

Université de Sherbrooke

**Description des caractéristiques
présentes lors d'une modification dans le processus de changement de comportement
à risque chez les femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale
percutanée (PTCA)**

Mémoire présenté par

**Marie-Eve Poitras, inf. B.Sc.
Programme des sciences cliniques
Écoles des Sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé**

15 mai 2010

**Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de
maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques (sciences infirmières)**

Membre du Jury

**Nicole Bolduc, inf. M.Sc., directrice de recherche, Écoles des Sciences infirmières,
Faculté de Médecine et Sciences de la Santé**

**Alain Vanasse, MD, PhD., membre interne au programme des sciences cliniques,
Département de médecin de famille, Faculté de Médecine et Sciences de la Santé**

**Maud-Christine Chouinard, inf. PhD., membre externe au programme des sciences
clinique, Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Chicoutimi**



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-79773-0
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-79773-0

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	i
LISTE DES TABLEAUX	ii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	iii
DÉDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	4
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS	11
2.1 Maladies cardiovasculaires	11
2.2 Modifications de comportement à risques	16
2.3 Modifications de comportements à risques chez les personnes ayant une maladie cardiaque	19
2.4 États des connaissances	33
2.5 Modèles de comportements de santé	35
2.6 Cadre de référence	42
2.7 Question de recherche	44
CHAPITRE III – ARTICLE : Describe the characteristics present during the risk behaviour modification process of women who had a PTCA.	45
CHAPITRE IV : DISCUSSION	72
4.1 Discussion des résultats	72
4.2 Forces et limites de l'étude	7
4.3 Retombées de l'étude	81
CONCLUSION	83
RÉFÉRENCES	84
ANNEXES	
1. Stade de changement	90
2. Illness perception questionnaire	94
3. Échelle révisée de la fatigue	101
4. Mesure du Stress psychologique	107
5. Life Orientation Test	109
6. Scale of perceived social support	111
7. Échelle de dépression cardiaque	113
8. Questionnaire des variables sociodémographiques	116
9. Élément déclencheur, facilitant et barrière	119
10. Lettre de consignes générales	121

11. Lettre de soutien : infirmiers-chefs de cardiologie et soins intermédiaires du CHUS	123
12. Lettre de soutien : Cardiologue en chef du CHUS	126
13. Formulaire de consentement	129
14. Lettre d'approbation du comité éthique du CHUS	137
15. Preuve de soumission à la revue «Journal of Cardiovasculaire Nursing»	139
16. Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire ou une thèse	141
17. Autorisation de microfilmage	143

Liste des figures

- Figure 1. Caractéristiques présentes lors d'une modification de la motivation à changer un comportement à risque. 44

Liste des tableaux

Mémoire

Tableau 1	Facilitateurs et barrières retrouvés dans la recension des écrits.	34
-----------	--	----

Article

Table 1	Description of the sample	51
Table 2	Variables and measurement instruments	55
Table 3	Variables and measurement times	57
Table 4	Participant characteristics at T1 and T2	58
Table 5	Participant's stages of change at T1 and T2	60
Table 6	Behavior change between T1 and T2	61
Table 7	Diet groups participant's characteristics	61
Table 8	Exercise groups participant's characteristics	62
Table 9	Smoking groups participant's characteristics	63

Liste des abréviations

ACTP	Angioplastie coronarienne transluminale percutanée
FMCC	Fondation des maladies du cœur du Canada
IM	Infarctus du myocarde
ICP	Intervention coronarienne percutanée
MCV	Maladie cardiovasculaire
PAC	Pontage aorto-coronarien
PTCA	Percutaneous transluminal coronary angioplasty

À Marc-Michel, Johanne, Clermont et Mélanie

Connaître, ce n'est point démonter, ni expliquer.
C'est accéder à la vision.
Antoine de Saint-Exupéry

La meilleure des chose est d'apprendre.
L'argent peut être perdu ou volé, la santé et la force faire défaut,
mais ce que vous avez appris est votre à jamais.
Louis l' Amour

REMERCIEMENTS

La réalisation et réussite de ce projet de maîtrise et rédaction de mémoire a été possible grâce au soutien de nombreuses personnes et organismes. Je tiens à remercier chaleureusement :

Mme Nicole Bolduc, ma directrice de recherche, qui a agi comme mentor et qui a su me conseiller, me diriger de façon exceptionnelle et m'encadrer tout en me donnant l'autonomie nécessaire tout au long de ma formation.

M. Marc Boisvert, infirmier et assistant de recherche qui a parcouru tant de kilomètres afin que le projet puisse se réaliser et qui a toujours démontré une rigueur tout au long du processus.

Aux organismes suivants pour leur soutien financier : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, Université de Sherbrooke, Direction de l'enseignement universitaire du Centre de santé et services sociaux de Chicoutimi.

À Pr Maud-Christine Chouinard et Pr Alain Vanasse pour avoir révisé ce mémoire et avoir démontré un intérêt pour ce projet.

Mme Hélène Loïselle et Dr Michel NGuyen pour nous avoir donné leur appui et ainsi faciliter la réalisation du projet au CHUS.

Mme Julie Gladu, M. Mario Duplain, Mme Danielle Goupil ainsi que les assistant(e)s infirmiers(ères)-chefs, afin de nous avoir soutenu dans l'implantation du projet au CHUS.

Aux infirmières et infirmiers des départements soins-intermédiaires et 9c-10c pour leur bienveillance et leur implication dans le recrutement des participantes.

À toutes ces femmes qui ont accepté de participer au projet, en nous accueillant chez elles et en étant si généreuses de leur temps et de leur expérience.

Enfin, à mon conjoint, ma sœur, mes parents et mes amies pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements tout au long de ce processus.

RÉSUMÉ

Description des caractéristiques présentes lors d'une modification de la motivation à changer un comportement à risque chez les femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA).

Auteurs : Poitras, Marie-Eve, inf. M.Sc. (c)¹⁻², Bolduc, Nicole, inf. M.Sc.¹

¹Université de Sherbrooke, ²Centre de santé et services sociaux de Chicoutimi

Contexte : Les maladies cardiovasculaires dont l'angine et l'infarctus sont un fléau grandissant pour les Canadiens. En 2008, les femmes canadiennes sont 16 % plus susceptibles de succomber à un infarctus que les hommes. Pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant d'angine ou d'infarctus, la perfusion transluminale percutanée (PTCA) s'avère le traitement de choix. Suite à celle-ci, il est recommandé d'effectuer des modifications d'habitudes de vie. Cependant, les femmes cardiaques devant modifier leurs habitudes de vie ont une perception de la maladie différente des hommes mais les caractéristiques présentes lors de changement d'habitude de vie ne sont pas connues. Le nouveau contexte de la PTCA n'est pas adapté à cette population grandissante.

Objectif : Décrire les caractéristiques présentes lors d'un changement dans le processus de modification de comportements à risque des femmes ayant subi une PTCA.

Méthodologie : Cette étude descriptive. L'échantillon non probabiliste de convenance est composé de 22 femmes ($X = 65.4$ ans) ayant subi une PTCA au CHUS-Fleurimont. Toutes les participantes complétaient le même questionnaire à 1-2 semaines (T1) et à 4 mois post-PTCA (T2) lors d'une rencontre à leur domicile. Les questions évaluaient les trois habitudes de vie en lien avec l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme ainsi que les principales caractéristiques pouvant être présentes lors d'une modification de comportement à risque (soutien des proches, perception de la maladie, fatigue, dépression, stress, optimisme, variables sociodémographiques, facilitateurs et barrières perçues par les participantes). Des statistiques descriptives ont été réalisées. Des tests non paramétriques ($\alpha = 0.05$) ont été faits pour comparer les participantes entre le T1 et le T2 (Wilcoxon) puis des sous-groupes de celles-ci en fonction de leur motivation à modifier leurs comportements à risque à T2 (Mann-Whitney et Kruskal-Wallis). Les données qualitatives ont été regroupées par catégorie à l'aide d'une analyse de contenu.

Résultats : Les femmes de l'étude identifient plus de symptômes de la maladie, sont plus fatiguées ($p=0.01$) et plus stressées ($p=0.04$) au T1 ($p=0.000$) qu'au T2. Celles-ci perçoivent leur maladie cardiaque comme chronique ($p=0.006$) et ont une meilleure compréhension de celle-ci ($p=0.007$) 4 mois suivant la PTCA. Le soutien des professionnels de la santé ainsi que les programmes de réadaptation cardiaque sont perçus comme des facilitateurs à la modification de comportement au même titre que celui de la famille et des amis. Les symptômes physiques (douleurs aux jambes, au dos, etc.) et les symptômes dépressifs sont identifiés comme des barrières à la modification de comportement.

Conclusion : Cette étude a permis de faire ressortir certaines caractéristiques présentes tant en post-PTCA que lors d'un changement dans le processus de modification de comportement. D'autres études doivent cependant être conduites afin de valider ces caractéristiques auprès d'un plus grand échantillon et ainsi pouvoir proposer des interventions infirmières d'enseignements solides et structurés à partir de données assises sur les caractéristiques associées aux femmes ayant subi une PTCA.

Mots-Clés : Women cardiovascular disease, Health behaviour, Cardiac rehabilitation.

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires sont un problème grandissant pour les populations canadiennes et québécoises. Bien que les hommes soient atteints plus jeunes par cette maladie, les femmes n'en sont pas moins touchées. À ce jour, les femmes canadiennes sont 16 % plus susceptibles de succomber d'un infarctus que les hommes (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008a). L'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) est l'intervention de choix afin de diminuer les symptômes (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2000). De plus, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS-Q) reconnaît que pour diminuer la progression de la maladie suite à une ACTP, les femmes cardiaques se doivent d'effectuer des modifications à leurs comportements à risque.

Plusieurs stratégies peuvent être mises en place pour aider les femmes cardiaques à initier une modification de comportement à risque. Suite à une ACTP, les infirmières peuvent offrir divers enseignement en lien avec les facteurs de risque augmentant la progression de la maladie. Par exemple, divers programmes qui favorisent l'activité physique, la cessation du tabac et une saine alimentation ont été créés par des professionnels de la santé (médecins, infirmières, kinésiologues, nutritionnistes, etc.) spécifiquement pour la clientèle cardiaque. Cependant, les interventions infirmières d'enseignement offertes aux femmes en post-ACTP ont, pour la plupart, été construites selon des études conduites majoritairement auprès d'échantillons masculins car la population

étaient plus facilement accessibles bien que les femmes cardiaques vivent leur maladie et expérience différemment des hommes. Mais encore, cette clientèle féminine grandissante n'a pas la même perception de la maladie que leurs homologues masculins (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008b) et elle se doit de bénéficier d'interventions infirmières de soutien adaptées à sa condition de santé et à son contexte de vie.

Au cours des dernières années, plusieurs études ont été conduites chez des populations cardiaques féminines et mixtes. Celles-ci ont étudié la modification de comportement chez les patients cardiaques et ont mis en évidence certains éléments facilitants à la modification de comportements comme la perception de la maladie, le soutien des proches, l'optimisme ainsi que les barrières telles que la dépression, le stress et la fatigue. (Astin & Jones, 2006b; Gulanick, Bliley, Perino, & Keough, 1998; A. Karner, Tingstrom, Abrandt-Dahlgren, & Bergdahl, 2005; McSweeney & Crane, 2001; McSweeney & Coon, 2004). Certains auteurs ont même étudié les différences de perceptions entre les hommes et les femmes (Emslie, 2005). Il ressort que ces études rapportent des éléments qui ont été identifiés auprès d'une clientèle majoritairement masculine vivant une chirurgie cardiaque ou devant apprendre à vivre avec un nouveau diagnostic de maladie cardiaque ; peu d'études se sont penchées sur la situation des femmes cardiaques. À ce jour, aucune étude n'a été publiée sur les caractéristiques présentes lors d'une modification des comportements à risque chez les femmes ayant subi une ACTP.

Ce mémoire par article présente une étude descriptive ayant pour objectif de décrire les caractéristiques présentes lors d'une modification dans le processus de modification de comportement à risque des femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP). Les deux premiers chapitres décrivent la problématique et la recension des écrits. Le troisième chapitre présente l'article qui contient la méthodologie et les résultats. Finalement, le dernier chapitre rapporte la discussion des résultats, les forces et les limites de l'étude ainsi que les retombées cliniques et de recherche.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont un problème de santé chronique grandissant pour les populations canadiennes et québécoises. En 1999, les MCV ont été responsables de 36 % des décès annuels (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Au Québec, 34 % des décès sont causés par les maladies cardiovasculaires, devançant ainsi les autres principales causes de décès telles que les tumeurs malignes (30 %), les maladies de l'appareil respiratoire (10 %), les traumatismes non intentionnels (3,6 %) et les maladies de l'appareil digestif (3,7 %) (Santé Canada, 2002). Parmi les MCV, les cardiopathies ischémiques (angine et infarctus du myocarde) sont celles qui touchent le plus les populations canadiennes et québécoises (Santé Canada, 2002). Les maladies cardiovasculaires entraînent des conséquences pouvant influencer grandement la qualité de vie des personnes touchées, près de la moitié (49 %) des gens atteints de MCV se perçoivent comme étant en mauvaise santé. Ces personnes affirmaient également avoir des activités restreintes qui nécessitaient de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003).

Bien que les hommes soient atteints plus jeunes par cette maladie, les femmes n'en sont pas moins touchées. En janvier 2007, la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC) annonce que le nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires chez les femmes est similaire à celui des hommes. À ce jour, les femmes canadiennes sont plus susceptibles de succomber à un infarctus du myocarde que les hommes (Fondation des maladies du cœur du

Canada, 2008a). Ces nouvelles données quant à l'augmentation du nombre de femmes atteintes d'une MCV sont alarmantes et nous portent à croire que si la tendance se maintient, les femmes dépasseront les hommes d'ici quelques années.

Les MCV sont associées à des facteurs de risque augmentant leur progression ou les chances d'en être atteint. Certains de ces facteurs sont non-modifiables et d'autres modifiables. Les facteurs de risques non modifiables sont l'âge, le sexe, l'origine ethnique et les antécédents familiaux. Les facteurs de risques modifiables se rapportent au tabagisme, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité, à l'embonpoint et au stress. Ces derniers sont en lien avec les habitudes de vie (Johansen et al 1998). Ainsi, l'adoption de saines habitudes de vie permettent une diminution des principaux facteurs de risque modifiables. Diverses approches thérapeutiques sont aussi disponibles pour les personnes souffrant d'une cardiopathie ischémique. Celles-ci peuvent se voir offrir, dépendamment de leur condition de santé, un traitement pharmacologique, un pontage aorto-coronarien (PAC) ou une dilatation coronarienne transluminale percutanée (ACTP). Depuis plusieurs années, grâce à sa rapidité d'exécution et à ses excellents résultats, c'est-à-dire qu'elle permet la dilatation des artères coronaires obstruées avec risque minime de complications per et post-procédure, la ACTP est le traitement priorisé par le patient et l'équipe médicale. En effet, il y a 1,6 fois plus d'ACTP que de PAC. Entre 1994-1995 et 2000-2001, le nombre de d'ACTP a augmenté de 36 % (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Dans la région de l'Estrie, 399 ACTP ont été pratiquées en 2000 et on estimait à 459 celles exécutées en 2008 (Ministère de la Santé et des Services

sociaux du Québec, 2000). De plus, peu importe l'approche thérapeutique choisie, la modification de comportements à risque c'est-à-dire en lien avec les facteurs de risque modifiables est toujours fortement recommandée (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008). Toutefois, la personne en processus décisionnel de modification de comportements progresse à travers différents stades et ceux-ci peuvent être cycliques (Prochaska et Velicer, 1997). Ce processus est ardu, rempli d'obstacles et plusieurs éléments peuvent l'influencer (Ades, Waldmann, McCann et Weaver, 1992; Chouinard et Robichaud-Ekstrand, 2003; Gaw, 1992). L'infirmière peut, entre autre, jouer un rôle d'enseignement et de soutien auprès de la personne cardiaque afin de l'aider à initier le processus de modification de comportements (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2008b, Daugareil, 2010).

De façon générale, la modification des comportements à risque chez les personnes cardiaques ayant subi une ACTP est influencée par certaines caractéristiques. Celles-ci se rapportent aux croyances de la perception de la maladie (Cooper, Lloyd, Weinman, et Jackson, 1999; Karner, Dahlgren, et Bergdahl, 2004), aux aspects physiques tels que la fatigue (A. M. Karner et al., 2004; McSweeney et Coon, 2004), aux aspects psychologiques tels que la dépression, l'optimisme et le stress (Astin et Jones, 2006a; Astin et Jones, 2006b; Farley, Wade et Birchmore, 2003), au soutien des personnes significatives (Blumenthal et al., 1987; Karner et al., 2005; Karner et al., 2004; McSweeney et Coon, 2004), et finalement, à certaines variables sociodémographiques (Cox, Miller, et Mull, 1987). Cependant, ces caractéristiques ressortent d'études

composées d'échantillons majoritairement masculins et ne sont pas spécifiques aux femmes cardiaques. Pourtant, celles-ci ont une perception différente de la maladie que leurs homologues masculins (Emslie, 2005). Ainsi, les femmes ayant une maladie cardiaque ne reconnaissent pas les signes avant-coureurs de la maladie. De plus, celles-ci sont souvent confinées dans un double rôle, celui de femme vivant un épisode cardiaque, mais également celui de soutien de famille, de mère et d'épouse, avec toutes les préoccupations que cela implique (Emslie, 2005). D'une part, elles mettent leur famille en priorité au détriment de leur santé (Gulanick et al, 1998) et, d'autre part, elles perçoivent qu'elles sont traitées différemment des hommes par les professionnels de la santé (Emslie, 2005; Fondation des maladies du cœur du Canada, 2009).

Les caractéristiques identifiées ci-haut émergent d'études visant une population féminine ou masculine atteinte de maladie cardiaque sans prendre en considération le contexte du traitement reçu. Ainsi, la proportion de personnes, sans égard au sexe, ayant subi une ACTP est sous-représentée et ce, même si la ACTP est un épisode de soins spécifique. Celle-ci est souvent perçue comme curative, c'est-à-dire que nombreux sont les patients qui croient être guéri de leur maladie cardiaque suite à cette intervention. Étant rapide et peu douloureuse, elle fait en sorte de diminuer la conscientisation du patient par rapport à la chronicité de la maladie cardiovasculaire, de la gravité de celle-ci et de l'urgence de modifier ses comportements de santé. L'hospitalisation de courte durée, axée sur l'ACTP, restreint le temps consacré par le personnel infirmier pour interagir avec la personne afin de la soutenir dans son processus de modification des

comportements à risque. De plus, les interventions de soutien en modification des comportements à risque véhiculées en centre hospitalier sont guidées par la conduite à adopter auprès d'une clientèle masculine car les données probantes découlent d'études conduites auprès de cette population (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008). Cette approche se doit d'être différente pour les femmes subissant une ACTP, car en plus de ne pas accorder autant d'importance à leur maladie que les hommes, celles-ci ne vivent pas leur épisode de soins et leur processus de modification de comportements à risque de la même manière que les hommes (Emslie, 2005). Dans notre pratique, nous avons également pu constater à maintes reprises que les femmes subissant une ACTP sont craintives et déstabilisées suite à l'annonce de la maladie et de l'intervention subie. La modification de comportement à risque leur paraît être une montagne insurmontable qui peut cependant être accompagnée tout au long du processus par des infirmières (Daugareil, 2010). Cet accompagnement augmente les chances de réussite de modification de comportement.

Tout comme les hommes, les femmes cardiaques ont besoin d'être prises en considération par les professionnels de la santé. Ceux-ci doivent tenir compte des caractéristiques de ces femmes et les soutenir dans leur autoprise en charge (Hart, 2005). En agissant sur certains facteurs de risque de la maladie tels que le tabac, l'alimentation, la sédentarité, l'embonpoint et le stress, plusieurs auteurs (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2003; Nigg et al., 1999; Robinson et Sloan, 2000) s'entendent pour dire que la modification des comportements à risque et le maintien des comportements de santé ont un grand impact sur la

diminution de la progression de la maladie. Ainsi, les femmes peuvent réduire leur risque de maladie cardiaque jusqu'à 80 % en faisant de simples changements à leur style de vie (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008b).

En résumé, le nombre de personnes atteintes de MCV ne cessent de croître au sein de la population canadienne et québécoise. Plus spécifiquement, les femmes sont maintenant beaucoup plus à risque d'en être atteintes (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008). Celles-ci ont une perception de la maladie cardiaque différente de leurs homologues masculins et les interventions infirmières prodiguées doivent prendre en considération cette nouvelle réalité. Mais encore, le contexte de soins entourant l'ACTP n'est pas toujours adapté à la clientèle féminine. Par surcroît, la motivation à la modification de comportement se doit d'être renforcée lors de l'hospitalisation afin de diminuer la progression de la maladie.

La pratique infirmière doit être revue. Ainsi les infirmières ont un rôle important dans la sensibilisation et le soutien auprès des femmes ayant subi une ACTP. Ce rôle doit également être modulé en fonction des données probantes. Cette étude permettra une meilleure connaissance des caractéristiques présentes lors de la modification des comportements à risque de ces femmes. Elle permettra également de revoir la pratique infirmière en proposant des interventions infirmières mieux adaptées au contexte de soins entourant l'ACTP et au contexte de vie.

But de l'étude

Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques présentes lors d'un changement dans le processus de modification de comportements à risque chez les femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP).

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre aborde les thèmes principaux de l'étude : 1) les maladies cardiovasculaires, 2) les modifications de comportements à risque, 3) les études traitant des modifications de comportements à risque chez la clientèle cardiaque, 4) les principaux modèles de comportements de santé 5) des connaissances suite à la recension des écrits et finalement, 6) la présentation du cadre de référence de l'étude.

2.1 Maladies cardiovasculaires

En lien avec le vieillissement de la population, une augmentation graduelle de la population souffrant de maladie cardiovasculaire est prévue jusqu'en 2015 (Santé Canada, 2002). En 2005, 31 % des décès totaux de la population canadienne ont été causés par les MCV (Statistique Canada, 2009). Pour la même année, celles-ci causa 31 % des décès féminins canadiens (Statistique Canada, 2009). Les MCV sont des maladies progressives dont l'évolution peut cependant être ralentie. Celles-ci entraînent des conséquences pouvant influencer grandement la qualité de vie des personnes touchées, 49 % des gens atteints affirment être en mauvaise santé. En 2000, un pourcentage élevé de personnes souffrant d'une maladie cardiaque affirmait avoir des activités restreintes et nécessitait de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2003). Au niveau organisationnel et financier, les MCV coûtent à l'économie canadienne plus de 22,2 milliards de dollars annuellement en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en

perte de productivité (Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action, 2009).

Les MCV sont des maladies impliquant une lésion touchant l'appareil cardiovasculaire et se divisant en cinq grandes classes soit : la cardiopathie ischémique, la maladie vasculaire cérébrale, la maladie des artères et des capillaires, la maladie hypertensive ainsi que l'insuffisance cardiaque (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). De façon plus spécifique, les cardiopathies ischémiques regroupent l'angine et l'infarctus du myocarde. En 2005, 78 % des décès par les MCV ont été causés par les cardiopathies ischémiques (Statistique Canada, 2009). L'angine est provoquée par une réduction du flux sanguin diminuant ainsi l'apport de sang oxygéné au muscle cardiaque. Ce manque d'apport de sang oxygéné est, dans la plupart des cas, occasionné par une diminution de la lumière des artères coronaires causée par l'accumulation de plaque de gras (athéromateuse) sur la paroi interne de ces artères. Une angine non traitée peut conduire progressivement à l'infarctus du myocarde. Ce dernier est provoqué par l'obstruction complète d'une ou de plusieurs artères coronaires. L'obstruction est causée par un caillot ou un spasme. La douleur de l'infarctus ressemble dans sa nature à celle de l'angine de poitrine. Cependant, elle est durable, beaucoup plus forte et résiste à la prise orale d'une médication. La gravité de l'infarctus tient surtout à son étendue : plus l'artère obstruée irrigue une zone importante, c'est-à-dire une proportion importante du muscle cardiaque, plus l'infarctus est grave. Si l'atteinte au muscle cardiaque est très étendue, le fonctionnement du myocarde est altéré pouvant alors provoquer une insuffisance

cardiaque (Lewis, Heitkemper, et Dirksen, 2003). À ce jour, les femmes canadiennes sont 16% plus susceptibles de succomber à un infarctus que les hommes. Nombreuses sont celles qui ignorent leurs symptômes et qui ne cherchent pas à obtenir un traitement aussi rapidement qu'elles le devraient (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2008a).

Les approches thérapeutiques des cardiopathies ischémiques ont pour but de réduire les symptômes de la maladie et de ralentir la progression de celle-ci. Dépendamment de la condition cardiaque, des antécédents médicaux, des chances de réadaptation, des risques des procédures et du potentiel à la qualité de vie future, plusieurs traitements peuvent être envisagés pour la personne atteinte d'une cardiopathie ischémique. Le traitement pharmacologique permet de contrôler certains facteurs de risques non modifiables de l'angine ou de l'infarctus et permet également de diminuer et de prévenir les symptômes de la maladie (Gendreau, 2003). Une option chirurgicale peut également être envisagée. Le traitement chirurgical soit, le pontage aorto-coronarien (PAC), a fait ses débuts en Amérique du Nord au milieu des années cinquante (Gupta, Burke, et Bove, 2006). Celui-ci permet de diminuer ou d'enrayer les problèmes d'apport sanguin au muscle cardiaque provoqués par l'accumulation de plaques athéromateuses à l'intérieur des artères coronaires. Cette intervention implique l'utilisation d'un segment de vaisseau sanguin (artère ou veine) prélevé ailleurs dans l'organisme afin de créer un pontage destiné à contourner la section obstruée d'une artère coronaire. Bien que très efficace et offrant un excellent potentiel de qualité de vie future, cette intervention implique des risques et ne peut être offerte à toutes les

personnes souffrant d'angine ou d'infarctus du myocarde. Pour l'année 2007-2008, 4313 PAC ont été effectués dans l'ensemble du territoire québécois (Ministère de la santé et services sociaux 2008).

Bien différente du PAC, l'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) ou intervention coronarienne percutanée (ICP) offre une alternative de choix aux personnes souffrant d'angine ou ayant subi un infarctus. Il est important de spécifier que l'ACTP (première québécoise en 1977) est toujours précédée d'une coronarographie (Institut de Cardiologie de Montréal, 2007; Lewis et al., 2003). En effet, la coronarographie est l'examen diagnostiquant l'obstruction ou la diminution des artères du cœur. Lors de cet examen, s'il y a une obstruction favorable à un tel traitement, le cardiologue procédera à l'ACTP. Celle-ci est une procédure non chirurgicale destinée à ouvrir la lumière des artères soit par la pose permanente d'un tuteur (*stent*), ou temporaire d'un ballon gonflé à un endroit précis écrasant ainsi la plaque athéromateuse. Sans toutefois être un traitement permettant d'enrayer la maladie cardiaque, l'ACTP améliore la circulation sanguine du myocarde, diminuant ainsi les douleurs cardiaques et augmentant la qualité de vie et la capacité physique des personnes la subissant. Cette intervention, l'une des plus récentes techniques utilisées en centre hospitalier, est aussi l'une des plus pratiquées (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Entre 1994-1995 et 2000-2001, le nombre d'ACTP pratiquées chez les hommes et chez les femmes a augmenté de 36% (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). En 2000, il y a eu 9616 ACTP dans l'ensemble du Québec tandis que 16 435 québécois ont pu en

bénéficier au cours de l'année 2007-2008 (Ministère de la santé et services sociaux, 2008). Bien que l'ACTP n'ait jamais été démontrée comme une technique diminuant la mortalité reliée aux maladies coronariennes, elle présente l'avantage d'améliorer la qualité de vie des patients tout en étant une procédure peu invasive (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2000). Deux types d'hospitalisation sont possibles pour les personnes subissant une ACTP, l'hospitalisation d'urgence et l'hospitalisation planifiée ou dites élective.

Les cardiopathies ischémiques sont associées à des facteurs de risque augmentant leur progression ou les chances d'en être atteint. Certains de ces facteurs sont non modifiables comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique et les antécédents familiaux. D'autres facteurs de risques sont modifiables et se rapportent au tabagisme, à l'alimentation déficiente, à la sédentarité, à l'embonpoint et au stress. Nous retrouvons également l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et l'hypercholestérolémie, mais ces derniers sont davantage traités à l'aide d'une approche pharmacologique offerte par le médecin traitant et reposant sur l'observance de la personne à ce traitement (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité, l'embonpoint et le stress sont davantage en lien avec les habitudes de vie et représentent des comportements à risque des maladies cardiaques (Johansen, Nargundkar, Nair, Taylor, et Elsaadany, 1998). Une modification des comportements à risque permet une évolution des comportements de santé axée sur la diminution des principaux facteurs de risque influençant la maladie cardiaque.

Cette sous-section a permis d'approfondir les connaissances par rapport aux maladies cardiovasculaires, plus précisément les cardiopathies ischémiques. Elle a explicité les différents traitements, dont le plus utilisé, soit l'ACTP. L'importance des facteurs de risque modifiables pouvant augmenter la progression de la maladie a aussi été soulevé. Il ressort que même si l'ACTP est une intervention rapide et presque sans douleur, la personne la subissant doit tout de même effectuer des changements de comportement à risque en lien avec les habitudes de vie afin de ralentir la progression de sa maladie cardiaque.

2.2 Modifications de comportements à risque

Chez l'individu, la modification d'un ou de plusieurs comportements à risque ou l'adoption de comportement de santé est l'élément clé dans la réussite des changements d'habitudes de vie et facteurs de risques modifiables. Selon Ajzen et Fishbein (1980), le changement de comportements représente la modification d'une action ou façon de se comporter. Prochaska et Diclement (1994) vont cependant plus loin dans leur définition et caractérisent davantage la modification de comportement comme un processus cyclique, dynamique qui varie selon les individus. Mais encore, ceux-ci parlent de motivation à modifier un comportement et classifient différents stades de changement à travers ce processus de modification de la motivation à changer un comportement. L'approche de Prochaska et Diclemente reconnaît que la personne en phase de modification de comportement évolue à son rythme dans le processus. De plus, cette approche tolère les écarts de conduite temporaires et isolés.

Bien que la motivation à changer les comportements à risque soit un processus complexe, nous savons cependant que certains facteurs l'influencent grandement. Les croyances et les perceptions par rapport à la maladie représentent des facteurs intrinsèques à chaque individu. Celles-ci, bien que différentes pour tous, ont une grande influence sur la décision d'engendrer un comportement sain et le désir de le mener à terme. Par exemple, la personne doit se sentir prédisposée ou vulnérable à une maladie et la percevoir comme menaçante avant de se motiver à adopter de nouveaux comportements (Astin et Jones, 2004; Astin et Jones, 2006a; Astin et Jones, 2006b; Cooper et al., 1999). Certaines caractéristiques physiques peuvent également influencer la décision de modifier un comportement à risque ou de le maintenir. Celles-ci peuvent être de l'ordre de la présence de symptômes liés à la maladie ou au sevrage des certains facteurs de risque (ex. : tabac, alcool), à la fatigue et à la comorbidité. La présence de ces symptômes peut jouer le rôle de barrière et empêcher ou remettre en question le processus de recouvrement de santé, en inhibant la sensation de bien-être que devrait procurer la modification des comportements à risque (Ades et al., 1992; Gulanick et al., 1998; Wiles, 1998).

Par ailleurs, des éléments psychologiques tels que le stress, la dépression, l'anxiété et la peur peuvent affecter de manière négative la modification des comportements à risque (Brink et Grankvist, 2006; Farley et al., 2003; McSweeney et Crane, 2001; McSweeney et Coon, 2004; Turner, Bethell, Evans, Goddard, et Mullee, 2002). Des facilitants psychologiques tels que le courage, la sensation de bien-être, l'augmentation de l'estime de soi ainsi que le désir d'indépendance ont également été identifiés dans diverses études (Eastwood,

2001; Karner et al., 2005; McSweeney et Crane, 2001; Sutherland et Jensen, 2000). C'ertaines caractéristiques relationnelles tels que le soutien des proches, des professionnels de la santé ainsi que la spiritualité offrent également une aide inégalable dans la réalisation d'un changement d'un comportement à risque. En effet, la présence de personnes offrant assistance, encouragement et écoute permet au malade cardiaque de se sentir entouré et encouragé dans son processus de recouvrement de santé et de modification des comportements à risque. Les personnes trouvant un réconfort dans la spiritualité peuvent également avoir plus de facilité à maintenir un comportement de santé (Crane et McSweeney, 2003).

En dernier lieu, nous savons également que certaines caractéristiques ont une certaine influence sur les modifications de comportements à risque. En effet, l'âge, le genre, l'emploi exercé, les personnes à charge, le revenu ainsi que le niveau d'éducation peuvent exercer un certain rôle dans le processus de changement de comportements.

En résumé, la modification d'un comportement à risque est un processus cyclique dans lequel la personne traverse différents stades. Cette modification de comportement peut être influencée par des caractéristiques intrinsèques tels que la perception et les croyances antérieures par rapport à la maladie, le courage, la dépression etc. Des caractéristiques extrinsèques tels que l'environnement, le soutien des proches, l'accessibilité des services de réadaptation cardiaque, etc. peuvent également avoir un impact sur la décision d'engendrer ou de maintenir un comportement de santé. La prochaine section permettra de faire le lien entre la

modification de comportements à risque et les personnes ayant une maladie cardiaque.

2.3 Modifications de comportements à risque chez les personnes ayant une maladie cardiaque

Les études présentées dans cette section se rapportent à la modification des comportements à risque chez la clientèle cardiaque. La première étude présentée s'intéressant aux femmes cardiaques. Les autres études présentées ont été conduites auprès d'hommes et de femmes cardiaques ainsi qu'une étude spécifiquement au contexte d'ACTP, même si celle-ci a été réalisée auprès d'une population masculine. Finalement, une méta-analyse publiée en 2004 faisant ressortir les différences entre les hommes et les femmes ayant vécu un événement cardiaque, sera exposée.

Études chez les femmes

McSweeney, en collaboration avec Coon (2004) et Crane (2003), s'est intéressée aux femmes ayant subi un IM. Cette étude qualitative permet d'identifier ce qui motive ces femmes à modifier leurs comportements à risque. Les résultats de cette étude sont rapportés dans deux articles scientifiques. Chacun des articles présente des résultats différents. Notamment, McSweeney a pris soin de diviser son échantillon en deux parties : celles qui n'adhéraient pas à un programme de réadaptation cardiaque (Crane et McSweeney, 2003) et celles qui y adhéraient (McSweeney et Coon, 2004). À la base, les critères d'admissibilité de l'étude étaient d'avoir vécu une première expérience d'IM dans les dernières 6

semaines à 12 mois et de parler anglais. Les données du *Health Status Form*, un outil créé par les auteurs, étaient également prises en considération dans la description de l'échantillon.

Afin de pouvoir différencier les facilitateurs et les barrières des femmes adhérant à un programme de réadaptation cardiaque et de celles n'y adhérant pas, Crane et McSweeney (2003) ont rencontré les femmes participant à l'étude, mais n'ayant pas adhéré à un programme de réadaptation cardiaque. Quinze femmes ont été rencontrées à la maison lors d'une entrevue initiale d'une durée approximative de 2h30 minutes. En plus du *Health Status Form*, les sujets devaient répondre au *Geriatric Depression Scale*. Des questions ouvertes étaient aussi posées. La question initiale était : « Maintenant que vous avez le temps de penser à votre état de santé, quelle est selon vous la cause de votre IM ? » La question secondaire était: « Qu'avez-vous fait pour prévenir un IM futur? » Un suivi téléphonique (15-30 minutes) servant à clarifier les propos tenus lors de l'entrevue initiale a également été fait deux semaines suivant la première entrevue.

Le manque de soutien financier et le manque de soutien social ont été identifiés comme barrières principales à la modification des comportements à risque chez cette clientèle féminine. La culture a également été citée par certaines femmes qui avaient l'impression que leur alimentation ne pouvait pas se prêter aux modifications alimentaires recommandées par les professionnels de la santé.

Les facilitateurs ressortis quant à eux sont : le soutien des amis et de la famille, le soutien spirituel, le soutien financier et ainsi que l'intégration d'un style de vie sain avant l'évènement.

Pour la deuxième partie de l'étude, McSweeney et Conn (2004) avaient comme objectif d'identifier les barrières et les facilitateurs aux modifications des comportements à risque des femmes ayant subi un IM et étant adhérentes à un programme de réadaptation cardiaque. Quarante femmes ayant subi un IM dans les derniers 6-24 mois et qui étaient adhérentes à un programme de réadaptation cardiaque ont été rencontrées à la maison. La première rencontre était d'une durée approximative de 2h30 minutes. La question initiale était : « Qu'avez-vous changé dans votre vie depuis votre crise de cœur ? » Un suivi téléphonique était également assuré (15-30 minutes) afin de clarifier les propos tenus lors de l'entrevue initiale.

Suite à l'analyse des verbatims, les éléments influençant la participation à la réadaptation cardiaque identifiés sont d'abord, le soutien social qui représente les encouragements fréquents de la famille et la présence de celle-ci dans le processus de modifications des comportements à risque. L'aspect financier a également été un élément identifié. Un troisième aspect étant perçu comme facilitant est la motivation qui peut être représentée par la persévérance intrinsèque qui aide à modifier et à maintenir un changement de comportements à risque. Finalement, le dernier aspect cité par ces femmes est l'environnement, c'est-à-dire la proximité des ressources extérieures, soit les parcs, les piscines, les aires de repos, etc. (McSweeney et Coon, 2004).

Les inhibiteurs identifiés sont pour leur part : le manque de ressources financières, l'environnement (par exemple, la mauvaise température ou l'accès difficile au centre de conditionnement physique), le manque de soutien social ainsi que les problèmes physiques et symptômes associés à la maladie. Ces derniers peuvent se définir par exemple par l'incapacité de marcher, la sensation d'avoir le souffle court ou la présence de comorbidité. Finalement, la réduction de la qualité de vie représentée par les restrictions qu'amène le nouveau statut de malade cardiaque a également été citée comme une barrière importante à la modification des comportements à risque ou l'adoption de comportement de santé.

Étude chez les hommes et femmes

Dans leur étude descriptive qualitative de type *focus group* publiée en 1998, Gulanick et ses collaborateurs avaient pour objectifs d'examiner la réaction des patients lors de la suggestion de changements de comportements et d'identifier les barrières et les facilitateurs à la diminution des facteurs de risque reliés à la maladie cardiaque. Ces informations ont été recueillies auprès d'un échantillon non probabiliste de convenance composé de 45 personnes, dont 19 femmes ayant subi une ACTP dans les derniers 3 à 18 mois. Les sujets ont été divisés en sept groupes. Chaque groupe a ensuite participé à cinq sessions de discussion. Le rôle du chercheur présent était de diriger les sessions à l'aide de catégories prédéterminées concernant l'expérience en lien avec le processus de réadaptation à la santé. Les données ont été recueillies jusqu'à saturation (cinq ou six sessions). Il ressort de l'analyse des données (Gulanick et al., 1998) que les

facilitants à la modification des comportements à risque identifiés sont : la nouvelle nutrition qui est agréable et stimulante, les aliments santé qui sont maintenant accessibles dans les supermarchés et les restaurants, l'aide d'une nutritionniste pour la diète, la permission de tricher occasionnellement, le désir de rester en vie, la sensation d'avoir le contrôle sur sa maladie, la participation à un programme de réadaptation cardiaque et le soutien des proches. Les barrières à la modification de comportements à risque identifiées sont quant à elles : le manque de soutien du conjoint ou de la famille, la sensation de mener une double vie (ex. devoir préparer deux repas), les restrictions alimentaires, les contradictions des informations véhiculées dans les médias, une mauvaise autoprise en charge de la maladie, la peur de vivre une autre crise d'angine ou infarctus, le stress engendré par le nouvel état de santé et le manque de volonté.

Dans le même ordre d'idées, l'étude qualitative descriptive de Karner et de ses coll. (2005), faite auprès de 113 sujets (29 femmes), avait pour but d'explorer comment les personnes en phase de réadaptation cardiaque identifiaient les facteurs facilitants et contraignants au changement des comportement à risque. Les entrevues couvraient cinq domaines soient : l'exercice physique, la diète, le stress, la cigarette et les traitements pharmacologiques.

Quatre catégories, représentant des caractéristiques, ont émergé de l'analyse de données des verbatims : la motivation somatique, la motivation sociale et pratique, la motivation cognitive et la motivation affective (Gulanick et al., 1998; Karner et al., 2005). La motivation somatique représente l'expérience des sensations et des signaux perçus par rapport à la maladie. La motivation

somatique peut être directe (ex. se sentir bien) ou indirecte (connaissance du taux de cholestérol qui incite à modifier l'alimentation). La motivation sociale et pratique est formée de trois sous-groupes soit : le souci partagé par les pairs ou le réseau de soutien, les changements de conditions (ex. amélioration des conditions de travail ou du climat familial) et les facteurs environnementaux externes (beau temps, proximité des parcs ou aires de détente). La motivation cognitive, quant à elle, représente les croyances en regard des changements d'habitude de vie. Cette catégorie est aussi divisée en deux sous-thèmes soit : les décisions actives (prise par l'individu, ex : décider de modifier son alimentation) et la routine/habitude de vie (se planifier 30 min d'activité physique/jour). Finalement, la motivation affective résulte des émotions affectant la modification des comportements à risque. Cette catégorie est divisée en trois sous-thèmes soit : la peur/répugnance (peur d'avoir des douleurs lors de l'activité physique, avoir le dégoût de sa maladie), l'estime de soi/limitation (perte de contrôle de sa vie, se sentir restreint, ne pas pouvoir faire les activités que l'on veut) et la satisfaction immédiate des besoins (être obligé de se reposer même quand on n'a pas le temps de le faire).

Jean C. McSweeney (1993), a quant à lui conduit une étude descriptive qualitative, qui avait pour but d'identifier les facteurs qui, selon les sujets, ont contribué à leur capacité d'amorcer et de maintenir des changements de comportements à risque, après un événement cardiaque. En utilisant le modèle culturel de la santé de Kleinmans (1980), qui permet d'explorer les facteurs influençant ou inhibant les changements de comportements à risque, l'auteur a rencontré huit dyades d'époux/épouse, dont sept hommes et une femme ayant subi un IM dans les derniers 6 à 15 mois. Les huit sujets ayant subi une ACTP devaient

également avoir complété trois mois du même programme de réadaptation cardiaque, avoir un proche significatif consentant à participer à l'étude, parler et comprendre l'anglais et finalement être âgés entre 35 et 72 ans. Ces entrevues ont eu lieu au domicile des participants, sur une période de 7 mois. Lors de l'entrevue initiale, la dyade était vue séparément. Une seconde entrevue était conduite auprès du couple. Les entrevues à questions ouvertes duraient environ de 1h30 à 2h30. La question initiale pour chaque entrevue était : « Comment est votre vie depuis l'évènement cardiaque? ». Par la suite, des questions secondaires étaient posées, par exemple : « Est-ce que votre proche et vous avez effectué des changements depuis l'évènement? » et « Qu'est-ce qui vous a aidé ou fait obstacle pour effectuer ces changements? ». Des entrevues de suivi étaient ensuite faites afin de clarifier les sens et la signification des affirmations des réponses aux questions de la rencontre initiale et donner l'opportunité aux sujets d'élaborer sur leurs propos. Cependant, l'auteur ne mentionne pas quel est l'intervalle de temps entre l'entrevue initiale et celle du suivi.

Les facilitants identifiés sont les mêmes pour chaque membre de la dyade. Ils sont au nombre de quatre soit : l'automotivation, l'expérience de l'exercice, le soutien non professionnel et spirituel ainsi que les interventions professionnelles. L'automotivation représente les croyances et les pensées intrinsèques qui aident à la promotion des actions et attitudes. Par exemple, la personne fait des changements, car elle croit que cela va l'aider à vivre plus longtemps. L'expérience de l'exercice quant à elle, signifie le sentiment agréable qu'apporte l'exercice physique. Pour ce qui est du soutien non professionnel et spirituel, celui-ci est défini comme une source externe d'encouragements provenant des

amis/familles ou d'un être divin. Finalement, les derniers facilitateurs sont les interventions professionnelles, qui représentent une aide externe d'encouragement et de soutien permettant d'entreprendre ou de maintenir une modification de comportement. Les programmes de réadaptation offerts et les enseignements faits par le personnel infirmier en sont de bons exemples.

Cinq barrières à la modification des comportements à risque ont été identifiées suite à l'analyse des verbatims (McSweeney, 1993). Les barrières identifiées sont les mêmes pour les deux membres de chaque dyade, les auteurs n'ont donc pas différencié les réponses des époux et des épouses. Celles-ci sont : l'attitude résistante, les restrictions financières, le manque de soutien social, l'environnement ainsi que le soutien inadéquat des professionnels de la santé. L'attitude résistante se caractérise par les pensées ou les croyances qui influencent le défaitisme par rapport à une situation donnée. Par exemple, les personnes qui croient qu'il est trop tard pour changer ou que cela ne mènera à rien. Les restrictions financières quant à elles agissent comme inhibiteur dans l'accessibilité des ressources telles que l'achat d'équipement, de médication, de nourriture santé, d'abonnement à un centre de conditionnement physique, etc. Parallèlement, l'environnement joue un rôle quant à la proximité et à l'accessibilité des ressources par exemple, les parcs, les piscines, les centres de conditionnement physique, les milieux urbains et ruraux, la température, etc. Finalement, le soutien inadéquat des professionnels agit comme une barrière à la modification de comportements lorsque par exemple, il y a discordance dans les propos des professionnels de la santé.

McSweeney (1993) précise que les propos des membres des dyades étaient similaires. Cependant, elle ne mentionne pas s'il y avait des discordances, même minimales, entre les hommes et les femmes. De plus, les hommes ayant subi un IM étant présents en majorité dans l'étude, l'auteur ne semble pas prendre en considération l'effet du sexe du proche aidant et de son rôle dans la famille, c'est-à-dire l'épouse qui initie la modification des comportements à risque pour soutenir son époux. Finalement, l'échantillon comprenant seulement une femme atteinte d'un IM, nous ne pouvons transférer à l'ensemble des hommes et des femmes ayant subi un IM.

Cooper et ses coll. (1999) abondent également dans le même sens avec leur étude qui avait pour but de déterminer si les croyances sur la santé tenues lors de l'hospitalisation par les patients souffrant d'un IM ou qui ont subi un PAC peuvent prédire l'assistance à un programme de réadaptation cardiaque (RC). Pour ce faire, ceux-ci ont utilisé une approche quantitative descriptive prospective. L'échantillon constitué de 137 sujets, dont 32 femmes, a été divisé en trois groupes : avoir subi un IM (groupe 1), avoir subi un PAC (groupe 2) et avoir subi un IM et un PAC (groupe 3). Chaque sujet devait remplir un questionnaire maison comprenant : caractéristiques sociodémographiques, profil médical, intention de modifier ses comportements à risque, perception de la maladie (*Illness Perception Questionnaire*) et histoire médicale de l'IM. Ce questionnaire était rempli avant le congé et lors du suivi postal ou téléphonique six mois post-hospitalisation.

Suite à l'analyse des résultats, 40 % des patients ont modifié leurs comportements à risque bien que 96 % des patients avaient l'intention de les

modifier leurs lors de l'hospitalisation ($p < 0.001$) (Cooper et al., 1999). La perception de la maladie lors de l'hospitalisation a influencé grandement la modification de comportements en post-hospitalisation. Ainsi, les sujets croyant davantage que leur maladie est en lien avec leur style de vie, c'est-à-dire que celle-ci est d'origine comportementale, qu'elle est contrôlable et qui ont de meilleures connaissances par rapport à leur maladie, démontrent un plus haut taux de modification de comportements à risque après l'évènement cardiaque.

Mais encore, certains aspects psychologiques peuvent grandement influencer la décision d'initier ou de maintenir une modification de comportements à risque. Astin et ses coll. (2005) désiraient mettre en lumière la prévalence et les trajectoires de l'anxiété (*State-Trait Anxiety Inventory*) et de la dépression (*State-Trait Anxiety Inventory*) des patients avant et après une ACTP. Le but de cette étude corrélationnelle était de décrire le niveau d'anxiété et de dépression rapporté par les patients en pré et post-élective ACTP et de déterminer les associations évidentes entre l'anxiété et la dépression et les variables sociodémographiques et cliniques. Les sujets étaient rencontrés en pré-ACTP (T1), entre six et huit semaines suivant la ACTP (T2) et entre six et huit mois suivants la ACTP (T3). L'échantillon était composé de 117 sujets, dont 29 femmes.

En regard à l'analyse des résultats, l'anxiété a été plus élevée chez les hommes et les femmes ayant subi une ACTP que chez la population en général. Cependant, les femmes ont un résultat plus élevé d'anxiété et de dépression aux T1, T2 et T3 que les hommes. La dépression, quant à elle, diminue du T1 au T2,

mais augmente au T3 (MANOVA $F(2,232) = 26.7, p < 0.000$) pour les deux sexes. Pour ce qui est des variables sociodémographiques et de la présence à un programme de RC : il est ressorti que le genre, le statut matrimonial ainsi que l'assistance à un programme de RC, n'ont aucun effet sur le résultat de l'anxiété et de la dépression. Ces résultats peuvent être attribués au fait que la plupart des sujets de l'échantillon vivaient seuls et que la puissance de l'étude n'était pas assez forte pour détecter une association entre ces variables (Astin, Jones, et Thompson, 2005) (Astin et Jones, 2006b).

Cette étude d'Astin et de ses coll. apporte un éclaircissement sur les liens corrélationnels entre la maladie, la représentation de celle-ci selon les patients ainsi que sur l'anxiété et la dépression caractérisant cette clientèle. Cependant, même si le taux de réponse de cette étude est excellent, le faible taux de femmes dans cet échantillon (25 %) nous porte à croire que les résultats de cette étude ne sont pas nécessairement représentatifs de la situation des femmes ayant subi une ACTP.

Études chez les hommes

Une étude d'Eastwood (2001) avait pour but de détailler le raisonnement et les influences derrière les décisions des hommes qui modifient ou non leur style de vie après une première ACTP. Le devis choisi fut une étude de cas faite auprès de quatre hommes ayant subi une première ACTP, parlant anglais et ne participant pas à un programme de réadaptation cardiaque. Les sujets ayant subi des complications majeures durant ou après l'intervention ainsi que ceux présentant des comorbidités sérieuses furent exclus. Les hommes furent rencontrés trois mois

après la fin de leur hospitalisation. Il s'agissait d'une entrevue composée de questions ouvertes et fermées. La question initiale était : « Pouvez-vous me parler de votre vie depuis votre intervention cardiaque? » La direction de l'entrevue dépendait ensuite de la réponse du patient. Trois sous-questions ont été incluses à l'entrevue afin de garder l'accent sur le but de l'étude. Celles-ci abordaient la perception des participants de leur état de santé, le changement de vie vécu depuis l'évènement et leur contexte familial.

Suite à l'analyse des verbatims, les résultats ont été envoyés aux sujets afin de les valider (Eastwood, 2001). Une réponse positive ou une absence de réponse fut considérée comme un accord avec les résultats obtenus. Cinq facteurs majeurs pouvant influencer la décision d'engendrer une modification de comportements à risque suite à une ACTP, sont ressortis de l'analyse des données. Le premier aspect est l'aspect psychologique qui représente le sentiment de bien-être et l'amélioration de la qualité de vie suite à l'ACTP ou à la modification d'un comportement à risque. Le deuxième aspect est les considérations familiales qui ont davantage été identifiées comme barrière pour ce qui est de la présence de personnes à charge et comme facilitant dans le cas d'encouragements fréquents de la part de la famille immédiate ou de personnes significatives. Le troisième aspect est le retour au travail, plus spécifiquement, la nature, le lieu et l'horaire du travail qui agissent comme facilitant ou barrière à la modification de comportements. L'auteur affirme que les hommes qui ont un horaire de travail fixe, par exemple, modifient davantage leurs comportements à risque. Le quatrième aspect est la réadaptation cardiaque. En effet, dans cette étude, l'absence à des programmes de réadaptation cardiaque était très présente et les hommes affirmaient ne pas en

ressentir le besoin, ce qui agissait comme barrière selon l'auteur. Finalement, le dernier élément est la coïncidence des événements, c'est-à-dire que pour certains hommes rencontrés, l'évènement cardiaque et la modification de comportements à risque coïncidaient avec un temps de leur vie où ils se devaient d'effectuer une mise au point et des changements d'habitudes de vie. Cependant, dans le cadre de cette étude, seulement un des quatre hommes a modifié ses comportements de santé et a obtenu des résultats remarquables en regard à l'augmentation de sa qualité de vie.

Différences entre les hommes et les femmes

Esmlie (2004) a utilisé la méta-analyse en 2004 afin de faire ressortir les différences entre les hommes et les femmes en présentant l'ensemble des écrits discutant de l'expérience des patients vivant avec une maladie coronarienne. L'auteur a répertorié les études dans les banques de données *MEDLINE*, *EMBASE*, *CINAHL*, *PREMEDLINE*, *PsychINFO*, *Social Sciences Citation Index* et *Web of Sciences*. Il a utilisé les mots-clés s'apparentant à la maladie coronarienne soit : *myocardial infarction*, *angina*, *acute heart infarction* et *chest pain*. Au départ, 569 études ont été recensées. En respectant les critères d'inclusion suivants : article publié en anglais avant le 1er janvier 2004 (exclusion des thèses, livres ou chapitres de livre), étude qualitative mettant l'accent sur l'expérience des patients atteints d'une maladie coronarienne, utilisant la méthode qualitative en laissant la place à l'individu qui vulgarise son expérience dans ses propres mots, un total de 60 études a été retenu. Ces études ont ensuite été divisées en trois groupes dépendamment de la composition de l'échantillon :

hommes seulement (dix études, trois de celles-ci ont inclus une ou deux femmes, mais ne justifient pas le pourquoi), hommes et femmes (29 études) et femmes seulement (20 études). Sur les 59 études, 40 provenaient des États-Unis ou du Royaume-Uni. Trente se sont concentrées sur l'expérience du patient ayant subi une IM, 13 se sont penchées sur les patients avec une maladie coronarienne en général, quatre ont examiné les patients faisant de l'angine, trois avec des douleurs sternales et quatre ont priorisé les patients insuffisants cardiaques.

Suite à l'analyse des résultats de ces études, quatre thèmes principaux ont été cités par rapport aux différences dans l'expérience de la maladie des hommes et des femmes. Le premier thème retenu est l'interprétation des symptômes et la demande d'aide. Les hommes cardiaques se fient davantage sur leur épouse pour la reconnaissance des symptômes et des habitudes saines à adopter. Les femmes cardiaques quant à elles, croient davantage que la maladie cardiaque est une maladie d'homme. Elles croient aussi que leur santé est non prioritaire et ont également la préoccupation de ne pas vouloir déranger les autres avec leurs problèmes de santé. Le second aspect retenu concerne, les croyances par rapport aux candidats aux maladies coronariennes. La clientèle masculine ne se voit pas comme réellement malade et ne se voit pas atteinte d'une maladie cardiaque. Les femmes, quant à elles, sont difficiles à diagnostiquer, car elles se fient aux symptômes typiques (douleur sternale et engourdissement au bras gauche) alors qu'elles ne les présentent pas et croient qu'elles ne peuvent être atteintes d'une telle maladie si leur style de vie est sain. Le troisième aspect, les relations avec les professionnels de la santé, est aussi perçu différemment. Les femmes ont peur de déranger le médecin et de passer pour plaintives, faibles ou même

hypocondriaques. De plus, elles trouvent qu'elles sont traitées différemment que les hommes par les professionnels de la santé. Finalement, les hommes ont plus de facilité à conjuguer travail et vie familiale. En effet, ceux-ci savent différencier les tâches qui doivent être faites à la maison et au travail et apprécient les attentions particulières et l'aide reçue des membres de leur famille. Les femmes, quant à elles, mettent en priorité leurs responsabilités familiales, leur rôle de mère, d'épouse et perçoivent mal l'aide reçue de la part des proches, surtout celle des enfants et se sentent incomprises par leur conjoint.

2.4 État des connaissances

En résumé, toutes les études recensées se rapportent à un contexte déclenché par un évènement cardiaque. De celles-ci, seulement trois études ont su mettre en évidence la perception des femmes en regard à la modification des comportements à risque et de l'expérience vécue de la maladie cardiaque. Les facilitateurs à la modification des comportements à risque identifiés, suite à ces études, sont le soutien financier, le soutien social, l'environnement, la motivation ainsi que l'inclusion d'un style de vie sain avant l'évènement. Les barrières soulignées sont quant à elles, le manque de soutien financier et social, l'environnement, l'anxiété, la dépression, la présence de symptômes physiques tels que la fatigue ainsi que la comorbidité. Cependant, certaines études s'intéressant aux hommes et aux femmes, mais sans apporter une attention particulière à différencier les aspects pour chacun des deux groupes, ont retenu comme facilitateurs : avoir une alimentation saine accessible, avoir une perception positive de la maladie, avoir une certaine expérience de la maladie et pratiquer de l'activité physique avant

l'évènement cardiaque. Des barrières à la modification de comportements à risque ont également été mises en évidence telles que : les restrictions associées à la diète, la peur de subir un second évènement cardiaque, le stress, le manque de volonté et le manque d'optimisme. Comme nous pouvons le remarquer, plusieurs aspects tels que le soutien financier, social et l'environnement reviennent tant comme facilitateurs que comme barrières. Ceux-ci sont également présents tant dans les études conduites auprès des femmes que celles comportant un échantillon d'hommes et de femmes. Le tableau 1 suivant présente l'ensemble des facilitateurs et des barrières retrouvés dans la recension des écrits.

Tableau 1 Facilitateurs et barrières retrouvés dans la recension des écrits.

	Facilitateurs	Barrières
Femmes N = 3 études	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation • Environnement • Soutien social • Soutien financier • Style de vie sain avant l'évènement • Optimisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Stress • Environnement • Soutien social • Soutien financier • Symptômes physiques/ fatigue • Comorbidité
Hommes/Femmes N = 6 études (2 ACTP)	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité de manger santé • Soutien social • Croyances et perception de la maladie • Désir de rester en vie • Expérience de l'exercice physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien social • Diète • Peurs • Stress • Manque de volonté • Manque d'optimisme • Soutien financier • Environnement

Il nous est possible de regrouper ces barrières et ces facilitateurs selon certaines dimensions individuelles : caractéristiques physiques (fatigue, symptômes physiques, comorbidité), caractéristiques psychologiques (optimisme, dépression, stress, peur, manque de volonté), caractéristiques relationnelles (soutien social : famille, amis, personne significative), les croyances et les

perceptions par rapport à la maladie (représentation de la maladie). Ces caractéristiques ont une certaine influence sur les modifications des comportements à risque de la clientèle cardiaque. Cependant, très peu d'information spécifique aux femmes est disponible.

Cette sous-section a permis d'établir que la modification des comportements à risque des femmes ayant subi une ACTP est un phénomène dont l'exploration débute. Quelques études sont présentes, de type exploratoire et utilisant une approche qualitative. Quelques études qui comparent les hommes et les femmes mettent en lumière les différences entre les deux clientèles, mais aucune information n'est donnée sur le traitement reçu lors de l'hospitalisation. Mais encore, les femmes y sont toujours en très petite proportion. Par ailleurs, aucune étude ne considère les caractéristiques pouvant être présentes lors de la modification de comportements à risque chez les femmes ayant subi une ACTP. De plus, bien que ces études discutent de modifications de comportements à risque, aucune ne semble utiliser un modèle théorique de comportement de santé en particulier.

2.5 Modèles de comportements de santé

Cette section décrira les principaux modèles de changement de comportement recensés dans les écrits. Tel que mentionné dans la précédente sous-section, une modification de comportement à risque peut être influencée par plusieurs caractéristiques. Plusieurs auteurs se sont penchés sur le phénomène complexe de la modification de comportement à risque et plusieurs modèles ont émergé afin d'aider chercheurs et cliniciens à soutenir les personnes désireuses de

modifier un ou des comportements de santé. Selon Robichaud-Ekstrand et coll. (2001), les modèles de comportements de santé peuvent être divisés en trois grandes classes soient les théories cognitives, les théories de la personnalité et les modèles de planification de programmes. Dans cette section, seuls les modèles basés sur les théories cognitives (Robichaud-Ekstrand, Vandal, Viens, & Bradet, 2001) seront présentés considérant que ceux-ci sont davantage centrés sur l'individu, sur ce qui le caractérise et sur l'atteinte d'un objectif précis soit : la modification de comportement de santé.

Modèle des croyances relatives à la santé. Le modèle des croyances relatives à la santé (Becker, 1975) oriente ses composantes vers les influences cognitives qui agissent sur le comportement. Quatre composantes sont incluses dans le modèle orienté vers le patient : la perception de sa vulnérabilité à la maladie, la perception de la sévérité des conséquences, la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie et les croyances en l'efficacité de l'action préventive. Bien que ce modèle soit orienté directement vers les comportements de santé, il ne prend en considération que les facteurs externes pouvant influencer l'individu lors de sa modification de comportement. Les barrières pouvant empêcher ou diminuer la modification de comportement ne semblent pas être prises en considération dans le processus, et ce, bien qu'il a été démontré que plusieurs barrières externes peuvent influencer la personne cardiaque en modification de comportement (Ades, Waldmann, McCann, & Weaver, 1992; Blumenthal et al., 1987).

Théorie de l'action raisonnée. Fishbein et Ajzen (1975) affirment que c'est l'intention qui détermine le comportement de santé. Mise à part cette intention, deux autres facteurs peuvent influencer l'intention et l'atteinte de l'objectif (modification de comportement). Le premier facteur est l'attitude, c'est-à-dire, les sensations et sentiments ressentis lors d'un comportement ciblé soient l'attitude et la norme sociale subjective. Le deuxième est la perception des influences sociales définie par les normes sociales subjectives, représentées par les perceptions et influences qu'un individu perçoit en regard de ces comportements (Fishbein & Ajzen, 1975). Bien que les construits et les composantes de cette théorie soient clairs et précis, la théorie de l'action raisonnée ne peut être utilisée pour étudier un comportement à long terme ou qui évolue dans le temps (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Malgré que des variables externes soient incluses au modèle, celui-ci ne prend pas en considération les aspects physiques de la personne, ses antécédents ou même son environnement.

Théorie de l'action planifiée. Cette théorie complète la théorie de l'action raisonnée proposée par Fishbein et Ajzen (1975). Les auteurs affirment que ce nouveau modèle émerge des limitations liées aux comportements sur lesquels les individus n'avaient qu'un contrôle partiel. Pour ce faire, ils ont ajouté une troisième variable qui, selon eux, influencerait l'intention d'effectuer un comportement : la perception du contrôle sur le comportement (Ajzen & Fishbein, 1980). Deux dimensions composent la théorie de l'action planifiée soit : la probabilité estimée par la personne de rencontrer des facilitateurs ou des barrières à la modification de comportement et la perception de l'importance de cette

condition facilitante ou barrière. Cette perception peut avoir une influence sur l'intention de changer de comportement (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Bien que cette théorie introduise les facteurs facilitants et les barrières à un modèle de modification de comportement, celle-ci ne prend pas en considération d'autres facteurs externes tel que le soutien des proches, l'environnement, les variables sociodémographiques, etc., et l'influencent de ces facteurs sur la modification de comportement.

Théorie de l'efficacité personnelle perçue. Cette théorie se base sur le principe que certains facteurs psychologiques créent et renforcent la conviction de pouvoir effectuer avec succès le comportement requis pour atteindre le but recherché (Bandura, 1977). Celle-ci appuie également Rotter (1966) qui affirme que la croyance en l'efficacité du comportement et la croyance en l'efficacité personnelle amène un individu à modifier le comportement désiré. La confiance peut atteindre différents degrés en fonction du succès répété d'une performance ou d'une adoption de comportement, de l'apprentissage de l'observation, de la persuasion verbale et de l'éveil émotionnel des sensations physiques (Bandura, 1977). Les échecs occasionnels sont également tolérés et le modèle prend en considération les connaissances antérieures ou celles des pairs dans l'évaluation de la performance personnelle (Ewart, Taylor, Reese, & DeBusk, 1983). Créer à partir d'un construit facile à opérationnaliser (Robichaud-Ekstrand et al., 2001), le modèle illustre le sentiment de maîtrise ou de contrôle du comportement à travers sa propre perception de son efficacité ou de sa réussite. Cependant, celui-ci ne semble pas accorder d'importance aux facteurs externes, autres que la réussite des

pairs, sur l'adoption ou non d'un comportement de santé. De plus, les qualités intrinsèques de l'individu comme sa perception de la maladie ou ses symptômes physiques sont absentes du modèle.

Théorie des comportements interpersonnels. Exposée par Triandis (1977), la théorie des comportements interpersonnels est formée de trois composantes : l'intention d'adopter un comportement, la force de l'habitude devant le comportement et la présence de conditions facilitantes ou barrières à l'adoption de comportement. En 1984, Valois ajoute au modèle quatre déterminants pouvant influencer l'intention de modifier le comportement. Ceux-ci peuvent être cognitifs, affectifs, sociaux ou moraux. Mais encore, des variables externes telles que l'histoire, la culture, la situation sociale, les facteurs génétiques, la personnalité, etc., peuvent également influencer l'intention et les facteurs de prédiction de la modification de comportement (Valois, 1984). Il est intéressant de constater l'inclusion de déterminants de différentes sources (cognitive, affective, sociale, morale), ce qui démontre que l'influence de la modification de comportement peut émerger de différentes motivations. L'inclusion des variables externes dans les modèles est également importante. Cependant, l'inclusion de la force de l'habitude comme déterminant du comportement ouvre peu de pistes pour l'élaboration d'interventions visant l'amélioration de l'assiduité aux comportements de santé (Robichaud-Ekstrand et al., 2001).

Modèle transthéorique. Dans ce modèle, il est suggéré que le changement de comportement s'effectue au cours d'une démarche constituée de différents

stades ordonnés de façon chronologique, soient : la précontemplation (aucune intention de modifier un comportement), la contemplation (intention de modifier un comportement), la préparation (intention de modifier un comportement dans le mois qui suit), l'action (en train de modifier un comportement), le maintien (le comportement est maintenu depuis plus de six mois) et la terminaison (aucune chance de rechute) (Prochaska & DiClemente, 1983). En 1994, Prochaska et DiClemente ont amélioré le modèle en modifiant celui-ci de linéaire à cyclique, c'est-à-dire que chaque individu évolue à son rythme dans le modèle et peut même retourner à un stade antérieur. Cependant, si un individu revient à un stade précédent, il ne devrait normalement pas perdre le progrès et le cheminement effectués dans sa démarche. La progression au prochain stade peut survenir plus rapidement qu'avant, en raison de l'expérience acquise lors des stades antérieurs (Prochaska & Velicer, 1997). Comme les autres modèles, différents facteurs peuvent aider la personne à évoluer dans les stades de changement (prise de conscience, auto-réévaluation, expérience dramatique, réévaluation de l'environnement, libération sociale, conditions aidantes, conditionnement inverse, contrôle des stimuli, engagement personnel et gestion du renforcement). Couramment utilisé pour augmenter la motivation en utilisant une approche thérapeutique individualisée, il est beaucoup moins efficace lorsqu'il doit être appliqué à un groupe d'individus (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Ce modèle, bien qu'il soit facilement opérationnalisable, ne prend pas en considération l'histoire de la personne, ses connaissances antérieures et sa perception de la maladie. Enfin, le soutien social et les facteurs physiques ne sont pas inclus au modèle.

Modèle de la motivation relative à la santé. Selon McEwen (1993), trois ensembles de variables peuvent influencer la motivation de la personne à entreprendre et à maintenir un comportement de santé. Ces trois ensembles sont : les connaissances antérieures, les perceptions individuelles et les facteurs de modification qui affectent la motivation relative aux comportements de santé (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Les perceptions individuelles peuvent être de l'ordre de la perception de la sévérité, de la susceptibilité ou de la valeur accordée à l'action. Les facteurs de modification se partagent quant à eux en variables sociodémographiques, en aides/obstacles internes et externes (McEwen, 1993). Il est intéressant de constater que McEwen (1994) ajoute un catalyseur à son modèle qui se définit par un stimulus interne ou externe qui favorise le changement dans une ou plusieurs variables (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Le modèle de la motivation relative à la santé regroupe un bon nombre de facteurs pouvant influencer la modification de comportement tant au niveau individuel (perception, connaissances antérieures) qu'externe (aides et obstacles). Il prend également en considération l'aide d'un catalyseur et le soutien externe. Cependant, il aurait été utile d'inclure aux aides et obstacles internes ainsi que les aspects physiques et psychologiques pouvant inférer sur la modification de comportement à risque.

Cette section a présenté les différents modèles de changement de comportement à risque basés sur les théories cognitives. L'ensemble des modèles est centré sur l'individu et la modification d'un comportement. Il est intéressant de constater que les croyances et les perceptions de l'individu sont les composantes prédominantes de chaque modèle. À cela, s'ajoutent, dépendamment

des modèles, des variables externes et des habitudes. Certains modèles comme celui de Triandis (1977), de Fishbein (1975) et de Ajzen (1986) accordent une importance particulière aux caractéristiques externes et à la perception tandis que d'autres ajoutent un catalyseur (McEwen, 1993) ou accepte la rechute à travers le modèle (Prochaska et al., 1994; Bandura, 1977). Cependant, bien que ces modèles incluent bon nombre de facteurs pouvant influencer la modification de comportement à risque, aucun d'entre eux ne peut être appliqué dans l'étude dont fait l'objet ce mémoire. Aucun modèle n'est composé de l'ensemble des caractéristiques (physiques, psychologiques, relationnels, croyances et perception par rapport à la maladie) recensées dans la recension des écrits de la modification de comportement de la clientèle cardiaque. À la lumière de cette synthèse, un cadre de référence sera élaboré en regard des aspects retrouvés dans la recension des écrits présentée dans la section 2.3.

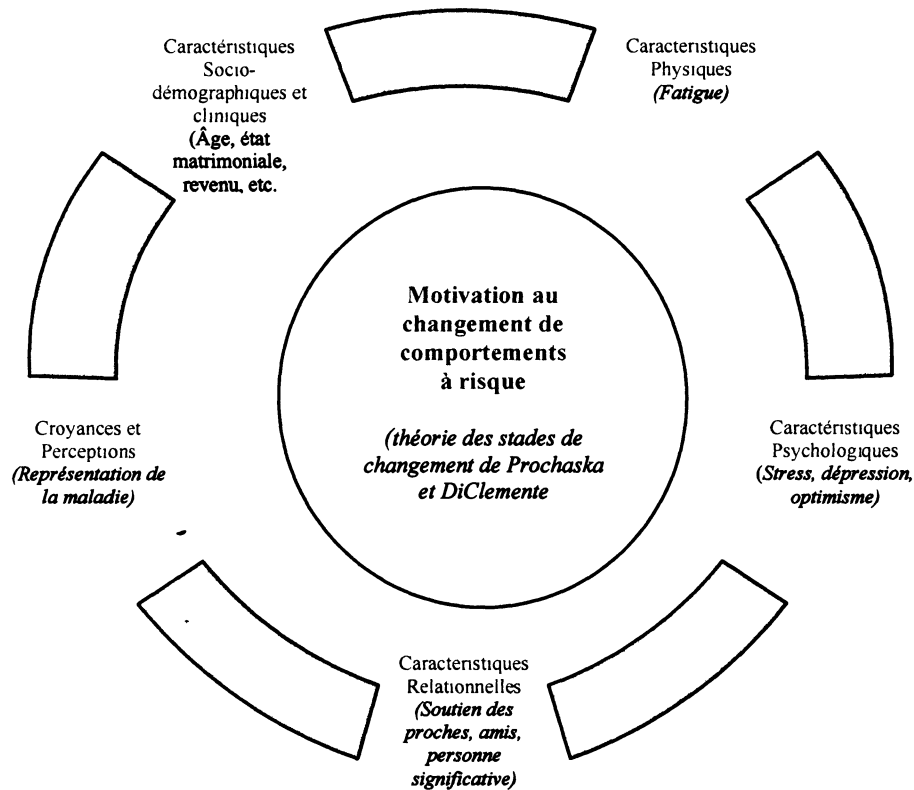
2.6 Cadre de référence

Les différentes caractéristiques retrouvées fréquemment dans les écrits empiriques se rapportent tous à un événement cardiaque. Dans le cadre de cette étude, l'évènement cardiaque est considéré comme un élément déclencheur ainsi que toutes situations qui incitent une modification de comportements à risque. Le cadre de référence suivant est proposé pour la présente étude (figure 1). Celui-ci a été élaboré avec le regroupement des barrières et des facilitateurs les plus fréquemment retrouvés dans les écrits empiriques. L'auteur propose donc un cadre conceptuel émergent de la recension des écrits. Cette procédure est conforme à ce niveau de connaissances et appelle à un devis descriptif (Burns et

Grove, 2005). Le cadre de référence proposé correspond aux regroupements faits à partir des éléments retrouvés dans la littérature. Par la suite, pour chacun des regroupements du modèle un concept a été retenu compte tenu de la pertinence pour la pratique infirmière et sa facilité à le mesurer (outils disponibles et qualités métrologiques de ceux-ci). Ainsi, le cadre de référence est composé des croyances et des perceptions par rapport à la maladie (représentation de la maladie), de caractéristiques physiques (la fatigue), des caractéristiques psychologiques (stress, dépression, optimisme), des caractéristiques relationnelles (soutien des proches, amis, personne significative) et des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut, emploi, personne à charge, etc.).

Ce cadre de référence gravite autour des stades de changement de comportement du modèle de Prochaska et DiClemente (1994) qui est facilement opérationnalisable et qui prend en considération la motivation à changer de comportement. Ce cadre de référence est schématisé de façon systémique pour mieux représenter un phénomène humain qui n'est pas linéaire. Ces dimensions semblent être reliées les unes aux autres sans toutefois dicter l'influence que chacune exerce sur les autres. Il met seulement en relation différentes caractéristiques pouvant être présentes lors d'une modification de la motivation à changer un ou des comportements à risque chez les femmes ayant subi une ACTP.

Figure 1 Caractéristiques présentes lors d'une modification de la motivation à changer un comportement à risque chez les femmes ayant subi une ACTP.



Cette sous-section a permis de présenter le cadre de référence qui sera utilisé dans le cadre de cette étude. Celui-ci a permis d'orienter l'ensemble de choix reliés aux variables qui seront mesurées.

2.7 Question de recherche

Quelles sont les caractéristiques présentes chez les femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée, lors d'une modification dans le processus de changement de comportements à risque après une-deux semaines et quatre mois suivant l'hospitalisation ?

CHAPITRE III

ARTICLE

Article: Describe the characteristics present during the risk behaviour modification process of women who had a PTCA.

AVANT-PROPOS

L'article «Describe the characteristics present during the risk behaviour modification process of women who had a PTCA » présente la méthodologie et les résultats du projet de recherche qui fait l'objet de ce mémoire. Celui-ci a été soumis à la revue «Journal of Cardiovascular Nursing» dont vous trouverez la preuve de soumission en annexe 15. L'article est également accompagné, en annexe, du formulaire *d'Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire ou une thèse* (annexe 16).

Les auteurs de cet article sont : Mme Marie-Eve Poitras, étudiante au programme des sciences cliniques de la Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et infirmière clinicienne, au Centre de Santé et Services Sociaux de Chicoutimi ainsi que Mme Nicole Bolduc, inf. M.Sc. professeure agrégée à l'École des Sciences infirmières de la FMSS de l'Université de Sherbrooke.

Résumé

Contexte : Les femmes cardiaques ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) se doivent d'effectuer des modifications de comportement à risque. Cependant, celles-ci ont une vision de la maladie différente des hommes et les connaissances guidant les interventions sur le comportement à risque ne sont pas adaptées à cette population féminine.

Objectif : Décrire les caractéristiques présentes lors d'un changement dans le processus de modification de comportements à risque des femmes ayant subi une ACTP.

Méthode : Un devis descriptif à 2 temps de mesure a été utilisé. L'échantillon est composé de 22 femmes ($X = 65,4$ ans) ayant subi une ACTP. Les variables à l'étude étaient : le soutien des proches, la perception de la maladie, la fatigue, la dépression, le stress, l'optimisme, les facilitateurs et les barrières à la modification de comportements. Des statistiques descriptives et des tests non paramétriques ($\alpha = 0.05$) ont été réalisés pour comparer les groupes entre les deux temps de mesure. Les données qualitatives ont été regroupées par catégorie

Résultats : Les femmes de l'étude identifient plus de symptômes de la maladie, sont plus fatiguées ($p=0.01$) et plus stressées ($p=0.04$) au T1 ($p=0.000$) qu'au T2. Celles-ci perçoivent leur maladie cardiaque comme chronique ($p=0.006$) et en ont une meilleure compréhension ($p=0.007$) 4 mois suivant l'ACTP. Le soutien des personnes «autres» est perçu comme un facilitant. Les symptômes physiques et les symptômes dépressifs sont identifiés comme des barrières à la modification de comportement.

Conclusion : Cette étude a permis de faire ressortir certaines caractéristiques présentes tant en post-ACTP que lors d'un changement dans le processus de modification de comportement. Il est primordial pour les infirmières de mobiliser le réseau de soutien, de renforcer les connaissances des femmes ayant subi une ACTP par rapport à la maladie et de poursuivre les interventions infirmières d'enseignement et de soutien les mois suivants l'ACTP afin de favoriser les chances de réussite des modifications de comportement.

Mots-clés : Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, Women, Health behavior

INTRODUCTION

Cardiovascular disease (CVD) is a growing problem in Canada and the leading cause of death in the province of Québec, accounting for 34% of deaths (Santé Canada, 2002). In 2007, the number of deaths attributable to CVD in women surpassed that of men (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2007). Canadian women are now 16% more likely to die from an infarction than men (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2008a).

Among diseases of the cardiovascular system, ischemic cardiac disease, i.e. angina and myocardial infarction, is the most common (Santé Canada, 2002). They are treated pharmacologically, surgically or with a nonsurgical invasive procedure called percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2003), which is now the preferred treatment to improve patients' quality of life (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2000). Following a PTCA, it is strongly recommended to make lifestyle changes, such as stopping smoking, adopting a healthy diet and increasing physical activity, to slow the progression of cardiac disease. Lifestyle modification is a cyclical and dynamic process that varies with each individual (Prochaska et al., 1994). In people with heart disease, lifestyle modification is influenced by characteristics related to beliefs about and perceptions of the disease (Cooper et al., 1999; A. M. Karner et al., 2004), physical aspects such as fatigue (A. M. Karner et al., 2004; McSweeney et Coon, 2004), psychological aspects like depression, optimism and stress (Astin et Jones, 2006a; Astin et Jones, 2006b; Farley et al., 2003), support from significant others (Blumenthal et al., 1987; A.

Karner et al., 2005; A. M. Karner et al., 2004; McSweeney et Coon, 2004), and sociodemographic variables (Cox et al., 1987).

These characteristics have been identified in studies of people suffering from heart disease but participants who had a PTCA were underrepresented. Hospitalization for PTCA is different from that for cardiac surgery. There is much less post-procedure pain and convalescence is usually very short and not restrictive. Thus PTCA is seen as curative and without sequelae. With the elimination of these constraints (pain, hospitalization), patients may have a different view of the chronicity of their heart disease. They may also feel less vulnerable and thus be less inclined to change their lifestyle (Astin et Jones, 2004; Astin et Jones, 2006a; Astin et Jones, 2006b).

Furthermore, the characteristics identified in the studies mentioned above were derived from samples consisting mainly of men and were used as a basis to develop cardiac rehabilitation programs. Thus we do not know if these programs meet the specific needs of female clients, much less those who had a PTCA. In fact, the results of studies with mixed samples brought out some exclusively female characteristics. They found that women have a different perception of the disease than men (A. Karner et al., 2005; Cooper et al., 1999). Many cannot recognize the symptoms of heart disease and thus delay seeking treatment (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2008b). They often have two roles (mother-spouse) and put their families first to the detriment of their own health (Emslie, 2005; Gulanick et al., 1998). Also, some health professionals do not see women as being prone to a high risk of heart disease and may delay suggesting ways to mitigate the progression of the disease (Fondation des maladies du coeur

du Canada, 2008c). The interventions suggested to post-PTCA women are thus not adapted to their particular needs.

Better knowledge of the characteristics present during modification of the risk behaviours of women who had a PTCA would help to suggest nursing interventions adapted to their lives and the care context, namely short-term hospitalization or cardiac rehabilitation.

The purpose of this study was to describe the characteristics present during the risk behaviour modification process in women who had percutaneous transluminal coronary angioplasty.

METHOD

Design

A descriptive design with two measurement times was used. This design provided information about the characteristics present during the risk behaviour modification process in view of answering questions about a problem we know little about (Burns et Grove, 2005).

Population

The target population consists of all women in the province of Québec who had a PTCA.

Sample

The study sample included women hospitalized at the *Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke* (CHUS, Fleurimont) between June 26, 2008 and

January 13, 2009, who had a PTCA. It was a non-probabilistic convenience sample. To participate in the study, the women had to speak, write and read French, not have any cognitive or psychiatric disorders, and live within a 100 km radius of Sherbrooke. Women who had one or more serious comorbidities (congestive heart failure stage III and IV, cancer), were having or waiting for dialysis, or had had a major complication during the procedure (stroke, myocardial infarction, pulmonary embolism, emergency surgery, etc.) were excluded from the study. Of the 86 women who had a PTCA and were hospitalized during the recruitment period, 36 women were referred and interviewed, and 29 of them agreed to participate in the study. Seven dropped out during the study (participation rate 61.1%). Those who refused to participate gave severe fatigue or reluctance to get involved in a research project as their reasons for not participating. The general characteristics of the participants involved at both measurement times (N=22) are presented in Table 1. Their average age was 65.4 years (SD 13.19) and all were Caucasian. Twelve were married and eight widowed. The majority had completed elementary or high school and was retired. Five had been professionals, four were clerks or secretaries, eight were homemakers and five had other types of jobs. The majority was middle class but two lived below the poverty line. Seventeen lived in an urban area.

Table 1: Description of the sample

Variables	N (22)	
	X	SD
Age	65.4	13.19
Ethnic Group	N	%
	Caucasian	22 100
Status	Married/couple	12 55
	Single	2 9
	Widowed	8 36
Dependents	None	21 96
	One	1 4
Education	Elementary	8 36
	High school	8 36
	College	5 23
	University	1 5
Work Status	Employed	5 22
	Retired	15 68
	On sick leave	1 5
	Unemployed	1 5
Occupation	Professional/Administrator	5 22
	Technician/Secretary	4 18
	Homemaker	8 37
	Other	5 23
Family income	≤\$14,999	2 9
	\$15,000-29,999	9 41
	\$30,000-59,999	8 36
	≥\$60,000	3 14
Municipality	Urban	17 77
	Rural	5 23

Variables

The variables examined were based on the main characteristics that, according to the literature, may influence cardiac rehabilitation. The questionnaire was composed of all of the scales measuring the variables as well as

sociodemographic questions. Each variable and its measurement instrument were presented at the same time. Table 2 summarizes the instruments used to measure the variables. All the instruments were administered in French. For the purpose of this research project, some of the instruments that were not available in French were translated using the translation-back-translation process (Vallerand, Blais, Lacoulure, et Deci, 1987).

Motivation to change. Behaviour modification is an action or way of behaving (Ajzen et Fishbein, 1980). The motivation to change risk behaviours is a process involving several decisional phases that may follow a chronological and cyclical process (Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil, et Norcross, 1985). The five stages in the motivation to change are precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance (Prochaska et al., 1994). Motivation was measured using the *Stage of Change (short form)*, which is based on the Transtheoretical Model. Authors of studies using this instrument refer to Prochaska and DiClemente, who maintain that no psychometric data are available because it is not a trait measure (Prochaska et al., 1985; Prochaska, DiClemente, et Norcross, 1992; Prochaska et al., 1994). However, the validity of Prochaska and DiClemente's stages of change has been confirmed clinically (Chouinard et Robichaud-Ekstrand, 2005; Prochaska et al., 1985; Prochaska et Velicer, 1997). Behaviour modification was measured at T1 and T2 using the risk factors most likely to be changed following a PTCA, namely exercise, diet and smoking (Fondation des maladies du Coeur du Canada, 2003). The Canadian Heart Health Strategy recommendations (smoking cessation, exercise 30 minutes per day as well as 7 portions of fruit/vegetables per day) were used to interview participants

(Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action, 2009). A difference in the stages of behaviour change between both measures for each risk behaviour, exercise, diet and smoking, allowed us to group participants into three categories: moving towards a higher stage in the behaviour modification model (positive change), moving towards a lower stage in the behaviour modification model (negative change) and no change in the stage of behaviour change model (maintenance).

Illness representation. Illness representation is the perception that each person has of his/her illness; it was measured using the *Illness Perception Questionnaire (IPQ)* (Moss-Morris. R., Weinman. J., Petrie. K.J., Cameron. L.D., et Buick.D.,2002). This questionnaire covers 5 components of illness representation: recognition of the identity of the disease, timeline (acute/chronic), consequences of the disease, control of the disease, and causes (Leventhal, Nerenz, et Steele, 1984). We should also note that other dimensions are included in the questionnaire: understanding of the disease, cyclical timeline and emotional representation. The total for each component is obtained by summing the results on the relevant questions. A grand total cannot be calculated. A high score on each component indicates a strong presence of this component in the participant's illness representation. The causes of the disease were not included in our results because the authors suggest that $n > 85$ is desirable to discuss this component (Moss-Morris. R. et al., 2002).

Fatigue. Fatigue is defined as a temporary loss of strength and energy resulting from hard physical or mental work (Le Petit Larousse, 2008). This was measured with the *Piper Fatigue Scale Revised (PFSR)* (Gledhill, Rodary, Mahe,

et Laizet, 2002), which measures the perception of daily fatigue. This scale covers four dimensions of fatigue: behavioural/severity, emotional, sensory, cognitive/mood. The score is obtained by adding the results on each dimension. A score of 0 indicates the absence of the symptom and a score of 10, the presence of many symptoms of fatigue. In the present study, only the total fatigue score is discussed.

Stress. Stress is a state of mental or emotional strain or suspense (Le Petit Larousse, 2008). This was measured using the Psychological Stress Measure (PSM) (Lemyre et Tessier, 2003). The total score is obtained by summing all the results obtained and ranges from 9 (few stress-related symptoms) to 72 (large number of stress-related symptoms). A high score is indicative of a high stress level in the respondent.

Optimism. Optimism is the tendency to have positive expectations regarding the future (Trottier, Mageau, Trudel, et Halliwell, 2008) The optimism of the women in the sample was evaluated with the French version (Trottier et al., 2008) of the *Life Orientation Test-Revised* (LOT-R) (Scheier, Carver, et Bridges, 1994). The total score is obtained by summing the results obtained on each question. This ranges from 6 and 30, where the higher the score, the more positive the person's view of life.

Social support. The *Perceived Social Support Scale* (PSSS) was used to identify the perceived social support of each participant (Dahlem, Zimet, et Walker, 1991). This questionnaire evaluates perceived social support from three sources: family, friends and significant others. The score for each category is

obtained by summing the scores on the relevant questions and ranges from 4 to 28. A high score indicates a high level of perceived social support.

Depression. Depression is a mental state characterized by a pessimistic sense of inadequacy and a despondent lack of activity (Le Petit Larousse, 2008). The *Cardiac Depression Scale* (CDS) was used in this study to identify the presence of depressive symptoms in the women in the sample (Hare et Davis, 1996). The total score ranges from 26 to 182 and is obtained by summing the results on each question. A high score indicates poor functioning and a high level of depressive symptoms.

Triggers/barriers/facilitators. To document events that could have an inhibiting or facilitating effect on the behaviour modification process, the participants were asked three open-ended questions at the end of the second interview. These questions were: Was there a particular event that triggered your motivation to change a risk behaviour? What facilitated your motivation to change a risk behaviour? What acted as an obstacle or barrier to your motivation to change a risk behaviour?

Table 2: Variables and measurement instruments

Variables	Questionnaires	Authors	# items	Scale	Language	Metrological properties
Behaviour change	Stage of Change (short form)	Prochaska et DiClemente (1985)	4	Algorithm	French	No psychometric data available
Illness perception	Illness Perception Questionnaire (IPQ)	Moss-Morris et al. (2002)	70	Likert 5	French	English scale Fidelity: 0.87 3-week test-retest reliability between 0.46 and 0.88

Fatigue	Piper Fatigue Scale Revised (PFSR)	Gledhill et al. (2002)	22	Numerical scale 0 to 10	French	Fidelity between 0.85 and 0.92 External validity: OMS performance index: p=0.001 Visual analog scale: p=0.001
Stress	Psychological Stress Measure (PSM)	Lemyre et Tessier (2003)	9	Likert 8	French	Internal consistency: 0.86 2-week test-retest reliability: 0.63
Optimism	Life Orientation Test-Revised (LOT-R)	Scheier et al. (1994) Trottier et al. (2008) (French version)	10	Likert 7	French	Internal consistency: 0.78 4-week test-retest reliability: 0.79
Social support	Perceived Social Support Scale (PSSS)	Dahlem et al. (1991)	12	Likert 7	English*	Internal consistency 0.76 5-week test-retest reliability: 0.79
Depression	Cardiac Depression Scale (CDS)	Hare et Davis (1996)	26	Likert 7	English*	Reliability between 0.90 and 0.93. Concomitant validity with Beck Depression Scale: 0.73

* These instruments were translated using the back translation method (Vallerand, Blais, Lacoulure, et Deci, 1987) by the investigators involved in the study as well as by two perfectly bilingual independent persons.

Procedure

The study was approved by the Scientific and Research Ethics Board. Patients who had a PTCA were approached by a nurse in the intermediate care department. When a patient met the inclusion criteria, the nurse asked her if she agreed to meet with a research assistant to talk about a study involving women with heart disease. At the initial perhospitalization meeting, the study was explained to each participant, who could then ask questions. After the patient

agreed to participate, the consent form was signed. Following the initial recruitment meeting, meetings took place with each participant 1-2 weeks post-hospitalization and 4 months post-hospitalization. The variables measured at these meetings are presented in Table 3.

Table 3: Variables and measurement times

Variables / Data collection time	T1	T2
Motivation to change	X	X
Illness representation	X	X
Fatigue	X	X
Stress	X	X
Optimism	X	X
Social support	X	X
Depression	X	X
Sociodemographic data	X	
Triggers/barriers/facilitators		X

Statistical analyses

Descriptive analyses were done with the aim of describing the characteristics of interest. The data from each questionnaire were entered in database constructed using Excel and SPSS software. Then the score for each of the scales was calculated, as recommended by the authors of the various instruments. Medians and interquartile ranges as well as frequencies and percentages were calculated. Since the results of the questionnaires were not normally distributed, we used nonparametric tests. The Wilcoxon signed-ranks test for 2 dependent groups ($\alpha = 0.05$) was used to compare the data at T1 and T2. The Kruskal-Wallis test ($\alpha = 0.05$) was used to compare the behaviour changes between the three exercise groups and the behaviour changes between the three

diet groups at T2. Finally the Mann-Whitney test ($\alpha = 0.05$) was used to compare the two smoking groups and to verify if there were significant differences between the groups on physical activity.

The qualitative data from the questions concerning triggers, barriers and facilitators were examined using content analysis, specifically by conceptual clustering (Burns et Grove, 2005).

RESULTS

Description of the characteristics at T1 and T2

The characteristics of interest are presented as medians and interquartile ranges in Table 4. No statistically significant difference was found between the measures at T1 and T2 for perception of consequences, personal control, treatment control, cyclical timeline, emotional representation, optimism, significant support from family, friends or others, and depression. However, a significant difference was observed for perception of the identity of the disease ($p=0.000$), chronicity ($p=0.006$), understanding of the disease ($p=0.007$), fatigue ($p=0.01$) and stress ($p=0.04$).

Table 4: Participant characteristics at T1 and T2

Variables	T1 (N=22)		T2 (N=22)		<i>p</i>
	M	Interquartile range	M	Interquartile range	
Illness perception					
Identity	5.00	(3.8;7.5)	2.00	(1.0;3.0)	0.000
Timeline (acute/chronic)	21.50	(9.8;27.0)	26.00	(20.0;28.3)	0.006
Consequences	19.50	(17.0;22.3)	18.00	(16.0;22.3)	0.42
Control					
Personal	25.00	(19.5;27.0)	25.50	(21.5;27.3)	0.96
Treatment	22.00	(18.8 ; 25.0)	19.50	(16.8;23.0)	0.06

Understanding of the illness	15.00	(11.8;24.0)	21.00	(17.5;23.3)	0.007
Timeline (cyclical)	10.00	(8.0;16.0)	11.00	(8.0;14.0)	0.24
Emotional illness representation	15.00	(13.0;22.0)	13.00	(10.0;19.3)	0.12
Fatigue	4.10	(1.9;6.6)	1.63	(1.0;4.9)	0.01
Stress	30.50	(22.5;39.3)	24.00	(16.0;35.25)	0.04
Optimism	13.50	(10.0;18.5)	13.00	(9.0;18.0)	0.66
Social support					
Family	27.50	(23.3;28.0)	21.00	(18.0;28.0)	0.08
Friends	25.50	(19.0;28.0)	21.50	(17.8;28.0)	0.21
Others	28.00	(23.0;28.0)	28.00	(24.0;28.0)	0.75
Depression	68.00	(57.8;101.8)	62.50	(53.0;96.50)	0.18

Stages of change at T1 and T2

Stage of change related to smoking, diet and exercise was also measured. All of the results are presented in Table 5. One-two weeks post-PTCA, nearly half of the women (40.9%) had eaten more than seven portions of fruit and vegetables per day for more than six months, and more than one-third (36.4%) did not intend to eat them (precontemplation). One-two weeks post-PTCA, half of the women in the study (50%) intended to do some physical activity in the next 6 months (contemplation), and 18.2% had done some physical activity for more than 6 months (maintenance). Four months later (T2), nearly half of the women (40.9%) had no intention of increasing their consumption of fruits and vegetables (precontemplation) and almost one-quarter (22.7%) planned to eat more in the next 6 months (contemplation). However, a sizeable percentage (31.8%) of the women did not intend to increase their physical activity (precontemplation) while less than one-tenth (9.1%) had increased it for more than 6 months (maintenance). Finally, a majority of the women either did not smoke when the study began (maintenance, 36.4%) or had never smoked (50%) at both T1 and T2.

Table 5: Participant's stages of change at T1 and T2

Stages of change	Diet <i>95% CI</i>		Exercise <i>95% CI</i>		Smoking <i>95% CI</i>	
	T1 (N=22) n (%±CI)	T2 (N=22) n (%±CI)	T1 (N=22) n (%±CI)	T2 (N=22) n (%±CI)	T1 (N=22) n (%±CI)	T2 (N=22) n (%±CI)
Precontemplation	8 (36.4±20.1)	3 (13.6±14.3)	3 (13.6±14.3)	9 (40.9±20.6)	1 (4.5±8.7)	1 (4.5±8.7)
Contemplation	1 (4.5±8.7)	11 (50.0±20.9)	11 (50.0±20.9)	5 (22.7±17.5)	1 (4.5±8.7)	2 (9.1±12.0)
Preparation	3 (13.6±14.3)	4 (18.2±16.1)	4 (18.2±16.1)	2 (9.1±12.0)	1 (4.5±8.7)	0
Action	1 (4.5±8.7)	2 (9.1±12.0)	2 (9.1±12.0)	2 (9.1±12.0)	0	0
Maintenance	9 (40.9±20.6)	2 (9.1±12.0)	2 (9.1±12.0)	4 (18.2±16.1)	8 (36.4±20.1)	8 (36.4±20.1)
Never smoked	N/A	N/A	N/A	N/A	11 (50.0±20.9)	11 (50.0±20.9)

Behaviour change between T1 and T2

For comparison purposes, the participants were divided into groups according to changes in behaviour between the two measurement times: no change between T1 and T2 (stable), negative change between T1 and T2, and positive change between T1 and T2. These results are presented in Table 6. In the diet group, 41% of the participants maintained the same stage of change between the two measurement times compared to 27% in the exercise group. Nearly half of the participants in the diet group (45%) and the exercise group (41%) regressed to a lower stage between T1 and T2, as well as a very small percentage (5%) in the smoking group. A minority (14%) of the participants in the diet group progressed to a higher stage between the two measurement times compared to 32% in the exercise group.

Table 6: Behaviour change between T1 and T2

Change between T1 and T2	Diet n (%)	Exercise n (%)	Smoking n (%)
Stable	9 (41)	6 (27)	10 (45)
Negative change	10 (45)	9 (41)	1 (5)
Positive change	3 (14)	7 (32)	0
Never smoked	N/A	N/A	11 (50)

Diet. The characteristics of the groups as a function of change in diet are presented in Table 7. No statistically significant difference was found between the groups. All three groups had high median scores for significant support from family, friends and others.

Table 7: Diet groups participant's characteristics

	Stable (n=9)		Negative change (n=10)		Positive change (n=3)		<i>p</i>
	M	Interquartile range	M	Interquartile range	M	Interquartile range	
Variables							
Illness perception							
Identity	2.00	(1.0;2.5)	2.0	(1.0;3.8)	1.0	(0;3.0)	0.60
Timeline (acute/chronic)	22.0	(17.5;29.5)	22.5	(22.0;27.5)	27.0	(27.0;28.0)	0.63
Consequences	19.5	(15.5;19.5)	19.5	(15.8;24.0)	20.0	(18.0;20.0)	0.69
Control							
Personal	27.0	(19.5;27.0)	27.0	(22.8;28.0)	23.0	(16.0;26.0)	0.18
Treatment	20.0	(12.0;23.0)	19.0	(17.5;22.3)	19.0	(17.0;23.0)	0.95
Understanding	24.5	18.0;24.5)	19.5	(17.3;22.5)	21.0	(15.0;23.0)	0.5
Timeline (cyclical)	10.0	(11.0;8.0)	11.0	(6.0;13.3)	10.0	(8.0;14.0)	0.81
Emotional illness representation	9.0	(9.5;17.5)	17.0	(11.0;20.0)	10.0	(6.0;20.0)	0.18
Fatigue	1.29	(0.23;3.78)	1.6	(1.0;4.9)	4.0	(1.6;6.9)	0.48
Stress	22.0	(17.0;40.0)	22.5	(15.8;38.0)	27.0	(13.0;28.0)	0.92
Optimism	12.0	(8.5;16.5)	13.0	(11.5;16.8)	18.0	(6.0;23.0)	0.73
Social support							
Family	27.0	(19.5;28.0)	20.5	(17.8;28.0)	21.0	(13.0;21.0)	0.32
Friends	27.0	(13.5;28.0)	21.5	(17.8;28.0)	19.0	(5.0;19.0)	0.24
Others	28.0	(27.5;28.0)	24.5	(23.0;28.0)	28.0	(24.0;28.0)	0.14
Depression	57.0	(52.0;62.5)	79.0	(40.0;98.8)	98.0	(60.0;116.0)	0.22

Exercise. The characteristics of the groups as a function of a change in exercise are presented in Table 8. No significant difference was found between the three groups. However, a trend was observed in the depression score ($p=0.06$).

Table 8: Exercise groups participant's characteristic

	Stable (n=6)		Negative change (n=9)		Positive Change (n=7)		<i>p</i>
	M	Interquartile range	M	Interquartile range	M	Interquartile range	
Variables							
Illness perception							
Identity	0.5	(0;2.3)	2.0	(1.5;3.0)	2.0	(1.0;3.0)	0.15
Timeline (acute/chronic)	24.0	(14.5;27.3)	26.0	(21.5;28.5)	27.0	(20.0;30.0)	0.52
Consequences	18.0	(17.5;23.8)	18.0	(16.0;23.0)	17.0	(15.0;21.0)	0.6
Control							
Personal	26.0	(21.0;27.8)	26.0	(21.0;27.5)	23.0	(20.0;28.0)	0.91
Treatment	17.5	(12.0;20.8)	21.0	(17.5;23.5)	20.0	(19.0;23.0)	0.37
Understanding	20.0	(15.8;23.5)	21.0	(18.5;23.0)	21.0	(15.0;25.0)	0.88
Timeline (cyclical)	10.5	(7.3;14.3)	12.0	(9.0;15.0)	10.0	(6.0;11.0)	0.42
Emotional illness representation	11.0	(10.0;19.5)	17.0	(11.5;20.0)	11.0	(10.0;14.0)	0.37
Fatigue	0.8	(0.1;2.9)	2.10	(1.4;6.1)	1.85	(1.0;4.2)	0.14
Stress	22.0	(14.8;39.5)	26.0	(17.0;49.0)	22.0	(16.0;28.0)	0.68
Optimism	14.5	(12.5;24.0)	13.0	(8.5;17.0)	12.0	(9.0;18.0)	0.34
Social support							
Family	24.0	(19.3;28.0)	21.0	(18.0;27.5)	21.0	(13.0;28.0)	0.83
Friends	25.5	(15.5;28.0)	19.0	(12.5;24.0)	27.0	(19.0;28.0)	0.40
Others	28.0	(24.0;28.0)	27.0	(22.0;28.0)	28.0	(24.0;28.0)	0.78
Depression	59.0	(47.5;89.0)	86.0	(61.5;109.5)	54.0	(39.0;78.0)	0.06

Smoking. The characteristics of the groups as a function of change in smoking behaviour are presented in Table 9. Since the negative change group contained only one participant, this group is not shown and was not considered in the between-group analysis. No comparisons could be made between « smoking » categories as one was stable in the behaviour change process and the other « never smoked » does not belong to the behaviour change model (absence of risk behaviour)

Table 9: Smoking groups participant's characteristic

	Stable (n=10)		Never Smoked (n=11)	
	M	Interquartile range	M	Interquartile range
Variables				
Illness perception				
Identity	1.5	(1.0;2.25)	2.0	(1.0;3.0)
Timeline (acute/chronic)	27.0	(21.5;28.5)	26.0	(19.0;29.0)
Consequences	19.0	(16.8;21.8)	17.0	(16.0;23.0)
Control				
Personal	25.5	(18.3;27.3)	27.0	(23.0;28.0)
Treatment	20.0	(12.0;23.3)	19.0	(18.0;22.0)
Understanding	23.0	(19.0;25.0)	19.0	(15.0;21.0)
Timeline (cyclical)	9.0	(7.8;15.0)	11.0	(8.0;14.0)
Emotional illness representation	14.0	(9.0;20.3)	11.0	(10.0;17.0)
Fatigue	1.43	(0.3;4.9)	1.69	(1.2;4.2)
Stress	27.0	(13.8;42.8)	19.0	(16.0;27.0)
Optimism	14.5	(7.5;18.0)	13.0	(9.0;19.0)
Social support				
Family	27.0	(20.3;28.0)	21.0	(18.0;25.0)
Friends	28.0	(19.0;28.0)	19.0	(8.0;24.0)
Others	28.0	(26.8;28.0)	25.0	(24.0;28.0)
Depression	61.0	(54.5;100.3)	75.0	(40.0;86.0)

Triggers, facilitators and barriers

The majority of the women who had a PTCA mentioned *intervention* and *hospitalization* as triggers that raised awareness of the need to change risk behaviours. Also mentioned was the *announcement of the diagnosis* of heart disease. As facilitators of health behaviour modification, a high percentage of the women mentioned *support from family, friends and others* and the *availability of cardiac rehabilitation programs*. Finally, the barriers mentioned by the study participants were the *presence of physical symptoms* such as leg and back pain, and a *lack of motivation, interest or discipline* with respect to the necessary behaviour modification.

DISCUSSION

Following a cardiac event, how individuals view the disease affects how they deal with it. The results of this study show a statistically significant difference between the perception of the identity of the disease between T1 and T2. The pre-PTCA symptoms and the information received during hospitalization might explain this significant difference between 1-2 weeks and 4 months post-PTCA. If the PTCA reduced the appearance of cardiac symptoms, it is quite conceivable that the women would not relate symptoms to their illness 4 months later. However, the participants were more likely to view their disease as chronic 4 months after the PTCA and understand it better. Thus what they were taught at the hospital, the necessary behaviour changes and the medical follow-ups required could have contributed to the personal progress made in understanding the disease and its chronicity. Fatigue and stress were greater 1-2 weeks after the PTCA. It is conceivable that the hospitalization and intervention were the immediate causes of these symptoms (stress, fatigue) and that they gradually dissipated during convalescence. In a qualitative study involving 15 women who had a myocardial infarction, McSweeney et al. (2004) found that they complained of severe fatigue following a cardiac event. Although no significant difference was observed, it is interesting to note that the median scores for significant social support were very high. These indicate that all of the women who had a PTCA felt they received social support, and the highest score was for support from "others." Support from many individuals may be present following the increased presence of health professionals post-cardiac event could account for these high scores. It has been shown that support from health professionals is an important element after a

cardiac event and that cardiac clients have a good perception of this support (McSweeney, 1993); (Wieslander, Baigi, Turesson, et Fridlund, 2005).

Diet. The three groups (stable, negative change and positive change) were similar on the median scores associated with the characteristics of interest. We could not determine if there was a difference between the groups. It would have been interesting to see a difference between the scores for perception of the disease as chronic because perceiving the disease as chronic could make the person feel vulnerable to the disease, which might help to initiate behaviour modification (Astin et Jones, 2004; Astin et Jones, 2006a; Astin et Jones, 2006b; Cooper et al., 1999). Although the scores were similar for treatment control, it would have been interesting to see a difference for the positive change group because a high score for treatment control has been associated with patients assuming responsibility for their disease (Heijmans et de Ridder, 1998). Although the positive change group made progress in changing behaviour, this group had the highest median scores (but not statistically significant different) for fatigue and depression. In the literature, these two characteristics are often seen as barriers (Crane et McSweeney, 2003; Farley et al., 2003; McSweeney et Coon, 2004) while a tendency to be optimistic and a high level of social support are more likely to be factors in positive behaviour modification (Chouinard et Robichaud-Ekstrand, 2003; Crane et McSweeney, 2003; Gulanick et al., 1998; A. Karner et al., 2005; McSweeney, 1993; McSweeney et Coon, 2004).

Exercice. No difference was found between the stable, negative change and positive change groups except for a trend in the depression score ($p=0.06$). According to these results, it seems that seeing oneself as depressed acts as a

barrier to modifying one's physical activity, and conversely, that the absence of depressive symptoms facilitates a change in physical activity. These results corroborate those of other studies that found that the presence of depressive symptoms inhibited behaviour modification and was an obstacle to successful cardiac rehabilitation (Brink et Grankvist, 2006; Farley et al., 2003).

Strengths and limitations of the study

This study enabled us to describe the characteristics of a population that has received little attention to date. Despite a long recruitment period, recruitment was very difficult, which accounts for the small sample. The majority of participants approached were referred by two nurses in the care unit while we were expecting a greater participation from all nursing personnel. The study allowed us to capture the reality of women in post-PTCA at two points in time. However, we were able to establish links between the results and the literature review although, because of the study design, we were unable to determine links between the characteristics and behaviour changes.

We found that the Illness Perception Questionnaire was not a tool adapted to individuals having suffered from myocardial infarction (MI), although it has been used for people suffering from various chronic diseases such as type-2 diabetes, asthma and rheumatoid arthritis (Moss-Morris. R. et al.,2002). The list of symptoms presented is more or less adapted for MI and/or angina. The underrepresentation of symptoms related to CVD in this questionnaire may be a bias directly linked to disease representation.

Recommendations

Since the participants who had a PTCA identified more symptoms of the disease immediately after the PTCA than 4 months later, it is important for nurses working with these women in the months following a PTCA to teach them how to recognize the symptoms of the disease. They should also check the women's understanding of the disease in order to improve or correct their perceptions of the disease. Since fatigue and stress are high immediately after a PTCA, it would be beneficial to allow the women to rest and not start rehabilitation programs until they feel ready to participate. It appears that depressive symptoms are more present during negative change. Nurses should watch out for these symptoms and intervene to support the women in their behaviour modification process. Nurses must also identify the woman's support network (family/friends/others) and involve them in facilitating the behaviour modification. Finally, it is very important not to underestimate the impact that health professionals can have on the perception of social support of women who had PTCA. It is vital for health professionals, including nurses, to continue to work with these clients, refer them to cardiac rehabilitation programs and support them in their risk behaviour modification efforts.

In terms of research, it would be useful to confirm these results with a larger sample. We could then determine the links between the characteristics and behaviour changes in correlation studies. It would also be interesting to examine the impact of suggested educational interventions.

References

- Ajzen, I., et Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Astin, F., et Jones, K. (2004). Heart disease attributions of patients prior to elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 41-47.
- Astin, F., et Jones, K. (2006a). Changes in patients' illness representations before and after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart et Lung*, 35(5), 293-300.
- Astin, F., et Jones, K. (2006b). Lifestyle change after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty: An Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1583-1584.
- Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T., et Zimet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(4), 331-340.
- Brink, E., et Grankvist, G. (2006). Associations between depression, fatigue, and life orientation in myocardial infarction patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 407-411.
- Burns, N., et Grove, S. K. (2005). Practice nursing research: conduct, critique and utilization.
- Chouinard, M. C., et Robichaud-Ekstrand, S. (2003). Social support contribution to health and the adoption and maintenance of health behaviors. *Recherche en soins infirmiers*, (75), 21-37.
- Chouinard, M. C., et Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., et Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82(2), 234-236.
- Cox, C. L., Miller, E. H., et Mull, C. S. (1987). Motivation in health behavior: Measurement, antecedents, and correlates. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 1-15.
- Crane, P. B., et McSweeney, J. C. (2003). Exploring older women's lifestyle changes after myocardial infarction. *MEDSURG Nursing*, 12(3), 170-176.

- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., et Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology, 47*(6), 756-761.
- Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: A review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing, 51*(4), 382-395.
- Farley, R. L., Wade, T. D., et Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 2*(3), 205-212.
- Gledhill, J. A., Rodary, C., Mahe, C., et Laizet, C. (2002). French validation of the Revised Piper Fatigue Scale. *Recherche en soins infirmiers, 68*(1), 50-65.
- Gulanick, M., Bliley, A., Perino, B., et Keough, V. (1998). Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: The patient's perspective. *Heart et Lung, 27*(4), 253-262.
- Hare, D. L., et Davis, C. R. (1996). Cardiac depression scale: Validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research, 40*(4), 379-386.
- Health Canada (2002). Economic burden of illness in Canada, 1998.
- Heart and Stroke Foundation of Canada (2003). The growing burden of heart disease and stroke in Canada.
- Heart and Stroke Foundation of Canada (2007). Annual health report.
- Heart and Stroke Foundation of Canada (2008a). Annual health report.
- Heart and Stroke Foundation of Canada (2008b). The Heart Truth. Annual Report.
- Heart and Stroke Foundation of Canada (2008c). Canadian Cardiovascular Congress (summary).
- Heijmans, M., et de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine, 21*(5), 485.
- Karner, A., Tingstrom, P., Abrandt-Dahlgren, M., et Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing, 51*(3), 261-275.
- Karner, A. M., Dahlgren, M. A., et Bergdahl, B. (2004). Rehabilitation after coronary heart disease: Spouses' views of support. *Journal of Advanced Nursing, 46*(2), 204-211.

- Lemyre, L., et Tessier, R. (2003). Measuring psychological stress: concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Canadian Family Physician*, 49, 1159-1160.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., et Steele, D. S. (1984). Illness representation and coping with health threats. *Handbook of Psychology and Health*, 4, 219.
- McSweeney, J. C. (1993). Making behavior changes after a myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 15(4), 441-455.
- McSweeney, J. C., et Coon, S. (2004). Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction. *MEDSURG Nursing*, 13(1), 49-56.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2000). Cardiologie tertiaire : situation actuelle, perspectives et propositions.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., et Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Gimpil, S., et Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10(4), 395-406.
- Prochaska, J. O., et Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., et Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality et Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action. (2009). Pour un Canada au cœur qui bat.
- Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., et Halliwell, W. R. (2008). Validation of the Canadian-French version of the Life Orientation Test-Revised. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(4), 238-243.

Vallerand, R. J., Blais, M. R., Lacoulure, Y., et Deci, E. L. (1987). French-Canadian validation of the General Causality Orientations Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 19(1), 1-15.

Webster's Online Dictionary; available at <http://www.websters-online-dictionary.org>. Accessed June 18, 2009.

Wieslander, I., Baigi, A., Turesson, C., et Fridlund, B. (2005). Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 278-285.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Le chapitre ci-dessous présente une discussion générale des résultats se rapportant au projet de recherche réalisé. L'objectif principal de celui-ci était de décrire les caractéristiques présentes lors d'un changement dans le processus de modification de comportements à risque chez les femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP). Une argumentation des différences entre le T1 (1-2 semaines) et le T2 (4 mois) en ce qui a trait à l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme sera tout d'abord présentée. Suivra, une discussion, en lien avec les études antérieures, des différentes caractéristiques, barrières et facilitateurs présents lors du processus de modification de comportement à risque chez les femmes à l'étude.

4.1 Discussion des résultats

La perception de la maladie influence la façon dont la personne la prend en charge suite à un événement cardiaque. Les résultats de cette étude démontrent qu'une différence statistiquement significative existe entre la perception de l'identité de la maladie 1-2 semaines suivant l'ACTP et 4 mois suivant celle-ci ($p < 0.000$). Les symptômes pré-ACTP et l'enseignement reçu lors de l'hospitalisation pourraient expliquer cette différence significative entre 1-2 semaines et 4 mois post-ACTP. Comme l'ACTP a diminué l'apparition des symptômes en lien avec la maladie cardiaque, il pourrait être normal que les femmes n'identifient pas de symptômes à leur maladie 4 mois plus tard. Les participantes voient également davantage leur maladie comme chronique quatre

mois après l'ACTP et la comprennent davantage (cohérence). Ainsi, l'enseignement lors de l'hospitalisation, les changements de comportement demandés et les suivis médicaux requis ont pu contribuer au cheminement personnel effectué en regard de la compréhension de la maladie et de la chronicité de celle-ci. La fatigue et le stress sont davantage présents 1-2 semaines suivant l'ACTP. Il est envisageable de penser que l'hospitalisation et l'intervention subies sont les causes immédiates de ces symptômes (stress, fatigue) et que ceux-ci se dissipent peu à peu lors de la convalescence. McSweeney et coll. (2003) ont révélé que 15 femmes ayant subi un infarctus du myocarde avaient exprimé une grande fatigue suite à un événement cardiaque. En ce qui a trait au soutien social, même si aucune différence significative n'est notée, il est intéressant de constater que les scores médians de soutien social significatif sont très élevés. Ceux-ci démontrent que l'ensemble des femmes ayant subi une ACTP percevait leur réseau social comme soutenant. Le score de soutien « autres » est celui ayant obtenu le plus haut score (McSweeney, 1993). Ainsi, la présence accrue des professionnels de la santé en post-événement cardiaque pourrait expliquer ces scores élevés. Mais encore, il a été démontré que le soutien des professionnels est un élément important en post événement cardiaque et que celui-ci est bien perçu par la clientèle cardiaque (Wieslander et al., 2005).

Alimentation

Il est intéressant de constater que sept des neuf participantes qui étaient au stade de maintenance à 1-2 semaines post-ACTP ont changé pour un stade inférieur 4 mois suivant l'ACTP. Ces femmes qui consommaient au moins sept

portions de fruits et légumes chaque jour depuis plus de six mois ont modifié négativement leur comportement suite à l'ACTP.

Les trois groupes (stable, changement négatif et changement positif) sont similaires pour ce qui est des scores médians associés aux caractéristiques à l'étude. Nous ne pouvons actuellement statuer si une différence existe entre les groupes. Ainsi, les résultats de cette étude ne permettent d'identifier les caractéristiques ayant pu influencer négativement ce changement de comportement. Par ailleurs, il serait important pour intervenir adéquatement de comprendre cet aspect de la modification de comportement à risque.

Il aurait été intéressant de constater une différence entre les scores de la perception chronique de la maladie, car le fait de percevoir la maladie comme chronique peut amener la personne à se sentir vulnérable et atteinte par la maladie, et ainsi l'aider à initier une modification de comportement (Astin et Jones, 2004; Astin et Jones, 2006a; Astin et Jones, 2006b; Cooper et al., 1999). Malgré qu'il ressort que les scores étaient similaires par rapport au contrôle du traitement de la maladie ($p=0,95$), il aurait été pertinent qu'une différence soit notée pour le groupe « changement positif ». Pour cause, un score élevé par rapport au contrôle du traitement est associé à une prise en charge de la maladie par le patient (Heijmans et de Ridder, 1998). Bien que le groupe ayant effectué un changement positif ait progressé dans le changement de comportement, les scores médians ont été plus élevés, mais sans différence statistiquement significative, pour ce qui est de la fatigue et de la dépression. Dans la littérature, ces deux caractéristiques, fatigue et dépression, sont fréquemment perçues comme des barrières (Crane et

McSweeney, 2003; Farley et al., 2003; McSweeney et Coon, 2004), tandis qu'une tendance à l'optimisme et un soutien social élevé sont davantage présents lors de modification de comportement positif. (Chouinard et Robichaud-Ekstrand, 2003; Crane et McSweeney, 2003; Gulanick et al., 1998; A. Karner et al., 2005; McSweeney, 1993; McSweeney et Coon, 2004)

Activité physique

Un phénomène similaire à celui s'étant produit dans le groupe alimentation a pu être observé dans le groupe exercice. Au T1, force est de constater que seulement trois participantes se situaient dans le stade de la précontemplation et 11 pour le stade de la contemplation. Il était attendu que ces femmes, en quatre mois, migrent vers un stade supérieur car celles-ci avaient été conscientisées lors de leur hospitalisation pour l'ACTP faire de l'exercice. Cependant, 4 mois suivant l'ACTP, six personnes, ont rétrogradées au stade de la précontemplation et certaines d'entre elles n'avaient plus l'intention de faire de l'exercice après 2 mois.

Aucune différence n'a pu être décelée entre les trois groupes « stable », « changement négatif » et « changement positif » excepté pour une tendance du score de la dépression ($p=0,06$). D'après ces résultats, il semble que le fait de se percevoir déprimé agit comme une barrière à la modification de l'activité physique, alors qu'à l'inverse, l'absence de symptômes dépressifs facilite le changement de comportement à l'égard de la sédentarité. Ces résultats corroborent certaines études qui ont démontré que la présence de symptômes dépressifs

inhibait la modification de comportement et entravait les chances de réussite en réadaptation cardiaque (Brink et Grankvist, 2006; Farley et al., 2003).

Outre la dépression, quelles sont les caractéristiques ayant influencées ces femmes à régresser dans le modèle de changement de comportement ? De plus, ce constat soulève la question du pourquoi, celles-ci n'ont pas atteint leur objectif de faire de l'activité physique dans le prochain six mois, au point de ne plus avoir l'intention d'en faire.

Tabagisme

Après analyse des résultats, nous pouvons constater que plus de 35 % des participantes à l'étude étaient en cessation du tabac depuis plus de 6 mois et que 50 % des femmes à l'étude n'avaient jamais fumé. Seulement 13,6 % de notre échantillon étaient des fumeuses actives, ce qui est inférieure à la moyenne provinciale féminine de 21, 2 % en 2009 (Statistique Canada, 2009). Plus spécifiquement, ce pourcentage s'élevaient, en 2005 à 24,8% pour les femmes âgées entre 45 et 64 ans et à 11,6 % pour celle âgée de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2005). Aucune comparaison entre les groupes d'anciennes fumeuses, fumeuses et non-fumeuses n'a cependant pu être faite. En effet, il n'aurait pas été pertinent d'établir des comparaisons entre des personnes stables dans leur arrêt tabagique avec des personnes n'ayant jamais fumé, étant donné l'absence du comportement à risque chez ce groupe. Il aurait cependant été intéressant de comparer les personnes en cessation du tabac (n=8) avec celle étant actuellement fumeuses (n=3) mais étant donné le petit nombre de fumeuses, nous nous abstiendront de tirer des conclusions

Élément déclencheur, facilitateurs et barrières

Les participantes étaient invitées à la fin du questionnaire, 4 mois suivant l'ACTP, à exprimer, par des questions ouvertes, quels avaient été l'élément déclencheur, les facilitateurs et les barrières à leur modification de comportement. Il est intéressant de constater que même si l'hospitalisation pour une ACTP est très courte, la majorité des femmes ont cité celle-ci comme élément déclencheur à la modification de comportement à risque. Cela nous porte à croire que l'évènement en soi est plus important que la durée de l'hospitalisation. Dans le même ordre d'idée, l'ACTP semble être perçue comme un évènement ayant un impact important et ce, même s'il existe, en centre hospitalier, une certaine banalisation de cette intervention compte tenu de la rapidité de celle-ci. De plus, le soutien de la famille, des amis et des autres (professionnel de la santé, programme de réadaptation cardiaque), sont également perçus comme des facilitateurs à la modification de comportement à risque. Il est intéressant de constater que ces formes de soutien sont présentes tant dans les scores élevés des questionnaires de soutien social des participantes à l'étude que dans l'analyse de contenu. Le fait que les femmes à l'étude affirment ouvertement que ces acteurs (famille, amis et autres) sont importants dans le processus de modification de comportement, vient corroborer les résultats de la présente étude et appuie plusieurs auteurs citant le soutien social comme élément clé (Emslie, 2005; McSweeney, 1993; McSweeney et Coon, 2004; Wieslander et al., 2005). Finalement, la présence de symptômes physiques, telle la fatigue et le manque de motivation clairement cité par les femmes à l'étude renforce le fait qu'une modification de comportement ne peut

être une réussite sans la prise en considération des autres facteurs pouvant inhiber celle-ci.

Évolution dans les stades du modèle de changement de comportement.

Suite à l'analyse et à la discussion des résultats, des changements négatifs dans les stades de changement de comportement à risque ont été observés en majorité (alimentation 45 %, exercice 41 %) entre les deux temps de mesure. Notre questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence si ces femmes ont été conscientisées à la modification de comportement à risque suite à leur ACTP. Selon les us et coutumes de pratique des professionnels de la santé (médecins et infirmières) sur l'unité de cardiologie où les participantes ont été recrutées, nous pouvons espérer qu'un bon nombre ont reçu de l'enseignement et des encouragements. Ainsi, nous nous serions attendues à ce que ces femmes progressent positivement dans le processus de changement de comportement à risque et non à l'inverse. Malheureusement, cette étude n'a pas permis de démontrer quelles sont les caractéristiques qui ont pu interférer. Cependant, ces résultats soulèvent le fait que la modification de comportement à risque ne relève pas seulement d'un enseignement ponctuel fait à la suite d'une ACTP. Il demeure pertinent de mieux comprendre ce phénomène afin de soutenir adéquatement la modification de comportement à risque chez les femmes ayant subi une ACTP.

4.2 Forces et limites de l'étude

Cette étude a permis de décrire les caractéristiques d'une population qui jusqu'à maintenant est peu étudiée, soit les femmes ayant subi une ACTP. Malgré la prolongation de la période de recrutement (4 semaines), le projet a connu de sérieuses difficultés. Par exemple, la majorité des participantes à l'étude ont été référées par la même infirmière et ceci explique, en partie, la petite taille de l'échantillon. En effet, très peu d'infirmières nous ont référé des patientes et ce, malgré nos appels quotidien, sur deux quarts de travail, sur l'unité de soins afin de les conscientiser au recrutement en cours.

Le devis descriptif utilisé était le meilleur devis pour faire ressortir certaines caractéristiques prédominantes qui sont présentes lors du processus d'adoption de comportement à risque (Burns et Grove, 2005). Il aurait cependant pu être intéressant d'ajouter un temps de mesure un an après le recrutement, afin d'observer les caractéristiques ayant progressé dans le temps (devis descriptif longitudinale à trois temps de mesure). Mais, ce projet de recherche étant fait dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de 2^{ième} cycle et il nous a fallu restreindre le temps de collecte des données. Le nombre de variables à l'étude était également trop élevé pour la taille de l'échantillon qui s'est avéré être inférieur à notre estimation (Fortin, 1996). L'ensemble des instruments utilisés était valide et fidèle en version française mais après utilisation, l'*Illness Perception Questionnaire*, ne semble pas être le meilleur outil pour la population cardiaque, en particulier celle souffrant d'angine ou ayant souffert d'un IM. Les symptômes proposés pour la partie «Identité» de la maladie ne sont pas réellement en lien avec l'IM, ce qui a

pu constituer un biais directement lié avec certains résultats. Par ailleurs, certaines participantes se sont plaintes de la longueur du questionnaire. À l'avenir, une attention particulière sera apportée afin de privilégier les versions abrégées. Une version abrégée de l'*Illness Perception Questionnaire* aurait pu être utilisée et nous aurions pu considérer le choix d'un outil plus court pour la mesure de la fatigue. En regard au déroulement de l'étude, il est intéressant de souligner que les questionnaires ont été complétés au domicile des participantes, afin d'éviter de leur occasionner de la fatigue supplémentaire.

Conscient que certaines variables de confusion, telles qu'un événement autre que l'épisode de soins, ont pu influencer la modification de comportement, des questions ouvertes permettant de les documentées ont été ajoutés à la fin du questionnaire.

Malgré la petite taille de l'échantillon, le nombre de variables et grâce aux forces reliées au devis, nous avons été en mesure de constater une cohérence entre les résultats, l'analyse de contenu de cette étude et les écrits recensée. D'ailleurs, les questions ouvertes nous ont permis de corroborer certains résultats obtenus au questionnaire (soutien social, symptômes physiques). Nous avons également été en mesure de démontrer la pertinence de certaines caractéristiques du cadre de référence. Suite à la collecte des données et l'analyse des résultats nous avons pu déceler la présence de certaines des caractéristiques le composant et ce malgré la faible puissance de notre étude. Par ailleurs, ce cadre nous a seulement permis de mettre en perspective certaines caractéristique de façon statique sans établir de

lien entre celles-ci. Une étude ultérieure pourrait cependant combler cette lacune et permettrait de le schématiser selon une approche systémique.

4.3 Retombées de l'étude

Étant donné que les femmes ayant subi une ACTP identifient davantage de symptômes de la maladie immédiatement après une ACTP que quatre mois suivants celle-ci, il serait pertinent que les infirmières œuvrant auprès de cette clientèle, fassent, très rapidement après l'évènement, des interventions d'enseignement axées sur la reconnaissance des symptômes associés à la maladie afin d'accroître leurs connaissances. Plus spécifiquement, les interventions se doivent de valider la compréhension qu'ont les femmes cardiaques de la maladie afin de bonifier ou corriger les perceptions en regard de celles-ci. La fatigue et le stress étant très présents immédiatement après un ACTP, il serait avantageux de leur donner un temps de repos et débiter les programmes d'enseignement une fois que celles-ci se sentent prêtes à y participer. La présence de symptômes dépressifs semble davantage présente lors de changement négatif. Les infirmières se doivent d'être attentives à la présence de tels symptômes et intervenir afin de soutenir les femmes dans leur démarche de modification de comportement. Celles-ci se doivent d'identifier et de mobiliser le réseau de soutien (famille/amis/autres) des femmes dilatées afin d'inclure ces personnes pour faciliter la modification de comportements. Finalement, il est très important de ne pas sous-estimer l'impact positif que les professionnels de la santé ont sur la perception du soutien social des femmes ayant subi une ACTP, qui se répercute sur la modification de

comportement. Il est également primordial pour les professionnels de la santé, dont les infirmières, d'accompagner cette clientèle dans sa démarche de modification de comportements à risque.

Plus spécifiquement, pour la recherche, il serait pertinent de confirmer ces résultats auprès d'un échantillon plus grand. Par la suite, les liens entre ces caractéristiques et les changements de comportements pourraient être établis lors d'études corrélationnelles. Finalement, il serait intéressant d'évaluer l'impact des interventions d'enseignement proposées sur le changement de comportement à risque.

CONCLUSION

Le but principal de ce projet de recherche était de décrire les caractéristiques présentes lors d'une modification dans le processus de modification de comportement à risque des femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée. À l'aide d'un devis descriptif, nous avons été en mesure de dresser un portrait des principales caractéristiques pouvant prédominer lors d'une modification de comportement positive, négative ou lors d'un maintien. Dans cette étude, les symptômes de fatigue et le stress étaient beaucoup plus présents une-deux semaines post-ACTP que quatre mois après celle-ci. Mais encore, certains aspects de la perception de la maladie, tels que l'aspect de chronicité de celle-ci et sa compréhension évoluent dans le temps. Finalement, le soutien de la famille et des professionnels de la santé sont des formes de soutien fortement perçues par les femmes ayant subi une ACP.

D'un point de vue clinique, cette étude permet d'effectuer des recommandations pour la pratique infirmières en regard du soutien des femmes ayant subi une ACP et ainsi suggérer des interventions infirmières d'enseignement et de soutien adaptées à cette clientèle spécifique.

Outre l'accroissement des connaissances sur la clientèle particulière des femmes ayant subi une ACP, cette étude descriptive est une étude pilote pour une prochaine étude qui pourra confirmer ou infirmer certaines tendances dégagées par ces résultats.

RÉFÉRENCES

- Ades, P. A., Waldmann, M. L., McCann, W. J., et Weaver, S. O. (1992). Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Archives of Internal Medicine*, 152(5), 1033-1035.
- Ajzen, I., et Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. (Prentice-Hall inc)
- Astin, F., et Jones, K. (2004). Heart disease attributions of patients prior to elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 41-47.
- Astin, F., et Jones, K. (2006a). Changes in patients' illness representations before and after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart and Lung*, 35(5), 293-300.
- Astin, F., et Jones, K. (2006b). Lifestyle change after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty: An Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1583-1584.
- Astin, F., Jones, K., et Thompson, D. R. (2005). Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart et Lung*, 34(6), 393-401.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215
- Becker, M. H. (1975). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T., et Zimet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(4), 331-340.
- Brink, E., et Grankvist, G. (2006). Associations between depression, fatigue, and life orientation in myocardial infarction patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 407-411.
- Burns, N., et Grove, S. K. (2005). Practice nursing research. conduct, critique and utilization. Vile : Edition

- Chouinard, M. C., et Robichaud-Ekstrand, S. (2003). Social support contribution to health and the adoption and maintenance of health behaviors. *Recherche en Soins Infirmiers*, (75), 21-37.
- Chouinard, M. C., et Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., et Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82(2), 234-236.
- Cox, C. L., Miller, E. H., et Mull, C. S. (1987). Motivation in health behavior: Measurement, antecedents, and correlates. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 1-15.
- Crane, P. B., et McSweeney, J. C. (2003). Exploring older women's lifestyle changes after myocardial infarction. *MEDSURG Nursing*, 12(3), 170-176.
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., et Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47(6), 756-761.
- Daugareil, C. (2010). Éducation thérapeutique, hygiène de vie et pronostic après un syndrome coronaire aigu. *Revue de l'Infirmière*, 59(157), 26-28.
- Desmarais, A., et Robichaud-Ekstrand, S. (1998). McEwen's conceptual model in cardiac rehabilitation. *Canadian Nurse*, 94(4), 40-46.
- Eastwood, G. M. (2001). Lifestyle pattern change in males following percutaneous transluminal coronary angioplasty/intracoronary stenting. *International Journal of Nursing Practice*, 7(2), 131-137.
- Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: A review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 382-395.
- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Reese, L. B., & DeBusk, R. F. (1983). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *The American Journal of Cardiology*, 51(7), 1076-1080
- Farley, R. L., Wade, T. D., et Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 205-212.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : An introduction th theory and research*. (Addison-Wesley ed.). Don Mills,

- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2003). Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2007). Bulletin de santé annuel de la fondation des maladies du cœur.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2008a). Bulletin de santé annuel de la fondation des maladies du cœur.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2008b). Le coeur tel qu'elles. rapport annuel.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2008c). Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire (résumé).
- Fortin M-F. (1996) Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation. Décarie Éditeur, Ville Mont-Royal, Québec.
- Gaw, B. L. (1992). Motivation to change life-style following PTCA. *DCCN - Dimensions of Critical Care Nursing*, 11(2), 68-74.
- Gendreau, R. (2003). Le traitement pharmacologique de l'angine instable. *Le Médecin du Québec*, 38 (5), 63.
- Gledhill, J. A., Rodary, C., Mahe, C., et Laizet, C. (2002). French validation of the revised piper fatigue scale. *Recherche en Soins Infirmiers*, (68), 50-65.
- Gulanick, M., Bliley, A., Perino, B., et Keough, V. (1998). Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: The patient's perspective. *Heart et Lung*, 27(4), 253-262.
- Gupta, A., Burke, J., et Bove, A. (2006). Coronary arterial revascularization: Past, present, future: Part I--historical trials. *Clinical Cardiology*, 29(7), 290-294.
- Hart, P. L. (2005). Women's perceptions of coronary heart disease: An integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 170-176.
- Hare, D. L., et Davis, C. R. (1996). Cardiac depression scale: Validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(4), 379-386.
- Heijmans, M., et de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 485.
- Institut de Cardiologie de Montréal. (2007). Innovations nationales et internationales.

- Johansen, H., Nargundkar, M., Nair, C., Taylor, G., et Elsaadany, S. (1998). Courrir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. *Rapport sur La Santé*, 9(4)
- Karner, A., Tingstrom, P., Abrandt-Dahlgren, M., et Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261-275.
- Karner, A. M., Dahlgren, M. A., et Bergdahl, B. (2004). Rehabilitation after coronary heart disease: Spouses' views of support. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 204-211.
- Le Petit Larousse. (2008). Le petit Larousse. *Le Petit Larousse Illustré*, (Larousse)
- Lemyre, L., et Tessier, R. (2003). Measuring psychological stress. concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Canadian Family Physician*, 49, 1159-1160.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., et Steele, D. S. (1984). Illness representation and coping with health threats. *Handbook of Psychology and Health*, 4, 219.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., et Dirksen, S. R. (2003). Soins infirmiers médecine-chirurgie. (Beauchemin)
- McEwen, M. (1993). The health motivation assessment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 770-779.
- McSweeney, J. C. (1993). Making behavior changes after a myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 15(4), 441-455.
- McSweeney, J. C., et Coon, S. (2004). Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction. *MEDSURG Nursing*, 13(1), 49-56.
- McSweeney, J. C., et Crane, P. B. (2001). An act of courage: Women's decision-making processes regarding outpatient cardiac rehabilitation attendance. *Rehabilitation Nursing*, 26(4), 132-140.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2000). Cardiologie tertiaire, situation actuelle, perspectives et propositions.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (2008). Réseau Québécois de Cardiologie tertiaire : Rapport Annuel 2007-2008.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., H. R., Cameron, L.D., et Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

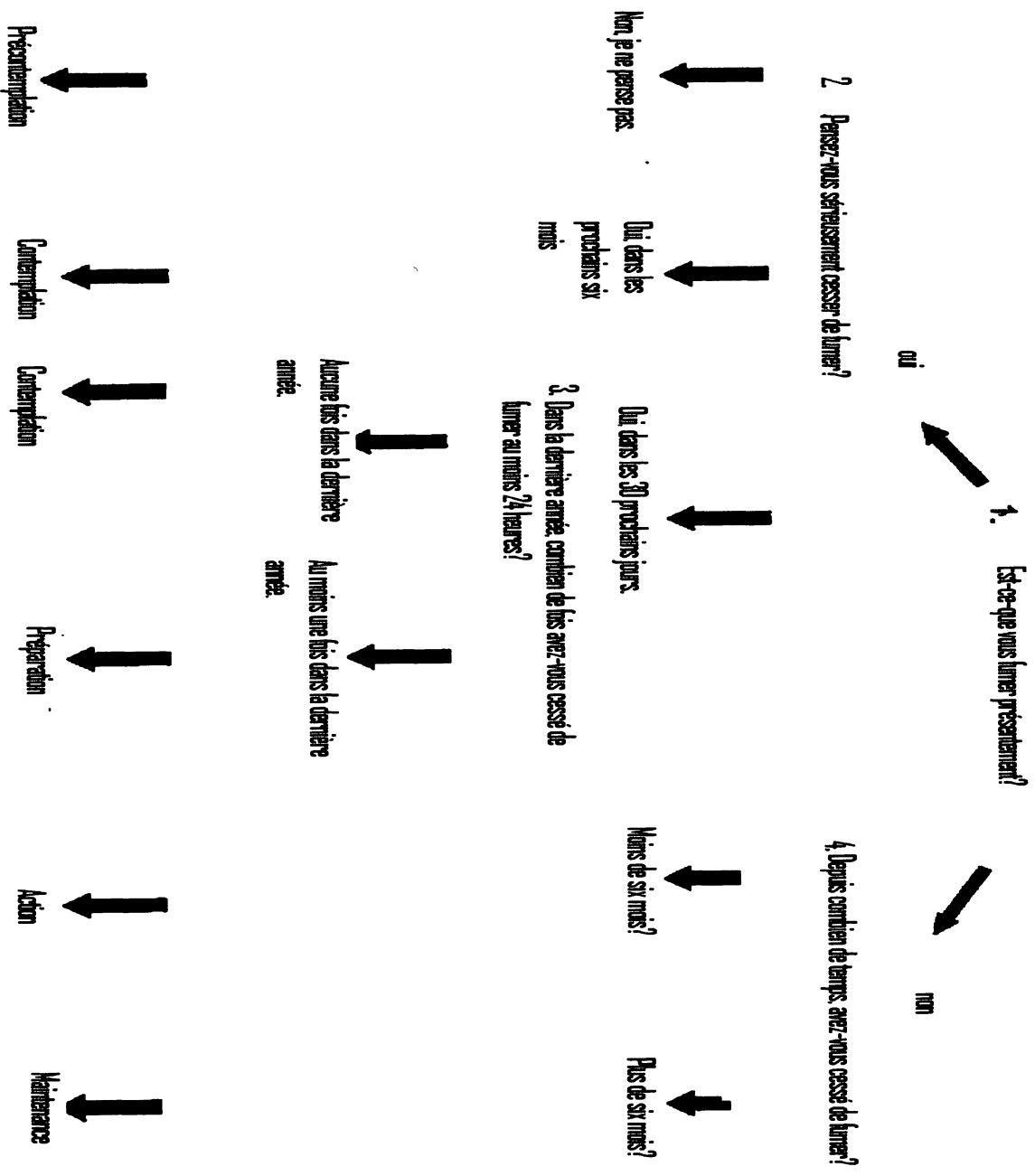
- Nigg, C. R., Burbank, P. M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., et al. (1999). Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. *Gerontologist*, 39(4), 473-482.
- Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting et Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Gimpil, S., et Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10(4), 395-406.
- Prochaska, J. O., et Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Robichaud-Ekstrand, A., Vandal, S., Viens, C., & Bradet, R. (2001). Health behaviour standards [french]. *Recherche En Soins Infirmiers*, (64), 59-77.
- Robinson, A. W., et Sloan, H. L. (2000). Heart health and older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(5), 38-45.
- Santé Canada. (2002). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., et Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality et Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action. (2009). Pour un Canada au cœur qui bat.
- Sutherland, B., et Jensen, L. (2000). Living with change: Elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 10(5), 661-676.
- Statistique Canada, . (2005). *Enquête sur la santé de la collectivité canadienne : 2005*
- Statistique Canada, . (2009). *Enquête sur la santé de la collectivité canadienne : 2009*

- Statistique Canada (2009), Mortalité : liste sommaire des causes 2005.
- Triandis, H. C. (Ed.). (1977). *Interpersonal behavior* (Brooks/Cole ed.). Monterey, CA.
- Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., et Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du life orientation test-revised. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 40(4), 238-243.
- Turner, S. C., Bethell, H. J., Evans, J. A., Goddard, J. R., et Mullee, M. A. (2002). Patient characteristics and outcomes of cardiac rehabilitation.see comment. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22(4), 253-260.
- Vallerand, R. J., Blais, M. R., Lacoulure, Y., et Deci, E. L. (1987). L'échelle des orientations générales à la causalité: Validation canadienne au general causality orientation scales. *Revue Canadienne des Sciences Comportementales*, 19 (1), 1-15.
- Valois, P. (Ed.). (1984). *Comparaison des modèles de fishbein et de triandis*. Université Laval, Québec
- Wieslander, I., Baigi, A., Turesson, C., et Fridlund, B. (2005). Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 278-285.
- Wiles, R. (1998). Patients' perceptions of their heart attack and recovery: The influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Social Science et Medicine*, 46(11), 1477-1486.

ANNEXE 1

STADE DE CHANGEMENT DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

Stade de changement de Prochaska et Diclemente (tabagisme)



Stade de changement de Prochaska et Diclemente

Tabagisme

1. Est-ce que vous fumez présentement ?

Oui (*allez à la question 2*)

Non (*allez à la question 4*)

2. Si oui, pensez-vous sérieusement cesser de fumer?

a. non, je ne pense pas.

b. oui, dans les prochains six mois.

c. oui, dans les prochains 30 jours (*allez à la question 3*).

3. Combien de fois dans la dernière année, avez-vous cessé de fumer au moins 24 heures?

a. aucune fois dans la dernière année.

b. au moins une fois dans la dernière année.

4. Si non, depuis combien de temps avez-vous cessé de fumer ?

a. j'ai cessé dans les derniers six mois.

b. il y a plus de six mois.

Activité physique

1. Est-ce que vous faites 30 minutes d'activité physique par jour ?

Oui (*allez à la question 2*)

Non (*allez à la question 3*)

2. Si oui, depuis combien de temps faites-vous 30 minutes d'activité physique par jour?

a. depuis les derniers six mois.

b. il y a plus de six mois.

3. Si non, pensez-vous sérieusement faire 30 minutes d'activité physique par jour ?

- a. non, je ne pense pas.
- b. oui, dans les prochains six mois.
- c. oui, dans les prochains 30 jours (*allez à la question 4*).

4. Combien de fois dans la dernière année, avez-vous pratiqué 30 minutes d'activité physique par jour ?

- a. aucune fois dans la dernière année.
- b. au moins une fois dans la dernière année.

Alimentation

1. Mangez-vous au moins 7 portions de fruits et de légumes par jour ?

- Oui (*allez à la question 2*)
- Non (*allez à la question 3*)

2. Si oui, depuis combien de temps mangez-vous au moins 7 portions de fruits et de légumes par jour?

- a. depuis les derniers six mois.
- b. il y a plus de six mois.

3. Si non, pensez-vous sérieusement manger au moins 7 portions de fruits et de légumes par jour?

- a. non, je ne pense pas.
- b. oui, dans les prochains six mois.
- c. oui, dans les prochains 30 jours (*allez à la question 4*).

4. Combien de fois dans la dernière année, avez-vous mangé au moins 7 portions de fruits et de légumes par jour?

- a. aucune fois dans la dernière année.
- b. au moins une fois dans la dernière année.

ANNEXE 2

ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE

Illness Perception Questionnaire

Veillez indiquer en cochant *Oui ou Non*, si vous avez ressenti l'un de ces symptômes depuis votre maladie, et si vous pensez que ces symptômes sont en relation avec votre maladie.

Merci de bien vouloir répondre à chaque ligne, dans chaque colonne et donc de cocher un choix par colonne.

Symptômes	J'ai ressenti ce symptôme depuis ma maladie		Ce symptôme est associé à ma maladie	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gorge irritée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Articulations raides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Yeux irrités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Respiration sifflante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lourdeurs d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Difficultés pour dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Perte de force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les déclarations suivantes relatives à votre maladie en cochant la case appropriée.

Votre point de vue sur votre maladie	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Ma maladie ne va pas durer longtemps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ma maladie est susceptible d'être permanente plutôt que temporaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ma maladie va durer longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cette maladie va rapidement passer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je pense que j'aurai cette maladie pour le restant de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ma maladie est grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ma maladie a des conséquences importantes sur ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ma maladie n'a pas beaucoup d'effet sur ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ma maladie affecte beaucoup la façon dont les autres me voient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ma maladie a des conséquences financières graves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ma maladie cause des difficultés à mes proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il y a beaucoup de choses que je peux faire pour contrôler mes symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre point de vue sur votre maladie	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
13. Ce que je fais peut déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Le déroulement de ma maladie dépend de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Rien de ce que je fais n'affectera ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai le pouvoir d'influencer ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mes actions n'auront aucun effet sur l'évolution de ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ma maladie va s'améliorer avec le temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Il y a peu de choses à faire pour améliorer ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mon traitement sera efficace pour guérir ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Les effets négatifs de ma maladie peuvent être prévenus (évités) par mon traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mon traitement peut contrôler ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Rien ne peut aider mon état.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les symptômes de mon état me laissent perplexe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ma maladie est un mystère pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je ne comprends pas ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre vision de votre maladie	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
27. Ma maladie n'a aucun sens pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. J'ai une image nette ou une compréhension de mon état.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Les symptômes de ma maladie changent beaucoup d'un jour à l'autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Mes symptômes vont et viennent par cycles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ma maladie est très imprévisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je passe par des cycles au cours desquels ma maladie diminue ou empire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Je déprime quand je pense à ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Quand j'y pense, ma maladie m'inquiète.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ma maladie me met en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ma maladie ne me gêne pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. À cause de cette maladie, je suis anxieuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ma maladie me fait peur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer votre niveau d'accord sur les causes de votre maladie.

Votre point de vue sur votre maladie	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Stress ou ennuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Héritaire – courant dans ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un microbe ou un virus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Régime ou habitudes alimentaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hasard ou malchance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mauvais soins médicaux dans mon passé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pollution de l'environnement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mon propre comportement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mon attitude mentale (ex : avoir une vision négative de la vie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problèmes de famille ou soucis causés par ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ma surcharge de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mon état émotionnel (ex : abattement, solitude, anxiété, vide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vieillessement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre point de vue sur votre maladie	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
14. Consommation d'alcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Consommation de tabac.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Accident ou blessure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ma personnalité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Détérioration de l'immunité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En résumé, pour moi les causes les plus importantes de ma maladie sont :
Vous pouvez utiliser n'importe lequel des éléments de la case ci-dessus ou vous pouvez ajouter d'autres idées personnelles.

1. _____
2. _____
3. _____

ANNEXE 3

ÉCHELLE RÉVISÉE DE LA FATIGUE

Pour les questions qui suivent, entourez, dans la ligne des chiffres, celui qui correspond le mieux à votre état de fatigue en ce moment.

4. La fatigue que vous ressentez en ce moment perturbe-t-elle votre capacité à avoir une activité sexuelle?

Pas du tout
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Énormément

5. Dans l'ensemble, votre fatigue actuelle affecte-t-elle votre capacité à profiter des choses auxquelles normalement vous prenez plaisir?

Pas du tout
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Énormément

6. Quelle est l'intensité ou la sévérité de la fatigue que vous ressentez en ce moment?

Légère
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Forte

7. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle ?

Plaisante
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Déplaisante

8. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle ?

Agréable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Désagréable

Pour les questions qui suivent, entourez, dans la ligne des chiffres, celui qui correspond le mieux à votre état de fatigue en ce moment.

9. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle ?

Protectrice										Destructrice
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle?

	Positive									Négative
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle?

	Normale									Anormale
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Comment vous sentez-vous en ce moment?

	Forte									Faible
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Comment vous sentez-vous en ce moment?

	Bien réveillée									Endormie
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Comment vous sentez-vous en ce moment?

	Dynamique									Vide, sans entrain
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pour les questions qui suivent, entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état de fatigue en ce moment

15. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Reposée										Fatiguée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Énergique										Sans énergie
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Patiente										Impatiente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Détendue										Tendue
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Gaie										Déprimée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Capable de vous concentrer										Incapable de vous concentrer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pour les questions qui suivent, entourez, dans la ligne des chiffres, celui qui correspond le mieux à votre état de fatigue en ce moment

21. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Reposée											Fatiguée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

22. Comment vous sentez-vous en ce moment?

Capable de réfléchir											Incapable de réfléchir
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

23. Globalement, quelle est selon vous la cause la plus directe de votre fatigue?

ANNEXE 4

MESURE DU STRESS PSYCHOLOGIQUE

Mesure du Stress Psychologique

Encerclez un chiffre de 1 à 8 indiquant jusqu'à quel degré la phrase vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 jours.

Les chiffres 1 à 8 signifient :

1. Pas du tout
2. Pas vraiment
3. Très peu
4. Un peu
5. Plutôt oui
6. Passablement
7. Beaucoup
8. Énormément

1. Je suis calme.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Je me sens pressée par le temps, coincée par le temps, je manque de temps.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. J'ai des douleurs physiques : mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque mal au ventre.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Je suis préoccupée, tourmentée ou tracassée.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Je suis confuse, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je me sens pleine d'énergie, en forme.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Je sens «beaucoup de pression sur les épaules».	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Je suis stressée.	1	2	3	4	5	6	7	8

ANNEXE 5

LIFE ORIENTATION TEST

Life Orientation Test (optimisme)

Répondez en fonction de ce que vous ressentez et non de ce que vous pensez que les gens voudraient que vous répondiez.

1. Fortement en accord
2. En accord
3. Indécis
4. En désaccord
5. Fortement en désaccord

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Dans des périodes incertaines, je m'attends généralement au mieux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Il est facile pour moi de me détendre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Si quelque chose doit aller mal pour moi, ce sera le cas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je suis toujours optimiste à propos de mon avenir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. J'apprécie beaucoup mes amis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Il m'est important de rester occupé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je m'attends rarement à ce que les choses aillent dans mon sens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Je ne me vexe pas facilement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je m'attends rarement à ce que de bonnes choses m'arrivent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Tout compte fait, je m'attends à ce qu'il m'arrive plus de bonnes que de mauvaises choses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANNEXE 6

SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Scale of perceived social support (soutien social)

Veillez indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés présentés ci-dessous.

1. Très fortement en désaccord
2. Fortement en désaccord
3. Moyennement en désaccord
4. Neutre
5. Moyennement en accord
6. Fortement en accord
7. Très fortement en accord

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Il y a une personne spéciale qui est autour de moi si j'en ai besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Il y a une personne spéciale avec qui je peux échanger sur mes joies et mes peines. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Ma famille essaie vraiment de m'aider. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. J'obtiens de ma famille l'aide et le support dont j'ai besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Il existe une personne très spéciale qui est une vraie source de réconfort pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Mes amis essaient vraiment de m'aider. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Je peux compter sur mes amis lorsque les choses vont mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. J'ai des amis avec qui je peux partager mes joies et mes peines. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Il y a une personne spéciale dans ma vie qui a à cœur mes sentiments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Je peux parler de mes problèmes à mes amis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANNEXE 7

ÉCHELLE DE DÉPRESSION CARDIAQUE

Échelle de dépression cardiaque

Veillez indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés présentés ci-dessous.

- 1 = Très fortement en désaccord
- 2 = Fortement en désaccord
- 3 = Moyennement en désaccord
- 4 = Neutre
- 5 = Moyennement en accord
- 6 = Fortement en accord
- 7 = Très fortement en accord

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. J'ai abandonné plusieurs de mes intérêts et activités. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Ma concentration est telle qu'elle a toujours été. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. J'ai le goût de rien faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Je prends plaisir à la vie maintenant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. L'incertitude me préoccupe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Il se peut que je ne me rétablisse pas comme il se doit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Mon sommeil est interrompu et n'est pas récupérateur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Je ne suis plus la personne que j'étais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Je me réveille très tôt le matin et je ne suis pas capable de me rendormir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. J'ai l'impression de vivre sur du temps emprunté. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Mourir est la meilleure solution pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Mon moral est bon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. La possibilité de mort subite m'inquiète. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Mon futur n'est composé que de malheur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Mon esprit est aussi vif et alerte qu'auparavant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- 1 = Très fortement en désaccord
 2 = Fortement en désaccord
 3 = Moyennement en désaccord
 4 = Neutre
 5 = Moyennement en accord
 6 = Fortement en accord
 7 = Très fortement en accord

16. Je ne finis jamais rien.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mes problèmes ne sont pas terminés.	1	2	3	4	5	6	7
18. Les choses que je regrette dans ma vie m'inquiètent.	1	2	3	4	5	6	7
19. Je retire autant de plaisir de mes activités de loisirs qu'avant.	1	2	3	4	5	6	7
20. Ma mémoire est aussi bonne qu'avant.	1	2	3	4	5	6	7
21. Je pleure plus facilement qu'avant.	1	2	3	4	5	6	7
22. Il me semble que je suis plus irritable envers les autres qu'avant.	1	2	3	4	5	6	7
23. Je me sens indépendante et en contrôle de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
24. Je perds patience plus rapidement ces derniers temps.	1	2	3	4	5	6	7
25. Je me sens frustrée.	1	2	3	4	5	6	7
26. Je suis inquiète face à mes capacités sexuelles.	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE 8

QUESTIONNAIRE DES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Questionnaire des variables sociodémographiques

1. Quel âge avez-vous ? : _____

2. Quel est votre état civil ?
 - Mariée
 - Célibataire
 - Séparée ou divorcée
 - Conjointe de fait
 - Veuve
 - Autre

3. Combien de personnes sont à votre charge ? _____

4. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?
 - Primaire
 - Secondaire
 - Collégial
 - Universitaire

5. Quel est votre statut d'emploi ?
 - Temps complet
 - Retraitée
 - Congé maladie
 - Temps partiel
 - Chômage

6. Quel est votre type d'emploi ou occupation ?
 - Professionnelle
 - Technicienne
 - Travailleuse manuelle
 - Administratrice
 - Commis, secrétaire
 - Au foyer (ménagère)
 - Autre : _____

7. Quel a été votre revenu familial brut au cours de la dernière année?

- Moins de 10 000\$
- 10 000\$ à 14 999\$
- 15 000\$ à 29 999\$
- 30 000\$ à 59 999\$
- 60 000\$ à 79 999\$
- 80 000\$ à 99 999\$
- \geq 100 000\$

8. Dans quelle municipalité habitez-vous / urbaine ou rurale ?

_____ / _____

9. Avez-vous ressenti de la douleur lors de la procédure. Oui Non

Si oui, décrivez son intensité sur une échelle de 0 à 10 : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

10. Avez-vous eu recours à une hospitalisation :

- Urgente
- Planifiée

ANNEXE 9

**ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR, FACILITANT ET BARRIÈRE À LA
MODIFICATION DE COMPORTEMENTS À RISQUE**

Questionnaire de l'élément déclencheur d'une modification de la motivation à changer un comportement à risque

1. Est-ce qu'il y a un évènement particulier qui a déclenché votre motivation à changer un comportement à risque?
2. Qu'est-ce qui a facilité votre motivation à changer un comportement à risque?
3. Qu'est-ce qui a agi comme obstacle et barrière à votre motivation à changer un comportement à risque?

ANNEXE 10

**LETTRE DE CONSIGNES GÉNÉRALES DU CAHIER DE LA
PARTICIPANTE**

Consignes générales

Madame,

Le cahier ci-joint est composé d'un questionnaire permettant de détecter certaines caractéristiques pouvant être présentes lors d'une modification de la motivation à changer des comportements à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée. Vous devez compléter ce questionnaire selon votre perception et selon ce que vous ressentez. Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses. Portez une attention particulière afin que toutes les questions trouvent réponses. Si vous ressentez le besoin d'obtenir du soutien pour compléter le questionnaire ou des spécifications sur les questions, n'hésitez pas à demander de l'aide à l'infirmier assistant de recherche, Marc Boisvert, qui vous accompagne.

En vous remerciant à l'avance de votre participation.

Nos salutations distinguées.

Nicole Bolduc inf. M.Sc.

Marie-Eve Poitras B.Sc.inf.

ANNEXE 11

**LETTRE DE SOUTIEN : INFIRMIER-CHEF UNITÉS DE
CARDIOLOGIE ET SOINS INTERMÉDIAIRES DU CHUS**

Sherbrooke, le 5 décembre 2007

Objet : recrutement des sujets de l'étude : Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA).

M. Denis Vallières
Chef de soins et services
Programme-clientèle cardio-pulmonaire

La présente lettre est pour vous informer que j'aimerais solliciter la participation des infirmières et infirmiers travaillant sur votre unité de soins lors du recrutement des sujets de l'étude : **Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA)** qui débutera à l'hiver 2008. Le but de cette étude est de déceler les éléments pouvant être présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes suite à une PTCA. Seul le recrutement des sujets se fera au département 9c-10c-Soins intermédiaires. La participation requise des assistantes-infirmières-chefs impliquerait de contacter la chercheuse étudiante, Marie-Eve Poitras ou une assistante de recherche, lors de l'hospitalisation d'une femme ayant subi une PTCA et après vérification des critères d'admissibilité. Un numéro de téléphone leur sera remis afin qu'il puisse la contacter en tout temps. Celle ira par la suite rencontrer les patientes afin de juger de leur admissibilité à l'étude.

Nous aimerions joindre à notre dossier, une confirmation de votre part de la connaissance de ce projet de recherche. Lorsque qu'approuvé par les différents comités, une lettre d'information sera transmise à tous les cardiologues de votre équipe les avisant des objectifs du projet et du début du recrutement.

Formulaire d'attestation d'information du projet de recherche

Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA).

Objectifs

- Décrire les principaux éléments présents lors de la modification de la motivation à changer des comportements à risque des femmes ayant subi une PTCA.
- Proposer des interventions infirmières d'enseignement en lien avec les différents éléments détectés chez la clientèle féminine ayant subi une PTCA.

J'ai pris connaissance du projet : **Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA).**

Oui

Non

ANNEXE 12

LETTRE DE SOUTIEN : CARDIOLOGUE EN CHEF DU CHUS

Sherbrooke, le 5 décembre 2007

Objet : recrutement des sujets de l'étude : Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA).

Dr Michel Nguyen
Cardiologue
Directeur du service de cardiologie du CHUS

La présente lettre est pour vous informer de la mise en place du recrutement des sujets de l'étude : **Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA) à l'hiver 2008** sur le département 9c-10c-Soins intermédiaires du CHUS. Le but de cette étude est de décrire les principaux éléments qui sont présents lors de la modification de la motivation à changer des comportements à risques des femmes ayant subi une PTCA et de proposer des interventions infirmières d'enseignements en lien avec les différents éléments détectés chez cette clientèle. Ce projet sera soumis au comité scientifique et éthique de l'Université de Sherbrooke en décembre 2007. Nous prévoyons débuter le recrutement dès que le projet sera approuvé par les différents comités de l'Université de Sherbrooke.

Nous aimerions joindre à notre dossier, une confirmation de votre part de la connaissance de ce projet de recherche. Lorsque qu'approuvé par les différents comités, une lettre d'information sera transmise à tous les cardiologues de votre équipe les avisant des objectifs du projet et du début du recrutement.

Formulaire d'attestation d'information du projet de recherche

Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA).

Objectifs

- Décrire les principaux éléments présents lors de la modification de la motivation à changer des comportements à risque des femmes ayant subi une PTCA.
- Proposer des interventions infirmières d'enseignement en lien avec les différents éléments détectés chez la clientèle féminine ayant subi une PTCA.

J'ai pris connaissance du projet: **Description des éléments présents lors de la modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une dilatation coronarienne transluminale percutanée (PTCA).**

Oui Non

ANNEXE 13

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Titre du projet:	Description , des caractéristiques présentes lors d'une modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA).
Date du projet	08/04/21
Chercheur principal:	Nicole Bolduc inf. M.Sc. Professeure agrégée École des Sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke
Chercheur(s) associé(s):	Marie-Eve Poitras B.Sc.inf. Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques Université de Sherbrooke Infirmière au CSSSC

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche parce que vous venez de subir une angioplastie coronarienne transluminale percutanée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Depuis quelques années, les femmes ont beaucoup plus de risques d'être atteintes d'une maladie cardiaque. Plusieurs comportements à risque tels que le tabagisme, une alimentation déficiente ainsi que la sédentarité augmentent les chances d'en être atteinte. Nous savons cependant que certaines caractéristiques influencent la décision de modifier des comportements en regard à ces facteurs de risques. Toutefois, ces informations découlent d'études faites auprès d'une clientèle masculine et majoritairement dans un contexte d'infarctus du myocarde et de chirurgie cardiaque. Cette étude nous permettra d'isoler certaines caractéristiques présentes lors d'une modification de la motivation à changer un ou des comportements à risque chez les femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA). Nous espérons également être en mesure de proposer des interventions infirmières d'enseignement mieux adaptées aux femmes ayant subi une PTCA.

DÉROULEMENT ET COLLABORATION REQUISE DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre collaboration débutera après la signature du consentement lors de votre hospitalisation. Lors de cette rencontre, l'infirmier assistant de recherche conviendra d'un prochain entretien avec vous dans les 1 à 2 semaines suivant votre hospitalisation et ira collecter dans votre dossier médical le nombre et le nom des artères coronaires qui ont été dilatées. Par la suite, vous serez rencontrée à votre domicile ou à tout autre endroit à votre convenance, 1-2 semaines et 4 mois suivant votre hospitalisation. Lors de ces rencontres, vous aurez à remplir un questionnaire nous permettant d'isoler certaines caractéristiques pouvant être présentes lors d'une modification de votre motivation à changer un ou des comportements à risque. La fin de la deuxième rencontre conclura votre participation à l'étude.

RISQUES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Aucun risque n'est associé à la participation à cette étude.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Un inconvénient envisagé pour la participation à cette étude est le temps requis approximatif d'une heure trente pour chaque entrevue. La réflexion sur les modifications de comportements à risque que peuvent apporter les entrevues ainsi que le désagrément d'accueillir le chercheur à son domicile ou de devoir convenir d'un autre lieu de rencontre peut également vous incommoder.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Les bénéfices de cette étude sont à l'effet qu'une réflexion sur les modifications de comportements à risque suite à une PTCA peut amener un changement d'habitude et des comportements à risque. Vous pouvez également obtenir des réponses à ses questions à la fin de la deuxième entrevue par l'entremise de l'infirmier assistant de recherche qui bénéficie d'une expérience pertinente en cardiologie. Par ailleurs, les informations recueillies au cours de cette recherche permettront de décrire les principales caractéristiques présentes lors de la modification ou du maintien de comportements à risque et permettront de suggérer des interventions infirmières d'enseignement mieux adaptées aux femmes ayant subi une PTCA.

ALTERNATIVE À LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Vous n'êtes pas obligée de participer à ce projet de recherche pour recevoir des soins au CHUS.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

Nous pourrions devoir interrompre le projet pour l'une ou l'autre des raisons qui suivent : si de nouvelles données montrent qu'il n'est plus acceptable sur le plan éthique de poursuivre le projet ou si des imprévus nous empêchent de continuer le projet. Vous serez rapidement informée si le projet devait être arrêté.

Nous pourrions également mettre un terme à votre participation de façon prématurée, si nous jugeons que ce n'est plus dans votre intérêt.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques surviennent indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation;

- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheurs responsables de l'étude, Mme Nicole Bolduc, inf PhD. (c) et Mme Marie-Eve Poitras, inf. M.Sc.(c), ainsi que par leur assistant de recherche M. Marc Boisvert inf B.Sc.inf (c). Seules ces trois personnes auront accès aux informations vous concernant. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront conservées sous clé dans le classeur de la chercheuse principale pour la durée de la collecte des données puis dans celui de la cochercheuse dès la fin de l'étude pour une période de 5 ans. Toutes les données seront détruites par la suite.

Les chercheurs responsables du projet utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an dans un répertoire maintenu par le chercheur ou par le CHUS.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom de la participante
(lettres moulées)

Signature de la participante

Date

Nom du témoin
(lettres moulées)

Signature du témoin

Date

Nom de la personne qui
obtient le consentement
(lettres moulées)

Signature de la personne qui
obtiens le consentement

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom du chercheur
(lettres moulées)

Signature du chercheur

Date

CALENDRIER DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Temps	Activités prévues
Durant l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Explication du projet de recherche• Période de questions.• Signature du consentement• Collecte de données dans le dossier médical
1-2 semaines après l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Questionnaire auto administré fait à domicile avec l'assistant de recherche
4 mois après l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Questionnaire auto administré fait à domicile avec l'assistant de recherche• Fin de la participation des participantes de l'étude

ANNEXE 14

LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE DU CHUS

Le 6 juin 2008

Dre Nicole Bolduc
Sciences infirmières
Faculté de Médecine

OBJET: Projet # 08-067

Description des caractéristiques présentes lors d'une modification de la motivation à changer un comportement à risque des femmes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA)

Dre Bolduc ,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a évalué les aspects scientifique et éthique du protocole de recherche cité et, à ce titre, votre projet a été approuvé. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Nous avons avisé le directeur scientifique du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel, Dr Moutquin, de cette approbation, et vous devez attendre son autorisation pour démarrer votre projet.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

ANNEXE 15

**PREUVE DE SOUMISSION À LA REVUE «JOURNAL OF
CARDIOVASCULAR NURSING»**

Date : Samedi 08 Mai 2010 09:14

Objet : A manuscript number has been assigned to your JCN submission

May 08, 2010

Dear Mrs Marie-Eve Poitras,

Your submission entitled "Describe the characteristics present during the risk behavior modification process of women who had a PTCA." has been assigned the following manuscript number: JCN-D-10-00058.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author.

<http://jcn.edmgr.com/>

Your username is:

Your password is:

Thank you for submitting your work to The Journal of Cardiovascular Nursing.

Kind Regards,

Jeanine Vezie, CMA
Managing Editor
The Journal of Cardiovascular Nursing

ANNEXE 16

**AUTORISATION D'INTÉGRATION D'UN ARTICLE ÉCRIT EN
COLLABORATION À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE.**

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(e)s, co-auteur(e)s de l'article intitulé : Describe the characteristics present during the cell behavior modification process of women who had a PICA
reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse

de l'étudiant(e) (nom) : Marie-Eve Pétras

inscrit(e) au programme de sciences cliniques

de la Faculté de médecine et sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature [Signature] Date : 27-01-2010

Nom Marie-Eve Pétras

Coordonnées 137 de la Rue
Chicoutimi, G1A 2K6
(571) 5116

Signature [Signature] Date : 09-05-2010

Nom Muelo Belduc

Coordonnées 3001, 12^e Avenue Nord
Joliette, Québec
J1N 5N4

Signature _____ Date : _____

Nom _____

Coordonnées _____

Signature _____ Date : _____

Nom _____

Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

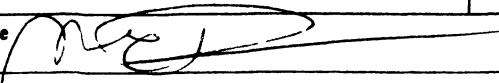
ANNEXE 17

AUTORISATION DE MICROFILMAGE

THESES NON-EXCLUSIVE LICENSE

LICENCE NON EXCLUSIVE DES THÈSES

Surname / Nom de famille Pitras	Given Names / Prénoms Marie-Eve
Full Name of University / Nom complet de l'université Université de Sherbrooke	
Faculty, Department, School / Faculté, département, école médecine et sciences de la santé, Sciences cliniques, École Sciences infirmières	
Degree for which thesis was presented / Grade pour lequel cette thèse a été présentée Maitrise	Date Degree Awarded / Date d'obtention du grade Automne 2010
Date of Birth. In many cases it is essential to include information about year of birth in bibliographic records to distinguish between authors bearing the same or similar names. It is optional to supply your date of birth. If you choose to do so please note that the information will be included in the bibliographic record for your thesis.	Date de naissance. Dans bien des cas, il est essentiel de connaître l'année de naissance des auteurs afin de pouvoir faire la distinction entre des personnes qui ont le même nom ou des noms semblables. Vous avez le choix de fournir votre date de naissance. Si vous choisissez de la fournir veuillez noter que l'information sera incluse dans la notice bibliographique de votre thèse.
Thesis Title / Titre de la thèse Évaluation des caractéristiques présentes lors d'une modification dans le processus de changement de comportement à risque chez les femmes ayant subi une angioplastie coronaire transluminale percutanée.	

<p>In consideration of Library and Archives Canada making my thesis available to interested persons, I</p> <p>by grant a non-exclusive, for the full term of copyright protection, royalty free license to Library and Archives Canada:</p> <p>(a) to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell my thesis (the title of which is set forth above) worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats;</p> <p>(b) to authorize, sub-license, sub-contract or procure any of the acts mentioned in paragraph (a).</p> <p>I undertake to submit my thesis, through my university, to Library and Archives Canada. Any abstract submitted with the thesis will be considered to form part of the thesis.</p> <p>I represent and promise that my thesis is my original work, does not infringe any rights of others, and that I have the right to make the grant conferred by this non-exclusive license. If third-party copyrighted material was included in my thesis, I have obtained written copyright permission from the copyright owners to do the acts mentioned in paragraph (a) above for the full term of copyright protection.</p> <p>I retain copyright ownership and moral rights in my thesis, and may deal with the copyright in my thesis, in any way consistent with rights granted by me to Library and Archives Canada in this non-exclusive license.</p> <p>I further promise to inform any person to whom I may hereafter assign or license my copyright in my thesis of the rights granted by me to Library and Archives Canada in this non-exclusive</p>	<p>Considérant le fait que Bibliothèque et Archives Canada désire mettre ma thèse à la disposition des personnes intéressées, je,</p> <p>Marie-Eve Pitras</p> <p>accorde par la présente à Bibliothèque et Archives Canada, une licence non exclusive et libre de redevance, et ce, pour toute la période protégée par mon droit d'auteur afin de :</p> <p>(a) reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre ma thèse (dont le titre est indiqué ci-dessus) partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats;</p> <p>(b) autoriser, accorder une sous-licence ou une sous-traitance, ou engager toute mesure mentionnée à l'alinéa (a).</p> <p>Je m'engage à ce que ma thèse soit remise à Bibliothèque et Archives Canada par mon université. Tout résumé analytique soumis avec la thèse sera considéré comme faisant partie de celle-ci.</p> <p>Je déclare sur mon honneur que ma thèse est mon œuvre originale, qu'elle n'empiète pas sur les droits de quiconque et que j'agis de plein droit en accordant cette licence non exclusive. Si le document d'une tierce personne étant protégé par un droit d'auteur est inclus dans ma thèse, j'aurai préalablement obtenu une permission écrite des détenteurs du droit d'auteur pour faire les actes mentionnés dans le paragraphe (a) ci-dessus, et ce, pour toute la période protégée par le droit d'auteur.</p> <p>Je conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ma thèse, et je peux disposer du droit d'auteur de toute manière compatible avec les droits accordés à Bibliothèque et Archives Canada par les présentes.</p> <p>Je promets également d'informer toute personne à qui je pourrais ultérieurement céder mon droit d'auteur sur ma thèse ou à qui je pourrais accorder une licence, des droits non exclusifs accordés à Bibliothèque et Archives Canada par les présentes.</p>
Signature 	Date 27-04-2010

Nom

Marie-Eve Pothas

Dissertation Abstracts International est organisé en catégories de sujets. Veuillez s.v.p. choisir le sujet qui décrit le mieux votre thèse et inscrivez le code numérique approprié dans l'espace réservé ci-dessous.

0509 U.M.I.

CODE DE SUJET

SUJET

Catégories par sujets

HUMANITÉS ET SCIENCES SOCIALES

COMMUNICATIONS ET LES ARTS

Architecture	0729
Beaux-arts	0357
Bibliothéconomie	0399
Cinéma	0900
Communication verbale	0459
Communications	0708
Danse	0378
Histoire de l'art	0377
Journalisme	0391
Musique	0413
Sciences de l'information	0723
Théâtre	0465

ÉDUCATION

Généralités	515
Administration	0514
Art	0273
Collèges communautaires	0275
Commerce	0688
Économie domestique	0278
Éducation permanente	0516
Éducation préscolaire	0518
Éducation sanitaire	0680
Enseignement agricole	0517
Enseignement bilingue et multiculturel	0282
Enseignement industriel	0521
Enseignement primaire	0524
Enseignement professionnel	0747
Enseignement religieux	0527
Enseignement secondaire	0533
Enseignement spécial	0529
Enseignement supérieur	0745
Évaluation	0288
Finances	0277
Formation des enseignants	0530
Histoire de l'éducation	0520
Langues et littérature	0279

Lecture	0535
Mathématiques	0280
Musique	0522
Orientation et consultation	0519
Philosophie de l'éducation	0998
Physique	0523
Programmes d'études et enseignement	0727
Psychologie	0525
Sciences	0714
Sciences sociales	0534
Sociologie de l'éducation	0340
Technologie	0710

LANGUE, LITTÉRATURE ET LINGUISTIQUE

Langues	
Généralités	0679
Anciennes	0289
Linguistique	0290
Modernes	0291
Littérature	
Généralités	0401
Anciennes	0294
Comparée	0295
Médiévale	0297
Moderne	0298
Africaine	0316
Américaine	0591
Anglaise	0593
Asiatique	0305
Canadienne (Anglaise)	0352
Canadienne (Française)	0355
Germanique	0311
Latino-américaine	0312
Moyen-orientale	0315
Romane	0313
Slave et est-européenne	0314

PHILOSOPHIE, RELIGION ET

THEOLOGIE	
Philosophie	0422
Religion	
Généralités	0318
Clergé	0319
Études bibliques	0321
Histoire des religions	0320
Philosophie de la religion	0322
Théologie	0469

SCIENCES SOCIALES

Anthropologie	
Archéologie	0324
Culturelle	0326
Physique	0327
Droit	0398
Économie	
Généralités	0501
Commerce-Affaires	0505
Économie agricole	0503
Économie du travail	0510
Finances	0508
Histoire	0509
Théorie	0511
Études américaines	0323
Études canadiennes	0385
Études féministes	0453
Folklore	0358
Géographie	0366
Gérontologie	0351
Gestion des affaires	
Généralités	0310
Administration	0454
Banques	0770
Comptabilité	0272
Marketing	0338
Histoire	
Histoire générale	0578

Ancienne	0579
Médiévale	0581
Moderne	0582
Histoire des noirs	0328
Africaine	0331
Canadienne	0334
États-Unis	0337
Européenne	0335
Moyen-orientale	0333
Latino-américaine	0336
Asie, Australie et Océanie	0332
Histoire des sciences	0585
Loisirs	0814
Planification urbaine et régionale	0999
Science politique	
Généralités	0615
Administration publique	0617
Droit et relations internationales	0616
Sociologie	
Généralités	0626
Aide et bien-être social	0630
Criminologie et établissements pénitentiaires	0627
Démographie	0938
Études de l'individu et de la famille	0628
Études des relations interethniques et des relations raciales	0631
Structure et développement social	0700
Théorie et méthodes	0344
Travail et relations industrielles	0629
Transports	0709
Travail social	0452

SCIENCES ET INGÉNIERIE

SCIENCES BIOLOGIQUES

Agriculture	
Généralités	0473
Agronomie	0285
Alimentation et technologie alimentaire	0359
Culture	0479
Élevage et alimentation	0475
Exploitation des pétroles	0777
Pathologie animale	0476
Pathologie végétale	0480
Physiologie végétale	0817
Sylviculture et faune	0478
Technologie du bois	0746
Biologie	
Généralités	0306
Anatomie	0287
Biologie (Statistiques)	0308
Biologie moléculaire	0307
Botanique	0309
Cellule	0379
Écologie	0329
Entomologie	0353
Génétiq	0369
Limnologie	0793
Microbiologie	0410
Neurologie	0317
Océanographie	0416
Physiologie	0433
Radiation	0821
Science vétérinaire	0778
Zoologie	0472
Biophysique	
Généralités	0786
Médicale	0760

Géologie	0372
Géophysique	0373
Hydrologie	0388
Minéralogie	0411
Océanographie physique	0415
Paléobotanique	0345
Paléoécologie	0426
Paléontologie	0418
Paléozoologie	0985
Palynologie	0427

SCIENCES DE LA SANTÉ ET DE L'ENVIRONNEMENT

Économie domestique	0386
Sciences de l'environnement	0768
Sciences de la santé	
Généralités	0566
Administration des hôpitaux	0769
Alimentation et nutrition	0570
Audiologie	0300
Chimiothérapie	0992
Dentisterie	0567
Développement humain	0758
Enseignement	0350
Immunologie	0982
Loisirs	0575
Médecine du travail et thérapie	0354
Médecine et chirurgie	0564
Obstétrique et gynécologie	0380
Ophthalmologie	0381
Orthophonie	0460
Pathologie	0571
Pharmacie	0572
Pharmacologie	0419
Physiothérapie	0382
Radiologie	0574
Santé mentale	0347
Santé publique	0573
Soins infirmiers	0569
Toxicologie	0383

SCIENCES PHYSIQUES

Sciences Pures	
Chimie	
Généralités	0485
Biochimie	487
Chimie agricole	0749
Chimie analytique	0486
Chimie minérale	0488
Chimie nucléaire	0738
Chimie organique	0490
Chimie pharmaceutique	0491
Physique	0494
Polymères	0495
Radiation	0754
Mathématiques	0405
Physique	
Généralités	0605
Acoustique	0986
Astronomie et astrophysique	0606
Électronique et électricité	0607
Fluides et plasma	0759
Météorologie	0608
Optique	0752
Particules (Physique nucléaire)	0798
Physique atomique	0748
Physique de l'état solide	0611
Physique moléculaire	0609
Physique nucléaire	0610
Radiation	0756
Statistiques	0463
Sciences Appliqués Et Technologie	
Informatique	0984
Ingénierie	
Généralités	0537
Agricole	0539
Automobile	0540

Biomédicale	0541
Chaleur et thermodynamique	0348
Conditionnement (Emballage)	0549
Génie aérospatial	0538
Génie chimique	0542
Génie civil	0543
Génie électronique et électrique	0544
Génie industriel	0546
Génie mécanique	0548
Génie nucléaire	0552
Ingénierie des systèmes	0790
Mécanique navale	0547
Métallurgie	0743
Science des matériaux	0794
Technique du pétrole	0765
Technique minière	0551
Techniques sanitaires et municipales	0554
Technologie hydraulique	0545
Mécanique appliquée	0346
Géotechnologie	0428
Matériaux plastiques (Technologie)	0795
Recherche opérationnelle	0796
Textiles et tissus (Technologie)	0794

PSYCHOLOGIE

Généralités	0621
Personnalité	0625
Psychobiologie	0349
Psychologie clinique	0622
Psychologie du comportement	0384
Psychologie du développement	0620
Psychologie expérimentale	0623
Psychologie industrielle	0624
Psychologie physiologique	0989
Psychologie sociale	0451
Psychométrie	0632

SCIENCES DE LA TERRE

Biogéochimie	0425
Géochimie	0996
Géodésie	0370
Géographie physique	0368



