

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
PÉNÉLOPE GOUDREAULT

ÉTUDE DESCRIPTIVE CORRÉLATIONNELLE ENTRE LE SOUTIEN À
L'AUTONOMIE PERÇU PAR LES PERSONNES ATTEINTES D'HYPERTENSION
ARTÉRIELLE ET LEUR MOTIVATION À ADHÉRER AUX TRAITEMENTS

JUIN 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'hypertension artérielle (HTA) constitue la principale cause de mortalité et de diminution de l'espérance de vie dans le monde. Plusieurs interventions ont été mises en place en vue d'optimiser la prise en charge de cette maladie. Pour ce qui est du domaine de l'HTA, la majorité des études portant sur la motivation se sont intéressées au degré de motivation (« combien ») pour mieux comprendre la difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements. Or, des études suggèrent que le type de motivation (« pourquoi ») pourrait également constituer un déterminant important de cette adhésion. Les résultats d'études se basant sur la théorie de l'autodétermination (TAD) pour explorer l'adhésion aux comportements de santé envers divers problèmes de santé ont démontré des liens intéressants entre un climat de soins soutenant l'autonomie, le type de motivation et un comportement donné. C'est dans cette optique que l'utilisation de la TAD peut représenter une valeur ajoutée aux interventions actuelles visant à favoriser une adhésion optimale envers aux traitements. À l'aide d'un devis corrélationnel transversal, la présente étude a pour objectif d'explorer le lien entre la perception des personnes atteintes d'HTA du soutien à l'autonomie (SA) promu par les professionnels de la santé, leur motivation à adhérer au traitement pharmacologique, à la pratique régulière d'AP et au respect de la diète hyposodée, et l'adhésion aux comportements susmentionnés. Pour ce faire, un questionnaire auto-administré a été complété à une reprise par 51 personnes âgées de 29 à 65 ans ($M = 51,7$, $ET = 9,8$) et atteintes d'HTA. Les instruments de mesure utilisés ont permis d'évaluer les trois concepts à l'étude, soit la perception du SA, le type de motivation ainsi que l'adhésion pour chacun des trois comportements à l'étude. Les

analyses descriptives ont permis de démontrer que les participants présentaient une perception de SA élevée, une motivation autonome élevée et un niveau d'adhésion relativement élevé pour les trois comportements étudiés. Toutefois, la motivation autonome n'a pas médié la relation entre le SA et l'adhésion à chacun des trois comportements. Les résultats de cette étude soulignent l'importance de procéder à davantage de recherche sur la problématique de difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements, tant pharmacologique que non pharmacologiques, sous la perspective de la TAD. Par le fait même, ceci pourrait mener à de nouvelles pistes de solution pour un meilleur contrôle de l'HTA permettant de guider les infirmières de première ligne dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, en l'occurrence, les complications associées à l'HTA.

Mots-clés : Hypertension artérielle, soutien à l'autonomie, théorie de l'autodétermination, motivation, adhésion, traitement pharmacologique, activité physique, diète hyposodée.

Abstract

Hypertension (HTN) is the leading cause of death and disability-adjusted life-years worldwide. Various interventions have been used to optimize HTN management. Most studies interested in the influence of motivation of treatment adherence in HTN have focused on degree of motivation ("how much") to better understand individuals behaviors. However, studies suggest that type of motivation ("why") could also be an important determinant of adherence. Results of studies using self-determination theory (SDT) to predict health behaviors adherence regarding various health problems have shown significant associations between an autonomy-supportive health care climate, the type of motivation and different health behaviors. It is in this perspective that using SDT can represent an added value to current interventions aimed at promoting optimal treatment adherence. Using a cross-sectional correlational research design, this study aimed at exploring the association between perception of individuals with HTN of autonomy support (AS) given by health professionals, their motivation to adhere to pharmacological treatment, regular practice of physical activity and to a low sodium diet, and adherence to the above behaviors. An online questionnaire including previously validated instruments assessing the three concepts of this study, namely the perception of AS, type of motivation and adherence to each of the three behaviors studied was used. The questionnaire was completed once by 51 individuals with HTN aged 29 to 65 years of age ($M = 51.7$, $SD = 9.8$). Descriptive analysis demonstrated that the participants presented a high perception of AS, a high autonomous motivation and a relatively high level of adherence to each of the three behaviors studied. However, autonomous motivation did not mediate the

relationship between AS and adherence to each of the three behaviors. Results of this study underline the importance of carrying out more research on the problem of people with HTN adherence to their treatments, both pharmacological and non-pharmacological from the perspective of SDT. Therefore, this could lead to new potential solutions for a better control of HTN to guide primary care nurses in health promotion and diseases prevention, in such a case complications associated with HTN.

Keywords: Hypertension, autonomy support, self-determination theory, motivation, adherence, pharmacological treatment, physical activity, low sodium diet.

Table des matières

| | |
|--|------|
| Sommaire | ii |
| Abstract | iv |
| Table des matières..... | vi |
| Liste des tableaux | x |
| Liste des figures | xi |
| Liste des sigles | xii |
| Remerciements..... | xiii |
| Chapitre 1 : Problématique..... | 1 |
| But de l'étude et hypothèses de recherche | 14 |
| Chapitre 2 : Recension des écrits | 15 |
| Hypertension artérielle | 16 |
| Définition | 16 |
| Étiologie | 17 |
| Prévalence | 18 |
| Atteinte des valeurs cibles de PA..... | 19 |
| Conséquences..... | 19 |
| Traitement | 20 |
| Rôle de l'infirmière | 22 |
| Adhésion aux comportements de santé et motivation..... | 24 |
| Motivation pour l'adhésion au traitement pharmacologique | 26 |
| Motivation pour la pratique d'activité physique | 29 |

| | |
|---|----|
| Motivation pour l'adhésion à la diète hyposodée | 34 |
| Théorie de l'autodétermination (TAD) | 38 |
| Description de la TAD | 38 |
| Postulats de la TAD | 42 |
| Application de la TAD en autogestion d'une maladie chronique | 44 |
| Études réalisées auprès des personnes atteintes d'hypertension artérielle | 47 |
| Soutien à l'autonomie, motivation et adhésion | 49 |
| Chapitre 3 : Méthodologie | 57 |
| Devis | 58 |
| Instruments de mesure..... | 59 |
| Définition opérationnelle des concepts | 59 |
| Perception du soutien à l'autonomie | 61 |
| Traitement pharmacologique. | 61 |
| Pratique d'activité physique..... | 64 |
| Diète hyposodée. | 65 |
| Questions générales..... | 65 |
| Population cible et échantillon | 66 |
| Population cible..... | 66 |
| Taille de l'échantillon | 67 |
| Modalités de recrutement..... | 68 |
| Déroulement de l'étude | 69 |
| Plan d'analyses..... | 69 |

| | |
|--|----|
| Considérations éthiques | 71 |
| Protection de la confidentialité | 71 |
| Risque, inconvenient, incitatif | 72 |
| Lieu de conservation des données..... | 72 |
| Responsable de la conservation des données..... | 72 |
| Procédure de destruction des données | 73 |
| Biais méthodologiques | 73 |
| Validité interne..... | 73 |
| Validité de construit..... | 74 |
| Validité externe et de conclusion statistique..... | 74 |
| Chapitre 4 : Résultats | 76 |
| Résultats concernant les modalités de recrutement..... | 78 |
| Résultats concernant les caractéristiques de l'échantillon | 78 |
| Résultats concernant les analyses de médiation..... | 80 |
| Analyses statistiques descriptives | 80 |
| Perception du soutien à l'autonomie..... | 80 |
| Type de motivation pour chacun des comportements..... | 81 |
| Adhésion aux comportements de santé étudiés..... | 83 |
| Analyses de médiation | 85 |
| Chapitre 5 : Discussion | 89 |
| Analyse des résultats | 90 |
| Résultats concernant les modalités de recrutement..... | 90 |

| | |
|--|------|
| Résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon .. | 91 |
| Résultats concernant les analyses de médiation..... | 93 |
| Analyses statistiques descriptives. | 93 |
| Hypothèses de recherche..... | 1011 |
| Forces et limites de l'étude | 105 |
| Forces..... | 105 |
| Limites | 106 |
| Recommandations | 108 |
| Chapitre 6 : Conclusion..... | 112 |
| Références | 114 |
| Appendice A..... | 131 |
| Appendice B..... | 153 |
| Appendice C..... | 157 |
| Appendice D..... | 159 |
| Appendice E..... | 163 |
| Appendice F | 165 |
| Appendice G..... | 175 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Recommandations générales des comportements de santé à adopter chez les personnes atteintes d'HTA | 21 |
| 2 | Études sur la motivation et l'adhésion selon chacun des comportements | 25 |
| 3 | Les concepts à l'étude et leur définition | 59 |
| 4 | Variables, instruments de mesure utilisés, sections et questions associées..... | 60 |
| 5 | Critères d'inclusion | 67 |
| 6 | Caractéristiques de l'échantillon | 79 |
| 7 | Types de motivation des participants selon les comportements | 82 |
| 8 | Niveau d'adhésion des participants au traitement pharmacologique et à la diète hyposodée..... | 84 |

Liste des figures

Figure

- 1 Le continuum d'autodétermination.....39
- 2 Diagramme adapté de Ng et al. (2012) qui démontre le lien entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique, la pratique régulière d'AP et la diète hyposodée, médiée par une motivation autonome.....43
- 3 Illustration de la procédure PROCESS testant l'association positive entre le SA, la motivation autonome et le traitement pharmacologique..70
- 4 Répartition des participants selon leur niveau d'AP.....84
- 5 Coefficients de régression non standardisés pour la relation entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique, médiée par la motivation autonome. Le coefficient de régression non standardisé entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique en contrôlant pour l'effet de la motivation autonome est indiqué entre parenthèses.86
- 6 Coefficients de régression non standardisés pour la relation entre le SA et l'adhésion à AP, médiée par la motivation autonome. Le coefficient de régression non standardisé entre le SA et l'adhésion à l'AP en contrôlant pour l'effet de la motivation autonome est indiqué entre parenthèses.87
- 7 Coefficients de régression non standardisés pour la relation entre le SA et l'adhésion à la diète hyposodée, médiée par la motivation autonome. Le coefficient de régression non standardisé entre le SA et l'adhésion à la diète hyposodée en contrôlant pour l'effet de la motivation autonome est indiqué entre parenthèses.....88

Liste des sigles

AP : Activité physique

CIUSSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

Db2 : Diabète de type 2

GMF : Groupe de médecine familiale

HCCQ : Health Care Climate Questionnaire

HTA : Hypertension artérielle

IPAQ : International Physical Activity Questionnaire

MCQ : Mauricie-Centre-du-Québec.

PA : Pression artérielle

SA : Soutien à l'autonomie

TSRQ : Treatment Self-Regulation Questionnaire

TAD : Théorie de l'autodétermination

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de maîtrise, Lyne Cloutier, et mon co-directeur, François Boudreau, pour leur soutien incommensurable tout au long de mon parcours. Il va sans dire que l'intégration même de la perspective du projet de recherche, à savoir le soutien à l'autonomie et le type de motivation dans l'enseignement prodigué par mes directeurs m'aura certainement permis de développer une rigueur scientifique supérieure. Aussi, ceux-ci m'auront amené à percevoir les problèmes de santé complexes et les soins prodigués par les professionnels de la santé d'un regard plus critique.

J'adresse également mes remerciements à les participants ainsi que toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au recrutement de ceux-ci. Leur généreuse collaboration fut essentielle au déroulement du projet.

Je remercie également tous mes proches, amis, collègues, mais particulièrement la famille des Patriotes de l'UQTR et mes coéquipiers qui m'ont permis de surmonter l'isolement souvent vécu par les étudiants des cycles supérieurs. La pratique d'un sport universitaire aura sans aucun doute eu plusieurs effets positifs sur ma santé physique, mais particulièrement sur mon bien-être psychologique.

Finalement, je remercie ma mère, ma meilleure amie qui depuis le début de mes études, m'accompagne et m'encourage dans mes projets, me laisse prendre mes décisions,

m'écoute et se montre disponible peu importe les circonstances. Depuis mon enfance, elle est un modèle de persévérance, de force et de bonté. C'est un privilège d'avoir une mère aussi dévouée pour ses enfants.

Chapitre 1 : Problématique

L'hypertension artérielle (HTA) constitue un problème de santé publique majeure au Canada considérant le nombre de personnes atteintes, les conséquences et les coûts associés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). À l'échelle nationale, un adulte sur cinq est atteint (Padwal et al., 2016). À l'échelle mondiale, l'HTA affecte près d'un milliard de personnes et ses complications entraînent le décès de quelques 10 millions de personnes (Stanaway et al., 2018). L'HTA est souvent désignée comme « un tueur silencieux » en raison de la rareté des symptômes qu'elle occasionne à ses débuts (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2013, p. 5). N'éprouvant pas de malaises, les personnes atteintes d'HTA n'ont pas le sentiment d'être « malade » (Ross et al., 2004). Une revue systématique d'études qualitatives sur la perception de cette population envers l'HTA soulève les conséquences associées au caractère asymptomatique de la maladie (Marshall et al., 2012). Selon cette étude, plusieurs personnes considèrent que leur pression artérielle (PA) s'améliore lors de l'absence de symptômes, leur indiquant l'inutilité de suivre un traitement. Ceci les amène parfois à croire que l'HTA est une condition chronique ayant peu de conséquences sur leur vie (Qvarnström et al., 2019). Pour d'autres, une banalisation du problème est engendrée, à tout le moins chez les hommes, en créant le sentiment qu'il s'agit « d'une maladie inévitable » (Leclerc, 2013, p. 95). Or, cela ne facilite pas l'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers les traitements pharmacologique et non pharmacologiques, dont la pratique régulière d'activité physique (AP) et le respect de la diète hyposodée.

L'HTA est loin d'être une maladie banale malgré l'absence de symptômes au départ. En effet, ceux-ci surviennent lorsqu'un organe est atteint (Bakris, 2019). Des PA systolique et diastolique élevées et soutenues entraînent un remodelage et une hypertrophie des artérioles, augmentant ainsi la résistance vasculaire périphérique (Kaplan et al., 2015). Cette atteinte des artères peut causer plusieurs complications dont la démence, le déclin cognitif, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la rétinopathie, la coronaropathie, l'insuffisance rénale et enfin, la maladie vasculaire artérielle périphérique (Cloutier et Poirier, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2019). D'ailleurs, une étude épidémiologique sur la charge mondiale de morbidité a révélé qu'une PA systolique supérieure à 115 mm Hg était le principal facteur de risque contribuant à la charge mondiale de mortalité et de diminution de l'espérance de vie (Stanaway et al., 2018). À cet effet, chaque réduction de 10 mm Hg de la PA systolique et de 5 mm Hg de la PA diastolique serait significativement associée à un risque plus faible d'AVC, de mortalité et d'événements cardiovasculaires (Wei et al., 2020). Les conséquences d'une HTA soutenue ayant été énoncées ci-haut, il devient inquiétant de constater que l'HTA touche près de 23 % de la population canadienne, s'élevant à 54 % chez les 65 ans et plus (Padwal et al., 2016; Robitaille et al., 2012).

Malgré tous les efforts concertés et les investissements réalisés pour réduire la morbidité et la mortalité associées à l'HTA (Padwal et al., 2016), le nombre de personnes atteintes continue de croître (Lim et al., 2012). Le vieillissement de la population canadienne et l'espérance de vie à la hausse contribuent pour leur part à l'augmentation

de la prévalence d'HTA (Institut de la statistique du Québec, 2019). Bien que ces données soient préoccupantes, l'amélioration du contrôle de la maladie au Canada depuis deux décennies est encourageante. Plus précisément, en 2012, 68,1 % des personnes atteintes d'HTA atteignaient les valeurs cibles comparativement à 13,2 % en 1992 (Padwal et al., 2016). D'ailleurs, le Canada est considéré comme un chef de file mondial en matière de contrôle de l'HTA (Leung et al., 2016). De nombreux facteurs ont contribué à ce progrès : le financement public, la couverture de santé universelle, l'accent mis sur les soins de première ligne, les efforts multidisciplinaires nationaux coordonnés pour élaborer et mettre en œuvre des lignes directrices actualisées sur l'HTA et la sensibilisation aux comportements de santé (Padwal et al., 2016). Parallèlement, plusieurs interventions ont été mises en place en vue d'améliorer l'adhésion des personnes atteintes d'HTA à leurs traitements. Pour ne pas tous les nommer, on retrouve par exemple, une approche centrée sur la personne (Bradbury et al., 2018), la participation active de la personne atteinte d'HTA dans l'ajustement des médicaments antihypertenseurs, l'utilisation de la technologie pour faciliter l'autogestion de l'HTA (Mills et al., 2018), ou encore des interventions éducationnelles (Gorina et al., 2018).

Bien que ces interventions se soient montrées efficaces, il n'en demeure pas moins que plusieurs personnes n'adhèrent pas aux recommandations émises permettant une prise en charge optimale de l'HTA. Au Canada, 30 % des personnes atteintes d'HTA demeurent avec une HTA non contrôlée, dont 16 % ignorant qu'elle est trop élevée (Padwal et al.,

2016). Pourtant, l'adhésion aux traitements a maintes fois été reconnue comme étant essentielle au contrôle de la maladie.

Ce concept d'*adhésion* est d'ailleurs toujours en évolution (Robinson et al., 2008). Plusieurs études emploient le terme « adhésion » selon la définition suggérée par l'OMS (2003), soit : la mesure dans laquelle le comportement d'une personne, à savoir prendre des médicaments, suivre une diète et/ou modifier un comportement de santé correspond aux recommandations émises par un prestataire de soins de santé [traduction libre] (p. 3). Dans le cadre de ce mémoire, la définition retenue s'inspire plutôt de l'approche centrée sur la personne, soit : l'effort d'une personne à suivre les recommandations de traitement convenues d'un commun accord avec les professionnels de la santé [traduction libre] (Robinson et al., 2008; Rogers et Carmichael, 1951). Cela reconnaît la capacité d'une personne à participer à la prise de décisions en matière de soins de santé et ainsi développer son autonomie dans la gestion de sa maladie. Étant donné que l'adhésion dépend de multiples déterminants (Kardas et al., 2013), les interventions visant son amélioration devraient combiner plusieurs approches, dont des éléments techniques, comportementaux, cognitifs et émotionnels (Morgado et al., 2011). Parmi celles-ci, une approche largement utilisée est l'entrevue motivationnelle qui, entre autres, préconise l'autonomie et par conséquent l'autogestion d'un problème de santé (Easthall et al., 2013). L'étudiante-chercheuse a d'ailleurs constaté que dans la littérature, le choix du terme « adhésion » et le sens qui lui est accordé varient considérablement entre les études. Or,

afin de faciliter la lecture du mémoire, lorsque le terme « adhésion » sera utilisé, celui-ci fera également référence à « l'adoption » et au « maintien » des comportements à l'étude.

Plusieurs modèles font état du rôle central que peut jouer le concept d'engagement dans les résultats positifs de santé tels que la réduction de la PA (Hacihasanoglu et Gözüm, 2011), l'adhésion au traitement pharmacologique, la réduction de l'hémoglobine glyquée, un meilleur contrôle pondéral, une alimentation plus saine et la pratique d'AP (Simmons et al. 2014). Selon une revue systématique d'essais cliniques prospectifs publiés entre 1993 à 2012, l'engagement d'une personne tient à la compréhension de l'importance de son rôle actif pour sa santé, à l'acquisition de connaissances, de compétences et de confiance, ceux-ci étant nécessaires à la gestion adéquate de sa maladie et de sa santé en générale, ainsi qu'à l'adhésion aux comportements favorables à sa santé (Simmons et al., 2014). En HTA, cela se traduit par le respect du traitement pharmacologique et par des comportements de santé sains (Leung et al., 2016; Ma, 2018; Salman Alsaigh et al., 2018). Bien que plusieurs facteurs contribuent au contrôle de l'HTA, trois comportements ont été ciblés pour la présente recherche, soit : l'adhésion au traitement pharmacologique, la pratique régulière d'AP et le respect de la diète hyposodée.

D'abord, pour l'adhésion au traitement pharmacologique, selon une revue systématique, 50 à 80 % des personnes traitées par un médicament antihypertenseur adhèrent faiblement au traitement prescrit (Morrissey et al., 2017). Une étude longitudinale réalisée en Suisse auprès d'environ 5000 personnes atteintes d'HTA propose

des conclusions similaires : près de la moitié d'entre elles arrêtaient de prendre leurs médicaments après un an (Vrijens et al., 2008). Autrement dit, la prise de médicaments antihypertenseurs se faisait plutôt sur une base irrégulière. Le défi que pose l'adhésion au traitement pharmacologique est également rapporté au Canada (Naderi et al., 2012; Perreault et al., 2005).

Ensuite, en ce qui a trait à la pratique de l'AP, on observe le même scénario. Selon les recommandations canadiennes, les personnes atteintes d'HTA devraient pratiquer au moins 150 minutes d'AP aérobie d'intensité modérée à élevée par séances d'au moins 10 minutes, chaque semaine (Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice, 2018). Pourtant, seuls 39 % des personnes âgées de 18 à 79 ans ont respecté ces recommandations canadiennes (Colley et al., 2018). Plus spécifiquement, selon les données autodéclarées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) de 2009, 58 % des Canadiens atteints d'HTA ont déclaré être inactifs (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

Enfin, pour ce qui est de la consommation de sodium, 89 % des personnes atteintes d'HTA ont déclaré limiter leur apport en sodium (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Parallèlement, d'après les résultats obtenus lors de l'Enquête de 2015 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 58 % de la population canadienne excèdent l'apport quotidien recommandé de sodium, soit 2300 mg (Gouvernement du Canada, 2018). En somme, les statistiques ci-haut suggèrent que des efforts considérables doivent

être consentis pour favoriser l'adhésion à l'AP et la diète hyposodée. En ce qui concerne le traitement pharmacologique, il faudrait plutôt chercher à optimiser l'adhésion.

Occupant par ailleurs une place importante pour l'implication des patients dans la gestion des maladies chroniques, il va sans dire que les infirmières peuvent faciliter l'adhésion aux trois comportements susmentionnés en vue d'un meilleur contrôle de l'HTA (Gorina et al., 2018). Elles accompagnent les personnes atteintes d'HTA de façon à les rendre plus autonomes dans leurs soins, et donc, de développer une autogestion dite « efficace » leur permettant de trouver des solutions aux problèmes reliés à leur état de santé (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010). Tel que stipulé dans l'ouvrage de la Société québécoise d'hypertension artérielle sur la « Prise en charge systématisée de la clientèle à risque ou atteinte d'HTA », on vise un échange de connaissances entre les professionnels de la santé et la population atteinte (Cloutier et Poirier, 2016).

La participation active et l'engagement des personnes atteintes d'HTA pour un meilleur contrôle de l'HTA sont non négligeables. Selon une étude transversale réalisée auprès de 210 Malaisiens atteints d'HTA, les traitements s'étaient avérés plus efficaces lorsque les personnes étaient activement engagées dans la gestion de leur maladie et comprenaient les raisons qui sous-tendaient leurs soins (Mah et al., 2016). Parallèlement, de plus en plus d'études démontrent que la motivation des personnes pour une autogestion efficace peut être renforcée par un climat de soins de santé favorisant l'autonomie (Ng et

al., 2012; Williams et al, 2004). Ce concept d'autogestion et de soutien au changement comportemental n'est pas sans fondement. Selon les résultats d'une méta-analyse de 771 études expérimentales publiées entre 1971 et 2015 portant sur l'adhésion au traitement pharmacologique, les stratégies axées sur le comportement telles la fixation d'objectifs comportementaux et l'utilisation de contrats ou de récompenses ont démontré des effets plus marqués comparativement aux interventions cognitives visant à modifier les connaissances, les croyances et l'attitude (Conn et Ruppert, 2017). Toutefois, en considérant d'autres comportements reliés à la santé, ce qui inclut l'AP et la saine alimentation, certaines études suggèrent le contraire quant à l'efficacité des interventions cognitives (Sheeran et al., 2016; Steinmetz et al., 2016). Ceci suggère que les stratégies d'interventions axées sur les comportements sont complémentaires aux stratégies cognitives. En somme, une autogestion efficace semble être favorisée par des stratégies d'interventions cognitivo-comportementales combinées avec un climat de soins soutenant l'autonomie.

Par ailleurs, selon une revue systématique de 80 théories comportementales, dans le but de maintenir un changement de comportement, l'accent devrait, entre autres, être mis sur les différents types de motivation (Michie et al., 2014). Toutefois, l'intention est abondamment utilisée comme indicateur de la motivation, ce qui amène certaines limites. À cet effet, deux personnes pourraient exprimer une intention élevée pour un comportement donné, mais pour des raisons différentes. À titre d'exemple, la première pourrait présenter une intention élevée de pratiquer de l'AP pour le plaisir qu'elle en retire,

alors que pour la deuxième, l'intention élevée pour l'AP s'expliquerait plutôt le désir de suivre les directives du professionnel de la santé. Dans les deux cas, une différence pourrait être observée en faveur de la première personne dans la persistance de la réalisation de ce comportement. Ceci amène à croire qu'il serait pertinent de s'intéresser aux différents types ou au « pourquoi » de cette motivation plutôt, qu'au degré ou au « combien » de celle-ci.

Conformément à ce qui précède, il est possible de statuer qu'une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents à l'adhésion aux traitements, qu'ils soient pharmacologiques ou non pharmacologiques serait appropriée. Le choix de la théorie de l'autodétermination (TAD) s'avère alors avantageux, puisque c'est ce qu'elle permet d'explorer avec ses concepts clés du type de motivation et du niveau d'autodétermination des personnes en regard d'un comportement donné (Deci et Ryan, 1985, 2008b). Brièvement, cette approche théorique s'intéresse à comprendre dans quelle mesure la motivation d'une personne influence l'adhésion à un comportement particulier. La TAD propose de conceptualiser la motivation le long d'un continuum allant de l'amotivation, à la motivation contrôlée, à la motivation autonome. Une motivation autonome renvoie à la réalisation d'un comportement par choix, par plaisir. Selon les auteurs de la théorie, ce type de motivation favorise la persistance du comportement dans le temps, contrairement à une motivation contrôlée. D'ailleurs, la TAD concède aussi que le type de motivation est déterminé par la satisfaction de besoins fondamentaux, dont l'autonomie. Ce concept d'autonomie rejoint l'intérêt principal de la présente recherche, puisqu'il concerne les

professionnels de la santé et leur rôle quant à la prise en charge de l'HTA. En fait, le soutien à l'autonomie (SA) réfère à la mesure dans laquelle les professionnels de la santé considèrent le point de vue des patients, soutiennent leurs initiatives, offrent un choix quant aux options de traitement et fournissent des informations pertinentes sans exercer de pression ou de contrôle [traduction libre] (Williams et al., 2005). Concrètement, le SA pourrait s'illustrer dans le contexte d'autogestion d'HTA lorsque le professionnel de la santé offre des choix à son patient et reconnaît son expérience personnelle dans le choix du traitement. Sans contredire, le champ de pratique élargi de l'infirmière lui confère une position importante dans le SA des personnes atteintes d'HTA.

Peu d'études ont été réalisées avec la TAD dans un contexte d'HTA spécifiquement, ce qui apporte un aspect novateur à la présente recherche. En fait, à ce jour, une étude qualitative de type phénoménologique ainsi qu'une étude expérimentale ont pu être identifiées. Pour la première ayant été réalisée auprès de Sud-Africains au statut socio-économique précaire, les résultats demeurent mitigés : les personnes atteintes d'HTA font face à de nombreux obstacles, nuisant à une autogestion efficace et au changement de comportement (Murphy et al., 2015). À quelques exceptions près, la majorité des participants ont déclaré ne pas avoir reçu suffisamment d'informations, de conseils ou de SA de la part de leurs prestataires de soins de santé. Les auteurs de l'étude concluaient en mentionnant que l'approche actuelle en matière de soins de santé chroniques ne répond généralement pas aux besoins de motivation des patients, laissant beaucoup d'entre eux inquiets face leur état de santé et frustrés de la qualité de leurs soins.

Pour la seconde étude, il s'agit d'une étude de type expérimentale réalisée auprès d'Afro-Américains (Wiseman, 2012). Celle-ci visait à déterminer si une intervention basée sur l'entrevue motivationnelle favoriserait une motivation autonome pour les comportements de santé liés à l'HTA et leur adhésion. Les résultats de cette étude n'ont pu confirmer les relations proposées par la TAD. En effet, pour les 78 patients de l'étude, le lien entre le SA et la motivation autonome pour les comportements de santé s'est avéré faible et non significatif. De plus, aucun impact n'a été observé sur les comportements de santé (diète hyposodée, AP) suite à l'intervention axée sur SA, laquelle prenait assise sur l'entrevue motivationnelle. Bien que les résultats de cette étude semblent aller à l'encontre des postulats de la TAD, les auteurs rapportent que l'évaluation des réponses des participants par le chercheur ayant réalisé l'intervention démontrait une certaine subjectivité. Ceci limite donc l'interprétation des résultats. Finalement, les auteurs concluaient que l'absence de liens significatifs entre le SA, la motivation autonome et l'adhésion pourrait s'expliquer par le fait qu'il est plus difficile de motiver les personnes dont l'HTA est contrôlée à adhérer aux différents traitements.

Les résultats obtenus sont donc mitigés et considérant l'insuffisance de ce type d'étude il n'est pas possible de se positionner quant à l'utilisation de la TAD pour mieux comprendre l'adhésion des personnes atteintes d'HTA. Cependant, pour d'autres maladies ou comportements de santé, une méta-analyse réalisée sur les données indépendantes issues de 184 études (Ng et al., 2012), maintes fois citée dans les études portant sur la TAD (p. ex : Gunnell et al., 2014; Halvari et al., 2017; Howard et al., 2017), s'est

intéressée aux relations entre les différentes variables de la théorie et les indicateurs de santé physique et mentale. Les résultats ont démontré que la TAD constituait un cadre de référence utile pour étudier les antécédents et les résultats de la motivation face à l'adhésion aux comportements de santé sains. Ces comportements incluaient la pratique d'AP (tout en excluant les sports de compétition), l'AP en milieu scolaire, les soins en diabète, l'arrêt tabagique, le contrôle du poids, la motivation au travail et les choix de carrières pour les étudiants en santé.

Conformément à ce qui précède, on constate que l'adhésion des personnes atteintes de maladies chroniques (dont l'HTA) aux différents traitements constitue un phénomène complexe et multifactoriel. Malgré de nombreuses recherches et interventions, la problématique de la difficulté d'adhésion persiste. À ce jour, cette problématique ne semble pas avoir été examinée sous l'angle de la qualité (type) de motivation et du SA. Le projet de recherche propose donc d'explorer la problématique sous une autre perspective, ce qui pourrait mener à de nouvelles pistes de solution pour un meilleur contrôle de l'HTA.

But de l'étude et hypothèses de recherche

But : Explorer le lien entre la perception des personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et leur motivation à adhérer au traitement pharmacologique, à la pratique régulière d'AP et au respect de la diète hyposodée.

Hypothèse 1 : l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et l'adhésion au traitement pharmacologique est médiée par une motivation autonome.

Hypothèse 2 : l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et la pratique régulière d'AP est médiée par une motivation autonome.

Hypothèse 3 : l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et le respect de la diète hyposodée est médiée par une motivation autonome.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre se divise en cinq sections. La première section concerne l'HTA, allant de sa définition à sa prise en charge, dont une sous-section particulière portant sur le rôle de l'infirmière auprès des personnes atteintes d'HTA. La deuxième vise à décrire des études s'étant intéressées à la motivation des personnes atteintes d'HTA pour mieux comprendre l'adhésion aux trois comportements ciblés. La troisième section définit le cadre de référence de l'étude et l'application proposée dans le projet actuel. La quatrième section fait état des études ayant exploré la difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA en s'intéressant à la qualité (type) de la motivation pour les mêmes trois comportements ciblés. Finalement, la cinquième et dernière section fait état des principales études qui ont exploré le lien entre le SA, la motivation et les trois comportements de santé.

Hypertension artérielle

Définition

Surnommée le « tueur silencieux » en raison de la rareté de symptômes qu'elle occasionne à ses débuts (OMS, 2013, p.5), l'HTA se définit par une élévation prolongée de la PA au repos (Bakris, 2019). Depuis 2015, le diagnostic d'HTA s'établit suite à une mesure ambulatoire, telle que la mesure de la PA à domicile (Rabi et al., 2020). Pour les mesures de PA effectuées de façon standardisée en clinique, des valeurs de PA supérieure à 140/90 mm Hg permettent de poser le diagnostic d'HTA, alors que pour les mesures

effectuées en ambulatoire ou en clinique oscillométrique en série, le diagnostic est établi lorsque les valeurs de PA se situent au-dessus de 135/85 mm Hg. Cependant, pour les personnes atteintes de diabète, des valeurs supérieures à 130/80 mm Hg en clinique sont considérées comme trop élevées et nécessitent un traitement (Nerenberg et al., 2018).

Étiologie

Dans la majorité des cas (85 %), l'HTA est d'étiologie multifactorielle, sans cause connue (HTA essentielle), alors que dans 15 % des cas, l'HTA est causée par une problématique spécifique (HTA secondaire) tels que l'apnée du sommeil, les maladies du parenchyme rénal ou encore l'hyperaldostéronisme primaire (Bakris, 2019). À cet effet, des causes spécifiques doivent être recherchées lorsque l'HTA apparaît avant l'âge de 40 ans (OMS, 2013). Certains facteurs de risque non modifiables, tels qu'un âge égal ou supérieur à 55 ans et être de sexe masculin, peuvent notamment contribuer à l'incidence de l'HTA (Rabi et al., 2020). En ce qui concerne l'HTA essentielle, plusieurs facteurs de risque comportementaux favorisent l'apparition de l'HTA soit : la consommation excessive de sodium et d'alcool, une alimentation à haute teneur en gras ou faible en fruits et légumes, le tabagisme, la sédentarité et le manque d'AP ainsi qu'une mauvaise gestion du stress (Kaplan et al., 2015; OMS, 2013). En effet, plusieurs facteurs de risque (6) sont associés indépendamment à une PA plus élevée et à un risque accru d'HTA. Le contrôle de ces facteurs de risque par l'adoption de comportements santé sains peut certainement contribuer à l'atteinte des valeurs cibles dans la population. Ces six facteurs de risque

sont : « pratiquer moins de 150 minutes d'AP modérée à élevée par semaine, consommer moins de cinq fruits et légumes moins par jour, être en surpoids ou obèse, être atteint de diabète et être atteint d'une maladie rénale chronique » (Leung et al., 2019). Selon les données tirées des quatre premiers cycles de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) (qui comptabilisaient 13 407 participants), la prévalence prédite de l'HTA chez les personnes cumulant les six facteurs de risque s'élève à 55 % chez les femmes et à 44 % chez les hommes de 20 à 39 ans. Pour les 70 à 79 ans, cette prévalence atteint 80% chez les femmes et 76 % chez les hommes.

Prévalence

L'HTA est un problème de santé préoccupant. En plus d'affecter 40 % des personnes âgées de 25 ans et plus, cette maladie constitue la principale cause de mortalité et de morbidité dans le monde, représentant 9,4 millions de décès par an (Padwal et al., 2016). Au Canada, la prévalence de l'HTA se situe à 23 %, ce qui est inférieur à celle d'autres pays occidentaux tels que les États-Unis (30 %) et l'Angleterre (29,6 %) (Padwal et al., 2016). Cette maladie est également préoccupante dans la population québécoise. Selon les résultats de l'ESCC de 2018 (cités dans Statistique Canada, 2019), au Québec, 16,5 % des personnes âgées de 12 ans et plus avaient reçu un diagnostic d'HTA. Chez les 35 à 49 ans, la prévalence de l'HTA était de 7,3 % et chez les 50 à 64 ans, de 22,9 %. Finalement, le groupe d'âge des 65 ans et plus affichait la prévalence la plus importante, avec 40,9 %. Les données recueillies pour les 12 à 17 ans étaient trop peu fiables pour être publiées, tandis que la prévalence de 1,2 % des 18 à 34 ans était à utiliser avec prudence

puisque le faible nombre de cas entraînait des limites statistiques. En fait, l'accroissement progressif de l'HTA au Canada au cours des deux dernières décennies serait attribuable à l'augmentation du nombre de cas détectés, de la prévalence de l'obésité et au vieillissement de la population (Padwal et al., 2016).

Atteinte des valeurs cibles de PA

La plus faible prévalence d'HTA au Canada par rapport à d'autres pays occidentaux s'explique en partie par le haut taux de contrôle. En effet, alors que 50 % des Américains atteints d'HTA rejoignent les valeurs cibles de PA, le taux de contrôle s'élève à 68 % chez les Canadiens (Padwal et al., 2016). Selon l'ECMS réalisée de 2012 à 2015, la prévalence de l'HTA traitée au moyen de médicaments, mais non contrôlée était de 15 % comparativement à l'HTA traitée au moyen de médicaments et contrôlée qui elle, était de 64 % (DeGuire et al., 2019). Par ailleurs, selon l'ECMS, 17 % des personnes atteintes d'HTA n'étaient pas au courant de leur HTA. Toutefois, bien que le traitement pharmacologique soit important, une autre facette du contrôle de la maladie prend toute son importance également, à savoir, l'adhésion aux comportements de santé sains.

Conséquences

Bien que cette maladie soit silencieuse, ses effets sur plusieurs organes ne sont pas sans conséquences. En effet, les urgences hypertensives ou l'HTA soutenue et non maîtrisée entraînent des lésions aux organes cibles (essentiellement le système cardiovasculaire, le cerveau et les reins) et augmente le risque de développer une

multitude de complications telles que : la rétinopathie, les AVC, la coronaropathie, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale (Bakris, 2019). À cet effet, tel que mentionné plus tôt, chaque réduction de 10 mm Hg de la PA systolique et de 5 mm Hg de la PA diastolique serait significativement associée à un risque plus faible d'AVC, de mortalité et d'événements cardiovasculaires (Wei et al., 2020). En plus, l'HTA serait le principal facteur de risque contribuant à la charge mondiale de mortalité et de diminution de l'espérance de vie (Stanaway et al., 2018).

Traitement

Tel qu'émis dans les lignes directrices d'Hypertension Canada, la prévention et prise en charge de l'HTA en vue d'atteindre les valeurs cibles passent d'abord et avant tout par l'adhésion aux comportements de santé sains. Puis, si cela se révèle inefficace, le traitement pharmacologique doit être envisagé. Le Tableau 1 présente les recommandations générales des comportements de santé à adopter selon les lignes directrices canadiennes (Rabi et al., 2020)

Tableau 1

Recommandations générales des comportements de santé à adopter chez les personnes atteintes d'HTA

| Comportements de santé | Recommandations |
|--|--|
| Pratique d'AP d'intensité modérée à élevée | 30 à 60 minutes 4 à 7 fois par semaine |
| Maintenir un poids santé | IMC entre 18,5 à 24,9 Tour de taille < 88 cm pour les femmes et < 102 cm pour les hommes |
| Limiter la consommation d'alcool | S'abstenir d'alcool ou ≤ 2 consommations par jour |
| Alimentation saine selon la diète DASH | Produits laitiers à faible teneur en matières grasses Viande maigre, volaille, poisson Produits à grains entiers, à haute teneur en fibres alimentaires solubles Protéines d'origine végétale réduites en gras saturés et en cholestérol Forte consommation de fruits et légumes |
| Réduction de la consommation de sodium | < 2000 mg par jour |
| Consommation de potassium | Augmenter la consommation (chez les personnes atteintes d'HTA non à risque d'hyperkaliémie) |
| Gestion du stress | Interventions cognitivo-comportementales individualisées combinées avec des techniques de relaxations |

Note. DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension.

En ce qui concerne le traitement pharmacologique de l'HTA de première intention sans autres contre-indications, cinq classes de médicaments sont recommandées en monothérapie ou en association : les diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique (de préférence, à action prolongée), les bêta-bloquants (β -bloquants) (pour les personnes âgées de moins de 60 ans), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ou les bloqueurs de canaux calciques à action prolongée (BCC) (Nerenberg et al., 2018). Les associations de médicaments en monocomprimé recommandées sont celles qui se composent d'un IECA et d'un BCC, d'un ARA et d'un BCC ou encore d'un IECA ou d'un ARA et d'un diurétique. D'ailleurs, ces associations en monocomprimé visent également à faciliter l'adhésion en diminuant le nombre de médicaments pris. Finalement, les recommandations pharmacologiques doivent tenir compte du risque cardiovasculaire estimé, des comorbidités, des organes cibles atteints, de l'âge de la personne atteinte d'HTA ainsi que de sa tolérance au traitement (Leung et al., 2016). Il va sans dire que l'adhésion aux traitements (tant pharmacologique que non pharmacologiques) est un facteur important tant pour le contrôle de l'HTA que pour la prévention des complications liées à cette maladie. Plusieurs stratégies peuvent être mises en place afin de faciliter cette adhésion et l'infirmière occupe un rôle important à cet égard.

Rôle de l'infirmière

Les infirmières exercent un rôle déterminant auprès de la clientèle atteinte de maladie chronique dont l'HTA. Pour ne nommer que les principaux rôles, elles évaluent

la santé physique et mentale des patients, participent au dépistage de l'HTA, enseignent et évaluent les changements de comportements liés à la santé, participent à l'enseignement et à l'évaluation en regard du traitement pharmacologique, effectuent le suivi clinique des patients afin d'assurer la continuité des soins. Aussi, sur la base de son évaluation et d'une ordonnance individuelle ou collective, elles peuvent ajuster le traitement pharmacologique, initier des examens et des analyses de laboratoire (Cloutier et Poirier, 2016; Durand, 2016). Par ailleurs, en vue d'augmenter l'adhésion des personnes atteintes d'HTA à leurs traitements, les infirmières doivent encourager une plus grande responsabilité, favoriser l'autonomie du patient dans le suivi de leur PA et dans l'ajustement de leurs traitements (Nerenberg et al., 2018). Par leur rôle sur le plan de l'éducation à la santé, ces dernières favorisent le développement des compétences personnelles nécessaires aux personnes atteintes d'HTA leur permettant de gérer les facteurs de risque et ainsi contrôler la maladie (Gorina et al., 2018). De toute évidence, les infirmières occupent une place importante dans la gestion de l'HTA et leurs responsabilités en lien avec l'adhésion aux différents traitements sont capitales.

Désormais, nous savons que l'HTA constitue un problème de santé d'envergure et que les infirmières œuvrent dans la gestion de cette maladie. Un meilleur portrait des études portant sur la difficulté d'adhésion et la motivation associée pourrait permettre une meilleure compréhension de la problématique et c'est ce que la section suivante suggère.

Adhésion aux comportements de santé et motivation

Cette section de la recension des écrits expose les résultats d'études s'étant intéressées à la motivation des personnes atteintes d'HTA à adhérer au traitement pharmacologique, à la pratique d'AP et à la diète hyposodée. Comme il y a trois comportements à l'étude, trois recherches distinctes dans quatre bases de données se sont avérées nécessaires. Cependant, en raison du manque d'études portant sur le type de motivation tel que défini par la TAD (Deci et Ryan, 1985), l'étudiante-chercheure a sélectionné des études ayant examinées la motivation à l'aide d'autres théories issues de la psychologie sociale. Par exemple, la théorie du comportement planifiée (Ajzen, 1991), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986) et l'approche du processus d'action en santé (Schwarzer, 1992) utilisent l'intention comme étant le produit de la motivation à adhérer un comportement donné (Sheeran et al., 2017). Malgré que le critère de la théorie utilisée ait été élargi, certaines études (3) n'ayant pas utilisé de théories issues de la psychologie sociale ont été retenues. En fait, celles-ci ont été les seules identifiées par l'étudiante-chercheure s'intéressant à la même problématique et ce, auprès de la population atteinte d'HTA. Par ailleurs, pour les trois recherches distinctes réalisées, les principaux critères d'inclusion des articles étaient des publications en langue française ou anglaise et la présence des mots-clés (ou leur autres appellations décrites aux sous-sections suivantes) « motivation », « adherence », « medication », « physical activity » et « salt diet » au sein du résumé. Le Tableau 2 résume les études sélectionnées pour chacun des comportements de santé.

Tableau 2

Études sur la motivation et l'adhésion selon chacun des comportements

| Comportement | Auteurs | Devis | Théorie utilisée |
|----------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------------|
| Traitement pharmacologique | Herrera et al. (2017) | Qualitatif | Aucune |
| | Reach et al. (2015) | Quantitatif | Aucune |
| Pratique d'AP | Babi (2016) | Quantitatif | Théorie du comportement planifié |
| | Busse et Miranda (2018) | Quantitatif | Théorie du comportement planifié |
| | Douglas (2012) | Quantitatif | Modèle de soins de Cox |
| | Duclos et al. (2015) | Quantitatif | Aucune |
| Diète hyposodée | Cornélio et al. (2012) | Quantitatif | Théorie du comportement planifié |
| | Rahimdel et al. (2019) | Quantitatif | Théorie du comportement planifié |

Dans la littérature scientifique sur les soins de santé, « adhésion », « adhérence », « compliance », « observance » et « concordance » sont souvent interchangeables, laissant ainsi place à l'ambiguïté. Une brève recherche dans les bases de données a permis de constater que les termes utilisés peuvent varier selon une multitude de facteurs dont la vision adoptée par l'auteur ou encore les bases théoriques ou courants philosophiques suivis. Selon l'analyse de concept de Bissonnette (2008), il n'y aurait aucune différence entre « adhésion » et « compliance ». En contrepartie, la définition de « concordance »

suggérée par l'analyse de concept de Snowden et al. (2013) se rapproche également de celle de l'adhésion utilisée dans ce mémoire. Certaines études ciblées dans la recension des écrits emploient d'autres termes qu'« adhésion ». Bien qu'il soit possible que la signification diffère légèrement de celle définie précédemment dans la section de la problématique, le terme « adhésion » a été employé tout au long du mémoire dans un but d'harmonisation.

Motivation pour l'adhésion au traitement pharmacologique

Dans le but de dresser un meilleur portrait des études s'étant intéressées à la motivation pour mieux comprendre l'adhésion au traitement pharmacologique, les bases de données CINAHL, Medline, PsycINFO et Academic Search Complete ont été interrogées à l'aide de la combinaison des mots-clés suivants : « motivat* or intention* » avec « medication* or drug* or medicine or pharmacological therapy or pharmacological treatment or treatment* or therapy or drugs » et « hta or high blood pressure or htn or hypertension ». Après l'évaluation des articles recensés, deux d'entre eux ont été retenus, soit une étude qualitative et une étude quantitative.

Pour la première étude de type qualitative, celle-ci a été réalisée à Santiago (Chili) auprès de 51 personnes de nationalité chilienne, âgées de 25 à 80 ans et atteintes d'HTA (Herrera et al., 2017). Celles-ci devaient avoir participé pendant au moins un mois à un programme de traitement médical pour l'HTA d'une institution publique ou au privé. Le

but de l'étude était d'explorer et comprendre les motivations explicites et implicites des personnes atteintes d'HTA à adhérer et à ne pas adhérer à leurs traitements. Les auteurs ont fait ressortir de cette étude que le niveau d'adhésion au traitement pharmacologique, à la diète et à la pratique d'AP variait en fonction de la signification accordée à chacun des comportements. À titre d'exemple, certains adhéraient à leurs traitements dans le but de rester autonome le plus longtemps possible et ne pas dépendre de leurs proches. En outre, les résultats ont démontré que le sentiment de préservation de l'autonomie corroborait avec le niveau d'adhésion. Plus précisément, 53 % ($n = 27$) d'entre eux associaient leur adhésion à une plus grande autonomie et à la protection présente et future de celle-ci. Ces participants valorisaient leur indépendance et ne voulaient pas dépendre des soins des autres; ils considéraient que le traitement relevait de leur propre responsabilité. Toutefois, selon les auteurs, la catégorisation des thèmes selon le niveau d'adhésion pourrait constituer un biais à cette étude : celui-ci était déterminé en fonction de la valeur de la PA et de la déclaration de satisfaction du participant de son adhésion en regard des différents aspects du traitement pour l'HTA. Également, durant les entrevues, il a été noté que lorsqu'un ton critique avait été utilisé par les chercheurs, les réponses des participants changeaient, ce qui a entravé la fiabilité de l'étude.

Pour la deuxième étude retenue, soit de type quantitative, celle-ci a été réalisée en France auprès de 1630 hommes (âge moyen : $60,9 \pm 10,6$ ans) et 1612 femmes (âge moyen : $62,7, \pm 10,9$ ans) et atteints d'HTA (Reach et al. 2015). Les objectifs de cette étude descriptive étaient de mesurer l'adhésion des hommes et des femmes ayant une HTA

non contrôlée et d'identifier, selon le sexe, les facteurs associés à la non-adhésion au traitement pharmacologique. Un questionnaire auto-administré a été utilisé pour estimer l'adhésion, la situation de précarité du participant et mesurer la motivation du patient à suivre les recommandations du médecin. Les participants avaient préalablement été identifiés par les médecins généralistes. Ceux-ci sélectionnaient leurs deux premiers patients ayant une HTA non contrôlée. Les résultats de cette étude ont démontré que le manque de motivation était corrélé avec une faible adhésion et qu'il était le facteur le plus important à cette adhésion ($p < 0,0001$). Cependant, aucun cadre théorique portant sur la compréhension des comportements n'a été sélectionné pour guider cette étude. De plus, la validité de la variable « motivation » est discutable vu l'utilisation d'un seul item pour la mesurer. Par ailleurs, aucune normalisation de la mesure de la PA n'a été établie et aucune définition du contrôle de la PA n'avait été donnée aux médecins ayant sélectionnés leurs deux patients.

En somme, les deux études retenues ont présenté des résultats similaires dans la mesure où la motivation constituait un facteur déterminant de l'adhésion au traitement pharmacologique. Ceci laisse donc croire que le facteur motivationnel peut être un déterminant de l'adhésion, mais encore faut-il s'intéresser à ce qui peut permettre le développement de cette motivation chez les personnes atteintes d'HTA.

Motivation pour la pratique d'activité physique

En ce qui a trait au concept de la motivation pour la pratique d'AP, les mêmes bases de données interrogées pour la recension des écrits sur le traitement pharmacologique ont été utilisées. Cependant, en lieu et place des mots-clés reliés au traitement pharmacologique, ceux reliés à l'AP, soit « physical activity or exercise or physical exercise or sport* » ont servi à la recherche spécifique des écrits pour ce comportement. Après l'évaluation des articles recensés, quatre d'entre eux ont été retenus, soit une étude quantitative pré-test/post-test avec groupe témoin et trois études quantitatives de type corrélationnel.

L'étude quantitative pré-test/post-test avec groupe témoin de Babi (2016) avait pour but d'évaluer les effets d'une session de 15 minutes utilisant la technique de l'entrevue motivationnelle (Butler et al., 2009) sur la disposition des personnes atteintes d'HTA à changer leurs comportements de santé. Les comportements étaient liés au poids corporel, à savoir : la consommation de fruits et de légumes, la consommation de sodium et la pratique de l'AP. Les participants devaient compléter un questionnaire incluant le *Rapid Assessment of Physical Activity* et le *Readiness to Change Questionnaire* avant et après l'entrevue motivationnelle. L'étude a été menée à Los Angeles, auprès de 51 personnes atteintes d'HTA (âge moyen : 57 ans) et 39 non atteintes (âge moyen : 48 ans). La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) a servi comme cadre de référence aux fins d'évaluation. Les résultats ont démontré que suite à l'entrevue motivationnelle, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les participants des deux

groupes pour l'intention des participants de pratiquer de l'AP. Cependant, au post-test, 95,6 % de l'ensemble des participants de l'étude avaient l'intention de pratiquer de l'AP, comparativement à 75,3 % lors du pré-test ($p = 0,0001$). Parallèlement, bien qu'aucune mesure post-test n'ait été effectuée, 37 % des personnes atteintes d'HTA ont déclaré être actif physiquement lors du pré-test, comparativement à 51 % chez les personnes non-atteintes d'HTA. Ces résultats démontrent que l'utilisation de l'intention comme indicateur de succès amène certaines limites. L'intention élevée d'un participant pour la pratique d'AP pourrait être justifiée par différentes raisons, d'où l'importance de s'intéresser au type de motivation. D'autre part, le choix d'échantillonnage n'a pas été basé sur une méthode probabiliste et aucune randomisation n'a été effectuée, ce qui pourrait avoir joué sur la validité externe de l'étude et rend ainsi la généralisation des résultats difficile.

La seconde étude portant sur la motivation et l'adhésion à la pratique d'AP était de type quantitatif corrélationnel transversal (Busse et Miranda, 2018). L'étude a été réalisée au Pérou auprès de 34 personnes âgées de 40 à 82 ans (âge moyen : 68,3 ans) ayant une HTA contrôlée ou non. Fondée sur la théorie du comportement planifiée (Ajzen, 1991), les objectifs de l'étude étaient d'identifier d'une part les croyances saillantes liées à l'importance de marcher trois fois par semaine pendant 30 minutes sans interruption chez les patients atteints d'HTA dans un environnement à ressources limitées et, d'autre part, d'évaluer les relations entre l'intention de marcher, l'attitude, la norme subjective et enfin, la perception du contrôle sur le comportement. Pour ce faire, les participants devaient

compléter un questionnaire auto-administré mesurant les construits de la théorie. Les résultats ont démontré l'existence d'une corrélation positive entre l'intention comportementale et la pratique de la marche ($p < 0,01$). Le modèle de régression multiple a fait ressortir que la perception de contrôle était la variable la plus déterminante de la formation de l'intention, mais le taux de puissance statistique était trop faible pour en tirer quelque conclusion ($p > 0,05$). Effectivement, la petite taille de l'échantillon limite la portée des résultats; par exemple, sur le plan de la puissance statistique, les corrélations non significatives entre les autres variables indépendantes mesurées (attitude, norme subjective) et l'intention pourraient devenir significatives avec un échantillon plus grand. Les analyses de régression multiples démontreraient peut-être alors que la perception de contrôle n'est pas la variable la plus déterminante de la formation de l'intention.

Pour la troisième étude, un devis de recherche quantitatif de type corrélationnel a été utilisé pour élaborer un modèle de prédiction des caractéristiques démographiques et socio-comportementales courantes chez les personnes âgées atteintes d'HTA qui participent à un changement de leurs habitudes de vie (Douglas, 2012). Au total, 156 personnes atteintes d'HTA, majoritairement de sexe féminin (80 %) (âge moyen : 77 ans) ont participé à cette étude réalisée aux États-Unis. Le modèle de soins de Cox a servi de cadre de référence pour guider le projet de recherche. Suite aux analyses de médiation, la motivation intrinsèque (ayant été opérationnalisée comme un stade de changement du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982)) s'est avérée un prédicteur statistiquement significatif de la pratique d'AP ($p = 0,000$). La pratique d'AP était

également prédite négativement par l'âge (donc, plus le participant avance en âge, moins il s'engage à l'AP) ($p = 0,003$). Parallèlement, le respect de la diète hyposodée était positivement prédit par l'âge et la lecture des étiquettes nutritionnelles. Cependant, les résultats de cette étude doivent être considérés avec prudence; les comportements de la pratique d'AP (d'intensité modérée uniquement) et de consommation de sodium n'ont été mesurés que par un seul item. Considérant l'âge avancé des participants de cette étude, la comparaison des résultats obtenus doit se faire en toute prudence, car le groupe d'âge de cette étude ne correspond pas à celui visé par le mémoire. Plusieurs variables confondantes telles que l'habitude ou des incapacités physiques pourraient modifier la relation entre la motivation et l'adhésion.

La dernière étude retenue pour cette section de la recension des écrits reliée à l'AP est de type quantitatif corrélationnel transversal (Duclos et al., 2015). Celle-ci a été réalisée en France auprès de personnes atteintes de diabète de type 2 (Db2) et/ou d'HTA essentielle depuis plus de 10 ans. L'échantillon était composé de 628 personnes actives (âge moyen : $61,6 \pm 9,9$ ans) et de 1 138 personnes inactives (âge moyen : $65,3 \pm 10$ ans), de sexe masculin en majorité. Les objectifs de cette étude étaient d'abord (1) d'évaluer la proportion de patients, dont le diabète et l'HTA étaient contrôlés, parmi les cohortes physiquement actives et inactives, et ensuite (2) d'examiner les obstacles et les motivations à s'engager dans l'AP, et finalement, (3) d'explorer les corrélations permettant d'atteindre les objectifs en matière de contrôle de glycémie et de PA (3). Les participants complétaient la version courte de l'*International Physical Activity Questionnaire* afin de

mesurer leur niveau d'AP auto-rapporté. D'autres instruments de mesure portant sur les barrières limitant la pratique d'AP et la motivation pour ce même comportement ont été utilisés. Les résultats ont démontré entre autres que les participants inactifs ont obtenu un score de motivation significativement plus bas pour l'AP (2,6 sur 5) que les participants actifs (3,2 sur 5) ($p < 0,001$) et percevaient davantage de barrières à l'AP. D'après les analyses effectuées, les participants actifs étaient deux fois plus susceptibles d'atteindre les valeurs cibles de glycémie et de PA ($p < 0,001$). Toutefois, le type de devis de recherche cette étude ne permet pas de confirmer cette relation de cause à effet.

La description des études ci-dessus suggère que, quelle que soit la force de la motivation (quantité) ou de l'intention, il existe un écart entre la motivation et le comportement. Dans une analyse de six études prospectives sur l'AP, Godin et Conner (2008) font ressortir qu'une proportion importante de personnes ayant une intention positive de pratiquer de l'AP restaient inactives. Cet aspect quantitatif de la motivation a été maintes fois étudié dans les 20 dernières années. En revanche, l'aspect qualitatif de la motivation demeure encore relativement inexploré et ce, particulièrement dans le contexte des personnes atteintes d'HTA. À défaut d'avoir été effectuée auprès de personnes atteintes d'HTA, une étude randomisée contrôlée a été réalisée auprès de 120 patients physiquement inactifs provenant des soins de première ligne. Cette dernière s'intéressait à l'impact des deux aspects de la motivation pour la pratique d'AP, soit l'aspect quantitatif et qualitatif. Il en ressort de cette étude que les personnes affichant à la fois une motivation

élevée et de qualité (autonome) étaient celles dont des niveaux d'AP étaient les plus élevés (Fortier, Wiseman et al., 2011).

Motivation pour l'adhésion à la diète hyposodée

En ce qui a trait au concept de la motivation pour l'adhésion à la diète hyposodée, les mêmes bases de données interrogées pour la recension des écrits sur le traitement pharmacologique et l'AP ont été utilisées. Cependant, en lieu et place des mots-clés reliés au traitement pharmacologique, ceux reliés à la diète hyposodée, soient « salt diet or low sodium or sodium restriction or DASH diet or sodium-restricted diet » ont servi à la recherche spécifique des écrits pour ce comportement. Après l'évaluation des articles recensés, deux d'entre eux ont été retenus, soit une étude quantitative de type corrélationnel transversal et une étude quantitative de type expérimental.

La première étude identifiée, soit celle de type quantitatif corrélationnel transversal (Cornélio et al., 2012), avait comme objectif d'identifier les déterminants psychosociaux de la consommation de sodium chez les personnes atteintes d'HTA en se basant sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). L'étude a été réalisée auprès de 95 personnes atteintes d'HTA depuis au moins 6 mois (âge moyen : 56,8 ans), recrutées par suite d'une consultation médicale à la clinique ambulatoire de cardiologie de l'hôpital universitaire de l'État de Sao Paulo (Brésil). Les participants devaient compléter un questionnaire auto-administré mesurant les variables de la théorie du comportement planifié concernant la consommation de sodium. Les résultats de cette étude ont démontré

que la consommation restreinte de sodium (< 4 g/jour) était prédite par l'intention ($p = 0,004$). L'intention était prédite par l'auto-efficacité et l'habitude et ce, uniquement chez les femmes ($p < 0,05$). Par ailleurs, la notion de l'influence du plaisir et du goût sur la motivation à réduire la consommation de sodium constituait un déterminant important du comportement selon les auteurs. Cependant, certaines limites viennent entraver la validité de l'étude, soit le petit échantillon, l'utilisation de mesures auto-rapportées, ainsi que l'incertitude reliée à la provenance du sodium, laquelle dans ce dernier cas complexifieraient l'exactitude de la réelle consommation de sodium. Par ailleurs, le contexte culturel a influencé la sélection des participants. Étant donné que la majorité du temps, ce sont les femmes qui préparent les repas, les hommes ont été exclus dans les analyses concernant l'ajout de sodium dans les aliments (une des mesures de consommation de sodium).

Pour ce qui est de la seconde étude, soit celle de type quantitatif expérimental, elle a été réalisée en Iran auprès de 140 personnes à risque d'HTA (âge moyen : 42,5 ans) (Rahimdel et al., 2019). L'objectif de la recherche était d'évaluer l'effet d'un programme d'éducation à la santé basé sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) pour la consommation de sodium chez les personnes à risque d'HTA. Plus précisément, les personnes du groupe d'intervention participaient à 10 sessions éducationnelles d'une durée de 90 minutes par session, à raison de deux sessions par semaine. Les livrets éducatifs utilisés lors des sessions éducationnelles avaient été remis au groupe contrôle à la fin de l'intervention. Au début de l'intervention et deux mois plus tard, tous les

participants devaient compléter un questionnaire auto-administré mesurant, entre autres, l'intention de réduire la consommation de sodium. Également, la PA, le poids et une collecte d'urine de 24h étaient mesurés à ces mêmes séquences. Les résultats ont démontré une augmentation significative de l'intention de réduire la consommation de sodium pour le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle ($p < 0,05$). Une diminution de la consommation de sodium pour le groupe d'intervention a également été observée ($p < 0,001$). Selon les auteurs, l'effet positif de l'intervention était dû à l'amélioration des croyances comportementales, des normes subjectives et de la perception de contrôle comportemental. Tout comme cela a été observé précédemment pour les études s'étant intéressées à la pratique de l'AP, l'intention a été utilisée comme indicateur de la motivation. Contrairement à plusieurs études vérifiant la consommation de sodium, celle de Rahimdel et al. (2019) a utilisé une méthode directe de collecte de données (collecte urinaire de 24h).

En résumé, les résultats des deux études identifiées en HTA sur la motivation et la diète hyposodée vont dans le même sens. Une intention plus élevée de réduire la consommation de sodium a pu prédire le comportement. Toutefois, bien qu'une corrélation ait été démontrée entre la consommation de sodium et l'intention de la réduire, ces études ne permettent pas de spéculer que le comportement persistera dans le temps. Ainsi, en s'intéressant plutôt aux différents types de motivation sous-jacents à la réduction de consommation de sodium, il est possible de croire que cela pourrait amener à de résultats davantage axés sur la persistance du comportement.

Cette partie de la recension des écrits sur la compréhension de l'adhésion envers les trois comportements ciblés par l'entremise de la motivation a permis de soulever plusieurs points. Entre autres, la majorité des études ciblait la motivation (ou l'intention), mais d'un point de vue quantitatif avec la théorie du comportement planifié (Babi, 2016; Busse et Miranda, 2018; Cornélio et al., 2012; Rahimdel et al., 2019). Ceci limite la compréhension de l'adhésion à un comportement de santé, puisque deux personnes pourraient afficher une motivation (ou intention) élevée pour un comportement donné, mais pour des raisons différentes. Une disparité pourrait alors être observée sur le plan de l'adhésion ou pour dire autrement, l'effort d'une personne à suivre les recommandations de traitement convenues d'un commun accord avec les professionnels de la santé [traduction libre] (Robinson et al., 2008; Rogers et Carmichael, 1951). Ceci incite alors le choix d'une théorie permettant de faire la nuance entre une motivation autonome et contrôlée, soit la TAD. D'ailleurs, certaines études identifiées dans la recension des écrits présentée (Duclos et al., 2015; Herrera et al., 2017; Reach et al., 2015) n'ont pas utilisé de cadre de référence pour mener leur recherche. Pourtant, un cadre théorique permet l'agencement des divers éléments d'une étude et fournit un contexte pour interpréter les résultats (Grove et al., 2012). Il offre également une perspective des relations et des concepts, ce qui permet au chercheur de formuler des hypothèses de recherche (Fortin et Gagnon, 2016).

Théorie de l'autodétermination (TAD)

Cette section de la recension des écrits offre en premier lieu une description plus approfondie de la TAD. En deuxième lieu, les principaux postulats de base de la TAD sont énoncés. En dernier lieu, afin de mieux comprendre son utilité et de justifier sa pertinence en regard de la problématique de la présente étude, un portrait de l'application de la TAD dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques est donné.

Description de la TAD

Il existe plus d'une centaine de théories de la motivation (Fenouillet, 2016). À titre d'exemple, la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), la théorie du contrôle (Carver et Baird, 1998) sont des théories de la motivation actuellement utilisées. Le choix de la TAD de Deci et Ryan (1985, 2000) dans le cadre de cette maîtrise est principalement justifié par sa différenciation des précédentes. En effet, cette théorie s'attarde plutôt à la motivation derrière la sélection et la poursuite d'objectifs comportementaux, mais d'un point de vue qualitatif.

De prime abord, la TAD tient pour acquis qu'une personne est naturellement portée à être active, motivée, curieuse et qu'elle a le désir profond de réussir pour la gratification qu'elle en retire. D'un autre côté, la théorie concède que certaines personnes accomplissent des tâches de façon mécanique, ou encore, sont démotivées ou ont un tempérament passif (Deci et Ryan, 2008a). Sur la base de l'autonomie et du choix personnel associés au comportement, la TAD propose de conceptualiser la motivation sur

un continuum allant de l'amotivation, à la motivation extrinsèque, à la motivation intrinsèque. Selon cette théorie, l'être humain est porté à intérioriser la régulation des activités inintéressantes, mais essentielles au fonctionnement en société (Deci et Ryan, 1985). Lors du processus d'intériorisation, une personne en vient à s'identifier aux raisons qui sous-tendent le comportement et les intériorise. Lorsque le processus d'intériorisation réussit, celle-ci s'engage dans les activités par choix. Ces activités font alors du sens pour elle. Plus la motivation est intrinsèque, donc autonome, plus le comportement sera autodéterminé, c'est-à-dire réalisé par choix (Godin, 2012). On s'intéresse alors à situer les individus à travers le continuum de la motivation afin de prédire l'adhésion à d'un comportement spécifique (Deci et Ryan, 2002). La Figure 1 présente ce continuum de l'autodétermination.

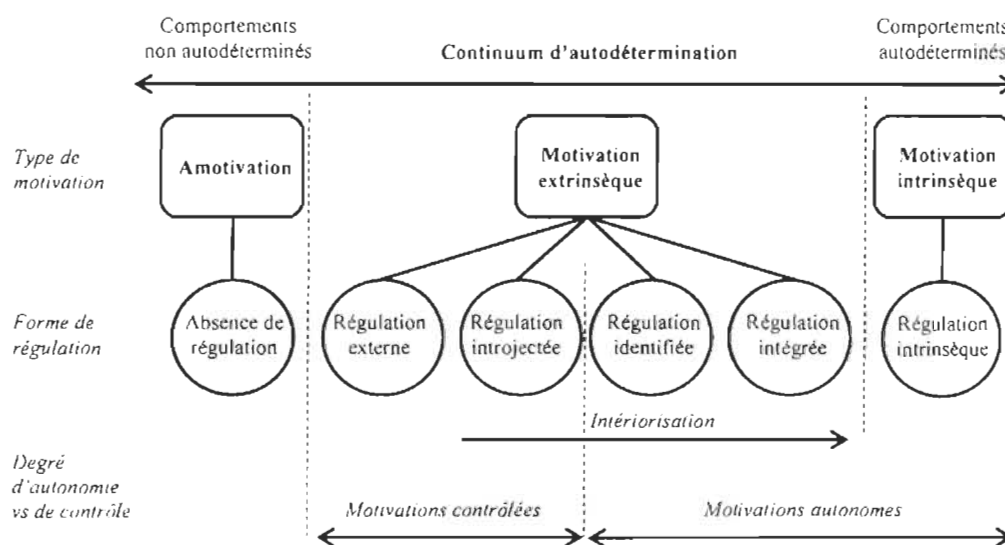


Figure 1. Le continuum d'autodétermination (Sarrazin, Pelletier et Ryan, 2011, cité dans Castonguay, 2018).

À l'extrême gauche on retrouve un comportement non-autodéterminé (absence de régulation), soit l'amotivation : le manque de volonté d'agir. Par exemple, une personne atteinte d'HTA ne pratique aucune AP, car elle ne voit pas ce que cela pourrait lui apporter.

Au centre de ce continuum se retrouve la motivation extrinsèque. Selon la TAD, la motivation extrinsèque regroupe quatre formes d'autorégulation, soit la régulation externe, introjectée, identifiée et intégrée (Deci et Ryan, 2000). La forme de motivation la moins autodéterminée est la régulation externe, soit l'adhésion à un comportement pour satisfaire à une demande externe ou obtenir une récompense ou éviter une punition. Par exemple, une personne atteinte d'HTA pratique de l'AP, car son entourage exerce une pression pour qu'elle en fasse. La deuxième forme de motivation extrinsèque, la régulation introjectée, renvoie à l'adhésion à un comportement pour éviter un sentiment de culpabilité ou d'anxiété ou pour protéger son égo. Par exemple, une personne atteinte d'HTA pratique l'AP, puisqu'elle a peur que son entourage la trouve paresseuse si elle ne le fait pas. Pour la troisième forme de motivation extrinsèque, soit la régulation identifiée, les auteurs de la TAD stipulent qu'une personne agit en fonction d'un but externe à soi, mais relié aux valeurs qu'elle prône. Par exemple, une personne atteinte d'HTA pratique de l'AP, puisqu'elle en reconnaît l'importance pour sa santé. Finalement, la régulation intégrée, la dernière forme de motivation extrinsèque, est celle qui se rapproche le plus de la motivation intrinsèque : le comportement est en parfaite congruence avec les valeurs et

les besoins de la personne, mais celui-ci conserve un but utilitaire. Par exemple, une personne atteinte d'HTA pratique de l'AP, car cela fait partie de ses principes de vie.

Enfin, à l'extrême droite du continuum se retrouve la motivation la plus autonome, soit la motivation intrinsèque. Dans ce cas-ci une personne réalise le comportement puisqu'elle le trouve agréable, plaisant. Par exemple, une personne atteinte d'HTA pratique de l'AP, car elle en retire du plaisir et de la satisfaction (Godin, 2012).

Pour faciliter la typologie des différents types de motivation du continuum d'autodétermination, les régulations de type identifiée, intégrée et intrinsèque sont regroupées sous l'appellation de la « motivation autonome », alors que la régulation introjectée et la régulation externe sont regroupées sous celle de la « motivation contrôlée », tel qu'illustré à la Figure 1 (Sarrazin et al., 2011).

Les types de motivation ayant été présentés, il convient de s'attarder à la motivation dite autonome. Brièvement, la construction d'une motivation intrinsèque (autrement dit, autonome) passe par la satisfaction de trois besoins psychologiques (perception du sentiment de compétence, d'autonomie et d'appartenance sociale). Selon la TAD, la satisfaction de ces besoins psychologiques, et essentiellement la perception de SA, est centrale dans la détermination du niveau d'intériorisation, donc du développement de la motivation autonome (Deci et Ryan, 2002). La perception du sentiment de compétence fait référence au besoin d'avoir le sentiment d'être capable d'atteindre les objectifs fixés.

L'appartenance sociale est le « besoin d'entrer en relation avec les autres, d'appartenir à un réseau social » (Godin, 2012, p. 62). Le sentiment d'autonomie signifie qu'un individu agit en exerçant sa volonté et son libre choix (Deci et Ryan, 2008a). Le développement de ce sentiment d'autonomie passe principalement par un soutien. Selon Deci et Ryan (1994), le concept de SA se définit par trois composantes : offrir le choix de s'engager dans un changement de comportement, fournir une justification de l'importance de ce changement et exprimer de l'empathie en reconnaissant les sentiments et les perspectives de l'autre. Par ailleurs, plusieurs études suggèrent que « lorsque les conditions de l'environnement ne soutiennent pas la satisfaction des besoins psychologiques, les gens déplacent leur focus de valeurs intrinsèques vers les valeurs extrinsèques » (Paquet et Vallerand, 2016, p. 89). Celles-ci mettaient en évidence que « diverses conditions de contrôle peuvent saper la motivation intrinsèque dans différents domaines de la vie, parmi lesquels l'école, le travail, les soins de santé et le sport » (Paquet et Vallerand, 2016, p. 88).

Postulats de la TAD

Cette section présente les principaux postulats de la TAD ayant permis l'élaboration des hypothèses émises pour la présente étude.

Tel que mentionné précédemment, la TAD est composée de plusieurs concepts et plusieurs postulats. Bien que cette théorie suggère un modèle plus complexe, la présente étude se concentre sur une des relations établies entre certains concepts, soit celle entre le SA perçu par les personnes atteintes d'HTA et leur motivation à adhérer à trois

comportements de santé spécifiques (traitement pharmacologique, pratique régulière d'AP et diète hyposodée) et enfin, les comportements. D'ailleurs, le modèle validé par Ng et al. (2012) sera utilisé dans le cadre de ce mémoire, servant de base pour l'établissement des corrélations entre ces trois concepts (Figure 2). L'entièreté du modèle de la TAD n'a donc pas été retenue afin de respecter l'envergure d'un mémoire.

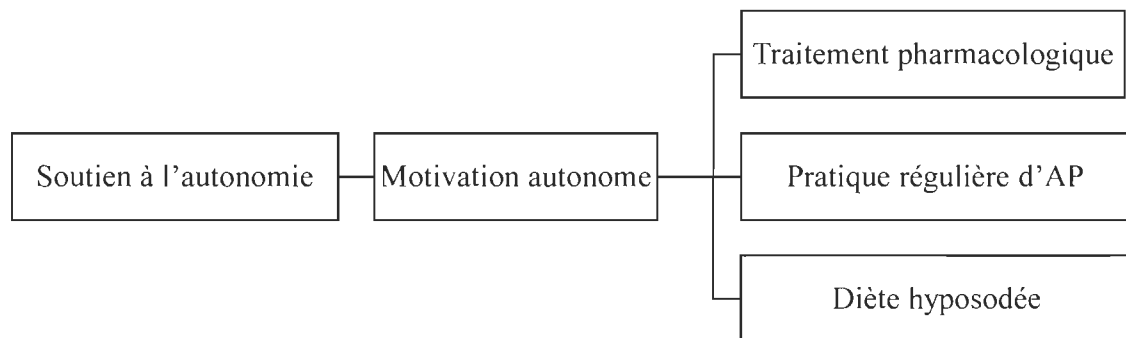


Figure 2. Diagramme adapté de Ng et al. (2012) qui démontre le lien entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique, la pratique régulière d'AP et la diète hyposodée, médiée par une motivation autonome.

La considération du concept d'autonomie et de climat de soutien à ce besoin permet à la TAD de se distinguer des approches des autres théories comportementales (Ng et al., 2012). Élément clé de la TAD, ce concept d'autonomie a donc été sélectionné et sera décrit plus en profondeur dans une section distincte de cette recension des écrits. Finalement, le SA intéresse particulièrement les sciences infirmières, puisqu'il a le potentiel d'être influencé par les interventions prodiguées par les infirmières.

Application de la TAD en autogestion d'une maladie chronique

Trois décennies de recherche sur les comportements liés à la santé ont permis de mieux comprendre l'adhésion des personnes atteintes d'une maladie chronique envers ces derniers, mais la problématique de l'adhésion à ces comportements à travers le temps subsiste (Bellg, 2003). Les résultats d'une méta-analyse de 184 études indépendantes ayant utilisé la TAD dans des contextes de soins de santé et de promotion de la santé suggèrent que cette théorie est un cadre conceptuel viable pour étudier les antécédents et les résultats de la motivation face à l'adhésion aux comportements de santé sains (Ng et al., 2012). Selon cette méta-analyse, lorsqu'une personne reçoit un nouveau diagnostic, elle est confrontée à de nouveaux défis et à des changements de comportements pour lesquels elle ne dispose pas d'autorégulation autonome ni de perception de compétence en place. L'annonce du diagnostic peut aussi lui offrir une opportunité d'identifier les buts intrinsèques (p. ex : permettre d'être en meilleure santé et passer plus de temps auprès de ses proches) et par le fait même, renforcer une motivation autonome. Pour ce faire, la personne atteinte d'une maladie doit internaliser les comportements (p. ex : approuver l'importance de ces exigences diététiques) qui lui permettra de gérer son état de santé de manière autonome. (Ng et al., 2012). À ce jour, selon une revue de littérature effectuée par l'étudiante-chercheure, le concept de motivation tel que défini par la TAD a rarement fait objet d'étude en HTA. Pourtant, cette théorie s'est maintes fois avérée utile afin de mieux comprendre l'adhésion à un comportement à long terme et ce, particulièrement dans le domaine de l'AP, du diabète, mais aussi pour l'arrêt tabagique, la perte de poids, l'adhésion au traitement pharmacologique et plusieurs autres domaines (Hagger et al.,

2014; Ng et al., 2012; Ryan, Plant et al., 2006; Teixeira et al., 2012). Pour la plupart des études, on observe une concordance avec un des postulats de la TAD : le SA favorise le développement d'une régulation autonome de la motivation, ce qui tend à favoriser l'adhésion aux traitements pharmacologique et non pharmacologiques (Deci et Ryan, 2008b; Hagger et al., 2014; Ng et al., 2012; Paquet et Vallerand, 2016). De là, la TAD s'avère une théorie de choix pour comprendre pourquoi les personnes atteintes d'HTA n'adhèrent pas aux recommandations émises, celles-ci permettant un contrôle de leur maladie. Dans le cas de la gestion de l'HTA, il est difficile de s'attendre à ce que l'adhésion au traitement pharmacologique et l'exclusion de certaines sensations agréables comme la diète hyposodée apportent du plaisir aux personnes atteintes. À titre de comparaison, dans le cas de la gestion du diabète, ni la surveillance de la glycémie, ni le comportement alimentaire à priori ne sont auto-motivés, car ils sont liés à diverses restrictions sur les plans biologique, psychologique et social (Miežienė et al. 2015).

Dans le contexte des soins de santé curatifs, la plupart des comportements de santé, tels que l'augmentation de la pratique d'AP, la prise de médicaments ou encore l'arrêt tabagique ne sont pas des activités plaisantes et intrinsèquement motivées (Ryan, Patrick, Deci, et Williams, 2008). Selon ces auteurs, si de tels comportements doivent être adoptés et maintenus en dehors d'un environnement de traitement contrôlé, une personne doit en venir à apprécier les comportements et à approuver personnellement leur importance. Tel que mentionné dans la section décrivant la TAD, les types contrôlés de régulation de la motivation pour un comportement ne permettent pas l'adhésion à long

terme de ceux-ci. Pour permettre de développer les types autonomes de régulation de la motivation, les professionnels de la santé facilitent l'intériorisation des comportements. Pour ce faire, ils doivent soutenir leurs patients lorsqu'ils explorent les réticences et les obstacles au changement tout en les aidant à identifier les trajectoires possibles vers la santé.

Néanmoins, il est réaliste de croire que le concept de type de motivation de la TAD envers l'HTA peut faire l'objet d'étude, puisque cela a déjà été fait avec d'autres problèmes de santé chronique, comme le Db2 (Castonguay et Miquelon, 2018; Koponen et al., 2018; Murphy et al., 2015; Walker et al., 2018). Le cadre de référence sélectionné (TAD) permet d'abord d'identifier les principaux concepts à l'étude, mais permet aussi principalement la formulation des hypothèses de recherche, celles-ci suggérant un lien entre le SA, la motivation autonome et l'adhésion aux comportements de santé (traitement pharmacologique, AP, diète hyposodée).

Finalement, la TAD peut s'avérer particulièrement utile pour prédire ou expliquer l'implication d'une personne atteinte d'HTA dans la prise en charge de la maladie : celle-ci exige entre autres tant l'adhésion aux traitements pharmacologique qu'au traitement non pharmacologiques (Mills et al., 2018). Or, son utilité pour les soins infirmiers est plus que bénéfique : les infirmières pourraient s'en servir afin de mieux comprendre comment motiver et accompagner une personne à prendre sa santé en charge de façon autonome. Dans le cas où l'étude réussissait à identifier le type de motivation chez les personnes

ayant nouvellement reçu le diagnostic d'HTA et son association avec le niveau d'adhésion aux traitements, les interventions infirmières à l'égard de cette maladie pourraient être mieux orientées, ce qui améliorerait le contrôle de l'HTA. De toute évidence, les interventions présentement en vigueur ne sont pas suffisantes pour une adhésion optimale tant aux traitements pharmacologique que non pharmacologiques en HTA.

Études réalisées auprès des personnes atteintes d'hypertension artérielle

Afin d'identifier les études ayant ciblées la même problématique que celle de la présente recherche, les bases de données Cochrane Library, CINAHL, Medline, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection et Academic Search Complete ont été interrogées à l'aide de la combinaison des mots-clés suivants : « hypertension or high blood pressure or elevated blood pressure or htn or hypertensive or arterial hypertension or hta » avec « sdt or self-determination theory or théorie de l'autodétermination or autonomy support or perceived autonomy support » et « motiv* or intention* ». Après l'évaluation des articles recensés, deux d'entre eux ont été retenus.

La première étude de type qualitatif a été réalisée auprès de 22 Africains âgés entre 30 à 75 ans, au statut socio-économique précaire, atteints de diabète et/ou d'HTA (Murphy et al., 2015). Leurs expériences actuelles, leur motivation et leur capacité à s'autogérer et à modifier leur mode de vie ont été explorées. Trois thèmes émergents ont été identifiés, soit : relation avec leurs prestataires de soins de santé, expériences de SA et compétence pour l'autogestion. Les résultats de l'étude ont fait ressortir que les besoins fondamentaux

permettant le développement d'une motivation autonome n'ont pas été satisfaits. À quelques exceptions près, la majorité des patients ont déclaré ne pas avoir reçu suffisamment d'informations, de conseils ou de SA de la part de leurs prestataires de soins de santé. Toutefois, un biais de rappel limite la justesse des résultats quant au SA perçu.

La seconde étude de type expérimentale (Wiseman, 2012) a été réalisée auprès de 78 Afro-Américains ayant reçu le diagnostic d'HTA et sous traitement depuis au moins trois mois. L'objectif de cette étude était de déterminer si une intervention basée sur l'entrevue motivationnelle favoriserait une motivation autonome pour les comportements de santé liés à l'HTA et l'adhésion à ces mêmes comportements. Les instruments de mesure utilisés étaient le *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ), qui évalue le SA et le *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ), qui évalue le type de motivation pour un comportement . Les résultats de cette étude n'ont supporté aucune des relations proposées par la TAD. Entre autres, la relation entre le SA et la motivation autonome pour les comportements de santé était faible et non significative. D'ailleurs, aucun impact n'a été observé sur les comportements de santé (consommation de sodium, AP) après l'entrevue motivationnelle. Bien que les résultats de cette étude aillent à l'encontre des postulats de la TAD, l'absence d'une structure d'analyse des verbatims et de subjectivité du chercheur dans la réalisation des entrevues motivationnelles limitent l'interprétation des résultats. Aussi, il ne s'est passé que deux semaines entre la réalisation de celles-ci et la collecte de données quantitatives. Finalement, les auteurs concluaient que l'absence de liens significatifs entre le SA, la motivation autonome et l'adhésion pourrait s'expliquer

par le fait qu'il est plus difficile de motiver les personnes dont l'HTA est contrôlée à adhérer aux différents traitements, comparativement à ceux dont l'HTA demeure incontrôlée.

Soutien à l'autonomie, motivation et adhésion

Dans les sections précédentes, un aperçu de l'importance du SA pour le développement d'une motivation autonome a été présenté. Dans le cadre du présent mémoire, une recension des écrits de ce concept important de la TAD (SA) et central pour cette étude a donc été effectuée. Les bases de données CINAHL, Medline, PsycINFO et Academic Search Complete ont été interrogées à l'aide de la combinaison des mots-clés suivants : « motivat* or intention » avec « autonomy support or autonomy supportive or perceived autonomy support » et « patient* ». Après l'évaluation des articles recensés, cinq d'entre eux ont été retenus, soit deux études réalisées auprès de personnes atteintes de Db2, une auprès de fumeurs, une autre réalisée au Québec auprès de patients en soins de première ligne et la dernière, auprès de personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires à qui une prescription d'AP avait été émise. Ces cinq études ont été sélectionnées, puisqu'elles se sont intéressées aux trois concepts de la présente recherche, soit le SA, le type de motivation et l'adhésion à un comportement. Les participants avaient un état de santé précaire nécessitant l'adhésion aux comportements de santé sains et/ou dont les symptômes ou malaises occasionnés par l'état de santé ne constituaient pas le motif de cette adhésion. Par ailleurs, la majorité des études identifiées ont maintes fois été citées dans la littérature portant sur la TAD, justifiant ainsi leur pertinence pour la

compréhension de la problématique de recherche. Ces études en complémentarité avec celles décrites dans la section de la recension des écrits sur la motivation ont d'ailleurs permis la formulation des hypothèses de recherche.

La première étude de type corrélationnel transversal a été réalisée en Finlande auprès de 1433 personnes atteintes de Db2 ayant un surplus de poids ou étant atteintes d'obésité (âge moyen : 63 ans) (Koponen et al., 2018). Le but de l'étude était d'examiner si le SA, la motivation autonome et le sentiment de compétence en matière de soins personnels étaient associés à la réussite de la gestion du poids chez les patients atteints de Db2 provenant des soins de première ligne, une fois l'effet d'autres facteurs importants de contexte de vie ont été pris en compte. Les résultats ont démontré que la perception du SA n'avait pas un effet direct sur une gestion du poids réussie. C'est plutôt la motivation autonome qui jouait un rôle médiateur entre le SA et la gestion du poids. D'ailleurs, bien que des données sur l'AP et la diète diabétique n'ont été collectées que pour décrire l'échantillon, les auteurs mentionnent que les participants ayant réussi à gérer leur poids respectaient davantage les recommandations pour ces deux comportements comparativement à ceux n'ayant pas réussi à gérer leur poids. Le respect des recommandations en AP et pour la diète diabétique a cependant été mesuré par un seul item pour chaque comportement. De plus, il ne s'agissait pas de mesure à proprement parler, mais bien de l'opinion des participants à cet égard. D'autre part, une limite importante de cette étude est le faible taux de réponse obtenu pour le groupe d'âge des 27

à 54 ans (11.8 %), ce qui rend les résultats de cette étude difficilement comparables à la population cible de la présente recherche.

Pour ce qui est de la deuxième étude, un devis pré-expérimental a été utilisé pour examiner si une intervention basée sur le modèle de l'activation des patients était liée à la perception qu'ont les patients du SA promu par un professionnel de la santé après trois mois d'une part, et si elle augmentait la motivation autonome et la compétence perçue des patients après six mois, d'autre part (Williams et al., 2004). Entre autres, l'intervention visait à entraîner les participants à poser des questions à leur professionnel de la santé en vue que ceux-ci prennent activement part aux décisions concernant leurs traitements. À Rochester (États-Unis), un total de 159 personnes atteintes de Db2 (âge moyen : $56 \pm 10,95$ ans) et n'atteignant pas la valeur cible d'hémoglobine glyquée ont participé à l'étude. Les résultats ont démontré que l'intervention n'a eu aucun effet sur la perception du SA. Cela pourrait être expliqué par le fait que le SA, tel que perçu par les participants, était déjà élevé avant même l'intervention. Nonobstant, les analyses effectuées ont tout de même démontré que la SA prédisait entre autres un changement au niveau de la motivation autonome qui, à son tour, prédit une diminution de l'hémoglobine glyquée après six mois. Dans cette étude, uniquement les items de la motivation autonome du TSRQ ont été mesurés. Dans la version originale de 15 items, la motivation autonome, mais également la motivation contrôlée et l'amotivation sont mesurés. Également, cette étude ne permet pas de déterminer si les variables de la motivation expliquent l'amélioration des valeurs d'hémoglobine glyquée en relation ou si cette relation est bidirectionnelle. Finalement,

bien que l'intervention n'ait pas eu d'impact sur le SA, les patients du groupe contrôle visitaient également régulièrement un centre de soins en diabète dans un hôpital communautaire affilié à l'université où la plupart des professionnels de la santé avaient reçu une formation sur l'autonomisation des patients, de sorte que les conditions psychosociales et médicales qui facilitent un changement sain étaient présentes. Or, la différenciation d'approche entre le groupe contrôle et le groupe expérimental n'a peut-être pas été assez définie et distincte.

La troisième étude, soit celle de Williams et al. (2006) réalisée à Rochester (États-Unis) auprès de 1006 adultes fumeurs, majoritairement de sexe féminin (âge moyen : 45 ans) a utilisé un devis quantitatif de type quasi-expérimental. Le but de l'étude était de déterminer si une intervention centrée sur le fait d'amener les patients à faire un choix éclairé quant à la décision de continuer l'usage du tabac ou non et de leur laisser cette décision, conduirait à une plus grande perception d'autonomie et de compétence, qui à leur tour, mènerait à une plus grande abstinence tabagique. Selon les résultats obtenus, l'intervention soutenant l'autonomie a entraîné une augmentation de la motivation autonome ($p < 0,01$), qui elle, a entraîné indirectement une plus grande abstinence tabagique. Ce lien entre la motivation autonome et l'abstinence tabagique a été médiée par une augmentation du sentiment de compétence ainsi que par la prise de médicaments pour l'arrêt tabagique. Toutefois, quelques limites viennent entraver la généralisation de cette étude. Selon les auteurs, ceux dont le sentiment d'autonomie et de compétence étaient élevés au début de l'étude étaient plus susceptibles d'abandonner le programme

d'intervention. Par ailleurs, plusieurs variables confondantes telles que le soutien social, les étapes du changement de comportement, l'auto-efficacité, etc., n'ont pas été tenues en compte dans l'analyse des données.

La quatrième étude identifiée a été réalisée en Ontario (Canada) auprès de 120 patients d'un centre de santé en soins de première ligne âgés de 20 à 67 ans (âge moyen : 47,3 ans) (Fortier, Sweet et al., 2007). La majorité des participants présentaient les caractéristiques suivantes : francophones, origine caucasienne, sexe féminin, niveau de scolarité moyen à élevé, indice de masse corporelle élevé. Ces derniers devaient avoir reçu une prescription d'augmenter la pratique d'AP et ne pas avoir de maladie instable ou incontrôlable. Avec un devis expérimental, soit de type essai contrôlé randomisé, cette étude avait pour objectif de déterminer si les patients du groupe expérimental rapporteraient des niveaux plus élevés de SA, de motivation autonome et de compétence perçue, après six semaines, et si cela se traduirait par des niveaux plus élevés d'AP, après 13 semaines. La sélection des participants a été effectuée par stratification selon le genre et l'âge. Ceux-ci ont ensuite été répartis de façon aléatoire dans les deux groupes. Le groupe contrôle ($n = 59$) recevait uniquement l'intervention brève de SA et le groupe expérimental ($n = 61$) recevait l'intervention brève de SA ainsi qu'une autre, mais plus intensive. Les résultats ont démontré que les participants du groupe expérimental percevaient un SA plus élevé ($p = 0,00$) et une motivation autonome élevée à six semaines ($p < 0,05$) et des niveaux d'AP plus élevés à 13 semaines ($p < 0,000$). Cependant, la faible taille de l'échantillon ($N = 120$) a limité le choix des techniques d'analyse des données.

Les auteurs mentionnent finalement qu'il aurait été profitable de réaliser cette étude avec des participants ayant des caractéristiques plus hétérogènes et provenant plusieurs centres de santé primaire. Par ailleurs, un effet plafond a été observé avec les instruments de mesure des variables de la motivation, soit le TSRQ et le *Behavioral Regulation Exercise Questionnaire* (BREQ-2). Les scores trop élevés des participants pourraient avoir été causés par un biais de sélection et l'attrition de 17 % à la 13^e semaine; les participants étaient peut-être tous déjà motivés avant l'intervention et ceux ayant abandonnés, moins.

En ce qui a trait à la cinquième et dernière étude, soit celle de Williams et al., (1998), un total de 126 personnes atteintes de maladies chroniques ont participé à l'étude réalisée en Caroline du Nord (États-Unis). Ceux-ci étaient majoritairement atteints d'HTA (23 %) de sexe féminin (75 %) et avec un niveau de scolarité élevé. Un devis quantitatif de type corrélationnel transversal a été utilisé pour évaluer la capacité prédictive de la TAD selon laquelle la perception des patients du SA promu par leur médecin serait liée à l'adhésion à long terme au traitement pharmacologique et que cette relation serait médiée par une motivation autonome. Les participants ont complété un questionnaire auto-administré, incluant la mesure du SA par le HCCQ et du type de motivation par l'entremise du TSRQ. Par ailleurs, trois mesures auto-rapportées de l'adhésion au traitement pharmacologique ont été effectuées, dont une par téléphone où le participant faisait un décompte des médicaments restants dans le pilulier. Les résultats ont permis de confirmer l'hypothèse de recherche, à savoir que la perception des personnes atteintes d'une maladie chronique du SA prédisait directement la motivation autonome ($p < 0,001$)

et indirectement l'adhésion à long terme au traitement pharmacologique ($p < 0,001$). À son tour, la motivation autonome prédisait directement l'adhésion ($p < 0,001$). Autrement dit, la motivation autonome médiait la relation entre le SA et l'adhésion. Toutefois, la nature transversale de cette étude et les mesures auto-rapportées de la prise de médicaments ne permettent pas de confirmer une relation de cause à effet, à savoir que le SA et la motivation autonome entraînent réellement l'adhésion à long terme au traitement pharmacologique. Par ailleurs, il y a de fortes probabilités qu'un biais de désirabilité sociale soit survenu pour le décompte auto-rapporté du pilulier.

Bien que les études ayant trait au type de motivation aient rapporté des résultats intéressants, d'autres semblent nécessaires et ce, notamment dans le contexte de l'HTA. D'ailleurs, les études identifiées dans cette section de la recension des écrits appuient la méta-analyse Ng et al. (2012). En fait, cette dernière avait pour objectif de synthétiser quantitativement le volume relativement important d'études empiriques ayant utilisé des mesures de la TAD dans des contextes de soins de santé d'une part, et expliquer les résultats concernant les relations entre le SA des patients et la satisfaction des besoins psychologiques, l'autorégulation autonome et la santé physique et mentale, d'autre part. Les résultats des 184 études identifiées ont démontré que le SA prédit de manière positive des niveaux plus élevés de motivation autonome pour les comportements de santé (tels que l'AP, les soins en diabète, l'abstinence tabagisme, le contrôle du poids), qui eux, prédisaient une meilleure santé physique et mentale. Ainsi, les résultats des études décrites précédemment dans la recension des écrits combinés à la méta-analyse de Ng et al. (2012)

suggèrent un lien entre les trois variables, soit le SA, la motivation autonome et les comportements de santé. Il est donc possible de croire que des résultats similaires pourraient être obtenus avec les personnes atteintes d'HTA, mais encore faut-il que des études soient réalisées et c'est ce que vise le présent projet de maîtrise.

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre présente la démarche méthodologique utilisée. Les sujets suivants seront abordés : le devis, les instruments de mesure, la population cible et l'échantillon, les modalités de recrutement, le déroulement de l'étude, le plan d'analyses, les considérations éthiques, ainsi que les biais méthodologiques.

Devis

Un devis descriptif corrélationnel transversal (un seul temps de mesure) a été utilisé pour cette étude, afin d'explorer les relations entre les trois variables sélectionnées (SA, type de motivation, adhésion) (Fortin et Gagnon, 2016). Le choix d'un devis descriptif corrélationnel s'explique par le manque d'informations sur l'existence d'associations entre la perception du SA des personnes atteintes d'HTA, leur type de motivation et le niveau d'adhésion pour chacun des comportements associés (traitement pharmacologique, AP, diète hyposodée). Le projet de recherche visait à fournir des résultats pouvant servir de base à l'élaboration d'études expérimentales. Le choix de l'aspect transversal s'explique par le peu de temps requis pour la réalisation de l'étude. Dans le cadre d'une maîtrise, il apparaît ainsi raisonnable d'opter pour un devis descriptif corrélationnel.

Instruments de mesure

Définition opérationnelle des concepts

Au total, trois grands concepts ont été évalués à l'aide d'un questionnaire auto-administré divisé en quatre sections : une pour la perception du SA et une pour chaque comportement étudié (3) (Appendice A). Le Tableau 3 offre une description des concepts et leur définition.

Tableau 3

Les concepts à l'étude et leur définition

| Concept | Définition |
|-----------------------|---|
| Soutien à l'autonomie | Mesure dans laquelle les professionnels de la santé considèrent les points de vue des patients, soutiennent leurs initiatives, offrent un choix quant aux options de traitement et fournissent des informations pertinentes sans exercer de pression ou de contrôle (Williams et al., 2005). |
| Adhésion | Effort d'une personne à suivre les recommandations de traitement convenues d'un commun accord avec les professionnels de la santé [traduction libre] (Robinson et al., 2008; Rogers et Carmichael, 1951). Cela reconnaît sa capacité à participer à la prise de décisions en matière de soins de santé. |
| Motivation | Raisons, intérêts, éléments qui incitent les personnes à penser, agir et à se développer (Deci et Ryan, 2008a) |

Ces concepts ont été opérationnalisés en huit variables. Celles-ci sont présentées selon les instruments de mesure utilisés, les sections et questions s'y rapportant dans le questionnaire de l'étude (Tableau 4). Chaque section portant sur les comportements a été subdivisée en deux, soit une section portant sur l'adhésion et une autre sur le type de motivation associé au comportement spécifique.

Tableau 4

Variables, instruments de mesure utilisés, sections et questions associées

| | Variables | Instruments de mesure | Questionnaire (voir Appendice A) | |
|---|--|-----------------------|----------------------------------|------------------------|
| | | | Sections | Questions |
| 1 | Soutien à l'autonomie | HCCQ | 1 | 1 à 6 |
| 2 | Motivation autonome | | | |
| | Traitement pharmacologique | | 2 (Partie 2) | 18, 20, 23, 25, 28, 30 |
| | Pratique d'AP | TSRQ | 3 (Partie 2) | 39, 41, 44, 46, 49, 51 |
| | Diète hyposodée | | 4 (Partie 2) | 57, 59, 62, 64, 67, 69 |
| 3 | Motivation contrôlée | | | |
| | Traitement pharmacologique | | 2 (Partie 2) | 19, 21, 24, 26, 29, 31 |
| | Pratique d'AP | TSRQ | 3 (Partie 2) | 40, 42, 45, 47, 50, 52 |
| | Diète hyposodée | | 4 (Partie 2) | 58, 60, 63, 65, 68, 70 |
| 4 | Amotivation | | | |
| | Traitement pharmacologique | | 2 (Partie 2) | 22, 27, 32 |
| | Pratique d'AP | TSRQ | 3 (Partie 2) | 43, 48, 53 |
| | Diète hyposodée | | 4 (Partie 2) | 61, 66, 71 |
| 5 | Adhésion au traitement pharmacologique | HB-HBP | 2 (Partie 1) | 1 à 15 |
| 6 | Suivi médical | HB-HBP | 2 (Partie 1) | 16,17 |
| 7 | Pratique d'AP | IPAQ | 3 (Partie 1) | 33 à 38 |
| 8 | Respect de la diète hyposodée | HB-HBP | 4 (Partie 1) | 54, 55, 56 |

Note. HCCQ = *Health Care Climate Questionnaire*, TSRQ = *Treatment Self-Regulation Questionnaire*; HB-HBP = *Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale*; IPAQ = *International Physical Activity Questionnaire*.

Perception du soutien à l'autonomie. Ce concept a été opérationnalisé au moyen de la version courte à six items du questionnaire *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ) de Williams et al. (2000). Le HCCQ a été utilisé dans plusieurs études portant sur les maladies chroniques (Khakwani et al., 2017; Steiger et al., 2017; Umeukeje et al., 2016; Williams et al., 2007; Williams et al., 2009). Il permet d'évaluer la perception des participants du SA promu par les professionnels de la santé envers le traitement de leur HTA. Le répondant indiquait sur une échelle de type Likert de 7 points allant de 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord) dans quelle mesure l'énoncé correspondait à sa perception (p. ex : « Je sens que le professionnel de la santé m'a informé de mes choix et de mes options »). Le score d'un individu sur cette échelle a été obtenu en effectuant la moyenne de ses réponses sur les six items, témoignant ainsi du degré de perception de SA. La version traduite et validée en français par Czajkowska et al. (2017) auprès de personnes âgées de 18 ans et plus, atteintes d'un mélanome et traitées dans deux des hôpitaux universitaires de Montréal a été utilisée. L'autorisation de l'auteure avait préalablement été obtenue (voir Appendice B). Cette validation du HCCQ témoigne une bonne fidélité révélée au moyen de la cohérence interne des six items, mesurée avec un alpha de Cronbach $\alpha = 0,90$ et par le test-retest (coefficient de corrélation intra-classe = 0,55). Finalement, ce concept a été évalué dans la section 1 du questionnaire qui exigeait environ cinq minutes pour être complétée.

Traitement pharmacologique. Ce concept a été opérationnalisé en deux temps : le niveau d'adhésion et le type de motivation spécifique associé au comportement. En

premier lieu, le *Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale* (HB-HBP) de Kim et al. (2000) a servi à mesurer le niveau d'adhésion auto-rapporté des personnes atteintes d'HTA pour le traitement pharmacologique. Le HB-HBP se divise en trois sous-échelles, dont neuf items se rapportant au traitement pharmacologique, trois items à la diète hyposodée et deux items au suivi médical. Les deux autres sous-échelles ont été utilisées dans la section 4 décrite plus loin. Le répondant indiquait sur une échelle de type Likert de quatre points allant de 1 (*Toujours*) à 4 (*Jamais*) dans quelle mesure l'énoncé correspondait à sa situation (p. ex : « À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle? »). Les participants avaient également la possibilité de répondre 5 (*Ne s'applique pas*) ou 6 (*Je ne sais pas*). La version anglaise de Kim et al. (2000) a été traduite en français par trois évaluateurs distincts. Bien qu'aucun protocole n'ait été établi par ces auteurs pour déterminer les scores, l'étudiante-chercheure a effectué une moyenne de la somme des réponses des neuf items, tel que le recommandaient les auteurs. Cette version originale en anglais du questionnaire avait été utilisée auprès d'adultes âgés de 59,2 ans en moyenne, dans le cadre d'une étude visant l'amélioration des soins et le contrôle de la PA, aux États-Unis. L'autorisation des auteurs avait préalablement été obtenue (voir Appendice B). Les résultats de cette étude ont démontré, au plan méthodologique, que ce questionnaire possède une bonne validité de construit et une bonne fidélité révélée au moyen de la cohérence interne, mesurée avec un alpha de Cronbach $\alpha = 0,84$.

En deuxième lieu, le type de motivation spécifique au traitement pharmacologique a été évalué par l'entremise du *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) de Ryan et Connell (1989). Le TSRQ évalue dans quelle mesure la motivation d'un participant pour un comportement spécifique est associée à une régulation contrôlée ou autonome. Le répondant indiquait sur une échelle de type Likert de 7 points allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 7 (*Fortement en accord*). À titre d'exemple, en réponse à l'affirmation « *La raison pour laquelle je prendrais mes médicaments pour l'hypertension artérielle est...* », un des items pour mesurer la motivation contrôlée est : « *Parce que je me sentirais coupable si je ne les prenais pas* ». Le score d'un individu sur cette échelle a été calculé en effectuant la moyenne de ses réponses sur les items portant sur la motivation autonome, sur la motivation contrôlée et l'amotivation, donnant ainsi un aperçu des trois types de motivation. La version du TSRQ, comportant 15 items, utilisée pour cette étude était celle adaptée et validée par Levesque et al. (2007) dans quatre états des États-Unis, auprès d'adultes (âge moyen : 45 à 60 ans) majoritairement caucasiens. Cette version a été validée en considérant trois comportements de santé (tabagisme, AP, diète). Les résultats obtenus démontrent que le TSRQ détient une bonne fidélité révélée au moyen de la cohérence interne, mesurée par l'alpha de Cronbach $\alpha = 0,73-0,93$. La validité de construit démontre que le modèle soutient les corrélations de la TAD entre les différents types de motivation et les trois comportements de santé. En somme, les variables associées au niveau d'adhésion pour le traitement pharmacologique et le type de motivation qui est sous-jacent ont été évalués dans la section 2 du questionnaire qui exigeait environ 10 minutes pour être complété.

Pratique d'activité physique. Ce concept a été opérationnalisé en deux temps : le niveau d'adhésion et le type de motivation spécifique associé au comportement. En premier lieu, la version courte à six items de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) a été utilisée pour mesurer le niveau d'AP auto-rapporté des personnes atteintes d'HTA. Ce questionnaire a été utilisé auparavant dans des études portant sur des personnes atteintes de maladies chroniques (da Silva Ferreira et al., 2016; Duclos et al., 2015; Forechi et al., 2018). L'IPAQ évalue les types d'intensité d'AP afin d'estimer l'AP totale en MET (Metabolic Equivalent Tasks) - min / semaine. Le participant devait répondre à chaque question selon une échelle continue (p. ex : « Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme de la course, de la natation, du ski de fond, soulevé ou déplacé des charges lourdes, grimper des côtes à un bon rythme, etc.? »). Le score d'un individu a été obtenu en calculant le nombre de MET-min par semaine, laissant place par la suite à trois niveaux d'AP. La version courte française de six items de l'IPAQ utilisée est celle validée auprès d'adultes âgés entre 18 à 65 ans, dans 12 pays (Craig et al., 2003). L'étude de Craig et al. (2003) démontre que l'IPAQ détient une bonne fidélité révélée au moyen de la cohérence interne, mesurée par l'alpha de Cronbach $\alpha = 0,65$ à $0,88$ pour les pays industrialisés. En deuxième lieu, le type de motivation spécifique associé à la pratique d'AP a été évalué par l'entremise du TSRQ comportant 15 items. Celui-ci a été décrit au paragraphe précédent. En somme, le niveau de pratique d'AP et le type de motivation y étant associé ont été évalués dans la section 3 du questionnaire qui exigeait environ 10 minutes pour être complétée.

Diète hyposodée. Ce concept a été opérationnalisé en deux temps : le niveau d'adhésion et le type de motivation spécifique associée au comportement. En premier lieu, la sous-échelle de trois items portant sur le niveau d'adhésion à la diète hyposodée du HB-HBP a été utilisée. La sous-échelle portant sur le suivi médical a été intégrée à cette section afin de conserver la fidélité et la validité du HB-HBP obtenues avec les trois sous-échelles combinées. En deuxième lieu, le type de motivation spécifique associé au comportement a été évalué par l'entremise du TSRQ. Ces deux instruments de mesure ont été décrits dans les sections précédentes. Ces deux variables ont été évaluées dans la section 4 du questionnaire qui exigeait environ cinq minutes pour être complétée.

Questions générales. Finalement, la dernière section du questionnaire permettait de décrire les renseignements généraux sur les participants. Les questions portant sur le sexe, l'âge et le niveau de scolarité étaient basées sur l'ESCC (Statistique Canada, 2018). Aussi, les participants ont été questionnés sur le(s) professionnel(s) de la santé qui effectue(nt) le suivi de PA dans la mesure où cela pourrait influencer le SA, mais aussi pour donner un aperçu de l'étendu de pratique des infirmières dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec. Finalement, le nombre d'années écoulées depuis l'annonce du diagnostic d'HTA et de la prise de médicaments pour l'HTA a été évalué afin de valider l'échantillon. Cette dernière section exigeait moins d'une minute pour être complétée.

Population cible et échantillon

Population cible

Le projet de recherche initial ciblait les personnes âgées de 18 à 65 ans inclusivement, atteintes d'HTA depuis 5 ans et moins. Cette tranche d'âge avait été choisie, car les personnes s'y retrouvant sont plus susceptibles d'avoir nouvellement reçu le diagnostic d'HTA et ainsi devoir adhérer à des comportements de santé sains afin d'atteindre les valeurs cibles de PA. En effet, au Québec, l'augmentation de l'incidence de l'HTA devient plus marquée à partir de la mi-quarantaine (Blais et Rochette, 2011). De plus, au Canada, un aîné sur trois souffre de multimorbidités (cooccurrence d'au moins deux maladies chroniques chez une même personne), comparativement à 15 % chez les 20 ans et plus (Roberts et al., 2015). D'autre part, le critère du nombre d'années depuis l'annonce du diagnostic relève du fait que lorsqu'une personne reçoit un nouveau diagnostic, elle est confrontée à de nouveaux défis et à des changements de comportements pour lesquels elle ne dispose pas de régulation autonome (Ng et al., 2012). Finalement, les personnes n'ayant pas reçu de prescription de médication pour l'HTA étaient exclues, puisque l'adhésion au traitement pharmacologique était mesurée lors de l'étude. Les critères d'inclusion sont résumés dans le Tableau 5. Parallèlement, aucun test ou examen n'a été effectué pour déterminer l'éligibilité des sujets. Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste et de convenance. L'échantillonnage par réseaux, soit la sélection de participants suite aux références des participants recrutés initialement a également été utilisé (Fortin et Gagnon, 2016).

Tableau 5

Critères d'inclusion

| Critères d'inclusion |
|--|
| Être capable de lire, écrire et comprendre le français |
| Être âgé de 18 à 65 ans |
| Avoir reçu un diagnostic d'HTA essentielle depuis 5 ans et moins |
| Avoir reçu une prescription de médication pour l'HTA |
| Avoir accès à un ordinateur, un téléphone ou une tablette électronique connecté au réseau Internet |
| Être en mesure de compléter un questionnaire en ligne |

Taille de l'échantillon

L'estimation de la taille de l'échantillon a été calculée à partir du progiciel G*Power et appuyée par les recommandations émises (Faul et al., 2007). En supposant une puissance statistique de 0,80, une valeur alpha de 0,05 et un total de sept variables indépendantes, un échantillon total de 105 participants était nécessaire pour vérifier les hypothèses de recherche. D'ailleurs, le nombre de participants s'est inspiré de la seule autre étude quantitative ciblée par l'étudiante s'étant intéressée à la même problématique (à savoir l'HTA sous la perspective de la TAD) (Wiseman, 2012). Cette dernière avait obtenu un échantillon de 78 personnes. Ce calcul a été effectué afin d'évaluer le nombre de participants nécessaires pour établir des liens entre les différents concepts. L'échantillon demeure toutefois un échantillon de convenance et ne visait pas la généralisation des résultats.

Modalités de recrutement

Plusieurs modalités de recrutement avaient été planifiées. Celles-ci sont présentées dans l'ordre chronologique, la prochaine visant toujours à obtenir un plus haut taux de participation.

En premier lieu, après avoir obtenu l'autorisation de chacun des directeurs des départements, des affiches de recrutement (voir Appendice C) ont été distribuées sur le campus de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (incluant la clinique multidisciplinaire en santé, la clinique de kinésiologie, de podiatrie et de chiropratique). En deuxième lieu, l'étudiante-chercheure a été présenter brièvement le projet de recherche aux personnes présentes aux cours du Programme Ma Santé à Vie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ). Lors de la présentation, l'étudiante-chercheure distribuait les affiches en format miniature ainsi que le lien URL imprimé (permettant l'accès au questionnaire) aux personnes intéressées. Une entente écrite avait été obtenue avec la personne désignée, assistante au supérieur immédiat à la prévention et gestion intégrée des maladies chroniques et des GMF, zone centre et GACO RLS de Trois-Rivières (Appendice D). En troisième lieu, l'Association des cardiaques de la Mauricie a fait parvenir l'affiche de recrutement par courrier à tous ses membres. En quatrième lieu, avec l'aide de l'agente de planification pour la programmation et recherche au CIUSSS MCQ, un courriel (incluant l'affiche) pour le recrutement des participants a été acheminé aux médecins et adjoints administratifs des différents GMF. Les gestionnaires de ces GMF avaient également été informés de la

démarche à suivre pour le recrutement (Appendice E). En quatrième lieu, une annonce a été publiée sur le site Internet *entête* de l'UQTR par le service des communications de l'institution. En cinquième lieu, un message de recrutement a été publié sur Facebook par l'étudiante-chercheure. En dernier lieu, un article présentant le projet a été rédigé par une journaliste du Journal *leNouvelliste* à la suite d'une entrevue avec l'étudiante-chercheure.

Déroulement de l'étude

Les participants ont été invités à répondre à un questionnaire au moyen d'un ordinateur, un téléphone ou une tablette électronique, à un endroit où le réseau Internet était disponible. Le lien URL et le code QR pour accéder au questionnaire étaient présents sur l'affiche de recrutement. Chaque section du questionnaire devait être complétée une fois et le temps estimé pour le compléter était de 15 à 20 minutes. Par ailleurs, le logiciel BIQ (Banque interactive de questions) de l'UQTR a été utilisé pour générer et rendre disponible le questionnaire.

Plan d'analyses

Les analyses ont été déterminées en fonction du choix du devis, soit corrélationnel. Pour la description de l'échantillon, des analyses de tendance centrale (médiane, moyenne, fréquence, proportion) et de dispersion (écart type) ont été utilisées. Bien qu'elles n'étaient pas prévues à prime abord, des analyses secondaires ont été effectuées, en l'occurrence, des tests *t* de Student, dans le but de comparer les moyennes de scores des différents concepts mesurés, selon les caractéristiques de l'échantillon. Des analyses de médiation

simple ont été réalisées afin de tester les trois hypothèses de recherche, à savoir que l'association positive entre le SA et le traitement pharmacologique (H1), la pratique de l'AP (H2) et la diète hyposodée (H3) était médiée par la motivation autonome. Ces analyses ont utilisé la procédure PROCESS de Hayes (2018). Cette procédure a permis d'évaluer la médiation selon les étapes suivantes. La Figure 3 présente, à titre d'exemple, la procédure utilisée pour le traitement pharmacologique.

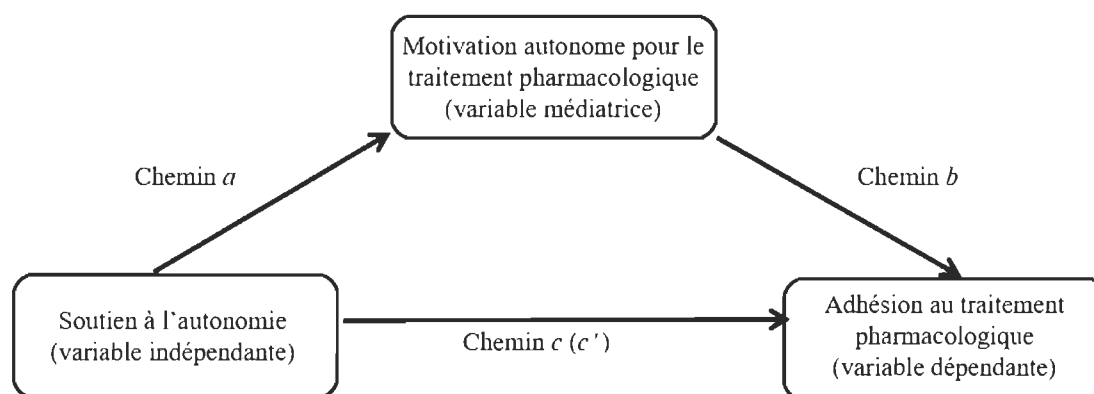


Figure 3. Illustration de la procédure PROCESS testant l'association positive entre le SA, la motivation autonome et le traitement pharmacologique.

D'abord, le SA (variable indépendante) devait prédire significativement la motivation autonome liée au traitement pharmacologique (la variable médiatrice). Ensuite, la motivation autonome devait prédire significativement l'adhésion au traitement pharmacologique (variable dépendante). Enfin, le produit des chemins « ab » devait être statistiquement significatif afin de démontrer l'effet indirect de la motivation autonome entre le SA et le traitement pharmacologique. Un rééchantillonnage (bootstrapping) de 5000 échantillons a été utilisé pour créer un intervalle de confiance (95 %). L'absence de

la valeur zéro dans cet intervalle signifie que l'effet indirect résultant pouvait être considéré comme significativement différent de zéro (Hayes, 2018). La macro PROCESS (version 3.3) pour IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 26 a été utilisée.

Considérations éthiques

Le projet a été soumis pour évaluation à deux comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains, soit celui du CIUSSS MCQ et celui de l'UQTR. Un certificat portant le numéro [CÉRM-2019-009] a été émis le 22 novembre 2019 pour le CIUSSS MCQ. Un certificat portant le numéro [CER-2-264-10.01] a été émis le 2 décembre 2019 pour l'UQTR. Les certificats d'éthique ainsi que le formulaire d'information et de consentement se retrouvent à l'Appendice F.

Protection de la confidentialité

Afin de s'assurer d'un consentement libre et éclairé de la part des participants, de nombreuses précautions ont été prises. L'étudiante-chercheuse et les directeurs de recherche s'étaient assurés n'avoir aucun lien de dépendance avec les participants, c'est-à-dire qu'il y avait absence de relation patient-professionnel. D'ailleurs, le questionnaire était complété dans l'anonymat. En ce qui a trait aux coordonnées des participants obtenues en vue d'effectuer le tirage du tensiomètre, il n'y avait aucun moyen d'associer celles-ci à leur questionnaire, puisqu'à la fin de ce dernier, les participants étaient automatiquement redirigés vers une page Web distincte.

Risque, inconvéient, incitatif

Aucun risque n'a été identifié quant à la participation au projet de recherche. Le seul inconvéient ciblé a été le temps requis pour compléter le questionnaire en ligne. Aucune compensation d'ordre monétaire n'était accordée. Toutefois, lorsque les participants complétaient l'entièreté du questionnaire, ils avaient la possibilité de s'inscrire au tirage d'un tensiomètre. Essentiellement, cet incitatif s'agençait avec la vision d'autonomie dans la prise en charge de l'HTA.

Lieu de conservation des données

Les données obtenues par les réponses au questionnaire ont été conservées sur un ordinateur au Laboratoire de recherche du Groupe interdisciplinaire de recherche appliquées en santé de l'UQTR situé au local 4843, Pavillon de la santé, 3351 Boulevard des Forges à Trois-Rivières.

Responsable de la conservation des données

Les seules personnes qui avaient accès aux données étaient l'étudiante-chercheure et les directeurs de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité.

Procédure de destruction des données

Les données seront détruites par la méthode de déchiquetage numérique (logiciel effectuant une suppression sécuritaire qui écrit de l'information aléatoire à l'endroit où se trouvait le fichier supprimé) un an après le dépôt final du mémoire.

Biais méthodologiques

Validité interne

Un devis descriptif corrélationnel transversal peut poser une menace à la validité interne. Celle-ci peut se définir comme le degré de confiance des conclusions tirées de l'étude quant à la valeur de la relation établie entre les variables indépendantes et dépendantes (Grove et al., 2012). Un total de deux biais potentiels a été identifié. Premièrement, des variables étrangères pourraient avoir eu des répercussions sur la précision du lien entre le SA et l'adhésion aux comportements de santé, risquant ainsi de fausser la relation entre le SA, le type de motivation et l'adhésion aux comportements de santé (Fortin et Gagnon, 2016). Le sentiment de compétence, faisant d'ailleurs partie du modèle de la TAD (Ryan, Patrick et al., 2008), constitue un exemple de variable étrangère dans cette étude. Deuxièmement, les données transversales obtenues ne permettaient pas d'établir une relation cause à effet. Bien qu'un devis expérimental serait idéal pour démontrer une relation de cause à effet, il a été démontré dans une méta-analyse portant sur l'AP et la TAD que peu importe le type de devis utilisé (transversal, prospectif et expérimental), les résultats étaient comparables (Teixeira et al., 2012). Le choix de ce cadre de référence (TAD) permet alors en quelque sorte d'outrepasser cette limite. D'autre

part, la collecte de données à un unique moment minimise la survenue de biais liés aux facteurs historiques, à la maturation, à la mortalité expérimentale et à la situation de mesure (Fortin et Gagnon, 2016).

Validité de construit

Un biais lié à l'utilisation d'une seule méthode pour mesurer les variables pourrait constituer un obstacle à la validité de construit (Fortin et Gagnon, 2016). Il est possible que les participants n'aient pas répondu adéquatement ou véridiquement. Par exemple, une surestimation de l'AP a souvent été relevée dans les études ayant utilisé l'IPAQ (Maddison et al., 2007). Aussi, un biais de mémoire quant aux fréquences des comportements est une limite de cette étude. Pour réduire la portée de ce biais, l'IPAQ avait été choisi comme instrument de mesure, puisqu'il s'intéressait à la pratique d'AP des sept derniers jours. Quant au traitement pharmacologique et à la diète hyposodée, les items les mesurant demeuraient plutôt générales.

Validité externe et de conclusion statistique

La validité externe réfère à la généralisation des résultats de l'étude à l'ensemble de la population. Dans le cas actuel, le choix d'échantillonnage par convenance implique la possibilité d'un biais de sélection. Il est généralement admis qu'une stratégie orientée vers un échantillonnage de convenance a pour conséquence de recruter des participants qui se soucient davantage du sujet de l'étude, en occurrence, la motivation à adhérer aux traitements en HTA (Statistique Canada, 2017a). Ainsi, dans le cadre de la présente étude,

leur perception de SA pourrait avoir été modulée, car il est possible que l'attention accordée à la gestion de leur HTA soit supérieure à celle des personnes accordant moins d'importance à la maladie. Ainsi, l'échantillon pourrait ne pas bien représenter la population cible, puisqu'il n'est pas possible de s'assurer que des personnes moins motivées ou intéressées par leur état de santé aient participé à l'étude.

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre comporte trois sections. La première témoigne des modalités de recrutement utilisées selon leur date de complétion. La deuxième section aborde les caractéristiques de l'échantillon. Pour ce qui est de la troisième section, on y retrouve les résultats quant aux trois hypothèses de recherche et elle se divise en deux sous-sections. La première témoigne des résultats des analyses descriptives pour chacune des variables. Ensuite, les résultats des analyses de médiation sont présentés.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 26. Pour toutes les analyses, les données manquantes ont été remplacées par la moyenne de l'échantillon. Celles des participants ayant abandonné la complétion du questionnaire en cours de route ont été exclues à partir de l'endroit où ces derniers ont arrêté de répondre. Aucune donnée aberrante n'a été notée à l'exception du nombre de minutes d'AP pour trois participants. Dans ce cas précis, les données aberrantes ont été ramenées à une valeur maximale de 180 minutes tel que recommandé par le protocole de l'IPAQ (IPAQ Research Committee 2005).

Résultats concernant les modalités de recrutement

Tel que mentionné dans la section du mémoire portant sur la méthodologie, plusieurs modalités de recrutement ont été utilisées. Un tableau de ces modalités selon leur date de complétion se trouve à l'Appendice G. D'après les observations notées dans le journal de bord de l'étudiante-chercheure, un nombre croissant de participation au projet a été noté pour la période du 27 janvier au 4 février ainsi que du 9 au 13 mars.

Résultats concernant les caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon, soit les données socio-démographiques ainsi que les données relatives à l'HTA des participants sont présentées au Tableau 6.

Tableau 6
Caractéristiques de l'échantillon

| | <i>n (%)</i> |
|--|--------------|
| Sexe (<i>N</i> = 48) | |
| Femme | 33 (68,8) |
| Homme | 15 (31,3) |
| Âge (<i>N</i> = 46) | |
| Moins de 35 ans | 4 (8,7) |
| 35 à 44 ans | 7 (15,2) |
| 45 à 54 ans | 10 (21,8) |
| 55 à 65 ans | 25 (54,3) |
| Niveau de scolarité (<i>N</i> = 48) | |
| Secondaire | 2 (4,2) |
| Collégial (ou équivalent) | 19 (39,6) |
| Universitaire | 27 (56,3) |
| Professionnel de la santé qui effectue le suivi de PA (<i>N</i> = 48) | |
| Médecin | 31 (64,5) |
| IPS | 2 (4,2) |
| Pharmacien | 1 (2,1) |
| Médecin et IPS | 7 (14,6) |
| Médecin et infirmière | 5 (10,4) |
| Médecin, infirmière et IPS | 1 (2,1) |
| Médecin, infirmière et pharmacien | 1 (2,1) |
| Nb d'années d'atteinte HTA (<i>N</i> = 48) | |
| Moins de 1 an | 9 (18,8) |
| 1 à 4 ans | 17 (35,4) |
| 5 à 9 ans | 12 (25,0) |
| Plus de 10 ans | 10 (20,8) |
| Nb d'années de prise de médicaments pour l'HTA (<i>N</i> = 48) | |
| Moins de 1 an | 11 (22,9) |
| 1 à 4 ans | 18 (37,5) |
| 5 à 9 ans | 11 (22,9) |
| Plus de 10 ans | 8 (16,7) |

Note. Nb = Nombre; IPS = Infirmière praticienne spécialisée; PA = Pression artérielle.

Entre le 4 décembre 2019 et le 30 mars 2020, un total de 51 participants âgés de 29 à 64 ans ont participé à l'étude. Ceux-ci ont pris 13 minutes en moyenne ($N = 47$) pour compléter le questionnaire, alors qu'un temps de 15 à 20 minutes fictif avait été initialement estimé. Certains n'ont pas répondu à l'entièreté du questionnaire expliquant ainsi la différence du nombre de réponses observée selon les items analysés. Les femmes étaient majoritaires et composaient plus du deux tiers de l'échantillon (68,8 %). Plus de la moitié des participants (56,3 %) possédaient un niveau de scolarité universitaire. Par ailleurs, bien qu'il ait clairement été indiqué au début du questionnaire que le projet s'adressait aux personnes ayant reçu un diagnostic d'HTA depuis 5 ans et moins, environ 40 % ($n = 19$) avaient reçu le diagnostic depuis 5 ans et plus. Suite à une décision commune avec les directeurs de recherche, en raison de la petite taille d'échantillon et de l'arrêt de l'étude suite à l'avènement de la pandémie de la COVID-19, les données obtenues pour ces participants ont été conservées aux fins des analyses.

Résultats concernant les analyses de médiation

Analyses statistiques descriptives

Cette sous-section vise à présenter les résultats des analyses descriptives effectuées auprès des sept variables étudiées.

Perception du soutien à l'autonomie. Cette variable a été mesurée par l'entremise du HCCQ (Czajkowska et al., 2017). Tel que mentionné dans la section portant sur la méthodologie, le participant devait répondre selon une échelle de type Likert

allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 7 (*Fortement en accord*). La moyenne des scores obtenue sur les six items était de $5,44 \pm 1,18$. À titre d'exemple, un participant présentant une perception de SA très élevée répondait 7 (*Fortement en accord*) pour l'item suivant : « Je me sens compris par le professionnel de la santé ».

Type de motivation pour chacun des comportements. Ces variables ont été mesurées par l'entremise du TSRQ comportant 15 items (Levesque et al., 2007). Comme il a été fait mention dans la section portant sur la méthodologie, chaque item énonçait une raison motivant l'adhésion d'un participant à un comportement donné et était associé à un type de motivation. L'échelle de Likert variait entre 1 (*Fortement en désaccord*) et 7 (*Fortement en accord*). Les moyennes (*M*) et les écarts types (*ET*) des scores obtenus pour chaque type de motivation sont présentées au Tableau 7. Un premier constat qui peut être avancé concerne le fait que les scores de motivation autonome obtenus pour les trois comportements sont sensiblement le double de ceux obtenus pour la motivation contrôlée et l'amotivation. Des analyses secondaires ont aussi été menées afin de comparer les moyennes des scores obtenues par type de motivation selon le sexe. Les résultats démontrent qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon le sexe sur le plan de la motivation autonome pour le traitement pharmacologique, $t(47) = 1,39, p = 0,053$, l'AP, $t(47) = 0,17, p = 0,217$ et la diète hyposodée, $t(47) = 0,69, p = 0,392$. Quant à la motivation contrôlée, les résultats du test *t* démontrent une différence statistiquement significative entre les deux sexes pour l'AP, $t(47) = 2,56, p = 0,033$. Et la diète hyposodée $t(47) = 3,13, p = 0,005$. Plus précisément, sur le plan de l'AP, la moyenne des scores

obtenus pour la motivation contrôlée était plus élevée chez les hommes (3,67/7) que chez les femmes (2,59/7). Il en était de même pour la diète hyposodée, soit une moyenne plus élevée pour les hommes (3,71/7) comparativement aux femmes (2,19/7). Aucune différence n'a été observée sur le plan du traitement pharmacologique, $t(47) = 1,95$, $p = 0,113$. Soulignons également que le niveau d'adhésion à l'AP, $t(46) = -0,776$, $p = 0,716$, et la diète hyposodée, $t(46) = -0,304$, $p = 0,579$ ne variaient pas de manière statistiquement significative selon le sexe. Par ailleurs, les moyennes des scores obtenues pour chaque type de motivation selon le comportement ont été comparées en regard du nombre d'années écoulées depuis l'annonce du diagnostic d'HTA. Aucune différence n'a été observée entre les personnes atteintes d'HTA depuis 5 ans et moins et celles atteintes depuis plus de 5 ans pour le traitement pharmacologique $t(45) = 0,199$, $p = 0,566$, l'AP, $t(44) = 0,034$, $p = 0,071$, et la diète hyposodée, $t(45) = 0,191$, $p = 0,399$.

Tableau 7

Types de motivation des participants selon les comportements

| | Traitement pharmacologique | Pratique régulière d'AP | Diète hyposodée |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------|
| | $M \pm ET (N = 51)$ | $M \pm ET (N = 50)$ | $M \pm ET (N = 49)$ |
| Motivation autonome | 6,05 ± 1,10 | 5,99 ± 1,25 | 6,21 ± 1,13 |
| Motivation contrôlée | 3,15 ± 1,39 | 2,97 ± 1,45 | 2,69 ± 1,50 |
| Amotivation | 2,94 ± 1,38 | 2,70 ± 1,26 | 2,56 ± 1,34 |

Adhésion aux comportements de santé étudiés. Les analyses descriptives pour le traitement pharmacologique (9 items) et la diète hyposodée (3 items) ont été réalisées selon les recommandations du HB-HBP (Kim et al., 2000). Pour éviter l'obtention de résultats erronés, lorsque le participant répondait 5 (*Ne s'applique pas*), la donnée était tout simplement exclue des analyses, alors que pour le choix de réponse 6 (*Je ne sais pas*) la moyenne de l'échantillon était attribuée. Le niveau d'adhésion auto-rapporté était obtenu en effectuant la somme totale des items. Un niveau d'adhésion élevé se reflétait par un score faible, alors qu'un niveau d'adhésion faible se reflétait par un score élevé. À titre d'exemple, en répondant 1 (Jamais) à l'item « À quelle fréquence décidez-vous de ne pas prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle », le participant obtenait un score de 1. Les résultats sont présentés au Tableau 8. Il est à noter ici que le nombre d'items mesurant le traitement pharmacologique et la diète hyposodée est différent, ce qui limite la comparaison directe. Le niveau d'adhésion était plutôt élevé pour le traitement pharmacologique et modérément élevé pour la diète hyposodée. Remarquons cependant la variabilité des résultats pour le traitement pharmacologique ($10,28 \pm 1,80$ [9,00-19,08]) et la diète hyposodée ($5,87 \pm 1,06$ [4,00-8,00]). En effet, pour le traitement pharmacologique, tout près de la majorité (48,8 %) des participants a obtenu un score de 9 sur 36 et seulement 3 participants (6,4 %) a obtenu un score supérieur à 12 sur 36. Pour la diète hyposodée, la majorité (38 %) a obtenu un score de 6 sur 12, et seulement sept participants ont obtenu des scores inférieurs à 5 ou supérieur à 7.

Tableau 8

Niveau d'adhésion des participants au traitement pharmacologique et à la diète hyposodée

| | $M \pm ET$ | Min-Max |
|--|------------------|------------|
| Traitement pharmacologique ($N = 47$) Score théorique varie de 9 à 36 | 10,28 \pm 1,80 | 9,00-19,08 |
| Diète hyposodée ($N = 47$) Score théorique varie de 3 à 12 | 5,87 \pm 1,03 | 4,00-8,00 |

En ce qui concerne la variable du niveau d'AP, les analyses descriptives ont été réalisées selon le protocole de l'IPAQ (IPAQ Research Committee, 2005). Les données manquantes ($n = 7$) ont été remplacées par la moyenne de l'échantillon selon l'item en question. La Figure 4 présente la répartition des participants selon leur niveau d'AP respectif. Ces niveaux ont été déterminés selon le protocole de notation de l'IPAQ, soit en calculant le nombre de MET-min par semaine.

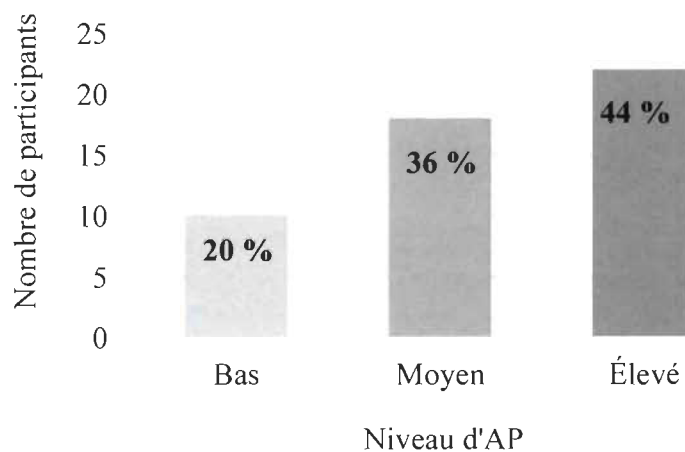


Figure 4. Répartition des participants selon leur niveau d'AP.

Selon ce protocole, un niveau « élevé » d'AP équivaut à une heure par jour ou plus d'AP d'intensité modérée à élevée. Un niveau « modéré » équivaut à au moins 30 minutes d'AP d'intensité modérée la plupart du temps, alors qu'un niveau « bas » correspond à ceux ne répondant pas aux critères des deux premiers. Sur l'ensemble des participants qui constituaient l'échantillon, 44 % présentait un niveau élevé d'AP, 36 % un niveau moyen d'AP et 20 % un niveau bas.

Analyses de médiation

L'hypothèse 1 prévoyait que l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et l'adhésion au traitement pharmacologique serait médiée par une motivation autonome. Les résultats démontrent que la relation entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique n'a pas été influencée par la motivation autonome. Comme l'illustre la Figure 5, le coefficient de régression non standardisé entre le SA et la motivation autonome n'est pas statistiquement significatif (chemin a), tout comme le coefficient de régression non standardisé entre la motivation autonome et traitement pharmacologique (chemin b). L'effet indirect non standardisé est de $(0,21) * (0,05) = 0,01$.

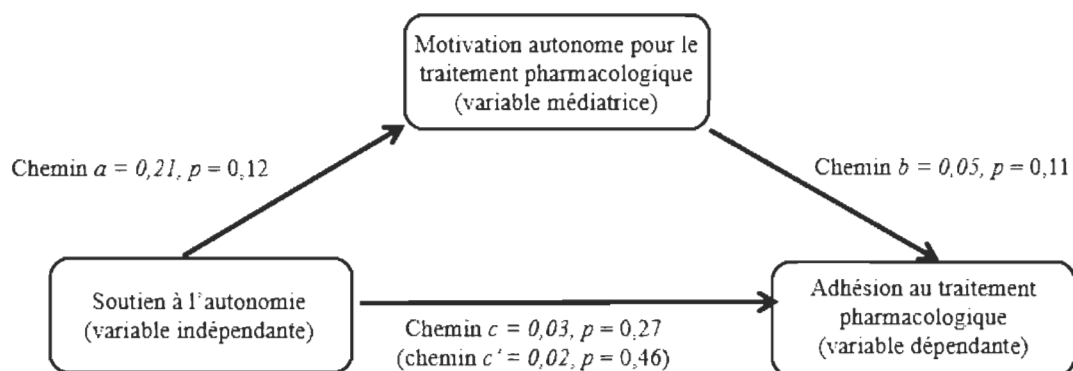


Figure 5. Coefficients de régression non standardisés pour la relation entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique, médiée par la motivation autonome. Le coefficient de régression non standardisé entre le SA et l'adhésion au traitement pharmacologique en contrôlant pour l'effet de la motivation autonome est indiqué entre parenthèses.

L'hypothèse 2 prévoyait quant à elle que l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et la pratique régulière d'AP serait médiée par une motivation autonome. Les résultats démontrent que la relation entre le SA et la pratique régulière de l'AP n'a pas été influencée par la motivation autonome. Comme l'illustre la Figure 6, le coefficient de régression non standardisé entre le SA et la motivation autonome n'est pas statistiquement significatif (chemin a). Cependant, on observe que le coefficient de régression non standardisé entre la motivation autonome et l'adhésion à l'AP est statistiquement significatif (chemin b). L'effet indirect non standardisé est de $(-0,09) * (21,34) = -1,92$.

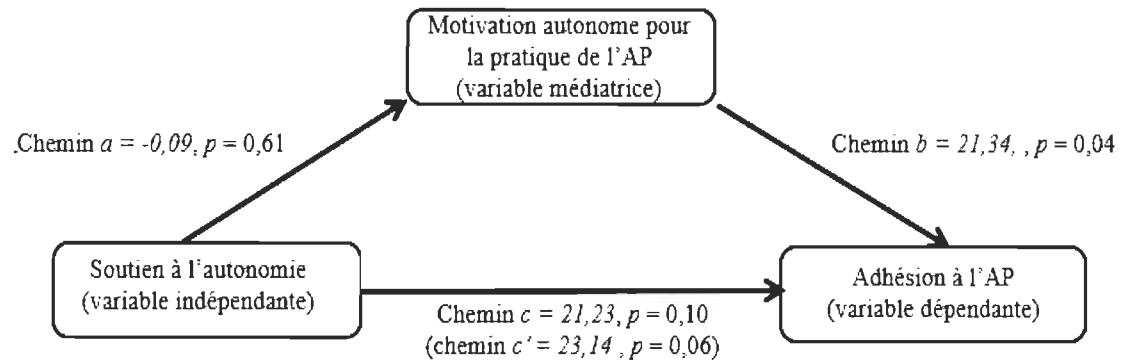


Figure 6. Coefficients de régression non standardisés pour la relation entre le SA et l'adhésion à AP, médiée par la motivation autonome. Le coefficient de régression non standardisé entre le SA et l'adhésion à l'AP en contrôlant pour l'effet de la motivation autonome est indiqué entre parenthèses.

Pour ce qui est de l'hypothèse 3, celle-ci prévoyait que l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et le respect de la diète hyposodée serait médiée par une motivation autonome. Les résultats démontrent que la relation entre le SA et l'adhésion à la diète hyposodée n'a pas été influencée par la motivation autonome. Comme l'illustre la Figure 7, le coefficient de régression non standardisé entre le SA et la motivation autonome n'est pas statistiquement significatif (chemin a). Cependant, on observe que le coefficient de régression non standardisé entre la motivation autonome et l'adhésion à la diète hyposodée est statistiquement significatif (chemin b). L'effet indirect non standardisé est de $(-0,01) * (0,11) = 0,00$.

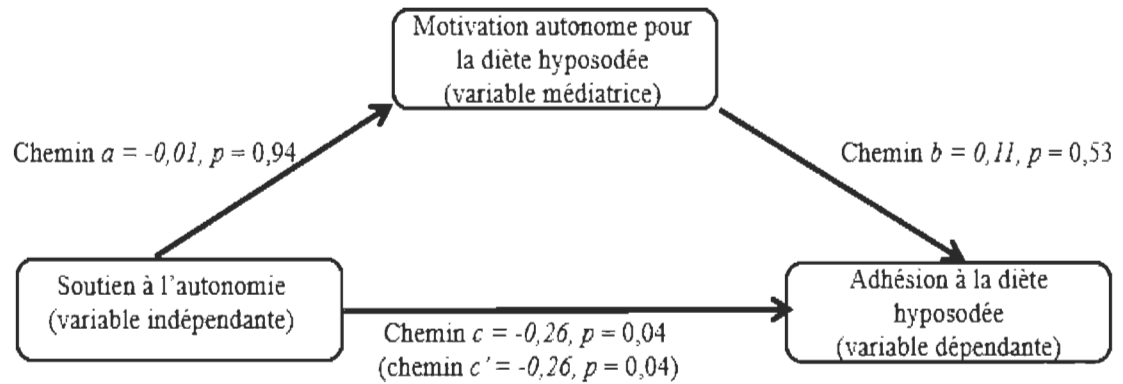


Figure 7. Coefficients de régression non standardisés pour la relation entre le SA et l'adhésion à la diète hyposodée, médiée par la motivation autonome. Le coefficient de régression non standardisé entre le SA et l'adhésion à la diète hyposodée en contrôlant pour l'effet de la motivation autonome est indiqué entre parenthèses.

Chapitre 5 : Discussion

Ce chapitre se divise en trois sections. Dans un premier temps, l'analyse des résultats de la recherche en se rapportant à la littérature sur le sujet est exposée. Dans un deuxième temps, les forces et les limites inhérentes au projet de recherche sont présentées. Finalement, des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche sont proposées.

Analyse des résultats

Résultats concernant les modalités de recrutement

Des efforts significatifs ont été déployés pour assurer le recrutement des participants. D'emblée, en regard des événements exceptionnels survenus le 13 mars 2020 en occurrence, l'arrêté ministériel décrétant un état d'urgence sanitaire dans tout le territoire québécois en raison de la COVID-19, le recrutement de participants a dû être arrêté le 30 mars 2020 (Centre d'accès à l'information juridique, 2020). Entre le 13 et le 30 mars, une seule personne a participé à l'étude et ce, malgré la parution d'un article dans *LeNouvelliste*, journal quotidien de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Trahan, 2020). La décision d'arrêter le recrutement a entre autres été liée au fait que la presque totalité des sites qui étaient impliqués dans le recrutement ont été fermés ou ont vu leur achalandage diminué drastiquement. De plus, l'état d'esprit de la population québécoise était bouleversé. Le stress et la peur occasionnés auraient fort possiblement eus un impact sur les réponses données au questionnaire, puisque les habitudes de vie des

citoyens ont été affectées (Taylor et al., 2020). Un autre point de discussion important concerne le type de recrutement utilisé. Rappelons qu'il s'agissait d'un échantillonnage par réseaux. Le projet de recherche a surtout été affiché sur le campus de l'UQTR, par les réseaux sociaux et les contacts de l'étudiante-chercheure. Or, ceci pourrait avoir mené à un recrutement de participants ayant un plus haut niveau de scolarité comme on peut d'ailleurs le constater dans les résultats.

Au-delà du phénomène très particulier de la pandémie qui a forcé l'arrêt de l'étude, il nous paraît important de poursuivre la réflexion quant à d'autres stratégies qui auraient également pu permettre une plus grande participation à l'étude. En effet, il pourrait être bénéfique de recruter au moyen d'incitatifs monétaires par l'entremise de Facebook, tel que le suggère la revue systématique de Thornton et al. (2016). Les 110 études recensées offraient en moyenne un montant de $17,48 \pm 23,06$ \$ aux participants. Ces études des domaines de recherche psychosociale, sur la santé et médicale ont recruté des participants de tous âges. Les résultats suggèrent que Facebook peut être utilisé pour obtenir des échantillons tout aussi représentatifs que ceux recrutés par la méthode traditionnelle.

Résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

D'abord, sur le plan des caractéristiques de l'échantillon, l'étude ciblait les personnes âgées de 18 à 65 ans ayant reçu le diagnostic d'HTA depuis 5 ans et moins et ayant reçu une prescription de médicament pour l'HTA. Cette tranche d'âge avait été déterminée, car les personnes s'y retrouvant étaient plus susceptibles d'avoir

nouvellement reçu le diagnostic d'HTA et ainsi devoir adhérer à des comportements de santé sains afin d'atteindre les valeurs cibles de PA. Dans la présente étude, les femmes étaient majoritaires et composaient plus du deux tiers de l'échantillon (68,8 %). Selon le rapport de surveillance des maladies chroniques de 2006-2007, dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, la prévalence de l'HTA est similaire chez les hommes (19,0 %) et les femmes (19,6 %) de 20 ans et plus (Blais et Rochette, 2011). Plus précisément, 55,1 % des cas d'HTA déclarés dans cette même région sont des femmes. Sur le plan de l'éducation, plus de la moitié des participants (56,3 %) possédaient un niveau de scolarité universitaire. Les participants de l'étude étaient donc plus scolarisés que les Mauriciens, dont la proportion atteint 17,1 %, et 25,5 % pour l'ensemble des personnes âgées de 25 à 64 ans du Québec (Statistique Canada, 2017b). Ces disparités observées entre l'échantillon et la population limitent la capacité à généraliser les résultats. Les extrapolations doivent être faites prudemment. Il est entre autres possible que la faible taille de l'échantillon explique ce phénomène.

Il est également possible que les caractéristiques socio-démographiques et relatives à l'HTA des participants puissent avoir un impact sur l'adhésion aux comportements de santé. Effectivement, une étude longitudinale réalisée de 1992 à 2006 auprès d'environ 10 000 personnes âgées de 50 à 85 ans (âge moyen : $56,35 \pm 4,37$ ans) aux États-Unis s'est intéressée aux changements de comportement de santé après le diagnostic d'une nouvelle maladie chronique (Newsom et al., 2012). Les résultats démontrent que pour l'AP, aucune augmentation statistiquement significative n'a été observée pour toutes les

maladies chroniques, à l'exception des femmes atteintes de maladies cardiaques, qui elles, ont montré une baisse plus importante du niveau d'AP, comparativement hommes ($p < 0,01$). Une différence a également été observée pour les participants atteints de diabète, 14 ans après l'annonce du diagnostic (en comparaison avec les données colligées 2 ans après le diagnostic émis). Ceux ayant un niveau de scolarité plus élevé ont augmenté leur niveau d'AP, tandis que ceux ayant un niveau de scolarité plus bas ont diminué leur niveau d'AP ($p < 0,05$). L'étude de Douglas (2012) avait obtenu des résultats similaires. Pour celle-ci, la pratique d'AP était prédite négativement par l'âge (donc, plus le participant avance en âge, moins il s'engage à l'AP) ($p = 0,003$), alors que le respect de la diète hyposodée était prédit positivement par l'âge et la lecture des étiquettes nutritionnelles. En bref, ces résultats laissent entrevoir que l'adhésion à des comportements de santé peut différer selon le sexe et le niveau de scolarité.

Résultats concernant les analyses de médiation

Un des objectifs de cette étude était d'explorer le lien entre la perception des personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et leur motivation à adhérer au traitement pharmacologique, à la pratique régulière d'AP et au respect de la diète hyposodée.

Analyses statistiques descriptives. En ce qui a trait aux variables de la TAD, soit le SA, la motivation autonome et l'adhésion aux trois comportements de santé ciblés, les résultats sont mitigés. Tel que mentionné précédemment dans ce mémoire, peu d'études

(2) se sont intéressées à la problématique d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements. Il s'agit donc d'un tout premier portrait qui explore ces aspects.

En premier lieu, concernant le SA, la moyenne des scores obtenue sur les six items était de $5,44 \pm 1,18$ [2,17-7,00]. Or, on peut ainsi comprendre que les personnes de l'échantillon avaient une perception modérément élevée du SA promu par les professionnels de la santé et donc, relativement positive en regard de la gestion de leur HTA. Autrement dit, il semble que les participants de l'étude ont perçu que le professionnel de la santé effectuant le suivi de leur PA considérait leurs points de vue, soutenait leurs initiatives, offrait un choix quant aux options de traitement et fournissait des informations pertinentes sans exercer de pression ou de contrôle (Williams et al., 2005). Ici, dans le cadre de la présente recherche, il pouvait s'agir de plus d'un professionnel de la santé. La moyenne observée pour le SA va dans le même sens que la majorité des études déjà identifiées dans ce mémoire. Bien que ces dernières n'aient pas été réalisées auprès de personnes atteintes d'HTA, l'utilisation commune du HCCQ pour la mesure de la perception du SA permet à tout le moins certaines comparaisons prudentes. D'abord, les résultats d'une étude corrélationnelle réalisée auprès de personnes en réadaptation cardiaque ont démontré que les participants présentaient une perception de SA élevée ($5,72 \pm 1,18$) (Russell et Bray, 2010). Pour l'étude de Williams et al. (2004) réalisée auprès de personnes atteintes de Db2, la perception de SA était également élevée ($5,94 \pm 1,06$) trois mois après l'intervention (donnée du pré-test non disponible). Cette intervention visait à entraîner les participants à poser des questions à leur professionnel

de la santé en vue de prendre activement part aux décisions concernant leurs traitements. Enfin, quant à l'étude de Williams et al. (2006) réalisée auprès d'adultes fumeurs, l'intervention soutenant l'autonomie a démontré une différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle ($p < 0,001$). Toutefois, les participants du groupe contrôle avaient également une perception de SA élevée (5,66). Ces études de type expérimental nous montrent par le fait même qu'il existe plusieurs interventions visant le SA (Kayser et al., 2014).

En deuxième lieu, en ce à trait aux types de motivation, les résultats de la présente recherche démontrent que, tant pour le traitement pharmacologique, que pour la pratique d'AP et la diète hyposodée, la motivation autonome était plutôt élevée ($M = 5,99$ à $6,21$ sur une échelle à sept niveaux), la motivation contrôlée plutôt faible ($M = 2,69$ à $3,15$) et l'amotivation plutôt faible également ($M = 2,56$ à $2,94$) (Tableau 7). En général, ces résultats sont en cohérence avec ce qui est observé dans la littérature portant sur les types de motivation. En effet, plusieurs études déjà décrites dans la recension des écrits ont, elles aussi, utilisé le TSRQ pour mesurer les types de motivation spécifiques à un comportement donné (Fortier, Sweet et al., 2007; Williams et al., 2004; Williams et al., 1998; Wiseman, 2012). Dans l'objectif de comparer ces études avec la présente recherche, pour les devis de type expérimental ou quasi-expérimental, nous avons retenu les scores de motivation du pré-test ou pour le groupe contrôle uniquement, puisque nous n'avons pas réalisé d'intervention. Pour l'étude de Williams et al. (2004), la motivation autonome pour le traitement pharmacologique ($5,97 \pm 1,01$) ainsi que pour la diète et l'AP ($5,90 \pm$

1,08) était élevée. Les participants de l'étude de Williams et al. (2006), présentaient également une motivation autonome élevée en regard du traitement pharmacologique (5,21, [ET non disponible]). De son côté, l'étude de Fortier, Sweet et al. (2007) a obtenu des résultats semblables à ceux de la présente recherche pour la motivation autonome vis-à-vis l'AP (6,43 ± 0,67). Quant à l'étude de Shigaki et al. (2010) réalisée auprès de personnes atteintes de Db2 aux États-Unis, la motivation autonome pour l'AP était élevée (5,3 ± 1,5), tandis que la motivation contrôlée pour ce même comportement était modérément faible (3,5 ± 1,7). Finalement, la méta-analyse de Ng et al. (2012), précédemment décrite dans la recension des écrits, renforce ce qui vient d'être décrit. En effet, celle-ci a démontré qu'une motivation autonome élevée pour les comportements de santé (tels que l'AP, les soins en diabète, l'abstinence tabagisme, le contrôle du poids) prédisait une meilleure santé physique et mentale.

À la lumière de ce qui précède, il devenait intéressant de vérifier l'existence de variabilité pour quelques caractéristiques de l'échantillon par l'entremise d'analyses secondaires. Tel que mentionné dans la sous-section des résultats portant sur les analyses statistiques descriptives, la comparaison des moyennes des scores obtenues pour la motivation autonome de chacun des comportements ciblés n'a pas permis de démontrer de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes. Cependant, pour l'AP ($p = 0,033$) et la diète hyposodée ($p = 0,005$), la moyenne des scores de motivation contrôlée obtenue était différente (plus élevée chez les hommes). À cet effet, il demeure possible de croire que la motivation contrôlée plus élevée des hommes pour

ces deux comportements pourrait, entre autres, être expliqué par le fait que ceux-ci banalisent parfois l'HTA (Leclerc, 2013, p. 95). À ce jour, peu d'études ont été réalisées pour permettre la comparaison sous cet angle. Néanmoins, en ce qui à trait l'AP, la méta-analyse de Guérin et al. (2012) incluant 27 études, avait pour but d'examiner les différences entre les hommes et les femmes quant aux types de motivation. Les résultats n'ont démontré aucune différence statistiquement significative selon le sexe, et ce, pour tous les types de motivation. Bien que ces résultats ne corroborent pas ceux de la présente recherche sur le plan de la motivation contrôlée, il convient de souligner que les participants inclus dans l'étude de Guérin et al. (2012) étaient majoritairement des étudiants et des sportifs. En plus, les études retenues dans cette méta-analyse dont l'échantillon était constitué de personnes présentant une condition clinique particulière (p. ex : personnes en réadaptation cardiaque) ont été exclues. Or, on peut se demander si cette absence de différence entre les hommes et les femmes en est de même pour ceux atteints d'une maladie chronique telle que l'HTA.

Par ailleurs, pour ce qui est de la diète hyposodée, l'étude de Leblanc et al. (2015) peut tout de même laisser entrevoir quelques hypothèses. Cette dernière s'est entre autres intéressée aux types de motivation pour l'adhésion à la diète méditerranéenne selon le sexe. L'étude a été réalisée auprès de Québécois âgés de 25 à 50 ans présentant des facteurs de risque cardiovasculaires. Les résultats ont démontré aucune différence statistiquement significative selon le sexe au niveau des moyennes des scores de motivation contrôlée. Cependant, dans cette étude, les femmes présentaient une

motivation autonome supérieure à celle des hommes ($p = 0,002$). Ce dernier résultat suggère que la motivation autonome pourrait varier selon le sexe pour un même comportement, ce qui pourrait ensuite influencer l'adhésion à ce même comportement. Par le fait même, il pourrait être possible de se questionner à savoir si les hommes adhèrent plus à la diète hyposodée lorsque la motivation est externe (p. ex : la conjointe exerce une pression sur l'homme pour qu'il respecte la diète prescrite) que si elle est autonome (p. ex : l'homme respecte la diète hyposodée, car c'est en congruence avec ses valeurs et ses besoins personnels). Rappelons que pour certains hommes, l'HTA est banalisée (Leclerc, 2013, p. 95). D'ailleurs, en HTA également, le niveau d'adhésion semble parfois varier selon la signification accordée au traitement prescrit (Herrera et al., 2017). D'un autre côté, il est également important de rappeler que malgré une intention initiale de n'accepter que les participants avec un diagnostic datant de moins de 5 ans, les autres participants ont également été inclus vu l'arrêt prématuré de l'étude et le petit échantillon disponible pour les analyses. En se rapportant à la méta-analyse de Ng et al. (2012) qui stipule qu'une personne recevant un nouveau diagnostic est confrontée à de nouveaux défis et à des changements de comportements pour lesquels elle ne dispose pas de régulation autonome, il aurait été possible de s'attendre à ce que les participants atteints d'HTA depuis moins de 5 ans présente une motivation autonome pour chacun des comportements inférieure à ceux atteints depuis 5 ans et plus. Cependant, aucune différence n'a été observée entre ces deux groupes et ce, en regard de chaque type de motivation, pour chacun des comportements. Encore une fois, la petite taille de l'échantillon ou encore le manque de représentativité de la population (échantillon

composé à 68,8 % de femmes) pourraient expliquer cette divergence avec la littérature portant sur la TAD.

En troisième lieu, la section des résultats nous a permis de constater que le niveau d'adhésion était plutôt élevé pour le traitement pharmacologique, très élevé pour la pratique d'AP et modérément élevé pour la diète hyposodée. Pour le traitement pharmacologique, le niveau d'adhésion élevé obtenu diffère ce qui est généralement observé dans la littérature portant sur ce sujet. En effet, selon une revue de littérature de 139 études, dont près du tiers s'étant intéressées aux médicaments antihypertenseurs, 64 % des personnes atteintes d'HTA prenaient leurs médicaments pendant plus de 80 % de leurs journées de traitement, sur une période d'un an (Cramer et al. 2008). Le même constat a été fait lors de l'étude longitudinale de Vrijens et al. (2008) réalisée auprès 5000 personnes atteintes d'HTA en Suisse. Les résultats démontraient que près de la moitié d'entre elles arrêtaient de prendre leur médication après un an. Quant à l'étude qualitative de Herrera et al. (2017) s'intéressant également à la population atteinte d'HTA, les auteurs ont fait ressortir de cette étude que le niveau d'adhésion au traitement pharmacologique variait en fonction de la signification accordée à chacun des comportements. Ceci pourrait permettre de formuler une hypothèse quant au niveau d'adhésion élevé des participants de la présente étude. Bien qu'il n'a pas été possible d'obtenir de résultats statistiquement significatifs en fonction des participants de l'étude, la motivation autonome s'étant avérée élevée ($6,05 \pm 1,10$), on peut supposer que les participants accordaient de la valeur, une signification au traitement pharmacologique et donc, risquaient de présenter un niveau

d'adhésion élevé à ce comportement spécifique, tel que le postule la TAD (Deci et Ryan, 2000).

Pour ce qui est de l'AP, rappelons-le, 44 % des participants présentaient un niveau élevé d'AP, 36 % un niveau moyen d'AP et 20 % un niveau bas. Ces résultats démontrent que les participants étaient plutôt actifs. Dans la région de la Mauricie, selon l'ESCC de 2013-2014, 37,2 % des personnes âgées de 18 ans étaient actifs ou très actifs sur le plan de l'AP (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec [CIUSSS MCQ], 2017). Parallèlement, selon le rapport de Cloutier et al. (2012), 60,3 % des personnes atteintes d'HTA dans la région ont déclaré être inactif physiquement, comparativement à 48,1 % pour les personnes n'étant pas atteintes. Quoi qu'il en soit, cette différence d'adhésion entre les comportements n'est pas surprenante. En effet, les résultats de plusieurs études tendent à démontrer que l'adhésion peut varier d'une personne à l'autre et d'un comportement à l'autre (da Silva Ferreira et al., 2016; Herrera et al., 2017; Klinovszky et al., 2019). Selon une étude réalisée auprès de 192 personnes atteintes d'HTA et âgées de 20 à 80 ans, 85 % ont déclaré avoir une bonne adhésion pour leur traitement pharmacologique, comparativement à 60 % pour le respect de la diète hyposodée (Al-daken et Eshah, 2017). D'ailleurs, selon le portrait des caractéristiques associées à la santé cardiovasculaire et métabolique de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, bien qu'il s'agissait d'une mesure de l'intention, on remarque une différence entre les différents comportements de santé (p. ex : faire plus d'AP, perdre du poids, améliorer les habitudes alimentaires, cesser de fumer). À titre

d'exemple, 62,2 % des personnes atteintes d'HTA ont déclaré avoir l'intention de faire plus d'AP, comparativement à 25,7 % pour l'amélioration des habitudes alimentaires (Cloutier et al., 2012).

Hypothèses de recherche. Les résultats relatifs aux hypothèses, à savoir que l'association positive entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et l'adhésion à chacun des trois comportements de santé ciblés était médiée par une motivation autonome se sont avérés non significatifs. Toutefois, considérant les autres études réalisées dans le domaine de la TAD, il est probable qu'une bonification du projet de recherche, particulièrement sur le plan du recrutement, aurait mené à de conclusions différentes. D'ailleurs, les études suivantes viennent en quelque sorte appuyer ce constat. D'abord, l'étude de Wiseman (2012), déjà présentée à quelques reprises dans ce mémoire, avait également utilisé le HCCQ et le TSRQ pour mesurer la perception de SA, la motivation autonome et la motivation contrôlée. Toutefois, ces instruments de mesure ont été modifiés et le nombre d'items diminué, empêchant ainsi la comparaison exacte des scores avec la présente étude. De plus, cette étude ne différenciait pas les comportements pour la mesure du type de motivation. Tout comme les participants dans la présente recherche, ceux de l'étude de Wiseman (2012) ont présenté une perception de SA élevée ($39,16 \pm 4,11$ [6-42]) et une motivation autonome élevée ($6,38 \pm 0,62$). Toutefois, une distinction a été notée sur le plan de motivation contrôlée. Pour les participants de l'étude de Wiseman (2012), celle-ci était plutôt modérée ($23,37 \pm 9,54$ [6-42]), alors que pour ceux de la présente recherche,

le score de motivation contrôlée pour les trois comportements ciblés était relativement faible ($M = 3,00/7,00$). En outre, les analyses de médiation ont pareillement démontré une corrélation positive, mais faible et non significative entre la perception de SA, la motivation autonome et l'adhésion aux comportements de santé. Les résultats de l'étude doivent tout de même être analysés avec prudence vu les contextes socio-économique et culturel différents. Il convient de mentionner que la taille de l'échantillon était également petite ($N = 78$). Ensuite, l'essai clinique randomisé contrôlé de Fortier, Sweet et al. (2007) constitue sans doute une des études identifiées dont les caractéristiques de l'échantillon se rapprochent le plus de celles de la présente recherche. La première avait été réalisée auprès de 120 patients francophones canadiens provenant des soins de première ligne à qui on avait prescrit d'augmenter la pratique d'AP. Le groupe contrôle ($n = 59$) recevait uniquement l'intervention brève de SA et le groupe expérimental ($n = 61$) recevait l'intervention brève de SA ainsi qu'une autre, mais plus intensive. Les scores de motivation autonome étaient élevés tant pour le groupe contrôle ($6,43 \pm 0,67$) et le groupe expérimental ($6,47 \pm 0,62$) avant l'intervention. Une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour cette variable a été observée après l'intervention ($p = 0,04$). Il en a été de même pour la perception de SA ($p = 0,00$). De plus, après l'intervention, le niveau d'AP a augmenté. Les analyses de médiation ont démontré que la corrélation positive entre la perception de SA et l'AP était médiée par la motivation autonome.

Pour donner suite à ce qui vient d'être présenté, bien que la population cible soit différente, les résultats des analyses de médiation de plusieurs études déjà identifiées dans ce mémoire nous rendent optimistes quant à ce qui pourrait être observé si davantage de recherches utilisant la TAD pour mieux comprendre la difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements étaient effectuées. En effet, pour l'étude de Koponen et al. (2018), la motivation autonome a joué le rôle de médiateur entre le SA et la gestion du poids. Il en a été de même pour celle de Williams et al. (2004) réalisée auprès de personnes atteintes de Db2, où le SA prédisait un changement au niveau de la motivation autonome qui, à son tour, prédisait une diminution de l'hémoglobine glyquée après six mois. Les résultats de l'étude de Williams et al. (2006) réalisée auprès de fumeurs allaient dans le même sens. L'intervention de SA a entraîné une augmentation de la motivation autonome ($p < 0,01$), qui elle, a entraîné indirectement une plus grande abstinence tabagique. Ce lien entre la motivation autonome et l'abstinence tabagique a été médié par une augmentation du sentiment de compétence ainsi que par la prise de médicaments pour l'arrêt tabagique. Une des rares études ayant utilisé la TAD pour examiner l'adhésion au traitement pharmacologique auprès de personnes atteintes de maladies chroniques (dont l'HTA), l'étude Williams et al. (1998), démontre ce même effet médiateur exercé par la motivation autonome sur le lien entre le SA et l'adhésion ($p < 0,001$).

Compte tenu de tout ce qui précède, il demeure possible que si la taille de l'échantillon désirée au départ avait été atteinte, les conclusions de la présente recherche

auraient peut-être été similaires à celles des autres recherches du domaine de la santé ayant vérifié le modèle théorique de la TAD (SA → motivation → comportement) (Ryan, Patrick et al., 2008). En effet, la taille de l'échantillon des études identifiées variait entre 126 à 1433 participants, alors que pour la présente étude, l'échantillon était de 51 personnes (Fortier, Sweet et al., 2007; Koponen et al., 2018; Williams et al., 2006; Williams et al., 2004; Williams et al., 1998). D'ailleurs, la méta-analyse de Ng et al. (2012) en est venue à la même conclusion quant au modèle théorique de la TAD et a démontré que les relations entre ces variables étaient généralement cohérentes entre les différents devis de recherche, les comportements de santé et les traitements. En plus, Hoyle et Kenny (1999) recommandent que la taille de l'échantillon soit d'au moins 100 pour obtenir une puissance suffisante pour détecter la médiation avec un médiateur ayant une haute fidélité et que la taille de l'échantillon soit d'au moins 200 si le médiateur a une fiabilité moins qu'optimale.

En terminant, selon l'étude de Newsom et al. (2012) décrite au début de la présente section, les personnes nouvellement atteintes de maladies chroniques qui ont apporté des changements comportementaux semblaient les maintenir à travers le temps. Ceci nous amène donc à penser que des interventions soutenant l'autonomie et augmentant la motivation autonome des personnes atteintes de maladies chroniques pourraient permettre l'adhésion à long terme, si les professionnels de la santé interviennent adéquatement dès l'annonce du diagnostic. Également, selon les résultats d'une étude réalisée auprès d'adultes québécois atteints de Db2, il semble être plus bénéfique de posséder une

motivation autonome élevée et une motivation contrôlée faible, comparativement à une motivation autonome élevée et une motivation contrôlée élevée, pour favoriser la fréquence et la durée de la pratique de l'AP (Castonguay, 2018). Ceci étant dit, il est donc possible de croire que les professionnels de la santé ont avantage à proscrire l'utilisation d'un style directif quant à l'adhésion aux traitements, puisqu'il favorise la prédominance d'une motivation contrôlée et nuit au développement de la motivation autonome (Ryan et Deci, 2000).

Forces et limites de l'étude

Forces

Comme il en a été fait mention dans ce mémoire, peu d'études ont été réalisées sur la même problématique. Concrètement, il s'agit de l'une des premières études s'étant intéressée à la difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements sous la perspective de la TAD et l'aspect qualitatif de la motivation. L'étude est ainsi novatrice à ce niveau. Cette recherche vient donc s'ajouter aux études portant sur les comportements de santé et la gestion de l'HTA. Elle fournit également une piste de recherche sur le lien entre les soins prodigués par les professionnels de la santé, la motivation et l'adhésion aux traitements pour cette population spécifique dont la prévalence de la maladie atteint près de 25 % au Canada. Bien que les résultats obtenus n'aient pu mener à des conclusions sur le plan statistique, la littérature sur le sujet laisse croire que la TAD demeure un cadre théorique très utile à la compréhension de la difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements.

Dans cet même ordre d'idées, le portrait de nombreuses études identifiées tout au long du mémoire apporte certainement une contribution sur le plan de la clinique. En effet, les études présentées ont démontré que les professionnels de la santé pouvaient contribuer à une meilleure adhésion des personnes atteintes de maladies chroniques aux comportements de santé et donc, indirectement, au contrôle de ces maladies.

Une autre force de ce projet de recherche réside principalement dans la rigueur dont l'étudiante-chercheure a fait preuve sur le plan de la démarche méthodologique. En effet, les instruments de mesures utilisés avaient été préalablement validés et une autorisation des auteurs avait été obtenue pour chacun d'eux. Un pré-test du questionnaire avait été effectué auprès d'une personne répondant aux critères de sélection afin de s'assurer de la compréhension des questions et du temps requis pour compléter l'entièreté du questionnaire. De plus, beaucoup de persévérance a été démontrée quant au recrutement de participants. À ce sujet, un journal de bord était tenu par l'étudiante-chercheure dans le but d'observer l'efficacité de chacune des modalités de recrutement utilisées, la suivante étant déterminée selon les résultats obtenus avec la précédente. Ces modalités visaient toujours à atteindre un plus haut taux de participation.

Limites

Malgré les forces de l'étude, des limites sont à souligner. D'abord, la non-représentativité de l'échantillon sur le plan de la proportion hommes-femmes (majoritairement de sexe féminin) et du niveau de scolarité (plus élevé) limite, d'une

certaine façon, l'interprétation des résultats. Parallèlement, il va sans dire que la petite taille de l'échantillon a influencé la puissance statistique en ce qui a trait à la vérification des trois hypothèses de recherche. Cela soulève la possibilité d'une erreur de type 2 sur le plan statistique, soit la conclusion d'un effet de médiation non statistiquement significatif alors que, dans les faits, cet effet était présent, mais non détecté en raison de la petite taille de l'échantillon. Ainsi, le manque de participants a été une entrave majeure à la réalisation du projet de recherche et a principalement été victime d'un événement exceptionnel, en l'occurrence, la pandémie mondiale de la maladie à coronavirus (COVID-19). En matière de faisabilité pour un projet d'envergure d'une maîtrise et afin de respecter les délais exigés, le recrutement a donc dû être arrêté après la monopolisation par les réseaux sociaux de la pandémie.

Sans reprendre tout ce qui a été présenté dans la sous-section des biais méthodologiques (chapitre 3), une limite de cette étude réside dans le devis de recherche utilisé, à savoir quantitatif corrélationnel. Un biais d'inférence causale vient alors entraver la validité interne de l'étude. Il n'en demeure pas moins que les résultats d'une méta-analyse portant sur l'AP et la TAD ont démontré que peu importe le type de devis utilisé (transversal, prospectif et expérimental), les résultats étaient comparables (Teixeira et al., 2012).

Une autre limite à souligner est que l'étude n'a pas été conçue pour départager « adoption » et « maintien ». Le terme adhésion était plutôt utilisé pour signifier les deux et faciliter la compréhension du lecteur en uniformisant les termes.

Finalement, il a parfois été mentionné dans d'autres études portant sur la motivation que les participants pourraient répondre à un biais de sélection, rendant la généralisation des résultats difficile. Un biais de désirabilité sociale pourrait aussi entraver la validité interne. Les mesures auto-rapportées constituent également une limite de cette étude. En outre, une personne pourrait être motivée à prendre en charge sa santé tout simplement, mais pas en regard de l'HTA. Toutefois, dans cette étude, les questions adressées aux participants référaient toujours aux trois comportements de santé ciblés et ce, en regard de la gestion de leur HTA. Un biais lié à l'utilisation d'une seule méthode de collecte des données pour le niveau d'adhésion aux trois comportements pourrait également limiter l'interprétation des résultats et entraver la validité de construit (Fortin et Gagnon, 2016). Une recommandation est émise dans la section suivante.

Recommandations

Tout d'abord, dans le cadre du présent projet de maîtrise, seule la motivation autonome a été analysée en regard du SA et de l'adhésion aux traitements. Pour les études futures, il serait intéressant de vérifier, par des analyses corrélationnelles, si la prise en compte de la motivation contrôlée ferait varier le niveau d'adhésion et ce, pour chacun des comportements ciblés. Par le fait même, il serait intéressant de voir le lien entre la

motivation contrôlée pour le traitement pharmacologique et l'adhésion à ce comportement, et si on observe le même lien, mais pour l'AP. Il pourrait également s'avérer très utile de mesurer les profils motivationnels plutôt que les types de motivation, pris séparément. À titre d'exemple, une personne affichant un profil « introjecté élevé » pratique de l'AP surtout pour éviter un sentiment de culpabilité, alors que pour le profil « faible motivation », la personne a tendance à ne pas reconnaître la pertinence ou l'intérêt de pratiquer de l'AP (Castonguay, 2018). On pourra ainsi croire que la motivation plus élevée du profil « introjecté élevé » permet un niveau plus élevé d'AP que le profil « faible motivation ». Pourtant, selon l'étude de Castonguay (2018), pour les personnes atteintes de Db2, ces deux profils ne se distinguaient pas en termes de fréquence et de durée d'AP.

D'autre part, tel que mentionné dans les limites de cette étude, une seule méthode de collecte des données a été utilisée pour mesurer le niveau d'adhésion aux comportements ciblés. Or, il serait ainsi profitable d'utiliser différentes méthodes, soit une mesure objective des variables et une subjective (questionnaire). À titre d'exemple, le *Medication Possession Ratio* (MPR) est souvent utilisé dans les études ciblant l'adhésion au traitement pharmacologique (Cramer et al., 2008). En complémentarité avec un questionnaire, le MPR permettrait d'obtenir une mesure plus objective de la prise de médicament, puisqu'il consiste à diviser le nombre de jours de traitement prescrit par le nombre de jours entre les renouvellements d'ordonnance. En AP, un accéléromètre pourrait être utilisé pour mesurer l'AP dans un environnement non contrôlé (Dowd et al.,

2018). Quant au respect de la diète hyposodée, il pourrait s'agir d'une collecte urinaire de 24h (Rahimdel et al., 2019).

Il serait également intéressant de recruter un grand nombre de participants pour procéder à une recherche plus exhaustive sur la problématique d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements. En outre, il pourrait s'agir d'opter pour des stratégies de recrutement qui encouragent un plus grand nombre de participants. Dans la présente recherche, la stratégie « passive » par les réseaux sociaux et courriels a été utilisée, mais également la stratégie « active », par la présentation du projet aux cours du Programme Ma Santé à Vie du CIUSSS MCQ. Or, il pourrait être bénéfique de recruter au moyen d'incitatifs monétaires par l'entremise de Facebook, tel que le suggère la revue systématique de Thornton et al. (2016) décrite précédemment. D'un autre côté, il pourrait aussi s'agir de réaliser une étude expérimentale dont l'intervention serait basée sur la TAD et ainsi évaluer si, tel que le démontre la littérature, une augmentation de la perception du SA et de la motivation autonome ont un impact sur les comportements de santé (Hagger et al., 2014). En effet, la méta-analyse de Ntoumanis et al. (2020) ayant évalué l'effet des interventions basées sur la TAD a obtenu des résultats intéressants. Selon cette méta-analyse, les interventions ont entraîné des changements sur les comportements de santé immédiatement après les interventions et lors du suivi. Principalement, une augmentation de la perception du SA et de la motivation autonome ont été observées et après quoi, des analyses de médiation ont démontré une corrélation positive statistiquement significative avec des changements de comportements de santé. Ceci laisse croire que les infirmières

pourraient, avec une formation sur les interventions basées sur la TAD, entraîner des effets positifs sur l'adhésion des personnes atteintes d'HTA en mettant l'accent sur le SA et le développement de la motivation autonome. Autrement dit, ce type d'intervention pourrait venir bonifier celles présentement utilisées en matière de contrôle de l'HTA, en tentant, encore une fois, de rendre la population cible plus autonome dans la gestion de leur état de santé. D'ailleurs, adhérer à des comportements de santé sains ne s'applique pas seulement en prévention de la maladie, mais surtout en promotion de la santé.

Sur le plan de la formation, pour les infirmières au baccalauréat et en matière de formation continue (mise à jour) pour la gestion de l'HTA, il demeure possible de croire que le SA et le développement de la motivation autonome pourraient constituer de bonnes bases à enseigner aux futures infirmières et aux autres professionnels de la santé quand vient le temps de faire des recommandations aux personnes atteintes d'HTA quant aux traitements. Ceci pourrait entre autres se faire par l'enseignement de stratégies d'intervention basées sur la TAD, qui promovoient le choix de comportements de santé sains (Johnson, 2007).

Chapitre 6 : Conclusion

Les résultats de cette étude soulignent l'importance de procéder à davantage de recherche sur la problématique de difficulté d'adhésion des personnes atteintes d'HTA envers leurs traitements, tant pharmacologique que non pharmacologiques, sous la perspective de la TAD. D'ailleurs, l'homogénéité des résultats des études recensées ayant examinées la relation entre le SA, la motivation et l'adhésion aux comportements de santé permet de croire qu'en répétant le projet de recherche mais cette fois, en limitant certains biais méthodologiques, il serait possible d'obtenir des conclusions intéressantes sur le plan de l'HTA. Plus précisément, on pourrait s'attendre à ce qu'une corrélation statistiquement significative existe entre la perception qu'ont les personnes atteintes d'HTA du SA promu par les professionnels de la santé et l'adhésion aux comportements de santé, et que celle-ci soit médiée par une motivation autonome. En gardant à l'esprit que l'échantillon n'était peut-être pas représentatif de la population cible, les analyses descriptives de l'échantillon ont permis de soulever des niveaux d'adhésion relativement élevés pour le traitement pharmacologique, la pratique d'AP et la diète hyposodée. Ceci nous amène à croire qu'il faudrait peut-être davantage chercher à optimiser l'adhésion lorsque vient le temps de poser des interventions. De cet fait, cela pourrait mener à de nouvelles pistes de solutions pour un meilleur contrôle de l'HTA afin de guider les infirmières exerçant en première ligne en promotion de la santé et en prévention des maladies, en l'occurrence, les complications associées à l'HTA.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Faits et chiffres sur l'hypertension*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/hypertension-faits-saillants-enquete-personnes-ayant-maladie-chronique-canada-2009.html>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- Al-daken, L. I. et Eshah, N. F. (2017). Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Clinical & Experimental Hypertension*, 39(3), 264-270. <https://doi.org/10.1080/10641963.2016.1247164>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/Strategies_permettant_de_soutenir_l_autogestiondes_etats_chroniques_la_collaboration_avec_les_clients.pdf
- Babi, K. (2015). *Evaluation of a motivational session on commitment to healthy status in hypertensive cases and controls* (publication n° 1733641570) [thèse de doctorat, Azusa Pacific University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Bakris, G. L. (2019). Hypertension. Dans *Manuel Merck : Version pour les professionnels de la santé*. Merck and Co., Inc. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/hypertension-art%C3%A9rielle/hypertension>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Bellg, A. J. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology: internalization and self-regulation of new behaviors. *Behavior Modification*, 27(1), 103-131. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0145445502238696>
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04745.x>

- Blais, C. et Rochette, L. (2011). *Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité* (publication n° 1059). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1059_hypertensionarterielle.pdf
- Bradbury, K., Morton, K., Band, R., van Woezik, A., Grist, R., McManus, R. J., Little, P. et Yardley, L. (2018). Using the Person-Based Approach to optimise a digital intervention for the management of hypertension. *PLoS ONE*, *13*(5), e0196868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196868>
- Busse, P. et Miranda, J. J. (2018). Perceived behavioral control as a potential precursor of walking three times a week: Patient's perspectives. *Public Library of Science One*, *13*(2), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192915>
- Butler, C. C., Miller, W. R. et Rollnick, S. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation* (traduit par É. Languérand, D. Lécailler et P. Michaud). InterEditions.
- Carver, C. S. et Baird, E. (1998). The American dream revisited: Is it what you want or why you want it that matters? *Psychological Science*, *9*(4), 289-292. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9280.00057>
- Castonguay, A. (2018). *Activité physique et diabète de type 2 : l'importance de la qualité de la motivation et des profils motivationnels* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <http://depot-e.uqtr.ca/8769/1/032180788.pdf>
- Castonguay, A. et Miquelon, P. (2018). Motivational profiles, accelerometer-derived physical activity, and acute diabetes-related symptoms in adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, *18*(1), 469. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5376-y>
- Centre d'accès à l'information juridique. (2020). *Décret 177-2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois, 13 mars 2020*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-177-2020.pdf?1584224223>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec. (2017, décembre). *Un regard averti sur l'état de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec : Portrait de santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour le plan annuel 2018-2019*. https://www.ciusssmcq.ca/Content/Client/Librairie/PORTRAIT_MCQ_MIS_A_JOUR.pdf

- Cloutier, L., Boudreau, F., Grenier, A. M., Leroux, D., Trudeau, F., Miquelon, P. et Houle, J. (2012). Portrait des caractéristiques associées à la santé cardiovasculaire et métabolique de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 4.1 (2007-2008). (pp. 77). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Cloutier, L. et Poirier, L. (2016). *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle* (4^e éd.). Société québécoise d'hypertension artérielle. https://sqha2.hypertension.qc.ca/wp-content/uploads/2016/07/SQHA-PRISE-EN-CHARGE-4e_edition-2.pdf
- Colley, R. C., Butler, G., Garrigué, D., Prince, S. A. et Roberts, K. C. (2018). Comparison of self-reported and accelerometer-measured physical activity in Canadian adults. *Health Reports*, 29(12), 3-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30566204>
- Conn, V. S. et Ruppert, T. M. (2017). Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 99, 269-276. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.008>
- Cornélio, M. E., Gallani, M. C. B. J., Godin, G., Rodrigues, R. C. M., Nadruz, W. et Mendez, R. D. R. (2012). Behavioural determinants of salt consumption among hypertensive individuals. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 25(4), 334-344. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01238.x>
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A. et Sallis, J. F. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Cramer, J. A., Benedict, A., Muszbek, N., Keskinaslan, A. et Khan, Z. M. (2008). The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 76-87. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01630.x>
- Czajkowska, Z., Wang, H., Hall, N. C., Sewitch, M. et Körner, A. (2017). Validation of the English and French versions of the Brief Health Care Climate Questionnaire. *Health Psychology Open*, 4(2), 12. <https://doi.org/10.1177/2055102917730675>
- da Silva Ferreira, R. S., Carvalho da Graça, L. C. et de La Salette Esteves Calvino, M. (2016). Therapeutic adherence of hypertensive patients in primary health care. *Journal of Nursing Referência*, 4(8), 7-15. <https://doi.org/10.12707/RIV15070>

- Deci, E. et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior* (1985 éd.). Springer Science & Business Media.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1994). Promoting self-determined education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 38(1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/0031383940380101>.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2002). Handbook of self-determination research. *American Psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008a). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, 49(1), 24. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24>.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008b). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- DeGuire, J., Clarke, J., Rouleau, K., Roy, J. et Bushnik, T. (2019). *Tension artérielle et hypertension* (publication n°82-003-X). Statistique Canada. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900200002f>
- Douglas, B. M. (2012). *Characteristics predictive of lifestyle change among older adults with hypertension* (publication n° 3552490) [thèse de doctorat, Northeastern University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Dowd, K. P., Szeklicki, R., Minetto, M. A., Murphy, M. H., Polito, A., Ghigo, E., van der Ploeg, H., Ekelund, U., Maciaszek, J. et Stemplewski, R. (2018). A systematic literature review of reviews on techniques for physical activity measurement in adults: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0636-2>
- Duclos, M., Dejager, S., Postel-Vinay, N., di Nicola, S., Quéré, S. et Fiquet, B. (2015). Physical activity in patients with type 2 diabetes and hypertension - insights into motivations and barriers from the MOBILE study. *Vascular Health And Risk Management*, 11, 361-371. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S84832>
- Durand, S. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3 éd.). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

<https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>

- Easthall, C., Song, F. et Bhattacharya, D. (2013). A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. *British Medical Journal*, 3(8), 1-17. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013002749>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. et Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Fenouillet, F. (2016). *Les théories de la motivation* (2 éd.). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fenou.2016.01>.
- Forechi, L., Mill, J. G., Griep, R. H., Santos, I., Pitanga, F. et Molina, M. D. C. B. (2018). Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Revista De Saude Publica*, 52(51), 12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000215>.
- Fortier, M. S., Sweet, S. N., O'Sullivan, T. L. et Williams, G. C. (2007). A self-determination process model of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5), 741-757. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.10.006>
- Fortier, M. S., Wiseman, E., Sweet, S. N., O'Sullivan, T. L., Blanchard, C. M., Sigal, R. J. et Hogg, W. (2011). A moderated mediation of motivation on physical activity in the context of the Physical Activity Counseling randomized control trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(2), 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.08.001>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal Chenelière éducation.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé*. Les presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G. et Conner, M. (2008). Intention-behavior relationship based on epidemiologic indices: an application to physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 22(3), 180-182. <https://doi.org/10.4278/ajhp.22.3.180>.
- Gorina, M., Limonero, J. T. et Alvarez, M. (2018). Effectiveness of primary healthcare educational interventions undertaken by nurses to improve chronic disease management in patients with diabetes mellitus, hypertension and

- hypercholesterolemia: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 86, 139-150. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.016>
- Gouvernement du Canada. (2018). *L'apport en sodium chez les Canadiens en 2017* (publication n° 180026). <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/aliments-et-nutrition/sodium-chez-canadiens-2017.html#a1>
- Grove, S. K., Burns, N. et Gray, J. (2012). *The practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7^e éd.). Elsevier Health Sciences.
- Guérin, E., Bales, E., Sweet, S. et Fortier, M. (2012). A meta-analysis of the influence of gender on self-determination theory's motivational regulations for physical activity. *Canadian Psychology*, 53(4), 291-300. <https://doi.org/10.1037/a0030215>
- Gunnell, K. E., Crocker, P. R., Mack, D. E., Wilson, P. M. et Zumbo, B. D. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: A test of self-determination theory over 6 months. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(1), 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.08.005>
- Hacihasanoglu, R. et Gözümlü, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 692-705.
- Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Chater, A., Mallett, C., Pal, S. et Chatzisarantis, N. L. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health-related behaviors: between- and within-participants analyses. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 565-601. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.912945>
- Halvari, A. E. M., Halvari, H., Williams, G. C. et Deci, E. L. (2017). Predicting dental attendance from dental hygienists' autonomy support and patients' autonomous motivation: A randomised clinical trial. *Psychology & Health*, 32(2), 1-144. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1244536>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis; A Regression-Based Approach* (2^e éd.). Guildford Press.
- Herrera, P. A., Moncada, L. et Defey, D. (2017). Understanding non-adherence from the inside: Hypertensive patients' motivations for adhering and not adhering. *Qualitative Health Research*, 27(7), 1023-1034. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316652529>

- Howard, J. L., Gagné, M. et Bureau, J. S. (2017). Testing a continuum structure of self-determined motivation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1346-1377. <https://doi.org/10.1037/bul0000125>
- Hoyle, R. H. et Kenny, D. A. (1999). Sample size, reliability, and tests of statistical mediation. Dans *Statistical strategies for small sample research* (pp. 195-222). Sage Publications..
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le bilan démographique du Québec*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf>
- IPAQ Research Committee (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – short and long forms*. https://www.academia.edu/5346814/Guidelines_for_Data_Processing_and_Analysis_of_the_International_Physical_Activity_Questionnaire_IPAQ_Short_and_Long_Forms_Contents
- Johnson, V. D. (2007). Promoting behavior change: Making healthy choices in wellness and healing choices in illness—Use of self-determination theory in nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.02.003>
- Kaplan, N. M., Victor, R. G. et Flynn, J. T. (2015). *Kaplan's Clinical Hypertension* (11^e éd.). Wolters Kluwer Health.
- Kardas, P., Lewek, P. et Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4(91), 16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>
- Kayser, J. W., Cossette, S. et Alderson, M. (2014). Autonomy-supportive intervention: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1254-1266. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12292>
- Khakwani, F., Sultan, S. et Rashid, S. (2017). Perceived autonomy support and psychological problems among cardiac patients: Interceding role of treatment motivation. *Pakistan Heart Journal*, 50(3), 145-148. <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126507709&site=ehost-live>.
- Kim, M. T., Hill, M. N., Bone, L. R. et Levine, D. M. (2000). Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in*

Cardiovascular Nursing, 15(3), 90-96. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x>

Klinovszky, A., Kiss, I. M., Papp-Zipernovszky, O., Lengyel, C. et Buzás, N. (2019). Associations of different adherences in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Preference & Adherence*, 13, 395-407. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S187080>

Koponen, A. M., Simonsen, N. et Suominen, S. B. (2018). Success in weight management among patients with type 2 diabetes: Do perceived autonomy support, autonomous motivation, and self-care competence play a role? *Behavioral Medicine*, 44(2), 151-159. <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2017.1292997>

Leblanc, V., Bégin, C., Corneau, L., Dodin, S. et Lemieux, S. (2015). Gender differences in dietary intakes: What is the contribution of motivational variables? *Journal Of Human Nutrition And Dietetics*, 28(1), 37-46. <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12213>

Leclerc, A.-M. (2013). *L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle* (publication n° MR96300) [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

Leung, A. A., Bushnik, T., Hennessy, D., McAlister, F. A. et Manuel, D. G. (2019). *Rapport sur la santé : facteurs de risque de l'hypertension au Canada* (publication n° 82-003-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019002/article/00001-fra.htm>

Leung, A. A., Nerenberg, K., Daskalopoulou, S. S., McBrien, K., Zarnke, K. B., Dasgupta, K., Cloutier, L., Gelfer, M., Lamarre-Cliche, M., Milot, A., Bolli, P., Tremblay, G., McLean, D., Tobe, S. W., Ruzicka, M., Burns, K. D., Vallee, M., Prasad, G. V., Lebel, M., Feldman, R. D., Selby, P., . . . Force, C. G. T. (2016). Hypertension Canada's 2016 canadian hypertension education program guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(5), 569-588. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.02.066>

Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B. et Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22(5), 691-702. <https://doi.org/10.1093/her/cyl148>

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., Blyth, F., Bonner, C., . . . Memish, Z. A. (2012). A comparative

risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)

Ma, C. (2018). An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung*, 47(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.001>

Maddison, R., Ni Mhurchu, C., Jiang, Y., Vander Hoorn, S., Rodgers, A., Lawes, C. M. et Rush, E. (2007). International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and New Zealand Physical Activity Questionnaire (NZPAQ): a doubly labelled water validation. *International Journal of Behavioral nutrition and physical activity*, 4(62), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-62>

Mah, H. C., Muthupalaniappen, L. et Chong, W. W. (2016). Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. *Family Practice*, 33(3), 296-301. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw012>

Marshall, I. J., Wolfe, C. D. et McKeivitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *British Medical Journal*, 345(3953), 1-16. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3953>

Michie, S., West, R., Campbell, R., Brown, J. et Gainforth, H. (2014). *ABC of behaviour change theories: An essential resource for researchers, policy makers and practitioners*. Silverback Publishing.

Miežienė, B., Šinkariova, L. et Adomavičiūtė, E. (2015). The importance of perceived autonomy support and previous behaviour for autonomous motivation in patients with type 1 diabetes. *International Journal of Psychology* 17, 57-78. <https://doi.org/10.7220/2345-024X.17.4>

Mills, K. T., Obst, K. M., Shen, W., Molina, S., Zhang, H. J., He, H., Cooper, L. A. et He, J. (2018). Comparative effectiveness of implementation strategies for blood pressure control in hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 168(2), 110-120. <https://doi.org/10.7326/M17-1805>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015–2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Morgado, M. P., Morgado, S. R., Mendes, L. C., Pereira, L. J. et Castelo-Branco, M. (2011). Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence

to antihypertensive therapy: Review and meta-analysis. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68(3), 241-253. <https://doi.org/10.2146/ajhp090656>

Morrissey, E. C., Durand, H., Nieuwlaat, R., Navarro, T., Haynes, R. B., Walsh, J. C. et Molloy, G. J. (2017). Effectiveness and content analysis of interventions to enhance medication adherence and blood pressure control in hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of health psychology*, 32(10), 1195-1232. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2016.1273356>

Murphy, K., Chuma, T., Mathews, C., Steyn, K. et Levitt, N. (2015). A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0969-y>

Naderi, S. H., Bestwick, J. P. et Wald, D. S. (2012). Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *American Journal of Medicine*, 125(9), 882-887 e881. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.12.013>

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Hypertension in adults: diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>

Nerenberg, K. A., Zarnke, K. B., Leung, A. A., Dasgupta, K., Butalia, S., McBrien, K., Harris, K. C., Nakhla, M., Cloutier, L. et Gelfer, M. (2018). Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(5), 506-525. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022>

Newsom, J. T., Huguet, N., McCarthy, M. J., Ramage-Morin, P., Kaplan, M. S., Bernier, J., McFarland, B. H. et Oderkirk, J. (2012). Health behavior change following chronic illness in middle and later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(3), 279-288. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr103>

Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. et Williams, G. C. (2012, Jul). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>

Ntoumanis, N., Ng, J. Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C. et Williams, G. C. (2020). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological

health. *Health Psychology Review*, 1-31.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Panorama mondial de l'hypertension: un tueur silencieux responsable d'une crise de santé publique mondiale* (publication n° WHO/DCO/WHD/2013.2). http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/fr/
- Padwal, R. S., Bienek, A., McAlister, F. A. et Campbell, N. R. (2016). Epidemiology of hypertension in Canada: An update. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(5), 687-694. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.07.734>
- Paquet, Y. et Vallerand, R. (2016). *La théorie de l'autodétermination: aspects théoriques et appliquées* .. De Boeck supérieur.
- Perreault, S., Lamarre, D., Blais, L., Dragomir, A., Berbiche, D., Lalonde, L., Laurier, C., St-Maurice, F. et Collin, J. (2005). Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension. *The Annals of pharmacotherapy*, 39(9), 1401-1408.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Qvarnström, M., Kahan, T., Kieler, H., Brandt, L., Hasselström, J. et Wettermark, B. (2019). Medication persistence to antihypertensive drug treatment—a cross-sectional study of attitudes towards hypertension and medication in persistent and non-persistent patients. *Blood Pressure*, 28(5), 309-316. <https://doi.org/10.1080/08037051.2019.1627858>
- Rabi, D., McBrien, K., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S., Dumanski, S., Butalia, S., Leung, A., Harris, K., Cloutier, L., Zarnke, K., Ruzicka, M., Hiremath, S., Tobe, S., Campbell, T., Bacon, S., Nerenberg, K., & Daskalopoulou, S. (2020). Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology*, 36, 596-624. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.086>
- Rahimdel, T., Morowatisharifabad, M. A., SalehiAbargouei, A., Mirzaei, M. et Fallahzadeh, H. (2019). Evaluation of an education program based on the theory of planned behavior for salt intake in individuals at risk of hypertension. *Health Education Research*, 34(3), 268-278. <https://doi.org/10.1093/her/cyz007>

- Reach, G., Guedj-Meynier, D., Darné, B. et Herpin, D. (2015). Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendus non contrôlés : étude ODACE. *Annales de Cardiologie & d'Angéiologie*, 64(3), 222-226. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2015.04.012>
- Roberts, K., Rao, D., Bennett, T., Loukine, L. et Jayaraman, G. (2015). *Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés* (publication n° 6). Gouvernement du Canada. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.6.01f>
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A. et Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Robitaille, C., Dai, S., Waters, C., Loukine, L., Bancej, C., Quach, S., Ellison, J., Campbell, N., Tu, K., Reimer, K., Walker, R., Smith, M., Blais, C. et Quan, H. (2012). Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. *Canadian Medical Association Journal*, 184(1), E49-56. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101863>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin Company.
- Ross, S., Walker, A. et MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607-613. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721>
- Russell, K. L. et Bray, S. R. (2010). Promoting self-determined motivation for exercise in cardiac rehabilitation: The role of autonomy support. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 74-80. <https://doi.org/10.1037/a0018416>
- Ryan, R. M. et Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749-761. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.5.749>
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/10003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L. et Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *European Health Psychologist*, 10(1), 2-5. http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EHP.pdf

- Ryan, R. M., Plant, R. W., O'Malley, S., Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology, 25*(1), 91-101. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91>.
- Salman Alsaigh, S. A., Alanazi, M. D., Alkahtani, M. A., Alsinani, T. S., Abdullah, A. A., Alabdrabalrasol, E. A. et Alzahrani, T. A. (2018). Lifestyle modifications for hypertension management. *Egyptian Journal of Hospital Medicine, 70*(12), 2152-2156. <https://doi.org/10.12816/0045044>
- Sarrazin, P., Pelletier, L., Deci, E. et Ryan, R. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. Dans C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (dir.), *Traité de psychologie positive* (p. 273-312). De Boeck.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. Dans R. Schwarzer (dir.), *Self-efficacy: Thought control of action*. (p. 217-243). Hemisphere Publishing Corp.
- Sheeran, P., Klein, W. M. et Rothman, A. J. (2017). Health behavior change: Moving from observation to intervention. *Annual Review of Psychology, 68*(1), 573-600. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044007>
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., Miles, E. et Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *American Psychological Association, 35*(11), 1178-1188. <https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- Shigaki, C., Kruse, R. L., Mehr, D., Sheldon, K. M., Ge, B., Moore, C. et Lemaster, J. (2010). Motivation and diabetes self-management. *Chronic Illness, 6*(3), 202-214. <https://doi.org/10.1177/1742395310375630>
- Simmons, L. A., Wolever, R. Q., Bechard, E. M. et Snyderman, R. (2014). Patient engagement as a risk factor in personalized health care: a systematic review of the literature on chronic disease. *Genome medicine, 6*(2), 1-13. <https://doi.org/10.1186/gm533>
- Snowden, A., Martin, C., Mathers, B. et Donnell, A. (2013). Concordance: a concept analysis. *Journal of advanced nursing, 70*(1), 46-59. <https://doi.org/10.1111/jan.12147>.

- Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice. (2018). *Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans*. <http://csepguidelines.ca/fr/adults-18-64/>
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H. et Abd-Allah, F. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923-1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Statistique Canada. (2017a). *Échantillonnage non probabiliste*. (publication n° 12-004-X) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>
- Statistique Canada. (2017b). *Scolarité – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016* (publication n° 98-402-X2016010). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/edusco/Tableau.cfm?Lang=F&T=13&Geo=00&View=2&Age=2&SO=9A&SP=3>
- Statistique Canada. (2018). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=795204
- Statistique Canada. (2019). *Caractéristiques de la santé, estimations annuelles*. <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
- Steiger, H., Sansfaçon, J., Thaler, L., Leonard, N., Cottier, D., Kahan, E., Fletcher, E., Rossi, E., Israel, M. et Gauvin, L. (2017). Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1058-1066. <https://doi.org/10.1002/eat.22734>
- Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P. et Kabst, R. (2016). How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior? A three-level meta-analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 224(3), 216-233. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000255>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. et Asmundson, G. J. G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>

- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N. et Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 1-30. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
- Thornton, L., Batterham, P. J., Fassnacht, D. B., Kay-Lambkin, F., CEAR, A. L. et Hunt, S. (2016). Recruiting for health, medical or psychosocial research using facebook: Systematic review. *Internet Interventions*, 4(1), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.02.001>
- Trahan, B. (2020, 13 mars). Êtes-vous motivé à suivre vos traitements? *LeNouvelliste*. <https://www.lenouvelliste.ca/actualites/etes-vous-motive-a-suivre-vos-traitements-5b949a51302db41c7d146ac619496328>
- Umeukeje, E. M., Merighi, J. R., Browne, T., Wild, M., Alismaan, H., Umanath, K., Lewis, J. B., Wallston, K. A. et Cavanaugh, K. L. (2016). Health care providers' support of patients' autonomy, phosphate medication adherence, race and gender in end stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 1104-1114. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9745-7>.
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J. et Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *British Medical Journal*, 336(7653), 1114-1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.39553.670231.25>
- Walker, K. C., Valentiner, L. S. et Langberg, H. (2018). Motivational factors for initiating, implementing, and maintaining physical activity behavior following a rehabilitation program for patients with type 2 diabetes: A longitudinal, qualitative, interview study. *Patient Preference & Adherence*, 12, 145-152. <https://doi.org/10.2147/PPA.S150008>
- Wei, J., Galaviz, K. I., Kowalski, A. J., Magee, M. J., Haw, J. S., Narayan, K. V. et Ali, M. K. (2020). Comparison of cardiovascular events among users of different classes of antihypertension medications: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(2), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.21618>
- Williams, G. C., Frankel, R. M., Campbell, T. L. et Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Families, Systems, & Health*, 18(1), 79-90. <https://doi.org/10.1037/h0091854>

- Williams, G. C., Lynch, M. et Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology, 26*(6), 728-734. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.6.72>
- Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C. et Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling 57*(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.04.001>
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology, 25*(1), 91-101. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91>
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R. et Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23*(1), 58-66. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.58>
- Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Williams, L. K., Divine, G., Lafata, J. E., Heisler, M., Tunceli, K. et Pladevall, M. (2009). Reducing the health risks of diabetes. *The Diabetes Educator, 35*(3), 484-492. <https://doi.org/10.1177/0145721709333856>
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S. et Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17*(3), 269-276. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.17.3.269>
- Wiseman, L. B. (2012). *A study of autonomy support for recommended lifestyle changes with a vulnerable hypertensive sample: Utility of self-determination theory* (publication n° 10631384) [thèse de doctorat, University of Akron]. ProQuest Dissertations & Theses Global. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/#:~:text=ADHERENCE%20TO%20LONG%2DTERM%20THERAPIES%3A%20EVIDENCE%20FOR%20ACTION,overall%20effectiveness%20of%20health%20systems.

Appendice A
Questionnaire



QUESTIONNAIRE

**ÉTUDE DESCRIPTIVE CORRÉLATIONNELLE ENTRE LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE PERÇU
PAR LES PERSONNES ATTEINTES D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET LEUR MOTIVATION À
ADHÉRER AUX TRAITEMENTS**

DIRECTIVE POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

Nous tenons à vous remercier de votre précieuse participation à cette étude.

Pour participer, vous devez :

- Avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle depuis 5 ans et moins
- Être âgé de 18 à 65 ans
- Avoir reçu une prescription de médication pour l'hypertension artérielle
- Être capable de lire et d'écrire et de comprendre le français
- Avoir accès à un ordinateur connecté au réseau Internet
- Être en mesure de compléter un questionnaire en ligne

1 -Ce questionnaire comprend 5 sections et prend **environ 20 minutes** pour être complété.

2 - Il est très important de répondre à toutes les questions, même si certaines peuvent vous sembler répétitives.

3- Choisissez la réponse qui vous convient le mieux. Répondez au meilleur de votre connaissance. **Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses**. Donnez une seule réponse à chaque question, à moins d'indications contraires.

4- Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez lire le formulaire d'information et de consentement en cliquant sur le lien ci-dessous.

[Formulaire d'information et de consentement](#)

SECTION 1 – SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Les 6 prochains énoncés concernent vos interactions avec le professionnel de la santé au sujet de la gestion de votre hypertension artérielle. Le professionnel de la santé peut être : un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou une infirmière. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse pour chacune des questions.

1- Je sens que le professionnel de la santé m'a informé de mes choix et de mes options (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

2- Je me sens compris par le professionnel de la santé (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

3- Le professionnel de la santé a confiance en mon habileté à apporter des changements (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

4- Le professionnel de la santé m'encourage à poser des questions (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

5- Le professionnel de la santé prend en compte comment je désire faire les choses (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

6- Le professionnel de la santé tente de comprendre mon point de vue avant de suggérer une nouvelle façon de faire les choses (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

SECTION 2 – MÉDICAMENTS POUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

MÉDICAMENTS POUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (PARTIE 1)

Vous prenez des médicaments pour votre hypertension artérielle. En général, les patients rencontrent des problèmes concernant la prise de leurs médicaments et nous sommes intéressés par votre expérience. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Merci de répondre à chaque question en fonction de votre expérience personnelle avec vos médicaments pour l'hypertension artérielle.

7- À quelle fréquence oubliez-vous de prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

8- À quelle fréquence décidez-vous de NE PAS prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

9- À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de faire renouveler votre prescription de médicaments à la pharmacie? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

10- À quelle fréquence manquez-vous de médicaments pour l'hypertension artérielle? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

11- À quelle fréquence omettez-vous de prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle avant d'aller à votre rendez-vous médical? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

12- À quelle fréquence omettez-vous de prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle quand vous vous sentez mieux? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

13- À quelle fréquence omettez-vous de prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle quand vous vous sentez malade? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

14- À quelle fréquence prenez-vous les médicaments pour l'hypertension artérielle de quelqu'un d'autre? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

15- À quelle fréquence omettez-vous de prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle quand vous êtes distrait? (N = 51).

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

16- À quelle fréquence prenez-vous votre prochain rendez-vous avant même de quitter la clinique?
(N = 48).

Jamais

Quelquefois

La plupart du temps

Tout le temps

Ne s'applique pas (*La clinique vous appelle pour planifier votre rendez-vous*)

Je ne sais pas

17- À quelle fréquence manquez-vous votre rendez-vous médical? (N = 50)

Jamais

Quelquefois

La plupart du temps

Tout le temps

Ne s'applique pas

Je ne sais pas

MÉDICAMENTS POUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (PARTIE 2)

Pour la prochaine partie, nous aimerions connaître votre motivation à prendre vos médicaments pour l'hypertension artérielle en regard de la gestion de votre hypertension artérielle.

Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse pour chacune des questions.

La raison pour laquelle je prendrais mes médicaments pour l'hypertension artérielle est :

18- Parce que je veux prendre mes responsabilités face à ma propre santé (N= 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

19- Parce que je me sentirais coupable si je ne les prenais pas (N = 50).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

20- Parce que je crois personnellement que c'est la meilleure chose pour ma santé (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

21- Parce que mes proches seraient mécontents si je ne les prenais pas (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

22- Je n'y pense pas vraiment (N = 50).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

23- Parce que j'y ai beaucoup pensé et je crois que c'est important pour plusieurs aspects de ma vie (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

24- Parce que je me sentirais mal si je ne les prenais pas (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

25- Parce que c'est un choix important que je veux vraiment faire (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

26- Parce que je ressens de la pression des autres pour le faire (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

27- Parce qu'il est plus facile de faire ce que l'on me dit que d'y penser (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

28- Parce que c'est en accord avec mes objectifs de vie (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

29- Parce que je veux que les autres m'acceptent (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

30- Parce que c'est très important pour être en meilleure santé (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

31- Parce que je veux que les autres voient que je suis capable de le faire (N = 51).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

32- Je ne sais pas pourquoi (N = 50).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

SECTION 3 - ACTIVITÉ PHYSIQUE

ACTIVITÉ PHYSIQUE (PARTIE 1)

*Nous sommes intéressés à connaître le type d'activités physiques que les gens font au quotidien. Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez passé à être actif physiquement **au cours des 7 derniers jours**. Veuillez répondre à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne active. Les questions concernent les activités physiques que vous faites au travail, lorsque vous êtes chez à la maison, pour vos déplacements, et pendant votre temps libre.*

Bloc 1 : Activités *intenses* des 7 derniers jours

Pensez à toutes les **activités intenses** que vous avez faites **au cours des 7 derniers jours**. Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement (vous êtes incapable de tenir une conversation). Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes consécutives**.

33- Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme de la course, de la natation, du ski de fond, soulever ou déplacer des charges lourdes, grimper des côtes à un bon rythme, etc? (N = 51)

0 → passez à la question 35

1

2

3

4

5

6

7

jour(s)

34- Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours? (N = 51)

_____ heure(s) _____ minutes → Inscrivez X dans la case si vous ne savez pas ou n'êtes pas certain (e).

Bloc 2 : Activités *modérées* des 7 derniers jours

Pensez à toutes les **activités modérées** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement (vous devriez être capable de parler, mais pas de chanter). Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins **10 minutes consécutives**.

35- Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball? Ne pas inclure la marche. (N = 51)

0 → passez à la question 37

1

2

3

4

5

6

7

jour(s)

36- Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités modérées au cours des 7 derniers jours? (N = 51)

_____ heure(s) _____ minutes → Inscrivez X dans la case si vous ne savez pas ou n'êtes pas certain (e).

Bloc 3 : La marche des 7 derniers jours

Pensez au temps que vous avez marché au moins 10 minutes consécutives au cours des 7 derniers jours. Cela comprend la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

37- Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes consécutives? (N = 51)

0 → passez à la question 39

1

2

3

4

5

6

7

jour(s)

38- Au total, combien de temps avez-vous passé à marcher au moins 10 minutes consécutives, au cours des 7 derniers jours? (N = 50)

_____ heure(s) _____ minutes → Inscrivez X dans la case si vous ne savez pas ou n'êtes pas certain (e).

ACTIVITÉ PHYSIQUE (PARTIE 2)

Pour la prochaine partie, nous aimerions connaître votre motivation à pratiquer de l'activité physique régulièrement en regard de la gestion de votre hypertension artérielle.

Pratiquer l'activité physique régulièrement signifie cumuler au moins 150 minutes d'activités physiques par semaine à intensité modérée (légère élévation de la fréquence cardiaque et/ou de l'essoufflement) (exemples : marche rapide, natation, vélo, etc.). Ceci peut correspondre par exemple à 5 séances de 30 minutes ou 15 séances de 10 minutes par semaine.

Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse pour chacune des questions.

La raison pour laquelle je pratiquerais au moins 150 minutes d'activités physiques modérées par semaine est :

39- Parce que je veux prendre mes responsabilités face à ma propre ma santé (N = 49)

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

40- Parce que je me sentirais coupable si je ne le faisais pas (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

41- Parce que je crois personnellement que c'est la meilleure chose pour ma santé (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

42- Parce que mes proches seraient mécontents si je ne le faisais pas (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |

43- Je n'y pense pas vraiment (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

44- Parce que j'y ai beaucoup pensé et je crois que c'est important pour plusieurs aspects de ma vie (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

45- Parce que je me sentrais mal si je ne le faisais pas (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

46- Parce que c'est un choix important que je veux vraiment faire (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

47- Parce que je ressens de la pression des autres pour le faire (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

48- Parce qu'il est plus facile de faire ce que l'on me dit que d'y penser (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

49- Parce que c'est en accord avec mes objectifs de vie (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

50- Parce que je veux que les autres m'acceptent (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

51- Parce que c'est très important pour être en meilleure santé (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

52- Parce que je veux que les autres voient que je suis capable de le faire (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

53- Je ne sais pas pourquoi (N = 49).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

SECTION 4 – CONSOMMATION DE SEL

CONSOMMATION DE SEL (PARTIE 1)

Exemples d'aliments salés :

- *Plats préparés, aliments en conserve*
- *Produits de boulangerie et de pâtisserie (muffins, pain, gâteau, biscuits, etc.)*
- *Viande transformée (saucisses, charcuteries, viande déjà marinée, etc.)*
- *Fromage*
- *Sauces commerciales (chili, HP, teriyaki, Worcestershire, ...), les cornichons, les condiments (moutarde préparée, ketchup), la sauce soya, etc.*

54- À quelle fréquence consommez-vous des aliments salés? (N = 49)

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

55- À quelle fréquence ajoutez-vous du sel à vos aliments avant de les manger? (N = 49)

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

56- À quelle fréquence mangez-vous de la restauration rapide? (N = 49)

- Jamais
- Quelquefois
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

CONSOMMATION DE SEL (PARTIE 2)

Pour la prochaine partie, nous aimerions connaître votre motivation à réduire votre consommation de sel en regard de la gestion de votre hypertension artérielle.

Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse pour chacune des questions.

La raison pour laquelle je ferais attention à ma consommation de sel est :

57- Parce que je veux prendre mes responsabilités face à ma propre santé (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

58- Parce que je me sentirais coupable si je ne le faisais pas (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

59- Parce que je crois personnellement que c'est la meilleure chose pour ma santé (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

60- Parce que mes proches seraient mécontents si je ne le faisais pas (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

61- Je n'y pense pas vraiment (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

62- Parce que j'y ai beaucoup pensé et je crois que c'est important pour plusieurs aspects de ma vie (N = 47).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

63- Parce que je me sentirais mal si je ne le faisais pas (N = 47).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

64- Parce que c'est un choix important que je veux vraiment faire (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

65- Parce que je ressens de la pression des autres pour le faire (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

66- Parce qu'il est plus facile de faire ce que l'on me dit que d'y penser (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

67- Parce que c'est en accord avec mes objectifs de vie (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

68- Parce que je veux que les autres m'acceptent (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

69- Parce que c'est très important pour être en meilleure santé (N = 47).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

70- Parce que je veux que les autres voient que je suis capable de le faire (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

71- Je ne sais pas pourquoi (N = 48).

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Fortement en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Légèrement en accord | Assez en accord | Fortement en accord |
|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

72- Vous êtes...? (N = 48)

Homme Femme Préfère ne pas répondre Binaire

73- Quel est votre âge? (N = 46) _____

74- Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété? (N = 48)

Primaire
Secondaire
Collégial (ou équivalent)
Universitaire

75- Quel(s) professionnel(s) de la santé effectue(nt) votre suivi de pression artérielle? (Cocher tous les professionnels concernés. Il peut y en avoir plus d'un) (N = 48).

Médecin
Infirmière praticienne spécialisée
Infirmière
Autre, svp préciser : _____

76- Depuis combien de temps savez-vous que vous êtes atteint(e) d'hypertension artérielle? (N = 48)

Moins de 1 an
1 à 4 ans
5 à 9 ans
Plus de 10 ans

77- Depuis combien de temps prenez-vous des médicaments pour l'hypertension artérielle? (N = 48)

Moins de 1 an
1 à 4 ans
5 à 9 ans
Plus de 10 ans

Voilà, le questionnaire a bien été complété dans l'anonymat!

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

En cliquant sur le lien ci-dessous, vous serez redirigé vers une page distincte où vos coordonnées seront recueillies dans le seul but d'effectuer le tirage. Le gagnant sera contacté par courriel.

http://www.uqtr.ca/tirage_tensiometre

Vous pouvez être assuré que les données du tirage ne seront pas couplées à celles de l'étude.

Pénélope Goudreault, infirmière clinicienne
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières (QC) Canada
G9A 5H7

Appendice B

Autorisations d'utilisation des questionnaires

Autorisation d'utilisation du HCCQ

09/10/2019

Courrier - Goudreault, Penelope - Outlook

To: Zofia Czajkowska**Subject:** Authorization to use French version of the Brief Health Care Climate Questionnaire

Dear Mrs Zofia Czajkowska,

I am a French nurse student at the Université du Québec à Trois-Rivières, Canada and I am doing my Master of Science in nursing. I found your article on « Validation of the English and French versions of the Brief Health Care Climate Questionnaire » and this questionnaire will be very useful for my project among outpatients diagnosed with essential hypertension.

I am writing to you today to ask permission to use it as part of my master's project. If you allow me to use it, you can rest assured that I will quote you in my study.

Yours sincerely,

*Penelope Goudreault, inf BSc ét. maîtrise Sc Inf.
Coordonnatrice du projet satellite de Partenariat Santé à l'UQTR*

De : Zofia Czajkowska <zofia.czajkowska@mail.mcgill.ca>**Envoyé :** mercredi 29 mai 2019 14:46:38**À :** Goudreault, Penelope**Objet :** Re: Authorization to use French version of the Brief Health Care Climate Questionnaire

Absolutely! Not a problem. Good luck with your project, Penelope!

Warmest regards,
Zofia

Zofia Czajkowska, PhD, OPQ
www.findyourharmony.ca
www.facebook.com/findyourharmony.ca
[514 797 0628](tel:5147970628)

From: Goudreault, Penelope <Penelope.Goudreault@uqtr.ca>**Sent:** Wednesday, May 29, 2019 3:36:04 PM

Autorisation d'utilisation du HB-HBP

09/10/2019

Courrier - Goudreault, Penelope - Outlook

From: Goudreault, Penelope <Penelope.Goudreault@uqtr.ca>
Sent: Wednesday, May 29, 2019 2:27 PM
To: Kim, Miyong
Subject: authorization to use the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale

Dear Mrs Miyong Kim,

I am a French nurse student at the Université du Québec à Trois-Rivières, Canada and I am doing my Master of Science in nursing. I found your article on hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale very interesting to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments in my project.

I would like to use it among outpatients diagnosed with essential hypertension in Canada. If you allow me to use it and to translate it into french, you can rest assured that I will quote you in my study.

P.s I refer to this article : Kim, M. T., Hill, M. N., Bone, L. R., & Levine, D. M. (2000). Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. Progress in cardiovascular nursing, 15(3), 90-96.

Yours sincerely,

*Pénélope Goudreault, inf BSc ét. maîtrise Sc Inf.
 Coordonnatrice du projet satellite de Partenariat Santé à l'UQTR*

De : Yvonne Commodore-Mensah <ycommod1@jhmi.edu>
Envoyé : mercredi 29 mai 2019 15:09
À : Goudreault, Penelope
Cc : 'Kim, Miyong'
Objet : RE: authorization to use the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale

Dear Penelope,

Please complete the form below, and you will automatically receive approval.

https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/hill-bone/obtain-hill-bone-scales.html

Autorisation d'utilisation du HB-HBP (suite)



Please consider this message as permission to use the Hill-Bone Scale(s).*

Click the link below to access articles regarding scoring, validation and the original scales. We request that you cite the scale using the references provided in the link. We appreciate you sharing the findings of your project with us.

Link: https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/hill-bone/hill-bone-scales-confirmation.html

Please don't hesitate to reach out to us at SON-HillBone@jhu.edu if you have any follow-up questions.

Best,

The Hill-Bone Scales team

* Note: Please do not share these documents with anyone else outside your project. We ask that anyone who wishes to use the scale should submit a formal request using the link provided for proper authorization.

Appendice C

Affiche de recrutement

Personnes atteintes d'hypertension artérielle recherchées

Projet de recherche en sciences infirmières

Nous sommes à la recherche de personnes atteintes d'hypertension artérielle pour compléter un questionnaire portant sur leur motivation à un meilleur contrôle de la pression artérielle.

Pour participer, il faut être âgé de 18 ans à 65 ans et avoir reçu une prescription de médicaments pour l'hypertension artérielle

Pour de plus amples informations :
418-509-3179 ou
penelope.goudreault@uqtr.ca

Pour accéder au questionnaire,
rendez-vous sur le site internet à :
http://www.uqtr.ca/motivation_hypertension_arterielle
ou
scanner le code suivant



*Possibilité de gagner un
tensiomètre!*

Appendice D

Lettres d'autorisation de recrutement

Lettre d'entente avec l'Association des cardiaques de la Mauricie



Trois-Rivières, le 5 décembre 2019

Maryline Roy
 Kinésiologue et chargée de projets
 Association des cardiaques de la Mauricie inc.
 3920 rue Louis Pinard
 Trois-Rivières (Québec), G8Y 4L9
 819 373-3722
 info@assocdescardiaques.com

Objet : Lettre d'autorisation de recrutement de participants pour un projet de recherche en sciences infirmières

Madame Roy,

Suite à une première communication par courriel avec Maryline Roy, kinésiologue et chargée de projets à l'Association des cardiaques de la Mauricie, celle-ci généreusement accepté de collaborer au projet de recherche s'intéressant au lien entre la perception des personnes atteintes d'hypertension artérielle, le soutien à l'autonomie promu par les professionnels de la santé et l'adhésion au traitement, que ce soit les médicaments ou les saines habitudes de vie (pratique régulière d'activité physique et diète hyposodée). Pour réaliser ce projet, les participants devront compléter un questionnaire, à une seule occasion.

Cette recherche est approuvée par deux comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains, soient celui du CIUSSS MCQ et celui l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un certificat portant le numéro [CÉRM-2019-009] a été émis le [2019-11-22] pour le CIUSSS MCQ. Un certificat portant le numéro [CER-2-264-10.01] a été émis le [2019-12-02] pour l'Université du Québec à Trois-Rivières.

La présente lettre a pour objectif d'officialiser la collaboration. Plus précisément, l'implication demandée de l'Association des cardiaques de la Mauricie consiste à :

- ✓ Exposer l'affiche de recrutement, tel que conçue par l'étudiante-chercheure, dans le bureau de l'association ainsi que sur le site Web de l'association, pour une période de 6 mois.
- ✓ Envoyer l'affiche de recrutement, tel que conçue par l'étudiante-chercheure, par courriel aux membres de l'association.
- ✓ Mentionner le projet lors de la prochaine présentation sur l'hypertension artérielle, tenue par de l'association au printemps 2020.

L'étudiante-chercheure sera disponible pour répondre à toute question.

EN FOI DE QUOI les personnes ci-dessous ont signé la présente lettre d'autorisation de recrutement à l'Association des cardiaques de la Mauricie.

Pour les responsables du projet de recherche

Nom : Pénélope Goudreault

Titre : Étudiante-chercheure à la maîtrise en sciences infirmières de l'UQTR

Pour l'Association des cardiaques de la Mauricie :

Nom :

Titre : Kinésiologue et chargée de projets
 Association des cardiaques de la Mauricie

Lettre d'entente avec le centre d'enseignement du diabète de Trois-Rivières



Trois-Rivières, le 11 décembre 2019

Katerine Michaud B. Sc Inf.
 Assistante au supérieur immédiat (ASI)
 Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques et des GMF, zone centre et GACO RLS de Trois-Rivières
 Direction des services ambulatoires et des soins critiques

CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)
 Centre multiservices de santé et services sociaux St-Joseph
 731, rue Ste-Julie
 Trois-Rivières, (Québec) G9A 1Y1
 Tél : 819-370-2200 poste 42197
 Fax : 819-379-4223
 kmichaud_cssstr@sss.gouv.qc.ca

Objet : Lettre d'autorisation de recrutement de participants pour un projet de recherche en sciences infirmières

À qui de droit,

Dans le cadre de mon projet de maîtrise en sciences infirmières, dirigé par Lyne Cloutier, PhD. et François Boudreau, PhD., je m'intéresse au lien entre la perception des personnes atteintes d'hypertension artérielle, le soutien à l'autonomie promu par les professionnels de la santé et l'adhésion au traitement, que ce soit les médicaments ou les saines habitudes de vie (pratique régulière d'activité physique et diète hyposodée). Pour réaliser ce projet, les participants devront compléter un questionnaire, à une seule occasion.

Cette recherche est approuvée par deux comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains, soient celui du CIUSSS MCQ et celui l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un certificat portant le numéro [CÉRM-2019-009] a été émis le [2019-11-22] pour le CIUSSS MCQ. Un certificat portant le numéro [CER-2-264-10.01] a été émis le [2019-12-02] pour l'Université du Québec à Trois-Rivières.

La présente lettre a pour objectif d'officialiser la collaboration. Plus précisément, l'implication demandée du centre d'enseignement du diabète consiste à :

- Exposer l'affiche de recrutement, tel que conçue par l'étudiante-chercheuse, au centre d'enseignement du diabète de Trois-Rivières, pour une période de 6 mois.
- Permettre à l'étudiante-chercheuse de présenter le projet de recherche de façon brève (2 minutes) lors du début des cours de groupe « Programme Ma Santé à Vie » pour la session d'hiver 2020.

L'étudiante-chercheuse sera disponible pour répondre à toute question.

EN FOI DE QUOI les personnes ci-dessous ont signé la présente lettre d'autorisation de recrutement à l'Association des cardiaques de la Mauricie.

Pour les responsables du projet de recherche

Nom : Pénélope Goudreault

Titre : Étudiante-chercheuse à la maîtrise en sciences infirmières de l'UQTR

Pour le centre d'enseignement du diabète de Trois-Rivières :

Nom : pan Mathilde Davidon

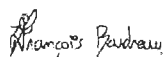
Titre : chef de service du programme de prévention et de la gestion intégrée des maladies chroniques et des GMF Trois-Rivières et Maskinongé

Lettre d'entente avec le centre d'enseignement du diabète de Trois-Rivières (suite)



Nom : Lyne Cloutier

Titre : Professeure titulaire, département des sciences infirmières de l'UQTR
Directrice de recherche



Nom : François Boudreau

Titre : Professeur, département des sciences infirmières de l'UQTR
Co-directeur de recherche

Au plaisir de pouvoir compter sur votre précieuse collaboration,

Pénélope Goudreault, inf BSc ét. maîtrise Sc Inf,
Département des sciences infirmières de l'UQTR
Courriel : penelope.goudreault@uqtr.ca
418-509-3179

Appendice E

Démarche à suivre pour le recrutement par les infirmières en GMF



Démarche de recrutement : infirmières des GMF

Projet de recherche « **Étude descriptive corrélationnelle entre le soutien à l'autonomie perçu par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements** ».

Courte description du projet de recherche pour les patients :

Nous désirons explorer ce qui motive les personnes atteintes d'hypertension artérielle à prendre leurs médicaments, pratiquer de l'activité physique régulièrement et réduire leur consommation de sodium.

Démarche à suivre :

- 1- Évaluer l'éligibilité du patient à participer au projet de recherche en vérifiant s'il répond aux critères suivants :
 - Être âgé de 18 à 65 ans.
 - Être atteint d'hypertension artérielle depuis 5 ans et moins.
 - Avoir reçu une prescription de médicaments antihypertenseurs.
- 2- Si le patient répond à tous les critères d'inclusion, lui proposer le projet de recherche en l'invitant à compléter le questionnaire en ligne. Vous pouvez lui mentionner qu'en participant, il pourrait gagner un tensiomètre validé par Hypertension Canada.
- 3- Remettre au patient le QR code et l'adresse URL lui permettant de remplir le questionnaire en ligne (page suivante à imprimer).
- 4- Pour tout problème ou questionnement, vous pouvez entrer en contact avec la chercheuse aux coordonnées suivantes:

Pénélope Goudreault, infirmière clinicienne
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
Courriel : penelope.goudreault@uqtr.ca
(418) 509-3179

Pour accéder au questionnaire,
rendez-vous sur le site internet à :
http://www.uqtr.ca/motivation_hypertension_arterielle
ou
scanner le code suivant



En guise de remerciement, une lettre de reconnaissance comme quoi vous avez agi à titre de recruteur dans un projet de recherche vous sera remise. Vous pourrez ainsi la joindre à votre curriculum vitae.

Appendice F

Certificats d'éthique et formulaire d'information et de consentement

Certificat d'éthique du CIUSSS MCQ

| | | | |
|--|---|--|--|
| Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Québec | | BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE Téléphone : 819-372-3133 poste 32303 ciussmcq_bureau_integre_de_letgique@ciuss.gouv.qc.ca | No d'approbation éthique CIUSSSMCQ : CÉRM-2019-009-01 |
| Certificat d'approbation éthique | | | |
| Description du projet de recherche : | | | |
| Titre du projet : | Étude descriptive corrélationnelle entre le soutien à l'autonomie perçue par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements | | |
| Numéro du projet : | CÉRM-2019-009 | | |
| Chercheur : | Pénélope Goudreault | | |
| Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude : | | | Date de la version |
| Résumé du projet | | | 2019-10-16 |
| Protocole de recherche | | | 2019-12-10 |
| Formulaire d'information et de consentement | | | 2019-11-13 |
| Affiche de recrutement | | | 2019-11-13 |
| Questionnaire | | | 2019-11-13 |
| Approbation éthique : | | | |
| Étude initiale du projet par notre CÉR : | 2019-11-07 | | |
| Certificat actuel : | | | |
| Raison d'émission : | Modifications de documents à l'étude | | |
| Date d'étude par notre CÉR : | 2019-12-12 | | |
| Période de validité : | Du 2019-12-18 au 2020-11-22 | | |
|  Bernard Deshaies Président Comité d'éthique de la recherche volet médical | |  | |
| À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle. | | | |

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec

Québec

BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

Téléphone : 819-372-3133 poste 32303
ciussmcq_bureau_integre_de_letique@ssss.gouv.qc.ca

No d'approbation
éthique CIUSSSMCQ :

CÉRM-2019-009-00

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

| | |
|--------------------|---|
| Titre du projet : | Etude descriptive corrélacionnelle entre le soutien à l'autonomie perçue par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements |
| Numéro du projet : | CERM-2019-009 |
| Chercheur : | Pénélope Goudreault |

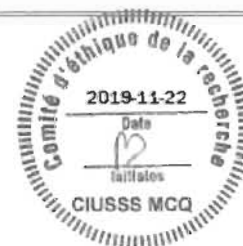
| Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude : | Date de la version |
|--|--------------------|
| Résumé du projet | 2019-10-16 |
| Protocole de recherche | 2019-10-16 |
| Formulaire d'information et de consentement | 2019-11-13 |
| Affiche de recrutement | 2019-11-13 |
| Questionnaire | 2019-11-13 |

Approbation éthique :

| | |
|--|-----------------------------|
| Étude initiale du projet par notre CÉR : | 2019-11-07 |
| Certificat actuel : | |
| Raison d'émission : | Acceptation initiale |
| Date d'étude par notre CÉR : | 2019-11-20 |
| Période de validité : | Du 2019-11-22 au 2020-11-22 |



Bernard Deshaies
Président
Comité d'éthique de la recherche volet médical



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.

Compte rendu de décision du CÉR volet médical

| | |
|-------------------|---|
| Titre du projet : | Étude descriptive corrélationnelle entre le soutien à l'autonomie perçue par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements |
| Numéro de projet | CÉRM-2019-009 |
| Chercheur : | Pénélope Goudreault |

| Demande soumise par le chercheur | |
|--|----------------------|
| Nature de la demande : | Acceptation initiale |
| Document(s) étudié(s) : | Date de version |
| Courriel de l'équipe de recherche, soumettant les documents suivants : | 2019-11-14 |
| Formulaire d'information et de consentement | 2019-11-13 |
| Affiche de recrutement | 2019-11-13 |
| Questionnaire | 2019-11-13 |

| Décision du comité | |
|--|---|
| Date d'étude par le CÉR : | 2019-11-20 <input type="checkbox"/> Comité plénier <input checked="" type="checkbox"/> Mode délégué |
| Décision du CÉR : | Demande approuvée |
| Numéro de certificat émis : | CÉRM-2019-009-00 <input type="checkbox"/> N/A |
| <i>À noter que, si le présent projet est multicentrique et que le CÉR du CIUSSS MCQ agit à titre de CÉR évaluateur, la présente décision s'applique à l'ensemble des établissements du RSSS.</i> | |

| Instruction(s) au chercheur |
|---|
| <p>Les réponses obtenues et les modifications apportées au présent projet de recherche répondent aux attentes de notre comité. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche médicale vous délivre un certificat d'approbation pour la présente demande. L'étude pourra débuter au sein de notre établissement qu'après réception de la lettre d'autorisation à réaliser une recherche signée par la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation.</p> <p>Responsabilités du chercheur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les versions des documents à utiliser dans le cadre de l'étude doivent être celles mentionnées sur le certificat d'approbation d'un projet de recherche; • Si le projet implique un formulaire d'information et de consentement, la version signée par le participant doit inclure le sceau du CÉR du CIUSSS MCQ; • L'acceptation de ce projet est effective pour une durée d'un an, soit jusqu'à la date d'expiration indiquée sur le |

certificat. A ce moment, le chercheur doit soumettre une nouvelle demande pour la reconduction de l'étude en utilisant le formulaire de demande de renouvellement annuel d'un projet de recherche du CIUSSS MCQ.

- Le CÉR doit être informé de :
 - toute modification au projet de recherche ou aux documents s'y rapportant;
 - tout ajout de documents qui seront utilisés dans le cadre de l'étude;
 - tout événement grave ou inattendu survenu en cours d'étude;
 - toute décision significative prise par d'autres comités d'éthique;
 - la clôture ou la suspension de la recherche.
- Tel que stipulé dans la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, le chercheur doit tenir un registre des participants à ce projet de recherche et veiller à ce que les informations qui y sont contenues soient régulièrement mises à jour. Le chercheur doit être en mesure de nous fournir la liste, sur demande, en tout temps.

En terminant, nous vous demandons de bien vouloir indiquer le numéro attribué à votre projet pour toute correspondance adressée à notre comité.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.



Signature du président du CER

Monsieur Bernard Deshaies

Nom du président du CER

2019-11-22

Date de signature

/jg

Certificat d'éthique de l'UQTR



3236

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Étude descriptive corrélationnelle entre le soutien à l'autonomie perçu par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements

Chercheur(s) : Pénélope Goudreault
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-20-264-10.01

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 02 décembre 2019 au 02 décembre 2020

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 02 décembre 2019

Formulaire d'informations et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Étude descriptive corrélationnelle entre le soutien à l'autonomie perçue par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements

CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Pénélope Goudreau, infirmière clinicienne
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Lyne Cloutier, Professeure titulaire, département des sciences infirmières
Directrice de recherche
Université du Québec à Trois Rivières

François Boudreau, Professeur, département des sciences infirmières
Co-directeur de recherche
Université du Québec à Trois Rivières



PRÉAMBULE

Votre participation à la recherche qui vise à mieux comprendre la motivation des personnes atteintes d'hypertension artérielle (aussi appelée haute pression) à adhérer aux traitements, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Par ailleurs, si vous désirez conserver une copie du document, vous devez l'enregistrer ou l'imprimer.

OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche s'intéresse au contrôle de l'hypertension artérielle. L'objectif de ce projet est d'examiner comment vous percevez le soutien à l'autonomie des professionnels de la santé et votre adhésion au traitement pharmacologique, à la pratique régulière d'activité physique et à la consommation réduite en sodium.



NATURE ET DURÉE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire. Celui-ci exige environ 20 minutes pour être complété. Vous pouvez le compléter à n'importe quel lieu ou moment de la journée à l'aide d'un ordinateur, un téléphone ou une tablette électronique, là où le réseau Internet est disponible.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Le temps requis pour compléter le questionnaire constitue le seul inconvénient.

AVANTAGES

Par votre participation, vous contribuerez à l'avancement des connaissances au sujet de la motivation envers l'adhésion aux différents traitements des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Il n'y a pas de bénéfice individuel prévu pour votre participation. Également, cela pourrait vous permettre de réfléchir à votre motivation envers votre adhésion aux traitements pour l'hypertension artérielle.

INCITATIF

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Toutefois, en complétant l'entièreté du questionnaire, vous pourrez participer au tirage d'un tensiomètre, vous permettant ainsi d'assurer un meilleur suivi de votre pression artérielle à domicile. Une fois le questionnaire complété, vous serez redirigé vers une page distincte où vos coordonnées seront recueillies dans le seul but de vous inscrire au tirage. Le gagnant sera contacté par courriel.

CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par les chercheurs, en s'assurant que vos coordonnées ne soient pas associées avec le questionnaire que vous aurez complété.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un code. Votre questionnaire complété sera conservé sur un ordinateur au Laboratoire de recherche du Groupe interdisciplinaire de recherche appliquées en santé de l'UQTR situé au local 4843, Pavillon de la santé, 3351 Boulevard des Forges à Trois-Rivières.

Ces données seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante-chercheure et les directeurs de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites cinq ans après la fin de la collecte des données et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.



Les résultats de la recherche pourront être diffusés dans des revues spécialisées, lors de concours d'affiches scientifiques, à un Colloque ou sous forme d'article et de mémoire. Cependant, il ne sera pas possible de vous identifier.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche n'est pas financé.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit. Par ailleurs, le fait d'accepter de participer au projet de recherche ne permettra pas un accès plus facile ou plus rapide à des soins et services de santé.

RESPONSABLE DE LA RECHERCHE

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

Pénélope Goudreault, infirmière clinicienne
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
Courriel : penelope.goudreault@uqtr.ca
(418) 509-3179

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 1 888-693-3606.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche médical du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819 372-3133 poste 32303.

Vous pouvez également communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

Moi, Pénélope Goudreault, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, [nom du participant], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Étude descriptive corrélationnelle entre le soutien à l'autonomie perçu par les personnes atteintes d'hypertension artérielle et leur motivation à adhérer aux traitements ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

En cliquant sur le bouton de participation de la page d'accueil, vous confirmez :

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

1- Si vous désirez participer, veuillez simplement quitter la page Web actuelle et vous reviendrez automatiquement au questionnaire.

2- Si vous NE désirez PAS participer au projet, veuillez tout simplement quitter les deux onglets reliés à ce projet.

Il est à noter que les informations fournies pour le tirage du tensiomètre ne seront utilisées qu'aux fins de tirages uniquement et qu'en aucun cas, elles ne pourront mener aux réponses que vous nous avez fournies.



Appendice G

Tableau présentant les modalités de recrutement selon la date de complétion

| Date | Modalités de recrutement |
|----------------------------|---|
| 19-12-04 | Dépôt des affiches de recrutement sur le campus de l'UQTR. |
| 19-12-09 | Envoi de courriels aux médecins, gestionnaires et adjoints administratifs des différents GMF du CIUSSS MCQ. |
| Du 20-01-16 au 20-01-30 | Présentations au Programme Ma Santé à Vie du CIUSSS MCQ. |
| 20-01-26 | Envoi de l'affiche de recrutement à tous les membres de l'Association des cardiaques de la Mauricie par courrier. |
| 20-01-27 | Remise du document destiné aux infirmières des GMF pour les guider dans le recrutement et alléger leur tâche. Annonce du projet sur le site Internet <i>entête</i> de l'UQTR par le service des communications de l'institution. |
| 20-02-04 | Message de recrutement publié sur Facebook (partagé publiquement sur le mur personnel de l'étudiante-chercheuse, groupe du GIRAS). Nombre de partages effectués : données manquantes. Courriel envoyé à certains pharmaciens propriétaires de Trois-Rivières pour permission du dépôt de l'affiche de recrutement (aucun retour de courriel). |
| 20-03-09 | Message de recrutement publié sur Facebook (partagé publiquement sur le mur personnel de l'étudiante-chercheuse, celui du GIRAS, du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmières auxiliaires, de l'Association des étudiants en sciences infirmières de l'UQTR et sur celui du groupe des IPS de la Mauricie (par Sophie Longpré, directrice du comité de programmes de cycles supérieurs de l'UQTR : IPSPL et IPSSM)). Nombre de partages effectués : 49. |
| 20-03-14 | Article présentant le projet publié dans <i>leNouvelliste</i> . |

Note. IPS = Infirmières praticiennes spécialisées; GIRAS = groupe interdisciplinaire de recherche appliquée en santé; NA = Non-applicable.