissent à leur souffrance. Le modèle postule que les individus faisant face à une souffrance vont se former une représentation cognitive et émotionnelle de celle-ci afin d'y trouver un sens. Ces représentations cognitives vont déterminer la réponse émotionnelle et le comportement adaptatif de l'individu. La capacité de ces deux modèles à prédire 1) l'activité physique et 2) la présence des participants à la phase IV d'un programme de réadaptation cardiaque a été comparée. En tout, 95 participants ont complété les mesures d'activité physique et d'assiduité au programme. Deux temps de mesure étaient recueillis; le premier se situait à la dernière semaine de la phase III du programme et le second se trouvait deux mois plus tard, c'est-à-dire à la phase IV du programme. Les résultats obtenus indiquent que ces deux modèles théoriques ont une faible capacité à prédire l'activité physique, deux mois plus tard. Par contre, les résultats indiquent que la planification et l'intention possèdent une forte capacité à prédire l'assiduité au programme. Les données révèlent

que les participants qui avaient formulé un plan et une intention à la phase III du programme, en regard du moment où ils allaient atteindre la phase IV, ont atteint cette phase dans une proportion de 65,9 % comparativement à 18,5 % pour ceux qui n'avaient pas élaboré de plan et ni d'intention. L'intention et la planification du comportement s'avèrent donc des variables permettant de prédire l'adoption d'un programme de réadaptation cardiaque chez des patients coronariens.

Bien que l'intention soit reconnue comme étant une variable ayant la capacité de prédire l'adoption d'un comportement de santé, deux études viennent nuancer et ajouter des précisions quant aux limites pouvant lui être associée. D'abord, une étude menée au Pays-Bas auprès de 8 165 personnes âgées entre 18 et 55 ans, dont l'état de santé n'est pas précisé, a vérifié si les fortes habitudes alimentaires avaient une influence modératrice dans la relation entre l'intention de consommer des fruits et le comportement (DeBrujin et al., 2007). La consommation de fruits a été mesurée à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté comprenant cinq items, lesquels étaient ensuite validés par un compte-rendu nutritionnel de sept jours, ainsi que par des marqueurs biologiques de la consommation de fruits. Les participants ont également complété l'index auto-rapporté des habitudes (Self Reported Habit Index, SRHI) comprenant 12 items pour lesquels ils devaient indiquer le degré selon lequel ils étaient en accord avec l'énoncé (+ 2 = totalement en accord; -2 = totalement en désaccord) (Verplanken & Orbell, 2003). Les énoncés étaient par exemple : « Manger des fruits est quelque chose que je fais régulièrement ». Les habitudes, telles que mesurées par le SRHI se définissent selon

quatre dimensions du comportement : 1) un manque de conscience, 2) une difficulté à le contrôler, 3) l'efficacité mentale (automatisme), et 4) la répétition du comportement. Des calculs d'écarts-types ont ensuite été établis à partir des moyennes obtenues au SRHI, ce qui a permis de diviser les participants en trois groupes selon leur profil d'habitudes alimentaires : 1) faibles habitudes ($\leq$ écart type de 0,5), 2) habitudes modérées (moyenne $\pm$ écart type de 0,5), et 3) fortes habitudes ($\geq$ écart type de 0,5). Les participants ont aussi complété un questionnaire évaluant leur intention à l'égard de la consommation de fruits à l'aide de deux items : (1) « J'ai l'intention de manger deux portions de fruits par jour pendant les quatre prochaines semaines » et (2) « Je suis certain(e) que je vais manger deux portions de fruits par jour pendant les quatre prochaines semaines ». Il s'agissait d'une échelle Likert où les participants indiquaient le degré selon lequel ils étaient en accord avec ces deux énoncés (+ 2 = totalement en accord; -2 = totalement en désaccord). Les résultats obtenus ont montré que l'intention était un facteur permettant de prédire significativement la consommation de fruits pour les groupes de personnes présentant des habitudes faibles et modérées. Toutefois, les résultats sont différents pour les personnes se situant dans le groupe ayant de fortes habitudes. Ils indiquent que l'intention ne permet pas de prédire la consommation de fruits. Cette étude révèle que lorsque les habitudes des personnes sont fortement ancrées, le contrôle intentionnel du comportement peut être plus limité que ne l'assume la TAP et que d'autres déterminants, dont les comportements passés, interviennent nécessairement dans les comportements alimentaires de santé tels que la consommation de fruits.

Finalement, une étude américaine menée auprès de 422 employés d'une université s'est intéressée à déterminer l'impact de la sous-estimation des obstacles à la perte de poids dans le comportement (Dibonaventura & Chapman, 2008). Les auteurs définissent les obstacles comme étant tout facteur faisant entrave à l'achèvement d'un objectif de comportement de santé. Pour ce faire, les participants ont décrit leur intention par rapport à leur changement de comportement et ils ont ensuite fait leur prédiction quant à l'effet qu'auront les obstacles éventuels sur leur conduite pendant la prochaine année. Un an plus tard, les participants ont rapporté comment leur comportement a changé pendant la dernière année et ils ont décrit les effets qu'ont eu les obstacles sur leur conduite. Les résultats ont démontré que les obstacles aux comportements alimentaires sains étaient significativement sous-estimés et que cette sous-estimation explique, en partie, l'écart se trouvant entre l'intention et le comportement.

Bref, à la lumière de ces trois dernières études, force est de reconnaître que l'adoption d'un comportement de santé tel que l'alimentation saine s'avère une démarche complexe impliquant des variables telles que le degré d'habitude, les obstacles rencontrés et la planification du comportement qui sont encore méconnues et qui peuvent contribuer à l'achèvement ou non des objectifs initiaux.

Dans la mesure où l'intention est considérée généralement comme étant un déterminant hautement significatif dans l'adoption de nouveaux comportements, elle sera considérée, dans la présente étude, comme étant une valeur ajoutée et

complémentaire au modèle théorique retenu dans le cadre de la présente recherche, soit la théorie de l'autodétermination (TAD). La section qui suit présentera donc un résumé des assises théoriques de ce modèle de la motivation humaine soutenu empiriquement.

Théorie de l'autodétermination

La présente étude, pour conceptualiser la motivation et la compétence spécifiques à l'alimentation saine, utilise la Théorie de l'autodétermination (TAD) (Deci & Ryan, 1985) comme cadre théorique car elle constitue un modèle privilégié dans l'étude de la motivation humaine en lien avec le domaine de la santé. Selon Sheldon, Williams et Joiner (2003), la TAD est un modèle englobant suffisamment d'aspects de la psychologie sociale, individuelle et motivationnelle pour permettre de répondre à plusieurs questionnements. De plus, ils spécifient que ce modèle est parfaitement adapté au milieu clinique, car il ne met pas l'emphasis uniquement sur les moyens pouvant être utilisés par les professionnels de la santé afin de motiver leurs patients, mais il apporte aussi des éléments de compréhension concernant les attitudes, non conscientisées, des intervenants qui peuvent avoir pour effet de réduire la motivation de leurs patients. Sheldon et ses collaborateurs (2003) ajoutent d'ailleurs que la TAD offre un éventail inestimable de possibilités en regard de la nature humaine et de son potentiel étant donné qu'elle considère la personne dans sa globalité. Finalement, il est essentiel de rappeler que la TAD est l'unique modèle qui met l'emphasis sur l'autonomie des patients et qui possède des mesures valides pour chacun de ses construits (Williams et al., 2002).

Plus précisément, la TAD (Deci & Ryan, 1985) s'inscrit dans une vision humaniste de la psychologie (Pelletier & Vallerand, 1993). Elle soutient que l'être humain possède un besoin inné de croissance, de découverte et de relever de nouveaux défis (Ryan & Deci, 2002) et qu'il joue un rôle actif comme agent de sa propre motivation (Pelletier & Vallerand, 1993). Selon la théorie, les gens sont naturellement portés à faire des connexions entre le monde social qui les entoure et leur psyché. En conjuguant leur personnalité aux connaissances acquises lors des expériences qu'ils vivent, les gens sont davantage en mesure d'être en concordance avec eux-mêmes, c'est-à-dire avec leur vrai soi (*sense of self*) (Ryan & Deci, 2002). Ce que les gens recherchent d'abord et avant tout, c'est la possibilité de pouvoir choisir leurs comportements dans leur vie (Deci & Ryan, 1985) car comme le souligne Deci (1980), le besoin de se sentir autodéterminé, c'est-à-dire de pouvoir choisir, est fondamental chez l'humain.

La TAD distingue trois besoins psychologiques de base propres à tous les êtres humains : 1) le besoin d'appartenance, 2) le besoin d'autonomie et 3) le besoin de compétence. Le besoin d'appartenance fait référence au besoin de se sentir lié aux autres, au besoin de sentir une affiliation avec les personnes à l'intérieur d'un groupe (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1979; Harlow, 1958; Ryan, 1995). Le besoin d'autonomie quant à lui suggère que l'être humain a besoin de sentir qu'il est à l'origine de ses propres comportements et actions (deCharms, 1968; Deci & Ryan, 1985 ; Ryan & Connell, 1989). Finalement, le besoin de compétence réfère au besoin d'expérimenter un sentiment d'efficacité à interagir avec son environnement social et à vivre des

opportunités à exercer et exprimer ses propres capacités (Deci, 1975; Harter, 1983; White, 1959 cités dans Ryan & Deci, 2002). Selon ce modèle, plus ces trois besoins de base sont comblés, plus cela a pour effet d'augmenter le niveau de motivation autodéterminée des individus face à l'atteinte d'un objectif (Ryan & Deci, 2002).

Théorie de l'autodétermination et motivation

La TAD met de l'avant la présence de plusieurs types de motivation se distinguant, l'une de l'autre, par le degré d'autodétermination qui sous-tend le comportement. Ces trois types de motivation sont l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. L'amotivation réfère à l'absence de motivation. Un individu amotivé est incapable de prévoir et d'expliquer les conséquences de son comportement. Il ne perçoit pas de relation entre ses actions et les résultats obtenus, et il est persuadé que ses comportements sont causés par des facteurs hors de son contrôle (Deci et Ryan, 1985). La motivation extrinsèque fait référence aux comportements qui sont exécutés pour des raisons instrumentales. C'est-à-dire que l'action est posée dans le but d'engendrer des conséquences agréables ou encore d'éviter quelque chose de déplaisant (Deci, 1975; Kruglanski, 1978). Finalement, la motivation intrinsèque représente l'essence même de l'activité autodéterminée. Cette motivation est définie par la tendance des gens à s'engager dans des activités pour le plaisir et la satisfaction qui sont inhérents à la pratique de cette activité et non en fonction des récompenses et des contraintes extérieures qui peuvent y être associées (Deci, 1975). Avec les années, de nombreuses recherches ont été effectuées afin de peaufiner ces concepts motivationnels de la TAD.

Celles-ci ont d'ailleurs permis de mettre en évidence le fait qu'une motivation de type autodéterminée est associée avec une meilleure santé psychologique et de meilleures performances dans les activités exercées. De plus, ces recherches ont aussi mis en lumière que ce type de motivation engendre un maintien et une persistance à plus long terme des comportements, tels que des changements au plan des comportements de santé (Deci & Ryan, 2008).

De façon plus spécifique, la TAD propose un modèle de la motivation illustré à la Figure 1 sous la forme d'un continuum des différents types de motivation précédemment définis. Ce continuum se subdivise en deux types de comportements, soit les comportements non-autodéterminés et les comportements autodéterminés. Parmi les comportements non-autodéterminés se retrouvent l'amotivation, suivie de la régulation externe et de la régulation introjectée. La régulation externe fait référence à la définition classique de la motivation extrinsèque, c'est-à-dire que la motivation est engendrée pour l'obtention d'une récompense ou l'évitement d'une punition. La régulation introjectée, quant à elle, souligne un niveau légèrement plus élevé d'internalisation de la motivation, cependant elle est partielle et n'est pas considérée comme étant en concordance avec le soi (sens of self). Parmi les motivations autodéterminées se trouvent la régulation identifiée, la régulation intégrée et la régulation intrinsèque. La régulation identifiée est plus autodéterminée que la régulation introjectée de sorte que le but envisagé devient alors valorisé et important pour la personne. L'identification au but représente un aspect important menant au processus d'autodétermination. La régulation intégrée, quant à elle,

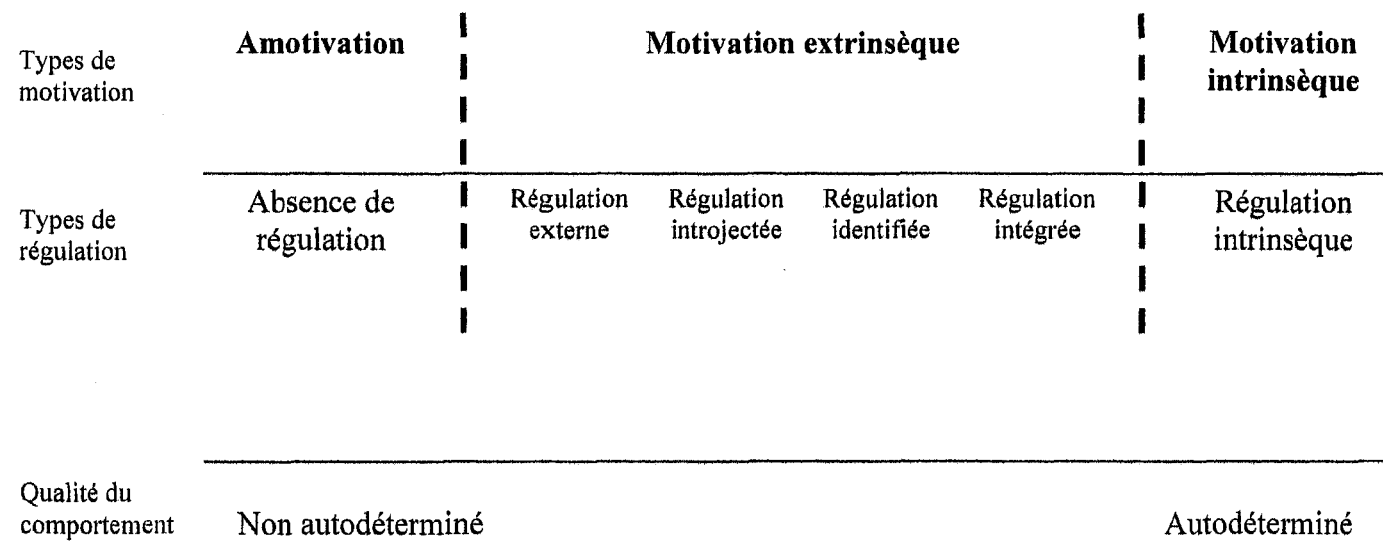


Figure 1. Continuum de l'autodétermination (Ryan & Deci, 2002).

est la forme de régulation la plus autodéterminée de la motivation extrinsèque. Les objectifs à atteindre sont en congruence avec le soi (sens of self). Elle est tout de même considérée comme une motivation extrinsèque en raison du fait que les objectifs ne sont pas accomplis uniquement pour le plaisir de la tâche. La régulation intrinsèque fait référence à la définition originale de l'activité autodéterminée telle que décrite dans la section précédente. La TAD soutient que plus les trois besoins de base sont comblés, plus cela favorise l'atteinte de la motivation intrinsèque, et par le fait même, la production d'un comportement autodéterminé (Ryan & Deci, 2002).

Théorie de l'autodétermination et perception de compétence

La perception de compétence est un construit central de la TAD (Deci & Ryan, 1985). Il s'agit d'un construit qui s'apparente à celui de l'auto efficacité (*self-efficacy*) (Bandura, 1977), lequel est largement représenté dans le domaine de la psychologie de la santé (Howorka et al., 2000). L'auto-efficacité selon Bandura (1977) se définit comme étant la croyance des gens en leur capacité à influencer les événements survenant dans leur vie. Il apparaît toutefois important d'étudier la perception de compétence dans le contexte de la TAD, car cette théorie procure des explications plus approfondies quant aux mécanismes le reliant à la motivation humaine.

Le besoin de compétence implique que les individus ont le besoin d'interagir efficacement avec leur environnement et d'expérimenter une perception de compétence dans la production de résultats et la prévention d'événements indésirables. De plus, il

pousse les gens à vouloir se surpasser en repoussant toujours la limite de leurs capacités afin de maintenir, ou d'augmenter leurs habiletés dans leurs activités. La perception de compétence fait davantage référence à un sentiment de confiance qu'à une habileté quelconque (Deci, 1975; Deci & Ryan, 1985).

Par ailleurs, il est essentiel de spécifier que certains auteurs ont établi un lien étroit entre la perception de compétence et la motivation autodéterminée. Déjà en 1941, Angyal avançait qu'une personne devait avoir la compétence nécessaire pour s'autodéterminer dans ses diverses transactions avec son environnement, sinon l'environnement risque de la contrôler et de compromettre sa démarche vers l'autonomie. Quatre décennies plus tard, Deci et Ryan (1985) complètent cette affirmation en soutenant qu'afin de pouvoir se développer de façon harmonieuse et complète l'être humain doit viser une compétence autodéterminée. Sans cette compétence autodéterminée, la force motivationnelle de la personne s'en trouve amoindrie.

Sachant que la motivation autodéterminée est hautement influencée par la perception de compétence, il est donc essentiel d'étudier davantage ce concept dans le contexte de la TAD auprès d'une population où l'adoption d'un comportement pro santé, telle l'alimentation saine est problématique.

Théorie de l'autodétermination, motivation, perception de compétence et adhérence aux comportements de santé

De façon générale, le manque d'adhérence aux comportements de santé est scientifiquement prouvé et engendré par plusieurs facteurs. Certains auteurs constatent même qu'une part considérable de la non-adhérence aux comportements de santé est de nature motivationnelle (Sheldon et al., 2003). Des études effectuées auprès de divers types de patients démontrent bien que de changer des habitudes ancrées et d'adopter de nouveaux comportements pro santé est une tâche très difficile. Par exemple, chez les personnes obèses, les approches de traitement, bien qu'efficaces à court terme, se heurtent au problème du maintien à long terme du poids perdu (Bégin, Gagnon-Girouard, Provencher, & Lemieux, 2006). Une grande majorité des gens regagnent une part substantielle des kilos perdus, et ce, en un laps de temps assez court (p. ex., Drenick & Johnson, 1978; Wadden & Stunkard, 1986). Cette problématique se retrouve également dans le domaine de l'alimentation et est mise en lumière par une étude menée auprès de patients diabétiques qui démontre qu'il est ardu de maintenir l'élément central de leur traitement qui est d'adopter une alimentation d'autosoin⁴ afin de contrôler adéquatement leur glycémie (Rubin & Peyrot, 2001). C'est donc dire que les difficultés d'adhérence aux comportements de santé touchent plusieurs types de patients et de pathologies physiques. Sachant que le comportement humain en lui-même constitue la plus grande source de variance dans les résultats des études menées dans le domaine de

⁴ Régime alimentaire strict constitué d'aliments sains et d'heures de repas et de collations fixes visant à maintenir un taux de glycémie idéal.

la santé (Schroeder, 2007), il est donc essentiel de s'y attarder plus en détail en vue de comprendre plus précisément les facteurs intra personnels le modulant. Tel que mentionné précédemment, une part substantielle des facteurs de non-adhérence est de nature motivationnelle et le manque d'information quant à celle-ci représente une lacune au niveau des traitements et des interventions à adopter vis-à-vis des patients (Sheldon, et al., 2003). Plusieurs travaux dans le domaine de la santé ont déjà été menés avec des notions théoriques inhérentes à la TAD et nous permettent de mieux comprendre les facteurs ayant un impact dans l'adoption de certains comportements de santé, telle l'alimentation saine.

Parmi ces travaux scientifiques, certains permettent de mettre en évidence le rôle de la motivation autodéterminée en lien avec les comportements alimentaires. À cet effet, une étude a été effectuée par Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci (1996) auprès de 126 patients sévèrement obèses inscrits à un programme de perte de poids de 26 semaines comprenant une diète à très faible teneur calorique. Un suivi de 23 mois après la fin du programme était effectué. Les résultats de cette étude ont révélé que le degré de motivation autodéterminée permettait de prédire la présence aux réunions hebdomadaires du programme, la perte de poids pendant le programme, de même que le maintien de cette perte de poids 23 mois plus tard. Cela signifie que les patients motivés de manière autodéterminée étaient davantage engagés personnellement dans le programme, suivaient davantage les recommandations alimentaires et les conservaient dans leurs habitudes alimentaires près de deux ans plus tard.

Des résultats intéressants proviennent également d'une étude réalisée au Québec par Julien, Sénécal et Guay (2009). Elle avait pour objectif d'évaluer l'ordre causal parmi la perception du support à l'autonomie des médecins traitants, la motivation, les stratégies de coping et l'adoption d'une alimentation d'autosoin chez 365 québécois souffrant de diabète de type 2. Ils ont utilisé un modèle de type « *cross lagged panel model* » comprenant deux vagues de données à un an d'intervalle entre chaque vague afin d'observer comment ces variables s'influencent mutuellement au cours d'une année. Les résultats indiquent que la motivation autodéterminée et la planification active du comportement sont toujours reliées bilatéralement. Cela signifie que la motivation autonome au temps 1 permet de prédire la planification active au temps 2 et, réciproquement, la planification active au temps 1 permet de prédire la motivation autonome au temps 2. Ces résultats permettent de connaître davantage le processus à travers lequel l'adhérence à l'alimentation d'autosoin est maintenue. De plus, ils démontrent que les personnes étant motivées de façon autodéterminée face à l'adoption d'une alimentation d'autosoin présentent effectivement un haut niveau d'adhérence à cette alimentation une année plus tard. Ainsi, la motivation autodéterminée joue un rôle clé dans l'adoption et le maintien à long terme d'une alimentation pro santé chez les patients diabétiques.

De plus, trois études ont été effectuées par Pelletier, Dion, Sloviniec-D'Angelo et Reid (2004) auprès d'une population à risque pour les MCV. Ces études avaient pour objectifs d'observer quels impacts avaient les types de motivation autonome et contrôlée

sur les comportements alimentaires au sein de cette population, et comment ces types de motivation peuvent influencer l'adoption et le maintien d'une alimentation saine. De façon plus précise, l'étude 1 visait à développer et à observer la validité d'une échelle de mesure portant sur la régulation des comportements alimentaires mesurant les styles de régulation comportementale tels qu'élaborés par la TAD. Dans l'étude 2, la validité de l'échelle de mesure portant sur la régulation des comportements alimentaires fut observée de nouveau, de même qu'un modèle structural incluant les formes de régulations telles que définies dans la TAD. Ces deux premières études ont donc permis d'établir la structure factorielle et les propriétés psychométriques d'un instrument spécifiquement conçu pour mesurer les différentes formes de régulation telles que définies par la TAD. Cette échelle a ensuite été utilisée dans la troisième étude qui visait, quant à elle, à vérifier l'adhérence à long terme à une alimentation saine au sein de cette même population à risque de MCV. Les résultats de cette troisième étude démontrent que les personnes ayant les styles de motivation les plus autodéterminés étaient les plus persistantes et les plus régulières dans leurs efforts à adopter une alimentation saine.

Une autre étude réalisée par Sloviniec-D'Angelo, Reid et Pelletier (2007) fournit des éléments d'explications plus approfondis quant aux processus sous-jacents la perception de compétence et la motivation. Cette étude conduite auprès de 200 patients coronariens, avait pour objectif d'examiner les processus psychologiques reliés au maintien à court et long terme de l'activité physique dans le but de mieux comprendre pourquoi les gens maintiennent ou ne maintiennent pas à plus long terme le comportement pour lequel ils

avaient initialement formulé une intention. Ils désiraient déterminer le rôle distinctif de la perception de compétence et de la motivation autodéterminée à travers différentes phases de changement du comportement. Les résultats de cette étude mettent en lumière le rôle plus spécifique de la perception de compétence et de la motivation autodéterminée dans le contexte de l'activité physique. Ils révèlent que la perception de compétence est davantage reliée à la formulation de l'intention initiale, tandis que la motivation autodéterminée est davantage associée à la planification à plus long terme du comportement. Les résultats de cette étude soutiennent donc l'hypothèse que les processus psychologiques reliés à la régulation à court et long terme d'un comportement se modifient selon les différentes phases de changement et suggèrent que les personnes peuvent ne pas maintenir un comportement pour lequel ils avaient initialement formulé une intention en raison d'un manque de motivation autodéterminée.

D'autres chercheurs, ont étudié les aspects motivationnels et affectifs sous-jacents aux prises de décisions pro santé (Taut & Baban, 2008). Cette étude a recruté un échantillon de 55 patients coronariens provenant d'un institut de cardiologie situé en Roumanie. Elle avait deux principaux objectifs : 1) d'une part, préciser la relation par laquelle la mise en action de l'intention et la motivation autodéterminée influencent l'activation des croyances compensatoires en matière de santé (CCS) (p. ex., « J'ai mangé des frites au dîner, alors je vais m'abstenir de manger pour le souper. ») ; 2) et d'autre part, vérifier si la perception de compétence et les CCS permettent de prédire le style alimentaire des patients coronariens. Dans un premier temps, les résultats obtenus

révèlent que la motivation autodéterminée a un effet médiateur entre la mise en action de l'intention et l'activation des CCS. Cela signifie que l'application d'une stratégie santé a de meilleures chances de succès, malgré les CCS, dans le cas d'une personne présentant un haut degré de motivation autodéterminée, comparativement à une autre qui présenterait un faible degré d'autodétermination. Dans un deuxième temps, les résultats indiquent une relation positive entre les CCS et le style alimentaire des patients coronariens de sorte que l'activation des CCS est directement reliée à des comportements alimentaires malsains. De plus, une analyse de régression a permis de constater que les CCS et la perception de compétence expliquent 55 % de la variance du style alimentaire des patients. Les conclusions de cette étude permettent de mettre en évidence que la motivation autodéterminée a des effets positifs sur l'achèvement des objectifs, même lorsqu'elle accompagne des comportements alimentaires malsains tels que les CCS. De plus, cette étude permet également d'observer la capacité importante de la perception de compétence et des CCS à prédire le style alimentaire des patients coronariens.

D'autres travaux scientifiques, étudiant la perception de compétence, ont été menés dans le contexte de la théorie de Bandura (1977) (self-efficacy) chez une population de patients coronariens. Parmi eux, une étude prospective menée par Sullivan, LaCroix, Russo et Katon (1998) avait comme objectif d'observer le rôle de la perception de compétence en lien avec le statut fonctionnel des patients six mois plus tard, tout en contrôlant les effets que pouvaient avoir l'anxiété et la dépression sur les résultats. Les

résultats obtenus ont permis de mettre en évidence que la perception de compétence permettait de prédire le fonctionnement physique, social et familial chez les patients coronariens. Les résultats de cette étude suggèrent même que d'augmenter la perception de compétence devrait favoriser un meilleur pronostic chez les patients souffrant de MCV.

Une étude publiée en 2007 (Psota, Lohse, & West, 2007) rapporte des relations particulièrement intéressantes concernant la perception de compétence alimentaire telle que définie selon le modèle de Satter (2007) et des marqueurs biologiques chez une population de patients présentant de l'hypercholestérolémie. Le modèle de Satter définit la compétence alimentaire selon quatre principales composantes : 1) les attitudes alimentaires, 2) l'adoption de la nourriture, 3) la régulation de la consommation de nourriture et du poids et 4) la gestion du contexte alimentaire. Selon Satter, les personnes étant compétentes sur le plan alimentaire sont confiantes, confortables et flexibles avec leurs habitudes alimentaires. Elles sont également pragmatiques et concernées par l'importance de consommer suffisamment d'aliments nourrissants, mais aussi plaisants. L'objectif de cette étude était donc d'observer les relations entre la perception de compétence alimentaire et des marqueurs biologiques reconnus comme étant des facteurs de risque pour les MCV. Les résultats indiquent que les participants ayant une perception de compétence alimentaire élevée présentent moins de facteurs de risque associés aux MCV que ceux dont le niveau de compétence alimentaire était plus faible. De façon plus spécifique, un haut degré de perception de compétence alimentaire

est associé à une tension artérielle plus basse et à un taux de cholestérol total plus bas. Bref, les patients ayant une perception de compétence alimentaire élevée présentaient moins de symptômes de dyslipidémie. Ces corrélats relient des variables psychologiques et biologiques intervenant dans les comportements alimentaires et supportent l'importance de mieux connaître les variables intra personnelles des patients, car celles-ci ont une incidence sur des marqueurs biologiques permettant d'objectiver les facteurs de risque des MCV.

En résumé, la motivation autodéterminée est une variable associée à un engagement individualisé des personnes à l'égard de leur processus de changement d'habitude de vie et contribue également à la persistance des efforts à plus long terme dans le maintien des conduites pro santé. De plus, la perception de compétence vient non seulement rehausser le niveau de motivation autodéterminé, mais constitue également une composante permettant de prédire le niveau de fonctionnement physique, social et familial des individus.

Synthèse et objectifs de l'étude

En somme, en tenant compte des constats relevés dans les écrits scientifiques, il est possible de reconnaître que plusieurs modèles théoriques (TAR, TAP, MCI) et données empiriques s'accordent pour conclure que l'intention exerce une influence capitale sur l'orientation et l'intensité de la motivation, de même que sur l'achèvement des objectifs. Toutefois, les écrits recensés permettent aussi de mettre en lumière que l'intention, à elle

seule, n'est pas suffisante pour élucider la complexité que constitue l'adoption d'une alimentation saine. Dans ce contexte, d'autres variables associées à la TAD ont également été identifiées dans les écrits comme étant déterminantes dans l'adoption de comportements de santé. Notamment, le type de motivation que présente une personne, de même que sa perception de compétence à l'égard du comportement à adopter seront déterminants dans l'adhérence ou non de ce comportement. Considérant la proximité entre ces données, la variable de l'intention sera donc insérée dans la présente étude en tant que valeur ajoutée et complémentaire à la TAD. Rappelons également que les écrits scientifiques ne comptent aucune étude s'attardant aux associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine. Enfin, réitérons de surcroît que parmi l'ensemble des comportements de santé ciblés pour réduire les risques de MCV, l'alimentation saine représente le comportement de santé ayant le plus faible taux d'adhérence chez les patients coronariens (Burke et al., 1997).

À la lumière de ces constats, la présente étude vise à évaluer les associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine, d'une part, et l'alimentation saine trois mois plus tard, d'autre part, chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean. L'association entre la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine sera également évaluée de façon complémentaire. De plus, à titre exploratoire, les analyses viseront également à examiner, pour chacune des variables étudiées, s'il existe des différences significatives selon l'âge et le sexe des participants.

Il s'agit de la première étude à s'attarder à l'ensemble de ces variables dans le contexte de la TAD au sein d'un échantillon de patients coronariens. Il est attendu que les résultats découlant de cette étude permettront de mieux comprendre les facteurs intrapersonnels des patients modulant l'adhérence à une alimentation saine et contribueront à bonifier les interventions auprès de cette clientèle en constante augmentation dans les services de santé.

Hypothèses

Considérant l'ensemble des travaux scientifiques cités précédemment, il est attendu que l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine seront corrélées positivement à l'alimentation saine trois mois plus tard chez des patients coronariens. De plus, compte tenu des postulats inhérents à la TAD voulant que la perception de compétence agisse sur le niveau de motivation autodéterminée, il est attendu que ces deux variables seront aussi corrélées positivement. Les hypothèses de la présente étude sont les suivantes :

H1 : Il existe une association positive entre l'intention spécifique à l'alimentation saine et une alimentation saine mesurée trois mois plus tard chez des patients coronariens.

H2 : Il existe une association positive entre une perception de compétence élevée spécifique à l'alimentation saine et une alimentation saine mesurée trois mois plus tard chez des patients coronariens.

H3 : Il existe une association positive entre la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine et une alimentation saine mesurée trois mois plus tard chez des patients coronariens.

H4 : Il existe une association positive entre une perception de compétence élevée spécifique à l'alimentation saine et un niveau de motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine.

Methodologie

Cette section décrit la méthode utilisée pour effectuer la présente étude. Tout d'abord, une description des participants sera effectuée. Ensuite, les instruments de mesure utilisés seront décrits de façon détaillée. Finalement, l'ensemble du protocole relatif au déroulement de l'étude sera expliqué.

Participants

L'échantillon de cette recherche est constitué de 123 participants adultes provenant de la région de Saguenay-Lac-Saint-Jean et ayant reçu un diagnostic de maladie cardiovasculaire (MCV). Ces participants ont été recrutés parmi les patients référés annuellement pour coronographie au département de médecine de jour ou hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus ou syndrome coronarien aigu à l'Hôpital du Centre de Santé et des Services Sociaux de Chicoutimi (HCSSSC). Les critères d'inclusion des participants spécifient qu'il doit s'agir d'adultes âgés inclusivement entre 18 et 75 ans. De plus, les participants doivent avoir reçu un diagnostic de maladie cardiaque athérosclérotique confirmé et être hospitalisés en cardiologie, ou pour une chirurgie cardiovasculaire, ou bien effectuer un séjour au département de médecine de jour. Les critères d'exclusion de la recherche sont les suivants : les patients souffrant de maladies débilitantes affectant le pronostic de survie (p. ex., insuffisance rénale terminale, maladie neuromusculaire affectant les activités de la vie quotidienne) ainsi que les patients ayant une maladie cognitive ou psychiatrique significative.

Instruments de mesure

Une enquête par questionnaire a été effectuée auprès des patients et a été administrée par un assistant de recherche. L'administration des questionnaires a été précédée de la signature d'un formulaire de consentement à la recherche dûment approuvé par l'HCSSSC et le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Il est à noter que la présente étude s'inscrit à l'intérieur d'une recherche de plus large envergure. Plusieurs questionnaires ont été administrés aux participants. Les questionnaires concernant la présente étude sont ceux recueillant les informations démographiques, évaluant l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine.

Le questionnaire démographique comprend des questions de nature descriptive provenant du projet « Déterminant de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : Heart Institute of Prevention and Rehabilitation Centre ; HIPRC » (Wielgosz & Reid, 2001).

Le questionnaire relatif à l'intention alimentaire mesure l'intention de prendre soin de sa santé en général (activité physique, alimentation saine, médication, tabagisme et alcool) et est adapté d'une étude sur l'activité physique menée par Courneya et McAuley (1994). Dans le cadre de la présente étude, les participants ont été évalués à l'aide des deux items relatifs aux habitudes alimentaires utilisés lors d'études sur la pratique d'activités physiques (p. ex., « J'ai l'intention de bien me nourrir durant les six

prochains mois »). La corrélation entre les deux items rapportés par Courneya et McAuley (1993) est de 0,44. Le coefficient alpha de Cronbach dans la présente étude se situe à 0,89.

La perception de compétence alimentaire a été évaluée à partir d'une adaptation française du questionnaire intitulé : Perceived Competence for Diabetes Scale (PCDS) incluant quatre items adaptés au domaine de l'alimentation (p. ex., « Je me sens capable de m'engager à adopter des habitudes alimentaires plus saines »). L'échelle originale a été conçue par Williams, Freedman, & Deci en 1998 afin d'évaluer la perception de compétence pour les comportements de santé généraux et pour la consommation de médicaments. La cohérence interne des quatre items pour le domaine de la santé en général est de 0,83 et de 0,86 pour la consommation de médicaments (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). Dans l'échantillon de la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach présente une bonne consistance interne et se situe à 0,84.

La motivation autodéterminée a été mesurée à l'aide de l'échelle de motivation spécifique en lien avec l'alimentation saine. L'échelle de motivation pour la régulation de l'alimentation saine mesure la motivation spécifique, c'est-à-dire intrinsèque, extrinsèque ou l'amotivation face au domaine de l'alimentation saine. Cette échelle a été adaptée de l'échelle développée par Sheldon, Ryan et Reis (1996) et elle n'a pas encore fait l'objet de travaux spécifiques de validation en langue française. L'échelle comprend

six sous-échelles de type Likert qui évaluent de façon indépendante la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque par régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe, ainsi que l'amotivation. Chacun des types de motivation est mesuré à l'aide d'un item pour un total de six items pour le domaine de l'alimentation saine (par ex. « J'adopte des habitudes alimentaires plus saines purement pour l'intérêt et le plaisir que je retire à les adopter »). Un score global d'autodétermination a été calculé à partir de la formule suivante : $(3 \times \text{intrinsèque}) + (2 \times \text{intégrée}) + (1 \times \text{identifiée}) - (1 \times \text{introjectée}) - (2 \times \text{régulation externe}) - (3 \times \text{amotivation})$ (Blais, Sabourin, Boucher, & Vallerand, 1990).

L'échelle d'évaluation de l'alimentation saine intitulée : *Healthy Eating Behavior Scale* (HEBS) a été développée par Pelletier et ses collaborateurs (2004) et est inspirée du guide alimentaire canadien. Cette échelle, traduite et adaptée en français pour la présente étude, comprend huit items divisés en deux sous-échelles de quatre items. Les résultats d'une analyse factorielle confirmatoire indiquent que l'échelle a une bonne structure factorielle ($\chi^2(19, N=339) = 50.58, p < 0,001, CFI = 0,94, RMSEA = 0,07, PCFI = 0,60$). L'une des sous-échelles réfère à la consommation d'aliments sains et l'autre sous-échelle fait référence aux aliments à consommer avec modération (p. ex., « Je mange de la nourriture qui est faible en matières grasses, en gras saturés et en cholestérol »). La cohérence interne des sous-échelles est acceptable ($\alpha = 0,74$ pour les aliments sains et $\alpha = 0,69$ pour les aliments à consommer modérément). Le coefficient alpha pour le présent échantillon est de 0,75 pour les aliments sains et de 0,52

pour les aliments à consommer modérément. Compte tenu que les items relatifs aux aliments à consommer modérément sont faiblement corrélés entre eux, ils ont été exclus des analyses puisqu'ils ne constituent pas une mesure fiable de ce construit.

Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, les patients hospitalisés au département de cardiologie ou évalués au département de médecine de jour de l'HCSSSC ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion par les médecins collaborant à l'étude. Les patients satisfaisant les critères d'inclusion et acceptant de recevoir l'information relative à l'étude ont ensuite été rencontrés par un assistant de recherche. Celui-ci a expliqué au patient, sur une base individuelle, les raisons pour lesquelles sa participation était sollicitée ainsi que les objectifs généraux de l'étude. La description des questionnaires et des tests médicaux visant l'obtention d'informations sur leur santé leur a été présentée incluant la fréquence, la durée, le lieu, la nature de ces tests ainsi que les retombées envisagées. Les patients ont également été mis au courant des avantages et des inconvénients relatifs à leur participation.

Par la suite, les patients ont été informés que des dispositions ont été prises afin d'assurer la confidentialité des données recueillies. Pour ce faire, les données amassées ont été codifiées, de sorte que le nom du participant n'est pas identifiable. Ils ont également reçu l'assurance que les données amassées serviront exclusivement à un usage scientifique, qu'elles seront traitées de façon distincte et indépendante de leur

dossier médical et qu'elles ne seront pas transmises au cardiologue traitant. La liste de codification a été conservée sous clé et seuls les chercheurs principaux y ont accès. Ces derniers s'engagent à détruire cette liste à la fin de la recherche. Tous les questionnaires ont été conservés sous clé au Laboratoire de psychologie clinique de l'UQAC. Les patients ont aussi été informés que les frais de stationnement et d'essence déboursés pour chaque visite étaient remboursés. De plus, il leur a été spécifié qu'ils avaient la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps, et ce, sans aucun préjudice pour eux.

Les formulaires de consentement avec les noms des chercheurs principaux ainsi que leurs coordonnées ont été signés en trois exemplaires, dont un a été remis au participant, un autre a été placé dans le dossier médical du patient et le dernier a été consigné au dossier de recherche. La possibilité de contacter les deux Comités d'éthique de la recherche (HCSSSC et UQAC) a été signifiée au patient, ainsi que les coordonnées requises. Finalement, ils ont été informés que les résultats découlant de l'étude seront disponibles à compter de 2011. Enfin, lorsque le patient avait accepté l'ensemble des modalités, il signait les formulaires de consentement confirmant qu'il acceptait de participer à l'étude.

La présente étude est de type prospectif. La durée de chacun des suivis individuels des participants pour la présente étude a été de trois mois. Les participants ont été rencontrés individuellement par un assistant de recherche afin de compléter le questionnaire de recherche et de recueillir des mesures anthropométriques (c.-à-d., la

taille et le poids). Rappelons que la présente étude s'effectuait dans le cadre d'une recherche de plus vaste envergure comportant au total quatre temps de mesure. Toutefois, les données concernant l'actuelle étude ont été recueillies sur deux temps de mesure spécifiques : le temps 2 (T2) et le temps 3 (T3). Les temps 2 et 3 se situent respectivement à trois et six mois après le début de la participation des patients à l'étude. Étant donné que les patients venaient tout juste de vivre un accident cardiovasculaire lors de leur première rencontre (T1) et qu'ils n'étaient pas nécessairement disposés à formuler de façon éclairée des intentions concernant leur alimentation, il a été jugé préférable, afin de s'assurer de la pertinence des données recueillies, que la première collecte de données concernant cette étude soit effectuée trois mois après le début de la participation (T2), et que la deuxième ait lieu six mois (T3) après le début de la participation. De façon plus précise, les participants ont complété les questionnaires relatifs à l'intention, à la perception de compétence et à la motivation spécifiques à l'alimentation au temps 2 (T2) et celui portant sur l'alimentation saine au temps 3.

Résultats

La présentation des résultats de cette recherche se divise en deux parties principales. En premier lieu, les analyses statistiques effectuées sont décrites globalement. Par la suite, les résultats obtenus aux différentes analyses sont présentés. Ces résultats comprennent d'abord les analyses préliminaires, suivies des analyses statistiques évaluant les associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine. Enfin, les résultats des analyses complémentaires sont présentés.

Présentation des analyses statistiques

L'entrée des données a été faite à l'aide du logiciel statistique SPSS. Des analyses préliminaires, descriptives, corrélationnelles et de régression ont été réalisées afin d'évaluer la distribution des variables, ainsi que les hypothèses de la présente étude. De façon plus précise, les analyses préliminaires ont été effectuées afin de s'assurer que les postulats de normalité, de linéarité et d'homoscédasticité soient respectés et afin de détecter la présence de cas extrêmes univariés et multivariés. Les analyses préliminaires comportaient également des statistiques descriptives se

rapportant aux caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude. Une analyse corrélacionnelle de type bivarié a ensuite été effectuée afin de mesurer la force des associations unissant les diverses variables en fonction de chacune des hypothèses de recherche. De plus, une analyse de régression pas à pas a été menée dans le but de déterminer la contribution globale de l'intention, de la perception de compétences et de la motivation autodéterminée au temps 2 dans la variation de l'alimentation saine au temps 3. Enfin, les différences liées au sexe et à l'âge des participants ont également été comparées pour l'ensemble des variables à l'aide du calcul de tests t intergroupes. Notons qu'afin de rendre ce type d'analyse possible la variable continue de l'âge a été dichotomisée à la médiane (61 ans).

Analyses préliminaires

Vérification des postulats statistiques

Les données ont été scrutées afin d'évaluer leur conformité aux postulats statistiques de normalité, de linéarité et d'homoscédasticité et afin de détecter les cas extrêmes univariés et multivariés. En dépit d'une seule valeur légèrement supérieure à 1, les valeurs de kurtose et d'asymétrie (voir Tableau 2) des variables étudiées respectaient dans l'ensemble les balises conventionnelles de -1,00 à +1,00. La distribution des variables étudiées peut donc être considérée comme approximativement normale. Un examen des diagrammes de dispersion bivariés n'a pas révélé d'écart aux postulats de linéarité et d'homoscédasticité. Une seule donnée aberrante univariée fut supprimée (idparticipant =

225) et aucune donnée aberrante multivariée ne fut répertoriée pour la distance de Mahalanobis ($\chi^2_{\text{maximum}} = 17,35 < \chi^2_{\text{critique}} = 18,47$, d.l. = 4, $p < 0,001$).

Statistiques descriptives : caractéristiques sociodémographiques des participants

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. L'âge moyen des patients coronariens de l'étude était de 60,6 ans. Un écart d'âge allant de 38 à 81 ans a été observé. Les hommes représentaient 84,6 % de l'échantillon total et les femmes 15,4 %. Parmi eux, 73,2 % étaient mariés, 5,7 % étaient célibataires, 6,5 % étaient soit séparés ou divorcés, tandis que 7,3 % étaient veufs. La majorité des participants étaient retraités (49,6 %), et 35,8 % travaillaient à temps plein. Les participants au chômage, à la maison et ne travaillant pas, représentaient tous les trois 2,4 % de l'échantillon. Concernant le niveau de scolarité des participants, 23,6 % d'entre eux possédaient un diplôme d'études secondaires, 18,7 % avaient un diplôme d'études collégiales, 12,2 % avaient un secondaire non complété et 7,3 % avaient un niveau collégial non complété. Concernant la situation économique des participants, 24,4 % d'entre eux rapportaient un revenu individuel se chiffrant à plus de 55 000 \$ annuellement. Parmi les autres participants rapportant un salaire moins élevé, 17,9 % affirmaient gagner entre 25 000 \$ et moins de 35 000 \$, 15,4 % situaient leur revenu entre 35 000 \$ et moins de 45 000 \$ et 14,6 % gagnaient entre 15 000 \$ et moins de 25 000 \$. En ce qui a trait aux revenus conjoints, 39,8 % des participants les estimaient à plus de 55 000 \$ annuellement et 17,9 % des participants ont répondu que cette situation ne s'appliquait pas à eux ; soit qu'ils n'avaient pas de conjoint, ou que celui-ci n'avait pas de

revenu. Les plus hauts taux subséquemment identifiés étaient ceux du revenu conjoint se situant entre 35 000 \$ et moins de 45 000 \$ dans une proportion de 8,9 %, suivi ex aequo du revenu se situant entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ et du revenu entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ se chiffrant chacun à 8,1 %.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats		
	Min	Max	Moyenne
Âge	38	81	60,56
	<i>n</i>		%
Sexe			
Féminin	19		15,4
Masculin	104		84,6
État civil			
Marié(e)	90		73,2
Célibataire	7		5,7
Séparé(e) / divorcé(e)	8		6,5
Veuf(ve)	9		7,3
Travail			
Temps plein	44		35,8
Temps partiel	2		1,6
Chômage	3		2,4
À la maison	3		2,4
Retraité(e)	61		49,6
Études temps plein	1		0,8
Ne travaille pas	3		2,4
Invalidité	1		0,8

Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Caractéristiques des participants	Résultats	
	<i>n</i>	%
Niveau de scolarité		
Primaire non complété	5	4,1
Primaire complété	8	6,5
Secondaire non complété	15	12,2
Secondaire complété	29	23,6
Collégial non complété	9	7,3
Collégial complété	23	18,7
Certificat universitaire complété	8	6,5
Baccalauréat universitaire non complété	4	3,3
Baccalauréat universitaire complété	7	5,7
Maîtrise complétée	6	4,9
Doctorat/Ph.D. complété	2	1,6
Revenu individuel		
Moins de 15 000 \$	14	11,4
Entre 15 000 \$ et moins de 25 000 \$	18	14,6
Entre 25 000 \$ et moins de 35 000 \$	22	17,9
Entre 35 000 \$ et moins de 45 000 \$	19	15,4
Entre 45 000 \$ et moins de 55 000 \$	12	9,8
55 000 \$ et plus	30	24,4
Aucun revenu	1	0,8
Ne sais pas	1	0,8
Revenu conjoint		
Moins de 15 000 \$	4	3,3
Entre 15 000 \$ et moins de 25 000 \$	8	6,5
Entre 25 000 \$ et moins de 35 000 \$	10	8,1
Entre 35 000 \$ et moins de 45 000 \$	11	8,9
Entre 45 000 \$ et moins de 55 000 \$	10	8,1
55 000 \$ et plus	49	39,8
Ne sais pas	2	1,6
Ne s'applique pas	22	17,9

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 123 participants dans tous les cas.

Statistiques descriptives : caractéristiques anthropométriques des participants

Le poids moyen rapporté par les participants était de 83,55 kg. L'étendue du poids des participants variait de 47,3 kg à 146 kg. La taille moyenne des patients de l'étude était de 170,8 cm, la plus petite personne mesurant 149,5 cm et la plus grande 188 cm. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à l'aide de la formule $IMC = kg / m^2$. L'IMC moyen de l'échantillon était de 28,64, ce qui situe la moyenne des participants dans la catégorie « surpoids » (World Health Organisation, 1997).

Statistiques descriptives : variables à l'étude

L'étendue observée, la moyenne, l'écart-type, la kurtose et l'asymétrie des variables étudiées sont rapportées au tableau 2. Tel que le Tableau 2 l'indique, les résultats montrent que les participants de l'étude avaient l'intention de bien s'alimenter au temps 2 et, que de façon générale, ils possédaient une bonne perception de compétence en regard de l'adoption d'une alimentation saine. De plus, la moyenne de la motivation à bien s'alimenter et celle de l'alimentation saine étaient d'amplitude modérément élevée.

Tableau 2
Statistiques descriptives des quatre variables à l'étude

	Min/Max	Moyenne	<i>ET</i>	Asymétrie	Kurtose
Intention de bien s'alimenter (T2)	4,00/7,00	6,2992	0,91059	-1,154	0,348
Perception de compétence (T2)	1,75/7,00	5,4303	1,18106	-0,654	0,238
Motivation autodéterminée (T2)	-12,00/32,00	9,4918	9,15274	-0,036	-0,730
Alimentation saine (T3)	2,00/5,00	3,7070	0,73201	-0,201	-0,707

Note. L'étendue théorique était de 1 à 7 pour l'intention de bien s'alimenter et la perception de compétence. Elle était de -36 à +36 pour la motivation autodéterminée et de 1 à 5 pour l'alimentation saine.

Analyses statistiques

Analyses corrélationnelles

L'analyse corrélacionnelle vise à déterminer le degré de linéarité entre deux variables, c'est-à-dire la force de l'association les unissant. Une analyse corrélacionnelle de type bivarié a donc porté sur les interrelations entre l'intention (H1), la perception de compétence (H2) et le degré de motivation spécifiques à l'alimentation saine au temps 2 (H3), d'une part, et avec l'alimentation saine au temps 3, d'autre part. L'association entre la perception de compétence et le degré de motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine au temps 2 (H4) a aussi fait l'objet de ce type d'analyse. Les résultats sont présentés au Tableau 3.

L'intention de bien s'alimenter au temps 2 était corrélée positivement avec une alimentation saine au temps 3. Les résultats obtenus permettent donc de corroborer l'hypothèse 1. Concrètement, cela signifie que plus un patient avait l'intention d'adopter de saines habitudes alimentaires, plus il présentait une alimentation saine trois mois plus tard.

Une association positive a aussi été observée entre une perception de compétence élevée au temps 2 et une alimentation saine au temps 3. Ce résultat signifie que les patients qui se percevaient davantage compétents dans l'adoption d'une alimentation saine présentaient effectivement une alimentation plus saine trois mois plus tard. L'hypothèse 2 est donc confortée.

Une corrélation positive a également été obtenue entre la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine au temps 2 et une alimentation saine au temps 3. Ces résultats corroborent l'hypothèse 3. Cela signifie que plus les patients possédaient un haut degré de motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine, plus ils se nourrissaient sainement trois mois plus tard.

Enfin, une association positive a également été observée entre une perception de compétence élevée et un niveau de motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine au temps 2. Cela permet de conforter l'hypothèse 4. Concrètement, plus les patients

avaient confiance en leurs capacités à s'engager dans des comportements favorisant une alimentation saine, plus leur degré de motivation était autodéterminé.

Les résultats obtenus mettent en lumière les différents degrés de linéarité présents entre les variables à l'étude, ce qui permet d'apprécier l'amplitude des associations les unissant les unes aux autres. Cela permet notamment de constater que l'association entre l'intention et l'alimentation saine est environ deux fois plus élevée que celle entre la motivation autodéterminée et la compétence perçue, d'une part, et l'alimentation saine, d'autre part.

Tableau 3

Corrélations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard

Variabes	1	2	3	4
1. Intention de bien s'alimenter (T2)		0,451**	0,218*	0,594**
2. Perception de compétence (T2)			0,296**	0,443**
3. Motivation autodéterminée (T2)				0,288**
4. Alimentation saine (T3)				

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

De plus, bien que des hypothèses n'aient pas été formulées quant à ces associations, des corrélations significatives ont aussi été observées entre l'intention et la perception de compétence, ainsi qu'entre l'intention et la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine. L'intention est donc corrélée avec toutes les variables de la présente étude.

Analyse de régression

Comptant parmi les types d'analyse les plus utilisés en régression multiple, l'analyse de régression de type pas à pas est une méthode qui permet d'identifier et d'ordonner les variables qui contribuent le plus à la variance de la variable dépendante. Ensuite, si celles-ci rencontrent le seuil de signification statistique, elles sont insérées dans l'équation de régression, une à la fois. Cependant, si une variable n'apporte pas un apport suffisant à la

variance totale dans l'équation, elle est éliminée de celle-ci (Heppner & Heppner, 2004). En résumé, les variables sont introduites ou rejetées successivement dans l'équation en fonction de leur contribution globale à la variance de la variable dépendante.

L'analyse de régressions de type pas à pas a ainsi été effectuée pour les facteurs associés individuellement à l'alimentation saine au temps 3. Tel que présenté au Tableau 4, les résultats indiquent que l'intention de bien s'alimenter au temps 2 ($\beta = 0,48, p > 0,05$) et la perception de compétence ($\beta = 0,19, p > 0,05$) sont des variables associées de façon unique à l'alimentation saine au temps 3. Analysée individuellement, c'est-à-dire lorsque l'influence de l'intention et de la perception de compétence était contrôlée, la motivation autodéterminée n'était pas significative ($\beta = 0,13, n.s.$). Ensemble ces trois variables expliquent 39 % de la variance de l'alimentation saine [$F(3, 118) = 26,93 ; p < 0,001$]. La variable apportant la contribution la plus importante dans cette variance est celle de l'intention suivie de la perception de compétence.

Tableau 4

Variables significativement associées à l'alimentation saine trois mois plus tard

	B	ET B	Bêta	Intervalle de confiance 95 %
Constante	0,536	0,376		-0,208/1,280
Intention de bien s'alimenter (T2)	0,387	0,064	0,482	0,260/0,514
Perception de compétence (T2)	0,117	0,051	0,189	0,017/0,217
Motivation autodéterminée (T2)	0,010	0,006	0,126	-0,002/0,022

Analyses complémentaires : effet de l'âge et du sexe

Les scores moyens des participants pour l'ensemble des variables étudiées ont été comparés en fonction de l'âge et du sexe des participants au moyen de test-t intergroupes. Afin de rendre ces analyses possibles pour l'âge des participants, cette variable continue a été dichotomisée en séparant les scores d'âge à la médiane (61 ans).

Tel qu'illustré au Tableau 5, aucune différence significative n'a été observée en regard de l'intention, de la perception de compétence et de la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine selon l'âge des participants. Toutefois, une différence significative a été notée en ce qui concerne l'alimentation saine au temps 3 ($p < 0,05$). En effet, il appert que les participants âgés de moins de 61 ans avaient une alimentation plus saine que ceux âgés de plus de 61 ans.

Tableau 5

Différences entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard selon l'âge des participants

	Moyenne	ET	<i>t</i>	<i>d.l.</i>
Âge des participants				
Intention de bien s'alimenter (T2)			-1,076	119
Participants de moins de 61 ans	6,401	0,822		
Participant de plus de 61 ans	6,223	0,98		
Perception de compétence (T2)			-1,265	119
Participants de moins de 61 ans	5,58	1,086		
Participant de plus de 61 ans	5,307	1,259		
Motivation autodéterminée (T2)			-0,566	119
Participants de moins de 61 ans	9,982	9,203		
Participant de plus de 61 ans	9,03	9,222		
Alimentation saine (T3)			-2,384*	119
Participants de moins de 61 ans	3,875	0,676		
Participant de plus de 61 ans	3,562	0,758		

* $p < 0,05$

Tel que présenté au Tableau 6, aucune différence significative n'a été observée en regard du sexe des participants pour la perception de compétence. Toutefois, des différences significatives ont été mises en lumière pour l'intention ($p < 0,05$) et la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine ($p < 0,05$) et l'alimentation saine ($p < 0,05$). De façon plus spécifique, les résultats ont démontré que les femmes

avaient davantage l'intention de bien s'alimenter que les hommes, qu'elles étaient davantage motivées de façon autodéterminée et qu'elles présentaient une alimentation plus saine.

Tableau 6

Différences entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard selon le sexe des participants

	Moyenne	ET	t	d.l.
Sexe des participants				
Intention de bien s'alimenter (T2)			-2,201*	37,699
Hommes	6,243	0,949		
Femmes	6,605	0,591		
Perception de compétence (T2)			-1,234	120
Hommes	5,373	1,196		
Femmes	5,737	1,072		
Motivation autodéterminée (T2)			-3,723*	30,254
Hommes	8,418	9,115		
Femmes	15,316	7,064		
Alimentation saine (T3)			-3,210*	120
Hommes	3,619	0,722		
Femmes	4,184	0,6		

* $p < 0,05$

Synthèse des résultats

En somme, plusieurs éléments significatifs ressortent des analyses statistiques. En premier lieu, l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine sont corrélées positivement avec une alimentation saine trois mois plus tard. Une perception de compétence élevée spécifique à l'alimentation saine est aussi

corrélée positivement à la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine. Deuxièmement, l'analyse de régression de type pas à pas a permis de faire ressortir que l'intention, la perception de compétence, de même que la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine comptent pour 39 % de la variance de l'adoption d'une alimentation saine trois mois plus tard chez des patients coronariens. Les résultats indiquent que l'intention, d'abord, et la perception de compétence, ensuite, font montre d'associations significatives avec l'alimentation saine. Ce n'était pas le cas de la motivation autodéterminée. Enfin, il est possible de constater que les patients plus jeunes adoptent davantage une alimentation saine comparativement à leurs aînés et que les femmes ont davantage l'intention d'adopter une alimentation saine, sont plus motivées de façon autodéterminée vers ce comportement de santé, et adoptent davantage une l'alimentation saine trois mois plus tard comparativement aux hommes. Ces résultats apportent une contribution significative à la compréhension des facteurs intra personnels prenant place dans l'adoption d'une alimentation saine. L'ensemble des résultats présentés sera interprété et discuté dans la section suivante.

Discussion

Cette dernière section présente une analyse des résultats de la recherche et se divise en cinq parties principales. Tout d'abord, un bref rappel des résultats obtenus est effectué dans la première partie. Ensuite, la deuxième partie vise à interpréter les résultats obtenus tout en les comparant avec les données recueillies dans les recherches citées antérieurement dans le contexte théorique. La troisième partie porte sur les apports et implications théoriques et pratiques qui découlent de ces résultats. Quant à la quatrième partie, elle présente les forces et les limites inhérentes à l'étude. Enfin, dans la dernière et cinquième partie, des recommandations en regard de pistes de recherches futures sont proposées.

Bref rappel des objectifs et des résultats

L'objectif principal de la présente étude était d'étudier les associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine, d'une part, et l'alimentation saine trois mois plus tard, d'autre part, chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'association entre la perception de compétence et la motivation spécifique à l'alimentation saine a également été évaluée de façon complémentaire. À titre exploratoire, l'étude avait aussi pour but de vérifier s'il existe des différences significatives selon l'âge et le sexe des participants en ce qui concerne ces variables. Il s'agit de la première étude à étudier les associations entre ces variables dans le contexte de la TAD chez une population de patients coronariens. Cette

étude avait également comme visée d'apporter des données nouvelles relativement aux facteurs intra personnels intervenant dans l'adoption d'une alimentation saine chez cette population, et incidemment contribuer à bonifier les interventions des professionnels de la santé œuvrant auprès de cette clientèle grandissante en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'obésité chez les jeunes.

En résumé, les résultats des analyses statistiques relativement aux quatre hypothèses de recherche se sont tous avérés positifs. Il existe donc une association positive entre l'intention (H1), la perception de compétence (H2) et la motivation (H3) spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard, de même qu'entre la perception de compétence et la motivation autodéterminée (H4) spécifiques à l'alimentation saine. De plus, l'analyse de régression de type pas à pas a permis de mettre en lumière que l'intention, la perception de compétence, de même que la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine comptent pour 39 % de la variance de l'adoption d'une alimentation saine trois mois plus tard chez des patients coronariens. La première variable en importance étant associée significativement à l'alimentation saine est celle de l'intention, suivie de la perception de compétence. En ce qui concerne la motivation autodéterminée, elle n'y était pas associée significativement. Les analyses complémentaires ont aussi cherché à vérifier s'il existait des différences selon l'âge et le sexe des participants en rapport avec l'intention, la perception de compétence et la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine. Les résultats ont révélé que les patients âgés de moins de 61 ans présentaient une alimentation

plus saine que leurs aînés. De plus, les femmes affichaient davantage l'intention de bien s'alimenter, étaient davantage motivées de manière autodéterminée en ce qui concerne l'adoption d'une alimentation saine et présentaient effectivement une alimentation plus saine que les hommes trois mois plus tard. Il est donc possible de constater qu'il existe des différences significatives en fonction du sexe des participants. Par contre, mise à part la qualité de l'alimentation, aucune autre différence significative n'a été observée en regard des autres variables selon l'âge des participants. Dans les lignes qui suivront, les résultats obtenus seront discutés et seront comparés à ceux obtenus dans les écrits scientifiques constituant le contexte théorique de la présente étude.

Discussion des hypothèses

Cette section comparera les résultats de la présente étude à la documentation scientifique évoquée antérieurement dans le contexte théorique et interprétera plus en profondeur les données obtenues, en commençant par les caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques des participants, suivi des hypothèses de recherches et des analyses complémentaires. Enfin, les résultats supplémentaires seront aussi discutés.

Caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques

Dans un premier temps, les résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques des participants seront comparés aux études citées précédemment dans le contexte théorique qui ont été effectuées spécifiquement

auprès de patients coronariens. L'ordre séquentiel dans lequel les résultats de la présente étude seront comparées aux études existantes débutera avec les données empiriques s'y rapprochant le plus en terme de population (répartition hommes-femmes, âge et indice de masse corporelle (IMC)). Rappelons d'abord que les participants de la présente étude étaient majoritairement des hommes, dans une proportion de 84,6 % et que l'âge moyen des participants était de 60,6 ans. L'IMC se chiffrait à 28,64, ce qui se situe dans la catégorie du surpoids. Ces données sociodémographiques sont comparables à celles obtenues par Sullivan et al. (1998), où une grande proportion des participants était de sexe masculin, soit 83 %, ainsi que celles provenant de Slovinec-D'Angelo et ses collaborateurs (2007), où les hommes constituaient 83 % de l'échantillon. Dans ces deux études, l'âge moyen se situait au-delà de la soixantaine, soit 62,6 ans et 64 ans respectivement. Dans les deux cas, l'IMC n'était pas disponible. Nos résultats sont également comparables à ceux de Sniehotta et ses collaborateurs (2009), où les hommes prédominaient la distribution avec 72 % de majorité et où la moyenne d'âge était de 63 ans. Pour cette dernière étude, il est possible de comparer l'IMC qui se situait à 28,2, ce qui est quasi identique à celui de la présente étude. D'autres travaux ont aussi observé un ratio plus élevé d'hommes que de femmes dans leur population tels que ceux de Luszczyńska et Cieslak, (2009), dans une proportion de 64 %, Pelletier et ses collaborateurs (2004) à 59,5 %, ainsi que Wofford et ses collaborateurs (2007) dans une proportion de 58,5 %. Les participants de ces trois études présentaient également des moyennes d'âge situées dans la cinquantaine, ce qui était légèrement plus jeune que notre population. Nos résultats concordent également avec ceux de Wofford et de ses

collaborateurs (2007), ainsi que ceux de Luszczynska et Cieslak (2009), en ce qui a trait à l'IMC de leurs participants qui se situait, pour eux aussi, au niveau du surplus de poids. Seules deux études recensées n'ont pas obtenu un profil sociodémographique similaire à la présente recherche (Taut & Baban, 2008 ; Psota et al., 2007). Une d'entre elles présentait une répartition équivalente pour les deux sexes accompagnée d'une moyenne d'âge de 55,3 ans (Taut & Baban, 2008), et l'autre présentait une majorité féminine dans une proportion de 60 % avec une moyenne d'âge de 46,5 ans (Psota, et al., 2007). Cette différence peut s'expliquer par le fait que celles-ci contenaient un nombre inférieur de participants (55 et 48 respectivement), comparativement à la présente étude et à celles ayant une taille échantillonnale comparable (> 100 participants). Bref, de façon générale il est possible de constater que le portrait des participants de la présente étude, notamment en termes d'âge, de répartition hommes-femmes, ainsi qu'en matière d'IMC, correspond aux données obtenues dans les études antérieures conduites auprès des patients coronariens.

Hypothèse 1

Selon les écrits scientifiques recensés, il était attendu que l'intention serait associée positivement à l'adoption d'une alimentation saine, car selon plusieurs auteurs, elle constitue une variable clé dans l'adoption d'un comportement (Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975; Triandis, 1980 cités dans Webb & Sheeran, 2006; Ajzen, 1985). Effectivement, les résultats des analyses conduites pour la présente étude corroborent l'hypothèse selon laquelle l'intention spécifique à l'alimentation saine est associée

positivement à une alimentation saine trois mois plus tard. De plus, les analyses révèlent non seulement ce corrélat positif, mais également que l'intention constitue le facteur étant le plus significativement associé à l'alimentation saine parmi les deux variables identifiées (intention et perception de compétence). Ces données concordent avec les postulats de la théorie de l'action raisonnée (TAR) (Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975 cités dans Webb & Sheeran, 2006), qui soutiennent que l'intention est le plus immédiat et important facteur pouvant prédire un comportement. Les résultats vont aussi dans le même sens que la théorie de l'action planifiée (TAP) (Ajzen, 1985) qui affirme que l'intention est le plus important déterminant du comportement et cette théorie ajoute que la perception de contrôle (conditions facilitatrices) de la personne puisse jouer un rôle modérateur entre l'intention et l'achèvement du but. Les données de la présente étude correspondent également à ce qui est postulé par le modèle des comportements interpersonnels (MCI) (Triandis, 1980 cité dans Webb & Sheeran, 2006) qui, lui aussi, accorde à l'intention un rôle capital dans l'adoption d'un comportement, tout en y ajoutant un concept modérateur, celui de l'habitude face à une conduite, qui agit comme un élément modérateur de l'intention et de la réalisation de celle-ci.

Sur le plan empirique, les résultats concordent également avec ceux de Sniehotta et ses collaborateurs (2009) obtenus auprès de patients coronariens en lien avec l'adoption d'un programme de réadaptation cardiaque. En effet, leurs résultats mettent en lumière que les personnes ayant préalablement formulé un plan et une intention en regard de la phase IV d'un programme de réadaptation cardiaque étaient davantage présentes à cette phase, dans une proportion de 65,9 %, comparativement à ceux qui n'en avaient pas formulés

(18,5 %). Ils concluaient alors que l'intention, ainsi que la planification d'un comportement étaient des variables pouvant prédire l'adoption du programme de réadaptation cardiaque. Bien que le comportement de santé visé dans cette étude (l'activité physique) diffère de l'alimentation saine, il est possible de constater que l'intention était significativement associée à un autre comportement de santé, soit l'alimentation saine, auprès d'une population coronarienne. D'autre part, les résultats de la présente étude sont, en partie, comparables avec ceux obtenus par De Bruijn et ses collaborateurs (2007) qui mettent en évidence que l'intention peut prédire la consommation de fruits pour les personnes ayant des habitudes alimentaires considérées comme étant ancrées de façon légère ou modérée. Par contre, ils spécifiaient que l'intention ne pouvait prédire ce même comportement pour le groupe de personnes présentant des habitudes alimentaires fortement ancrées. Il est possible de nuancer cette divergence de résultats en spécifiant que leur population à l'étude diffère largement de la nôtre, puisqu'il s'agit d'une population générale âgée entre 18 et 55 ans répondant volontairement aux questionnaires en ligne par internet et qu'aucune spécification quant à l'état de santé des participants n'est fournie. En raison de la méthode de sélection des sujets (volontaires sur internet), il est évident que le contrôle des variables parasites était difficile, ce qui affecte inévitablement la validité externe des résultats qu'ils ont obtenus. Par conséquent, leurs résultats sont très peu généralisables à la population coronarienne. Par ailleurs, ils permettent de mettre en lumière l'impact qu'a eu la mesure du niveau d'ancrage des habitudes alimentaires dans leurs résultats en lien avec l'adoption de l'alimentation saine et d'envisager que ce facteur puisse également expliquer la divergence partielle des

résultats que nous avons obtenus, cette variable n'ayant pas été mesurée dans notre étude. Nos résultats vont à l'encontre d'une seule étude recensée. Il s'agit de l'étude de Dibonaventura et Chapman (2008) qui a démontré qu'il existe une large différence entre l'intention et les conduites alimentaires et l'activité physique. Ces chercheurs ont aussi mis en lumière que la sous-estimation des obstacles rencontrés pouvait expliquer cette différence. Il est possible de croire que cette divergence de résultat peut être attribuable, en partie, au fait que leur population était différente de la présente étude puisqu'il s'agissait d'employés d'une université sans problème de santé répertorié. D'ailleurs, la majorité des participants était des femmes dans une proportion de 57 %, contrairement à la présente étude où les hommes prédominaient largement le ratio des participants (84,6 %), et l'âge moyen était également différent et se situait à 46,7 ans contrairement à la présente étude où les participants étaient plus âgés (60,6 ans). L'interaction entre les particularités de cet échantillon et les comportements de santé mesurés peut donc expliquer les divergences dans les résultats obtenus comparativement à ceux de la présente étude. Toutefois, cette différence permet de révéler la complexité de l'adoption d'un comportement de santé. Ces auteurs mettent en évidence le fait qu'il y a d'autres variables méconnues intervenant dans le processus complexe de l'adoption d'un comportement, dont les obstacles rencontrés.

En somme, les résultats relativement à la première hypothèse sont cohérents avec ce qui était initialement attendu selon les différentes théories. De plus, les données obtenues font également consensus avec ce qui se dégage généralement des écrits scientifiques

recensés en regard de l'importance que revêt la variable de l'intention dans l'adoption d'un comportement de santé.

Hypothèse 2

Tel que postulé par la TAD et le concept d'auto-efficacité de Bandura (1977), il était attendu que la perception de compétence spécifique à l'alimentation saine serait associée positivement à une alimentation saine trois mois plus tard chez les patients coronariens. À ce sujet, Ryan et Deci (2002), indiquent que plus une personne expérimente la perception de compétence, plus cela favorise l'émergence de la motivation autodéterminée, et conséquemment, l'adhérence aux comportements ciblés. De son côté, Bandura (1977) allègue que les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches comptent parmi les principaux mécanismes régulateurs des comportements. Les données de la présente étude indiquent que la perception de compétence est associée significativement avec une alimentation plus saine trois mois plus tard. Les résultats obtenus confortent les postulats de Ryan et Deci, de même que ceux de Bandura et confèrent donc un rôle significatif à la perception de compétence dans le processus de l'adoption d'une alimentation saine chez des patients coronariens.

Sur le plan empirique, ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Sullivan et ses collaborateurs (1998) qui ont démontré que la perception de compétence permettait de prédire le fonctionnement général des patients coronariens. À cet effet, les patients qui

présentaient une bonne perception de compétence en regard de leur disposition à maintenir leur capacité générale et à contrôler leurs symptômes (p. ex., contrôler les douleurs ressenties à la poitrine en modifiant le niveau d'activité) présentaient effectivement un meilleur fonctionnement général six mois plus tard. Cette étude a été conduite auprès d'une population comparable à la nôtre du point de vue de la pathologie médicale (patients coronariens), de la répartition hommes-femmes et de l'âge moyen. Bien qu'aucune mesure relativement à l'alimentation saine n'a été prise dans cette étude, il est possible de constater que la confiance, qu'avaient les patients en leurs capacités à produire des comportements pro santé, a permis de prédire des conduites favorisant leur santé quelques mois plus tard. Les résultats obtenus lors de la présente étude sont également congruents avec ceux obtenus par Psota et ses collaborateurs (2007). Ces chercheuses ont mis en lumière que les participants ayant une perception de compétence élevée présentaient significativement moins de marqueurs biologiques (tension artérielle, cholestérol LDL/HDL, triglycérides) associés au développement des maladies cardiovasculaires (MCV). Sachant que l'alimentation saine a une incidence directe sur ces marqueurs biologiques et que l'adoption de ce comportement contribue à diminuer les risques de développer une MCV (Keys et al., 1957 cités dans Herpin & Paillard, 2003), il est intéressant de constater que non seulement la perception de compétence élevée est associée à l'adoption d'une alimentation saine, mais qu'elle participe par le fait même à réduire la présence de marqueurs biologiques objectivables faisant partie de l'étiologie des MCV. Les interventions visant l'augmentation de la perception de compétence auprès de cette clientèle peuvent donc engendrer des bénéfices significatifs au plan de la réduction

des facteurs de risque cardiovasculaires. Les résultats de la présente étude sont également congruents avec ceux obtenus par Taut et Baban (2008). En effet, ces chercheurs ont eux aussi démontré qu'il existait une association positive entre la perception de compétence et le style alimentaire des patients coronariens. Leurs résultats indiquent que les croyances compensatoires en matière de santé (CCS) (p. ex., « J'ai mangé des frites au dîner, alors je vais m'abstenir de manger pour le souper ») et la perception de compétence comptent pour 55 % de la variance du style alimentaire des patients coronariens. Néanmoins, ils précisent que la perception de compétence compte pour seulement 5 % de la variance du style alimentaire de ces derniers. Dans la présente étude, la perception de compétence, accompagnée de l'intention et de la motivation autodéterminée, comptent pour 39 % de la variance de l'alimentation saine. Toutefois, la variance unique étant attribuée à la perception de compétence n'a pu être établie dans le cadre de la présente étude. Cependant, les analyses permettent de mettre en lumière que cette variable se situe au deuxième rang, derrière l'intention, en ce qui concerne son association avec l'alimentation saine. Bien que son apport ne soit pas négligeable, il est possible de constater que, tout comme dans l'étude de Taut et Baban (2008), la perception de compétence n'est pas le premier facteur significativement associé à l'alimentation saine.

À la lumière de ces résultats, il devient évident que la confiance que ressent une personne en ses capacités à réussir une tâche influence positivement son comportement et conséquemment sa performance. Il est reconnu que le fait d'avoir vécu ou de vivre des réussites dans un domaine spécifique contribue à développer la perception de compétence

dans ce domaine et à atteindre les cibles fixées. Dans les cas où les individus sont en mesure de se raccrocher à leur confiance en leur capacité, ce facteur les aide à adopter et à maintenir leurs efforts lorsque surviennent des obstacles en cours de processus de changement.

Hypothèse 3

Selon les principes de la TAD et la recension des écrits effectuée pour la présente étude, il était attendu que la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine serait associée positivement à une alimentation saine trois mois plus tard. Effectivement, les résultats obtenus confortent cette hypothèse. Il est donc possible d'affirmer que ceux-ci vont donc dans le même sens que les postulats élaborés par Deci et Ryan (1985) voulant que plus une personne est motivée de façon autodéterminée, plus elle adoptera le comportement ciblé et aura tendance à le maintenir dans le temps. La motivation autodéterminée s'avère donc une variable reliée à l'adhérence d'un comportement de santé (Ryan & Deci, 2002). Toutefois, bien que les résultats indiquent que la motivation est associée à l'alimentation saine, ils ne permettent pas de lui conférer un rôle aussi significatif que l'intention ou la perception de compétence, contrairement aux conclusions de plusieurs travaux (p. ex., William et al., 1996 ; Pelletier et al., 2004). À ce sujet, les résultats d'autres études examinant le rôle spécifique de la motivation dans le processus de l'adoption d'un comportement de santé permettent d'élaborer des hypothèses explicatives. Deux études (Slovinec D'Angelo et al., 2007; Julien et al., 2009) ont apporté des précisions au sujet du rôle plus distinctif que joue la motivation dans l'adoption d'un

comportement.

L'étude de Slovinec D'Angelo et ses collaborateurs (2007) s'est inspirée du modèle de changement de comportement élaboré par Rothman et ses collaborateurs (2004) qui divise le processus de changement en quatre phases : 1) la réponse initiale, 2) la réponse continue, 3) le maintien et 4) l'habitude. Les résultats qu'ils ont obtenus auprès de patients coronariens, ont permis de mettre en lumière que la motivation autodéterminée était davantage associée à la planification à plus long terme du comportement dans un contexte d'activité physique. Ils soutiennent également qu'elle interviendrait principalement à la phase de maintien du comportement (phase 3). En se basant sur ces résultats, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'au moment où les participants ont rempli les premiers questionnaires relatifs à la présente étude au temps 2 (3 mois), ils se situaient davantage en début de processus de changement (phase 1 ou 2). Selon le modèle de Rothman et ses collaborateurs (2004), ces phases initiales sont particulièrement sensibles aux nombreux facteurs personnels caractérisant chaque individu (personnalité, soutien social, situation de vie), ce qui peut aussi interférer dans les résultats relatifs à la motivation. Les résultats des travaux de Julien et ses collaborateurs (2009) vont dans le même sens que ceux précédemment mis en lumière par Slovinec D'Angelo et ses collaborateurs en 2007. Ils révèlent que la motivation autodéterminée est reliée de façon réciproque à la planification active du comportement, en l'occurrence l'alimentation d'autosoin chez des patients diabétiques. Leurs résultats confèrent donc eux aussi à la motivation un rôle davantage relié à la planification active du comportement favorisant le maintien et la persistance de

celui-ci. En résumé, deux explications sont proposées afin de comprendre la raison pour laquelle la motivation autodéterminée n'est pas associée aussi significativement que l'intention et la perception de compétence en ce qui concerne l'alimentation saine. Premièrement, le stade initial de réhabilitation des patients qui serait trop tôt pour que la variable motivationnelle intervienne et deuxièmement, l'absence de contrôle de variables personnelles (personnalité, soutien social, situation de vie) intervenant à cette phase du processus de changement et pouvant affecter la disposition motivationnelle des patients. Nonobstant ce double constat, il n'en demeure pas moins que les données obtenues permettent de conclure que les patients qui étaient motivés de façon autodéterminée adoptaient davantage une alimentation saine trois mois plus tard.

Ces résultats signifient que les patients coronariens qui effectuent des changements d'habitudes alimentaires pour eux-mêmes et pour leur bien-être personnel ont davantage de chance d'atteindre leurs objectifs, car leurs actions seront perçues comme étant importantes et porteuses de sens dans leur vie (Ryan & Deci, 2002).

Hypothèse 4

Selon les postulats de la TAD, plus une personne expérimente une perception de compétence élevée, plus sa motivation devrait être autodéterminée (Deci, 1975; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2002). En se basant sur les principes théoriques de la TAD, de même que sur le concept d'auto-efficacité de Bandura (1977), il était attendu que la perception de compétence spécifique à l'alimentation saine serait associée positivement à

la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine. Les résultats obtenus soutiennent effectivement cette hypothèse. Cela signifie donc que plus les patients se sentent habilités et compétents dans l'adoption d'une alimentation saine, plus leur degré de motivation autodéterminée sera élevé à l'égard de ce comportement. Ces résultats soutiennent également les modèles de la motivation humaine qui infèrent que celle-ci est promue par l'auto-efficacité inhérente à la personne (Bandura, 1982; Harter, 1978). Récemment, des résultats similaires ont aussi été obtenus par Hutchins (2009). Ces travaux visaient à examiner les relations entre la perception de compétence, la motivation et l'activité physique auprès de collégiens américains. Bien que la population de cette étude diffère de la nôtre par l'âge et l'absence de condition reliée aux MCV, il est possible de constater que la perception de compétence, en regard d'un comportement de santé, est corrélée positivement à la motivation autodéterminée ($r = 0,41$). Cette relation est donc observée auprès de différents types de population. Les résultats générés par la présente hypothèse permettent de constater que la confiance et l'assurance qu'un individu ressent en ses capacités renforcent l'intérêt intrinsèque et font partie des mécanismes impliqués dans l'autorégulation du comportement autonome. Il est aussi possible de supposer que les personnes se percevant davantage compétentes seront plus ouvertes à une proposition de changement d'habitude de vie, telle que l'alimentation saine puisqu'elles seront rassurées par leur confiance en elle. Tel qu'énoncé dans les postulats de base de la TAD, les gens ont un besoin inné de sentir qu'ils sont à l'origine de leur comportement. Un individu se percevant compétent expérimentera davantage de maîtrise sur ses actions et innovera afin de trouver des solutions aux problèmes plutôt que de se laisser démotiver par eux. Quand

une personne se perçoit compétente, la démarche de changement est considérée comme étant l'occasion de mettre à profit sa créativité au service de ses besoins personnels ce qui, incidemment, augmente son degré de motivation.

Bref, c'est donc dire que d'avoir confiance en ses ressources personnelles est un facteur mobilisant. Les résultats obtenus permettent d'affirmer que la perception de compétence est une caractéristique intra personnelle qui est associée positivement avec le type de motivation adopté par les patients coronariens à travers une démarche de changement d'habitude de vie.

Analyses complémentaires : effet de l'âge et du sexe

Les résultats de la présente étude indiquent que les patients âgés de moins de 61 ans (46,3 % de l'échantillon) s'alimentent plus sainement que ceux âgés de plus de 61 ans (53,7 % de l'échantillon). Bien que les patients plus âgés soient présents en plus grand nombre, l'échantillon est somme toute bien réparti au niveau des deux tranches d'âge. Il est donc possible de constater que des différences significatives sont notées entre ces deux groupes. En se basant sur les travaux de De Irala-Estévez et ses collaborateurs (2000), avançant que les comportements alimentaires sont fondamentalement influencés par des facteurs sociaux tels que le sexe, l'âge et le statut socioéconomique, il est possible d'émettre l'hypothèse que les deux groupes d'individus font partie de générations différentes. Partant de cette prémisse, il est possible de croire que les valeurs et les comportements associés à l'alimentation saine diffèrent en raison de la culture distincte

caractérisant chacune des générations. Avec l'avènement des recherches dans le domaine de la santé, la sensibilisation et l'éducation faites à cet égard dans les médias, il est possible que le groupe plus jeune ait été davantage sensibilisé aux bienfaits d'une alimentation saine que leurs aînés, et par conséquent, adoptent davantage une alimentation saine.

Les résultats de la présente recherche démontrent également des différences significatives en ce qui a trait au sexe des participants. Les femmes faisant partie de l'échantillon de notre étude observaient davantage les recommandations de consommation de fruits et légumes que les hommes. Il est d'ailleurs intéressant de constater que beaucoup moins de femmes se sont retrouvées dans notre échantillon de patients coronariens. Elle ne représente que 15,4 % de celui-ci. Il est possible de croire qu'en s'alimentant plus sainement que les hommes, les femmes présentent donc moins de MCV, ce qui est congruent avec les données épidémiologiques actuelles. Les femmes présentaient aussi davantage l'intention de bien s'alimenter, elles étaient plus motivées intrinsèquement et affichaient effectivement une alimentation plus saine que les hommes trois mois plus tard. Quelques pistes d'explications peuvent être avancées à la lumière des écrits scientifiques. Dans un premier temps, rappelons les principes de base de la théorie de l'action raisonnée (TAR) (Ajzen & Fishbein, 1975 cités dans Webb & Sheeran, 2006) selon laquelle l'intention en lien avec un comportement est déterminée par l'attitude d'une personne, ainsi que par ses normes subjectives (perception de la pression sociale) à l'égard de ce comportement. Dans un deuxième temps, mentionnons le modèle des

comportements interpersonnels (MCI) (Triandis, 1980 cité dans Webb & Sheeran, 2006) selon lequel le comportement résulte de trois facteurs dont l'intention d'adopter le comportement, l'habitude (degré d'automatisme) et la présence de conditions facilitatrices ou empêchant le comportement. Dans un troisième temps, il importe de porter attention aux caractéristiques sociodémographiques des participants de la présente étude et au fait que la moyenne d'âge de l'échantillon est de 60,6 ans. Sachant que traditionnellement, le rôle social de la femme était davantage associé aux tâches domestiques telles que la préparation des repas (Marshall, 2006), il est probable qu'elles aient été davantage exposées et conséquemment plus sensibilisées à l'alimentation saine, comparativement aux hommes. Il est aussi possible que ce contexte socioculturel, associant davantage les femmes que les hommes au domaine alimentaire, ait été un facteur facilitateur. Ce contexte a pu contribuer à l'intégration de normes subjectives (perception de la pression sociale) les menant à adopter des attitudes et des comportements augmentant leur degré d'automatisme dans ce domaine et, ainsi, faciliter la formulation d'intentions et conséquemment l'adoption d'un comportement tel que l'alimentation saine. Le même argumentaire pourrait être repris concernant leur plus haut degré de motivation autodéterminée en ce sens où l'exposition accrue au domaine alimentaire a pu contribuer à ce que les femmes soient davantage sensibilisées à l'alimentation saine, ce qui a pu influencer le degré d'autodétermination de leur motivation. En résumé, il est possible de croire que l'intention, la motivation et l'adoption de l'alimentation saine ont été influencées par la culture des femmes de cette génération et par leur perception de leurs rôles sociaux.

En résumé, les différences mises en lumière en regard de l'âge et du sexe des participants semblent être attribuables à des facteurs socioculturels, notamment la moyenne d'âge des participants, l'éducation reçue et les différents rôles sociaux caractérisant leur génération.

Résultats supplémentaires

Les analyses statistiques supplémentaires effectuées lors de la présente étude ont aussi permis de découvrir d'autres associations positives. Ainsi, il s'avère que l'intention est corrélée positivement avec la perception de compétence ($p < 0,01$), de même qu'avec la motivation autodéterminée ($p < 0,05$), et ce, dans une plus forte mesure avec la perception de compétence. Ces données concordent avec les résultats obtenus par Slovinec D'Angelo et ses collaborateurs (2007), où ceux-ci indiquent que la perception de compétence est fortement reliée à l'intention, plus précisément au niveau du processus initial de la formulation de l'intention en lien avec l'adoption de l'activité physique chez des patients coronariens. En d'autres termes, cette étude supporte le fait que la perception de compétence agirait comme un déclencheur à la formulation de l'intention en début de processus de changement. De plus, les résultats de cette même étude indiquent que la motivation autodéterminée est également associée à l'intention, mais interviendrait davantage dans une phase ultérieure du processus de changement, plus précisément au niveau de la planification du comportement d'activité physique. En somme, il est possible de constater que ces données concordent avec les résultats obtenus par Slovinec D'Angelo

et ses collaborateurs (2007) et permettent donc de supposer que le même phénomène est présent dans l'adoption d'une alimentation saine chez des patients coronariens.

Apports et implications théoriques et pratiques

Les résultats actuels fournissent de nouvelles connaissances dans le domaine de la psychocardiologie. Ils apportent un appui scientifique significatif à la compréhension de la problématique hautement complexe que constitue l'adhérence à une alimentation saine chez des patients souffrant de MCV. Les lignes qui suivront traiteront des apports théoriques et pratiques découlant des résultats de la présente étude.

D'un point de vue théorique, rappelons que la TAD maintient que l'être humain possède une tendance innée à satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, la compétence et l'affiliation. Ces trois besoins sont essentiels à la croissance, à l'intégrité et au bien être des êtres humains et fournissent une grande partie du sens et des intentions sous-jacents à l'activité humaine (Deci & Ryan, 2000 ; Ryan & La Guardia, 2000). Dans un premier temps, il apparaît important de tenir compte du contexte de maladie que vivent les patients coronariens de la présente étude et qui peut influencer significativement le sens qu'ils donnent aux actions qu'ils choisiront de poser dans leur vie. Par exemple, pour les personnes vivant une réduction de leur capacité fonctionnelle en raison d'une MCV, il apparaît qu'elles se retrouvent dans une situation de vulnérabilité et de perte de contrôle inhérente à la maladie. Dans cette position, où l'intégrité et la qualité de vie sont menacées, il est possible de croire que les trois besoins

de base revêtiront une importance capitale pour les patients, puisqu'ils sont nécessaires à la santé et au bien-être général chez tous les êtres humains. Dans cette optique, l'alimentation saine s'avère être porteuse de sens, car elle constitue un moyen de reconquérir la santé. Le besoin d'être en santé et d'être bien dans sa vie en général, favorisera l'identification au comportement, l'émergence d'un locus de causalité interne et incidemment l'intention en lien avec ce comportement de santé. En d'autres termes, les buts, se traduisant par des intentions qui sont au service des besoins de base. Cela peut expliquer, en partie, comment s'insère la variable de l'intention dans la théorie de l'autodétermination et pourquoi elle a pris une importance prédominante dans les résultats de la présente étude en tant que première variable associée significativement à l'alimentation saine. Il est d'ailleurs possible de constater la complémentarité de la TAD avec les différents modèles théoriques relatifs à l'intention (TAR, TAP, MCI) qui soutiennent que l'intention est le premier facteur en importance dans l'adoption d'un comportement. La TAD permet de compléter cette affirmation, en ajoutant que l'intention peut être considérée comme le premier pas vers une action autonome, ce qui est déterminant dans la poursuite des actions qui s'ensuivront. De plus, tel que postulé par la TAD, le besoin d'expérimenter une perception de compétence est inné et à l'origine du comportement autodéterminé et du bien-être général. Il est donc congruent de constater dans un premier temps, qu'elle est le deuxième facteur significativement associé à l'alimentation saine, et dans un deuxième temps, qu'elle est associée positivement à la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine car, tel que postulé par la TAD, la motivation autodéterminée émane de la perception de compétence, laquelle

favorise les actions autonomes menant à l'atteinte des objectifs. Sur le plan empirique, les résultats de la présente étude sont aussi complémentaires à l'étude de Pelletier et ses collaborateurs (2004), puisqu'aucune mesure relativement aux associations entre la perception de compétence et l'alimentation saine n'avait été recueillie par ces chercheurs. L'actuelle étude permet de conclure qu'il existe une association significative entre ces deux variables. Il semble donc que de se percevoir compétent facilite l'intériorisation des raisons pour lesquelles l'adoption du comportement de santé est envisagée et contribue au passage de la régulation externe à la régulation intégrée et augmente ainsi l'adhérence au comportement ciblé. Finalement, considérant les résultats des analyses supplémentaires de la présente étude, il est aussi possible de constater qu'ils apportent un appui additionnel aux données obtenues par Slovinec D'Angelo et ses collaborateurs (2007) indiquant que la perception de compétence serait davantage associée à l'intention, tandis que la motivation serait davantage associée à la planification active du comportement d'activité physique. En mettant en lumière des corrélations positives, dans une plus forte mesure, entre l'intention et la perception de compétence, et dans une moindre proportion, entre l'intention et la motivation autodéterminée, nos résultats permettent de supposer que le phénomène rapporté par ces chercheurs peut aussi être applicable au domaine de l'alimentation.

D'un point de vue pratique, les résultats de la présente étude procurent des informations précises et adaptées aux patients coronariens de la région du Saguenay-Lac-St-Jean. Ces nouvelles données pourraient être directement intégrées à l'intérieur du

« Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques au Saguenay-Lac-Saint-Jean » (Gagnon et al., 2004) qui a pour objectif de fournir des services aux personnes à risque très élevé de développer des maladies chroniques, incluant les pathologies de type cardiovasculaire. Les résultats de la présente étude peuvent notamment aider les psychologues œuvrant dans ce programme, ou encore ceux qui interviennent dans d'autres domaines de la psychocardiologie, à orienter les interventions visant notamment l'adoption de l'alimentation saine, et ce, d'une manière spécifiquement adaptée en mettant l'emphasis sur le soutien des facteurs intra personnels étudiés. Considérant que la TAD indique que le soutien aux trois besoins de base favorise l'émergence du sens et des intentions relatifs à l'activité humaine (Deci & Ryan, 2000 ; Ryan & La Guardia, 2000), et que l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine contribuent, dans une proportion considérable de 39 % à la variance de l'alimentation saine trois mois plus tard, plusieurs applications pratiques sont envisageables. Par exemple, les objectifs thérapeutiques auprès des patients coronariens pourraient viser à augmenter l'intériorisation des raisons personnelles pour lesquelles l'adoption d'une alimentation saine est importante et ce, en mettant l'emphasis sur le fait que ce comportement constitue un moyen de retrouver la santé et le bien-être général. Si les raisons pour lesquelles il est important d'adopter une alimentation saine sont davantage intégrées et en congruence avec les besoins des patients, alors cela facilitera l'identification au comportement visé, ce qui devrait favoriser la formulation d'intentions spécifiques à l'alimentation saine. Sachant que l'intention est associée significativement à l'alimentation saine chez les patients coronariens, ce type

d'intervention devrait conséquemment favoriser l'adhérence à l'alimentation saine. À l'inverse, les résultats de la présente étude pourraient également servir d'outil de dépistage des patients moins enclins à adopter une alimentation saine au moyen de l'évaluation initiale de l'intention. Le dépistage de ce facteur intra personnel pourrait être utile dans l'identification des patients où l'adoption d'une alimentation saine risque d'être plus problématique dans le but d'intervenir plus rapidement auprès de ces derniers. Les psychologues, de même que les autres intervenants, œuvrant auprès des patients coronariens pourraient également encourager l'émergence de la perception de compétence et de la motivation autodéterminée en instaurant des climats interventionnels collaboratifs où les initiatives personnelles et la créativité sont encouragées. Les interventions où l'accent est mis sur la peur, le contrôle, et l'évitement de conséquences négatives sont à proscrire puisqu'elles ne favorisent pas l'émergence de la perception de compétence et par conséquent les comportements autodéterminés. Considérant que la perception de compétence est fonction de la compétence réelle, l'accroissement des connaissances doit être encouragé. Une personne recevant de la formation deviendra plus compétente dans ce domaine et se percevra vraisemblablement comme tel. Afin d'augmenter l'adhérence à l'alimentation saine, les professionnels pourraient donc organiser des interventions de groupe qui éduqueraient les patients aux bienfaits de celle-ci, leur feraient vivre des réussites et leur donneraient foi en leurs ressources personnelles. Par exemple, cela pourrait prendre la forme d'ateliers didactiques et culinaires où l'accent serait mis sur la transmission d'informations nutritionnelles, les échanges, la créativité, l'autonomie et le plaisir de manger sainement. Il serait aussi intéressant d'inclure les familles des patients à

l'intérieur de ces interventions afin qu'elles soient, elles aussi, conscientisées aux bienfaits de l'alimentation saine afin que les patients puissent se sentir supportés, non seulement par leurs intervenants, mais également par leur entourage au quotidien. Ces ateliers didactiques et culinaires auraient pour but de fournir des outils supplémentaires aux patients et à leurs proches afin qu'ils se sentent capables d'intégrer graduellement de nouvelles habitudes alimentaires à leur quotidien. Il est important que la philosophie sous-tendant les interventions s'appuie sur le support des trois besoins fondamentaux sous-jacents à la motivation humaine, soit l'autonomie, la compétence et l'affiliation afin d'optimiser l'adhérence aux comportements de santé ciblés. En étant plus outillés, compétents et supportés, les patients seront davantage capables de réguler par eux-mêmes leur comportement alimentaire et auront plus de chances de succès dans l'adoption d'une alimentation saine, ce qui amènera conséquemment de nombreux bienfaits au plan de leur qualité de vie.

En somme, les résultats découlant de la présente étude amènent un appui significatif aux postulats de base de la TAD en association avec une variable complémentaire, celle de l'intention. Les résultats permettent également de mieux comprendre la complexité des facteurs intra personnels impliqués dans l'adhérence d'une alimentation saine chez les patients coronariens et de formuler des applications pratiques pouvant orienter les différents dispensateurs de soins de santé œuvrant auprès de cette clientèle.

Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première à évaluer de façon empirique les associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine sous un angle prospectif (3 mois) dans le contexte de la TAD chez une population de patients coronariens du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Une autre force de cette étude réside dans la taille relativement importante de son échantillon ($n = 123$), ce qui a permis d'atteindre la puissance statistique requise et qui augmente la validité externe et la capacité de généralisation des résultats. De plus, la sélection des participants a été effectuée par des cardiologues ayant été préalablement informés des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, ce qui réduit les risques d'erreurs diagnostiques. Enfin, des mesures éthiques et déontologiques rigoureuses ont été mises en place afin de s'assurer d'obtenir un consentement écrit libre et éclairé de la part des participants. En somme, la présente étude a été conduite en respectant les règles et la rigueur inhérentes à la démarche scientifique, ce qui supporte la validité des résultats obtenus.

Toutefois, cette étude comporte certaines limites devant d'être soulignées. Tout d'abord, les résultats obtenus sont basés sur des mesures auto-rapportées pouvant entraîner certains biais. À cet égard, il est possible que les participants aient voulu présenter une image positive d'eux-mêmes, ou à l'inverse, une image négative. Aucune mesure n'avait été mise en place afin de vérifier l'exactitude des réponses fournies (p. ex., vérification de l'alimentation par un nutritionniste). Il est aussi possible que certaines questions aient été mal comprises ou interprétées ce qui peut aussi constituer un biais. De

plus, en raison du devis de recherche de type prospectif, les analyses n'ont pas permis d'établir des relations causales entre les variables à l'étude. Enfin, bien que la majorité des patients aient été rencontrés par un nutritionniste pendant leur hospitalisation ou encore dans les semaines qui l'ont suivie, aucune mesure n'a été prise afin de contrôler les interventions nutritionnelles. Cela a pu faire en sorte que certains patients ont été davantage sensibilisés à l'alimentation saine que d'autres, ce qui a pu biaiser les réponses fournies.

Recommandations et pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, certaines recommandations sont suggérées de même que des orientations quant aux pistes de recherches futures. D'abord, les recherches futures pourraient tenter de pallier aux limites répertoriées précédemment. Elles pourraient utiliser une méthode de collecte de données autre que des mesures auto-rapportées afin de réduire au minimum les biais pouvant être engendrés par la désirabilité sociale et les divergences d'interprétation des questions demandées. Des entrevues semi-structurées pourraient être menées afin de s'assurer de la compréhension des questions et elles pourraient permettre d'aller plus loin dans la nature des réponses fournies par les patients. De plus, un contrôle relativement à la sensibilisation à l'alimentation saine pourrait être mis en place via l'intervention d'un nutritionniste spécifiquement mandaté pour intervenir auprès des participants de la recherche. De cette façon, les participants recevraient tous les mêmes recommandations alimentaires initiales. Des comparatifs avec des marqueurs biologiques objectifs (p. ex., : taux lipidiques, tension artérielle) pourraient également être

établis. Des études avec des schèmes expérimentaux et des groupes contrôles devraient aussi être menées afin d'être en mesure d'établir des relations de causalité. Par exemple, une étude comparative pourrait être menée ayant comme objectif de comparer un premier groupe bénéficiant des interventions d'un psychologue et d'un nutritionniste les sensibilisant aux bienfaits de l'alimentation saine via un protocole d'intervention axé sur les fondements de la TAD, et un groupe recevant les interventions conventionnelles (groupe témoin). Ce type d'étude pourrait aussi permettre d'approfondir les mécanismes par lesquels l'intention, la perception de compétence et la motivation interviennent dans le processus d'adoption d'une alimentation saine.

D'un point de vue pratique, il serait souhaitable que des moyens soient mis en place afin de faciliter la transmission de ces résultats aux professionnels travaillant directement auprès des patients coronariens, afin que ceux-ci puissent bénéficier d'informations actualisées et spécifiques à la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, notamment auprès des intervenants œuvrant à l'intérieur du « Programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques au Saguenay-Lac-Saint-Jean ». Il est également recommandé que les psychologues fassent partie intégrante des équipes interdisciplinaires œuvrant auprès des patients coronariens, et ce, tant en prévention qu'en réadaptation, car ils détiennent les compétences nécessaires pour évaluer et intervenir spécifiquement en lien avec les facteurs intra personnels étudiés étant associés significativement à l'alimentation saine. Les psychologues pourraient aussi être davantage impliqués dans le dépistage des patients plus à risque d'éprouver des difficultés à adhérer

à une alimentation saine et pourraient fournir des recommandations personnalisées aux autres intervenants dans le but de maximiser les interventions ultérieures. Ces mesures devraient être introduites non seulement chez les patients ayant déjà eu un diagnostic de MCV, mais également chez ceux qui présentent des facteurs de risque puisque, ultimement, l'objectif est d'intervenir auprès des individus et de leur famille bien avant que ne survienne une pathologie cardiovasculaire. Il est attendu que les interventions visant la formulation de l'intention et l'augmentation de la perception de compétence et de la motivation autodéterminée devraient faciliter dans une proportion considérable l'adhérence à une alimentation saine, et conséquemment augmenter la qualité de vie et le bien-être des patients coronariens.

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires (MCV) figurent parmi les premières causes de décès des pays industrialisés. Le Québec et la région du Saguenay-Lac-St-Jean ne sont pas épargnés par ce phénomène et les enjeux à venir pour le système de santé seront de taille en raison notamment du vieillissement global de la population. Les écrits scientifiques ont clairement démontré que le développement et la progression des MCV reposent en majeure partie sur des facteurs de risque évitables. Parmi ceux-ci, un en particulier a un impact sur la majorité d'entre eux. Il s'agit de l'alimentation. Bien que des interventions médicales telles que la médication ou la chirurgie fassent partie des traitements actuels de cette condition, il n'en demeure pas moins que les bénéfices engendrés par l'adoption de saines habitudes de vie dépassent largement les bénéfices occasionnés par tous les traitements médicaux déjà connus. Toutefois, tel qu'en font état les écrits scientifiques, modifier ses comportements alimentaires s'avère être un processus difficile et complexe. La non-adhérence la plus élevée, concernant la prévention des facteurs de risque des MCV, s'avère être celle des programmes d'intervention alimentaire. Les facteurs qui font varier l'adoption et le maintien d'une alimentation saine sont reliés au comportement humain et l'étude des caractéristiques intra personnelles des patients coronariens permet de démystifier certaines variables et d'élaborer des hypothèses à ce sujet. D'ailleurs, la théorie de l'autodétermination (TAD) avance que des variables de nature motivationnelle seraient impliquées. D'autres mécanismes émanant de différents

cadres théoriques ont aussi été proposés pour expliquer les facteurs en cause lorsque vient le temps d'adhérer à un comportement de santé, tel que l'alimentation saine.

L'objectif de la présente recherche visait donc à évaluer les associations entre des variables de nature motivationnelle spécifiques à la TAD, de même qu'une variable ne faisant pas partie de ce cadre théorique, c'est-à-dire l'intention et l'alimentation saine. De façon plus précise, cette étude a mesuré les associations entre l'intention, la perception de compétence et la motivation spécifiques à l'alimentation saine et l'alimentation saine trois mois plus tard chez des patients coronariens. En se basant sur les écrits scientifiques recensés, quatre hypothèses ont été proposées. Toutes se sont avérées corroborées. Les résultats ont donc mis en évidence que l'intention, la perception de compétence et la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine sont corrélées positivement à une alimentation saine trois mois plus tard, et que la perception de compétence est corrélée positivement à la motivation autodéterminée. Les analyses ont également révélé que l'intention, la perception de compétence et la motivation autodéterminée spécifiques à l'alimentation saine comptent pour 39 % de la variance de l'alimentation saine. Les deux variables étant les plus significativement associées à l'alimentation saine sont l'intention et la perception de compétence. Bien que la motivation autodéterminée n'est pas aussi significativement associée à l'alimentation saine que les deux variables précédentes, il n'en demeure pas moins qu'elle est, elle aussi, associée positivement à l'adoption de l'alimentation saine. En se référant aux écrits scientifiques, des hypothèses explicatives ont été formulées afin tenter de

comprendre pourquoi cette variable étaient moins significativement associée à l'alimentation saine. Cette analyse a permis de constater que la motivation est une variable davantage impliquée dans la planification active du comportement et qu'elle intervient dans des phases ultérieures du processus de changement d'une habitude de vie. Des analyses complémentaires ont aussi permis de savoir que les patients plus jeunes affichaient une alimentation plus saine que leurs aînés, et que, comparativement aux hommes, les femmes avaient davantage l'intention de bien s'alimenter, étaient davantage motivées de manière intrinsèque et qu'elles présentaient effectivement une alimentation plus saine. Ces résultats étaient attribuables à des facteurs socioculturels, notamment la moyenne d'âge des participants, l'éducation qu'ils ont reçue et les différents rôles sociaux caractérisant leur génération.

En plus d'amener un appui scientifique additionnel relatif à l'application de certaines variables de la TAD dans le domaine de la psychocardiologie, cette étude a permis d'apporter un éclairage sur le rôle que peut jouer l'intention à l'intérieur même des concepts inhérents à la TAD. Ces informations nouvelles peuvent aider les professionnels de la santé, œuvrant auprès des patients coronariens, à orienter d'une manière encore plus personnalisée leurs interventions en mettant l'emphasis sur le support des trois facteurs intra personnels révélés dont l'intention, la perception de compétence et la motivation autodéterminée. Cela peut se traduire, notamment, par la sensibilisation des patients aux bienfaits de l'alimentation saine tout en mettant l'accent sur les besoins fondamentaux de la TAD, afin de favoriser la formulation de l'intention.

Les interventions devraient également supporter la perception de compétence des patients en mettant en place des activités visant à leur faire vivre des expériences de réussites où ils pourront développer la confiance en leurs ressources personnelles. De plus, l'actuelle étude permet de constater qu'il serait souhaitable que les psychologues interviennent plus régulièrement auprès des patients coronariens au sein des équipes de traitement interdisciplinaire, car en tant que spécialistes du comportement humain, ils détiennent les compétences nécessaires afin de personnaliser les interventions visant l'adoption d'une alimentation saine.

Enfin, considérant que le phénomène des MCV est en constante augmentation au Québec, à l'instar de plusieurs autres pays, il s'avère essentiel de poursuivre des travaux de recherche dans le domaine de la psychocardiologie en lien avec l'adoption d'une alimentation saine puisque ce comportement de santé a un impact sur la majorité des facteurs de risque associés aux MCV. Il est impératif d'approfondir les connaissances concernant les composantes intra personnelles modulant l'adhérence à l'alimentation saine si l'on désire intervenir plus efficacement auprès de cette clientèle dont le nombre est en constante progression.

Références

- Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behaviour. Dans J. Kuhl, & J. Beckmann (Éds), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. Oxford, England : Commonwealth Fund.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Baumeister, R., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bégin, C., Gagnon-Girouard, M. P., Provencher, V., & Lemieux, S. (2006). Traitement de l'obésité : soutenir l'individu dans l'appropriation de sa démarche. *Psychologie canadienne*, 47, 316-332.
- Blais, M. R., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R. J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of personality and social psychoogy*, 59, 1021-1031.
- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., Rodgers, W. M., Daub, B., & Knapik, G. (2002). Determinants of exercise intention and behavior during and after phase 2 cardiac rehabilitation: An application of the theory of planned behaviour. *Rehabilitation Psychology*, 47, 308-323.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Brunner, E. J., Mosdol, A., Witte, D. R., Martikainen, P., Stafford, M., Shipley, M. J., et al. (2008). Dietary patterns and 15-y risks of major coronary events, diabetes, and mortality. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 1414-21.

- Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J., & Hill, M. N. (1997). Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. *Annals of behavioural medicine*, 19, 239-263.
- Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J., Orchard, T. J., & Sereika, S. M. (2005). Improving adherence to cholesterol-lowering diet: a behavioral intervention study. *Patient Education and Counseling*, 57, 134-142.
- Cash, S. B., Goddard, E. W., & Lerohl, M. (2006). Canadian health and food: the links between policy, consumers, and industry. *Canadian Journal of Agricultural Economics*, 54, 605-629.
- Courneya, K. S., & McAuley, E. (1993). Can short-range intentions predict physical activity participation. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 115-122.
- Courneya, K. S., & McAuley, E. (1994). Are there different determinants of the frequency, intensity, and duration of physical activity? *Behavioral medicine*, 20, 84-90.
- Daigle, J. M. (2006). Les maladies du coeur et les maladies vasculaires cérébrales : Prévalence, morbidité et mortalité au Québec. Institut national de santé publique du Québec.
- DeBruijn, G. J., Kremers, S. P. J., DeVet, E., Nooijer, J., VanMechelen, W., & Brug, J. (2007). Does habit strength moderate the intention-behavior relationship in the Theory of Planned Behavior? The case of fruit consumption. *Psychology and Health*, 22, 899-916.
- deCharms, R. (1968). *Personal causation: The internal effective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.

- Decker, C., Ahmad, H., Moreng, K. L., Maddox, T. M., Reid, K. J., Jones, P. G., et al. (2009). Risk factor management after myocardial infarction: reported adherence and outcomes. *American Heart Journal*, 157, 556-562.
- De Irala-Estévez, J., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf, U., Prattala, R., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2000). A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe : consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, 706-714.
- Després, J. P., & Lemieux, I. (2006). Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature*, 444, 881-887.
- Dibonaventura, M. D., & Chapman, G. B. (2008). The effet of barrier underestimation on weight management and exercice change. *Psychology, Health & Medecine*, 13, 111-122.
- Direction de la Santé Publique de Montréal. (2004). Les maladies cardiovasculaires : Facteurs de risque. *Prévention en pratique médicale*, 1-4.
- Drenick, E. J., & Johnson, D. (1978). Weight reduction by fasting and semi starvation in morbid obesity: Long-term follow-up. *International Journal of Obesity*, 2, 123-132.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology: Official Journal of the division of Health Psychology, American Psychological Association*, 18, 506-519.
- Fondation des maladies du cœur (2008). En quoi consiste la réadaptation cardiaque. Document récupéré de http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3994547/k.B627/Maladies_du_coeur__En_quoi_consiste_la_r233adaptation_cardiaque.htm
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003). Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Canada.
- Fondation des maladies du cœur du Québec. (2003). Dyslipidémies : Lignes directrices 2003 [Encart spécial]. *Les actualités du cœur*, 8(3).
- Gagnon, D., Gravel, M., Tremblay, M., & Gagnon, M. (2004). *Programme régional de la trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*. Programmmations cliniques et documents de travail, Complexe hospitalier de la Sagamie.

- Glanz, K. (1979). Dietitians' effectiveness and patient compliance with dietary regimens. A pilot study. *Journal of the American Dietetic Association*, 75, 631-636.
- 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.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 2(1), 34-64.
- Heppner, P. P., & Heppner, M. J. (2004). *Writing and publishing your thesis, dissertation, and research: A guide for students in the helping professions*. Australia; Toronto: Thomson/Brooks/Cole.
- Herpin, D. & Paillard, F. (2003). Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention. Document récupéré de http://www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/129a.pdf.
- Howorka, K., Pumprla, J., Wagner-Nosiska, D., Grillmayr, H., Schlusche, C., & Schabmann, A. (2000). Empowering diabetes out-patients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 37-44.
- Hutchins, M. D. (2009). Relationships among self-efficacy, self-motivation, and other factors affecting physical activity: Health implications for health education. *Dissertation Abstract International Section A: Humanities and Social Sciences*, pp. 3048.
- Iqbal, R., Anaud, S., Ounpuu, S., Islam, S., Zhang, X., Rangarajan, S., et al. (2008). Dietary patterns and the risk of acute myocardial infarction in 52 countries: results of the INTERHEART study. *Circulation*, 118, 1929-1937.
- Iribarren, C., Karter, A. J., Go, A. S., Ferrera, A., Liu, J. Y., Sidney, S., et al. (2001). Glycemic control and heart failure among adult patients with diabetes. *Circulation*, 103, 2668-2673.
- Jorenby, D. E. (2001). Smoking cessation strategies for the 21st century. *Circulation*, 104, 51-52.
- Julien, E., Sénécal, C., & Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14, 457-470.

- Katamay, S. W., Esslinger, K. A., Vigneault, M., Johnston, J. L., Junkins, B. A., Robbins, L. G., et al. (2007). Bien manger avec le guide alimentaire canadien (2007) : Élaboration du modèle d'alimentation. *Nutrition Reviews*, 65, 155-166.
- Keys, A., Aravanis, C., Blackburn, H. W., Van Buchem, F. S., Buzina, R., Djordjević, B. D., et al. (1966). Epidemiological studies related to coronary heart disease: characteristics of men aged 40-59 in seven countries. *Acta Med Scand Suppl*, 460, 1-392.
- Kromhout, D., Nedeljkovic, S. I., Grujic, M. Z., Ostojic, M. C., Keys, A., Menotti, A., et al. (1994). Changes in major risk factors for cardiovascular diseases over 25 years in the Serbian cohorts of the Seven Countries Study. *International Journal Of Epidemiology*, 23, 5-10.
- Kruglanski, A. W. (1978). Endogenous attribution and intrinsic motivation. Dans M. R. Lepper, & D. Greene (Éds), *The hidden costs of rewards : New perspectives on the psychology of human motivation*. (pp. 85-108). Hillsdale, NJ: LEA.
- Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H. A., et al. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American heart association nutrition committee. *Circulation*, 114, 82-96.
- Luszczynska, A., & Cieslak, R. (2009). Mediated effects of social support for healthy nutrition: fruit and vegetable intake across 8 months after myocardial infarction. *Behavioral medicine*, 35, 30-37.
- Malla, S., Hobbs, J., & Perger, O. (2007). Valuing the health benefits of a novel functional food. *Canadian journal of Agricultural Economics*, 55, 115-136.
- Marshall, K. (2006). Convergence des rôles des sexes. *L'Emploi et le Revenu en Perspective*, n° 75-001-XPF au catalogue de Statistique Canada, 7, 5-19.
- McCann, B. S., Retzlaff, B. M., Dowdy, A. A., Walden, C. E., & Knopp, R. H. (1990). Promoting adherence to low-fat, low-cholesterol diets: review and recommendations. *Journal of American Dietetic Association*, 90, 1408-1414.
- Menotti, A., Keys, A., Blackburn, H., Karvonen, M., Punsar, S., Nissinen, A. et al. (1991). Blood pressure changes as predictors of future mortality in the seven countries study. *Journal Of Human Hypertension*, 5, 137-144.
- Menotti, A., Keys, A., Blackburn, H., Kromhout, D., Karvonen, M., Nissinen, A. et al. (1996). Comparison of multivariate predictive power of major risk factors for coronary heart diseases in different countries: results from eight nations of the Seven Countries Study, 25-year follow-up. *Journal Of Cardiovascular Risk*, 3, 69-75.

- Menotti, A., Keys, A., Kromhout, D., Blackburn, H., Aravanis, C., Bloemberg, B. et al. (1993). Inter-cohort differences in coronary heart disease mortality in the 25-year follow-up of the seven countries study. *European Journal Of Epidemiology*, 9, 527-536.
- Menotti, A., Seccareccia, F., Blackburn, H., & Keys, A. (1995). Coronary mortality and its prediction in samples of US and Italian railroad employees in 25 years within the Seven Countries Study of cardiovascular diseases. *International Journal Of Epidemiology*, 24, 515-521.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2007). Atlas de la santé et des services sociaux du Québec. Récupéré le 12 juillet 2007 de http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=74
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Éds). (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Narkiewicz, K., van de Borne, P. J. H., Hausberg, M., Cooley, R. L., Winniford, M. D., Davison, D. E., et al. (1998). Cigarette smoking increases sympathetic outflow in humans. *Circulation*, 98, 528-534.
- Organisation mondiale de la santé (2011). Maladie cardiovasculaire : aide mémoire janvier 2011. Document consulté le 6 juin 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/#>.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinc-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28, 245-277.
- Pelletier L. G., & Vallerand, R. J. (1993). Une perspective humaniste de la motivation : les théories de la compétence et de l'autodétermination. Dans R. J. Vallerand et E. E. Thill (Éds), *Introduction à la Psychologie de la Motivation* (pp. 233-281). Laval, Québec : Éditions Études Vivantes.
- Psota, T. L., Lohse, B., & West, S. G. (2007). Associations between eating competence and cardiovascular disease biomarkers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39, 171-178.
- Renner, B., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2000). Age and body make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7, 143-159.

- Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Hertel, A. W. (2004). Self-regulation and behaviour change: Disentangling behavioural initiation and behavioural maintenance. Dans R. Beaumeister & K. Vohs (Éds), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp. 130-148). New York: Guilford.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 457-478.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397-427.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: an organismic dialectical perspective. Dans E. L. Deci et R. M. Ryan (Éds), *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 3-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., & La Guardia, J. G. (2000). What is being optimized over development?: A self-determination theory perspective on basic psychological needs across the life span. Dans S. Qualls et R. Abeles (Éds) *Dialogues on Psychology and Aging* (p 145-172). Washington, D. C : APA Books.
- Satter, E. (2007). Eating competence: definition and evidence for the Satter eating competence model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39, 142-153.
- Schroeder, S. (2007). We can do better-Improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, 357, 1221-1228.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.
- 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 & London: Yale University Press.

- Slovinec D'Angelo, M., Reid, R., & Pelletier, L. G. (2007). A model for exercise behavior change regulation in patients with hearth disease. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 29, 208-224.
- Sniehotta, F. F., Gorski, C., & Araujo-Soares, V. (2009). Adoption of community-based cardiac rehabilitation programs and physical activity following phase III cardiac rehabilitation in Scotland: A prospective and predictive study. *Psychology and Health*, 1-16.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 473-478.
- Taut, D., & Baban, A. (2008). Examination of the relationship between self-regulatory strategies and healthy eating patterns in coronary heart disease patients. The relavance of compensatory health beliefs. *Cognition, Brain, Behavior*, 2, 219-231.
- Verplanken, B., & Orbell, S. (2003). Reflections of past behaviour: A self-report index of habit strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 1313-1330.
- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1986). Controlled trial of very-low-calorie diet, behavioural therapy, and their combination in treatment in obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 482-488.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioural intentions engender behaviour change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 249-268.
- Wielgosz, A., & Reid, R. (2001). Mesures non-publiées. Institut de cardiologie, Université d'Ottawa.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivated patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight-loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management. *Health Psychology*, 23, 58-66.

- Williams, G. C., Minicucci, D. S., Kouides, R. W., Levesque, C. S., Chirkov, V. I., Ryan, R. M., et al. (2002). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research Theory & Practice*, 17, 512-521.
- Wofford, T. S., Greenlund, K. J., Croft, J. B., & Labarthe, D. R. (2007). Diet and physical activity of U.S. adults with heart disease following preventive advice. *Preventive Medicine*, 45, 295-301.
- Woolf, S. H. (1999). The need for perspective in evidence-based medicine. *Journal of American Medical Association*, 282, 2358-2365.
- World Health Organisation. (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. Genève.
- Yusuf, S., Hawken, S., & Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.
- Yusuf, S., & Pitt, B. (2002). A lifetime of prevention: The case of heart failure. *Circulation*, 106, 2997-2998.
- Yusuf, S., Reddy, S., Ôunpuu, S., & Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases, part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factor impact of urbanization. *Circulation*, pp. 2746-2753.

Appendice A
Certificats d'éthique

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

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

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Titre du protocole :	2005-014 Effets du support à l'autonomie et à la compétence et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean
No IND :	sans objet
Date du protocole :	version finale datée du 10 février 2006
Amendements au protocole :	sans objet
Brochure de l'investigateur :	sans objet
Présentation du projet :	inclus
Formulaire de consentement :	version datée du 10 février 2006
Questionnaires :	
1- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (départ) :	daté du mois de février 2006
2- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (3 mois) :	daté du mois de février 2006
3- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (6 mois) :	daté du mois de février 2006
4- Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (12 mois) :	daté du mois de février 2006
Entente financière :	sans objet
Budget :	inclus

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

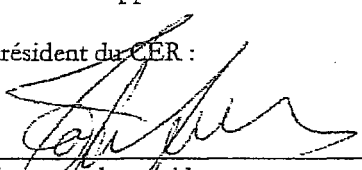
L'investigateur et/ou co-investigateurs n'ont pas pris part au vote sur la documentation.

Date de réunion du CÉR : 13 septembre 2005

Date d'approbation officielle : 14 mars 2006

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

Président du CÉR : Dr Fabien Simard



Signature du président

06/03/14

Date de la signature



Université du Québec à Chicoutimi

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

www.uqac.ca

Comité d'éthique de la recherche

Le 23 mars 2007

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

OBJET : Approbation – Prolongation d'une approbation éthique
Titre : Effets du support à l'autonomie par les médecins et de la
motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction
des facteurs de risques chez des patients coronariens du Saguenay Lac-
St-Jean.
N/Dossier : 602.83.01

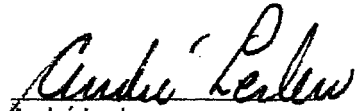
Madame,
Monsieur,

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

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

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

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


André Leclerc
Président

/mjd



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

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

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

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

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

Fait à Ville de Saguenay, le 21 mars 2006

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

Rapport-Gratuit.com

Appendice B
Questionnaire



Université du Québec à Chicoutimi

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

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

- Code 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'AUJOURD'HUI		
MM	JJ	AA
☐ Jan		
☐ Fév		☐ 2005
☐ Mar	0	☐ 2006
☐ Avr	1 1	☐ 2007
☐ Mai	2 2	☐ 2008
☐ Jun	3 3	
☐ Jul	4	
☐ Août	5	
☐ Sept	6	
☐ Oct	7	
☐ Nov	8	
☐ Déc	9	

SEXE
☐ Homme
☐ Femme

DATE DE NAISSANCE			
MM	JJ	AA	
☐ Jan			
☐ Fév			
☐ Mar	0	0	0
☐ Avr	1	1	1
☐ Mai	2	2	2
☐ Jun	3	3	3
☐ Jul	4	4	4
☐ Août	5	5	5
☐ Sept	6	6	6
☐ Oct	7	7	7
☐ Nov	8	8	8
☐ Déc	9	9	9

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

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

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. *Quel est votre état matrimonial actuel?*

- | | |
|---|--|
| ☐ Marié/e, y compris en union libre | ☐ 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\$ | |



Université du Québec à Chicoutimi

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi



Centre hospitalier affilié universitaire régional

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

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

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

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

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

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

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

DATE D'AUJOURD'HUI		
MM	JJ	AA
☐ Jan		☐ 2005
☐ Fév		☐ 2006
☐ Mar	0	☐ 2007
☐ Avr	1 1	☐ 2008
☐ Mai	2 2	
☐ Jun	3 3	
☐ Jul	4	
☐ Août	5	
☐ Sept	6	
☐ Oct	7	
☐ Nov	8	
☐ Déc	9	

SEXE
☐ Homme
☐ Femme

DATE DE NAISSANCE			
MM	JJ	AA	
☐ Jan			
☐ Fév			
☐ Mar	0	0	0
☐ Avr	1	1	1
☐ Mai	2	2	2
☐ Jun	3	3	3
☐ Jul	4	4	4
☐ Août	5	5	5
☐ Sept	6	6	6
☐ Oct	7	7	7
☐ Nov	8	8	8
☐ Déc	9	9	9

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

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

VOS INTENTIONS VIS-À-VIS VOTRE SANTÉ

ALIMENTATION

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

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

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

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

COMPÉTENCES SANTÉ GÉNÉRALE

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

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 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	

VOS ATTITUDES VIS-À-VIS VOS COMPORTEMENTS DE SANTÉ

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

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 ○



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 (6 mois)

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

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

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

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

DATE D'AUJOURD'HUI		
MM	JJ	AA
☐ Jan		
☐ Fév		☐ 2005
☐ Mar	0	☐ 2006
☐ Avr	1 1	☐ 2007
☐ Mai	2 2	☐ 2008
☐ Jun	3 3	
☐ Jul	4	
☐ Août	5	
☐ Sept	6	
☐ Oct	7	
☐ Nov	8	
☐ Déc	9	

SEXE
☐ Homme
☐ Femme

DATE DE NAISSANCE		
MM	JJ	AA
☐ Jan		
☐ Fév		
☐ Mar	0 0 0	
☐ Avr	1 1 1 1	
☐ Mai	2 2 2 2	
☐ Jun	3 3 3 3	
☐ Jul	4 4 4 4	
☐ Août	5 5 5 5	
☐ Sept	6 6 6 6	
☐ Oct	7 7 7 7	
☐ Nov	8 8 8 8	
☐ Déc	9 9 9 9	

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

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

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).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je mange de la nourriture qui est faible en matières grasses, en gras saturés et en cholestérol.	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'utilise du sucre blanc.	☐	☐	☐	☐	☐
4. J'utilise du sel.	☐	☐	☐	☐	☐
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).	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je mange des aliments tels que des croustilles, du chocolat et des bonbons.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je bois de l'eau.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je mange des aliments frits.	☐	☐	☐	☐	☐

Appendice C
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

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

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

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

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

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

INFORMATIONS ET URGENCE

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

1. INTRODUCTION

1.1 Rationnel de recrutement

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

1.2 Rationnel de l'étude

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

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

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

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

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

3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

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

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

3.2 Type d'étude

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Destruction des données

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

4. RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

Prises de sang

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

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

5. AVANTAGES POSSIBLES

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

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

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

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

7. COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

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

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

8. CONFIDENTIALITÉ

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

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

9. INFORMATIONS ADDITIONNELLES

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

10. PERSONNES RESSOURCES

1- Pour des informations supplémentaires :

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

2- Pour le Comité d'éthique :

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

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

3- Pour les droits des participants :

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

11. CONSENTEMENT DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Je, soussigné(e), déclare que :

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

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

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

Je comprends que :

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

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

(nom et adresse du pharmacien)

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

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

_____ Nom du participant(e)	_____ Signature du participant(e)	_____ Date
_____ Nom de la personne qui Obtient le consentement	_____ Signature de la personne qui obtient le consentement	_____ Date
_____ Nom du chercheur	_____ Signature du chercheur	_____ Date

