

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)
OFFERT À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

PAR
ANNIE-PIER NÉRON

RELATIONS ENTRE LE SOUTIEN AUX BESOINS D'AUTONOMIE ET DE
COMPÉTENCE PAR LA FAMILLE, LA MOTIVATION AUTODÉTERMINÉE
SPÉCIFIQUE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET À L'ALIMENTATION SAINTE
ET LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DE PATIENTS CORONARIENS DU
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

OCTOBRE 2013

Sommaire

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont une cause majeure de décès, et ce, partout dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2004), le nombre de décès attribuable annuellement aux MCV est évalué à 17 millions d'hommes et de femmes, ce qui représente le tiers du nombre total de tous les décès. Les écrits font ressortir que la dépression et l'anxiété représentent deux facteurs liés à la santé psychologique dont souffrent les patients coronariens. Parmi les écrits recensés traitant de la santé psychologique chez cette population, aucune étude n'a examiné précisément leur santé psychologique, et ce, tout en considérant le soutien familial à l'aide de la théorie de l'autodétermination (TAD) et d'un modèle médiateur. La présente étude apparaît donc d'une portée considérable dans la mesure où, en plus de considérer le rôle que joue la famille auprès de patients coronariens du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ), elle examine des facteurs motivationnels découlant de la TAD, afin de mieux comprendre les mécanismes associés à leur santé psychologique. De façon plus spécifique, la présente étude vise à évaluer les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique chez des patients coronariens. Dans cette recherche, il était attendu que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens serait autodéterminée (H1). Il était également prévu que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, meilleure serait la santé psychologique des patients coronariens

(H2). De même, il était attendu que, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine serait autodéterminée, meilleure serait la santé psychologique des patients coronariens (H3). De plus, il était prévu que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine jouerait un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique des participants à l'étude (H4). Enfin, il était attendu que le soutien au besoin d'autonomie par la famille aurait un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille (H5). Cette étude de type transversal effectuée dans le cadre d'une étude longitudinale s'échelonnant sur un an a été effectuée auprès de 293 adultes (237 hommes et 56 femmes) âgés entre 37 et 81 ans provenant de la région du SLSJ et présentant un diagnostic confirmé de maladie athérosclérotique. Les patients ont été recrutés à l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC). Ceux qui présentaient une maladie débilitante affectant le pronostic de survie ou souffrant d'une maladie cognitive ou psychiatrique significative ont été exclus de l'étude. Un questionnaire récoltant des informations sociodémographiques et des informations sur les principales variables à l'étude : le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique, a été complété par les participants. Les analyses statistiques effectuées ont permis d'identifier une relation significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la

motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine (le soutien aux deux besoins expliquant ensemble 10,6 % de la variance de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et 12,6 % de la variance de la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine). De plus, les résultats ont mis en évidence une relation significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la santé psychologique (le soutien aux deux besoins expliquant ensemble 22,2 % de la variance de la santé psychologique). Une relation statistiquement significative entre la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique a également été démontrée (la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine expliquant ensemble 11,6 % de la santé psychologique). Les résultats ont également permis d'établir une relation médiatrice partielle statistiquement significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) et la santé psychologique, mais cela seulement à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (effets indirects de 0,128 pour le modèle 1 et de 0,190 pour le modèle 2) et non à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine (effets indirects de 0,036 pour le modèle 1 et de 0,053 pour le modèle 2) (le soutien aux deux besoins et la motivation spécifique à ces deux comportements de santé expliquant ensemble 25,4 % de la variance de la santé psychologique). Enfin, les résultats n'ont pas permis d'établir que le soutien au besoin d'autonomie par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des

patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille (le coefficient de prédiction standardisé associé au soutien de compétence étant de 0,28 pour la motivation à l'activité physique et de 0,31 pour la motivation à l'alimentation saine et le coefficient de prédiction standardisé associé au soutien à l'autonomie étant de 0,20 pour la motivation à l'activité physique et de 0,22 pour la motivation à l'alimentation saine). La recherche actuelle, en plus d'offrir un appui empirique quant à la présence de relations entre certaines variables explorées par la TAD et la santé psychologique, permet d'apporter de nouvelles connaissances et ainsi d'améliorer notre compréhension de la santé psychologique de patients coronariens. Cette meilleure compréhension contribue à la diffusion de recommandations quant aux plans de réhabilitation de ces patients.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Remerciements.....	xi
Introduction	1
Contexte théorique	4
Maladies cardiovasculaires	6
Définitions.....	6
Prévalences et statistiques.....	7
Facteurs de risque.....	9
Facteurs psychosociaux.....	12
Santé psychologique.....	13
Définitions.....	13
Modèle multidimensionnel du bien-être	16
Modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale.....	17
Maladies cardiovasculaires et santé psychologique.....	18
Qualité de vie reliée à la santé et maladies cardiovasculaires.....	18
Santé psychologique et maladies cardiovasculaires.....	21
Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients coronariens	22
Études mettant en lien la santé psychologique et les maladies cardiovasculaires	26
Soutien familial des patients coronariens.....	31
Soutien familial et domaine de la santé.....	31
Surprotection.....	35
Intervention auprès des familles.....	36
Soutien familial et qualité de vie reliée à la santé.....	38
Soutien familial et santé psychologique.....	39
Théorie de l'autodétermination.....	41
Définitions.....	41
Besoins universels de base.....	43
Concept de motivation et types de motivation.....	45
Amotivation	45
Motivation extrinsèque.....	45
Motivation extrinsèque par régulation externe	46
Motivation extrinsèque par régulation introjectée	46
Motivation extrinsèque par régulation identifiée	47

Motivation extrinsèque par régulation intégrée	47
Motivation intrinsèque	48
Théorie de l'intégration organismique	49
Théorie de l'autodétermination dans les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation	50
Théorie de l'autodétermination dans le domaine de la santé	50
Théorie de l'autodétermination dans le domaine de l'activité physique.....	54
Théorie de l'autodétermination dans le domaine de l'alimentation.....	58
Modèles médiateurs et théorie de l'autodétermination dans différents domaines	62
Synthèse des écrits	65
Objectifs et hypothèses de recherche	67
Méthode.....	70
Participants.....	71
Instruments de mesure.....	72
Questionnaire	73
Informations sociodémographiques	73
Soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille	73
Motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique	75
Motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine	76
Santé psychologique.....	77
Déroulement de la collecte des données	80
Analyses statistiques	81
Résultats	83
Analyses préliminaires	84
Analyses principales.....	90
Première hypothèse	92
Deuxième hypothèse	93
Troisième hypothèse	94
Quatrième hypothèse.....	95
Cinquième hypothèse	102
Discussion	103
Rappel des objectifs de recherche	104
Présentation sommaire des résultats	105
Discussion des hypothèses de recherche.....	106
Première hypothèse	106
Deuxième hypothèse	112
Troisième hypothèse	116
Quatrième hypothèse.....	119
Cinquième hypothèse	131
Forces et limites de l'étude	136
Implications de l'étude et recherches futures.....	138

Conclusion	144
Références	148
Appendice A. Certificats d'éthique.....	170
Appendice B. Questionnaire	174
Appendice C. Formulaire de consentement	182

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants	85
Tableau 2 : Analyses descriptives	89
Tableau 3 : Corrélations de Pearson entre le soutien à l'autonomie et à la compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine, la détresse psychologique, la satisfaction de vie, le fonctionnement psychologique et la santé psychologique	91
Tableau 4 : Analyse de médiation.....	100

Liste des figures

Figure 1 : Relation entre le soutien au besoin d'autonomie par la famille et la santé psychologique (la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine étant les variables médiatrices)	97
Figure 2 : Relation entre le soutien au besoin de compétence par la famille et la santé psychologique (la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine étant les variables médiatrices)	98

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de recherche, madame Claudie Émond, Ph.D., pour son support, sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont largement contribué à la réalisation et à l'accomplissement de cet essai. J'aimerais également remercier monsieur Gilles Lalande, Ph.D., et monsieur Luc Pelletier, Ph.D., lesquels ont participé à la mise en place de ce projet de recherche dans le milieu clinique. De sincères remerciements sont aussi adressés à tous les participants du projet de recherche ainsi qu'à tous les membres du personnel de l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC) qui ont contribué, de près ou de loin, à la concrétisation et à l'aboutissement de ce projet novateur dans le domaine de la santé. Un merci particulier à monsieur Simon Beaudry qui a été d'une aide précieuse pour les analyses statistiques de même que pour la compréhension et l'analyse des résultats. Enfin, je tiens à remercier spécialement mes amis, ma famille et mon conjoint qui m'ont apporté leur soutien moral et des encouragements tout au long de la démarche et qui m'ont ainsi permis de me rendre à la fin de ce long parcours doctoral.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent une cause majeure de décès partout dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2004), le nombre de décès attribuable annuellement aux MCV est évalué à 17 millions d'hommes et de femmes, ce qui représente le tiers du nombre total de tous les décès. Les MCV constituent la catégorie de maladie qui est la plus coûteuse sur le plan économique pour le système de santé québécois (Daigle, 2006). À ces égards, les MCV constituent donc un intérêt majeur pour la population, les professionnels et les chercheurs du domaine de la santé. Afin d'aider les patients à modifier leurs habitudes de vie et ainsi adopter des comportements de santé, les recherches dans le domaine de la santé ont en outre étudié la motivation de diverses populations. Deci et Ryan (1985, 2000) proposent une théorie de la motivation humaine, la théorie de l'autodétermination (TAD), laquelle permet de mieux comprendre les processus sous-jacents à la motivation autodéterminée spécifique à l'adoption de comportements de santé. Par l'entremise de ses nombreuses recherches appuyant empiriquement ses principes fondamentaux, la TAD a notamment démontré dans le domaine de la santé que lorsque les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale sont soutenus par le personnel soignant, cela amène une motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé ainsi qu'un maintien de ces mêmes comportements chez les patients, d'où en résultent des effets positifs sur leur santé physique et mentale (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003).

La présente étude vise à vérifier les liens unissant le soutien par la famille à deux besoins identifiés par la TAD (autonomie et compétence), la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique chez une population coronarienne du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ). Aucune étude ne s'est intéressée aux relations entre le soutien à ces besoins par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens, et ce, à partir de variables explorées par la TAD. Un devis corrélationnel sera employé afin d'examiner les relations entre ces variables. L'étude actuelle examinera également si la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique. La présente recherche vise notamment à fournir un cadre théorique permettant d'approfondir les connaissances relatives à la santé psychologique de patients atteints de MCV. Cette meilleure compréhension pourrait permettre des recommandations novatrices quant aux plans de réhabilitation de ces patients. La recherche actuelle se divise en quatre sections: le contexte théorique, la méthode, les résultats et la discussion.

Contexte théorique

Le contexte théorique se divise en neuf sections. La première partie présente les maladies cardiovasculaires (MCV) et démontre toute l'importance qu'elles occupent au sein du système de santé et pour les personnes qui en sont atteintes. Cette partie dresse la présentation des facteurs de risque et des facteurs psychosociaux associés aux MCV. La deuxième section présente une définition de la santé psychologique et fait état des principales approches conceptuelles sur le sujet. La troisième partie met en lien les MCV et la santé psychologique. Des études portant sur la qualité de vie reliée à la santé et la santé psychologique de façon plus spécifique y sont présentées. La quatrième partie vise à fournir des données relatives au soutien familial des patients coronariens. La cinquième section expose les concepts centraux de la théorie de l'autodétermination (TAD) ainsi qu'une définition de la motivation. La sixième partie traite de la TAD dans les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation. La septième partie présente des études abordant des modèles médiateurs et la TAD dans différents domaines. La huitième section présente une synthèse des écrits et la dernière, les objectifs et les hypothèses de recherche.

Maladies cardiovasculaires

Définitions

Les MCV regroupent une catégorie d'accidents variés pour lesquels il y a une base commune: l'atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins. Ces accidents réfèrent à des dommages cardiaques qui se divisent en deux catégories principales. La première catégorie connue sous le nom de maladie coronarienne concerne l'insuffisance cardiaque et l'infarctus du myocarde, lesquels constituent les formes de décès les plus fréquemment retrouvées dans les sociétés industrialisées. La deuxième catégorie fait référence aux atteintes vasculaires, c'est-à-dire celles qui touchent la plupart des organes, principalement le cerveau, les reins, le cœur et les membres inférieurs (Daigle, 2006). La maladie coronarienne et les atteintes vasculaires sont attribuables à l'athérosclérose. Plus précisément, l'athérosclérose correspond au durcissement et au rétrécissement des grosses et moyennes artères coronaires qui sont les vaisseaux fournissant le sang au cœur. Lorsque les artères deviennent étroites et obstruées par des dépôts de cholestérol, il en résulte un manque partiel ou complet d'oxygène et des nutriments nécessaires à l'alimentation du cœur. C'est à ce moment que survient un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (Taylor, 1995).

Prévalences et statistiques

Au niveau mondial, le nombre de décès attribuable annuellement aux MCV est évalué à 17 millions, ce qui représente le tiers du nombre total de décès (Organisation mondiale de la santé, 2004). Aux États-Unis, on estime à 64 millions le nombre d'Américains, soit environ le quart de la population, présentant une forme de MCV. Chaque année, suite à une maladie du cœur ou à un accident vasculaire cérébral, plus de 930 000 décès (soit 40 % de tous les décès) sont recensés (Centers for Disease Control and Prevention, 2004).

Au Canada, plus que toute autre maladie, les MCV sont responsables du décès d'un nombre important de Canadiens et Canadiennes (Fondation des maladies du cœur, 2009). En 2005, les MCV ont été responsables de 71 338 décès, soit 31 % de tous les décès au Canada. Plus précisément, 30 % de tous les décès chez les hommes et 31 % de tous les décès chez les femmes. Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) coûtent plus de 22,2 milliards de dollars annuellement à l'économie canadienne en soins médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité.

Au Québec, les MCV sont l'une des principales raisons de l'engorgement des services d'urgence et elles contribuent à un très grand nombre de décès chaque année. Sur le plan économique, les MCV représentent la catégorie de maladie la plus dispendieuse pour le système de santé (Daigle, 2006) et constituent ainsi un lourd

fardeau pour le système de santé québécois. Selon cette même source, en 2003, la prévalence des MCV chez la population québécoise âgée de plus de 25 ans était de 6,4 %, alors que celle-ci était de 19,4 % chez celle âgée de 65 ans et plus. Lors de cette même année, les MCV ont causé 15 948 décès au Québec, ce qui représente 29,1 % du nombre total de décès. Depuis 2000, elles occupent le deuxième rang après le cancer, cette dernière maladie ayant causé 32,2 % des décès en 2003, ce qui est un peu plus que 29,1 % des décès pour les MCV lors de cette même année. Toujours selon Daigle (2006), dans les années futures au Québec, étant donné le nombre grandissant de personnes âgées chez qui les MCV représentent la forme de maladie la plus commune, on s'attend à ce que ces maladies prennent de plus en plus d'ampleur.

La Direction de santé publique (2004) fournit des statistiques pour la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) quant aux taux de prévalence des MCV. On estime à environ 5 560 personnes âgées entre 25 et 64 ans qui en sont atteintes. De ce nombre, 860 personnes sont âgées entre 25 et 44 ans et 4 700 sont âgées entre 45 et 64 ans. Concernant la mortalité par MCV chez la population âgée entre 15 et 64 ans de la région, il y a eu 111 décès en moyenne par année entre 1997 et 1999. Les MCV constituent la deuxième cause d'hospitalisation chez les personnes âgées entre 15 et 64 ans. Entre 1998 et 2001, 14 % des hospitalisations étaient reliées aux MCV, soit 1 628 hospitalisations en moyenne par année. Tous les territoires de la région affichent un taux de mortalité comparable concernant les MCV, tant chez les hommes que chez les

femmes. Cependant, la ville où le taux de mortalité lié aux MCV demeure significativement plus élevé chez les personnes âgées entre 45 et 64 ans est Jonquière.

Facteurs de risque

Selon une importante étude internationale réalisée par Yusuf et al. (2004) dans 52 pays et sur tous les continents habités du monde, on compte neuf facteurs de risque modifiables qui prédisposent à l'infarctus du myocarde. Ces mêmes facteurs sont présents chez 90 % des hommes et 94 % des femmes, et ce, à travers les différentes cultures et les différents pays. Ces neuf facteurs de risque sont : le tabagisme, les lipides sanguins, l'hypertension, le diabète, l'obésité, les facteurs psychosociaux, les mauvaises habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et l'inactivité physique. Ces neuf facteurs sont contrôlables, c'est-à-dire qu'ils peuvent être modifiés ou évités par l'adoption de comportements de santé et réduire ainsi le risque de MCV. Les autres types de facteurs de risque font référence à ceux qui ne peuvent être modifiés, soit l'âge, le sexe et l'hérédité (American Heart Association, 2009).

Daigle (2006) affirme que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'hypertension artérielle, l'obésité, la sédentarité et le diabète constituent les principaux facteurs de risque des MCV, lesquels sont modifiables. Plus ces facteurs de risque s'additionnent chez une personne, plus le risque d'être atteint de MCV augmente. En collaboration avec Santé Canada et la Société canadienne de cardiologie, une étude de la Fondation des maladies du cœur du Canada (2003) révèle que huit Canadiens sur dix présentent au

moins un facteur de risque modifiable des MCV et que 11 % en possèdent au moins trois. À la lumière de l'ensemble de ces données, il s'avère donc que la prévention soit nécessaire si l'on veut diminuer la présence de facteurs de risque auprès de la population et ainsi réduire la probabilité d'être atteint de MCV.

Dans la présente étude, une importance sera accordée à deux comportements de santé reliés aux MCV, soit l'activité physique et l'alimentation saine. Plus précisément, la recherche actuelle s'intéresse à la motivation autodéterminée spécifique à ces deux comportements de santé. La motivation étant examinée à l'aide du cadre théorique de la TAD dans la présente recherche, une partie ultérieure du présent essai portera sur la présentation détaillée de ce modèle. L'adoption de ces deux comportements de santé s'avère essentielle pour les patients coronariens car ils sont modifiables et, par conséquent, peuvent contribuer à améliorer la santé de ces derniers.

En ce qui concerne l'activité physique, les données scientifiques démontrent que pour demeurer en forme ou améliorer sa santé, il faut faire 60 minutes d'activité physique par jour. À mesure que ces activités deviennent d'intensité moyenne ou soutenue, il est possible de réduire celles-ci à 30 minutes par jour selon une fréquence de quatre jours par semaine (Agence de santé publique du Canada, 2008). Indépendamment des autres facteurs de risque, un manque d'activité physique augmente le risque de développer une maladie coronarienne (Nouvelle Société Française d'Athérosclérose, 1998). Au Québec, 25 % des décès prématurés causés par les MCV sont directement ou

partiellement attribuables à l'inactivité physique (Ferland, 1998). Il apparaît donc évident que l'inactivité physique joue un rôle fondamental dans le développement de MCV, d'où l'importance d'étudier le rôle de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique au sein d'un modèle motivationnel en lien avec la santé psychologique de patients coronariens.

Pour ce qui est de l'alimentation saine, le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2008) recommande de respecter les besoins quotidiens en termes de vitamines, minéraux et autres éléments nutritifs afin d'atteindre la santé globale et de réduire le risque de MCV. Pour combler ces besoins, il faut manger des aliments provenant des quatre groupes alimentaires : les fruits et les légumes, les produits céréaliers, le lait et ses substituts, les viandes et ses substituts. De plus, la consommation d'aliments et de boissons riches en calories, en lipides, en gras, en sucre et en sel est à limiter. Le lien entre la maladie coronarienne et la nutrition est établi depuis plusieurs années. Les taux de lipides sanguins, la pression artérielle et le surpoids sont trois facteurs de risque de la maladie coronarienne qui sont influencés par de mauvaises habitudes alimentaires. Plus précisément, un rôle causal important des mauvaises habitudes alimentaires est établi en regard de ces trois facteurs de risque (Nouvelle Société Française d'Athérosclérose, 1998). Pour réduire le risque de maladie coronarienne et aider à améliorer la consommation d'éléments sains pour le cœur, à contrôler le poids, à réduire la tension artérielle, à contrôler les taux de glycémie et à réduire les taux de cholestérol, le guide alimentaire canadien recommande la consommation de repas nutritifs et équilibrés

(Fondation des maladies du cœur, 2008). À la lumière du lien établi entre les mauvaises habitudes alimentaires et le risque de maladie coronarienne, il apparaît donc pertinent d'examiner le rôle de la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine en relation avec la santé psychologique de patients coronariens à l'aide d'un modèle motivationnel.

Facteurs psychosociaux

Une autre catégorie de facteurs qui doit être considérée en lien avec les MCV réfère aux facteurs psychosociaux. Plusieurs études (p. ex., Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999) démontrent que les facteurs psychosociaux contribuent significativement au développement de la maladie coronarienne. Quatre facteurs psychosociaux augmentent la probabilité d'être atteint de problèmes cardiaques. Ces facteurs sont : la personnalité de type A (hostilité), la dépression et l'anxiété, le stress relié au travail et l'absence de soutien social (Holly, 2005). Selon ce chercheur, ces facteurs influencent la santé cardiovasculaire de trois façons. D'abord, ils affectent des comportements de santé comme le tabagisme, l'alimentation, la consommation d'alcool ou l'activité physique, lesquels influencent à leur tour le risque de maladie coronarienne. Ensuite, ces facteurs peuvent causer de façon directe des maladies aiguës ou chroniques. De façon plus spécifique, les facteurs psychosociaux sont associés à des mécanismes psychophysiologiques qui peuvent influencer directement le développement de MCV (Smith & Ruiz, 2002). Enfin, il y a un risque accru d'être atteint de MCV chez les individus qui sont isolés socialement.

Ces facteurs psychosociaux interagissent avec les facteurs de risque des MCV, ce qui accroît la probabilité d'être atteint de MCV. Par exemple, un individu qui est dépressif et qui fume a plus de chance de développer une MCV qu'un individu dépressif qui ne fume pas (Rozanski et al., 1999). Ceci illustre que l'interaction entre les facteurs psychosociaux et les facteurs de risque augmente la probabilité de développer une MCV, ces deux types de facteurs représentant moins de risque lorsqu'ils sont considérés séparément. Il ressort donc clairement que les facteurs psychosociaux jouent un rôle essentiel dans le développement des MCV. Ces quatre derniers facteurs (la personnalité de type A (hostilité), la dépression et l'anxiété, le stress relié au travail et l'absence de soutien social) étant reliés à la santé psychologique, ceci suggère l'importance d'étudier cette composante non négligeable de la condition de santé auprès d'une population coronarienne. La partie qui suit traitera de la santé psychologique.

Santé psychologique

Définitions

De façon habituelle, les psychologues se sont intéressés davantage aux problèmes psychologiques (anxiété et dépression) qu'aux états plaisants et à la bonne santé psychologique (Myers & Diener, 1997). Toutefois depuis 1990, plusieurs écrits portent sur le thème du bien-être ou du bonheur dont en témoignent des ouvrages importants (p. ex., Kahneman, Diener, & Schwartz, 1999) ainsi que de nombreux articles (Boehm & Kubzansky, 2012; Bouffard, 1999; Bouffard & Lapierre, 1997; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Ryff & Singer, 1998). Ainsi, de plus en plus de théoriciens et de cliniciens

reconnaissent qu'un bon fonctionnement psychologique ne se caractérise pas seulement par l'absence de troubles psychologiques, mais également par la présence d'indices de bien-être psychologique (Shmotkin, 1998). Deux grandes traditions se dégagent donc dans les écrits: celle de la recherche en psychopathologie qui s'est intéressée aux signes de détresse ou aux affects négatifs (anxiété et dépression) et celle associée aux dimensions cognitives positives (Labelle et al., 2001). Concernant la tradition associée aux dimensions cognitives positives, la majorité des travaux portent sur l'étude du bien-être psychologique. L'ouvrage classique de Bradburn (1969) distinguait deux dimensions (l'affect positif et l'affect négatif) selon lesquelles un équilibre entre ces deux dimensions engendrait du bien-être psychologique. Watson, Clark et Tellegen (1988) ont ensuite développé le *Positive Affect and Negative Affect Scales* en considérant les deux dimensions comme indépendantes. Andrews et Withey (1976) de même que Campbell, Converse et Rodgers (1976) ont par la suite fait l'ajout d'une composante cognitive plus stable à ces dimensions : la satisfaction de vivre.

D'après Labelle et al. (2001), la diversité de facteurs pouvant définir la santé psychologique rend les chercheurs perplexes et les incitent à délaisser l'approche empirique pour privilégier l'élaboration de modèles théoriques. À cet effet, deux approches théoriques fondamentales dérivant de la philosophie d'Aristote, sont distinguées : l'hédonisme et l'eudémonisme. La première approche, l'hédonisme, met l'accent sur l'obtention du plaisir et du bonheur chez l'individu. Selon les philosophies hédonistes, l'important est « d'obtenir ce que l'on désire », suggérant ainsi que quel que

soit son but, on sera heureux et « subjectivement bien » si on atteint ce but. Les théories hédonistes visent le plaisir, les récompenses et le rendement comme si tels étaient les moteurs premiers de l'activité humaine (Laguardia & Ryan, 2000). La deuxième approche, l'eudémonisme, renvoie au sentiment d'accomplissement de son potentiel et à l'identification de buts plus profonds que le plaisir personnel. C'est ce que Waterman (1993) décrit comme étant la réalisation de soi ou le fonctionnement psychologique optimal. Selon cette perspective, la réalisation de soi est possible pour quelqu'un s'il saisit les occasions de se développer et les voit comme des défis de la vie qu'il se sent capable d'affronter. Il distingue clairement l'eudémonisme du bonheur; ce dernier ne requiert pas en lui-même de poursuivre des activités ou des buts qui stimulent la croissance personnelle et qui impliquent la réalisation de soi. Dans la poursuite du bonheur, effectivement, les efforts d'un individu ne visent pas et n'atteignent pas d'emblée la réalisation de soi. Certains travaux inspirés de la TAD viennent parfaire le point de vue de l'eudémonisme (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000; Ryan & Frederick, 1997). À cet effet, une partie subséquente de l'essai actuel présente la TAD et sa définition de la santé psychologique.

En résumé, il appert que les écrits portant sur la santé psychologique empruntent deux approches divergentes pour la définir. L'une souligne le fonctionnement de l'individu en accord avec sa propre nature (réalisation de soi) et l'autre réfère plutôt aux sentiments (plaisir ou atteinte du bonheur) de l'individu quant à sa vie (Keyes & Anna, 2009; Ryan, Huta, & Deci, 2008; Waterman, 2008). C'est selon la définition qu'elles

donnent de la santé psychologique et selon l'idée qu'elles se font de la réalisation optimale de l'être humain que diffèrent essentiellement les perspectives sur le sujet (Laguardia & Ryan, 2000). Dans la présente étude, un modèle multidimensionnel du bien-être (Ryff, 1989) soutenant la perspective eudémoniste est utilisé afin d'évaluer le fonctionnement psychologique, l'une des trois composantes de la santé psychologique. Ce modèle est présenté ci-dessous.

Modèle multidimensionnel du bien-être

Conçu par Ryff (1989) et repris ensuite par Ryff et Singer (1998), ce modèle dépasse les concepts de bonheur et d'hédonisme et s'intéresse davantage à la signification de la vie et à l'essence de la nature humaine. Ce modèle distingue six dimensions pouvant sous-tendre un fonctionnement psychologique positif. Ces dimensions sont : l'acceptation de soi (évaluations positives de soi et de son passé), la croissance personnelle (sentiment de croissance et de développement continu en tant que personne), le sens à la vie (croyance que sa vie a un but et un sens), les relations positives avec autrui (relations de qualité avec les autres), la compétence (capacité de gérer efficacement sa vie et son environnement) et l'autonomie (sens d'autodétermination). Selon ces chercheurs, il est possible que le bonheur survienne à l'occasion comme résultat secondaire de ces dimensions, mais il ne définit pas en soi ce qui fait que des gens sont psychologiquement bien (Laguardia & Ryan, 2000). La présente recherche prend également appui sur un autre modèle multidimensionnel, le modèle hiérarchique

cognitivo-affectif en santé mentale (Labelle et al., 2001). Ce modèle est présenté ci-dessous.

Modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale

Le modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale de Labelle et al. (2001) apporte une contribution éclairante relative à la santé psychologique car il vient compléter l'approche traditionnelle en psychopathologie centrée sur les signes de détresse ou les affects négatifs (anxiété, dépression) et certaines approches, comme celle de Ryff (1989), qui se limitent aux aspects cognitifs positifs. Selon Labelle et al. (2001), la santé mentale se compose des dimensions cognitive/affective et positive/négative qui chapeautent deux variables latentes : la détresse psychologique et le bien-être psychologique. La dimension affective est composée des variables anxiété situationnelle, anxiété de trait et dépression qui sont des indices associés à la détresse psychologique (aspects affectifs négatifs). La dimension cognitive est constituée de l'estime de soi, de l'actualisation du potentiel, de la satisfaction de vivre et du sens à la vie qui sont des indices apparentés au bien-être psychologique (dimensions cognitives positives). Enfin, le modèle de Labelle et al. (2001) suggère que l'absence de détresse ne signifie pas nécessairement un état de bien-être psychologique, pas plus qu'un état de bien-être psychologique signifie l'absence de détresse.

La présente recherche s'inspire du modèle de Labelle et al. (2001) dans l'optique où elle évalue à la fois des aspects négatifs (la détresse psychologique) et positifs (le

fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie) associés à la santé psychologique. La section suivante exposera les écrits recensés portant sur la relation entre les maladies cardiovasculaires et la santé psychologique.

Maladies cardiovasculaires et santé psychologique

Deux principaux construits sont examinés dans les écrits scientifiques traitant de la santé psychologique de patients coronariens : la qualité de vie reliée à la santé (health-related quality of life) et la santé psychologique de façon plus spécifique. Puisque la recherche actuelle porte sur la santé psychologique de patients coronariens, la partie portant sur ce construit sera plus détaillée. Ces études sont présentées ci-dessous.

Qualité de vie reliée à la santé et maladies cardiovasculaires

De nombreux chercheurs s'intéressant aux MCV et à ses conséquences psychologiques réfèrent à la notion de qualité de vie reliée à la santé. Cette notion a été développée afin de mesurer en outre la santé psychologique, notamment auprès de patients atteints de MCV (Riedinger, Dracup, & Brecht, 2002). Plus précisément, la qualité de vie reliée à la santé est un construit utilisé fréquemment par les chercheurs étudiant les conséquences des maladies chroniques chez les individus (Wyller, Holmen, Laake, & Laake, 1998). Cette variable permet d'obtenir la perception des individus de la qualité de vie reliée à leur santé. Ce construit permet de connaître comment les gens eux-mêmes perçoivent les changements reliés à leur santé et de savoir comment ces changements affectent leur vie (Rantanen et al., 2008). De plus, la qualité de vie reliée à

la santé examine particulièrement les effets fonctionnels de la maladie sur les plans physique, mental et social (Wikman, Wardle, & Steptoe, 2011). La qualité de vie reliée à la santé inclut donc deux principaux aspects : ceux reliés aux effets fonctionnels de la maladie aux niveaux physique, mental et social ainsi que ceux concernant les perceptions de l'individu quant à son état général et mental (Stafford, Berk, Reddy, & Jackson, 2007).

De nombreuses études ont examiné la qualité de vie reliée à la santé de patients coronariens. Alors que certaines ont évalué spécifiquement la qualité de vie reliée à la santé (Aparecida Spadoti Dantas & Aparecida Ciol, 2008; Lie, Arnesen, Sandvik, Hamilton, & Bunch, 2009; Martin et al., 2007; Müller-Nordhorn et al., 2004; Norris & King, 2009; Rantanen et al., 2008, 2009; Van Jaarsveld, Sanderman, Miedema, Ranchor, & Kempen, 2001; Unsar, Sut, & Durna, 2007; Worcester et al., 2007), d'autres ont plutôt mesuré de façon conjointe la qualité de vie reliée à la santé et la santé psychologique (soit la dépression et/ou l'anxiété) chez ces patients (Beck, Joseph, Belisle, & Pilote, 2001; Burg, Benedetto, Rosenberg, & Soufer, 2005; De Jonge, Spijkerman, van den Brink, & Ormel, 2006; Faller et al., 2007; Fauerbach et al., 2005; Goyal, Idler, Krause, & Contrada, 2005; Gravely-Witte, De Gucht, Heiser, Grace, & Van Elderen, 2007; Höfer et al., 2005; Lane, Carroll, Ring, Beevers, & Lip, 2001; Mallik et al., 2005; Mayou et al., 2000; Perski et al., 1998; Reid, Tueth, Handberg, & Nyanteth, 2006; Ruo et al., 2003; Spertus, McDonell, Woodman, & Fihn, 2000; Sullivan, LaCroix, Baum, Grothaus, & Katon, 1997; Tully, Baker, Turnbull, Winefield,

& Knight, 2009; Volz et al., 2011). De façon sommaire, ces études font ressortir que plusieurs sphères de la qualité de vie reliée à la santé subissent des dommages importants et que l'anxiété et la dépression sont associées négativement à la qualité de vie reliée à la santé chez les patients coronariens.

Afin d'apporter un éclairage supplémentaire sur la qualité de vie reliée à la santé, deux instruments fréquemment utilisés afin d'examiner ce construit sont décrits ci-dessous. Le premier instrument est le Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health (SF-36) qui mesure huit dimensions : la perception de la santé en général, le fonctionnement social, le fonctionnement physique, les limitations de rôle en raison de problèmes physiques, les limitations de rôle en raison des problèmes émotionnels, la santé mentale, la douleur corporelle et la vitalité (Ware & Sherbourne, 1992). Plus spécifique à la présente étude, la santé mentale se définit par l'humeur générale (émotions) laquelle inclut la dépression, l'anxiété et le bien-être positif (Reid et al., 2006). Le deuxième instrument est le MacNew Heart Disease Questionnaire, lequel évalue trois domaines : les limitations de rôle en raison des problèmes physiques, le fonctionnement social et le fonctionnement émotionnel (Stafford et al., 2007). Plus près de l'étude actuelle, le fonctionnement émotionnel réfère aux émotions positives (p. ex., heureux dans sa vie personnelle) et négatives (p. ex., frustré) (Höfer, Lim, Guyatt, & Oldridge, 2004).

À partir de ces données portant sur la qualité de vie reliée à la santé, il est possible de conclure que la qualité de vie reliée à la santé est un concept global permettant d'évaluer différentes dimensions de la santé mentale (dépression, anxiété et bien-être positif) et du fonctionnement émotionnel (émotions positives et négatives), ces dimensions incluant une composante de santé psychologique. À cet égard, la santé psychologique est une composante évaluée de façon plutôt générale dans la qualité de vie reliée à la santé. La présente étude est donc pertinente car elle s'intéresse à la santé psychologique de patients coronariens de manière plus approfondie. En effet, la recherche actuelle examine la santé psychologique à l'aide de trois composantes spécifiques : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique, lesquelles permettent d'évaluer à la fois des aspects négatifs (la détresse psychologique) et positifs (le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie) associés à la santé psychologique de patients coronariens. La partie qui suit présentera des études mettant en lien la santé psychologique et les maladies cardiovasculaires.

Santé psychologique et maladies cardiovasculaires

La présente partie se divise en deux. Tout d'abord, des études examinant le lien entre deux facteurs associés à la santé psychologique (la dépression et l'anxiété) avec les MVC sont présentées, ces études plus générales étant davantage axées sur la prévalence. Il est pertinent de s'intéresser à ces deux facteurs car il a été mentionné antérieurement que la dépression et l'anxiété sont des facteurs psychosociaux associés aux MCV. Ensuite, trois études sont exposées de façon détaillée, celles-ci ayant mesuré la santé

psychologique de patients coronariens de façon très précise ou en lien avec des variables s'apparentant aux trois composantes (le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique) utilisées afin d'examiner la santé psychologique dans la présente étude.

Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients coronariens

Cette première partie est composée de trois sections. Tout d'abord, des études portant sur la relation entre la dépression et les MCV sont exposées. Ensuite, des écrits mettant en lien l'anxiété et les MCV sont présentés. Enfin, une étude abordant à la fois les symptômes de dépression et d'anxiété en lien avec les MCV est détaillée.

Les écrits révèlent l'existence d'une relation significative entre la dépression et les MCV. En effet, la dépression est le trouble psychiatrique le plus souvent diagnostiqué chez les patients coronariens (Glassman & Shapiro, 1998). Chez les patients qui ont subi une insuffisance cardiaque, la prévalence de la dépression est approximativement de 20 % (Freedland et al., 1998), alors que chez ceux qui ont récemment subi un infarctus du myocarde, la prévalence est de 16 % à 22 % (Carney, Freedland, Sheline, & Weiss, 1997). Quant aux patients qui ont subi une chirurgie de pontage coronarien, la dépression est présente dans les premières semaines ou les premiers mois suivant leur chirurgie dans 20 % à 30 % des cas (Blumenthal et al., 2003), alors que chez ceux qui sont hospitalisés et en consultation externe, le trouble dépressif majeur est présent chez 15 % à 24 % d'entre eux.

Dans un même ordre d'idées, l'étude de Hance, Carney, Freedland et Skala (1996), également réalisée auprès de patients coronariens, a démontré que 17 % de ces patients présentaient un diagnostic de dépression majeure et que 17 % présentaient des symptômes dépressifs légers. Dans les 12 mois suivant le diagnostic de maladie coronarienne, la moitié des patients diagnostiqués avec une dépression majeure sont demeurés dépressifs ou ont fait une rechute. De plus, 42 % des patients présentant une symptomatologie dépressive légère ont développé une dépression majeure. Les résultats de cette dernière étude font ressortir que la dépression majeure est un trouble fréquent dont souffrent les patients coronariens et qu'il est fort probable qu'une symptomatologie dépressive légère progresse en dépression majeure dans les 12 mois suivant le diagnostic de maladie coronarienne.

Plus encore, Musselman, Evans et Nemeroff (1998) considèrent même la dépression comme un facteur de risque majeur associé au développement des MCV et à la mortalité suivant un infarctus du myocarde. Une étude a d'ailleurs mis en évidence un lien entre la dépression majeure et la mortalité suivant un infarctus du myocarde. Frasure-Smith, Lesperance et Talajic (1993) ont fait passer des examens psychiatriques à des patients dans les deux semaines suivant l'infarctus du myocarde. Parmi ces patients, 16 % étaient atteints de dépression majeure pendant leur hospitalisation. Les résultats de cette étude font ressortir que, six mois après avoir quitté l'hôpital, 17 % des patients dépressifs sont décédés, comparativement à 3 % des patients non-dépressifs. Les résultats de cette étude révèlent donc que les patients atteints de dépression courent un risque plus élevé de

mourir dans les six mois suivant leur hospitalisation, comparativement aux patients non-dépressifs.

Quant aux recherches portant sur la relation entre l'anxiété et les MCV, une étude de Sullivan, LaCroix, Spertus et Hecht (2000) a révélé que des symptômes d'anxiété sont retrouvés chez 5 % à 10 % des patients atteints d'une maladie cardiaque chronique. Concernant les patients atteints d'une maladie coronarienne aiguë et se trouvant dans des unités de soins cardiaques, l'étude de Cassem et Hackett (1971) a démontré que l'incidence des symptômes d'anxiété est approximativement de 50 %. Une étude plus récente de Bankier, Januzzi et Littman (2004) a été réalisée auprès de 100 patients coronariens afin de diagnostiquer la présence de troubles psychiatriques. Parmi ces troubles, l'anxiété généralisée a été diagnostiquée chez 24 % des patients alors que le syndrome de stress post-traumatique a été diagnostiqué chez 29 % des patients.

De plus, une relation significative a également été reconnue entre les troubles anxieux et la mort cardiaque soudaine (Schulman, Muskin, & Shapiro, 2005). En effet, une étude effectuée par Haines, Imeson et Meade (1987) a démontré que le risque de mort cardiaque soudaine est quatre fois plus élevé chez les patients qui souffrent d'anxiété phobique. À l'instar des écrits mentionnés précédemment démontrant que la dépression est un facteur de risque majeur associé au développement des MCV et à la mortalité suivant un infarctus du myocarde, les résultats de cette étude mettent en évidence que la présence d'anxiété augmente le risque de mortalité cardiaque.

Pour terminer, Strik, Denollet, Lousberg et Honig (2003) ont fait une comparaison entre les symptômes d'anxiété et les symptômes de dépression comme prédicteurs d'événements cardiaques et de recours fréquents aux services médicaux suite à un infarctus du myocarde. Les résultats démontrent que les symptômes d'anxiété et de dépression sont tous deux prédicteurs d'événements cardiaques et que seuls les symptômes d'anxiété sont prédicteurs de réhospitalisation cardiaque et de recours fréquents aux services médicaux. Cette dernière étude met en évidence que l'anxiété, contrairement à la dépression, est un facteur déterminant quant à la prédiction de réhospitalisation cardiaque et de recours fréquents aux services médicaux.

En somme, en plus de représenter deux facteurs liés à la santé psychologique de patients coronariens, les écrits démontrent que la dépression et l'anxiété sont également associées à la mortalité chez ces patients. Pour la dépression, il a été démontré qu'il est fort probable qu'une symptomatologie dépressive légère progresse en dépression majeure, et ce, dans les 12 mois suivant le diagnostic de maladie coronarienne. Concernant l'anxiété, les écrits révèlent que celle-ci est déterminante quant à la prédiction de réhospitalisation cardiaque et de recours fréquents aux services médicaux et qu'elle augmente également le risque de mortalité cardiaque. À la lumière de ce qui est démontré dans les écrits concernant l'association de la dépression et de l'anxiété avec les MCV, il s'avère donc pertinent de s'intéresser plus spécifiquement au lien entre la santé psychologique et les maladies cardiovasculaires. La partie suivante présentera des

études mettant en relation la santé psychologique et les maladies cardiovasculaires de façon plus spécifique.

Études mettant en lien la santé psychologique et les maladies cardiovasculaires

Tel qu'énoncé précédemment, différentes approches sont utilisées afin de définir la santé psychologique. Concernant la présente étude, rappelons que cette variable est évaluée à l'aide de trois composantes et examine à la fois des aspects négatifs (la détresse psychologique) et positifs (le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie) liés à la santé psychologique de patients coronariens. Considérant la variété d'écrits portant sur la santé psychologique de patients coronariens, seules les études les plus pertinentes à la présente recherche seront présentées. En ce sens, celles ayant examiné la santé psychologique de patients coronariens de façon très précise ou à l'aide de variables s'apparentant aux trois composantes utilisées dans la recherche actuelle seront présentées. Dans cette optique, trois études seront exposées.

La première étude est celle de Birket-Smith, Hansen, Hanash, Hansen et Rasmussen (2009) réalisée auprès de 86 patients coronariens en consultation externe dont la moyenne d'âge est de 72,4 ans. L'objectif était d'examiner la survie et le bien-être de patients coronariens atteints de troubles mentaux et de ceux qui sont non-atteints pendant une durée de six ans. Cette étude est pertinente à la recherche actuelle car en plus de mettre en lien le bien-être et la survie de patients coronariens, elle met en relation ces variables avec leur santé mentale. La santé mentale était définie par la

présence ou l'absence de troubles mentaux et a été évaluée à l'aide du Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Spitzer et al., 1995), le Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Robert et al., 1992) et le Clock Drawing (Freedman, Leach, Kaplan, Shulman, & Delis, 1994). Le bien-être a par ailleurs été mesuré à l'aide du Well-Being Index (Heun, Burkart, Maier, & Bech, 1999). Les résultats font ressortir que parmi ces 86 patients, 33 souffraient de troubles mentaux dont 6 de démence, 11 de dépression majeure et 6 de dépression mineure, 6 de troubles anxieux, 2 de troubles somatoformes non-spécifiés, 1 de dépendance à l'alcool et 1 de psychose. Après six ans de suivi, les résultats ont montré que 40 patients, dont 17 étaient atteints et 23 étaient non-atteints de troubles mentaux, sont décédés. Les résultats ont également mis en évidence que les patients atteints de troubles mentaux, aussi bien que ceux qui n'ont pas survécu durant le suivi de six ans, présentaient un faible niveau de bien-être comparativement à ceux qui n'étaient pas atteints de troubles mentaux et qui ont survécu. Bref, l'étude de Birket-Smith et al. (2009) fait clairement ressortir que le bien-être est relié à la survie chez des patients coronariens.

La deuxième étude est celle de Van Elderen, Maes et Dusseldorp (1999) qui ont évalué l'effet de deux types de stratégies d'adaptation (coping), soient les stratégies d'approche et d'évitement, sur l'anxiété, la dépression et le bien-être de 278 patients coronariens dont la moyenne d'âge est de 54 ans. Cette étude est pertinente à la recherche actuelle dans la mesure où elle met en relation le bien-être avec l'anxiété et la dépression lesquelles représentent deux aspects négatifs s'apparentant à la composante

détresse psychologique, et ce, par l'entremise de deux types de stratégies d'adaptation. Ces auteurs définissent les stratégies d'adaptation comme étant tous les efforts permettant de gérer ou de s'adapter aux demandes externes ou internes perçues. L'anxiété a été évaluée à l'aide d'une version européenne du State-Trait Anxiety Inventory (Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1981). La dépression a quant à elle été examinée à l'aide d'une version abrégée du Maastricht Questionnaire for Vital Exhaustion and Depression (Appels, Pool, Lubsen, & Van der Does, 1979). Quant au bien-être, il a été évalué à l'aide du Validated Medical Psychological Questionnaire for Heart Patients (Erdman, 1982). L'anxiété, la dépression et le bien-être ont été examinés un mois, trois mois et douze mois après l'événement cardiaque à l'aide d'analyses transversales et longitudinales. Les analyses transversales ont fait ressortir aux trois temps de mesures des relations négatives significatives entre la stratégie d'approche et le bien-être, et des relations positives significatives entre la stratégie d'approche d'une part, et l'anxiété et la dépression d'autre part. De plus, un mois après l'événement cardiaque, la stratégie d'évitement a été positivement associée au bien-être et négativement à l'anxiété. Par ailleurs, les analyses longitudinales révèlent une relation négative entre la stratégie d'approche un mois après l'événement cardiaque et l'anxiété et la dépression examinées aux temps de mesure subséquents. De même, les résultats font ressortir une association positive entre la stratégie d'approche un mois et trois mois après l'événement cardiaque et le bien-être aux temps de mesure ultérieurs. Bien que cela ne soit pas favorable à court terme, Van Elderen et al. (1999) mettent en évidence l'importance à long terme d'affronter les impacts psychologiques liés à l'événement

cardiaque afin d'atténuer la détresse émotionnelle et par conséquent améliorer le bien-être des patients coronariens.

La troisième étude (Page et al., 2010) a examiné la relation entre la dépression et la satisfaction de vie auprès de 63 patients coronariens dont la moyenne d'âge est de 66 ans, et ce, six mois après qu'ils aient subi un événement cardiaque aigu. Comme la présente étude, celle-ci évalue donc à la fois des aspects négatifs (dépression) et des aspects positifs (satisfaction de vie) reliés à la santé psychologique, ceux-ci s'apparentant d'ailleurs à la détresse psychologique et à la satisfaction de vie lesquelles sont des composantes de la recherche actuelle. Afin de mesurer les symptômes dépressifs, les participants devaient compléter le Cardiac Depression Scale (Hare & Davis, 1996). Quant à la satisfaction de vie, celle-ci était examinée à l'aide du Personal Well-Being Index évaluant les huit domaines suivants : les habitudes de vie, la santé, les réalisations, les relations, la sécurité, le lien à la communauté, la sécurité future et la spiritualité/religion (International Wellbeing Group, 2005). Les résultats de cette étude démontrent d'abord la présence de symptômes dépressifs chez les participants ainsi qu'une corrélation négative significative entre les symptômes dépressifs et la satisfaction de vie chez ces derniers. Bref, Page et al. (2010) mettent en évidence que la dépression est un problème courant dont souffrent les patients ayant subi un événement cardiaque aigu.

À la lumière des résultats issus de ces trois études, il ressort d'abord que le bien-être est relié à la survie chez des patients coronariens. De plus, les écrits mettent en évidence l'importance à long terme d'affronter les impacts psychologiques reliés à l'événement cardiaque afin d'atténuer la détresse émotionnelle et conséquemment améliorer le bien-être chez cette population. Enfin, un lien négatif entre les symptômes dépressifs et la satisfaction de vie a été établi chez les patients coronariens.

Bien que ces trois études apportent un éclairage sur la santé psychologique de patients coronariens, la présente recherche est la seule à examiner cette variable auprès de cette population à l'aide de trois composantes spécifiques (le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique). L'étude actuelle est donc pertinente car en plus d'évaluer la santé psychologique de façon très précise, elle examine à la fois des aspects négatifs (la détresse psychologique) et positifs (le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie) associés à cette variable chez des patients coronariens. De plus, rappelons que l'originalité de l'étude actuelle réside dans le fait qu'elle met en relation la santé psychologique avec des facteurs motivationnels liés à deux comportements de santé (activité physique et alimentation saine) ainsi qu'avec le soutien familial, et ce, à partir de variables explorées par la TAD. La présente recherche vise plus précisément à comprendre de quelle façon le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille ainsi que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine sont associés à la santé psychologique de ces patients. Cette compréhension pourrait permettre d'orienter de

nouvelles méthodes d'intervention au sein des programmes de réhabilitation cardiaque. La partie qui suit présentera les écrits recensés portant sur le soutien familial des patients coronariens.

Soutien familial des patients coronariens

Soutien familial et domaine de la santé

La famille est l'agent social premier jouant un rôle dans la promotion de la santé et du bien-être (World Health Organization, 1976). L'importance du soutien familial a été démontré dans le domaine de la santé en général, de même qu'en regard des patients coronariens. En effet, la famille représente l'unité principale auprès de laquelle les patients reçoivent du soutien pour parvenir à mieux s'adapter et à atteindre un meilleur fonctionnement quant à leur santé. De façon plus générale, plusieurs études démontrent le rôle du soutien social et de la relation maritale dans la diminution du taux de morbidité et de mortalité de patients coronariens (Berkman, Leo-Summers, & Horwitz, 1992; Burman & Margolin, 1992; Coyne, Ellard, & Smith, 1990; Coyne & Fiske, 1992; Holahan, Moos, Holahan, & Brennan, 1995; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Newsom & Schulz, 1996; Revenson, 1994; Rohrbaugh et al., 2002; Sarason, Sarason, & Pierce, 1990, 1994). De façon plus spécifique, des études révèlent que les patients coronariens qui reçoivent du soutien familial sont davantage portés à adhérer à des plans de réhabilitation que ceux qui n'en reçoivent pas (Hilscher, Bartley, & Zarski, 2005; Kelly & Lambert, 1992; Yates, Skaggs, & Parker, 1994). Ces dernières études permettent de démontrer que le soutien familial joue un rôle clé dans la réhabilitation de patients

coronariens. D'ailleurs, les écrits mettent en évidence que le soutien familial est un facteur incontournable qui doit être considéré dans la réhabilitation cardiaque (Tapp, 2004). Quinn (1999) prétend que le soutien familial joue un rôle fondamental dans le maintien des comportements de santé, le rétablissement suite à un incident cardiaque et la prévention de rechutes.

L'étude longitudinale de Case, Moss, Case, McDermott et Eberly (1992), constituée de 1 234 patients ayant subi un infarctus du myocarde et ayant été suivis pendant deux ans, a démontré que demeurer seul (sans conjoint) comparativement à habiter avec un conjoint était un facteur de risque indépendant d'incidents cardiaques futurs. Cette étude indique que les personnes qui demeurent seules et qui ne reçoivent pas de soutien marital sont plus à risque de subir des problèmes cardiaques que celles qui vivent avec un conjoint et qui reçoivent du soutien marital.

Plusieurs études (Burman & Margolin, 1992 ; Coyne et al., 2001; Kriegsman, Penninx, & van Eijk, 1994; Rohrbaugh et al., 2002) démontrent un lien entre la qualité de la relation maritale et la santé cardiovasculaire. La qualité de la relation maritale fait référence à la satisfaction, à l'ajustement et au bonheur marital. Cela réfère plus précisément à l'évaluation subjective du conjoint de sa relation maritale (Burman & Margolin, 1992). Ces dernières études font ressortir que la qualité de la relation maritale est un facteur important affectant la condition de santé des patients coronariens. Effectivement, la qualité de la relation maritale affecte la santé cardiovasculaire des

patients en incitant ces derniers à adopter un régime alimentaire complexe, à faire de l'activité physique et à prendre leur médication (Everson et al., 1997; Lyons, Mickelson, Sullivan, & Coyne, 1998). L'étude longitudinale de Coyne et al. (2001) a d'ailleurs démontré l'importance de la qualité de la relation maritale dans la survie des patients coronariens. Cette étude, réalisée auprès de 189 patients coronariens et de leur(e) conjoint(e) sur une période de quatre ans, a révélé que la qualité de la relation maritale était un contributeur statistiquement significatif de la prédiction de la mortalité des patients.

Par ailleurs, diverses études (Campbell, 2003; Fiscella, Franks, & Shields, 1997; Fisher, & Weihs, 2000; Kurylo, Elliott, DeVivo, & Dreer, 2004; Wang & Fenske, 1996; Wang, Mittleman, & Orth-Gomer, 2005) ont mis en évidence les bienfaits du soutien familial sur la santé en général ainsi que la relation positive entre le soutien familial et l'adoption ainsi que le maintien de comportements de santé. Les écrits scientifiques montrent qu'il y a trois mécanismes par lesquels la famille et les autres relations sociales peuvent influencer la santé : un mécanisme qui met en lumière la composante biologique, un autre qui est d'ordre psychophysiologique et un dernier qui relève des comportements de santé (Campbell, 2003). De façon plus précise, le premier mécanisme concerne notamment la génétique et les infections que les membres de la famille peuvent transmettre au patient. Les systèmes immunitaires et neuroendocriniens constituent le deuxième mécanisme par lequel la famille et les autres relations sociales peuvent influencer la santé de patients coronariens. Enfin, le dernier mécanisme, celui le plus

pertinent à la présente étude, concerne les comportements de santé que le patient peut observer chez sa famille et adopter ainsi les mêmes. Par exemple, sur le plan de l'alimentation, les membres d'une même famille ont généralement tendance à consommer la même quantité de calories, de sel, de cholestérol et de gras. De plus, lorsqu'un membre de la famille change son alimentation, les autres membres ont tendance à adopter ces mêmes changements (Sexton et al., 1987).

L'étude de Chung, Lennie, Riegel et Moser (2006) a examiné le lien entre la relation maritale et l'adhérence médicamenteuse en comparant les patients cardiaques avec et sans conjoint(e). Les résultats démontrent que les patients avec conjoint(e) prennent leur médication tel que prescrite à 90 % et que les patients sans conjoint(e) prennent leur médication seulement à 80 %. De plus, bien que prendre la médication à la période indiquée représente une difficulté dans les deux groupes, les résultats montrent que les patients avec conjoint(e) prennent leur médication à cette période dans 70 % des cas alors que les patients sans conjoint(e) prennent leur médication au moment approprié dans seulement 49 % des cas. Les résultats de cette étude montrent donc l'existence d'un lien entre le soutien marital et l'adhérence médicamenteuse. Plus les patients reçoivent du soutien marital, plus ils sont portés à prendre leur médication, et ce, de façon régulière.

Surprotection

Bien que le soutien familial soit positif à plusieurs égards pour les patients coronariens, il existe néanmoins des aspects négatifs quant au fait d'être soutenu par la famille. Effectivement, il existe un type de soutien familial nommé surprotection (nagging) qui s'avère plutôt néfaste. La surprotection est un phénomène relationnel, apportant des conséquences utiles d'une part et nuisibles d'autre part, selon lequel les membres de la famille tentent d'offrir du soutien émotionnel et de l'encouragement aux patients coronariens afin que ceux-ci maintiennent leurs comportements de santé (Tapp, 2004). Les membres de la famille qui surprotègent le patient laissent croire à ce dernier qu'il n'est pas capable d'accomplir certaines tâches et tentent de le protéger, ce qui a comme conséquence de diminuer le sentiment de compétence chez le patient (Hilscher et al., 2005). Ainsi, en dépit de sa bonne volonté, une famille qui surveille de façon excessive le patient, exerçant ainsi une pression exagérée en regard de l'établissement de changements comportementaux chez ce dernier, peut finalement lui nuire (Tapp, 2004).

Une étude (Joeke, Van Elderen, & Schreurs, 2007) longitudinale réalisée auprès de 82 patients coronariens a examiné certaines variables s'apparentant à celles mesurées dans la présente recherche en lien avec ce type de soutien familial (surprotection). Ces chercheurs ont examiné les relations entre le sentiment de compétence (self-efficacy), le sentiment de surprotection, la santé psychologique, la qualité de vie reliée à la santé et l'auto-gestion (self-management) chez ces patients. Les résultats de cette étude mettent en évidence que les patients qui perçoivent de la surprotection de la part du conjoint

ressentent de la détresse psychologique (anxiété, dépression) et ont une plus faible qualité de vie reliée à la santé. Quant à ceux qui ont un sentiment de compétence en leurs capacités d'exécuter des tâches et des comportements d'auto-gestion, les résultats font ressortir que ces derniers ont une meilleure santé psychologique ainsi qu'une meilleure qualité de vie reliée à leur santé. À la lumière de cette étude, la surprotection représente un type de soutien familial néfaste pour les patients coronariens. Un des objectifs de la présente étude est d'examiner la relation entre le soutien familial aux besoins d'autonomie et de compétence et la santé psychologique de patients coronariens.

Intervention auprès des familles

À la lumière des données précédentes, la famille apparaît donc jouer un rôle fondamental pour la santé des patients atteints de MCV. Plusieurs études (Block, 1984; Burman & Margolin, 1992; Campbell, 2003; Hilscher et al., 2005; Knafl & Gilliss, 2002) font ressortir l'importance d'intégrer la famille dans les plans de réhabilitation des patients, et ce, principalement dans un but de diffusion d'informations et de prévention. Bohachick et Anton (1990) recommandent de donner de l'information et du soutien émotionnel non seulement au patient coronarien, mais également au conjoint ou à la conjointe car les résultats de leur étude ont démontré que les deux membres du couple vivent de la détresse psychosociale. Après avoir examiné plusieurs études, Campbell et Patterson (1995) arrivent à la conclusion qu'une approche familiale est plus efficace qu'une approche individuelle pour réduire les facteurs de risque de MCV et pour changer des comportements de santé auprès des patients coronariens, notamment

concernant l'alimentation. À titre d'exemple, il est plus efficace que tous les membres de la famille mangent sainement afin de maintenir une saine alimentation. Ceci démontre l'existence d'une relation entre les comportements de santé adoptés par la famille et ceux adoptés par le patient. Enfin, les patients ainsi que leur(e) conjoint(e) devraient participer ensemble aux plans de réhabilitation, notamment ceux visant la réduction des facteurs de risque (Hilscher et al., 2005).

En somme, la famille s'avère être reliée à la santé des patients coronariens. Alors que certaines études (Burman & Margolin, 1992; Coyne et al., 2001; Kriegsman et al., 1994; Rohrbaugh et al., 2002) démontrent que la qualité de la relation maritale est reliée à la santé cardiovasculaire, d'autres mettent en évidence les bienfaits du soutien familial sur la santé en général des patients coronariens de même que la relation positive entre le soutien familial et l'adoption ainsi que le maintien de comportements de santé chez ces patients (Campbell, 2003; Fiscella et al., 1997; Fisher & Weihs, 2000; Kurylo et al., 2004; Wang & Fenske, 1996; Wang et al., 2005). Malgré les multiples facettes positives du soutien familial liées à la santé des patients coronariens, il existe également des côtés néfastes reliés au soutien familial, plus précisément lorsqu'il y a surprotection auprès des patients. L'importance du soutien familial en regard de la santé des patients coronariens ayant été largement démontrée au sein des écrits, diverses études (Block, 1984; Bohachick & Anton, 1990; Burman & Margolin, 1992; Campbell, 2003; Campbell & Patterson, 1995; Hilscher et al., 2005; Knafl & Gilliss, 2002) recommandent d'ailleurs d'intégrer la famille dans les plans de réhabilitation. En effet, inclure la famille au sein

de ces plans permettrait notamment d'informer et de supporter le patient ainsi que les membres de sa famille, et ce, afin de fournir l'aide appropriée à chacun des membres (Hilscher et al., 2005). La partie qui suit exposera le lien unissant le soutien familial et la qualité de vie reliée à la santé chez des patients coronariens.

Soutien familial et qualité de vie reliée à la santé

Un lien est établi entre le statut marital et la qualité de vie reliée à la santé de patients coronariens. L'étude de Christian, Cheema, Smith et Mosca (2007) réalisée auprès de 160 patientes coronariennes fait ressortir que le statut marital est un déterminant majeur de la qualité de vie reliée à la santé six mois après leur hospitalisation. Plus précisément, les sphères de la qualité de vie reliée à la santé qui ont été évaluées à l'aide du SF-36 six mois après l'hospitalisation sont: le fonctionnement physique, les limitations de rôle en raison de la santé physique, la douleur corporelle, la santé en général, la vitalité, le fonctionnement social, les limitations de rôle en raison des problèmes émotionnels et la santé mentale (Ware & Sherbourne, 1992). La santé mentale y était définie comme étant le niveau d'anxiété et le bien-être positif ressentis durant le dernier mois. De façon générale, les résultats mettent en évidence que les patientes mariées jouissent d'une meilleure qualité de vie reliée à leur santé que celles qui sont célibataires et que le statut marital est donc un élément déterminant de la qualité de vie reliée à la santé de ces patientes. Dans le même sens, Bosworth et al. (2000) ont évalué la qualité de vie reliée à la santé de 1 478 patients coronariens (63 % étaient des hommes) à l'aide du SF-36. Globalement, les résultats de cette étude démontrent que les patients coronariens qui

sont célibataires ont une qualité de vie reliée à leur santé moindre que celle des patients mariés. Ces deux dernières études portant sur la qualité de vie reliée à la santé de patients coronariens mettent donc en évidence une relation positive entre le statut marital et la qualité de vie reliée à la santé chez ces patients. La partie suivante traitera du lien entre le soutien familial et la santé psychologique.

Soutien familial et santé psychologique

De façon générale, un lien entre le soutien familial et la santé psychologique est reconnu dans les écrits. Parmi ces écrits, Okun et Keith (1998) font ressortir que le soutien familial est associé à une faible symptomatologie dépressive chez les adultes âgés de 60 à 92 ans. Le but de l'étude était de constater l'effet d'échanges sociaux sur les symptômes dépressifs. Les résultats de cette étude, recueillis auprès de 849 adultes âgés entre 60 à 92 ans, indiquent que recevoir des échanges sociaux provenant de la famille est associé à de faibles symptômes dépressifs. Cela signifie donc que les gens âgés entre 60 et 92 ans qui reçoivent du soutien familial vivent moins de dépression que ceux qui n'en reçoivent pas.

Plus spécifique aux patients coronariens, une étude réalisée auprès de 1 817 patients par Sherbourne et Hays (1990) a permis d'établir un lien positif entre la relation maritale et la santé mentale. C'est à l'aide des trois dimensions suivantes : l'anxiété, la perte de contrôle aux plans émotionnel et comportemental et les émotions positives que la santé mentale a été évaluée. Les résultats mettent en évidence un lien positif entre la relation

maritale et la santé mentale chez les patients et permettent donc de conclure que la relation maritale est liée positivement à la santé mentale de ces derniers.

En somme, les écrits permettent d'établir un lien entre le soutien familial et la santé psychologique de façon générale, entre le soutien familial (statut marital) et la qualité de vie reliée à la santé de patients coronariens de même qu'entre le soutien familial (relation maritale) et la santé mentale de ces patients. De plus, une étude (Joekes et al., 2007) a permis d'établir qu'un type de soutien familial néfaste (surprotection) de la part du conjoint est associé à de la détresse psychologique (anxiété, dépression) et à une plus faible qualité de vie reliée à la santé chez les patients coronariens.

Toutefois, aucune étude n'a examiné la relation entre le soutien familial et la santé psychologique de patients coronariens à l'aide de trois composantes spécifiques (le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique) et du cadre théorique de la TAD. Cette théorie propose que des variables motivationnelles seraient à l'origine des comportements de santé des individus et que ces mêmes variables exercent un effet sur la santé psychologique (Sheldon et al., 2003). Dans la prochaine section, la théorie de l'autodétermination et les variables motivationnelles qui la définissent seront exposées.

Théorie de l'autodétermination

Définitions

La motivation est un état dynamique qui tire ses origines dans les perceptions qu'une personne a d'elle-même et de son environnement et qui l'incite à choisir une activité, à s'y engager et à persévérer dans son accomplissement afin d'atteindre un but (Careau & Fournier, 2002). Le grand dictionnaire de la psychologie (Bloch, 2002) fournit la définition suivante de la motivation : « Processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'un comportement ainsi que de la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce le comportement ». Selon Roussel (2001), il y a quatre éléments constitutifs de la motivation sur lesquels s'accordent les psychologues : le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Toutefois, même s'il y a consensus concernant ces quatre éléments caractéristiques de la motivation, chacune des diverses théories existantes tentent de définir, d'expliquer et de comprendre la motivation à partir de son propre modèle.

L'étude actuelle prend appui sur le cadre théorique de la TAD. Cette théorie, élaborée par Deci et Ryan (1985, 1995), expose comme principe essentiel qu'il y a trois besoins universels de base (autonomie, compétence et affiliation sociale) qui mènent à la motivation humaine. De plus, ces trois besoins doivent être satisfaits à travers la durée de la vie pour que l'individu éprouve un sentiment d'intégrité et de bien-être ou un fonctionnement psychologique optimal (eudémonisme) (Ryan & Frederick, 1997;

Waterman, 1993). Au même titre que les nutriments le sont pour le développement physique et l'atteinte d'une bonne santé, ces trois besoins sont considérés comme essentiels pour le développement psychologique de l'individu (Gagné & Deci, 2005; Deci & Ryan, 2002). Un environnement social qui supporte la satisfaction de ces trois besoins universels de base prédit un bon fonctionnement de l'individu, alors que des facteurs qui nuisent ou entravent la satisfaction de ces besoins prédisent un mauvais fonctionnement de l'individu (Deci & Ryan, 2002).

En somme, la TAD adopte le concept de l'eudémonisme ou de la réalisation de soi pour définir la santé psychologique mais, de plus, elle définit précisément ce qu'il faut entendre par la réalisation de soi et par quels processus elle est atteinte. En effet, elle soutient que les humains ont des besoins psychologiques fondamentaux et que leur satisfaction est essentielle à leur croissance, à leur intégrité et à leur bien-être. Par ailleurs, la TAD diffère de l'approche hédoniste laquelle propose que c'est l'atteinte d'un but qui procure du bien-être, tandis que pour la TAD, le bien-être n'est relié à l'atteinte d'un but qu'à la condition que ce but satisfasse un besoin de base (Laguardia & Ryan, 2000).

La TAD a été supportée empiriquement dans plusieurs domaines tels que la santé, l'activité physique, l'alimentation, l'éducation, le travail, le sport, les loisirs, les relations interpersonnelles, l'environnement et la psychothérapie (Vallerand, Pelletier, & Koestner, 2008). Cependant, aucune étude à ce jour n'a examiné le soutien aux besoins

d'autonomie et de compétence par la famille en relation avec la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique chez des patients coronariens, et ce, à l'aide du cadre théorique de la TAD. Cette théorie ayant été antérieurement validée par des écrits scientifiques dans de multiples domaines, il est pertinent d'examiner les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique chez une population coronarienne.

Besoins universels de base

La TAD identifie trois besoins universels de base : les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. L'autonomie réfère au besoin pour une personne d'être à l'origine ou à la source de son propre comportement (deCharms, 1968; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Connell, 1989). C'est un besoin qui incite la personne à agir selon ses propres valeurs et intérêts (Deci & Ryan, 2002). Le besoin d'autonomie est donc relié à l'action volontaire de la personne et crée une impression chez celle-ci d'avoir pleinement choisi de s'adonner à une activité (Deci & Ryan, 1985). Lorsqu'une personne agit avec autonomie, son comportement est considéré comme l'expression de soi (Deci & Ryan, 2002). La TAD expose que pour prédire l'identification et l'intégration d'un comportement autonome, le support à l'autonomie s'avère être le plus important des facteurs socio-environnementaux (Gagné & Deci, 2005).

La compétence réfère au besoin pour une personne de se sentir efficace dans ses interactions avec l'environnement social et d'avoir l'occasion d'exercer et d'exprimer ses propres capacités, ce qui lui permet d'augmenter son sentiment de compétence. En fait, la compétence fait référence au sentiment de confiance et d'efficacité dans l'action (Deci & Ryan, 2002). Selon la TAD, l'obtention du sens de la compétence est facilitée par l'autonomie. Lorsqu'un individu est volontairement engagé et qu'il s'empresse de poser une action, il est davantage apte à apprendre et à appliquer de nouvelles stratégies et compétences (Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005). La TAD expose que la compétence n'est pas suffisante pour assurer l'adhérence à l'action, elle doit être accompagnée de l'autonomie (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008).

L'affiliation sociale réfère au sentiment d'être connecté aux autres, de prendre soin d'eux et d'être à la fois significatif pour eux. C'est ressentir un sentiment d'appartenance envers les autres individus de même qu'envers la communauté (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995). La TAD stipule qu'une personne a plus de chance d'être motivée de manière autodéterminée si elle entretient des relations harmonieuses, satisfaisantes et valorisantes avec les autres et s'il y a dans son entourage des personnes en qui elle peut avoir confiance (Bégin, Gagnon-Girouard, Provencher, & Lemieux, 2006).

Concept de motivation et types de motivation

La TAD identifie différents types de motivation, chacun de ces derniers ayant des conséquences spécifiques au niveau de l'apprentissage, de la performance, des expériences personnelles et du bien-être (Ryan & Deci, 2000). De façon générale, il existe trois grands types de motivation : l'amotivation (AM), la motivation extrinsèque (ME) et la motivation intrinsèque (MI). C'est par le degré d'autodétermination qui sous-tend les comportements que ces trois catégories se distinguent l'une de l'autre (Deci & Ryan, 1985).

Amotivation

L'amotivation (AM) réfère à une absence de toute forme de motivation (Ryan & Deci, 2006). L'individu amotivé ne perçoit pas de lien entre son comportement et ce qui en découle, alors il n'agit pas avec l'intention d'atteindre un résultat. De plus, il se sent incompetent et agit comme s'il avait peu ou pas de contrôle sur ses comportements. Les comportements sont perçus comme s'ils étaient causés par des forces extérieures. Une conséquence de l'amotivation est que l'individu décide de quitter l'activité (Deci & Ryan, 2002).

Motivation extrinsèque

La motivation extrinsèque (ME) réfère à l'engagement dans une activité pour atteindre un certain résultat (Ryan & Deci, 2000). Plus précisément, le but de l'activité vise à obtenir quelque chose de positif ou à éviter quelque chose de négatif (Deci &

Ryan, 1985). En fait, l'activité est réalisée non pas pour le plaisir retiré à faire l'activité en soi, mais davantage pour des raisons instrumentales. Par exemple, un patient qui adopte un comportement de santé parce qu'il accorde de la valeur à son apparence physique ou encore parce qu'il veut plaire à sa famille est motivé de façon extrinsèque. C'est un facteur externe qui provoque une pression interne à agir chez l'individu, cette dernière l'incitant à effectuer un comportement prédéfini qui lui permettra d'obtenir ou d'éviter les résultats attendus (Ryan & Deci, 2006). La ME comprend quatre types de régulation du comportement dont le degré d'autodétermination diffère: la régulation externe, la régulation introjectée, la régulation identifiée et la régulation intégrée.

Motivation extrinsèque par régulation externe. La régulation externe consiste à s'engager dans une activité pour satisfaire une demande externe ou pour obtenir une récompense (Ryan & Deci, 2000). L'individu perçoit que l'origine de la régulation de son comportement est externe, c'est-à-dire comme étant contrôlé ou étranger à lui-même (deCharms, 1968). C'est le type de régulation du comportement pour lequel le degré d'autodétermination est le moins élevé (Deci & Ryan, 2002).

Motivation extrinsèque par régulation introjectée. La régulation introjectée est une forme contrôlée de régulation du comportement selon laquelle les comportements sont exécutés afin d'éviter la culpabilité ou l'anxiété ou pour atteindre un accroissement de son amour-propre et de son sentiment de valeur personnelle (Ryan & Deci, 2000). L'individu commence à intérioriser les sources de contrôle externe comme les

récompenses ou les contraintes de l'environnement extérieur (Deci & Ryan, 1985). Il y a intégration partielle de la régulation du comportement, car une pression interne perçue s'impose à l'individu pour satisfaire une exigence extérieure. Elle ne fait donc pas partie du soi de la personne (Kolwal & Fortier, 1999). L'individu perçoit l'origine de la régulation de son comportement comme étant externe à lui-même (Ryan & Deci, 2000). De cette façon, elle ne représente pas une forme de motivation autodéterminée (Ryan & Deci, 2006).

Motivation extrinsèque par régulation identifiée. La régulation identifiée est une forme plus autonome ou plus autodéterminée de ME. Elle implique une évaluation consciente des buts, des comportements ainsi que le sens que prennent ceux-ci pour la personne (Ryan & Deci, 2006). Elle se présente lorsque le comportement est considéré comme personnellement important (Ryan & Deci, 2000). Le comportement est alors valorisé et a de l'importance pour l'individu. Il y a un engagement dans l'activité et celle-ci est exécutée par choix, ce qui amène une identification à l'activité (Deci & Ryan, 2002). La personne s'identifie donc à l'activité et valorise son expression, ce qui crée un plus haut degré de perception d'autonomie (Deci & Ryan, 1985).

Motivation extrinsèque par régulation intégrée. La forme de ME la plus autodéterminée est la régulation intégrée. C'est lorsqu'il y a assimilation entière des comportements identifiés que ce type de motivation est présent, c'est-à-dire lorsque l'identification a été évaluée et considérée comme étant en congruence avec les valeurs,

les buts et les besoins propres à la personne (Ryan & Deci, 2000). L'individu ne ressent plus de pression interne l'obligeant à répondre à une demande extérieure. Toutefois, cela ne signifie pas que la personne est intéressée par l'activité en soi, comme tel est le cas pour la motivation intrinsèque (Ryan & Deci, 2006). La personne agit parce qu'il y a des raisons externes et importantes pour elle qui la motivent. Les comportements caractérisés par la régulation intégrée comportent certaines qualités communes à la motivation intrinsèque, mais demeurent liés à la ME à cause de l'importance accordée à l'atteinte de résultats plutôt qu'au plaisir (Ryan & Deci, 2000).

Motivation intrinsèque

La motivation intrinsèque (MI) est la tendance à rechercher la nouveauté et les défis pour exploiter ses capacités, explorer et apprendre (Ryan & Deci, 2000). C'est une propension naturelle vers l'assimilation, la maîtrise, l'intérêt spontané et l'exploration qui est essentielle au développement cognitif et social et qui représente une source principale de plaisir et de vitalité (Csikszentmihalyi & Rathunde, 1993; Ryan, 1995). La MI n'est pas liée à une contingence ou à un renforcement. C'est plutôt une tendance à s'engager dans une activité pour le plaisir et la satisfaction que procure le comportement en soi. Enfin, la MI se caractérise par l'impression d'avoir le contrôle et d'être à l'origine de ses propres comportements (Ryan & Deci, 2006).

En somme, la TAD présente la motivation selon un continuum d'autodétermination. Ce continuum débute par l'amotivation qui est une absence de motivation et se termine

avec la motivation intrinsèque qui représente le plus haut niveau d'autodétermination (Ryan & Deci, 2006). Entre ces deux extrêmes se situent les quatre types de régulation du comportement de la motivation extrinsèque. Par ordre croissant de degré d'autodétermination, ces types sont : la régulation externe, la régulation introjectée, la régulation identifiée et la régulation intégrée (Deci & Ryan, 2002).

Théorie de l'intégration organismique

La théorie de l'intégration organismique est une sous-théorie de la TAD introduite par Deci et Ryan (1985). Cette théorie décrit les différentes formes de ME et les facteurs environnementaux qui facilitent ou nuisent à l'internalisation et à l'intégration de la régulation des comportements (Ryan & Deci, 2000). Le processus d'internalisation permet de comprendre de quelle façon une personne travaille activement pour transformer une régulation externe (ME) en une régulation autoréglée (MI). Cette théorie propose que, lorsque les besoins de base des individus sont satisfaits, ces derniers sont naturellement prédisposés à intégrer et à intérioriser les comportements régis par des facteurs externes. Si des personnes significatives pour l'individu ou un groupe de référence l'encouragent à faire une activité que celui-ci trouvait inintéressante (motivée extrinsèquement) au tout début, l'individu va tenter d'intérioriser cette activité (Deci & Ryan, 2002). L'activité de départ pour laquelle une ME animait l'individu s'est transformée en une activité pour laquelle l'individu est maintenant motivé de façon intrinsèque. Le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille étant une variable examinée dans la présente étude, il est raisonnable de croire que la famille

peut nuire ou faciliter l'internalisation et la régulation de comportements de santé chez les patients coronariens. La prochaine section traitera de la théorie de l'autodétermination dans les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation.

Théorie de l'autodétermination dans les domaines de la santé, de l'activité physique et
de l'alimentation

Théorie de l'autodétermination dans le domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, le soutien à l'autonomie a été reconnu comme pouvant être l'élément le plus crucial à considérer par les cliniciens lorsque leurs patients adhèrent à des programmes thérapeutiques (Sheldon et al., 2003). Des études ont été réalisées auprès de patients obèses (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996) et auprès de patients diabétiques (Williams, Freedman, & Deci, 1998). Ces études avaient pour objectifs la perte de poids et le contrôle du taux de glycémie chez les patients. D'autres recherches ayant pour but d'étudier l'adhérence médicamenteuse et la cessation tabagique ont été réalisées auprès de patients prenant une médication (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998) et auprès de patients fumeurs (Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002). Une dernière étude a été réalisée auprès de patients souffrant de douleur à la poitrine, cette dernière visant l'adoption d'un mode de vie sain par les patients (Williams, Gagné, Mushlin, & Deci, 2005). Toutes ces études démontrent que le soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant aide à promouvoir la motivation autodéterminée des patients, ce qui les amène à intérioriser la

régulation de comportements de santé (Sheldon et al., 2003). En effet, un climat qui soutient l'autonomie du patient encourage la responsabilité et l'initiative personnelle de ce dernier, suscite chez lui l'intériorisation des raisons personnelles de se soigner, lui permet de vivre les changements obtenus comme étant les résultats d'une décision personnelle ainsi que de conserver les conduites favorables à sa santé (Laguardia & Ryan, 2000).

Le soutien à la compétence a lui aussi démontré son importance dans le domaine de la santé. Certaines recherches ont été effectuées en mesurant à la fois le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence des patients de la part du personnel soignant. Dans une étude réalisée auprès de patients diabétiques (Williams, Freedman, et al., 1998), le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence étaient tous deux corrélés modérément avec un taux peu élevé d'hémoglobine glyquée évalué pendant douze mois. De plus, les résultats de cette même étude ont révélé que des changements dans le sentiment d'autonomie étaient associés à des changements au niveau du sentiment de compétence, qui à leurs tours étaient associés à des changements du taux d'hémoglobine glyquée. Dans une autre étude réalisée auprès de fumeurs (Williams et al., 2002), les résultats ont montré que le soutien à l'autonomie et à la compétence sont tous deux reliés significativement à la cessation tabagique. Toutefois, cette étude révèle que le soutien à la compétence est relié à la cessation tabagique seulement sur une courte période, soit six mois et 12 mois après le début de l'étude. Quant au soutien à l'autonomie, celui-ci s'avère lié à la cessation tabagique sur une longue période, soit six mois, 12 mois et

même 30 mois après le début de l'étude. Bref, cette étude fait donc ressortir le rôle du soutien à l'autonomie dans le maintien d'un comportement de santé (cessation tabagique) à long terme. Enfin, dans une étude visant à évaluer l'adhérence médicamenteuse (Williams, Rodin, et al., 1998), seul le soutien à l'autonomie s'est avéré relié à l'adhérence médicamenteuse. Le soutien à la compétence n'a donc pas été significatif dans cette étude. Bref, la majorité des études portant sur le soutien à l'autonomie et à la compétence de la part du personnel soignant font ressortir que le soutien à la compétence pourrait être un facteur de moindre importance que le soutien à l'autonomie dans le maintien d'un comportement de santé à long terme (Sheldon et al., 2003).

Quant à l'affiliation sociale, les recherches dans le domaine de la santé ont peu examiné ce besoin comparativement à ceux d'autonomie et de compétence. En effet, les écrits dans ce domaine ont plutôt fait ressortir un lien positif entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence de la part du personnel soignant et la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé ainsi que le maintien de ces mêmes comportements chez une population clinique souffrant de problématiques de santé diverses (Williams et al., 1996, 1999, 2002, 2005; Williams, Freedman, et al., 1998; Williams, Rodin, et al., 1998). De plus, Vallerand et al. (2008) prétendent que le besoin d'affiliation sociale est celui le moins étudié dans les écrits antérieurs comparativement aux deux autres besoins. Selon l'opinion de Koestner et Losier (2002), le besoin d'affiliation sociale n'est pas essentiel pour atteindre une motivation

intrinsèque car l'individu peut avoir une motivation intrinsèque même s'il est engagé dans une activité solitaire. Au contraire, la satisfaction des besoins d'autonomie et de compétence suscite une motivation intrinsèque car cette forme de régulation implique que l'individu soit engagé dans des activités qui lui donnent l'opportunité d'éprouver du plaisir, de relever des défis optimaux et d'acquérir des habiletés.

Dans le cadre de la présente étude, seuls les besoins d'autonomie et de compétence sont examinés. Prenant appui sur les écrits réalisés dans le domaine de la santé, il est sensé de croire que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée. Enfin, prenant appui sur les propos de Koestner et Losier (2002) ainsi qu'en tenant compte de l'ampleur des variables examinées dans la présente étude et de l'envergure d'un essai doctoral, seuls les besoins d'autonomie et de compétence sont mesurés dans la recherche actuelle.

En résumé, les écrits réalisés dans le domaine de la santé font clairement ressortir le lien positif entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence de la part du personnel soignant et la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé ainsi qu'au maintien de ces comportements chez une population clinique souffrant de problématiques de santé variées (Williams et al., 1996, 1999, 2002, 2005; Williams, Freedman, et al., 1998; Williams, Rodin, et al., 1998). Bien que ces dernières études prennent appui sur des variables explorées par la TAD et, qu'à cet égard, il serait

possible de présumer un lien positif entre le soutien aux deux besoins de la part du personnel soignant, la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé et la santé psychologique de ces patients, ces études n'ont pas mesuré précisément la santé psychologique. La présente recherche est donc novatrice car elle examine la santé psychologique à l'aide de variables explorées par la TAD dans le domaine de la santé. De plus, les chercheurs dans ce domaine ne se sont pas intéressés au soutien aux deux besoins par la famille mais plutôt par le personnel soignant. À la lumière de ces études, cela porte à croire que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens serait autodéterminée. Plus près de la motivation autodéterminée spécifique aux deux comportements de santé examinés dans la présente étude, un autre corpus de recherches réalisées dans les domaines de l'activité physique et de l'alimentation a également pris appui sur des variables examinées par la TAD. La prochaine partie abordera la théorie de l'autodétermination dans le domaine de l'activité physique.

Théorie de l'autodétermination dans le domaine de l'activité physique

De façon plus générale, l'étude de Standage, Duda et Ntoumanis (2003) réalisée auprès d'adolescents provenant du milieu secondaire révèle qu'un climat soutenant l'autonomie par l'enseignant en activité physique amène une motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez ces adolescents. De ce fait, ces derniers sont portés à faire de l'activité physique en dehors des cours, c'est-à-dire dans leur temps de loisirs.

L'étude d'Edmunds, Ntoumanis et Duda (2008) réalisée auprès de femmes a quant à elle démontré un lien positif entre le soutien à l'autonomie par l'entraîneur physique, la satisfaction des besoins psychologiques (autonomie, compétence et affiliation sociale) et une motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique. Dans la même optique, l'étude de Silva et al. (2010) menée auprès de femmes adhérant à un programme d'activité physique a fait ressortir une relation positive entre une approche soutenant l'autonomie par l'équipe de soignants, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et l'adhérence à l'activité physique chez ces femmes.

Plus spécifique à la présente recherche, une seule étude a été recensée en lien avec le soutien au besoin d'autonomie de patients coronariens. L'étude de Russell et Bray (2010), réalisée auprès de 53 patients atteints de MCV, avait pour but de mettre en relation la perception du soutien à l'autonomie par l'entraîneur physique (exercice interventionists), la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et l'adoption de comportements d'activité physique (marche, bicyclette) chez des patients coronariens en réhabilitation cardiaque. Le soutien à l'autonomie par l'entraîneur se manifestait par l'information donnée aux patients concernant les bénéfices de l'activité physique et du programme de réadaptation, en leur donnant un feed-back sur leur évolution au sein du processus, en les aidant à affronter les difficultés rencontrées et en les encourageant à poser leurs questions et à s'engager à adopter des comportements de santé. Les résultats de cette étude ont été recueillis à l'aide de trois questionnaires, chacun évaluant une des trois variables (soutien à l'autonomie par l'entraîneur,

motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et adoption de comportements d'activité physique). Les résultats révèlent que la perception du soutien à l'autonomie par l'entraîneur est associée positivement à la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique, qui à son tour, est associée positivement à l'adoption ainsi qu'au maintien de comportements d'activité physique. Cette étude tend donc à démontrer que la motivation autodéterminée est positivement associée à l'adoption de comportements de santé et au maintien de ces derniers, cela ayant été antérieurement démontré sur le plan théorique par Deci et Ryan (2008). L'étude de Russell et Bray (2010) est la seule à ce jour, avec celle de Slovinec D'Angelo, Reid et Pelletier (2007) présentée ci-dessous, à avoir examiné des variables de la TAD dans le domaine de l'activité physique chez des patients atteints de MCV.

L'étude de Slovinec D'Angelo et al. (2007) a été réalisée auprès de 200 patients cardiaques participant à un programme d'activité physique intégré à leur processus de réhabilitation. Le but de l'étude était d'examiner les processus à court et à long terme reliés au changement de comportement afin de comprendre pourquoi certaines personnes ne maintiennent pas les comportements modifiés alors que d'autres continuent de changer leurs comportements, et donc à pratiquer une activité physique régulière. Cette étude met en évidence que le sentiment d'efficacité personnelle (qui s'apparente au sentiment de compétence) et la motivation sont deux processus psychologiques associés à différentes phases du changement de comportement. Les résultats de l'étude démontrent que le sentiment d'efficacité personnelle est relié au processus initial qui

sous-tend l'intention du changement de comportement (changement à court terme), alors que la motivation est liée à la formation du plan d'activité physique (changement à long terme). Ces résultats font donc ressortir qu'il y a deux processus psychologiques bien distincts qui sont associés à chacune des phases du changement de comportement (court et long terme) et que les patients cardiaques qui sont motivés de façon autodéterminée réussissent à maintenir un changement de comportement à long terme.

En bref, les études réalisées dans le domaine de l'activité physique en général démontrent une relation positive entre le soutien aux deux besoins (autonomie et compétence) par l'entraîneur et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez les participants. Plus près de la population ciblée dans la présente étude, seulement deux recherches (Russel & Bray, 2010; Slovinec D'Angelo et al., 2007) ont examiné des variables de la TAD dans le domaine de l'activité physique chez les patients atteints de MCV. Bien que Slovinec D'Angelo et al. (2007) aient étudié ces variables de la TAD auprès de patients cardiaques, ces derniers n'ont pas examiné précisément le soutien aux deux besoins (autonomie et compétence) exposés par cette théorie ni la santé psychologique auprès de cette population. Quant à Russell et Bray (2010), bien qu'ils aient considéré le soutien au besoin d'autonomie en lien avec la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez des patients coronariens, ces derniers ne se sont pas intéressés à l'aspect familial du soutien aux deux besoins ni à la santé psychologique. Prenant appui sur la TAD, il serait également possible de présumer que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par

la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique est autodéterminée et meilleure est la santé psychologique de patients coronariens. La partie suivante traitera de la théorie de l'autodétermination dans le domaine de l'alimentation.

Théorie de l'autodétermination dans le domaine de l'alimentation

Dans le domaine de l'alimentation, trois études ont examiné le lien entre des variables de la TAD et les comportements alimentaires. Parmi celles-ci, deux (Pelletier & Dion, 2007; Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo, & Reid, 2004) s'avèrent plus près de l'étude actuelle dans l'optique où elles ont examiné l'ajustement psychologique. La première étude (Pelletier, Dion, & Lévesque, 2004), celle étant moins liée à la présente recherche, a été réalisée auprès d'étudiantes universitaires âgées entre 17 et 50 ans. Ces derniers se sont intéressés au lien entre la motivation autodéterminée globale, les influences socioculturelles concernant l'image corporelle et les symptômes boulimiques. Ils définissent la motivation autodéterminée globale comme étant une variable qui prend en considération le degré général d'autodétermination dans la vie. Les résultats de cette étude révèlent que plus la motivation autodéterminée globale des étudiantes concernant différents aspects de leur vie est élevée, moins celles-ci perçoivent de pressions socioculturelles concernant l'image corporelle, moins elles sont portées à adhérer aux croyances de la société concernant la minceur et l'obésité et moins elles présentent de symptômes boulimiques. Bref, la motivation autodéterminée globale serait un facteur de protection (buffer) contre les influences socioculturelles concernant l'image corporelle et elle diminuerait le risque de présenter des symptômes boulimiques chez les femmes.

Bien que Pelletier, Dion et Lévesque (2004) se soient intéressés à la relation entre la motivation autodéterminée globale, les influences socioculturelles concernant l'image corporelle et les symptômes boulimiques, ces derniers n'ont pas examiné la santé psychologique dans leur étude.

La deuxième étude est celle de Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo et Reid (2004) qui se sont intéressés à la relation entre les formes de régulation, les comportements alimentaires, le maintien des changements de comportements diététiques (sustained dietary behavior change) et l'ajustement psychologique. Plus près de la présente recherche, ils ont évalué l'ajustement psychologique à l'aide de différentes variables telles que les symptômes dépressifs, l'estime de soi et la satisfaction de vie. À l'aide de trois études, ces auteurs ont examiné cette relation auprès d'étudiantes universitaires (études 1 et 2) et de personnes volontaires recrutées dans des unités de médecine (étude 3). Les résultats des deux premières études viennent supporter la TAD et font ressortir qu'une régulation autonome est positivement associée à des comportements alimentaires sains alors qu'une régulation contrôlée est positivement associée à des comportements alimentaires dysfonctionnels et négativement associée à des comportements alimentaires sains. Dans la troisième étude, ils ont mesuré l'adhérence à long terme à des comportements diététiques plus sains chez une population à risque de maladie coronarienne pendant une période de 26 semaines. Les résultats mettent en évidence que la motivation autodéterminée globale évaluée à la première semaine permet de prédire le degré d'autodétermination des comportements alimentaires 13 semaines plus tard, qui

elle à son tour, permet de prédire des changements de comportements diététiques après 26 semaines. Enfin, les résultats de leur étude font ressortir que des comportements alimentaires sains peuvent avoir un impact positif sur l'ajustement psychologique en général alors que des comportements alimentaires dysfonctionnels peuvent affecter négativement l'ajustement psychologique en général.

La troisième étude (Pelletier & Dion, 2007), réalisée auprès d'étudiantes universitaires âgées entre 16 et 54 ans, avait pour objectif de tester un modèle de régulation des comportements alimentaires afin de mieux saisir le lien par lequel l'insatisfaction corporelle serait associée à des comportements alimentaires dysfonctionnels ou à des comportements alimentaires sains. Les résultats de l'étude font ressortir que la motivation autodéterminée globale dans la vie des étudiantes peut être un facteur de protection contre les pressions concernant l'image corporelle et l'adhérence aux croyances de la société concernant la minceur et l'obésité. Les résultats démontrent également que la motivation autodéterminée globale des étudiantes est positivement associée à une régulation autonome des comportements alimentaires et négativement associée à une régulation contrôlée des comportements alimentaires. Enfin, les résultats mettent en évidence un lien positif entre une régulation autonome et des comportements alimentaires sains et un lien positif entre une régulation contrôlée et des comportements alimentaires dysfonctionnels. En somme, l'insatisfaction corporelle résultant des pressions concernant l'image corporelle et l'adhérence aux croyances de la société en ce qui concerne la minceur et l'obésité pourrait être davantage associée à une régulation

contrôlée des comportements alimentaires. De façon plus spécifique à la présente étude, ils se sont également intéressés aux conséquences des formes de régulation des comportements alimentaires sur l'ajustement psychologique. Ces derniers ont évalué l'ajustement psychologique de la même manière que Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo et Reid (2004), c'est-à-dire à l'aide des variables telles que les symptômes dépressifs, l'estime de soi et la satisfaction de vie. Les résultats de leur étude vont également dans le même sens que ceux de Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo et Reid (2004) et révèlent que les étudiantes qui adoptent des comportements alimentaires sains présentent un ajustement psychologique positif alors que celles qui présentent des symptômes boulimiques ont un ajustement psychologique moindre.

En résumé, les trois dernières études (Pelletier & Dion, 2007; Pelletier, Dion, & Lévesque, 2004; Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo, & Reid, 2004) réalisées dans le domaine de l'alimentation mettent en évidence un lien positif entre la motivation autodéterminée globale et l'adoption de comportements alimentaires sains chez les participants. De plus, deux de celles-ci (Pelletier & Dion, 2007; Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo, & Reid, 2004) sont plus près de l'étude actuelle et font ressortir une relation positive entre la motivation autodéterminée globale, l'adoption de comportements alimentaires sains et l'ajustement psychologique. Ces trois études viennent donc supporter la TAD et, à cet égard, il est raisonnable de prédire une relation positive entre la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine et la santé psychologique chez des patients coronariens.

Outre les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation qui sont plus spécifiques à la présente recherche, plusieurs études réalisées dans les domaines de l'éducation (Chirkov & Ryan, 2001; Guay & Vallerand, 1997; Julien, Guay, Sénécal, & Poitras, 2009; Nadeau, Sénécal, & Guay, 2003; Niemiec et al., 2006; Niemiec & Ryan, 2009; Noels, Clément, & Pelletier, 1999; Pelletier, 2005; Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière, & Blais, 1995; Ratelle, Larose, Guay, & Sénécal, 2005; Roth, Assor, Niemiec, Ryan, & Deci, 2009; Vallerand & Bissonnette, 1992; Vallerand, Fortier, & Guay, 1997; Zimmerman, 2000) et du sport (Brière, Vallerand, Blais, & Pelletier, 1995; Coatsworth & Conroy, 2009; Frederick & Ryan, 1993; Pelletier, Fortier, Vallerand, Tuson, & Brière, 2001; Sarrazin, Vallerand, Guillet, Pelletier, & Cury, 2002) ont également pris appuis sur des variables de la TAD. Bien que ces études réalisées dans ces deux domaines soient moins en lien avec l'étude actuelle, celles-ci viennent clairement supporter la TAD. La partie suivante présentera des études traitant de modèles médiateurs et de la théorie de l'autodétermination dans différents domaines.

Modèles médiateurs et théorie de l'autodétermination dans différents domaines

Cette partie se divise en deux. Tout d'abord, des études traitant des modèles médiateurs dans les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation sont abordées, celles-ci étant davantage en lien avec la recherche actuelle. Par la suite, des études traitant de modèles médiateurs et de la TAD dans les domaines de l'éducation, du sport, des relations interpersonnelles et du travail sont présentées, ces dernières étant moins en lien avec la présente recherche.

Dans le domaine de la santé, aucune étude n'a examiné la présence d'une relation médiatrice entre des variables de la TAD (soutien aux besoins d'autonomie et de compétence), la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique, d'où le caractère novateur de la présente étude.

Dans le domaine de l'activité physique, l'étude de Ntoumanis (2005) a permis de faire ressortir que la motivation autodéterminée spécifique à l'éducation physique est un médiateur partiel du lien entre la satisfaction des besoins psychologiques et les affects, l'effort, les nouvelles intentions de participation et l'abandon chez des étudiants adolescents.

Quant au domaine de l'alimentation, l'étude d'Otis et Pelletier (2008) a démontré que deux types de stratégies de planification des comportements alimentaires, les stratégies d'approche et d'évitement, sont des médiateurs partiels du lien entre le type de motivation et les comportements alimentaires. De façon plus précise, la stratégie d'approche est médiatrice des effets d'une motivation autonome à adopter des comportements alimentaires sur des comportements alimentaires sains alors que la stratégie d'évitement est médiatrice des effets d'une motivation contrôlée à adopter des comportements alimentaires sur des comportements alimentaires dysfonctionnels.

Dans le domaine de l'éducation, plusieurs études (Brault-Labbé & Dubé, 2010; Litalien & Guay, 2010; Nadeau et al., 2003; Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon, & Deci, 2004; Vansteenkiste, Simons, Lens, Soenens, & Matos, 2005) ont permis de démontrer la présence d'une relation médiatrice entre des variables de la TAD. Plus spécifique à la présente recherche, l'étude récente de Brault-Labbé et Dubé (2010), menée auprès de 266 étudiants universitaires, a permis d'identifier une relation médiatrice entre l'autodétermination (motivation autodéterminée), l'engagement scolaire et le bien-être personnel des étudiants. Cette étude poursuivait deux principaux objectifs : 1) appliquer un modèle tridimensionnel de l'engagement psychologique à l'univers scolaire, en y incluant certaines considérations motivationnelles; 2) préciser la nature des mécanismes par lesquels l'autodétermination interagit avec l'engagement scolaire pour favoriser le bien-être personnel des étudiants. Le bien-être personnel a été évalué à l'aide des indicateurs suivants : le sens donné à la vie, le bonheur, la satisfaction de vie, la satisfaction scolaire, la fréquence des émotions positives et négatives et la perception de l'état de santé physique. Les résultats de cette étude ont permis de corroborer l'hypothèse selon laquelle l'engagement scolaire est médiateur du lien entre l'autodétermination et le bien-être personnel chez les étudiants.

Concernant le domaine du sport, l'étude de Mouratidis, Vansteenkiste, Lens et Sideridis (2008) a mis en évidence que la motivation autodéterminée est une variable médiatrice dans la relation entre la satisfaction du besoin de compétence de la part de l'entraîneur et le bien-être psychologique de l'individu.

Dans le domaine des relations interpersonnelles, l'étude de Patrick, Knee, Canevello et Lonsbary (2007) a également permis de démontrer que la motivation est une variable médiatrice du lien entre la satisfaction des besoins psychologiques (autonomie, compétence et affiliation sociale) et la satisfaction des relations elles-mêmes. Enfin, dans le domaine du travail, l'étude de Rubino, Luksyte, Jansen Perry et Volpone (2009) a permis d'établir une relation médiatrice entre les agents stressants au travail, la motivation intrinsèque (médiateur) et l'épuisement professionnel.

Somme toute, les études recensées dans différents domaines (activité physique, alimentation, éducation, sport, relations interpersonnelles et travail) mettent en évidence que la motivation peut agir à titre de variable médiatrice. La présente étude vise d'ailleurs à examiner si la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique chez des patients coronariens.

Synthèse des écrits

À la lumière des études recensées, aucune n'a examiné particulièrement la santé psychologique de patients coronariens, et ce, en plus de mesurer le soutien familial à l'aide de variables explorées par la TAD et d'un modèle médiateur. Les écrits révèlent un lien entre la dépression et les MCV de même qu'entre l'anxiété et les MCV. La dépression et l'anxiété représentant deux facteurs liés à la santé psychologique, il est

donc pertinent de s'intéresser plus spécifiquement à la santé psychologique chez une population coronarienne. De plus, les écrits portant sur la TAD font ressortir que plus un individu reçoit du soutien aux besoins d'autonomie et de compétence, plus ce dernier tend à être motivé de façon autodéterminée et, par conséquent, meilleure est sa santé psychologique.

Dans le domaine de la santé, les recherches démontrent une relation positive entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence de la part du personnel soignant et la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé ainsi que le maintien de ces derniers chez une population clinique souffrant de problématiques de santé diverses. Toutefois, aucune étude n'a examiné l'aspect familial du soutien aux besoins d'autonomie et de compétence en lien avec la santé psychologique de patients coronariens. Dans le domaine de l'activité physique, les études en général montrent une relation positive entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par l'entraîneur et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez les participants. Plus spécifique aux patients coronariens, bien que seulement deux études (Russel & Bray, 2010; Slovynec D'Angelo et al., 2007) aient examiné des variables de la TAD dans le domaine de l'activité physique chez ces patients, aucune n'a évalué le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille ni la santé psychologique chez cette population. Dans le domaine de l'alimentation, les écrits mettent en évidence une relation positive entre la motivation autodéterminée globale, l'adoption de comportements alimentaires sains et l'ajustement psychologique. Enfin,

plusieurs études réalisées dans divers domaines (activité physique, alimentation, éducation, sport, relations interpersonnelles et travail) montrent que la motivation peut agir à titre de variable médiatrice.

Enfin, les écrits démontrent une relation entre le soutien familial et la santé psychologique de manière générale. De façon plus spécifique aux patients coronariens, les études font ressortir un lien entre le soutien familial et la qualité de vie reliée à la santé de même qu'entre le soutien familial et la santé mentale. De plus, une étude (Joekees et al., 2007) a permis d'établir que la surprotection de la part du conjoint est liée à de la détresse psychologique (anxiété, dépression) et à une plus faible qualité de vie reliée à la santé chez les patients coronariens. Toutefois, aucune étude n'a examiné les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine ainsi que la santé psychologique de patients coronariens.

Objectifs et hypothèses de recherche

La présente étude vise donc à évaluer les liens entre la perception du soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille (variable indépendante) et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine ainsi que la santé psychologique (variable dépendante). La recherche actuelle est la première à mettre en relation ces trois dernières variables auprès d'une population coronarienne du SLSJ, et plus spécifiquement, six mois après l'événement cardiaque. De façon plus

précise, cette étude vise à déterminer l'association entre ces variables et la santé psychologique et à identifier si la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. L'étude des relations entre ces variables découlant de la TAD et la santé psychologique pourrait contribuer à améliorer la compréhension des mécanismes impliqués dans la santé psychologique de patients coronariens. Cela pourrait conduire notamment à des recommandations pour les plans de réhabilitation des patients.

À la lumière des écrits fournis dans le contexte théorique, il est possible de formuler les hypothèses de recherche suivantes :

H1: Plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée.

H2: Plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens.

H3: Plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est autodéterminée, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens.

H4 : La motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique des patients coronariens.

H5 : Le soutien au besoin d'autonomie par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille.

Méthode

Cette section décrit la méthode retenue pour réaliser la présente étude. Elle se divise en quatre parties. La première partie présente une description de l'échantillon utilisé. La deuxième section décrit les instruments de mesure utilisés de même que leurs propriétés psychométriques. La troisième partie porte sur le déroulement de l'étude et la dernière présente les analyses statistiques effectuées.

Participants

L'échantillon à l'étude est constitué de 293 patients adultes ayant un diagnostic de maladies cardiovasculaires (MCV) et provenant de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ). La moyenne d'âge est de 60,80 ans. Le recrutement de ces patients a été fait sur une base volontaire parmi ceux référés annuellement pour coronographie au département de médecine de jour ou hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus ou un syndrome coronarien aigu à l'Hôpital du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (HCSSSC). Les critères d'inclusion de l'étude étaient (1) être un adulte âgé de 18 à 75 ans, (2) avoir reçu un diagnostic de maladie cardiaque athérosclérotique confirmé et (3) être hospitalisé en cardiologie ou pour une chirurgie cardiovasculaire ou effectuer un séjour au département de médecine de jour. Les critères d'exclusion portaient sur les patients qui souffrent de maladie psychiatrique ou cognitive significative ainsi que sur les patients qui souffrent de maladie débilitante qui affecte le pronostic de survie (néoplasie, insuffisance rénale terminale, maladie neuromusculaire

affectant les activités quotidiennes). La présente étude a reçu l'approbation éthique provenant du Comité de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ces approbations sont présentées à l'Appendice A.

Instruments de mesure

Cette étude transversale de type corrélationnel s'inscrit dans le cadre d'une recherche longitudinale s'échelonnant sur un an avec quatre temps de mesure : T1 (point de départ), T2 (trois mois), T3 (six mois) et T4 (12 mois). Les participants sélectionnés dans la recherche globale ont donc été rencontrés à quatre reprises au cours d'une période de 12 mois. Une enquête par questionnaire a constitué la méthodologie utilisée, celle-ci ayant été effectuée par un assistant de recherche. Les instruments employés et décrits ci-dessous sont issus des questionnaires au T1 et au T3, les deux temps de mesure considérés pour la présente étude. Plus précisément, les informations sociodémographiques proviennent du questionnaire au T1 et les principales variables à l'étude : le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique proviennent du questionnaire au T3. C'est en raison des variables sélectionnées pour la présente étude ainsi que des données disponibles au moment de l'élaboration du projet de recherche que les présents résultats sont constitués des informations recueillies auprès des patients six mois après qu'ils aient subi un événement cardiaque.

Questionnaire

Le questionnaire utilisé est constitué d'instruments adaptés à la population coronarienne et dont les qualités psychométriques ont été validées. Les différentes composantes de ce questionnaire (informations sociodémographiques, soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et santé psychologique) sont présentées ci-dessous. Le questionnaire est présenté à l'Appendice B.

Informations sociodémographiques

Les informations sociodémographiques ont été récoltées à l'aide de questions de nature descriptive qui proviennent du projet « Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : Heart Institute of Prevention and Rehabilitation Centre; HIPRC » (Wielgosz & Reid, 2001). Voici un exemple d'énoncé auquel le participant devait répondre : « Quel est votre état matrimonial actuel ? ». Il devait alors choisir entre les quatre réponses suivantes : 1) marié(e), y compris en union libre, 2) célibataire, 3) séparé(e)/divorcé(e) ou 4) veuf/veuve.

Soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille

Les questions de cet instrument mesuraient la perception du patient quant au soutien à l'autonomie et à la compétence reçu par sa famille. Voici un exemple d'énoncé sur lequel le participant devait se prononcer concernant le soutien à l'autonomie: « Ma famille me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à

ma santé » et un autre sur lequel il devait se prononcer quant au soutien à la compétence : « Les commentaires que je reçois de ma famille me font sentir incertain(e) de mes capacités vis-à-vis ma santé ». À l'aide d'une échelle de type Likert à sept points allant de 1 (*jamais*) à 7 (*toujours*), le participant avait à préciser jusqu'à quel point il était en accord avec l'énoncé. Un score total de soutien à l'autonomie a été calculé en faisant la somme des items de l'échelle et un score total de soutien à la compétence a été obtenu en additionnant les items de l'échelle, ceux du soutien à la compétence étant inversés. Pour chacun des deux besoins, un plus haut score indique un meilleur soutien perçu.

Cette mesure de perceptions des comportements interpersonnels a été développée et validée à l'aide de quatre études effectuées par Pelletier, Sharp, Beaudry et Otis (manuscrit en préparation) dans différentes sphères de la vie (éducation, sport, et relations avec les parents). L'échelle des comportements interpersonnels (ECI) est fondée sur la théorie de l'autodétermination et elle est constituée de trois sous-échelles divisées en neuf items qui ont pour objectif de mesurer le soutien à l'autonomie, le soutien à la compétence et l'attachement manifesté vis-à-vis autrui. Concernant la première étude, une analyse factorielle exploratoire conduite auprès d'un échantillon mixte (impliquant les perceptions des enseignants, des parents et des entraîneurs) a permis d'appuyer la structure à trois facteurs de l'échelle. Lors de la deuxième étude, trois analyses factorielles confirmatoires (LISREL) réalisées auprès d'échantillons indépendants (perception des parents, d'enseignants, de partenaires intimes et

d'entraîneurs) ont permis de reproduire la structure factorielle de l'échelle lors de la première étude. Cette étude a également permis d'établir une cohérence interne acceptable entre les items de chaque sous-échelle (alphas entre 0,77 et 0,88). Quant à la troisième étude, des analyses corrélationnelles ont permis de supporter la validité de l'ECI. Ces analyses corrélationnelles ont été réalisées entre les sous-échelles de l'ECI, les diverses formes de motivation définies par la TAD de même que des concepts reliés aux domaines de l'éducation, des relations intimes, du sport et du bien-être psychologique général des participants. La quatrième étude a permis d'établir que les trois sous-échelles présentaient toutes des coefficients test-retest satisfaisants ($r = 0,79$). Quant aux présentes analyses, selon la règle de cohérence interne de Kline (2004), la cohérence interne s'avère limite entre les items mesurant le soutien à l'autonomie ($\alpha = 0,65$) et faible entre les items mesurant le soutien à la compétence ($\alpha = 0,58$).

Motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique

Cette échelle mesure la motivation présentée par le patient à pratiquer une activité physique. Cette échelle a été adaptée de l'échelle développée par Sheldon, Ryan et Reis (1996). Elle n'a pas encore fait l'objet de travaux spécifiques de validation en langue française. Elle comprend six sous-échelles qui mesurent de façon indépendante la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque par régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe de même que l'amotivation. Chacun des six types de motivation a été évalué à l'aide d'un seul item. Par exemple, la motivation intrinsèque était évaluée à l'aide de l'item suivant : « Je pratique régulièrement une activité physique purement

pour l'intérêt et le plaisir que je retire à faire de l'activité physique ». C'est à l'aide d'une échelle de type Likert à sept points allant de 1 (*pas du tout en accord*) à 7 (*tout à fait en accord*) que le participant devait choisir son degré d'accord avec l'énoncé. Un score total de motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique a été calculé à l'aide de la formule $(3(n1) + 2(n5) + (n4) - (n3) - 2(n2) - 3(n6))$ qui attribue un poids aux sous-échelles selon leur place sur le continuum d'autodétermination et qui calcule un index total de motivation autodéterminée. Un plus haut score indique une motivation plus autodéterminée spécifique à l'activité physique.

Motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine

Cette échelle mesure la motivation du patient à adopter une alimentation saine. Cette échelle a également été adaptée de l'échelle développée par Sheldon, Ryan et Reis (1996), celle-ci n'ayant pas encore été validée en français. Elle est aussi constituée de six sous-échelles qui mesurent de façon indépendante la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque par régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe de même que l'amotivation. Les six types de motivation ont été évalués à l'aide d'un seul item. Par exemple, la motivation extrinsèque identifiée était mesurée à l'aide de l'item suivant : « J'adopte des habitudes alimentaires plus saines parce que c'est important pour moi d'améliorer ma santé ». Le participant avait également à exprimer son degré d'accord avec l'énoncé à l'aide d'une échelle de type Likert à sept points allant de 1 (*pas du tout en accord*) à 7 (*tout à fait en accord*). Un score total de motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine a été calculé en utilisant une formule

(3(n1) + 2(n5) + (n4) - (n3) - 2(n2) - 3(n6)) qui attribue un poids aux sous-échelles selon leur place sur le continuum d'autodétermination et qui calcule un index total de motivation autodéterminée. Un plus haut score indique une motivation plus autodéterminée spécifique à l'alimentation saine.

Santé psychologique

La santé psychologique a été évaluée à l'aide de trois composantes : le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. La première composante, le fonctionnement psychologique, a été évaluée à l'aide d'une échelle développée par Ryff (1989) et traduite et validée en français par Bouffard et Lapierre (1997). Cette échelle de type Likert s'échelonne de 1 (*fortement en désaccord*) à 6 (*fortement en accord*) et permet d'examiner ce qui pourrait sous-tendre un fonctionnement psychologique positif. Ainsi, l'instrument comporte 18 items et évalue six dimensions : l'acceptation de soi, la croissance personnelle, le sens à la vie, les relations positives avec autrui, la compétence et l'autonomie. Il permet à l'individu de répondre à une question telle que : « En général dans ma vie, j'ai le sentiment que je maîtrise la situation dans laquelle je vis ». Un score total a été calculé en additionnant tous les items de l'échelle dont huit sont inversés. Un plus haut score indique un meilleur fonctionnement psychologique.

Les alphas de Cronbach des différentes dimensions de l'instrument varient de 0,86 à 0,93. Cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques puisque la fidélité test-

retest à six semaines d'intervalle se distribue de la façon suivante : 0,85 (acceptation de soi), 0,83 (relations positives avec autrui), 0,88 (autonomie), 0,81 (compétence), 0,82 (sens à la vie) et 0,81 (croissance personnelle). En plus des analyses factorielles qui supportent la structure de l'échelle, de nombreuses études appuient également sa validité prédictive (Ryff & Singer, 1998). Pour la présente étude, la cohérence interne s'avère limite ($\alpha = 0,67$). Cette variable présentant une cohérence interne plus basse, la variable combinée mesurant la santé psychologique incluant les trois composantes a été utilisée comme variable dépendante dans les analyses principales.

La deuxième composante, la satisfaction de vie, a été examinée à l'aide de l'Échelle de Satisfaction de vie (ESV : Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière, 1989; version française du Satisfaction with Life Scale, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Elle comporte cinq énoncés de base sur lesquels le répondant doit exprimer son niveau d'accord par le biais d'une échelle de sept points allant de 1 (*pas du tout en accord*) à 7 (*tout à fait en accord*). L'ESV est utilisée afin d'évaluer à quel degré les participants sont satisfaits de leur vie en général. Voici un exemple d'item sur lequel l'individu devait se prononcer : « En général, mes conditions de vie sont excellentes ». Dans l'étude de validation, l'échelle présente une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,87$). Quant à la recherche actuelle, la cohérence interne s'avère également satisfaisante ($\alpha = 0,88$). Un score total a été obtenu en faisant la somme de tous les items de cette échelle. Un plus haut score indique une plus grande satisfaction de vie.

La troisième composante, la détresse psychologique, a été mesurée à l'aide d'un questionnaire intitulé : *Indices de détresse psychologique-Enquête Santé Québec* (IDPESQ-14 : Prévile, Boyer, & Potvin, 1992; version française du Psychiatric Symptoms Index, Ilfeld, 1976). Cette échelle composée de 14 questions permet d'évaluer les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et les problèmes cognitifs mais ne permet pas de déterminer la présence de troubles psychiatriques spécifiques. Elle mesure une symptomatologie non spécifique qui est désignée sous le nom de « détresse psychologique » par plusieurs chercheurs. Cette composante a été évaluée à l'aide d'une échelle de quatre points allant de 1 (*très souvent*) à 4 (*jamais*) et permettait à l'individu de répondre à un item tel que : « Au cours des sept derniers jours, avez-vous ressenti des peurs ou des craintes? ». Le coefficient de cohérence interne rapporté est de 0,92 pour L'IDPESQ-14 (Prévile et al., 1992). Pour la présente étude, la cohérence interne observée est satisfaisante ($\alpha = 0,88$). Un score total a été calculé en additionnant tous les items de l'échelle. Un plus haut score indique moins de détresse psychologique.

Dans le cadre de la présente étude, la santé psychologique a été calculée en faisant la somme de tous les items appartenant aux trois composantes de la santé psychologique, soit le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. La santé psychologique constitue donc la variable combinée de ces trois composantes pour laquelle un plus haut score indique une meilleure santé psychologique. La

cohérence interne associée à la santé psychologique dans la recherche actuelle s'avère aussi satisfaisante ($\alpha = 0,87$).

Déroulement de la collecte des données

Les cardiologues de l'HCSSSC ont identifié les patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Ces patients ont ensuite été sollicités individuellement dans leur chambre à l'hôpital par un assistant de recherche qui leur a fourni les explications relatives à la recherche. Les objectifs généraux de la recherche leur ont été exposés ainsi que la nature de leur participation le cas échéant. Les participants ont été informés qu'ils devaient se présenter à trois autres reprises durant l'année afin de compléter d'autres questionnaires, et ce, dans un local de l'hôpital prévu à cet effet. Ils étaient également avertis des avantages et des retombées envisagées de l'étude et du respect de la confidentialité en regard des informations recueillies. Tous les renseignements personnels et cliniques recueillis pendant l'étude étaient dénominalisés, codés et conservés sous clef. Ils étaient informés que les questionnaires seraient détruits cinq ans après la fin de l'étude ou jusqu'à ce qu'il y ait une première publication. Les participants étaient avisés qu'ils seraient remboursés pour les frais de stationnement et, pour ceux demeurant à l'extérieur de la région du Saguenay, qu'ils seraient également remboursés pour les frais de transport pour chaque visite. Les participants étaient informés qu'ils pouvaient se retirer du projet en tout temps et que cela ne leur causerait aucun préjudice. À la suite de la présentation de ces informations, un formulaire de consentement était présenté en trois copies aux patients qui acceptaient de participer au projet de recherche.

Ce formulaire est présenté à l'Appendice C. Une copie fut remise au participant, une autre a été placée dans le dossier du patient à l'hôpital et une dernière était conservée au local de recherche. Les patients qui acceptaient de signer le formulaire étaient invités à répondre sur place à un questionnaire auto-administré d'une durée d'environ 40 minutes. Au moment de compléter le questionnaire, les participants étaient également prévenus de la possibilité d'avoir recours à l'assistant de recherche présent sur les lieux pour répondre à leurs questions advenant le cas. Ainsi, l'assistant de recherche pouvait alors fournir des précisions. Enfin, les patients n'ayant pas eu le temps de remplir le questionnaire sur place pouvaient le compléter à la maison. Dans ce cas, une enveloppe préaffranchie leur était remise afin qu'ils acheminent le questionnaire une fois rempli.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, afin de fournir une description générale des participants à l'étude, les analyses statistiques effectuées sont de nature descriptive. Afin de vérifier les trois premières hypothèses portant sur les liens entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens (H1, H2 et H3), des analyses de régression linéaire multiple ont été utilisées. De plus, une série de modèles de médiation multiple a permis d'examiner la quatrième hypothèse afin de savoir si la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients

coronariens (H4). Ensuite, afin de vérifier si le soutien au besoin d'autonomie par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille (H5), les analyses réalisées pour la première hypothèse ont été utilisées. Enfin, une analyse de puissance effectuée à l'aide du logiciel G-Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) indique que pour évaluer un effet modéré avec une puissance de 0,95 et un alpha de 0,05, un nombre minimum de 107 participants était nécessaire (n = 293 pour l'étude actuelle).

Résultats

Cette section comporte deux parties qui présentent les analyses statistiques effectuées pour les fins de la présente étude. La première partie présente des analyses préliminaires et la deuxième section aborde les analyses principales.

Analyses préliminaires

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les femmes représentent 19,1 % de l'échantillon total et les hommes, 80,9 %. Près des trois quart (73 %) des répondants sont marié(e)s et près de la moitié d'entre eux sont à la retraite (49,5 %). Quant aux niveaux de scolarité des participants, ceux-ci vont du primaire non complété (2,7 %) à un détenteur de doctorat (1 %), en passant notamment par ceux ayant obtenu un diplôme d'études collégiales (17,4 %). Concernant leur revenu personnel, les résultats demeurent variables. En effet, 18,4 % des patients gagnent 55 000\$ et plus et la majorité du reste d'entre eux reçoivent un revenu se distribuant entre moins de 15 000\$ et moins de 55 000\$. Enfin, le revenu total du couple se situe dans la catégorie des 55 000\$ et plus chez environ le tiers des participants (34,5 %).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	n	%
Sexe		
Féminin	56	19,1
Masculin	237	80,9
État matrimonial		
Marié(e)	214	73,0
Célibataire	23	7,8
Séparé(e)/Divorcé(e)	17	5,8
Veuf/Veuve	15	5,1
Occupation		
Travail à temps plein	83	28,3
Travail à temps partiel	10	3,4
Chômage	9	3,1
À la maison	12	4,1
Retraite	145	49,5
Études à temps plein	2	0,7
Ne travaille pas	3	1,0
Travail saisonnier	1	0,3
Invalidité	4	1,4
Aide sociale	2	0,7
Maison de convalescence	1	0,3
Niveau de scolarité		
Primaire non complété	8	2,7
Primaire complété	19	6,5
Secondaire non complété	47	16,0
Secondaire complété	67	22,9
Collégial non complété	20	6,8
Collégial complété	51	17,4
Certificat universitaire complété	11	3,8
Baccalauréat universitaire non complété	7	2,4
Baccalauréat universitaire complété	26	8,9
Maîtrise complétée	11	3,8
Doctorat/Ph.D. complété	3	1,0

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Caractéristiques des participants	Résultats	
	n	%
Revenu personnel		
Moins de 15 000\$	42	14,3
Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$	51	17,4
Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$	40	13,7
Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$	47	16,0
Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$	30	10,2
55 000\$ et plus	54	18,4
Aucun revenu	5	1,7
Ne sais pas	4	1,4
Revenu couple total		
Moins de 15 000\$	7	2,4
Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$	24	8,2
Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$	29	9,9
Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$	24	8,2
Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$	34	11,6
55 000\$ et plus	101	34,5
Ne sais pas	4	1,4

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 293 individus dans tous les cas.

L'entrée des données a été faite à l'aide du logiciel statistique SPSS. Les analyses préliminaires avaient pour objectifs le traitement des données manquantes, la recherche de données aberrantes multivariées et la vérification du postulat de base de la normalité.

Les données manquantes ont été analysées afin de déterminer s'il y avait un patron répétitif sous-jacent à leur absence. Le test MCAR (Missing Completely At Random) de Little révèle que les valeurs manquantes ne semblent pas être réparties de façon

complètement aléatoire : $\chi^2(4880) = 5436,07$; $p < 0,001$. Afin de remplacer les valeurs manquantes par des valeurs probables estimées à l'aide d'un algorithme, une procédure d'imputation par espérance-maximisation (EM) a été utilisée. Cette procédure est fondamentale car la présence de données manquantes peut nuire considérablement à l'analyse (Tabachnick & Fidell, 2007). Toutes les analyses ont été réalisées à partir d'une base de données complète contenant ces valeurs substituées. Cela permet également de calculer des sommes d'items plutôt que des moyennes d'items lors de la création de variables composées.

Toutes les variables composées ont été transformées en scores « z » afin de déceler la présence de données extrêmes. Une valeur extrême univariée est une valeur significativement ($z > 3.29$ ou $z < -3.29$) distincte du groupe de données pour une seule variable. Une donnée extrême peut fausser les résultats et amener les chercheurs à poser de fausses conclusions. Les données extrêmes univariées ont été ramenées à une unité de la valeur non-extrême la plus près (Tabachnick & Fidell, 2007). Les variables « soutien à la compétence », « motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine », « détresse psychologique » et « santé psychologique » au T3 présentaient des données extrêmes qui ont été corrigées.

Afin d'évaluer le postulat de normalité, des statistiques descriptives de toutes les variables incluses dans l'étude ont d'abord été examinées. Le Tableau 2 présente les analyses descriptives de l'âge, du soutien à l'autonomie et à la compétence par la

famille, de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine, de la détresse psychologique, de la satisfaction de vie, du fonctionnement psychologique et de la santé psychologique. Ce tableau décrit plus précisément les moyennes, les écarts-types et les valeurs de kurtose et d'asymétrie. Toutes les variables à l'étude présentent une distribution qui s'approche adéquatement de la normalité.

Tableau 2
Analyses descriptives

	Min./Max.	Moyenne	Écart-type	Asymétrie	Kurtose
Âge (année)	37/81	60,80	8,32	-,330 (,142)	-,281 (,284)
Soutien autonomie	3,00/21,00	15,62	4,03	-,666 (,142)	-,067 (,284)
Soutien compétence	5,00/21,00	16,87	3,86	-,930 (,142)	,384 (,284)
Motivation autodéterminée spécifique activité physique	-13,00/36,00	13,29	9,39	-,165 (,142)	,030 (,284)
Motivation autodéterminée spécifique alimentation saine	-12,00/36,00	11,94	9,31	-,177 (,142)	-,295 (,284)
Détresse psychologique	30,90/56,00	48,52	5,40	-,853 (,142)	,797 (,284)
Satisfaction de vie	8,00/35,00	27,31	6,00	-,733 (,142)	,029 (,284)
Fonctionnement psychologique	62,00/107,00	82,24	9,38	-,009 (,142)	-,617 (,284)
Santé psychologique	115,00/196,00	158,05	16,04	-,261 (,142)	-,306 (,284)

Note. La santé psychologique est la variable combinée de la somme de tous les items appartenant aux trois composantes suivantes : la détresse psychologique, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique. Les items associés à la détresse psychologique (qui sont négatifs) ont été codés à l'envers de façon à ce que ces items aillent dans le même sens que les items associés à la satisfaction de vie et au fonctionnement psychologique (qui sont positifs).

Analyses principales

Le Tableau 3 présente les corrélations entre le soutien à l'autonomie et à la compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine, la détresse psychologique, la satisfaction de vie, le fonctionnement psychologique et la santé psychologique. Les relations entre les variables à l'étude vont dans les directions attendues. De plus, les trois composantes de la santé psychologique (détresse psychologique, satisfaction de vie et fonctionnement psychologique) sont relativement corrélées entre elles et présentent toutes une forte corrélation avec la variable combinée (santé psychologique). En tenant compte des mesures de fidélité rapportées dans les présentes analyses (cohérence interne limite ($\alpha = 0,67$) pour le fonctionnement psychologique), la variable combinée de santé psychologique a été utilisée comme variable dépendante dans les analyses principales.

Tableau 3

Corrélations de Pearson entre le soutien à l'autonomie et à la compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine, la détresse psychologique, la satisfaction de vie, le fonctionnement psychologique et la santé psychologique

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Soutien autonomie (1)	-	-.094	.170**	.193**	.091	.219**	.195**	.224***
Soutien compétence (2)		-	.260***	.288***	.333***	.276***	.297***	.392***
Motivation spécifique activité physique (3)			-	.606***	.195**	.258***	.266***	.319***
Motivation spécifique alimentation saine (4)				-	.139*	.292***	.222***	.286***
Détresse psychologique (5)					-	.418***	.326***	.687***
Satisfaction de vie (6)						-	.382***	.738***
Fonctionnement psychologique (7)							-	.838***
Santé psychologique (8)								-

Note. Les items associés à la détresse psychologique (qui sont négatifs) ont été codés à l'envers de façon à ce que ces items aillent dans le même sens que les items associés à la satisfaction de vie et au fonctionnement psychologique (qui sont positifs).

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Première hypothèse

L'analyse de régression linéaire multiple a été utilisée pour tester l'hypothèse que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée.

Une première régression a été effectuée sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique au T3 comme variable dépendante, en utilisant le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence par la famille au T3 comme variables indépendantes. Les résultats révèlent que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique des patients coronariens est autodéterminée: $F(2,292) = 17,18, p < 0,001$. Le coefficient de prédiction standardisé associé au soutien du besoin d'autonomie est de 0,20 tandis que celui du soutien au besoin de compétence est de 0,28. Cela signifie que pour chaque augmentation d'un écart-type du soutien à l'autonomie, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez les participants de l'échantillon augmente de 0,20 écart-type. Concernant le soutien à la compétence, pour chaque augmentation d'un écart-type, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez les participants augmente de 0,28. En somme, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique au T3 est donc significativement associée au soutien des besoins d'autonomie et de compétence, qui ensemble expliquent 10,6 % de la variance.

Par la suite, une deuxième régression linéaire multiple a été réalisée sur la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine au T3 comme variable dépendante, en utilisant le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence par la famille au T3 comme variables indépendantes. Les résultats supportent également l'hypothèse que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée: $F(2,292) = 21,98, p < 0,001$. Le coefficient de prédiction standardisé associé au besoin d'autonomie est de 0,22 alors que celui du soutien au besoin de compétence est de 0,31. En fait, pour chaque augmentation d'un écart-type du soutien à l'autonomie, la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine chez les participants augmente de 0,22 écart-type. De la même manière, pour chaque augmentation d'un écart-type du soutien à la compétence, la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine augmente de 0,31 écart-type chez les participants. Bref, la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine au T3 est donc significativement associée au soutien des besoins d'autonomie et de compétence, qui ensemble expliquent 12,6 % de la variance.

Deuxième hypothèse

Pour tester l'hypothèse deux à l'effet que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens, une analyse de régression linéaire multiple a également été réalisée. La régression a été effectuée avec la variable combinée de santé psychologique au T3

comme variable dépendante et en utilisant le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence par la famille au T3 comme variables indépendantes. Les résultats démontrent que chaque besoin contribue de façon unique et indépendante à une meilleure santé psychologique : $F(2,292) = 41,40$, $p < 0,001$. Les coefficients de prédiction standardisés sont de 0,26 pour le soutien à l'autonomie et de 0,42 pour le soutien à la compétence. En d'autres mots, pour chaque augmentation d'un écart-type du soutien à l'autonomie, la santé psychologique des participants augmente de 0,26 écart-type et pour chaque augmentation d'un écart-type pour le soutien à la compétence, la santé psychologique des participants augmente de 0,42 écart-type. La santé psychologique au T3 est donc significativement associée au soutien des besoins d'autonomie et de compétence, qui ensemble expliquent 22,2 % de la variance.

Troisième hypothèse

Une dernière analyse de régression linéaire multiple a été effectuée pour tester l'hypothèse que, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est autodéterminée, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens. La régression a été réalisée avec la variable combinée de santé psychologique au T3 comme variable dépendante et en utilisant la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine au T3 comme variables indépendantes. Les résultats supportent l'idée que les deux types de motivation contribuent de façon unique et indépendante à une meilleure santé psychologique : $F(2,292) = 18,96$, $p < 0,001$. Les coefficients de prédiction standardisés

sont de 0,23 pour la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et de 0,15 pour la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine. Cela signifie que pour chaque augmentation d'un écart-type de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique, la santé psychologique augmente de 0,23 écart-type et pour chaque augmentation d'un écart-type de la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine, la santé psychologique augmente de 0,15 écart-type. En résumé, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est significativement associée à la santé psychologique des participants au T3, expliquant 11,6 % de sa variance.

Quatrième hypothèse

Une série de modèles de médiation multiple a été utilisée pour tester l'hypothèse voulant que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique des patients coronariens. Proposé par Preacher et Hayes (2008), l'analyse de médiation multiple est une procédure à partir de laquelle une série de médiateurs peut être testée simultanément, en tenant compte de la relation entre une variable indépendante et une variable dépendante. Comparativement à l'utilisation de plusieurs analyses de médiation simple, la médiation multiple a l'avantage de tester plusieurs médiateurs simultanément et ainsi fournir un indice des effets totaux indirects en plus d'une comparaison standardisée des médiateurs entre eux, c'est-à-dire en les contrôlant l'un pour l'autre.

Plus précisément, deux modèles de médiation multiple ont été employés pour tester la quatrième hypothèse. Ces deux modèles sont présentés à la Figure 1 et à la Figure 2. D'abord, la relation entre le soutien au besoin d'autonomie par la famille et la santé psychologique a été analysée en utilisant la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine comme variables médiatrices (voir Figure 1). Le soutien au besoin de compétence par la famille est entré comme covariable afin de contrôler pour son effet. Par la suite, la relation entre le soutien au besoin de compétence par la famille et la santé psychologique a été examinée en utilisant la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine comme variables médiatrices, le soutien au besoin d'autonomie par la famille représentant dans ce modèle la covariable (voir Figure 2).

covariable = soutien au besoin de compétence

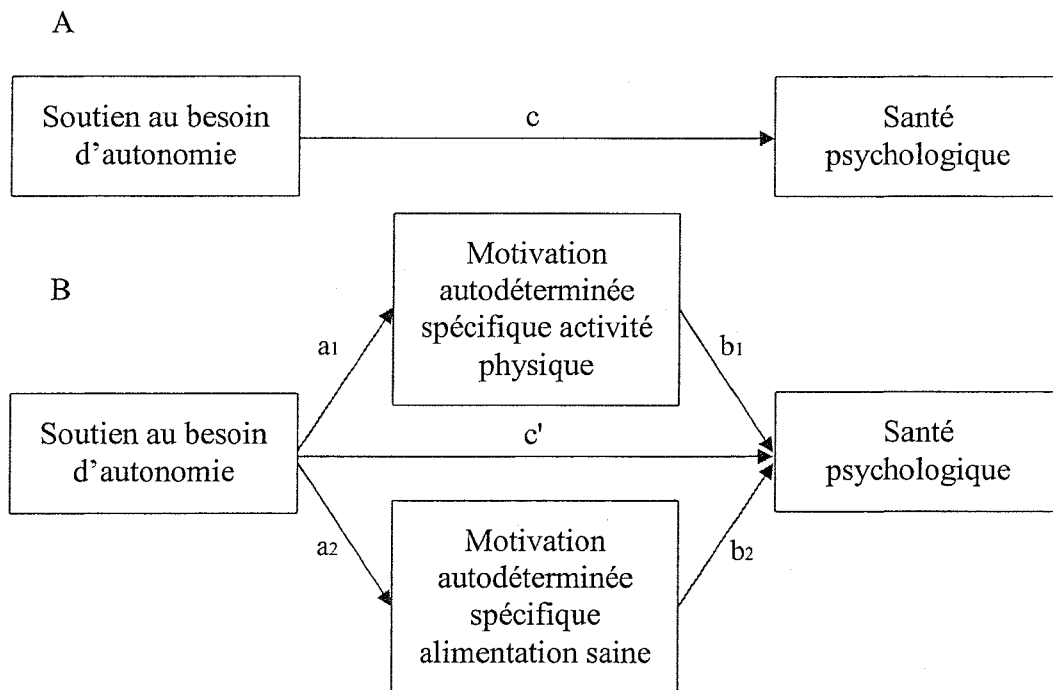


Figure 1. Relation entre le soutien au besoin d'autonomie par la famille et la santé psychologique (la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine étant les variables médiatrices).

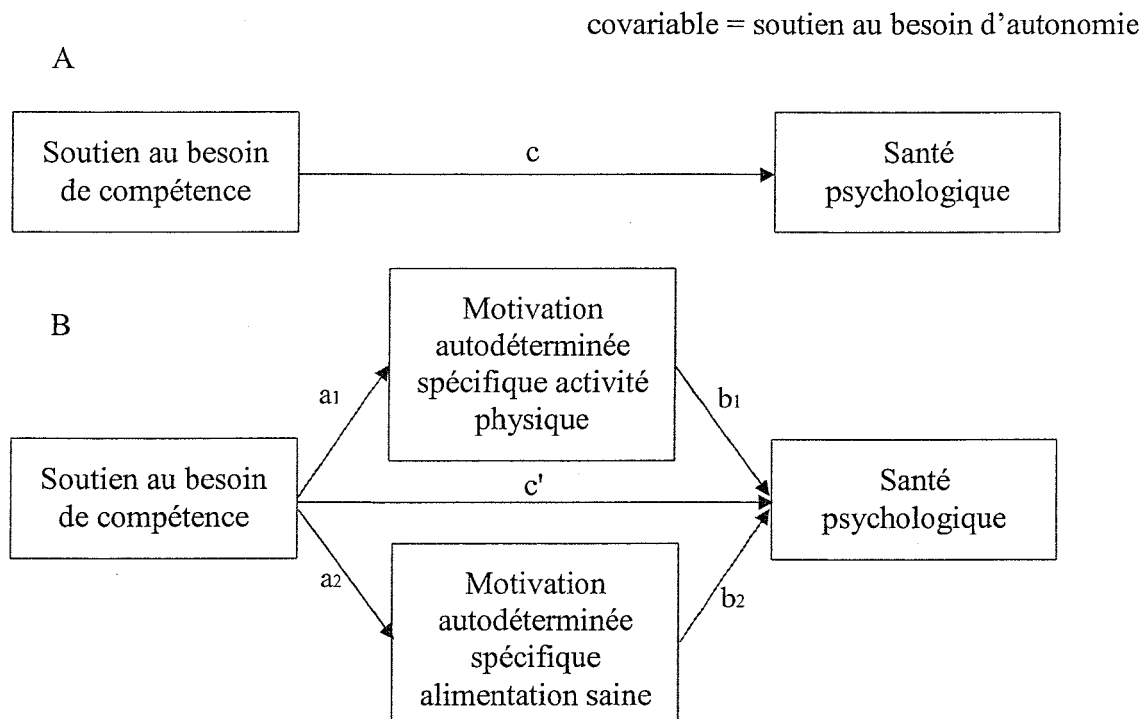


Figure 2. Relation entre le soutien au besoin de compétence par la famille et la santé psychologique (la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine étant les variables médiatrices).

Tel que recommandé par Preacher et Hayes (2008), la technique par amorçage à biais corrigé (Bias Corrected Bootstrapping) a été employée pour analyser les effets indirects (ré-échantillonnage = 1 000). Puisque cette technique ne repose sur aucun postulat de distribution normale des données, elle ne fournit pas d'estimation de probabilité (p) par rapport à la significativité statistique. Toutefois, elle propose des intervalles de confiance (95 %) pour les effets indirects rapportés. Un intervalle de confiance fonctionne comme un test d'inférence statistique. On peut conclure qu'une valeur est statistiquement significative si son intervalle de confiance ne contient pas 0. Les résultats de l'analyse de médiation sont rapportés au Tableau 4.

Tableau 4
Analyse de médiation

	Modèle 1				Modèle 2			
	Coefficient	ES	t	IC 95%	Coefficient	ES	t	IC 95%
Effet total (c)	1,046*	,207	5,05		1,732*	,216	8,01	
VI à médiateurs								
(a)								
a1	,457*	,130	3,52		,678*	,136	5,00	
a2	,512*	,127	4,03		,745*	,133	5,62	
Médiateurs à VD (b)								
b1	,280*	,110	2,53		,280*	,110	2,53	
b2	,071	,113	0,63		,071	,113	0,63	
Effet direct (c')	,882*	,210	4,20		1,490*	,226	6,61	
Effets indirects								
(ab)								
total	,164*			,053–,310	,242*			,098–,441
a1b1	,128*			,036–,268	,190*			,053–,368
a2b2	,036			-,083–,171	,053			-,116–,233

Note. Les coefficients sont non standardisés. ES = erreur standard IC = intervalle de confiance.

* $p < 0,05$.

De façon générale, on constate que la santé psychologique est associée de façon statistiquement significative à la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et au soutien des besoins d'autonomie et de compétence par la famille : $F(4,288) = 24,53$, $p < 0,001$. Au total, ces variables expliquent 25,4% de la variance de la santé psychologique chez les patients coronariens.

Les résultats démontrent un effet indirect total de 0,164 entre le soutien au besoin d'autonomie par la famille (en contrôlant pour le soutien au besoin de compétence par la famille) et la santé psychologique, passant par les deux types de motivations (modèle 1) et un effet indirect total de 0,242 entre le soutien au besoin de compétence par la famille (en contrôlant pour le soutien au besoin d'autonomie par la famille) et la santé psychologique passant par les deux types de motivations (modèle 2). Les intervalles de confiance associés à ces coefficients indiquent qu'ils peuvent être considérés comme statistiquement différents de 0. En analysant en détail ces effets indirects, on constate que le seul contributeur statistiquement significatif à l'effet indirect total observé est la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique, autant pour le modèle 1 (0,128) que pour le modèle 2 (0,190). Plus précisément, les résultats démontrent une médiation partielle. En effet, en comparant le lien direct « seul » et « avec le médiateur présent », donc le lien « c » et le lien « c' », il est possible de constater que le lien « c' » demeure statistiquement différent de 0 (donc est significatif) lorsque l'on ajoute le médiateur au modèle (voir Tableau 4). Si le lien était devenu près de 0 (ou non statistiquement significatif), il y aurait eu médiation complète. Les présents résultats démontrent donc une médiation partielle à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique. Quant à la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine, celle-ci ne contribue pas significativement à l'effet indirect total (effets indirects de 0,036 pour le modèle 1 et de 0,053 pour le modèle 2).

En somme, les résultats indiquent l'existence d'un effet indirect (effet médiateur partiel) entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique, mais seulement à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine).

Cinquième hypothèse

Les résultats de la première hypothèse permettent de répondre à la cinquième hypothèse portant sur : « Le soutien au besoin d'autonomie par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille ». Effectivement, les résultats de la première hypothèse démontrent que le coefficient de prédiction standardisé associé au soutien au besoin de compétence (0,28 pour la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et 0,31 pour la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine) est systématiquement plus élevé que celui du soutien au besoin d'autonomie (0,20 pour la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et 0,22 pour la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine). On peut donc constater que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin d'autonomie par la famille.

Discussion

La prochaine section est composée de six parties. La première partie présente un bref rappel des objectifs de recherche et la deuxième aborde de façon sommaire les résultats de la présente étude. Par la suite, une discussion des hypothèses de recherche est élaborée dans la troisième partie. La quatrième partie expose les forces et les limites de la recherche actuelle. Enfin, la dernière section traite des implications de la présente étude ainsi que des orientations futures pour la recherche.

Rappel des objectifs de recherche

La présente étude avait pour but d'examiner les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique chez une population coronarienne du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ). En plus de viser à déterminer les relations entre ces variables, la présente recherche vise plus précisément à identifier si la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine joue un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. Cette étude poursuit également l'objectif de fournir un cadre théorique nouveau pouvant contribuer à une meilleure compréhension de la santé psychologique de patients souffrant de maladies cardiovasculaires (MVC). Enfin, il est attendu que

cette meilleure compréhension pourrait permettre la formulation de recommandations pour la réhabilitation cardiaque des patients.

Présentation sommaire des résultats

Une relation significative a été obtenue entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine chez des patients coronariens (H1). Une relation significative a également été identifiée entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la santé psychologique des participants (H2). De même, une relation statistiquement significative a été déterminée entre la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de ces patients (H3). De plus, une relation médiatrice partielle statistiquement significative a été obtenue entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la santé psychologique des participants, mais seulement à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et non à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine (H4). Enfin, il a été démontré que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin d'autonomie par la famille (H5).

Discussion des hypothèses de recherche

Première hypothèse

À partir des études recensées, il était attendu que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens serait autodéterminée. Tel que défini précédemment, l'autonomie réfère au besoin pour une personne d'être à l'origine ou à la source de son propre comportement (deCharms, 1968; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Connell, 1989) et incite la personne à agir selon ses propres valeurs et intérêts (Deci & Ryan, 2002) alors que la compétence réfère au sentiment de confiance et d'efficacité dans l'action (Deci & Ryan, 2002). Les présents résultats ont effectivement permis de supporter cette hypothèse, le soutien aux deux besoins expliquant ensemble 10,6 % de la variance de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et 12,6 % de la variance de la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine.

Dans le domaine de la santé en général, des études réalisées auprès de patients obèses (Williams et al., 1996), de patients diabétiques (Williams, Freedman, et al., 1998), de patients prenant une médication (Williams, Rodin, et al., 1998), de patients fumeurs (Williams et al., 1999; Williams et al., 2002) et de patients souffrant de douleur à la poitrine (Williams et al., 2005) ont démontré que le soutien à l'autonomie de la part du personnel soignant aide à promouvoir la motivation autodéterminée des patients à adopter des comportements de santé, ce qui conduit ces derniers à intérioriser la

régulation de ces comportements. Trois de ces études, celle menée auprès de patients prenant une médication (Williams, Rodin, et al., 1998), celle réalisée auprès de patients diabétiques (Williams, Freedman, et al., 1998) et celle menée auprès de patients fumeurs (Williams et al., 2002) ont examiné à la fois les besoins d'autonomie et de compétence. Dans le même sens, ces résultats démontrent un lien positif entre le soutien à ces deux besoins par le personnel soignant et la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé (adhérence médicamenteuse, contrôle du taux de glycémie et cessation tabagique) ainsi que le maintien de ces comportements chez les patients. Rappelons que la comparaison entre le soutien à chacun de ces deux besoins et la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé sera réalisée plus précisément dans la partie *Cinquième hypothèse*.

Quant au domaine de l'activité physique, les études (Edmunds et al., 2008; Silva et al., 2010; Standage et al., 2003) démontrent une relation positive entre le soutien aux deux besoins (autonomie et compétence) par l'entraîneur et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez les participants. Plus près de la recherche actuelle, l'étude de Russell et Bray (2010) a permis d'observer une relation positive entre la perception du soutien à l'autonomie par l'entraîneur physique (exercice interventionists) et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez des patients coronariens.

Dans le domaine de l'alimentation, les études n'ont pas examiné précisément le lien entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence et la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine. Ces dernières ont plutôt examiné la relation entre la motivation autodéterminée globale, l'adoption de comportements alimentaires sains et l'ajustement psychologique laquelle sera traitée dans la partie *Troisième hypothèse*.

En somme, les études réalisées dans les domaines de la santé et de l'activité physique ayant utilisé le cadre de référence de la TAD ont examiné davantage le soutien par le personnel soignant ou par l'entraîneur physique. La recherche actuelle a donc la particularité de démontrer que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée. La partie qui suit exposera des études portant sur le soutien familial de patients coronariens, sans le cadre de référence de la TAD.

De façon générale, un lien positif a été établi entre le soutien familial et la motivation des patients coronariens à adhérer à des programmes de réhabilitation (Hilscher et al., 2005; Kelly & Lambert, 1992; Yates et al., 1994). Certaines études (Campbell, 2003; Fiscella et al., 1997; Fisher & Weihs, 2000; Kurylo et al., 2004; Wang & Fenske, 1996; Wang et al., 2005) ont par ailleurs démontré plus précisément les bienfaits du soutien familial sur la santé en général de même qu'une relation positive

entre le soutien familial et l'adoption ainsi que le maintien de comportements de santé. Plus spécifique à la recherche actuelle, deux études réalisées auprès de patients coronariens (Everson et al., 1997; Lyons et al., 1998) ont mis en évidence un lien positif entre la qualité de la relation maritale et l'adoption de comportements de santé (régime alimentaire complexe, activité physique et adhérence médicamenteuse) chez ces patients. Dans la même optique, l'étude de Chung et al. (2006) a démontré la présence d'un lien positif entre la relation maritale et l'adhérence médicamenteuse en comparant les patients cardiaques avec et sans conjoint(e). Plus précisément, les résultats de cette étude ont montré que les patients avec conjoint(e) prennent davantage leur médication que les patients sans conjoint(e).

Somme toute, les études antérieures réalisées auprès de patients coronariens ont examiné le lien entre le soutien familial et la motivation ou l'adoption de comportements de santé de façon plutôt générale. La présente étude est donc novatrice car elle examine le lien entre le soutien aux deux besoins définis par la TAD et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine chez des patients coronariens, la nature de ce lien étant examinée par l'entremise du soutien familial. La partie suivante exposera des explications permettant de rendre compte des présents résultats.

Les fondements théoriques de la TAD expliquent la nature de cette relation statistiquement significative. Effectivement, Deci et Ryan (1985, 1995) postulent

comme principe essentiel qu'il y a trois besoins universels de base qui déterminent la motivation humaine et que plus ces besoins sont soutenus chez un individu, plus ce dernier présentera une motivation autodéterminée. L'étude actuelle a effectivement fait ressortir cette relation positive entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine chez les participants. L'adoption de ces deux comportements de santé s'avérant essentielle pour améliorer la santé des patients coronariens, il était attendu que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, plus la motivation spécifique à ces deux mêmes comportements chez les participants serait autodéterminée. La présente recherche apporte donc un appui empirique au principe central de la TAD qui postule que le soutien des besoins de base, notamment ceux d'autonomie et de compétence, favorise la motivation autodéterminée chez l'individu. À la lumière de ce résultat, il est donc possible de conclure que ce principe de la TAD s'applique à la population coronarienne lorsque la famille soutient les besoins d'autonomie et de compétence de ces patients.

Toujours en lien avec la TAD, la théorie de l'intégration organismique, également introduite par Deci et Ryan (1985, 1995), permet d'expliquer plus spécifiquement les présents résultats. Cette théorie décrit les différentes formes de motivation extrinsèque et les facteurs environnementaux qui facilitent ou nuisent à l'internalisation et à l'intégration de la régulation des comportements (Ryan & Deci, 2000). De plus, elle expose que, lorsque les besoins universels de base (autonomie, compétence et affiliation

sociale) des individus sont satisfaits, ces derniers sont naturellement prédisposés à intégrer et à intérioriser les comportements régis par des facteurs externes. Par exemple, si des personnes significatives pour l'individu ou un groupe de référence encouragent ce dernier à faire une activité que celui-ci trouvait inintéressante (motivée extrinsèquement) au départ, l'individu va tenter d'intérioriser cette activité (Deci & Ryan, 2002). Cette théorie met donc en évidence l'importance d'être soutenu par des personnes significatives et, à cet égard, permet d'expliquer les résultats actuels démontrant que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée.

Il est également permis de croire que la qualité de la relation maritale soit reliée à la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine chez ces patients. La qualité de la relation maritale fait référence à la satisfaction, à l'ajustement et au bonheur marital. Elle réfère à l'évaluation subjective du conjoint de sa relation maritale (Burman & Margolin, 1992). Selon les écrits antérieurs (Burman & Margolin, 1992; Coyne et al., 2001; Everson et al., 1997; Kriegsman et al., 1994; Lyons et al., 1998; Rohrbaugh et al., 2002) démontrant un lien entre la qualité de la relation maritale et la santé cardiovasculaire, il est sensé de croire que plus les patients reçoivent du soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, meilleure est la qualité de la relation maritale et plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est autodéterminée. Bien que la source de soutien familial ne soit

pas précisée dans la présente étude, il est possible de présumer que le soutien de la part du conjoint ou de la conjointe soit une forme de soutien familial. À la lumière de cette analyse, la qualité de la relation maritale pourrait possiblement être un facteur explicatif des résultats actuels.

D'après les résultats de la première hypothèse, il apparaît que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée (le soutien aux deux besoins expliquant ensemble 10,6% de la variance de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et 12,6% de la variance de la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine). Cela démontre donc clairement l'impact positif du soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille sur la motivation autodéterminée spécifique à ces deux comportements de santé, et incidemment, fait ressortir toute l'importance du rôle que joue la famille au sein de cette relation.

Deuxième hypothèse

À partir de la recension des écrits, il était également attendu que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, meilleure serait la santé psychologique des patients coronariens. Les présents résultats confirment cette hypothèse, le soutien à ces deux besoins expliquant ensemble 22,2 % de la variance.

La discussion de cette deuxième hypothèse comporte trois parties. La première partie traite des études mettant en lien le soutien familial et la santé psychologique de patients coronariens sans le cadre de référence de la TAD. La deuxième section aborde les écrits recensés dans les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation saine à partir de variables étudiées par la TAD. La troisième partie présente des explications qui permettent de comprendre les résultats actuels.

Deux études (Bosworth et al., 2000; Christian et al., 2007) ont démontré un lien positif entre le statut marital et la qualité de vie reliée à la santé chez des patients coronariens. Une autre étude (Sherbourne & Hays, 1990) a par ailleurs permis d'établir un lien positif entre la relation maritale et la santé mentale de patients coronariens. Plus spécifique à la santé psychologique, une autre étude (Okun & Keith, 1998) a mis en lien le soutien familial et la symptomatologie dépressive chez des adultes âgés entre 60 et 92 ans et a démontré que le soutien familial est associé à une faible symptomatologie dépressive. Bien qu'Okun et Keith (1998) aient mis en relation le soutien familial et la santé psychologique, cette étude n'a pas été réalisée auprès de patients coronariens. Enfin, une dernière étude (Joekes et al., 2007) a permis d'établir que la surprotection de la part du conjoint est associée à de la détresse psychologique (anxiété, dépression) et à une plus faible qualité de vie reliée à la santé chez les patients coronariens. Toutefois, aucune étude n'a examiné la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. La recherche actuelle revêt donc un caractère novateur car elle examine le soutien familial

en lien avec la santé psychologique de ces patients à l'aide de trois composantes spécifiques (le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique), et ce, à partir de variables étudiées par la TAD.

Dans les domaines de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation, les recherches antérieures ayant examiné des variables explorées par la TAD n'ont pas étudié précisément le lien entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique. La recherche actuelle démontre quant à elle que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens. La prochaine section présente des explications permettant de comprendre les présents résultats.

Une notion théorique spécifique permet d'expliquer les résultats actuels démontrant que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens. Effectivement, la TAD élaborée par Deci et Ryan (1985) démontre clairement le lien existant entre la satisfaction des trois besoins universels de base (autonomie, compétence et affiliation sociale) et la santé psychologique. Cette théorie propose qu'en plus de stimuler la motivation intrinsèque et les processus d'intégration, les conditions contribuant à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale exercent une influence directe sur la santé physique et psychologique de l'humain (Williams, Deci, & Ryan, 1998). Laguardia et Ryan (2000) affirment que la satisfaction de ces trois besoins s'avère

nécessaire à la croissance psychologique, à l'intégrité et au bien-être de l'individu. Tout comme le sont les nutriments pour le développement physique et l'atteinte d'une bonne santé, les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale sont considérés comme essentiels au développement psychologique de l'individu (Gagné & Deci, 2005; Deci & Ryan, 2002). Dans le même sens, afin que l'individu éprouve un sentiment d'intégrité et de bien-être, les besoins universels de base pour l'autonomie, la compétence et l'affiliation sociale doivent être satisfaits à travers la durée de la vie (Ryan & Frederick, 1997; Waterman, 1993). Enfin, Deci et Ryan (2002) mettent en évidence que des facteurs qui nuisent ou entravent la satisfaction de ces trois besoins prédisent un mauvais fonctionnement de l'individu, alors qu'un environnement social qui supporte la satisfaction de ces trois besoins universels de base prédit un bon fonctionnement de l'individu.

De plus, en dehors du cadre de référence de la TAD, l'importance du soutien social en général sur la santé psychologique ainsi que l'association entre le fait d'être intégré dans la société, comparativement au fait d'être isolé, et une meilleure santé mentale ont été largement démontrées par la recension des écrits. En effet, des études spécifiques portant sur la santé mentale mettent en évidence des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du soutien social disponible (Caron & Guay, 2005). La famille est d'ailleurs l'agent social premier jouant un rôle dans la promotion de la santé et du bien-être (World Health Organization, 1976).

En somme, prenant appui sur la recension des écrits ainsi que sur le cadre de référence de la TAD, il était attendu que, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille serait élevé, meilleure serait la santé psychologique des patients coronariens. Les résultats actuels confirmant cette hypothèse, ils montrent en plus que le soutien à ces deux besoins explique plus du cinquième de la variance (22,2 %) de la santé psychologique de ces patients. Cela démontre donc l'importance considérable du soutien aux deux besoins par la famille sur la santé psychologique de patients coronariens, d'où la pertinence d'étudier le soutien familial dans l'étude actuelle.

Troisième hypothèse

D'après la recension des écrits, il était également attendu que, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine serait autodéterminée, meilleure serait la santé psychologique des patients coronariens. Les résultats actuels ont permis de confirmer cette hypothèse, ces résultats expliquant 11,6 % de la variance de la santé psychologique.

De nombreuses études ont fait ressortir la relation positive entre la motivation autodéterminée et la santé psychologique (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000; Kasser & Ryan, 1993, 1996; Ryan, Deci, & Grolnick, 1995; Sheldon & Elliot, 1999; Sheldon & Kasser, 1995, 1998; Sheldon, Ryan, Rawsthorne, & Ilardi, 1997). Bien que ces études aient examiné la motivation autodéterminée de façon

générale et non de manière spécifique dans des domaines précis, les présents résultats appuient ceux de ces études.

Dans les domaines de la santé et de l'activité physique, les recherches n'ont pas examiné précisément le lien entre la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé ou à l'activité physique et la santé psychologique. En effet, les écrits dans ces deux domaines ont davantage fait ressortir la relation positive entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (par le personnel soignant ou l'entraîneur) et la motivation autodéterminée spécifique à des comportements de santé ou à l'activité physique.

Quant au domaine de l'alimentation, deux études ont mis en évidence un lien positif entre la motivation autodéterminée globale et l'ajustement psychologique chez les participants (Pelletier & Dion, 2007; Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo, & Reid, 2004). Les présents résultats sont concordants avec ceux de ces deux études dans l'optique où une relation positive est établie entre la motivation autodéterminée et la santé psychologique dans le domaine de l'alimentation.

La TAD élaborée par Deci et Ryan (1985) permet de comprendre les présents résultats démontrant que, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est autodéterminée, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens. Rappelons que selon cette théorie, il existe divers types de motivation se

distinguant par le degré d'autodétermination sous-jacent au comportement. Ces types de motivation se situent sur un continuum allant d'un bas niveau à un haut niveau d'autodétermination, un haut niveau d'autodétermination étant associé à un meilleur fonctionnement psychologique. Prenant appui sur cette théorie, plusieurs chercheurs (Kasser & Ryan, 1993; Sheldon, 2002; Sheldon & Kasser, 2001; Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004) ont par la suite montré la différence entre les buts intrinsèques et les but extrinsèques dans leur lien respectif avec la santé psychologique de l'individu. Ainsi, les buts extrinsèques, comme par exemple la recherche de succès financier, de possessions matérielles et de popularité, tendent à être négativement reliés à divers indicateurs de bien-être si ceux-ci sont prioritaires chez l'individu (Kasser & Ryan, 1993; Sheldon et al., 2004). Quant aux buts intrinsèques, dont témoignent, par exemple, le désir de croissance personnelle, la recherche d'intimité et l'implication communautaire, ils favorisent un sentiment d'actualisation et de bien-être plus durable et profond (Sheldon & Kasser, 2001). Les motifs qui sous-tendent les buts (intrinsèques ou extrinsèques) pouvant être considérés comme des types de motivation, cela soutient le présent résultat selon lequel, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est autodéterminée, meilleure est la santé psychologique chez les participants.

En somme, en plus des études réalisées dans le domaine de l'alimentation mettant en évidence une relation positive entre la motivation autodéterminée globale et l'ajustement psychologique, la TAD (Deci & Ryan, 1985) présente un modèle théorique appuyant un lien positif entre la motivation autodéterminée et la santé psychologique. Les présents

résultats concordant avec la recension des écrits et le cadre de référence de la TAD, ceux-ci ont en plus permis de démontrer que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine explique 11,6 % de la variance de la santé psychologique chez ces patients. Cela confirme donc l'impact des variables motivationnelles reliées à deux comportements de santé spécifiques (activité physique et alimentation saine) sur la santé psychologique de patients coronariens.

Quatrième hypothèse

Enfin, il était attendu que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine jouerait un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique des patients coronariens. Les présents résultats ont permis de confirmer partiellement cette hypothèse. D'abord, ceux-ci démontrent que le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine sont associés de façon statistiquement significative à la santé psychologique, ces deux variables expliquant 25,4 % de la variance. De plus, les résultats mettent en évidence un effet médiateur partiel (effets indirects de 0,128 pour le modèle 1 et de 0,190 pour le modèle 2) entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique, mais seulement à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique. Quant à la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine, celle-ci ne contribue

pas significativement à l'effet médiateur partiel (effets indirects de 0,036 pour le modèle 1 et de 0,053 pour le modèle 2).

La discussion de ces résultats comporte deux parties. La première section traite des études réalisées antérieurement qui supportent la relation médiatrice partielle entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (médiateur) et la santé psychologique de patients coronariens. À cet effet, des études réalisées dans différents domaines ayant mis en évidence que la motivation peut agir à titre de variable médiatrice sont brièvement présentées. Se rapprochant davantage des variables examinées dans la présente recherche, une étude récente faisant ressortir la motivation comme variable médiatrice dans la relation entre la satisfaction des besoins (autonomie, compétence et affiliation sociale) et la santé psychologique est détaillée. Par ailleurs, la deuxième partie présente des explications pour tenter de comprendre l'absence de relation médiatrice partielle entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine (médiateur) et la santé psychologique de patients coronariens.

Rappelons que la présente recherche est novatrice car elle est la première à étudier les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique auprès d'une population coronarienne à l'aide d'un modèle

médiateur. Toutefois, certaines études réalisées dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation, de l'éducation, du sport, des relations interpersonnelles et du travail ont démontré que la motivation peut agir comme variable médiatrice (Litalien & Guay, 2010; Mouratidis et al., 2008; Ntoumanis, 2005; Patrick et al., 2007; Rubino et al., 2009; Sarrazin et al., 2002). Une partie des présents résultats concordent donc avec ceux de ces études.

Plus spécifiquement à la présente recherche, une étude récente (Milyavskaya & Koestner, 2011) menée auprès de 203 adultes âgés entre 18 et 71 ans a démontré que la motivation est une variable médiatrice dans la relation entre la satisfaction des besoins (autonomie, compétence et affiliation sociale) et la santé psychologique, et ce, dans plusieurs domaines de vie (famille, amis, relations, école, travail, loisirs, sports, religion, etc.). La particularité de cette étude réside dans le fait qu'elle a démontré cette relation en examinant de multiples domaines de vie simultanément. La santé psychologique a été examinée en évaluant le degré par lequel l'individu se sent vigoureux et alerte aux plans physique et mental dans un domaine de vie ainsi qu'en mesurant comment il se sent (affects positifs ou négatifs) lorsqu'il est engagé dans ce domaine de vie. Bien que Milyavskaya et Koestner (2011) aient démontré cette relation médiatrice dans de multiples domaines, ils ne font pas mention du domaine de la santé dans leur étude. Enfin, soulignons que seule une partie des présents résultats concordent avec ceux de cette étude, dans l'optique où la motivation autodéterminée spécifique à l'activité

physique (et non à l'alimentation saine) joue un rôle médiateur partiel de la relation entre le soutien aux besoins et la santé psychologique de patients coronariens.

Selon le cadre de référence de la TAD proposée par Deci et Ryan (1985, 1995) démontrant un lien positif entre le soutien aux trois besoins (autonomie, compétence et affiliation sociale), la motivation autodéterminée et la santé psychologique de l'individu, il était logique de supposer que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine jouerait un rôle médiateur dans la présente étude. Plusieurs auteurs (Connell & Wellborn, 1991; Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000; Sheldon & Elliot, 1999; Skinner & Belmont, 1993; Vallerand et al., 1997) ont d'ailleurs démontré que l'association positive des buts intrinsèques avec la santé psychologique proviendrait du fait que ces derniers prennent ancrage directement dans la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. À cet égard, ces trois composantes (soutien aux trois besoins, motivation autodéterminée et santé psychologique) ayant été démontrées comme intimement liées, il était sensé de croire à une relation médiatrice entre celles-ci. Cependant, les résultats de la présente étude ayant mis en évidence seulement la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine) en tant que médiateur partiel, des explications spécifiques doivent être fournies. Ces explications sont présentées ci-dessous.

D'abord, il est important de préciser que bien que la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine ne joue pas un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique, elle est tout de même liée positivement à ces deux variables. En effet, plus le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille est élevé, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens est autodéterminée (H1). Enfin, plus la motivation spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine est autodéterminée, meilleure est la santé psychologique des patients coronariens (H3).

La particularité de l'échantillon pourrait permettre de comprendre les présents résultats démontrant que seule la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine) joue un rôle médiateur partiel. Rappelons que les femmes représentent 19,1 % et les hommes 80,9 %, que la moyenne d'âge est de 60,80 ans, que près des trois quart (73 %) des répondants sont marié(e)s et que près de la moitié d'entre eux (49,5 %) sont à la retraite. À l'égard de ces données, il serait d'abord permis de croire que l'alimentation saine est un comportement davantage adopté par les femmes alors que l'activité physique est un comportement surtout pratiqué par les hommes. Selon une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2009), concernant l'alimentation saine, 51 % des femmes ont déclaré avoir consommé des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour, par rapport à seulement 40 % des hommes. Quant à l'activité physique, cette étude révèle que les femmes sont

un peu moins enclines que les hommes à faire de l'activité physique durant leurs loisirs (ce niveau d'activité équivaut à environ 30 minutes de marche par jour ou à un cours d'activité physique d'une heure au moins trois fois par semaine). En effet, 49 % des femmes étaient considérées comme modérément actives ou actives durant leurs loisirs alors que la proportion correspondante était de 56 % chez les hommes. Les résultats de cette enquête viennent donc soutenir notre explication liée au fait que l'alimentation saine est un comportement davantage adopté par les femmes alors que l'activité physique est un comportement surtout pratiqué par les hommes. À cet égard, cela permettrait d'expliquer que seule la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine) joue un rôle médiateur partiel dans la présente recherche.

De plus, il serait permis de croire que l'alimentation saine est un comportement moins individuel que l'activité physique. Considérant que près des trois quart (73 %) des répondants sont marié(e)s et que les habitudes alimentaires des membres de la famille peuvent avoir eu une influence sur celles des participants, cela pourrait expliquer les présents résultats. Tel que mentionné précédemment dans le contexte théorique, les membres d'une même famille ont habituellement tendance à consommer la même quantité de calories, de sel, de cholestérol et de gras et lorsqu'un membre de la famille change son alimentation, les autres membres ont tendance à adopter ces mêmes changements (Sexton et al., 1987). À cet égard, cela pourrait permettre d'expliquer que

seule la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine) joue un rôle médiateur partiel dans la présente étude.

Concernant plus spécifiquement l'alimentation saine, une explication pourrait être reliée au fait que d'autres variables que la motivation puissent jouer un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. À cet effet, nous pourrions émettre l'hypothèse que pour l'alimentation c'est plutôt le sentiment de compétence (qui s'apparente au sentiment d'efficacité personnelle), ce dernier soutenant l'intention du changement de comportement, qui agirait comme médiateur. L'étude de Slovinec D'Angelo et al. (2007), ayant examiné les comportements de santé de patients cardiaques participant à un programme d'activité physique dans le cadre de leur réhabilitation, a d'ailleurs démontré des résultats qui vont dans le sens de cette hypothèse. Effectivement, les résultats de cette étude ont montré que le sentiment d'efficacité personnelle est relié au processus initial qui sous-tend l'intention du changement de comportement (changement à court terme), alors que la motivation est plutôt liée à la formation du plan d'activité physique (changement à long terme). Le sentiment de compétence étant lié à l'intention du changement de comportement et la motivation étant reliée davantage à un changement à long terme, il est possible que ce soit plutôt le sentiment de compétence de l'individu à bien s'alimenter qui pourrait jouer un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux deux besoins par la famille et la santé psychologique de patients coronariens.

La notion d'engagement de Brault-Labbé et Dubé (2010) s'apparente d'ailleurs à celle de Slovinec D'Angelo et al. (2007) concernant le sentiment d'efficacité personnelle. Nous pourrions donc également émettre l'hypothèse que l'engagement à bien s'alimenter puisse jouer un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux deux besoins par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. À cet effet, l'étude de Brault-Labbé et Dubé (2010), réalisée dans le domaine de l'éducation, a permis de mettre en évidence une relation médiatrice entre l'autodétermination, l'engagement scolaire (médiateur) et le bien-être personnel des étudiants. D'abord, ces auteurs font clairement ressortir la distinction entre la motivation et l'engagement, ces deux notions étant parfois confondues l'une pour l'autre (Appleton Christenson, Kim, & Reschly, 2006; Reeve, Jang, Carrell, Jeon, & Barch, 2004; Russell, Ainley, & Frydenberg, 2005). Prenant appui sur les propos de Novacek et Lazarus (1990), ils considèrent que la motivation constitue le déclencheur du processus d'engagement et qu'elle comporte deux volets : un volet dispositionnel, ou *affectif*, qui représente les valeurs et les intérêts de l'individu, ainsi qu'un volet transactionnel, ou *activateur*, responsable de la mobilisation de l'énergie qui permet de fournir les efforts nécessaires pour s'engager, c'est-à-dire pour poursuivre les buts associés à ces valeurs et à ces intérêts. Selon eux, lorsqu'on évalue le type de motivation d'un individu, on cherche à établir les raisons qui le motivent au départ à s'impliquer ou à continuer de s'impliquer dans un projet donné. Quant à l'engagement, celui-ci témoigne de la façon dont ce choix s'actualise dans la poursuite concrète des buts associés à ce choix. Dans cette optique, Brault-Labbé et Dubé (2010) considèrent qu'un état fortement autodéterminé

prédisposerait l'individu à un niveau plus élevé de bien-être, mais cette prédisposition s'actualiserait à travers le processus d'engagement nécessaire pour permettre à l'individu d'évoluer concrètement vers l'atteinte de buts personnels satisfaisants et importants pour lui. Bien que les présents résultats mettent plutôt en évidence la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine) comme variable médiatrice partielle, ceux de Brault-Labbé et Dubé (2010) démontrent clairement que l'engagement, processus distinct de la motivation, peut jouer un rôle médiateur. À cet égard, il est permis de considérer que l'engagement à s'alimenter sainement pourrait jouer un rôle de médiateur dans la présente étude.

Dans le même ordre d'idées, les stratégies de planification des comportements alimentaires pourraient également jouer un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux deux besoins par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. Les résultats de l'étude d'Otis et Pelletier (2008) vont d'ailleurs dans le sens de cette hypothèse. Effectivement, cette étude a démontré que les stratégies de planification des comportements alimentaires, les stratégies d'approche et d'évitement, agissent à titre de médiateurs partiels du lien entre le type de motivation et les comportements alimentaires. Plus précisément, la stratégie d'approche est médiatrice des effets d'une motivation autonome à adopter des comportements alimentaires sur des comportements alimentaires sains alors que la stratégie d'évitement est médiatrice des effets d'une motivation contrôlée à adopter des comportements alimentaires sur des comportements alimentaires dysfonctionnels. Les présents résultats faisant plutôt

ressortir le rôle médiateur partiel de la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine), les résultats d'Otis et Pelletier (2008) mettent quant à eux en évidence le rôle médiateur partiel des stratégies de planification des comportements alimentaires. À cet égard, il apparaît raisonnable de croire que les stratégies de planification des comportements alimentaires pourraient jouer un rôle médiateur dans la relation observée entre le soutien aux deux besoins par la famille et la santé psychologique.

Une autre explication pourrait faire référence au comportement complexe qu'est l'alimentation. En effet, se motiver à adopter une saine alimentation signifie éventuellement changer ses habitudes alimentaires quotidiennes car chaque individu doit se nourrir à tous les jours, ce besoin étant fondamental. Cela relève donc d'un processus long et ardu. Les présents résultats ayant été obtenus six mois après l'événement cardiaque chez les patients, il est possible de croire qu'une période de six mois n'ait pas été suffisante pour susciter leur motivation à s'alimenter sainement. Quant à l'activité physique, ce comportement est moins complexe car ce n'est pas un besoin primaire auquel l'individu doit subvenir quotidiennement mais plutôt un comportement que l'individu choisit de pratiquer. En ce sens, il apparaît plausible que la relation entre la motivation spécifique à l'activité physique et la santé psychologique soit plus directe et moins complexe que celle avec la motivation à l'alimentation saine.

Dans leur étude examinant les relations entre les formes de régulation, les comportements alimentaires, le maintien des changements de comportements diététiques et l'ajustement psychologique, Pelletier, Dion, Slovinec D'Angelo et Reid (2004) font d'ailleurs ressortir que l'alimentation est un comportement très complexe. Prenant appui sur les propos de Baumeister, Heatherton et Tice (1994), ils affirment que bien que certaines personnes aient de la facilité à réguler leur alimentation, plusieurs personnes ont de la difficulté à contrôler la quantité et/ou la qualité de la nourriture qu'elles consomment, et ce, de façon occasionnelle ou générale. De plus, lorsque l'alimentation n'est pas bien régulée, cela constitue un important facteur de risque dans le développement de plusieurs problèmes de santé (MCV par exemple) et de problèmes pathologiques (boulimie par exemple).

Dans le même ordre d'idées, l'alimentation étant un comportement complexe, la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine n'est peut-être pas suffisante à elle seule pour expliquer la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens. La présente étude s'intéressant à la motivation autodéterminée spécifique à l'alimentation saine et non au comportement en soi (s'alimenter sainement), cela pourrait permettre d'expliquer les présents résultats. À cet égard, il serait permis de croire que le comportement d'alimentation saine pourrait être médiateur de la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens.

En résumé, les présents résultats font ressortir que le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine sont associés de façon statistiquement significative à la santé psychologique, ces deux variables expliquant 25,4 % de la variance. Ces deux variables expliquant le plus grand pourcentage de variance dans la présente étude, il est donc permis de conclure que le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine sont deux variables qui nous permettent de mieux comprendre la santé psychologique chez des patients coronariens. De plus, les résultats actuels démontrant une médiation partielle à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine), cela signifie que l'association entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique peut être partiellement expliquée par la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique chez ces patients. D'une part, la particularité du présent échantillon pourrait permettre d'expliquer que seule la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine) joue un rôle médiateur partiel dans la présente étude. D'autre part, concernant plus précisément l'alimentation saine, d'autres variables que la motivation pourraient jouer un rôle médiateur dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique de patients coronariens.

Cinquième hypothèse

À la lumière des écrits recensés, il était sensé de croire que le soutien au besoin d'autonomie par la famille aurait un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille. Les résultats des analyses indiquent que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens (le coefficient de prédiction standardisé étant de 0,28 pour la motivation à l'activité physique et de 0,31 pour la motivation à l'alimentation saine) que le soutien au besoin d'autonomie par la famille (le coefficient de prédiction standardisé étant de 0,20 pour la motivation à l'activité physique et de 0,22 pour la motivation à l'alimentation saine).

Contrairement aux données actuelles, il a été reconnu que le soutien à l'autonomie est l'élément le plus déterminant à considérer par les cliniciens lorsque leurs patients adhèrent à des programmes thérapeutiques (Sheldon et al., 2003). Certaines études (Williams, Freedman, et al., 1998; Williams et al., 2002; Williams, Rodin, et al., 1998) ont examiné conjointement le soutien au besoin d'autonomie et le soutien au besoin de compétence. Les résultats obtenus par Williams, Freedman, et al. (1998) dans leur étude réalisée auprès de patients diabétiques ont démontré que le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence étaient tous deux corrélés modérément avec un taux peu élevé d'hémoglobine glyquée. Plus précisément, les résultats font ressortir que des

changements au niveau du sentiment d'autonomie étaient associés à des changements au niveau du sentiment de compétence, qui à leurs tours étaient associés à des changements du taux d'hémoglobine glyquée. Dans l'étude de Williams et al. (2002), les résultats ont démontré que le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence sont tous deux reliés significativement à la cessation tabagique. Toutefois, cette étude révèle que le soutien à la compétence est relié à la cessation tabagique seulement sur une courte période, soit six mois et 12 mois après le début de l'étude. Concernant le soutien à l'autonomie, celui-ci est associé à la cessation tabagique sur une longue période, soit six mois, 12 mois et même 30 mois après le début de l'étude. Cette étude atteste donc l'importance du soutien à l'autonomie dans le maintien d'un comportement de santé (cessation tabagique) à long terme. Enfin, les résultats de l'étude de Williams, Rodin, et al. (1998) visant à évaluer l'adhérence médicamenteuse montrent que seul le soutien à l'autonomie s'est avéré relié à l'adhérence médicamenteuse. Le soutien à la compétence n'a pas été significatif à cet égard.

La présente étude démontre quant à elle que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin d'autonomie par la famille. Des explications seront exposées afin de tenter de comprendre les présents résultats.

Rappelons tout d'abord que l'autonomie réfère au besoin pour une personne d'être à l'origine ou à la source de son propre comportement (deCharms, 1968; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Connell, 1989), ce besoin incitant la personne à agir selon ses propres valeurs et intérêts (Deci & Ryan, 2002). De plus, ce besoin étant lié à l'action volontaire de la personne et créant une impression chez celle-ci d'avoir pleinement choisi de s'adonner à une activité (Deci & Ryan, 1985), le comportement de la personne qui agit avec autonomie est considéré comme l'expression de soi (Deci & Ryan, 2002). Quant à la compétence, ce besoin réfère au sentiment pour une personne de se sentir efficace dans ses interactions avec l'environnement social et d'avoir l'occasion d'exercer et d'exprimer ses propres capacités, ce qui lui permet d'augmenter son sentiment de compétence. La compétence fait référence au sentiment de confiance et d'efficacité dans l'action (Deci & Ryan, 2002). Bien que la présente étude ait examiné le soutien et non le sentiment lié à ces deux besoins, il est raisonnable de croire que, plus les besoins d'autonomie et de compétence sont soutenus chez l'individu, plus les sentiments d'autonomie et de compétence sont élevés chez ce dernier.

À la lumière de ces définitions, il est permis de croire qu'un individu doit d'abord se sentir en confiance et sentir qu'il a la capacité afin d'être motivé à adopter un comportement de santé. Il doit donc se sentir compétent. En ce sens, même si l'individu se sent autonome et agit selon ses propres valeurs et intérêts, cela ne signifie pas nécessairement qu'il se sent capable d'adopter un comportement de santé. Par conséquent, il risque d'être moins motivé à adopter ce même comportement. Il est donc

raisonnable de présumer que le sentiment de compétence est primordial pour que l'individu ait une motivation autodéterminée spécifique à adopter un comportement de santé car ce dernier doit avant tout sentir qu'il est « capable » de faire ce comportement.

Le concept théorique du sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy) de Bandura (1977) permet également d'expliquer les résultats obtenus concernant la relation entre le soutien au besoin de compétence par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine chez des patients coronariens. Celui-ci se définit comme étant la façon dont l'individu évalue ses capacités et comment, à travers la perception qu'il a de son efficacité, cela affecte sa motivation et ses comportements. Selon ce concept, plus l'individu perçoit que son sentiment d'efficacité personnelle est élevé, plus il investira d'efforts, plus il persistera face aux obstacles rencontrés, bref plus il sera motivé à adopter des comportements de santé tels que l'activité physique et l'alimentation saine. À l'opposé, moins l'individu perçoit que son sentiment d'efficacité personnelle est élevé, moins il investira d'efforts, moins il persistera face aux obstacles rencontrés, bref moins il sera motivé à adopter ces mêmes comportements. Le sentiment d'efficacité personnelle est donc un concept similaire au sentiment de compétence. À cet égard, cela vient appuyer l'importance du sentiment de compétence, et incidemment l'importance de soutenir ce besoin afin d'accroître la motivation autodéterminée spécifique.

Toujours en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle, mais plus spécifique aux patients coronariens, l'étude de Slovinec D'Angelo et al. (2007) a démontré que le sentiment d'efficacité personnelle est lié au processus initial qui sous-tend l'intention du changement de comportement (changement à court terme) alors que la motivation est reliée à la formation du plan d'activité physique (changement à long terme). Selon eux, ces deux processus psychologiques distincts sont liés au changement de comportement. Bien que ces deux processus reliés au changement de comportement soient différents, il est raisonnable de considérer ces deux processus comme un continuum au sens où le sentiment d'efficacité personnelle (changement à court terme) précède ou engendre la motivation (changement à long terme). À la lumière de cette analyse, cela pourrait permettre d'expliquer les présents résultats démontrant que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens.

Une autre étude (Gagnon, 2009), également réalisée auprès de patients coronariens, a démontré l'importance du sentiment de compétence sur la motivation autodéterminée spécifique à l'adhérence médicamenteuse chez ces patients. En effet, les résultats de cette étude montrent que plus les patients se sentent compétents à prendre leur médication, meilleur est leur taux d'adhérence à celle-ci. Les résultats font donc ressortir l'importance du sentiment de compétence dans la motivation autodéterminée spécifique à l'adhérence médicamenteuse chez ces patients. Les présents résultats concordent donc avec ceux de Gagnon (2009) dans l'optique où ils démontrent une relation positive entre

le soutien au besoin de compétence et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine chez les patients coronariens.

En somme, il était attendu que le soutien au besoin d'autonomie par la famille aurait un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin de compétence par la famille. Les résultats n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse et ont plutôt révélé que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine des patients coronariens que le soutien au besoin d'autonomie par la famille.

Forces et limites de l'étude

Les résultats de la présente recherche fournissent des informations importantes sur les relations entre certaines variables explorées par la TAD et la santé psychologique de patients coronariens. Ces résultats découlent de l'étude des relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique chez des patients coronariens.

Il s'agit de la première étude à avoir examiné le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille auprès de patients coronariens du SLSJ, et plus spécifiquement, six mois après l'événement cardiaque. En effet, les études antérieures

dans le domaine de la santé (Williams et al., 1996, 1999, 2002, 2005; Williams, Freedman, et al., 1998; Williams, Rodin, et al., 1998) ont plutôt examiné le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence de la part du personnel soignant.

La présente recherche est également la première à démontrer la présence d'une relation médiatrice partielle entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (médiateur) et la santé psychologique auprès de patients coronariens. À cet égard, elle apporte un soutien empirique au cadre de référence de la TAD auprès d'une population coronarienne.

Les méthodes d'analyses statistiques employées dans la présente étude représentent également une force. En effet, la présente recherche a la particularité d'avoir utilisé la régression linéaire multiple ainsi que la médiation multiple pour examiner les relations entre les variables à l'étude. La taille de l'échantillon ($n = 293$) constitue sans doute une autre force. Effectivement, l'étude actuelle se démarque par le fait qu'elle ait été menée auprès de 293 patients coronariens. Enfin, le fait qu'elle ait été conduite dans le respect des règles et de la rigueur inhérentes à la démarche scientifique ajoute à la validité des résultats obtenus.

Certaines limites doivent cependant être soulignées. D'abord, une première limite a trait au type de recherche utilisé, soit une étude de type transversal. Effectivement, les

mesures corrélationnelles employées dans la présente étude ne permettent pas d'établir de lien causal entre les variables étudiées. Seule une étude longitudinale pourrait permettre d'établir des relations de causalité entre les variables à l'étude.

De plus, la nature des mesures utilisées de type auto-rapporté (questionnaires) constitue une autre limite. Ceci a pu constituer un biais dans la mesure où il s'agissait de la perception des participants. Afin d'avoir des résultats plus fidèles, les variables à l'étude auraient pu être également évaluées par la famille ou encore en utilisant d'autres méthodes de cueillette de données (p. ex., focus groupe, groupe contrôle, observation directe et autres).

Enfin, une dernière limite a trait au manque de précision concernant la source de soutien familial. Des informations auraient pu être apportées afin de définir la source de soutien familial. Par exemple, il aurait été intéressant de savoir si le soutien familial provient du ou de la conjoint(e), des enfants, de la fratrie ou d'autres membres de la famille élargie.

Implications de l'étude et recherches futures

Par son apport empirique, la présente étude apporte une contribution significative au corpus de connaissances relatives à la santé psychologique de patients coronariens. De façon plus précise, la présente recherche contribue à l'apport de nouvelles connaissances concernant l'applicabilité de certaines variables explorées par la TAD à l'étude de la

santé psychologique de ces patients. La particularité de cette recherche réside dans le fait qu'elle est la première à avoir examiné le soutien familial ainsi que la santé psychologique chez une population coronarienne du SLSJ, et ce, à partir de variables étudiées par la TAD ainsi qu'à l'aide d'un modèle médiateur. Les présents résultats ont permis de déterminer la présence de plusieurs relations significatives entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens. D'abord, les résultats ont permis d'identifier une relation significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine. De plus, les résultats ont mis en évidence une relation significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la santé psychologique. Par la suite, une relation statistiquement significative entre la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique a été démontrée. Les résultats ont également permis d'établir une relation médiatrice partielle statistiquement significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) et la santé psychologique, mais cela seulement à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine). Enfin, les résultats indiquent que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée

spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine que le soutien au besoin d'autonomie par la famille.

Certaines implications théoriques se dégagent de la recherche actuelle. En effet, les présents résultats viennent supporter la TAD élaborée par Deci et Ryan (1985, 1995), et ce, auprès de patients coronariens. De plus, ils démontrent que la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique joue un rôle médiateur partiel dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique chez ces derniers. En ce sens, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique représente une variable centrale au sein de cette relation pour les patients coronariens. Enfin, en plus d'avoir un impact positif sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine de ces patients, le soutien familial a également un impact positif au niveau de leur santé psychologique.

Deux principales implications cliniques se dégagent des présents résultats. Le fait qu'ils aient permis de démontrer des relations positives entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens suggère d'abord qu'il devrait y avoir de la sensibilisation auprès des familles et des professionnels de la santé quant à l'impact des variables motivationnelles sur la santé psychologique de ces patients. De plus, cela soutient l'importance centrale d'intégrer la famille dans les plans de réhabilitation.

La TAD appliquée au contexte de la présente étude permet d'émettre des recommandations concernant le soutien des besoins d'autonomie et de compétence des patients en réhabilitation. Par exemple, il pourrait y avoir un professionnel tel un psychologue qui, par l'entremise de rencontres individuelles, soutiendrait ces deux besoins auprès des patients. Il pourrait soutenir l'autonomie notamment en reconnaissant les perspectives et les émotions des patients avant d'émettre des recommandations, en supportant les choix et les initiatives de ces derniers, en fournissant un rationnel relatif aux avis donnés, en proposant des options efficaces en vue du changement, en minimisant le contrôle et le jugement et en explorant comment les comportements de santé rejoignent les aspirations de vie. Il pourrait également soutenir la compétence en se montrant confiant face au succès des patients, en recadrant les erreurs du passé et en soulignant les petits succès, en donnant un feedback précis, efficace et absent de jugement, en identifiant les barrières, en développant les habiletés et la résolution de problème et en élaborant un plan adapté aux habiletés et expériences des patients.

Ensuite, via des rencontres avec la famille, le psychologue pourrait sensibiliser celle-ci à l'impact du soutien à ces deux besoins sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine ainsi que sur la santé psychologique des patients. En outre, de l'aide pourrait être apportée aux membres de la famille afin que ceux-ci puissent également contribuer à soutenir ces deux besoins chez leur proche atteint de MCV. Les rencontres avec la famille pourraient également permettre aux

membres de partager leurs difficultés liées à la maladie de leur proche et d'exprimer leurs émotions.

Enfin, les rencontres avec le psychologue pourraient servir à donner de l'information au patient et aux membres de sa famille au sujet des facteurs de risque des MCV. Une importance devrait être accordée à l'activité physique et à l'alimentation saine. Par exemple, des ateliers éducatifs portant sur ces deux comportements de santé et proposant des stratégies concrètes visant l'adoption de ces comportements pourraient être présentés. Ces ateliers pourraient également permettre d'accompagner le patient et sa famille tout au long de la démarche d'apprentissage de nouveaux comportements de santé.

De futures recherches devraient être réalisées en considérant les propositions découlant des limites énoncées précédemment. D'abord, des précisions concernant la source de soutien familial (conjoint(e), enfants, fratrie ou autres membres de la famille élargie) devraient être apportées dans des recherches ultérieures. De plus, des études longitudinales devraient être conduites afin d'établir des relations de causalité entre les variables à l'étude. Enfin, une attention devrait être portée à la méthodologie de cueillette de données. Par exemple, celle-ci pourrait se faire à l'aide de questionnaires administrés aux membres de la famille et à l'aide de mesures autres qu'auto-rapportées (p. ex., focus groupe, groupe contrôle, observation directe et autres).

Enfin, les résultats actuels ayant démontré l'impact positif de la famille sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens, il serait intéressant dans un avenir rapproché d'examiner le soutien au besoin d'affiliation sociale par la famille en lien avec ces mêmes variables chez ces patients. L'affiliation sociale référant au sentiment d'être connecté aux autres, de prendre soin d'eux et d'être à la fois significatif pour eux (Baumeister & Learly, 1995; Ryan, 1995) et ce besoin ayant été moins examiné que ceux d'autonomie et de compétence dans les écrits antérieurs, il serait sans doute pertinent dans une future étude d'examiner le lien entre le soutien au besoin d'affiliation sociale par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens.

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont une cause majeure de décès à l'échelle mondiale, le nombre de décès attribuable annuellement aux MCV étant évalué à 17 millions d'hommes et de femmes, ce qui représente le tiers du nombre total de tous les décès (Organisation mondiale de la santé, 2004). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ), il y a eu 111 décès en moyenne par année entre 1997 et 1999 chez la population âgée entre 15 et 64 ans de la région (La Direction de santé publique, 2004). Les écrits montrent que la dépression et l'anxiété sont deux facteurs liés à la santé psychologique dont souffrent les patients coronariens. De plus, les recherches portant sur la théorie de l'autodétermination (TAD) démontrent que des variables motivationnelles seraient à l'origine de la santé psychologique.

L'objectif principal de la présente recherche visait à étudier la relation entre certaines variables motivationnelles explorées par la TAD et la santé psychologique. Plus précisément, cette étude a examiné les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille, la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique de patients coronariens. En se basant sur les écrits antérieurs, cinq hypothèses de recherche ont été élaborées. Les résultats des analyses ont permis d'identifier une relation significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à

l'alimentation saine. De plus, les résultats ont mis en évidence une relation significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) par la famille et la santé psychologique. Ensuite, une relation statistiquement significative entre la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine et la santé psychologique a été démontrée. Les résultats ont également permis d'établir une relation médiatrice partielle statistiquement significative entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (indépendamment l'un de l'autre) et la santé psychologique, mais cela seulement à travers la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique (et non à l'alimentation saine). Enfin, les résultats ont permis de démontrer que le soutien au besoin de compétence par la famille a un plus grand impact sur la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine que le soutien au besoin d'autonomie par la famille.

Cette étude a permis d'apporter des connaissances et ainsi d'améliorer notre compréhension par rapport à la santé psychologique des patients souffrant de maladies coronariennes. Plus précisément, la présente recherche offre un appui empirique quant à la présence de relations entre certaines variables explorées par la TAD et la santé psychologique. De façon plus précise, elle est la première à avoir démontré des relations positives entre des variables étudiées par la TAD (soutien aux besoins d'autonomie et de compétence et motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique et à l'alimentation saine) et la santé psychologique chez une population coronarienne, et ce, par l'entremise du soutien familial. Plus encore, elle est la première à avoir mis en

évidence la motivation autodéterminée spécifique à l'activité physique comme variable médiatrice partielle dans la relation entre le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence par la famille et la santé psychologique chez cette population. En somme, la présente recherche fait clairement ressortir l'impact positif de la famille chez les patients atteints de MCV, et ce, principalement au niveau de leur santé psychologique.

Enfin, il devrait y avoir considération de l'importance d'intégrer la famille au sein des plans de réhabilitation cardiaque. La famille jouant un rôle important au niveau des variables motivationnelles liées à l'adoption de comportements de santé (activité physique et alimentation saine) et de la santé psychologique des patients, la participation de celle-ci à la réhabilitation permettrait sans doute d'améliorer la santé psychologique des patients.

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2008). *Unité des modes de vie sains*. Récupéré le 6 février 2009 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/pourquoi.html>.
- American Heart Association. (2009). Risk factors and coronary heart disease. Récupéré le 7 août 2008 de <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans perceptions of life quality*. New York : Plenum Press.
- Aparecida Spadoti Dantas, R., & Aparecida Ciol, M. (2008). Quality of life after coronary artery bypass surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 30(4), 477-490.
- Appels, A., Pool, J., Lubsen, J., & Van der Does, E. (1979). Psychische prodromen van het hartinfarct [Psychological symptoms before myocardial infarction]. *Tijdschrift voor de Psychologie*, 34, 213-223.
- Appleton, J. J., Christenson, S. L., Kim, D., & Reschly, A. L. (2006). Measuring cognitive and psychological engagement: Validation of the Student Engagement Instrument. *Journal of School Psychology*, 44, 427-445.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bankier, B., Januzzi, J. L., & Littman, A. B. (2004). The high prevalence of multiple psychiatric disorders in stable outpatients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 645-650.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, C. A., Joseph, L., Belisle, P., & Pilote, L. (2001). Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 142, 271-279.

- Bégin, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Provencher, V., & Lemieux, S. (2006). Traitement de l'obésité: Soutenir l'individu dans l'approbation de sa démarche. *Canadian Psychology, 47*(4), 316-312.
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine, 117*, 1003-1009.
- Birket-Smith, M., Hansen, B. H., Hanash, J. A., Hansen, J. F., & Rasmussen, A. (2009). Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients - 6-year survival. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 5-10.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du «Satisfaction with life scale». *Journal Canadien des Sciences du Comportement, 21*, 210-233.
- Bloch, D. A. (1984). The family as a psychosocial system. *Family Systems Medicine, 2*, 387-396.
- Bloch, H. (2002). *Le grand dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse.
- Blumenthal, J. A., Lett, H. S., Babyak, M. A., White, W., Smith, P. K., Mark, D. B., et al. (2003). Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *The Lancet, 362*(9384), 604.
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content : The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin, 138*(4), 655-691.
- Bohachick, P., & Anton, B.B. (1990). Psychosocial adjustment of patients and spouses to severe cardiomyopathy. *Research in Nursing and Health, 13*(6), 385-392.
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., et al. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research, 9*, 829-839.
- Bouffard, L. (1999). Variations sur le bonheur, un complément. *Revue québécoise de psychologie, 20*(2), 205-215.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue québécoise de psychologie, 18*, 271-310.

- Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: Résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38, 339-343.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago : Adline.
- Brault-Labbé, A., & Dubé, L. (2010). Engagement scolaire, bien-être personnel et autodétermination chez des étudiants à l'université. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(2), 80-92.
- Brière, N. M., Vallerand, R. J., Blais, M. R., & Pelletier, L. G. (1995). Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque et extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif: L'échelle de motivation dans les sports (ems). *Journal International de Psychologie du Sport*, 26, 465-489.
- Burg, M. M., Benedetto, M. C., Rosenberg, R., & Soufer, R. (2005). Presurgical depression predicts medical morbidity six months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65, 111-118.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of american life*. New York : Russell Sage Foundation.
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 263-281.
- Campbell, T. L., & Patterson, J. M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 545-583.
- Careau, L., & Fournier, A.-L. (2002). *La motivation*. Récupéré le 16 juillet 2009 de http://www.cocp.ulaval.ca/webdav/site/cocp/shared/reussite/Guide_Motivation.pdf.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Sheline, Y. I., & Weiss, E. S. (1997). Depression and coronary heart disease: A review for cardiologists. *Clinical Cardiology*, 20, 196-200.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale? *Santé mentale au Québec*, 30(2), 7-13.

- Case, R. B., Moss, A. J., Case, N., McDermott, M., & Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *Journal of the American Medical Association, 267*, 515-519.
- Cassem, N. H., & Hackett, T. P. (1971). Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Annals of Internal Medicine, 75*, 9-14.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Preventing heart disease and stroke: Addressing the nation's leading killers*. Atlanta, USA.
- Chirkov, V. I., & Ryan, R. M. (2001). Parent and teacher autonomy-support in Russian and U.S. adolescents: Common effects on well-being and academic motivation. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 32*(5), 616-636.
- Christian, A. H., Cheema, A. F., Smith, S. C., & Mosca, L. (2007). Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Quality of Life Research, 16*, 363-373.
- Chung, M. L., Lennie, T. A., Riegel, B., & Moser, D. K. (2006). Spouses enhance medication adherence in patients with heart failure. *Circulation, 114*(18), 518(abstract).
- Coatsworth, J. D., & Conroy, D. E. (2009). The effects of autonomy-supporting coaching, need satisfaction, and self-perceptions on initiative and identity in youth swimmers. *Developmental Psychology, 45*(2), 320-328.
- Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1991). Competence, autonomy and relatedness: A motivational analysis of selfsystem processes. Dans M. Gunnar & A. Sroufe (Éds), *Self processes in development: Minnesota Symposium on Child Psychology, 23*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 4377.
- Coyne, J. C., Ellard, J. H., & Smith, D. A. F. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Éds), *Social support: An interactional view* (pp. 129-149). New York: Wiley.
- Coyne, J. C., & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll, & J. H. Crowther (Éds), *Family health psychology* (pp. 129-149). Washington, DC: Hemisphere.
- Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J. S., Nicklas, J. M., & Cranford, J. A. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology, 88*, 526-529.

- Csikszentmihalyi, M., & Rathunde, K. (1993). The measurement of flow in everyday life: Toward a theory of emergent motivation. Dans J. E. Jacobs (Éd.), *Developmental perspectives on motivation* (pp. 57-97). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Daigle, J.-M. (2006). *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales: Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- deCharms, R. (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- 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. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. Dans M. Kemis (Éd.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (p.31-49). New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macro-theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49,182-185.
- De Jonge, P., Spijkerman, T. A., van den Brink, R. H., & Ormel, J. (2006). Depression following myocardial infarction is a risk factor for declined health-related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, 92, 32-39.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Direction de santé publique. (2004). *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2004-2007*. Agence de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

- Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. (2008). Testing a selfdetermination theory-based teaching style intervention in the exercise domain. *European Journal of Social Psychology, 38*, 375-388.
- Erdman, R. A. M. (1982). *M.P.V.H. Medisch Psychologische Vragenlijst voor Hartpatiënten. Handleiding [Medical Psychological Questionnaire for Coronary Artery Patients manual]*. Lisse, The Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Everson, S. A., Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Julkunen, J., Tuomilehto, J., et al. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: The mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology, 146*, 142-152.
- Faller, H., Störk, S., Schowalter, M., Steinbüchel, T., Wollner, V., Ertl, G., et al. (2007). Is health-related quality of life an independent predictor of survival in patients with chronic heart failure? *Journal of Psychosomatic Research, 63*, 533-538.
- Fauerbach, J. A., Bush, D. E., Thombs, B. D., McCann, U. D., Fogel, J., & Ziegelstein, R. C. (2005). Depression following acute myocardial infarction: A prospective relationship with ongoing health and function. *Psychosomatics, 46*, 355-361.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Ferland, L. (1998). Lancement officiel du comité scientifique Kino-Québec. Fondation des maladies du cœur du Québec. *Les actualités du cœur, 3*(2), 5-6.
- Fiscella, K., Franks, P., & Shields, C. (1997). Perceived family criticism and primary care utilization: Psychosocial and biomedical pathways. *Family Process, 36*, 25-41.
- Fisher, L., & Weihs, K. L. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the national working group on family-based interventions in chronic disease. *Journal of Family Practice, 49*(6), 561-566.
- 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 Canada (2008). *Les principes de base de la saine alimentation*. Récupéré le 3 février 2009 de http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3610717/k.7742/Les_principes_de_base_de_la_saine_alimentation.htm.

- Fondation des maladies du cœur. (2009). *Statistiques*. Récupéré le 12 juillet 2009 de <http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562179/k.9FCD/Statistiques.htm>.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*, *270*, 1819-1825.
- Frederick-Recascino, C. M., & Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, *16*, 124-146.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Davila-Roman, V. G., Rich, M. W., Skala, J. A., & Jaffe, A. S. (1998). Major depression and survival in congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 118.
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Shulman, K. I., & Delis, D. C. (1994). *Clock drawing: A neuropsychological analysis*. New York: Oxford University Press.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, *26*, 331-362.
- Gagnon, M.-L. (2009). *Relations entre le soutien à l'autonomie, la motivation autodéterminée, le sentiment de compétence et l'adhérence médicamenteuse chez une population coronarienne du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Chicoutimi.
- Glassman, A. H., & Shapiro, P. A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *The American Journal of Psychiatry*, *155*, 4-11.
- Goyal, T. M., Idler, E. L., Krause, T. J., & Contrada, R. J. (2005). Quality of life following cardiac surgery: Impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 759-765.
- Gravelly-Witte, S., De Gucht, V., Heiser, W., Grace, S. L., & Van Elderen, T. (2007). The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illness*, *3*, 66-76.
- Guay, F., & Vallerand, R. J. (1997). Social context, students' motivation, and academic achievement: Toward a process model. *Social Psychology of Education*, *1*(3), 211-233.
- Haines, A. P., Imeson, J. D., & Meade, T. W. (1987). Phobic anxiety and ischemic heart disease. *British Medical Journal*, *295*, 297-299.

- Hance, M., Carney, R. M., Freedland, K. E., & Skala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease: A 12-month follow-up. *General Hospital Psychiatry, 18*, 61-65.
- Hare, D. L., & Davis, C. R. (1996). Cardiac Depression Scale: Validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 379-386.
- Heun, R., Burkart, M., Maier, W., & Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*, 171-178.
- Hilscher, R. L., Bartely, A. G., & Zarski, J. J. (2005). A heart does not beat alone: Coronary heart disease through a family systems lens. *Family Systems & Health, 23*(2), 220-235.
- Höfer, S., Benzer, W., Alber, H., Ruttman, E., Kopp, M., Schüssler, G., & Doering, S. (2005). Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: A prospective study generating a structural equation model. *Psychosomatics, 46*(3), 212-223.
- Höfer, S., Lim, L., Guyatt, G., & Oldridge, N. (2004). The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument : A summary. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*(3), 1-8.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middleaged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology, 14*, 152-163.
- Holly, J. (2005). Cardiovascular disease risk factors part X – Psychosocial stress. Your life your health. *The Examiner, 1*, 1-6.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports, 39*, 1215-1228.
- International Wellbeing Group. (2005). *Personal Wellbeing Index*. Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, Melbourne. Récupéré le 12 avril 2012 de http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm.
- Joekes, K., Van Elderen, T., & Schreurs, K. (2007). Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of Health Psychology, 12*(4), 4-16.

- Julien, É., Guay, F., Sénéchal, C., & Poitras, S.-C. (2009). Subjective psychological distress among young adults: The role of global and contextual levels of self-determined motivation. *Hellenic Journal of Psychology, 6*, 145-168.
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwartz, N. (Éds) (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 410-422.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 280-287.
- Kelly, S., & Lambert, S. S. (1992). Family support in rehabilitation: A review of research, 1980-1990. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 36*(2), 98-119.
- Keyes, C. L. M., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology, 4*, 197-201.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: Reforming data analysis methods in behavioral research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Knafl, K. A., & Gilliss, C. L. (2002). Families and chronic illness: A synthesis of current research. *Journal of Family Nursing, 8*, 178-198.
- Koestner, R., & Losier, G. F. (2002). Distinguishing three ways of being highly motivated: A closer look at introjection, identification, and intrinsic motivation. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (p.101-121). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Kolwal, J., & Fortier, M. S. (1999). Motivational determinant of flow: Contributions from self-determination theory. *The Journal of Social Psychology, 139*, 355-368.
- Kriegsman, D. M. W., Penninx, B. W. J. H., & van Eijk, J. T. M. (1994). Chronic disease in the elderly and its impact on the family. *Family Systems Medicine, 12*, 249-267.

- Kurylo, M., Elliott, T. R., DeVivo, L., & Dreer, L. E. (2004). Caregiver social problem solving abilities and family member adjustment following congestive heart failure. *Journal of Clinical Psychology, 11*(3), 151-157.
- Labelle, R., Bastin, E., Dubé, M., Alain, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique: Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie, 22*(1), 71-84.
- Laguardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être: Théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie, 21*(2), 281-304.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine, 63*, 221-230.
- Lie, I., Arnesen, H., Sandvik, L., Hamilton, G., & Bunch, E. H. (2009). Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program. *Quality of Life Research, 18*, 201-207.
- Litalien, D., & Guay, F. (2010). Validation d'un modèle motivationnel des aspirations professionnelles. *Revue canadienne de l'éducation, 33*(4), 732-760.
- Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J., & Coyne, J. C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 579-605.
- Mallik, S., Krumholz, H. M., Lin, Z. Q., Kasl, S. V., Mattera, J. A., Roumain, S. A., et al. (2005). Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation, 111*, 271-277.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 811-831.
- Martin, M., Blaisdell-Gross, B., Fortin, E. W., Maruish, M. E., Manocchia, M., Sun, X., et al. (2007). Health-Related Quality of Life of Heart Failure and Coronary Artery Disease Patients Improved During Participation in Disease Management Programs: A Longitudinal Observational Study. *Disease Management, 10*(3), 164-178.
- Mayou, R. A., Gill, D., Thompson, D. R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., et al. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 62*, 212-219.

- Milyavskaya, M., & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences, 50*, 387-391.
- Mouratidis, A., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Sideridis, G. (2008). The motivating role of positive feedback in sport and physical education: Evidence for a motivational model. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 30*, 240-268.
- Myers, D. G. & Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du bonheur. *Revue québécoise de psychologie, 18*(2), 13-28.
- Müller-Nordhorn, J., Kulig, M., Binting, S., Völler, H., Gohlke, H., Linde, K., et al. (2004). Change in quality of life in the year following cardiac rehabilitation. *Quality of Life Research, 13*, 399-410.
- Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry, 55*, 580-588.
- Nadeau, M-F., Senécal, C., & Guay, F. (2003). Les déterminants de la procrastination académique: un modèle médiationnel du contexte familial et des processus du soi. *Revue canadienne des sciences du comportement, 35*(2), 97-110.
- Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging, 11*, 34-44.
- Niemiec, C. P., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., Bernstein, J., Deci, E., & Ryan, R. M. (2006). The antecedents and consequences of autonomous self-regulation for college: A self-determination theory perspective on socialization. *Journal of Adolescence, 29*, 761-775.
- Niemiec, C. P., & Ryan, R. M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *Theory and Research in Education, 7*(2), 133-144.
- Noels, K., Clément, R., & Pelletier, L. (1999). Perceptions of teachers' communicative style and students' intrinsic and extrinsic motivation. *The Modern Language Journal, 83*, 23-34.
- Norris, C. M., & King, K. (2009). A qualitative examination of the factors that influence women's quality of life as they live with coronary artery disease. *Western Journal of Nursing Research, 31*(4), 513-524.

- Nouvelle Société Française d'Athérosclérose. (1998). Maladie coronarienne: Réduire le risque. Groupe de Réflexion International pour la Prévention des Maladies Coronariennes. International Task Force. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 8, 205-271.
- Novacek, J., & Lazarus, R. S. (1990). The structure of personal commitments. *Journal of Personality*, 58, 693-715.
- Ntoumanis, N. (2005). A prospective study of participation in optional school physical education based on self-determination theory. *Journal of Educational Psychology*, 97, 444-453.
- Okun, M. A., & Keith, V. M. (1998). Effects of positive and negative social exchanges with various sources on depressive symptoms in younger and older adults. *Journal of Gerontology*, 53, 4-20.
- Organisation mondiale de la santé. (2004). *Rapport sur la santé dans le monde 2004: Changer le cours de l'histoire*. Genève, Suisse.
- Otis, N., & Pelletier, L. G. (2008). Women's regulation styles for eating behaviors and outcomes: The mediating role of approach and avoidance food planning. *Motivation and Emotion*, 32, 55-67.
- Page, K. N., Davidson, P., Edward, K-L., Allen, J., Cummins, R. A., Thompson, D. R., et al. (2010). Recovering from an acute cardiac event – the relationship between depression and life satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 736-743.
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: A self-determination theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 434-457.
- Pelletier, A. (2005). *Relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants et des indices de santé mentale chez les adolescents*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- Pelletier, L. G., & Dion, S. C. (2007). An examination of general and specific motivational mechanisms for the relations between body dissatisfaction and eating behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 303-333.
- Pelletier, L. G., Dion, S., & Lévesque, C. (2004). Can self-determination help protect women against sociocultural influences related to body image and reduce their risk of experiencing bulimic symptoms? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 61-88.

- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationship between forms of regulations, eating behaviors, sustained behavior change, and psychological well-being. *Motivation and Emotion, 28*, 245-277.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Tuson, K. M., & Brière, N. M. (2001). Association among perceived autonomy support, forms of regulation, and persistence: A prospective study. *Motivation and Emotion, 25*, 279-306.
- Pelletier, L. G., Sharp, E. C., Beaudry, S., & Otis, N. (en préparation). *The interpersonal behaviours scale (IBS): support of autonomy, competence and relatedness in different life domains*. Manuscrit en préparation. Université d'Ottawa.
- Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale: Les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement, 27*(2), 140-156.
- Perski, A., Feleke, E., Anderson, G., Samad, B. A., Westerlund, J., Ericsson, C. G., et al. (1998). Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery. *American Heart Journal, 136*, 510-517.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*, 879-891.
- Préville, M., Boyer, R., & Potvin, L. (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Québec : Santé Québec.
- Quinn, M. H. (1999). Family relationships and cardiovascular health: A review with implications for family psychology. *Family Psychologist, 15*, 10-13.
- Rantanen, A., Kaunonen, M., Sintonen, H., Koivisto, A-M., Åstedt-Kurki, P., & Tarkka, M-T. (2008). Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1742-1753.
- Rantanen, A., Tarkka, M-T., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, A-M., & Åstedt-Kurki, P. (2009). Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. *Journal of Advanced Nursing, 65*(9), 1926-1936.

- Ratelle, C. F., Larose, S., Guay, F., & Senécal, C. (2005). Perceptions of parental involvement and support as predictors of college students' persistence in a science curriculum. *Journal of Family Psychology, 19* (2), 286-293.
- Reeve, J., Jang, H., Carrell, D., Jeon, S., & Barch, J. (2004). Enhancing students' engagement by increasing teachers' autonomy support. *Motivation and Emotion, 28*, 147-169.
- Reid, L. D., Tueth, M. J., Handberg, E., & Nyanteth H. (2006). Validating a self-report measure of global subjective well-being to predict adverse clinical outcomes. *Quality of Life Research, 15*, 675-686.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L. K., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 419-435.
- Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine, 16*, 122-130.
- Riedinger, M. S., Dracup, K. A., & Brecht, M-L. (2002). Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with others chronic conditions. *Journal of Critical Care, 11*(3), 211-219.
- Robert, L., Spitzer, M. D., Janet, B. W., Williams, D. S. W., Miriam, Gibbon, M. S. W., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): History, Rationale, and Description. *Archives of General Psychiatry, 49*(8), 624-629.
- Rohrbaugh, M. J., Cranford, J. A., Shoham, V., Nicklas, J. M., Sonnega, J. S., & Coyne, J. C. (2002). Couples coping with congestive heart failure: Role and gender differences in psychological distress. *Journal of Family Psychology, 16*, 3-13.
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental Psychology, 45*(4), 1119-1142.
- Roussel, P. (2001). La motivation au travail: Concept et théories. Dans Louart, P (Éd.), *Les grands auteurs en GRH* (p.220-240). Paris: Éditions EMS.
- Rozanski, A., Blumenthal, J., & Kaplan, J. (1999). Impacts of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Journal of the American Heart Association, 99*, 2192-2217.

- Rubino, C., Luksyte, A., Jansen Perry, S., & Volpone, S. D. (2009). How do stressors lead to burnout? The mediating role of motivation. *Journal of Occupational Health Psychology, 14*(3), 289-304.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: The heart and soul study. *JAMA, 290*(2), 215-221.
- Russell, V. J., Ainley, M., & Frydenberg, E. (2005). *Student motivation and engagement*. Australian Government, Department of Education, Science and Training. Récupéré le 22 février 2008 de http://www.dest.gov.au/sectors/school_education/publications_resources/schooling_issues_digest/schooling_issues_digest_motivation_engagement.htm
- Russell, K. L., & Bray, S. R. (2010). Promoting self-determined motivation for exercise in cardiac rehabilitation: The role of autonomy support. *Rehabilitation Psychology, 55*(1), 74-80.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and facilitation of integrative processes. *Journal of Personality, 63*(3), 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. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality, 74*(6), 1557-1585.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éd.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (p.618-655). New York: Wiley.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality, 65*, 529-565.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A selfdetermination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies, 9*, 139-170.

- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist, 10*, 2-5.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry, 9*, 1-28.
- Santé Canada. (2008). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Récupéré le 3 février 2009 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Social support: The search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 133-147.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1994). Social support: Global and relationship-based levels of analysis. *Journal of Social and Personal Relationships, 11*, 295-312.
- Sarrazin, P., Vallerand, R. J., Guillet E., Pelletier, L. G., & Cury, F. (2002). Motivation and dropout in female handballers: A 21-month prospective study. *European Journal of Social Psychology, 32*, 395-418.
- Schulman, J. K., Muskin, P. R., & Shapiro, P. A. (2005). Psychiatry and cardiovascular disease. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 3*(2), 208-220.
- Sexton, M., Bross, D., Hebel, J. R., Schumann, B. C., Gerace, T. A., Lasser, N., et al. (1987). Risk-factor changes in wives with husbands at high risk of coronary heart disease (CHD): The spin-off effect. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 251-261.
- Sheldon, K. M. (2002). The self-concordance model of healthy goal striving: When personal goals correctly represent the person. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (p.65-86). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction and longitudinal well being: the self concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(3), 482-497.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 531-543.

- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*, 1319-1331.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of Humanistic Psychology, 41*, 30-50.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 475-486.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., Rawsthorne, J. L., & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: Cross-role variation in the Big-Five personality traits and its relations with psychological authenticity and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1380-1393.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What makes good for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 1270-1279.
- Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Joiner, T. (2003). *Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Sherbourne, C. D., & Hays, R. D. (1990). Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 328-343.
- Shmotkin, D. (1998). Declarative and differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life. Dans J. Lompranz (Éd.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (p. 15-43). New York: Plenum Press.
- Silva, M. N., Viera, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., et al. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: A randomized controlled trial in women. *Journal of Behavioral Medicine, 33*(1), 110-122.
- Skinner, E. A., & Belmont, M. J. (1993). Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of Educational Psychology, 85*, 571-581.

- Slovinec D'Angelo, M., Reid, R. D., & Pelletier, L. G. (2007). A model for Exercise Behavior Change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 29*, 208-224.
- Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 548-568.
- Spertus, J. A., McDonell, M., Woodman, C. L., & Fihn, S. D. (2000). Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. *American Heart Journal, 140*, 105-110.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., de Gruy III, F. V., et al. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA, 274*, 1511-1517.
- Stafford, L., Berk, M., Reddy, P., & Jackson, H. J. (2007). Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 401-410.
- Standage, M., Duda, J. L., & Ntoumanis, N. (2003). A model of contextual motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict physical activity intentions. *Journal of Educational Psychology, 95*(1), 97-110.
- Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009*. Récupéré le 23 septembre 2013 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11543/c-g/c-g011-fra.htm>.
- Strik, J. J. M. H., Denollet, J., Lousberg, R., & Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology, 42*(10), 1801-1807.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Baum, C., Grothaus, L. C., & Katon, W. J. (1997). Functional status in coronary artery disease: A one-year prospective study of the role of anxiety and depression. *American Journal of Medicine, 103*, 348-356.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Spertus, J. A., & Hecht, J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression on symptoms and function in patients with coronary heart disease. *The American journal of Cardiology, 86*, 1135-1138.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon.

- Tapp, D. M. (2004). Dilemmas of family support during cardiac recovery: Nagging as a gesture of support. *Western Journal of Nursing Research, 26*(5), 561-580.
- Taylor, S. E. (1995). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Tully, P. J., Baker, R. A., Turnbull, D. A., Winefield, H. R., & Knight, J. L. (2009). Negative emotions and quality of life six months after cardiac surgery: The dominant role of depression not anxiety symptoms. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 510-522.
- Unsar, S., Sut, N., & Durna, Z. (2007). Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing, 22*(6), 501-507.
- Vallerand, R. J., & Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: A prospective study. *Journal of Personality, 60*, 599-620.
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 1161-1176.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Koestner, R. (2008). Reflections on self-determination theory. *Canadian Psychology, 49*(3), 257-262.
- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1981). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV). Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (manual STAI-DY)*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Van Elderen, T., Maes, S., & Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(2), 175-183.
- Van Jaarsveld, C. H. M., Sanderman, R., Miedema, I., Ranchor, A. V., & Kempen, G. I. J. M. (2001). Changes in health-related quality of life in older patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: A prospective study. *JAGS, 49*, 1052-1058.
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic role of intrinsic goals and autonomy-support. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 246-260.
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Soenens, B., & Matos, L. (2005). Examining the motivational impact of intrinsic versus extrinsic goal framing and autonomy-

supportive versus internally controlling communication style on early adolescents' academic achievement. *Child Development*, 2, 483-501.

Volz, A., Schmid, J-P., Zwahlen, M., Kohls, S., Saner, H., & Barth, J. (2011). Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart failure: A comparison of different psychosocial aspects. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 13-22.

Wang, C., & Fenske, M. (1996). Self care of adults with non insulin dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *The Diabetes Educator*, 22, 465-470.

Wang, H-X., Mittleman, M. A., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science & Medicine*, 60(3), 599-607.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.

Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Weilgosz, A., & Reid, R. (2001). Mesures non publiées. Institut de cardiologie, Université d'Ottawa.

Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011). Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: A cross-sectional population based study. *PLoS ONE*, 6(4), 1-9.

Williams, G. C., Cox, E. M., Kouides, R., & Deci, E. L. (1999). Presenting the facts about smoking to adolescents: The effects of an autonomy supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 959-964.

Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building health-care partnerships by supporting autonomy: Promoting maintained behavior change and positive health outcomes. Dans Hinton-Walker, P., Suchman, A. L., & Botelho, R. (Éds),

- Partnerships in healthcare: Transforming relational process* (p.67-87). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, *2*, 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, A., & Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health Education*, *105* (4), 304-320.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, *21*, 40-50.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z., 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., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, *17*, 269-276.
- Worcester, M. U. C., Murphy, B. M., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Higgins, R. O., Goble, A. J., et al. (2007). Trajectories of recovery of quality of life in women after an acute cardiac event. *British Journal of Health Psychology*, *12*, 1-15.
- World Health Organization. (1976). *Statistical indices of family health* (Rep. No. 589). New York: Author.
- Wyller, T. B., Holmen, J., Laake, P., & Laake, K. (1998). Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*, *29*, 363-367.
- Yates, B. C., Skaggs, B. G., & Parker, J. D. (1994). Theoretical perspectives on the nature of social support in cardiovascular illness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *9*(1), 1-15.
- 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*(9438), 937-952.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, *25*(1), 82-91.

Appendice A
Certificats d'éthique

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

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

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

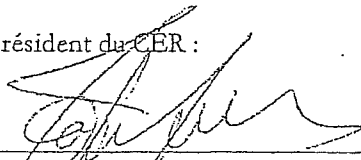
Titre du protocole :	2005-014 Effets du support à l'autonomie et à la compétence et de la motivation des patients sur l'adhérence au traitement et la réduction des facteurs de risque chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean
No IND :	sans objet
Date du protocole :	version finale datée du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

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

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

Date de réunion du CÉR : 13 septembre 2005
Date d'approbation officielle : 14 mars 2006
Durée de l'approbation : 1 an, soit du 14 mars 2006 au 14 mars 2007

Président du CÉR : Dr Fabien Simard



Signature du président

06/03/06

Date de la signature



Université du Québec à Chicoutimi

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

www.uqac.ca

Comité d'éthique de la recherche

Le 23 mars 2007

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

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

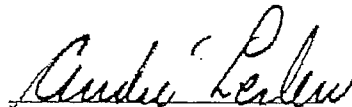
Madame,
Monsieur,

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

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

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

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


André Leclerc
Président

/mjd



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

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

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

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

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

Fait à Ville de Saguenay, le 21 mars 2006

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

Appendice B
Questionnaire



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

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

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

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

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

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. *Quel est votre état matrimonial actuel?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Université du Québec à Chicoutimi

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

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

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

Activité physique, nutrition, médication et problème cardiaque (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
<input type="radio"/> Jan		<input type="radio"/> 2005
<input type="radio"/> Fév		<input type="radio"/> 2006
<input type="radio"/> Mar	0	<input type="radio"/> 2007
<input type="radio"/> Avr	1 1	<input type="radio"/> 2008
<input type="radio"/> Mai	2 2	
<input type="radio"/> Jun	3 3	
<input type="radio"/> Jul	4	
<input type="radio"/> Août	5	
<input type="radio"/> Sept	6	
<input type="radio"/> Oct	7	
<input type="radio"/> Nov	8	
<input type="radio"/> Déc	9	

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

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

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

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

LE SOUTIEN DE VOTRE ENTOURAGE

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

	Jamais			Assez souvent			Toujours
	1	2	3	4	5	6	7

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

VOS ATTITUDES VIS-A-VIS VOS COMPORTEMENTS DE SANTE

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

Je pratique régulièrement une activité physique ...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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