

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, 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, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**Approche globale de prédiction d'adhésion au traitement
et d'autogestion des soins
chez des adultes diabétiques de type 2
Rôle des facteurs psychosociaux**

par
Cynthia Turcotte

Département de Psychologie
Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en psychologie
option recherche et intervention

mars, 2008

© Cynthia Turcotte, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Approche globale de prédiction d'adhésion au traitement et d'autogestion des soins chez
des adultes diabétiques de type 2 : rôle des facteurs psychosociaux

présentée par :
Cynthia Turcotte

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

..... Mireille Cyr.....
président-rapporteur

..... Paul C. Veilleux.....
directeur de recherche

..... Charles Tourigny.....
codirecteur

..... Jacques Bergeron.....
membre du jury

..... Gilles Dupuis.....
examineur externe

..... Sophie Laforest.....
représentant(e) du doyen de la FES

Résumé

La présente recherche exploratoire étudie l'influence de plusieurs facteurs psychosociaux sur l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins chez 115 adultes diabétiques de type 2, depuis 4 ans en moyenne, qui fréquentent l'Unité de jour de diabète de l'Hôtel-Dieu du CHUM. Le protocole est transversal et rétrospectif. Les cinq catégories de variables à l'étude incluent les caractéristiques *sociodémographiques* et reliées à la *santé*, les facteurs reliés à *l'individu*, à *l'entourage* et à la *relation soignant-soigné*.

Selon des études antérieures, par le biais de l'adhésion et de l'autogestion, les diabétiques peuvent espérer améliorer le contrôle glycémique et prévenir l'apparition de complications. Les dimensions d'adhésion et d'autogestion évaluées de manière autorapportée sont l'adhésion globale, au style de vie/monitoring et au traitement médicamenteux, l'autogestion de l'alimentation générale, de l'alimentation spécifique, de l'activité physique, de la médication antidiabétique orale, des tests de glycémie et des soins des pieds. Des analyses de régression pas à pas et hiérarchique ont été menées pour déterminer (a) les meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion et (b) les catégories de variables qui ajoutent à la prédiction.

Les résultats révèlent que les facteurs reliés à l'individu, plus particulièrement deux croyances de santé (vulnérabilité à la maladie et obstacles perçus au traitement) et deux stratégies de coping (désengagement comportemental et coping actif), sont impliqués significativement dans la prédiction de trois à quatre dimensions d'adhésion ou d'autogestion. Dans la catégorie des facteurs reliés à l'entourage, la disponibilité perçue du soutien social est impliquée dans la prédiction de trois dimensions d'autogestion. Deux facteurs reliés à la relation soignant-soigné, soit la concordance et la faisabilité perçue des recommandations, sont prédicteurs chacun d'une dimension d'autogestion. Pourtant, cette catégorie de facteurs n'ajoute pas à la prédiction au-delà de l'explication déjà fournie par les autres catégories de variables. Globalement, chaque dimension d'adhésion et

d'autogestion est prédite significativement par un ensemble unique de variables. Les résultats appuient la pertinence de poursuivre l'étude du rôle des facteurs psychosociaux dans les phénomènes d'adhésion et d'autogestion. Ils suggèrent que cela puisse contribuer au développement de programmes efficaces visant à prévenir ou à traiter les problèmes d'adhésion et d'autogestion.

Mots-clés : Psychologie de la santé, Relation soignant-soigné, Concordance, Soutien social, Sévérité, Satisfaction, Coping, Croyances de santé, Lieu de contrôle de santé, Attachement.

Abstract

The current exploratory study examined the role that a number of psychosocial variables may have played in affecting treatment adherence and diabetes self-management in a sample of 115 adults with Type 2 diabetes mellitus. The mean disease duration is 4 years in this sample. Subjects were recruited from a diabetes day care unit at the Hôtel-Dieu du CHUM, in Montreal. The research design is cross-sectional and retrospective. The studies' variables included five categories: demographic characteristics, health characteristics, individual factors, social factors and factors related to doctor-patient relationship.

Research has demonstrated that long-term complications can be prevented and that glycemic control can be optimised through good treatment adherence and effective self-management. Self reported criteria evaluated treatment adherence and self-management. Treatment adherence criteria included : global adherence, lifestyle/monitoring and treatment medication. Self-management criteria included : general diet, specific diet, exercise, blood-glucose testing, antidiabetic oral medication and foot care. Statistical (stepwise) regression and sequential multiple regression analyses were conducted. The goal of these analyses were to (a) find the best predictors for treatment adherence and self-management and (b) investigate variable categories which contribute to predict treatment adherence or self-management.

Findings indicate that individual factors, specifically health beliefs (disease predisposition and perceived treatment barriers) and coping strategies (behavioral disengagement and active coping), significantly predicted three to four adherence and/or self-management criteria. Among social factors, perceived availability of social support predicted three self-management criteria. With regards to doctor-patient relationship, doctor-patient fit and perceived feasibility of recommendations were each a predictor of one self-management criteria. Nonetheless the category of doctor-patient relationship

factors did not add to prediction beyond the explanation already given by the other variable categories. Globally, a unique set of variables significantly predicted treatment adherence and self-management criteria. Results support the relevance of continued research regarding the role of psychosocial factors on treatment adherence and self-management phenomena. Findings suggest that research may contribute to effective program development to prevent and/or address treatment adherence and self-management problems.

Keywords : Health psychology, Doctor-patient relationship, Fit, Social support, Severity, Satisfaction, Coping, Health beliefs, Health locus of control, Attachment.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des appendices.....	xi
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures.....	xvi
Liste des abréviations.....	xvii
Remerciements.....	xix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I – Recension de la littérature.....	4
1.1 Diabète de type 2.....	5
1.1.1 Prévalence.....	6
1.1.2 Complications et facteurs de risque.....	8
1.1.3 Traitement.....	12
1.2 Adhésion et autogestion.....	17
1.2.1 Définition des concepts.....	17
1.2.2 Adhésion, autogestion et contrôle glycémique.....	20
1.2.3 Niveaux d’adhésion et facteurs associés.....	22
1.3 Théories à l’origine des concepts explicatifs d’adhésion ou d’autogestion.....	26
1.3.1 Modèle biopsychosocial.....	26
1.3.1 Modèle du sens commun de la maladie.....	27
1.3.2 Modèle des croyances de santé.....	28
1.3.3 Théorie de l’apprentissage social.....	30
1.3.4 Modèle transactionnel du stress.....	32
1.3.5 Théorie de l’attachement.....	37
1.3.6 Théorie du soutien social perçu.....	40
1.3.7 Modèle de consultation prescriptive.....	42

1.4	Mise au point sur l'état de la connaissance	46
1.5	Recension empirique du rôle des facteurs psychosociaux sur l'adhésion ou l'autogestion.....	49
1.5.1	Caractéristiques sociodémographiques et adhésion ou autogestion.....	49
1.5.2	Caractéristiques reliées à la santé et adhésion ou autogestion	56
1.5.3	Facteurs reliés à l'individu et adhésion ou autogestion	60
1.5.4	Facteurs reliés à l'entourage et adhésion ou autogestion	70
1.5.5	Facteurs reliés à la relation soignant-soigné et adhésion ou autogestion.....	72
1.6	Pertinence de l'étude	79
1.7	Objectifs	83
1.8	Hypothèses	84
1.8.1	Caractéristiques sociodémographiques	84
1.8.2	Caractéristiques reliées à la santé.....	85
1.8.3	Facteurs reliés à l'individu	85
1.8.4	Facteurs reliés à l'entourage.....	86
1.8.5	Facteurs reliés à la relation soignant-soigné	87
1.8.6	Adhésion et autogestion : modèles de prédiction globale.....	87
CHAPITRE II – Méthodologie		88
2.1	Déroulement de la recherche.....	88
2.1.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	88
2.1.2	Recrutement	88
2.1.3	Collecte de données.....	89
2.2	Aspects déontologiques.....	89
2.3	Instruments de mesure	90
2.3.1	Caractéristiques sociodémographiques	91
2.3.2	Caractéristiques reliées à la santé.....	91
2.3.3	Facteurs reliés à l'individu	92
2.3.4	Facteurs reliés à l'entourage.....	95

2.3.5 Facteurs reliés à la relation soignant-soigné	96
2.3.6 Mesures d'adhésion et d'autogestion	97
2.4 Traitement statistique	99
CHAPITRE III – Résultats	101
3.1 Analyses descriptives	101
3.1.1 Échantillon de mesure	101
3.1.2 Comportement de l'échantillon	104
3.2 Analyses bivariées	106
3.2.1 Relations entre les mesures d'adhésion et d'autogestion	107
3.2.2 Relations entre les variables indépendantes et dépendantes	107
3.3 Analyses multivariées	118
3.3.1 Meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion	119
3.3.2 Approche systémique de prédiction d'adhésion et d'autogestion	122
3.4 Observations complémentaires des analyses <i>a posteriori</i>	127
3.4.1 Sexe	127
3.4.2 Niveau socioéconomique	128
3.4.3 Nombre de complications	128
3.4.4 Perception de la sévérité du diabète et satisfaction de l'état de santé global	128
3.4.5 Utilisation de substances	129
3.4.6 Lieu de contrôle de santé spécifique au diabète	129
3.4.7 Attachement évitant	130
3.4.8 Disponibilité perçue du soutien social	130
CHAPITRE IV – Discussion	132
4.1 Portrait de l'échantillon	134
4.2 Résultats des analyses bivariées	138
4.3 Résultats des analyses multivariées : deux approches de prédiction	140
4.3.1 1 ^{er} angle : Meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion	142
4.3.2 2 ^e angle : Approche systémique de prédiction d'adhésion et d'autogestion	158

CONCLUSION 169
Références 173

Liste des appendices

APPENDICE A – Formulaires et questionnaires.....	I
Formulaire d’information et de consentement destinés aux participants à l’étude	II
Informations sur la recherche.....	II
Formulaire de consentement	V
Questionnaires sur l’adaptation au diabète de type 2.....	VII
Renseignements généraux (QRG).....	VII
Renseignements sur la santé (QRS)	IX
Recommandations de traitement du diabète (SAAD-R/1).....	XI
Échelle d’Évaluation des recommandations (EER).....	XIII
Sommaire des activités d’autogestion du diabète (SAAD-R/2).....	XV
Questionnaire d’activités du diabète (QAD).....	XVII
Stratégies de coping (COPE version brève).....	XIX
Soutien social (QSS)	XXI
Croyances de santé (MCS16).....	XXIV
Lieu de contrôle de santé (LCSM-C).....	XXV
Style d’attachement (QAA)	XXVII
APPENDICE B – Figures et tableaux.....	XXIX

Liste des tableaux

Tableau I : Variables, questionnaires et échelles	XXXIX
Tableau II : Cohérence interne des échelles.....	XL
Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques et reliées à la santé.....	XLI
Tableau IV : Âge, caractéristiques reliées à la santé - répondants vs non répondants.....	XLII
Tableau V : Caractéristiques sociodémographiques - répondants vs non répondants	XLII
Tableau VI : Fréquence des hospitalisations dans la dernière année et à vie	XLIII
Tableau VII : Caractéristiques reliées à la santé - répondants vs non répondants	XLIV
Tableau VIII : Statistiques descriptives QAD et SAAD-R.....	XLV
Tableau IX : Statistiques descriptives des mesures de variables indépendantes	XLVI
Tableau X : Corrélations entre QAD et SAAD-R.....	XLVII
Tableau XI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le sexe	XLVIII
Tableau XII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'ethnicité.....	XLVIII
Tableau XIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'état civil	XLIX
Tableau XIV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le revenu brut	L
Tableau XV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'éducation.....	L
Tableau XVI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la cohabitation	LI
Tableau XVII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'emploi	LI
Tableau XVIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le nombre de médicaments.....	LII
Tableau XIX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en glucides .	LII
Tableau XX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en gras	LIII
Tableau XXI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en calories .	LIII
Tableau XXII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'aliments riches en fibres	LIV
Tableau XXIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de fruits et légumes.....	LIV
Tableau XXIV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en sucres	LV
Tableau XXV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon un autre type de Rx diététique ...	LV

Tableau XXVI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'exercices légers quotidiens	LVI
Tableau XXVII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'absence de Rx sur l'activité physique	LVI
Tableau XXVIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'exercices continus..	LVII
Tableau XXIX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'intégrer l'exercice au quotidien.....	LVII
Tableau XXX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'exercices d'intensité, durée, fréquence et type déterminés.....	LVIII
Tableau XXXI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la diète ou diète + comprimés	LVIII
Tableau XXXII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la neuropathie.....	LIX
Tableau XXXIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la néphropathie	LIX
Tableau XXXIV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'hypercholestérolémie.....	LX
Tableau XXXV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon les problèmes cardiovasculaires	LX
Tableau XXXVI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'hypertriglycémie	LXI
Tableau XXXVII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon les problèmes de pied.....	LXI
Tableau XXXVIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon les hypoglycémies sévères	LXII
Tableau XXXIX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la rétinopathie	LXII
Tableau XL : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'hypertension artérielle	LXIII
Tableau XLI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le médecin traitant	LXIII
Tableau XLII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la consommation de tabac	LXIV
Tableau XLIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le groupe de l'UJD	LXIV
Tableau XLIV : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et l'âge, l'âge au moment du diagnostic, la durée d'évolution du diabète, le taux d'A1c, l'IMC, le nombre de complications et d'hospitalisations dans la dernière année et à vie	LXV

Tableau XLV : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et les stratégies de coping	LXVI
Tableau XLVI : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et la sévérité perçue du diabète, la satisfaction de l'état de santé global, les croyances de santé, le lieu de contrôle et l'attachement évitant	LXVII
Tableau XLVII : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et la disponibilité perçue et la satisfaction du soutien social, l'influence du md, la faisabilité des Rx, la concordance et l'acceptation des Rx	LXVIII
Tableau XLVIII : Modèle de régression pas à pas d'adhésion au style de vie/monitoring	LXIX
Tableau XLIX : Modèle de régression pas à pas d'adhésion au traitement médicamenteux	LXIX
Tableau L : Modèle de régression pas à pas d'adhésion globale	LXX
Tableau LI : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de l'alimentation générale..	LXX
Tableau LII : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de l'alimentation spécifique	LXXI
Tableau LIII : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de l'activité physique	LXXI
Tableau LIV : Modèle de régression pas à pas d'autogestion des tests de glycémie.....	LXXII
Tableau LV : Modèle de régression pas à pas d'autogestion des soins des pieds	LXXII
Tableau LVI : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de la médication	LXXIII
Tableau LVII : Modèle hiérarchique d'adhésion au style de vie/monitoring	LXXIV
Tableau LVIII : Modèle hiérarchique d'adhésion au traitement médicamenteux	LXXV
Tableau LIX : Modèle hiérarchique d'adhésion globale	LXXVI
Tableau LX : Modèle hiérarchique d'autogestion de l'alimentation générale.....	LXXVII
Tableau LXI : Modèle hiérarchique d'autogestion de l'alimentation spécifique	LXXVIII
Tableau LXII : Modèle hiérarchique d'autogestion de l'activité physique	LXXIX
Tableau LXIII : Modèle hiérarchique d'autogestion des tests de glycémie.....	LXXX
Tableau LXIV : Modèle hiérarchique d'autogestion des soins des pieds.....	LXXXI

Tableau LXV : Modèle hiérarchique d'autogestion de la médication	LXXXII
Tableau LXVI : Corrélations entre les variables indépendantes (VI) 1-15	LXXXIII
Tableau LXVII : Corrélations entre les VI 16-29 et 1-15	LXXXIV
Tableau LXVIII : Corrélations entre les VI 16-29	LXXXV

Liste des figures

Figure 1 : Approche systémique des facteurs psychosociaux	XXX
Figure 2 : Modèle du sens commun de la maladie.....	XXXI
Figure 3 : Modèle des croyances de santé.....	XXXII
Figure 4 : Théorie de l'apprentissage social et lieu de contrôle	XXXIII
Figure 5 : Modèle transactionnel du stress et du coping.....	XXXIV
Figure 6 : Modèle bidimensionnel des styles d'attachement chez l'adulte	XXXV
Figure 7 : Schématisation de la théorie du soutien social perçu	XXXVI
Figure 8 : Modèle de consultation prescriptive.....	XXXVII
Figure 9 : Facteurs de saturation de l'analyse de composantes principales des échelles du COPE	XXXVIII

Liste des abréviations

Les principales abréviations utilisées dans ce texte sont :

AAQ : <i>Adult Attachment Questionnaire</i>	MHLC-C : <i>Multidimensional health locus of control – Form C</i>
ACD : Association canadienne du diabète	NHANES : <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
ADA : <i>American Diabetes Association</i>	NIDDM : <i>Non insulin-dependent diabetes mellitus</i>
APA : <i>American Psychological Association</i>	NSE : Niveau socioéconomique
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal	OMS : Organisation mondiale de la santé
CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	QAA : Questionnaire d'attachement chez l'adulte
CSSS : Centre de santé et de services sociaux	QAD : Questionnaire des activités de diabète
DCCT : <i>Diabetes Control and Complications Trial</i>	QRG : Questionnaire de renseignements généraux
D.I.C.E. : <i>The Diabetes In Canada Evaluation</i>	QRS : Questionnaire de renseignements sur la santé
DAWN : <i>Diabetes Attitudes, Wishes and Needs</i>	QSS : Questionnaire de soutien social
DSNID : Diabète sucré non insulino-dépendant	Rx : Recommandation
EER : Échelle d'évaluation des recommandations	SAAD-R : Sommaire des activités d'autogestion du diabète – Révisé
Taux d'A1c : Hémoglobine glycosylée	SASP : Service américain de santé publique
HBM : <i>Health Belief Model</i>	SDSCA-R : <i>Summary of Diabetes Self Care Activities Measure – Revised</i>
HCH : Hypercholestérolémie	SSQ : <i>Social Support Questionnaire</i>
HTA : Hypertension artérielle	TDAQ : <i>The Diabetes Activities Questionnaire</i>
HTG : Hypertriglycémie	UKPDS : <i>United Kingdom Prospective Diabetes Study</i>
IMC : Indice de masse corporelle	UJD : Unité de jour de diabète
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec	VI : Variable indépendante
LCSM-C : Lieu de contrôle de santé multidimensionnel – Formulaire C	
MCS : Modèle de croyances de santé	

*À François Turcault, réfugié acadien au
Québec, pour sa résilience.*

Remerciements

Tout d'abord, je remercie Dre Mireille Cyr, Dr Jacques Bergeron, Dr Gilles Dupuis et Dre Sophie Laforest d'avoir bien voulu prendre part au jury de cette thèse. Je voudrais ensuite remercier l'équipe de l'Unité de Jour de Diabète (UJD) de l'Hôtel-Dieu du CHUM pour leur précieuse collaboration, plus spécifiquement, Dr Jean-Louis Chiasson, endocrinologue, Madame Françoise Desrochers, infirmière, Madame Michèle Messier, diététiste, Madame Lyne Gauthier, pharmacienne et Madame Francine Bouchard, secrétaire médicale. Cette équipe à la fine pointe des connaissances a su me communiquer passion et énergie dans le but d'aider les personnes diabétiques. Je tiens à souligner la collaboration de Monsieur Miguel Chagnon, consultant professionnel en statistique au Service de Consultation en Méthodes Quantitatives, et à le remercier grandement pour toute son aide et pour ses explications pertinentes et éclairantes. Merci aussi à Serge du service de polycopie du Pavillon Marie-Victorin d'avoir contribué à matérialiser cette thèse.

J'exprime mes profonds remerciements à mon directeur de thèse, Dr Paul C. Veilleux, pour l'aide compétente qu'il m'a apportée, pour sa patience et ses encouragements. J'ai grandement apprécié la direction efficace qu'il a donnée à mon travail, son sens de la concision et la confiance qu'il m'a démontrée.

J'ai eu le privilège d'être guidée, épaulée, supervisée et soutenue par un clinicien d'expérience rigoureux et sensible. Pour toutes ces raisons, je tiens à remercier mon codirecteur de thèse, Monsieur Charles Tourigny, également psychologue à l'UJD de l'Hôtel-Dieu du CHUM, qui m'a aidée à discerner les voies importantes tout au long de mon parcours en diabète, aussi bien sur le plan clinique que celui de la recherche.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers Dre Francine Cyr pour m'avoir initiée à la psychologie clinique et à la recherche dans le cadre de mes études de doctorat. Son sens clinique, son humanisme et sa résilience m'ont grandement inspirée. Merci d'avoir été là dès le début et de m'avoir accompagnée jusqu'à la fin.

La réalisation de cette recherche n'aurait sans doute pas été possible sans l'aide et le soutien de mes proches. Je tiens à adresser mes remerciements à mes parents, Léon et Raymonde, pour tout leur support, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir poussée à me réaliser. Je dis merci à mon frère, Jonathan, pour le regard admiratif qu'il m'a toujours porté. Je remercie Dominic pour son soutien et tous les moments partagés avec lui. Tu as permis à l'espoir et à l'accomplissement de prendre place dans ma vie. Merci aussi à Thérèse et Renaud pour leurs encouragements et leur écoute. Je souligne l'appui face à l'adversité de ma cousine, Caroline, et de Robert et Madeleine, mon parrain et ma marraine.

Un merci tout spécial à Julie Vadeboncoeur, pour son amitié, sa constance, sa synthèse (!) et pour sa contribution majeure aux processus de changement et de maintien au cœur de mon doctorat dans les moments d'adversité autant que dans les moments de grâce. Sans toi rien de cela n'aurait été possible. Je dis merci à Anne Brault-Labbé, une âme sœur qui a partagé avec moi la créativité et la curiosité intellectuelle (et échanges sur les statistiques!) sous-jacents à l'engagement que requiert un doctorat. Merci pour tous tes conseils et ton temps. Mes remerciements vont à Catherine Guertin, pour avoir constitué l'un de mes premiers modèles de jeune docteur. Merci à Katherine Beauregard pour ses encouragements et sa générosité. Je sais gré également des discussions animées sur la psychologie et sur ma thèse que j'ai partagées avec Mélanie D. et Dominique B. Mille mercis à Isabelle pour son appui, pour m'avoir permis de rêver et de découvrir mes passions. Je remercie très sincèrement Alexandra et Benoit, pour leur amitié de toujours et aussi parce qu'ils concilient si bien travail, couple et famille. De plus, je tiens à dire merci à trois garçons en or, Simon, Olivier et, mon filleul, Hugo, parce qu'ils irradiant la joie de vivre. Je suis aussi reconnaissante envers Mélanie R., dite la rousse, de toute sa compréhension.

J'exprime ma gratitude à mes collègues de l'équipe de la Clinique de développement du Centre ambulatoire du CSSS de Laval pour leur soutien et leur compréhension face à ma double tâche de doctorante et de clinicienne. Special thanks to Patricia!

*Il faut parfois toute une existence pour parcourir le
chemin qui mène de la peur et l'angoisse au
consentement à soi-même. À l'adhésion à la vie.*

Charles Juliet (Extrait tiré de *Dans la lumière des saisons*, 1991, p. 53)

INTRODUCTION

Les individus qui souffrent d'une maladie physique chronique sont confrontés à plusieurs situations difficiles requérant une adaptation constante tout au long de leur vie. Dans la plupart des cas, ils doivent modifier leurs comportements pour rencontrer les exigences du traitement qui leur est prescrit et leur mode de vie s'en trouve grandement affecté. Ils doivent aussi vivre avec la menace des complications de leur maladie (Wiebe & Christensen, 1996).

Le diabète, qui était jadis une maladie mortelle, est dorénavant considéré comme une maladie chronique présentant un énorme défi d'adaptation. Cette maladie est caractérisée par l'hyperglycémie (concentration élevée de glucose dans le sang) attribuable à une carence ou à une déficience dans la production d'insuline. On distingue principalement deux types de diabète. Le diabète de type 1 représente environ 10% des cas diagnostiqués et apparaît durant l'enfance, l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Ce type de diabète est caractérisé par une insuffisance totale en production d'insuline. Beaucoup plus fréquent, le diabète de type 2 représente environ 90% des cas diagnostiqués (Mayfield, 1998; Santé Canada, 1999; Santé Canada, 2002). Il est communément diagnostiqué chez les adultes âgés de 40 ans et plus. Le diabète de type 2 consiste en une diminution progressive de la production d'insuline ou en une insulino-résistance.

Les individus qui sont atteints du diabète doivent adhérer au traitement recommandé par l'équipe médicale tout au long de leur vie. Les complications du diabète sont nombreuses et graves pouvant aller jusqu'au décès lorsque le diabète n'est pas traité. Ces complications possibles du diabète sur le plan de la santé, telles que des atteintes macrovasculaires, microvasculaires et du système nerveux, font de l'adhésion au traitement une question de première importance. De plus, le risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes diabétiques est deux à cinq fois plus élevé que chez les personnes non diabétiques (UKPDS 23, 1998; UKPDS 60, 2002). Le diabète est aussi souvent accompagné d'autres problèmes de santé tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou l'hypertriglycéridémie (Association canadienne du diabète (ACD), 2003; Larousse médical, 2004).

Tant à cause des complications qui en découlent que de l'augmentation de sa prévalence, le diabète de type 2 constitue l'un des principaux problèmes de santé publique. En effet, le risque de développer le diabète s'accroît avec la hausse de l'obésité, des mauvaises habitudes alimentaires et de la sédentarité. La présence d'antécédents familiaux de diabète de type 2 constitue également un des principaux facteurs de risque. En outre, la moitié des personnes diabétiques sont âgées de plus de 65 ans : la prévalence du diabète augmentant avec l'âge. Phénomène nouveau, le diabète de type 2 apparaît de plus en plus tôt et affecte dorénavant non seulement les adultes de plus de 40 ans, mais aussi les enfants surtout dans certaines populations à risque (ADA, 2006; Bloomgarden, 2004). Le diabète touche davantage de personnes et ce, partout à travers le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nous assistons à une épidémie mondiale de diabète (OMS, 2007; Wild, Sicree, Roglic, King, & Green, 2004). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : « On peut donc s'attendre à une demande accrue en soins et services reliés à cette maladie et à une intensification des mesures de prévention et des mesures [de traitement] visant à retarder l'apparition des complications » (Émond, 2002, p.2). En conséquence, la recherche doit permettre de développer une meilleure

compréhension des facteurs associés à l'adoption de ces mesures par les personnes diabétiques, c'est-à-dire à leur adhésion au traitement et leur autogestion des soins, en collaboration avec leurs soignants.

Dans le cadre de la présente thèse, nous présentons une recherche transversale, rétrospective et exploratoire qui se penche sur les facteurs psychosociaux susceptibles de prédire l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins des adultes atteints de diabète de type 2. La thèse comporte une introduction, quatre chapitres, une conclusion et des appendices. Les quatre chapitres se répartissent comme suit : recension de la littérature, méthodologie, résultats et discussion. Le chapitre I se divise en huit sections. En premier lieu, nous introduisons le diabète de type 2, puis les concepts d' « adhésion » au traitement et d' « autogestion » des soins. Troisièmement, les principales théories d'où sont tirés les facteurs psychosociaux à l'étude sont abordées. En quatrième lieu, une mise au point sur l'état des connaissances empiriques est effectuée. Ensuite, nous faisons une recension des études empiriques traitant de l'influence des facteurs psychosociaux sur l'adhésion au traitement et sur l'autogestion des soins. La recension de la littérature se termine par la description de la pertinence, des objectifs et des hypothèses de la présente étude. Le chapitre II décrit la méthodologie mise en œuvre, soit le déroulement de la recherche, les aspects déontologiques, les instruments de mesure utilisés et le traitement statistique. Le chapitre III expose les principaux résultats obtenus suite aux analyses statistiques. Le chapitre IV traite des principaux résultats et de leurs implications aux plans théorique, clinique et de la recherche en plus de faire état des limites de l'étude. En conclusion, nous reprenons les implications de la présente recherche qui consistent principalement au développement d'une meilleure compréhension du phénomène de l'adhésion au traitement et de l'autogestion des soins chez les adultes diabétiques de type 2.

CHAPITRE I – Recension de la littérature

La psychologie de la santé est une discipline qui existe depuis que l'*American Psychological Association* (APA) l'a reconnue comme telle en 1979. Il s'agit donc d'une discipline toute jeune qui est définie comme « l'étude des différents types de facteurs : psychologiques, sociaux et biologiques, intervenant dans le maintien de la bonne santé ou dans le déclenchement et l'évolution des maladies » (Fischer, 2002, p. 6). Fischer précise aussi que la psychologie de la santé se divise en trois axes : (a) la prévention et promotion des comportements sains, (b) les contextes de maladie et (c) les comportements adoptés par les malades. Notre étude se situe dans le domaine de la psychologie de la santé. Elle s'appuie principalement sur les deux derniers axes de cette discipline, mais dans une certaine mesure se réfère également au premier axe. En effet, la présente thèse s'intéresse aux comportements d'adhésion au traitement et d'autogestion des soins adoptés par les malades ainsi qu'aux facteurs psychosociaux qui les influencent dans le contexte du diabète de type 2. L'adhésion aux comportements de santé vise non seulement à traiter la maladie, mais également à retarder l'apparition de certaines complications pathophysiologiques du diabète renvoyant donc au premier axe, soit la prévention et la promotion des comportements sains.

La section qui suit décrit le diabète de type 2, sa prévalence, les complications et les dimensions de traitement qui y sont associées. Les concepts d'*adhésion* et d'*autogestion* tels qu'utilisés dans la présente étude sont par la suite définis. Puis, la relation entre l'adhésion ou l'autogestion et le contrôle glycémique est précisée. Les facteurs méthodologiques expliquant les variations des niveaux d'adhésion au traitement entre les études empiriques sont énoncés à la fin de cette section.

1.1 Diabète de type 2

Autrefois appelé diabète sucré non insulino-dépendant (DSNID), ce type de diabète est aujourd'hui connu sous la classification de diabète de « type 2 ». Le diabète de type 2 se caractérise par une production insuffisante d'insuline ou une résistance des cellules à l'insuline. L'insulinorésistance amène dans un premier temps le pancréas à produire davantage d'insuline. Le pancréas s'épuise ensuite de plus en plus. La production d'insuline s'amenuise alors provoquant une augmentation du glucose dans le sang.

L'insuline agit au sein du métabolisme comme une clé qui permet au glucose du sang d'entrer dans les cellules afin que le glucose puisse être utilisé comme source d'énergie. En cas de diabète de type 2, après un repas, tout le glucose ingéré ne peut pas être transformé en énergie puisque les cellules résistent à l'action de l'insuline et qu'il y a de moins en moins d'insuline : on retrouve donc du glucose en grande quantité dans le sang (*hyperglycémie postprandiale*). La quantité excessive de glucose qui reste dans le sang endommage le fonctionnement des cellules qui produisent l'insuline. Par la suite, l'excès de glucose dans le sang est éliminé dans les urines. Ce sont les atteintes constantes à la production d'insuline reliées à une glycémie trop élevée qui contribuent finalement à l'apparition du diabète comme en témoigne l'*hyperglycémie à jeun* (Larousse Médical, 2004; Santé Canada, 2002).

La glycémie à jeun se situe normalement entre 4.0 mmol/L et 6.0 mmol/L. Les individus reçoivent le diagnostic de diabète de type 2 si au moins l'une ou l'autre des trois conditions suivantes est remplie : (a) si la personne présente des symptômes (urines abondantes, soif excessive, perte de poids inexplicée) en plus d'obtenir deux glycémies au hasard égales ou supérieures à 11.1 mmol/L, (b) si deux glycémies à jeun sont supérieures ou égales à 7.0 mmol/L et (c) en l'absence de symptômes, si deux glycémies 2 heures après l'ingestion de 75 grammes de glucose (épreuve d'hyperglycémie provoquée) sont égales ou supérieures à 11.1 mmol/L (ACD, 2003).

Les individus qui sont atteints du diabète de type 2 peuvent donc être considérés comme étant « non insulino-dépendants » puisqu'il y a, dans les premiers stades de la maladie, une production de certaines quantités d'insuline même si cette production va en diminuant. Une personne atteinte de diabète de type 2 produira de l'insuline, mais pas de manière assez efficace pour maintenir le contrôle de la glycémie ou le taux d'A1c (taux moyen de glucose dans le sang dans les 2-3 mois précédents le test) dans les limites de la normale, soit entre 4% et 6% (ADA, 2006). Chez les individus diabétiques de type 1, anciennement appelés « insulino-dépendants », la production d'insuline est totalement absente dès l'apparition de la maladie (Mayfield, 1998). Ils doivent impérativement s'administrer des injections d'insuline.

La confusion liée au terme diabète « non insulino-dépendant » naît entre autres du fait que les personnes diabétiques de type 2, généralement traitées à l'aide d'un plan alimentaire ou d'une médication antidiabétique orale, peuvent elles aussi être insulino-traitées comme les personnes atteintes de diabète de type 1. Ainsi, l'ancienne classification entraînait un manque de clarté dans le cas du *diabète sucré non insulino-dépendant* pour les personnes étant tout de même *insulino-traitées*. Un système de classification par *type* suivi d'un chiffre arabe (ex. : diabète de type 2) est donc utilisé afin d'éviter les confusions (Mayfield, 1998). Dans la présente étude exploratoire, nous nous intéressons plus spécifiquement aux personnes diabétiques de type 2 n'étant pas insulino-traitées, soit celles qui sont traitées à la diète seule et celles qui ont pour traitement la diète combinée à une médication antidiabétique orale.

1.1.1 Prévalence

Fait alarmant, une hausse de la prévalence du diabète est observée partout dans le monde à la fois dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement. Le contexte du vieillissement de la population, l'accroissement de l'obésité, de la sédentarité et des mauvaises habitudes alimentaires contribuent à cette hausse de la prévalence du diabète

(Barrett, 2004; Émond, 2002; Mayfield, 1998). Les plus fortes croissances sont attendues dans les régions urbaines. Globalement, à travers le monde, la prévalence du diabète passera de 2.8% en 2000 à 4.4% en 2030 (Wild et al., 2004). Une augmentation du nombre de personnes atteintes d'environ 160% à 170% dans les pays en voie de développement est prévue d'ici 2025 (Colagiuri, 2002; King, Aubert, & Herman, 1998). Au Canada, et dans les autres pays développés, on prévoit une hausse de 35% de la prévalence d'ici 2025 (Heisler, 2004; King et al., 1998). Le nombre total de diabétiques dans le monde connaîtra donc une hausse considérable, partant de 171 millions en 2000 et allant jusqu'à 366 millions de diabétiques en 2030 (Wild et al., 2004). Selon les estimations faites sur la base d'environ 40 études et selon l'OMS (Wild et al., 2004), trois pays présenteront en 2030 le plus grand nombre de cas de diabète chez les adultes âgés de plus de 20 ans : l'Inde se retrouve en première position (79.4 millions), suivi par la Chine en deuxième place (42.3 millions) et troisièmement par les États-Unis (30.3 millions). Le diabète concernera conséquemment un nombre grandissant d'individus à travers le monde.

Au Canada, la moyenne nationale de diabète (tous types confondus) chez les plus de 12 ans en 2005 était de 4.9% (Statistique Canada, 2006). En 1996, la prévalence de diabète au Canada était de 3.1%, soit nettement inférieure à 2005. Le nombre de Canadiens (hommes et femmes) atteints de diabète s'est donc également accru passant de 787 924 en 1996-1997 à 1 325 120 en 2005 (Statistique Canada, 2007). L'OMS (2007) prévoit qu'en 2030 il y aura 3 543 000 personnes diabétiques au Canada. Le nombre de diabétiques âgés de plus de 12 ans connaît aussi une hausse au Québec : en 1996-1997, 195 008 personnes diabétiques (3.2%) ont été recensées alors qu'en 2005 ce nombre était de 332 822 (5.1%). La prévalence du diabète demeure plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes tant au Canada qu'au Québec. Au Canada, 5.3% des hommes (N = 714 966) sont diabétiques en 2005 comparativement à 4.4% des femmes (N = 610 154). Au Québec, la prévalence du diabète chez les hommes est de 5.5% (N = 173 814) alors qu'elle est de 4.8% chez les femmes (N = 159 008) en 2005 (Émond, 2002; Statistique Canada, 2007). Par ailleurs, selon les données recensées au Québec entre 1999-2000, parmi les diabétiques, il y

avait davantage d'hommes (58%) que de femmes (42 %) dans le groupe des 50-64 ans, mais plus de femmes (54 %) que d'hommes (46 %) chez les plus âgés (65 ans et plus) (Émond, 2002). Précisons que parmi les membres des Premières Nations et les Inuits du Canada, 8% des hommes et 13% des femmes sont atteints de diabète ce qui signifie notamment que cette maladie chronique est de 3.6 à 5.3 fois plus présente dans cette population que chez les autres Canadiens (Daniel & Messer, 2002).

Parmi les personnes diabétiques de type 2, plusieurs ne soupçonnent pas en être affectées. Un tiers des individus atteints de diabète de type 2 n'est pas diagnostiqué (ADA, 2006). En effet, rappelons que ce type de diabète est une maladie sournoise au cours de laquelle les individus deviennent souvent graduellement plus déficients en insuline avec le temps. De plus, plusieurs personnes atteintes de diabète de type 2 ne présentent aucun symptôme. Ainsi, il est généralement admis que le diagnostic de diabète est émis plusieurs années après l'apparition de la maladie (Leiter et al., 2001).

1.1.2 Complications et facteurs de risque

Le diabète de type 2, surtout la présence élevée et continue du glucose sanguin, cause à la longue des atteintes macrovasculaires, microvasculaires et du système nerveux. Les dommages aux petits et aux gros vaisseaux sanguins (ex. : durcissement ou gonflement des vaisseaux, augmentation de la tension artérielle) contribuent à diminuer la circulation sanguine. Les complications qui en découlent sont *chroniques*. Tout d'abord, les *atteintes macrovasculaires* ont comme issues possibles les maladies cardiovasculaires, les maladies cérébrales vasculaires et l'amputation des membres inférieurs. En ce qui concerne les *atteintes microvasculaires*, elles sont aussi multiples. Le durcissement des petits vaisseaux sanguins peut produire des lésions aux reins. La *néphropathie* apparaît lorsque ces lésions créent un dysfonctionnement rénal. Cette affection mène souvent à l'insuffisance rénale (Diabète Québec, 2004). De plus, des changements des petits vaisseaux sanguins (ex. : gonflement) qui alimentent la rétine causent la *rétinopathie*. La rétinopathie est

responsable de 33% des cas de cécité chez les personnes diabétiques de type 2. Les autres problèmes visuels menant potentiellement à la cécité chez les diabétiques sont le glaucome, les cataractes et la rubéose de l'iris (Desrochers, 2007). Il y a généralement présence de rétinopathie après quinze années d'évolution du diabète (Diabète Québec, 2004; Larousse médical, 2004; Santé Canada, 2002).

Les atteintes des vaisseaux sanguins nuisent à l'apport en oxygène aux nerfs contribuant à la *neuropathie* ou aux atteintes du système nerveux périphérique. Ces atteintes ont un effet sur les nerfs moteurs, sensoriels et autonomes. La personne diabétique peut en conséquence subir une perte de sensibilité, une diminution du volume des muscles ou une augmentation des infections urinaires et ressentir des sensations de douleur. Des troubles sexuels peuvent être présents, chez les femmes, par exemple en lien avec une sécheresse vaginale et, chez les hommes, en raison de la difficulté à obtenir une érection (Diabète Québec, 2004).

Le *pied diabétique* est une conséquence à la fois des atteintes des nerfs et des vaisseaux sanguins : les risques d'infection des pieds chez les diabétiques sont élevés. Les infections et ulcères aux pieds ont souvent pour résultat l'amputation (Diabète Québec, 2004; Larousse médical, 2004; Santé Canada, 2002). Les diabétiques les plus à risque d'infections et d'amputations des pieds sont des hommes, des personnes atteintes de diabète depuis plus de 10 ans, ayant un mauvais contrôle glycémique ou présentant d'autres complications reliées au diabète (ADA, 2006). Règle générale, les complications chroniques, qu'elles soient en lien avec des atteintes microvasculaires, macrovasculaires ou neurologiques, sont plus susceptibles d'apparaître à mesure que la maladie évolue.

Quelques complications *aiguës* sont aussi possibles : l'acidocétose, le coma hyperosmolaire et l'hypoglycémie. Sans traitement, l'*acidocétose* peut évoluer vers le coma. Elle se produit en cas d'incapacité pour l'organisme d'utiliser le glucose, lorsqu'il y a une utilisation de dernier recours des réserves de graisses. La consommation des graisses produit alors en grande quantité des déchets, nommés les corps cétoniques, qui deviennent

toxiques pour l'organisme. L'acidocétose se produit surtout chez les diabétiques de type 1, mais également de type 2 (Acidocétose, 2007; Larousse médical, 2004). Le *coma hyperosmolaire* est souvent la conséquence grave d'un diabète de type 2 non traité par l'insuline en présence d'une glycémie très élevée et de déshydratation. L'*hypoglycémie*, soit une trop faible glycémie (< 4.0 mmol/L), est la conséquence du traitement médicamenteux ou de son effet trop grand par rapport à l'apport alimentaire ou à l'énergie dépensée lors d'activité physique. Les symptômes ressentis (sauf chez les patients diabétiques asymptomatiques) en cas d'hypoglycémie sont entre autres une grande sensation de faim, de la fatigue, des vertiges et des sueurs (Larousse médical, 2004).

Ajoutons aux complications reliées au diabète, des *facteurs de risque* de ces mêmes complications, notamment des problèmes cardiaques et vasculaires, qui sont trop souvent présents chez les diabétiques, tels que l'hypertension (Santé Canada, 2002). Dans la population, 13.7% ont déclaré faire de l'*hypertension*, alors que 46% de diabétiques ont déclaré faire de l'hypertension, cette prévalence augmentant avec l'âge selon les données recueillies au Canada en 1999. Au Québec, en 2005, il y a 15.1% de personnes avec de l'hypertension (Statistique Canada, 2006). Selon l'*United Kingdom Perspective Diabetes Study* (UKPDS), 39% des patients au début de cette étude longitudinale étaient atteints d'hypertension et 50% à la fin (Holman, 2001).

Le *tabagisme* est également un facteur de risque de complications. En outre, entre 1998 et 1999, presque le quart des Canadiens âgés de 20 ans et plus fumaient tous les jours. Plus précisément au Québec en 2005, on retrouve 21.7% de fumeurs occasionnels ou quotidiens (Statistique Canada, 2006). Le pourcentage de fumeurs (15.4 %) chez les personnes diabétiques est moins élevé que celui de la population générale, ce qui est attribué au fait que les diabétiques sont plus âgés en moyenne selon Santé Canada (2002).

Il est reconnu que les diabétiques de type 2 sont deux fois plus à risque que la population générale de présenter une *hypercholestérolémie*, même si les taux de cholestérol total chez ces patients se situent souvent dans la normale (Holman, 2001; Putzer et al.,

2004). Le pourcentage de personnes atteintes d'hypercholestérolémie dans la population en général au Canada est d'environ 25% (Tolonen, Keil, Ferrario, & Evans, 2005). Toutefois, on retrouve dans le profil lipidique des patients diabétiques un taux élevé de triglycérides et de cholestérol-LDL ainsi qu'un taux faible de cholestérol-HDL requérant un traitement approprié. Malgré les traitements, moins de la moitié des patients diabétiques atteignent les cibles requises concernant le profil lipidique (Putzer et al., 2004).

Les résultats de l'UKPDS, un essai prospectif contrôlé et randomisé, ont démontré chez les personnes diabétiques de type 2 qu'un bon contrôle glycémique pouvait diminuer les risques de présenter une variété de complications chroniques, macrovasculaires, microvasculaires et possiblement neurologiques (ADA, 1998; UKPDS 35, 2000; UKPDS 50, 2001). L'importance du contrôle glycémique optimal pour retarder l'apparition des complications a été également démontrée auprès des diabétiques de type 1 par le *Diabetes Complications and Control Trial*, une étude randomisée réalisée dans 29 centres aux États-Unis et au Canada (ADA, 2003; DCCT, 1993). Un essai contrôlé et randomisé effectué entre juillet 1998 et juin 1999 au sein d'un échantillon de 72 diabétiques de type 2 recrutés à l'Unité de Jour de Diabète (UJD) du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) a aussi démontré l'importance de contrôler la glycémie, grâce à un traitement intensif, en vue de diminuer le risque de complications dans un échantillon de Québécois (Ménard, 2001).

Dans le cadre de l'UKPDS, un peu plus de 5000 patients, nouvellement diagnostiqués diabétiques de type 2, ont été recrutés entre 1977 et 1991 dans 23 centres à travers la Grande-Bretagne. Les participants ont été suivis pendant 10 ans. Ils ont été répartis dans différents groupes selon le type de traitement (ex. : intensif / conventionnel), le type de médicaments (antidiabétiques oraux ou insuline), le contrôle ou non de l'hypertension artérielle et selon l'indice de masse corporelle (IMC) ou mesure du poids corporel proportionnel à la taille. Cette étude (UKPDS 35, 2000) a permis notamment d'établir que, pour les diabétiques de type 2, chaque réduction de 1% du taux d'A1c est

associée à une diminution de plus de 20% des risques de complications et de mortalité reliées au diabète. L'essai randomisé réalisé au Québec (Ménard, 2001) obtenait des résultats similaires, soit pour chaque 1% de réduction du taux d'A1c, une diminution de 37% de risque de complications microvasculaires, de 21% de risque de décès reliés au diabète et de 14% de risque d'infarctus du myocarde. Il est donc très important pour les personnes atteintes de diabète de type 2 de contrôler leur glycémie, agissant ainsi sur différents aspects de leur état de santé, si elles veulent éviter des complications d'une gravité sans conteste. Précisons que les coûts associés à ces complications sont également importants pour la société (Dawson, Gomes, Gerstein, Blanchard, & Kahler, 2002). En effet, les coûts médicaux directs associés aux soins du diabète pour l'année 1998 au Canada, avant de considérer les coûts reliés aux complications, étaient de 573 millions de dollars américains. Pour cette même année, le coût total des soins aux diabétiques incluant ceux associés aux complications était de 4.76 à 5.23 milliards de dollars américains.

1.1.3 Traitement

Le principal objectif du traitement du diabète de type 2 est donc de maintenir le contrôle de la glycémie. Afin de retarder le plus possible l'apparition des complications, l'objectif thérapeutique visé en général est un taux d'A1c inférieur à 7% (UKPDS 33, 1998), mais depuis quelques années cet objectif s'est resserré. Récemment, l'objectif est plutôt un taux d'A1c se situant le plus près possible de la normale ($\leq 6\%$) ce qui préviendrait encore davantage les complications (ADA, 2006). En effet, l'UKPDS 41 (2000) a démontré qu'un traitement intensif (insuline ou médicament antidiabétique oral) visant une glycémie près de la normale (6 mm/L) s'est avéré plus rentable comparativement à un traitement conventionnel à la diète seule avec une cible de glycémie plus élevée. Le traitement intensif réduisait davantage le nombre de complications. Ainsi, le caractère onéreux de ce traitement intensif était compensé par une baisse plus importante des coûts reliés aux complications (UKPDS 41, 2000).

Pour arriver à contrôler de façon optimale le taux d'A1c, les personnes diabétiques de type 2 doivent adopter un ensemble de mesures complexes et multidimensionnelles. Ces mesures impliquent des changements de style de vie pour intégrer dans la vie quotidienne un plan alimentaire équilibré (diète), la pratique de l'activité physique, l'autocontrôle de la glycémie et la prise de médication (antidiabétique orale, insuline ou les deux combinés). En plus, les personnes diabétiques doivent prendre un soin particulier de leurs pieds et de leurs yeux. Elles doivent également renoncer au tabagisme et se présenter aux visites médicales. Les lignes directrices de pratique clinique fournies par l'ACD (2003) comprennent l'ensemble de ces mesures et encore davantage, dont par exemple des mesures pour traiter la dyslipidémie et l'hypertension. Les soignants doivent suivre ces lignes directrices et proposer ces recommandations aux patients atteints de diabète de type 2.

Dans le cadre de notre recherche, nous étudions plus particulièrement les activités de traitement recommandées qui concernent le plan alimentaire, l'activité physique, la prise de médication antidiabétique orale, l'autocontrôle des glycémies capillaires et les soins des pieds. Ces activités de traitement sont reliées étroitement au contrôle de la glycémie et à la prévention des complications.

1.1.3.1 Plan alimentaire et activité physique

Des modifications des habitudes relatives à la diète et à l'activité physique sont d'ordre général proposées en premier lieu. Ces deux mesures visent à la fois un meilleur contrôle glycémique et l'atteinte ou le maintien d'un poids santé (IMC < 25)¹. Chez les personnes qui ont le diabète, 74,3 % avaient un IMC supérieur à 25 en 1998-1999, l'embonpoint et l'obésité constituant des facteurs de risque de complications

¹ Une classification des IMC (kg/m²) en catégories est proposée par l'OMS (2000) : (a) maigre : IMC < 18.5, (b) poids santé : IMC de 18.5 à 24.9, (c) embonpoint : IMC de 25 à 29.9, (d) obésité, classe 1 : IMC de 30 à 34.9, (e) obésité, classe 2 : IMC de 35 à 39.9, (f) obésité, classe 3 ou morbide : IMC de 40 ou plus.

pathophysiologiques (Santé Canada, 2002). Selon l'ACD (2003), il est reconnu qu'un plan alimentaire sain contribue à diminuer de 1% à 2% le taux d'A1c. Les recommandations en matière d'alimentation (variété d'aliments, quantité et type de glucides, matières grasses et protéines, consommation d'alcool) doivent être adaptées aux caractéristiques et modes de vie de chaque individu.

L'activité physique régulière est impérative pour maintenir la glycémie et l'amélioration de la sensibilité à l'insuline chez les diabétiques de type 2. L'activité physique la plus populaire est la marche chez les personnes diabétiques de type 2 (Sigal, Castaneda-Sceppa, Kenny, White, & Wasserman, 2006). Une méta-analyse, regroupant 14 études contrôlées dont 11 randomisées sur l'effet d'entraînements aérobiques et d'entraînement à des exercices de résistance, a montré que le taux d'A1c était meilleur chez les participants à ces entraînements physiques. L'effet sur l'IMC n'était toutefois pas significatif (ACD, 2003; Boulé, Haddad, Kenny, Wells, & Sigal, 2001). Les recommandations faites par les soignants concernant l'activité physique sont plus souvent (76%) une simple indication d'en augmenter la fréquence ou l'intensité, mais plus rarement des recommandations spécifiques (21%) concernant le type, la durée ou la quantité d'exercices. De même, les recommandations concernant l'alimentation manquent aussi souvent de spécificité (ex. : perdre du poids) (McNabb, 1997).

1.3.1.2 Prise de médication antidiabétique orale

Lorsque ces modifications ne suffisent pas pour atteindre un taux d'A1c près de la normale, une médication est proposée en plus de la diète et de l'activité physique (Larousse médical, 2004).

Le médecin traitant peut prescrire des médicaments antidiabétiques oraux², des injections d'insuline ou la combinaison de ces types de médicaments afin de diminuer la glycémie ou de la stabiliser. L'utilisation d'un médicament est associée à un meilleur contrôle glycémique (Krapek et al., 2004; Rhee et al., 2005; UKPDS 49, 1999).

L'étude rétrospective et longitudinale de Rhee et ses collègues (2005), auprès de 1560 Américains atteints de diabète de type 2 ayant visité la même clinique médicale entre 1991 et 2001, a démontré qu'une diminution de 0.34% du taux d'A1c était associée à chaque augmentation de 25% du niveau d'adhésion à la médication hypoglycémiante. Dans l'étude de Krapek et ses collègues (2004) la prise de la médication, vérifiée par des mesures autorapportées, serait significativement associée à des taux plus faibles d'A1c chez 301 patients diabétiques de type 2 provenant de 6 milieux cliniques aux États-Unis. Selon l'UKPDS 49 (1999), le traitement médicamenteux permet d'atteindre un taux d'A1c près de 7% deux à trois fois plus efficacement que la diète seule. Toutefois après trois ans d'évolution de la maladie, seulement 50% des participants de cette étude réussissaient toujours à atteindre leur cible et, après neuf ans, seulement 25% y arrivaient encore. Bref, une détérioration du contrôle diabétique est observée plus la maladie progresse et ce, malgré le traitement hypoglycémiant. Au fur et à mesure, des traitements doivent donc être ajoutés et combinés afin de maintenir le contrôle glycémique.

1.3.1.3 Autocontrôle des glycémies capillaires

L'autocontrôle des glycémies est défini comme « l'approche selon laquelle la personne diabétique mesure elle-même sa glycémie. (...) cette approche comprend

² Il existe plusieurs classes d'agents antidiabétiques oraux qui diffèrent selon les sites et mécanismes d'action dans le but de diminuer la glycémie. Les sulfonylurées (ex. : Tolbutamide, Glucazide, Glimépiride) et les analogues des méglitinides (Repaglinide et Nateglinide) sont des **hypoglycémiant**s qui agissent sur le pancréas pour stimuler la libération d'insuline. Les biguanides (Metformine), les inhibiteurs d'alpha-glucosidase (Acarbose) et les thiazolidinediones (Rosiglitazone et Pioglitazone) sont des **antihyperglycémiant**s qui « empêchent la glycémie d'augmenter sans la faire chuter » en améliorant plutôt la sensibilité des cellules à l'action de l'insuline (Levasseur, 2003; Koski, 2004).

généralement l'ajustement du traitement en fonction des résultats pour ramener et maintenir la glycémie capillaire le plus près possible de la normale » (UJD de l'Hôtel-Dieu du CHUM, 2005, p. 41). La glycémie se mesure au bout du doigt à l'aide d'un autopiqueur. La personne obtient une goutte de sang qu'elle place sur une bandelette réactive. La bandelette est ensuite insérée dans un glucomètre pour analyse de la quantité de glucose dans le sang. Les études de l'UKPDS (UKPDS 23, 1998; UKPDS 33, 1998; UKPDS 49, 1999; UKPDS 41, 2000; UKPDS 35, 2000; UKPDS 50, 2001; UKPDS 60, 2002) ont bien démontré l'importance de maintenir une glycémie près de la normale. Les lignes directrices de 2006 établies par l'ADA (*American Diabetes Association*) décrivent l'autocontrôle de la glycémie à des intervalles réguliers comme partie intégrante d'un traitement efficace. Il permet d'évaluer la réponse du patient au traitement et de faire les ajustements nécessaires en ce sens. Kavanagh, Gooley et Wilson (1993) ont réalisé une étude transversale en Australie avec un échantillon de 63 diabétiques diagnostiqués depuis 3 mois. Ils ont trouvé que l'autocontrôle des glycémies (évalué à l'aide d'une mesure autorapportée d'autocontrôle) est associé significativement à un meilleur contrôle glycémique (taux d'A1c plus faibles). Des résultats contradictoires provenant d'une autre étude transversale américaine (Harris, 2001) suggèrent que les personnes diabétiques qui ont des taux d'A1c plus élevés (un pauvre contrôle glycémique) sont plus susceptibles d'exercer l'autocontrôle des glycémies, ces résultats étant significatifs seulement chez les diabétiques traités à l'insuline. Ces derniers résultats révèlent que les personnes diabétiques ayant un mauvais contrôle glycémique ont plus tendance à effectuer l'autocontrôle des glycémies.

1.3.1.4 Soins des pieds

Les soins des pieds sont reconnus par l'ADA (2006) et l'ACD (2003) comme permettant de réduire les risques d'infections ou d'amputations des membres inférieurs. Dans un essai randomisé et contrôlé réalisé aux États-Unis, 352 diabétiques de type 2 ont été répartis au hasard dans un programme de soins des pieds de huit semaines (à raison

d'une demi-journée par semaine) ou dans un groupe contrôle (Litzelman et al., 1993). Les gens qui ont participé au programme rapportaient adopter plus de comportements reliés aux soins des pieds tels que se laver les pieds et bien assécher surtout entre les orteils, les examiner, couper les ongles droits, hydrater les pieds, inspecter les souliers et bien les choisir, ne pas faire tremper les pieds, ne pas limer les callosités, tester la température de l'eau, consulter un podiatre et rapporter à son médecin les changements aux pieds. L'adoption de ces comportements diminuait les risques d'infections aux membres inférieurs. L'objectif des soins des pieds est, combiné au contrôle glycémique, de prévenir des infections pouvant mener à l'amputation.

1.2 Adhésion et autogestion

1.2.1 Définition des concepts

Dès la fin des années 90 et le début des années 2000, des changements dans les pratiques concernant les traitements utilisés se sont produits. Des chercheurs (Koro, Bourgeois, Bowlin, & Fedder, 2004) ont comparé les traitements utilisés en 1988-1994 avec ceux utilisés en 1999-2000 à partir des réponses de plus de 1000 diabétiques type 2 recrutés dans la population générale aux États-Unis lors des études tirées du *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) III (1988-1994) et NHANES (1999-2000). Ces résultats ont montré que le recours à la diète seule a connu au cours des années une diminution, de même que l'emploi du traitement à l'insuline. L'utilisation des médicaments antidiabétiques oraux a augmenté, mais c'est le traitement combiné antidiabétique oral + insuline qui a connu la plus forte hausse. Néanmoins, cette étude démontre une diminution du contrôle glycémique optimal chez les diabétiques en 1999-2000 par rapport à 1988-1994 (Koro et al., 2004).

The Diabetes In Canada Evaluation (D.I.C.E.) est une étude nationale transversale auprès de 243 omnipraticiens et de 2473 diabétiques de type 2 (Harris, Ekoe, Zdanowicz, & Webster-Bogaert, 2005). L'échantillon de diabétiques dans cette étude avait un taux moyen d'A1c de 7.3% (49% se situaient sous la cible de 7%). Les résultats de cette étude ont montré que 79% des omnipraticiens qui suivaient ces patients considéraient que la meilleure stratégie était une intervention sur le style de vie alors que seulement 56% misaient sur un plan de traitement plus intensif comprenant l'ajout, le plus tôt possible, d'une médication antidiabétique orale. Ainsi malgré la croissance observée du recours à la médication chez les diabétiques de type 2 au début des années 2000 (Koro et al., 2004), les chercheurs de D.I.C.E. (Harris et al., 2005) suggèrent qu'un traitement médicamenteux intensif devrait être instauré encore plus tôt afin d'atteindre plus efficacement un contrôle glycémique sous la barre du 7%.

Ainsi, même s'il a été établi que les différents traitements recommandés (médication antidiabétique, insuline et diète), selon les plus récentes lignes directrices, agissent favorablement sur le taux d'A1c, bon nombre de personnes diabétiques n'arrivent pas à atteindre un contrôle glycémique optimal (Savoca, Miller, & Quandt, 2004). Les problèmes d'adhésion au traitement peuvent expliquer en partie cette difficulté à atteindre ou à maintenir le contrôle glycémique. Ils constituent l'une des principales préoccupations des soignants œuvrant auprès des personnes diabétiques. Les problèmes d'adhésion au traitement et d'autogestion des soins constituent d'ailleurs la raison la plus courante pour une référence vers un psychologue (Harris & Lustman, 1998).

L'adhésion n'est pas l'équivalent de l'observance (soumission) au traitement (*compliance*). Dans la littérature, le terme « *compliance* » est souvent confondu avec « *adherence* ». Le concept d'« observance » renvoie au fait que le soigné doit suivre les recommandations du médecin traitant telles que proposées (Lutfey & Wishner, 1999; Lutfey, 2005). Selon cette approche, l'application des recommandations repose essentiellement sur les épaules du patient. Il est alors perçu comme le principal responsable

des problèmes de régulation de la glycémie. Selon le point de vue du médecin traitant, inquiet des complications engendrées par le problème pathophysiologique qu'est le diabète, le patient est « *non compliant* » lorsque les cibles glycémiques ne sont pas atteintes (Hunt, Arar, Larme, Rankin, & Anderson, 1998). Le patient est souvent blâmé de ne pas appliquer les recommandations de traitement qui lui ont été prodiguées. Or, bien que nécessaire, la connaissance par le patient des recommandations de traitement ou des informations reliées à son état de santé (ex. : taux d'A1c) n'est pas suffisante en soi pour qu'il passe à l'action. Le fait de donner des recommandations ne fournit souvent pas la motivation nécessaire pour faire adopter par le patient des mesures de prévention et de traitement (Heisler, Kieffer, Piette, Vijan, & Spencer, 2005). Dès lors, le rôle joué par le médecin traitant est considéré comme un facteur impliqué dans l'adoption ou non des comportements de santé par son patient.

De ce fait, dans la présente thèse, le concept *d'adhésion* au traitement et celui *d'autogestion* des soins renvoient au contexte de la relation entre le soigné et le soignant. Le soigné est considéré comme une personne autonome qui prend un rôle plus actif et volontaire dans la définition et la poursuite des objectifs du traitement. Dans la perspective du soigné, les problèmes au quotidien créés par le diabète et son traitement constituent le principal enjeu. Le soigné fait face à la difficulté de changer ses habitudes de vie (Hunt et al., 1998). La perspective du soigné mérite d'être davantage prise en compte par les soignants (Wolpert & Anderson, 2001).

L'« adhésion » est donc conçue comme un processus impliquant l'adaptation des recommandations de traitement à la réalité et aux perceptions du soigné. Pour qu'il y ait « adhésion » au traitement, il doit y avoir concordance réciproque entre les objectifs du soigné et ceux du soignant (Lutfey & Wishner, 1999). L'élaboration des recommandations ne doit pas se limiter à la seule vision du soignant, mais bien se faire en collaboration avec le soigné.

Une autre conception qui semble aller au-delà du terme « observance », et même au-delà du terme « adhésion », est celle impliquée par le terme « autogestion ». L'« autogestion » des soins ou « *self-management* » comprend l'adoption de comportements de santé par le patient visant à établir, maintenir et surveiller le contrôle diabétique ainsi qu'à prévenir ou corriger des déviations vis-à-vis les niveaux de glycémie ciblés. Ce concept met donc l'emphase sur la quantité, la précision et la régularité des comportements de santé au quotidien plutôt que sur le degré de correspondance entre le comportement et la recommandation, ce qui relève davantage de l'« adhésion » (Harris et al., 2000). Pour que l'autogestion devienne réalité auprès de chacune des personnes diabétiques ou à risque de le devenir, les recommandations doivent être précises et claires en terme de la fréquence, du type et de la durée dans le temps des comportements de santé à adopter et ce, en tenant compte du niveau socioéconomique, de la scolarité et de l'appartenance culturelle ou ethnique (Alberti, Zimmet, & Shaw, 2007; Fisher et al., 2005). Évidemment, les comportements recommandés doivent aussi s'intégrer au quotidien du soigné afin de faciliter l'autogestion des soins (Lutfey & Wishner, 1999; Lutfey, 2005; Savoca et al., 2004).

1.2.2 Adhésion, autogestion et contrôle glycémique

Considérant l'adhésion et l'autogestion dans le contexte de la relation soignant-soigné, les objectifs de traitement doivent être définis au-delà des cibles de contrôle glycémique. En effet, les inconvénients à court terme du traitement pour le soigné ont souvent plus de poids dans la balance que les bénéfices à long terme du traitement du diabète contribuant ainsi à des problèmes d'adhésion (Stephenson, Rowe, Haynes, Macharia, & Leon, 1993). Ces objectifs doivent donc comprendre des moyens concrets déterminés par le soignant en collaboration avec le soigné visant à intégrer dans son style de vie certaines tâches reliées au traitement. De cette manière, certains objectifs peuvent

être atteints et cela même si le contrôle glycémique ne devient pas optimal pour autant (Lutfey & Wishner, 1999; Lutfey, 2005).

Effectivement, malgré une bonne adhésion au traitement, il est possible que le contrôle glycémique ne soit pas optimal. Le niveau d'adhésion au traitement est d'ailleurs souvent faiblement associé au taux d'A1c dans la plupart des études (Glasgow, Toobert, & Gillette, 2001). Le contrôle glycémique n'est donc pas influencé uniquement par l'adhésion au traitement (Kurtz, 1990). Selon plusieurs auteurs, ce contrôle pourrait être limité par des processus immunitaires impliqués dans le diabète de type 2, dus à la programmation tôt dans la vie d'une propension métabolique ou génétique à réagir aux stress environnementaux, qui sont jusqu'à un certain point en dehors du contrôle de la personne diabétique (Goetsch, 1989; Pickup & Crook, 1998; Rosmond, 2003). Une autre raison évoquée est l'effet variable d'une personne à l'autre des médicaments sur le taux d'A1c même si les médicaments sont pris selon le dosage prescrit et au moment suggéré (Glasgow et al., 2001; Kurtz, 1990).

En outre, les comportements des soignés ne sont pas seuls dans la balance. Des problèmes d'adhésion pouvant nuire à l'atteinte des cibles de glycémie sont aussi observés chez les soignants. En effet, plusieurs ne respectent pas l'ensemble des lignes directrices fournies par les regroupements professionnels concernant le traitement et la prévention du diabète, par exemple, en ne prodiguant pas aux soignés certaines des recommandations qui y sont suggérées (Larme & Pugh, 2004; Puder & Keller, 2003). L'étude qualitative de Larme et Pugh (2004), réalisée auprès de 32 professionnels de la santé offrant des soins à des personnes diabétiques, fait ressortir que des facteurs contextuels (ex. : limites de temps, clientèle de niveau socioéconomique faible, système de santé faisant peu de place à la prévention, etc.) limitent grandement l'application dans la réalité des lignes directrices établies sur la base des données probantes. En résumé, même si une personne diabétique adhérerait « totalement » à ce qui lui est recommandé, il est possible qu'elle n'arrive tout de

même pas à atteindre les cibles de contrôle glycémique pour l'une ou l'autre des raisons énoncées précédemment.

1.2.3 Niveaux d'adhésion et facteurs associés

Les différents taux d'adhésion varient considérablement d'une étude à l'autre selon différents facteurs méthodologiques. DiMatteo (2004) a compilé les taux moyens d'adhésion au traitement, pour différentes maladies chroniques, recensés dans 569 études ayant été réalisées dans les 50 dernières années. La moyenne de taux d'adhésion pour l'ensemble des 23 études se rapportant au diabète était de 67.5%, mais le niveau d'adhésion variait entre 4% et 100% selon les études faisant état de niveaux d'adhésion au traitement pour diverses conditions de santé.

L'étude *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs* (DAWN) est un programme de recherche international regroupant 13 pays (Australie, France, Allemagne, Inde, Japon, Pays Bas, Pologne, Suède, Danemark, Norvège, Espagne, Royaume-Uni et États-Unis) comprenant trois échantillons : un échantillon de 2705 médecins (omnipraticiens ou spécialistes), un autre composé de 1222 infirmières et un troisième constitué de 5104 diabétiques de type 1 et 2. L'étude DAWN précise que les niveaux d'adhésion varient significativement selon les pays (Rubin, Peyrot, & Siminerio, 2006). Selon cette étude, en Espagne, aux Pays-Bas et en Allemagne, les niveaux d'adhésion au style de vie sont plus élevés qu'aux États-Unis, mais concernant l'adhésion au traitement médicamenteux, les États-Unis obtiennent des niveaux plus élevés d'adhésion que dans ces pays. Il faut préciser toutefois que le contrôle glycémique est pauvre, la détresse liée au diabète plus élevée et le niveau de bien-être plus bas aux États-Unis par rapport aux moyennes obtenues pour ces aspects en Espagne, aux Pays-Bas et des différences encore plus grandes sont notées par rapport à l'Allemagne.

De façon plus spécifique, les études sur les patients diabétiques montrent qu'il existe peu ou pas de patients « totalement » adhérents ou « totalement » non adhérents.

Doherty, James et Roberts (2000) ont recensé plusieurs études qui rapportaient les degrés d'adhésion au traitement. Selon ces auteurs, les personnes diabétiques rapportaient globalement des niveaux d'adhésion entre 7 et 40% pour l'ensemble des tâches. Récemment, une recension de Delamatar (2006) indique qu'il est généralement admis que le niveau de non adhésion au traitement pour les maladies chroniques impliquant des changements de style de vie est d'environ 50%. Selon l'étude DAWN (Skovlund & Peyrot, 2005), 16.2% seulement des personnes atteintes de diabète de type 2 disaient adhérer à tous les aspects de leur traitement. Le pourcentage de diabétiques qui adhéraient à toutes les dimensions du traitement tel qu'estimé par les soignants était encore plus faible, soit 2.9%.

En somme, le degré d'adhésion des patients est relativement faible. Sans compter les variations dues aux différences entre les maladies chroniques et les pays, le degré d'adhésion varie également en fonction de facteurs tels que la dimension de traitement examinée et le type d'instruments de mesure d'adhésion utilisé.

D'une part, les personnes diabétiques de type 2 rapportent effectivement un niveau d'adhésion variable pour chaque dimension du traitement. Par exemple, lorsqu'un soigné adhère bien à sa médication, cela ne signifie pas qu'il adhèrera à un plan alimentaire ou à l'activité physique. Le degré d'adhésion aux recommandations ayant trait à la médication est d'ailleurs souvent plus élevé qu'à celles requérant des modifications d'habitudes de vie (ex. : plan alimentaire, activité physique ou soins des pieds). Ainsi, toujours selon Doherty et ses collègues (2000), les niveaux moyens d'adhésion à la médication (antidiabétique orale ou insuline) variaient entre 70 et 80%. Le niveau d'adhésion à l'autocontrôle glycémique était de 57-70% soit sensiblement le même que pour l'adhésion aux recommandations diététiques qui est évalué à 65-76%. Finalement, les niveaux d'adhésion à l'activité physique et aux soins des pieds étaient les plus faibles soit respectivement 19% à 30% pour l'activité physique et 28% pour les soins des pieds. L'adhésion à chacune des dimensions du traitement requiert des habiletés distinctes et différents niveaux de motivation. C'est pourquoi l'adhésion à une dimension n'est pas nécessairement associée à

l'adhésion à une autre dimension du traitement (McNabb, 1997). Il n'est toutefois pas exclu qu'adhérer à l'une des dimensions puisse favoriser l'adoption d'autres comportements de santé. Par exemple, faire de l'activité physique pourrait favoriser le maintien de la cessation de tabac. Néanmoins, il existe peu de recherches sur les influences existantes entre les différents comportements de santé (Nigg, Allegrante, & Ory, 2002). Il ressort également que plusieurs études se concentrent sur le niveau d'adhésion à l'une ou l'autre des activités de traitement (Daniel & Messer, 2002; Dutton, Bodenlos, Johnson, Brantley, & Whitehead, 2005; Grant, Singer, Devita, & Meigs, 2003; Nelson, Reiber, & Boyko, 2002; Skelly et al., 2005). Peu d'entre elles mesurent les niveaux d'adhésion à chacune des principales activités reliées au traitement bien que des mesures multidimensionnelles de l'adhésion soient de plus en plus utilisées (Aikens, Bingham, & Piette, 2005; Ciechanowski, Katon, Russo, & Walker, 2001; Ciechanowski et al., 2004; Heapy, 2003; Kutz, 1999).

D'autre part, le type de mesures d'adhésion utilisé (ex. : mesures autorapportées versus objectives) constitue un facteur méthodologique pouvant expliquer ces variations dans les taux d'adhésion recensés. Effectivement, la littérature fait ressortir une forte préoccupation envers le manque de fiabilité des mesures d'adhésion autorapportées lié à un effet de désirabilité sociale, désir de plaire à l'examineur, et à des problèmes de mémoire chez les répondants (Kurtz, 1990; Myers & Midence, 1998). Dans ces mesures dites subjectives (ex. : données autorapportées ou selon un tiers), les participants rapporteraient des niveaux plus élevés d'adhésion comparativement à ceux obtenus à l'aide des mesures dites objectives (ex. : compter les pilules, tests physiques, tableaux d'enregistrement des données médicales, ou monitoring électronique) (Lerman, 2005; McNabb, 1997). Toutefois, les conclusions de la méta-analyse de DiMatteo (2004) indiquent plutôt l'inverse : les études ayant utilisé des mesures subjectives indiquaient un niveau moyen d'adhésion significativement plus bas (71.8%) que les études ayant eu recours à des mesures objectives (80.2%). Selon DiMatteo (2004), les mesures autorapportées d'adhésion ne tendraient pas à surévaluer l'adhésion, mais des scores faibles d'adhésion reflèteraient plutôt le recours à

de petits échantillons. Dans la méta-analyse de DiMatteo (2004), les études utilisant des mesures autorapportées avaient été menées auprès de moins de répondants que les études qui avaient eu recours à des mesures objectives. Néanmoins, des limites sont présentes dans l'utilisation de chacun des types de mesure. Concernant les mesures objectives, des limites demeurent malgré l'apparente objectivité, dont celles liées à l'inexactitude des données enregistrées par le médecin (« *medical chart* ») ou encore au fait que le soigné peut bien prendre sa pilule mais pas au moment recommandé (« *pill count* »). Malgré ces résultats encourageants quant à l'utilisation de mesures à la fois subjectives et objectives d'adhésion, précisons que la méta-analyse de DiMatteo (2004) n'était pas exclusive aux études portant sur le diabète.

En outre, les mesures d'adhésion *globale* parfois utilisées sont à distinguer des mesures *spécifiques* à chaque dimension du traitement. Il en est ainsi puisque l'adhésion globale ne rend pas compte des variations dans les niveaux d'adhésion spécifique à chaque activité de traitement chez un même individu (DiMatteo, 2004; Doherty et al., 2000).

En résumé, le patient diabétique doit adhérer à plusieurs dimensions de traitement s'il vise un contrôle glycémique optimal et de cette façon prévenir la survenue de complications pathophysiologiques possiblement sévères. Le débat est toujours ouvert concernant la façon de conceptualiser et de mesurer l'adhésion et l'autogestion. De nouvelles études devront être faites afin de pousser encore plus loin la compréhension du lien entre le contrôle glycémique, l'adhésion et l'autogestion. Néanmoins, compte tenu que l'adhésion et l'autogestion semblent être déterminées principalement par les actions du patient, il existe un consensus quant à l'importance d'étudier les facteurs psychosociaux pouvant influencer l'adhésion et l'autogestion.

La section suivante dresse le portrait des diverses théories élaborées dans cette optique. Nous faisons par la suite un bilan des recherches empiriques récentes sur le sujet.

1.3 Théories à l'origine des concepts explicatifs d'adhésion ou d'autogestion

Nous décrivons dans la section qui suit les théories jouant un rôle dans la compréhension des phénomènes que sont l'adhésion et l'autogestion. Nous présentons plus particulièrement les concepts, élaborés dans le cadre de ces théories, qui sont étudiés dans la présente étude.

1.3.1 Modèle biopsychosocial

L'étude de l'adhésion au traitement et de l'autogestion des soins chez les diabétiques implique la conviction qu'il existe une relation étroite entre le corps et l'esprit. George Engel a été le premier en 1977 à croire en l'importance de tenir compte non seulement des dimensions biologiques de la maladie et de la santé, mais également des dimensions psychologiques et sociales pouvant les influencer (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Sa conception se différenciait du modèle biomédical en faisant appel au modèle *biopsychosocial*. Le modèle biopsychosocial constitue un cadre théorique et clinique fondamental à la base des théories du domaine de la psychologie de la santé. Ce « métamodèle » met en lumière l'influence des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur les comportements de santé. Plus encore, il comprend à la fois une approche *systemique* et *transactionnelle* de la santé et de la maladie.

L'approche *systemique* conçoit les facteurs influant sur les comportements de santé en différents sous-systèmes, par exemple la maladie, l'individu, l'entourage et la relation soignant-soigné (Fisher et al., 2005, p. 1524; Glasgow et al., 2001, p. 34) (voir Figure 1, p. XXX). Ces sous-systèmes ne sont pas considérés comme indépendants, mais plutôt comme étant l'objet de transactions réciproques. L'approche *transactionnelle* implique des relations dynamiques entre les sous-systèmes influençant les comportements de santé. Par exemple, l'entourage est susceptible d'influencer l'individu et d'être influencé par lui dans

un processus dynamique. Ce processus d'interrelations est susceptible, quant à lui, d'influer sur les comportements de santé adoptés ou non. Le modèle biopsychosocial est donc constitué de processus transactionnels entre plusieurs systèmes de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux devant théoriquement être pris en compte dans leur globalité.

Finalement, le modèle biopsychosocial se veut pluridisciplinaire, en ce sens qu'il fait appel à la fois aux théories de plusieurs disciplines de la médecine ainsi que de la psychologie.

1.3.1 Modèle du sens commun de la maladie

Le modèle du sens commun de la maladie (*Common-Sense Model of Illness*), élaboré par Leventhal en 1970, vise à comprendre comment les individus s'adaptent à la menace que représente la maladie et comment ils adhèrent au traitement (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Le modèle de Leventhal intègre pour ce faire des facteurs individuels, sociaux et contextuels. L'individu est considéré comme un système d'auto-régulation continu de ses propres ressources face à la menace telle qu'il la conçoit cognitivement et telle qu'il y réagit émotionnellement. En effet, à partir des expériences perceptuelles concrètes, des sensations physiques, des symptômes, des humeurs et des émotions, l'individu se forge une représentation de la menace et détermine des procédures de coping pour la diminuer. L'individu a ainsi une vision de la maladie, qui fait du sens pour lui, à partir d'un point de vue concret et personnel et non seulement à partir d'un point de vue conceptuel et médical (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Finalement, l'individu évalue les résultats du coping qu'il a mis en place en constatant ou non les bienfaits dans son expérience perceptuelle concrète ce qui pourra modifier les représentations cognitive et affective de la menace qu'il s'était fait (Leventhal, Nerenz, & Straus, 1982).

Selon ce modèle, les caractéristiques de la maladie, les traits psychologiques de l'individu ainsi que le contexte socio-culturel influencent l'ensemble du processus d'auto-régulation en contribuant surtout à l'élaboration des représentations cognitive et affective de la maladie (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). Ce modèle intégratif met ainsi l'accent sur le processus d'interactions réciproques entre les différents facteurs expliquant l'adhésion au traitement.

Dans le modèle intégratif du sens commun de Leventhal, on retrouve d'ailleurs plusieurs des concepts à l'étude. Les éléments de base du modèle du sens commun de Leventhal sont présentés à la Figure 2 de l'Appendice A (p. XXXI). Pour comprendre plus particulièrement chacun des principaux concepts explicatifs d'adhésion ou d'autogestion faisant l'objet de la présente étude, nous nous pencherons sur les six théories dites traditionnelles d'où ils ont été tirés.

1.3.2 Modèle des croyances de santé

Le modèle des croyances de santé (*Health Belief Model*) a été tout d'abord élaboré par Irwin M. Rosenstock (1974), puis par Marshall H. Becker et Nancy K. Janz (Becker & Janz, 1985; Janz & Becker, 1984). À l'origine, des problèmes de santé publique s'étant produits entre les années 50 et 60 ont contribué à la naissance de ce modèle qui visait à solutionner des problèmes concrets. En effet, il était impératif pour le Service américain de santé publique (SASP) de comprendre le phénomène qui amenait plusieurs individus à refuser d'adopter des mesures de prévention des maladies (ex. : tests de dépistage) (Rosenstock, 1974). Ce modèle a été par la suite utilisé pour comprendre les problèmes d'adhésion au traitement des personnes atteintes de maladie chronique telle que le diabète de type 2 (Becker & Janz, 1985; Bosworth & Voils, 2006; Daniel & Messer, 2002; Janz & Becker, 1984; Kasl, 1974).

Le modèle des croyances de santé inclut plusieurs composantes afin de comprendre ce qui pousse un individu à négliger la maladie ou son traitement (Becker & Janz, 1985; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974). Les éléments de base du modèle de croyances de santé de Rosenstock et Becker sont présentés à la Figure 3 de l'Appendice A (p. XXXII).

Les deux premières composantes procurent à l'individu la motivation de passer à l'action. La première est l'acceptation par l'individu de sa prédisposition à présenter la maladie ou ses complications : la *vulnérabilité perçue*. En passant du déni, au fait d'envisager la possibilité statistique jusqu'au sentiment d'être vraiment en danger de présenter des complications, le niveau de vulnérabilité perçue est variable selon les individus (Rosenstock, 1974). Plusieurs personnes diabétiques évoquent en effet le fait qu'ils ne se sentent pas malades ou encore qu'ils prennent à la légère le fait qu'ils sont diabétiques. Certaines vivent une angoisse diffuse face au diagnostic de diabète. D'autres évoquent une vive crainte des complications, par exemple en se rappelant qu'un membre de la famille atteint aussi de diabète a subi une amputation.

La deuxième composante du modèle, la *perception de la gravité* de la maladie, est justement influencée fortement par l'état émotionnel et les difficultés anticipées par le fait d'être malade. L'individu conçoit sa maladie comme étant sérieuse lorsqu'il a peur ou en constate les conséquences au plan médical et dans ses activités quotidiennes (Rosenstock, 1974). La peur de la mort, des complications ou encore de perdre son autonomie sont autant de conséquences médicales anticipées chez les diabétiques. Les implications de la maladie sont complexes au quotidien et influencent la gravité perçue. De nombreuses personnes diabétiques perçoivent le diabète comme une privation des plaisirs de la vie, une obligation de s'occuper de soi ou une exigence d'être plus discipliné. De plus, la crainte du jugement des autres, des réactions négatives de la famille et du conjoint(e), d'être défavorisé au travail ou même limité dans ses déplacements (ex. : non-assurabilité en voyage, retrait du permis de conduire, etc.) constituent des préoccupations chez les

personnes qui jugent la maladie sérieuse. Néanmoins, beaucoup réagissent en ne prenant pas au sérieux la maladie et en banalisant sa gravité.

Les deux autres composantes du modèle des croyances de santé permettent selon les auteurs de définir la direction que prendra l'action. Les croyances en de possibles bénéfices de suivre le traitement (*bénéfices perçus*) ainsi qu'en l'absence d'obstacles à prendre action (*obstacles perçus*) seraient les plus favorables à l'adoption des comportements de santé. Un calcul du rapport entre les coûts et les bénéfices est effectué par l'individu. Rosenstock (1974) déclare que la croyance à l'effet que certains comportements de santé puissent réduire la menace des complications est influencée par les normes et pressions de l'entourage. La perception que l'adoption de ces comportements sera souffrante, inquiétante, coûteuse ou qu'elle amènera plusieurs inconvénients contribuent à vouloir éviter d'agir. Plus les obstacles perçus sont nombreux par rapport aux bénéfices, moins la personne est susceptible d'adopter les comportements de santé recommandés.

Ce modèle comprend également des signaux d'alarme (*cue to action*) ou déclencheurs d'action. Toutefois, peu de chercheurs ont mesuré ces déclencheurs qui semblent très personnels à chaque individu (ex. : prescription d'un médicament pour une autre maladie, annonce publicitaire, conseil d'un ami, etc.). D'ailleurs, Rosenstock (1974) affirme que les personnes ne les remarquent souvent pas ou encore les oublient rapidement. La recherche rétrospective peut donc difficilement utiliser ce type de mesures; un volet prospectif est recommandé par l'auteur pour évaluer les déclencheurs d'action. Nous étudierons donc seulement les quatre principales composantes du modèle des croyances de santé dans notre recherche dont le protocole est rétrospectif.

1.3.3 Théorie de l'apprentissage social

La gestion du diabète met l'accent sur le mot « *contrôle* ». Que l'on fasse allusion au contrôle glycémique, à la discipline nécessaire, à la responsabilité de l'individu ou à la

surveillance par l'équipe médicale, tout cela renvoie nécessairement au contrôle. Les personnes qui vivent au quotidien avec le diabète de type 2 ont entendu et utilisent elles-mêmes dans leur discours le mot « contrôle » (Broom & Whittaker, 2004). Cette perception, d'exercer ou non un contrôle sur son état de santé, est considérée comme un des éléments faisant en sorte de rester en santé voire parfois de tomber malade.

Julian B. Rotter (1966) fût le premier à avancer le concept de lieu de contrôle « *locus of control* » comme étant l'attente qu'a une personne d'obtenir un résultat spécifique suite à une action qu'elle a posée. En d'autres termes, le lieu de contrôle représente le sentiment d'un individu d'avoir le contrôle sur les renforçateurs qu'il désire obtenir. Les personnes possédant un lieu de contrôle *interne* croient avoir le contrôle sur les résultats obtenus alors que les personnes possédant un lieu de contrôle *externe* ne croient pas avoir ce contrôle (DeVito, Bogdanowicz, & Reznikoff, 1982). Ces lieux de contrôle ne se situent pas sur un continuum, mais constituent bien deux dimensions indépendantes l'une de l'autre (Luszczynska & Schwarzer, 2005).

Selon la théorie d'apprentissage social (*Social Learning Theory*) de Rotter, le potentiel d'action (*behavior potentiel*) est déterminé par la valeur accordée au résultat et par les attentes de résultats, dont le lieu de contrôle (voir Figure 4, p. XXXIII). L'un des apports significatifs de cette théorie est en effet le concept de lieu de contrôle. L'attente qu'on contrôle ou non le résultat serait influencée par les expériences antérieures et par le caractère spécifique de la situation vécue (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Depuis maintenant plus de vingt ans, l'équipe de recherche de Kenneth A. Wallston a adapté le concept de Rotter au domaine de la santé. Ces auteurs (Wallston, 1992; Wallston, Stein, & Smith, 1994) ont avancé le concept de « lieu de contrôle de santé » (*health locus of control*) comme pouvant prédire l'adoption de comportements de santé. En effet, pour mieux comprendre pourquoi un individu s'engage ou échoue à s'engager dans les actions relatives à la santé, la notion de lieu de contrôle de santé est nécessaire bien que non suffisante. Wallston (1992) précise également que les premières théorisations du

lieu de contrôle de santé suivaient celles de Rotter en ce sens qu'elles concevaient le lieu de contrôle de santé comme étant unidimensionnel avec deux extrêmes, le lieu de contrôle interne et externe. Toutefois, des versions ultérieures des travaux de Wallston et ses collègues (1994) ont plutôt mis de l'avant une conception multidimensionnelle du lieu de contrôle de santé. Ainsi, le lieu de contrôle *interne* subsiste et le lieu de contrôle *externe* est subdivisé en deux types, soit celui attribué aux *autres* (ex. : autorités, médecins) et celui dû au *hasard* ou à la chance. Généralement, chez les personnes en santé, le lieu de contrôle de santé interne est le plus susceptible d'être présent : la personne croit avoir le contrôle sur sa santé. Le lieu de contrôle externe de santé dû aux autres implique qu'un individu croit que les autres personnes en position d'autorité influencent sa santé. Finalement, le dernier type consiste en la croyance que la chance, le hasard ou le destin influence sa santé (Wallston, 1992; Wallston et al., 1994).

Nous nous intéressons dans cette étude aux trois types de lieux de contrôle de santé tels que conceptualisés par Wallston et ses collaborateurs (1994).

1.3.4 Modèle transactionnel du stress

Le concept même de « stress », c'est-à-dire la résultante mentale ou somatique de toutes demandes envers l'organisme (Selye, 1985, traduction libre p.17), a été proposé en 1936 par Hans Selye, un endocrinologue montréalais d'origine austro-hongroise. Selon lui, ces demandes qui provoquent des réponses d'adaptation générale au stress sont en fait des stressors qui peuvent être de nature physique et psychologique (Selye, 1985). Le diabète de type 2 en tant que maladie chronique apporte avec lui de nombreux stressors tant physiques que psychologiques auxquels l'individu qui en est atteint doit faire face.

Selon le modèle transactionnel du stress et de coping de Richard S. Lazarus et de Susan Folkman (1984), les stressors n'engendrent pas directement la réponse de stress. En effet, c'est la perception cognitive, que l'individu a des stressors, et les stratégies de coping qu'il privilégie pour y faire face, qui détermineront si la réponse de stress sera

adaptative ou dysfonctionnelle (voir Figure 5, p. XXXIV). Ce processus est composé de trois étapes. D'abord, une *évaluation primaire* du stresser est effectuée par l'individu dans le but de déterminer si le stresser est négligeable, positif ou négatif. Lorsque le stresser est identifié comme étant réellement négatif, il peut être considéré comme une menace, un préjudice/perte ou un défi. Par la suite, l'individu effectue une *évaluation secondaire* visant à évaluer quelle est la meilleure stratégie d'adaptation pour faire face au stresser. Ces deux types d'évaluation, primaire et secondaire, interagissent entre eux de manière à influencer l'intensité de la réponse de stress (Lazarus & Folkman, 1984, p. 35). Finalement, l'individu passe à l'action en mettant en œuvre la stratégie privilégiée. Les processus d'exécution de la réponse sont regroupés sous le concept d'efforts de « coping ». La réponse de coping peut s'avérer efficace ou non et faire en sorte de réévaluer le stresser comme représentant une menace plus ou moins grande ainsi que réévaluer la stratégie de coping qui sera la plus appropriée. C'est d'ailleurs ce qui définit l'aspect transactionnel du modèle du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Ce modèle propose, de plus, deux conceptions du coping. En premier lieu, le *coping-trait* qui réfère à un état ou une disposition de la personne à adopter les mêmes stratégies de coping de manière plus globale. Toutefois, Lazarus et Folkman (1984) ont insisté sur le *coping-situationnel* qui comprend les processus de coping spécifique face à un stresser particulier. Le coping-situationnel permet à l'individu des choix de coping plus souples que selon la conception du coping-trait. Ces auteurs ont ainsi ouvert la voie à l'utilisation du concept de coping pour comprendre les réactions propres au fait de souffrir d'une maladie chronique.

Parmi les choix possibles d'efforts de coping, Lazarus et Folkman (1984) ont établi deux catégories : le coping axé sur les *émotions* et le coping axé sur le *problème*. Le coping axé sur les émotions a pour but la diminution de la détresse émotionnelle tandis que le coping axé sur le problème est dirigé vers la définition du problème, la découverte de

solutions, la comparaison des alternatives, le choix d'une alternative et finalement sa mise en application dans l'action (Lazarus & Folkman, 1984, traduction libre p. 150-152). Lorsqu'une personne croit qu'elle peut agir sur le stresser, elle adopte surtout un coping centré sur le problème. Face à une situation stressante qui doit être tolérée par l'individu, ce dernier a recours davantage au coping axé sur les émotions (Carver et al., 1989; Folkman & Lazarus, 1980).

Carver et ses collègues (1989) affirment toutefois que cette distinction des efforts de coping en deux catégories, bien que pertinente, demeure trop simple. En effet, le *coping centré sur les émotions* a été *a priori* perçu comme un processus unique alors qu'il comprendrait, selon ces auteurs, une diversité de processus conceptuellement distincts tels que le désengagement comportemental, l'expression des émotions, le blâme et le déni. De même, le *coping centré sur le problème* comprendrait des processus distincts tels que le coping actif et la planification. Les stratégies d'approche (ex. : coping actif) et d'évitement (ex. : désengagement comportemental) semblent être des contraires se situant sur un continuum. Selon Carver (2006), il n'en est rien. En effet, les stratégies qui apparaissent purement être de l'évitement mènent souvent à des stratégies d'approche. Par exemple, une trajectoire visant à éviter de se concevoir comme étant malade nous amène à augmenter la distance face à cette image de soi. À un certain point, une motivation à prendre conscience qu'on est malade se définit (ex. : afin d'éviter les complications) et une trajectoire vers des stratégies d'approche s'amorce. À ce moment-là, la personne est simultanément en train de s'engager dans des voies d'approche et d'évitement. Ainsi, les stratégies de coping constituent des dimensions distinctes pouvant se produire simultanément. Lazarus et Folkman (1984) concevaient déjà que les situations stressantes complexes puissent à la fois solliciter des stratégies axées sur les émotions et axées sur le problème.

Carver (1997) propose dans la version la plus récente et abrégée de sa mesure du coping, le COPE, 14 stratégies de coping définies comme étant adaptatives ou dysfonctionnelles. Deux de ces stratégies appartiennent à la catégorie originale du coping

axé sur le problème : le coping actif et la planification. Elles sont considérées adaptatives. Le *coping actif* est le processus qui permet de franchir des étapes activement afin d'enlever ou de faire échouer le stresser ou encore pour en améliorer les effets. La *planification* est la stratégie de coping qui permet de réfléchir à la manière de faire face au stresser. Elle permet l'élaboration de stratégies, des étapes à franchir et la meilleure façon de gérer le problème. Une troisième stratégie de coping est fonctionnelle tout en touchant à la fois au coping axé sur le problème et sur les émotions. En effet, *l'acceptation* fait en sorte qu'une personne qui accepte la réalité d'une situation stressante est plus susceptible de s'engager à gérer la situation. Elle fait surtout appel à l'évaluation primaire du stresser selon le modèle de Lazarus et Folkman (1984).

Le recours à certaines stratégies de coping constitue plutôt une arme à double tranchant selon Carver (1997). La *recherche de soutien instrumental* (conseil, information, aide) relèverait du coping centré sur le problème. La *recherche de soutien émotionnel* (soutien moral, sympathie, compréhension) toucherait plutôt au coping axé sur les émotions. Bien que conceptuellement distincts, selon Carver et ses collègues (1989), ces deux types de recherche de soutien se produisent souvent de façon simultanée. La recherche de soutien peut être adaptative en favorisant l'accès par la suite à des stratégies axées sur le problème. Toutefois, si on ne recherche dans ce soutien qu'une manière d'exprimer ses émotions ou encore qu'on ne retourne pas vers des stratégies plus actives par la suite, la recherche de soutien risque d'être dysfonctionnelle. *L'expression des émotions* est le fait de ventiler une détresse ou une préoccupation auprès d'autrui. Bien que considérée fonctionnelle dans certaines circonstances, la ventilation peut distraire l'individu des actions à poser en le centrant uniquement sur l'émotion. La *réinterprétation positive* consiste aussi en une stratégie de coping axée sur l'émotion. Il s'agit de la tendance à réévaluer positivement le stresser, ce qui permet à la personne de pouvoir revenir à un coping centré sur le problème par la suite. En effet, la réinterprétation ne consiste pas en une gestion du stresser lui-même, mais a pour but de gérer la détresse. Le fait de se tourner vers la *religion* consiste en une stratégie pouvant servir de soutien émotionnel, de

moteur de réinterprétation positive, etc. Carver (1997) a ajouté cette stratégie, la religion, pour explorer son apport malgré des problèmes de définition de cette dimension.

D'autres stratégies sont considérées comme étant dysfonctionnelles dans plusieurs contextes : le blâme, le désengagement comportemental, la distraction et le déni (Carver et al. 1989; Carver, 1997). Le *blâme*, ou se faire des reproches à soi-même, consiste à mettre le focus sur son sentiment de culpabilité vis-à-vis la situation stressante. Il s'agit essentiellement d'une stratégie de coping axée sur les émotions. Le *désengagement comportemental* est similaire au concept d'« impuissance acquise ». En effet, le désengagement comportemental mène à la réduction des efforts pour gérer le stress et à l'abandon des objectifs avec lesquels le stresser interfère. La *distraction* est surtout utilisée lorsque le désengagement comportemental est rendu impossible par la situation. Cette stratégie comprend diverses activités servant à distraire la personne pour qu'elle ne pense pas au but avec lequel le stresser interfère ou à sa détresse. La distraction serait en fait constituée de *multiples actions* telles que la rêverie, la fuite dans le sommeil, regarder la télévision, etc. Le *déni* est une stratégie de coping dont les effets adaptatifs ou dysfonctionnels sont controversés. Il est en effet perçu comme pouvant être bénéfique dans les premiers moments de gestion du stress, mais à long terme entrave un coping adaptatif. Le déni consiste en la négation de la réalité. L'individu fait alors comme si le stresser n'existe pas autant en pensée que dans ses actions (Lazarus, 1985).

Finalement, deux autres stratégies basées sur l'évitement, donc pouvant être possiblement dysfonctionnelles, ont été introduites par Carver (1997) : l'humour et l'utilisation de substances. L'*humour* consiste en un effort cognitif pour éviter d'être envahi par l'émotion. Le caractère adaptatif de l'humour est toutefois controversé : l'humour est parfois perçu comme fonctionnel lorsqu'utilisé de façon modérée alors qu'un recours systématique est considéré comme possiblement dysfonctionnel. L'*utilisation de substances*, c'est-à-dire la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues, permet à

la personne d'échapper au stresser en évitant d'être confronté à la situation. Cette stratégie est généralement nocive pour l'individu.

Dans la présente étude, nous étudierons les 14 stratégies de coping telles que définies par Carver (1997) afin de déterminer si elles constituent des facteurs prédictifs de l'adhésion au traitement et de l'autogestion chez les diabétiques de type 2.

1.3.5 Théorie de l'attachement

Les situations stressantes sollicitent non seulement des stratégies de coping complexes, mais peuvent déclencher des comportements reliés au style d'attachement de la personne. Un environnement non familial, des expériences de pertes, des événements alarmants réels ou imaginaires, la fatigue, la faim, la maladie, la douleur ou d'autres conditions indicatives de prédisposition ou de faiblesse sont susceptibles de constituer des déclencheurs du modèle interne sous-jacent au style d'attachement de l'individu (Rholes, Simpson, & Stevens, 1998). Plusieurs chercheurs se sont récemment penchés sur l'étude de l'adhésion au traitement du diabète en ayant recours au modèle conceptuel de la théorie d'attachement. En effet, le style d'attachement est utile pour comprendre l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins tels que conçus dans le contexte de la relation soignant-soigné (Ciechanowski et al., 2001; Turan, Osar, Turan, Ilkova, & Damci, 2003).

Les premiers théoriciens de l'attachement sont John Bowlby et Mary Ainsworth. Dans les années 60, les premiers pas ont été faits concernant le concept d'attachement (Ainsworth & Bowlby, 1991). Selon ces auteurs, le style d'attachement de l'enfant est façonné par la relation parents-enfant dès les premiers instants de la vie. John Bowlby (1988) s'est intéressé plus particulièrement aux réactions de séparation de l'enfant par rapport à la figure significative. Ces observations lui ont permis de décrire et de mieux comprendre comment le lien d'attachement est forgé à partir des expériences frustrantes (pertes, séparations) et bienveillantes (réponses appropriées aux besoins de l'enfant) vécues au cœur de la relation parents-enfant. Selon Bowlby, le comportement d'attachement de

l'enfant prédit le type d'interactions dans la dyade mère-enfant et renvoie à des modèles internes de représentation de soi et de l'autre. L'apport singulier d'Ainsworth a été de concevoir la figure d'attachement comme une source de sécurité à partir de laquelle l'enfant peut explorer le monde. Elle a également formulé le concept de sensibilité maternelle aux signaux de l'enfant et elle a décrit le rôle de cette sensibilité dans le développement du lien mère-enfant (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1988).

Ainsworth et Bell (1970) ont élaboré la situation étrangère (« *strange situation* ») où les réactions d'un enfant sont observées. Dans la situation étrangère, l'enfant est placé en interaction avec une figure d'attachement dans des situations de stress modéré et de nouveauté. Grâce à cette étude, ces auteurs ont identifié trois patterns fondamentaux de comportement d'attachement. Les enfants *sécurés* (66% d'entre eux) utilisaient la figure d'attachement comme source de réconfort et de soutien pour gérer les émotions de détresse. Les enfants *anxieux-ambivalents* (12%) tentaient sans succès et de manière conflictuelle d'obtenir du soutien de la part de la figure significative. Essentiellement, ils ne se croient pas suffisamment aimables ou valables pour que leur besoin puisse être compris par l'autre. Ils craignent d'être abandonnés et que leur besoin ne soit pas répondu tout en désirant être comblés par l'autre. Finalement les enfants ayant développé des patterns de relation *évitants* (22%) ne recherchaient pas activement le soutien auprès de la figure d'attachement lorsqu'ils vivaient de la détresse. En revanche, ils géraient les émotions intérieurement en évitant de dépendre de leur parent. Ils ont développé la croyance que l'autre n'est pas fiable et ne les aidera pas à gérer leur détresse.

La théorie d'attachement a été appliquée chez l'adulte pour la première fois par Cindy Hazan et Philipp Shaver (1987). Leur adaptation de la théorie d'attachement repose sur trois styles principaux : l'attachement sécurisé, l'attachement évitant et l'attachement anxieux/ambivalent. Ces auteurs conçoivent le style d'attachement comme étant présent de manière continue dans le style relationnel de l'individu, affectant ainsi l'ensemble de ses relations. Les modèles internes de fonctionnement de Bowlby (« *inner working models* »)

expliquent la continuité du style d'attachement durant la vie (Klohnen & John, 1998). Kim Bartholomew et Leonard Lorowitz (1991) ont représenté schématiquement ces modèles internes de fonctionnement sous-jacents à chaque style d'attachement chez l'adulte (voir Figure 6, p. XXXV). Selon cette représentation, l'attachement *sécure* est caractérisé par une vision positive de soi et de l'autre. L'attachement *évitant*, comprenant selon certains auteurs deux sous-types distincts, est marqué par une vision négative de l'autre, la vision de soi pouvant être positive (*évitement détaché*) ou négative (*évitement craintif*). La représentation de l'autre est préservée comme étant positive alors que la représentation de soi est négative dans l'attachement *anxieux/ambivalent*.

Simpson et Rholes (1998) ont travaillé, à partir des styles d'attachement de Hazan et Shaver (1987), à déterminer les caractéristiques de la personnalité ainsi que la manière de vivre les conflits chez les adultes. Ils ont élaboré pour ce faire un questionnaire nommé *Adult Attachment Questionnaire* (AAQ) afin d'évaluer si une personne possède un style d'attachement de type évitant ou anxieux. Selon leur conception dimensionnelle des styles d'attachement (et non catégorielle), une personne peut avoir un style d'attachement évitant et se situer ainsi à l'extrémité supérieure d'une échelle continue allant de « pas évitant du tout » à « très évitant » et, simultanément de même concernant le style d'attachement anxieux. Un même individu peut avoir à la fois des patterns évitants et anxieux d'attachement à des degrés différents. Lorsqu'une personne rapporte ne pas avoir un style évitant ni anxieux, elle est considérée comme ayant un style d'attachement sécure. Le style d'attachement sécure est associé à davantage d'interdépendance, d'engagement, de confiance et de satisfaction dans les relations amoureuses que les styles insécures (anxieux ou évitant) (Simpson, 1990).

Les chercheurs étudiant les facteurs prédictifs de la participation au traitement, dans le contexte d'une maladie chronique, se sont intéressés au style d'attachement des soignés (Ciechanowski et al., 2001; Turan et al., 2003). En effet, des soignés ayant un style d'attachement insécure anxieux recherchaient continuellement l'approbation des autres

tout en étant très vigilant concernant le maintien et la qualité de la relation soignant-soigné. La satisfaction par rapport aux soins prodigués pourrait en être influencée. Les soignés dont l'attachement serait insécure évitant (détaché ou craintif) seraient compulsivement auto-suffisants tout en ayant de la difficulté à faire confiance aux autres ou encore désireraient le contact social tout en ayant peur de la critique ou du rejet les amenant le plus souvent à fuir les interactions. Le style d'attachement insécure serait conséquemment susceptible selon ces auteurs d'entraver le contexte relationnel soignant-soigné dans lequel se développe l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins (Ciechanowski et al., 2001).

Les styles d'attachement anxieux et évitant sont-ils parmi les prédictors de l'adhésion et de l'autogestion chez les diabétiques de type 2? La présente étude pose cette question et tente d'y répondre.

1.3.6 Théorie du soutien social perçu

John Cassel, médecin et épidémiologiste, a été parmi les premiers à constater que les individus possédant des liens sociaux étaient les plus susceptibles d'être en santé (Kaplan, Cassel, & Gore, 1977). Par la suite, Gerald Caplan (1972) a suggéré que le système de soutien social d'un individu lui prodiguait une rétroaction sur lui-même, au point de vue cognitif, et pouvait lui fournir des informations et du soutien affectif en situation de besoin.

Plusieurs définitions du soutien social ont été proposées et bien qu'il n'y ait toujours pas consensus, le soutien social est considéré par tous comme étant multidimensionnel (Wilcox & Vernberg, 1985). La notion de réseau social a été étudiée sous trois principaux angles, soit en décrivant ses *caractéristiques* (ex. : interrelations entre ses membres, participation à des groupes sociaux, statut marital, collègues en milieu de travail, etc.), en précisant ses *fonctions* (ex. : attachement, intégration sociale, réassurance, guidance, aide concrète, conseil, etc.) et en mesurant la *perception* qu'en a l'individu (perception du

soutien qui est disponible et satisfaction face au soutien obtenu). Ainsi, un courant de recherche a mesuré le soutien social en décrivant les caractéristiques du réseau social et ses interrelations. Or, selon Sarason, Sarason et Pierce (1990) cette conception n'a pas trouvé l'appui empirique confirmant que les caractéristiques du réseau social seraient un facteur puissant d'adaptation ou de santé. Par ailleurs, certains auteurs ont suggéré qu'il existe différents types de soutien social selon la fonction particulière de soutien prodigué. Cette conception a trouvé quelques appuis, mais les recherches ont démontré l'importance d'un facteur de perception du soutien social, que cette perception représente bien la réalité ou non (Sarason et al., 1990).

En effet, il semble que ce soit la perception que le réseau social est disponible pour le soutenir qui influence la santé et la réponse au stress d'un individu. Cobb (1976) s'est concentré sur la croyance d'être aimé, d'être important aux yeux des autres ainsi que sur le sentiment d'appartenir à un réseau de communication inhérent au soutien social. Selon lui, le soutien social possède un pouvoir modérateur des effets du stress sur l'individu.

Croire qu'une personne est disponible pour soi, qu'elle a à cœur ce qui nous arrive et qu'elle essaie de nous aider lorsque de l'aide est requise est un facteur clé favorisant la santé physique et mentale. Il s'agit de la conception du soutien social mise de l'avant par Sarason, Sarason, Shearin et Pierce (1987) et celle qui est retenue dans la présente thèse. Ces auteurs (Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987; Sarason et al., 1990) considèrent le soutien social comme une manifestation à l'âge adulte des liens d'attachement tissés dans l'enfance. Leur conception se base sur la perception de la *disponibilité* du soutien social (en identifiant les personnes que l'individu trouve disponibles pour lui et non exhaustivement toutes les personnes de son réseau peu importe que l'individu les perçoive disponibles ou non) et la *satisfaction* de l'individu vis-à-vis le soutien obtenu. Les fonctions réelles du soutien ne sont pas suffisantes selon eux, il faut se référer à un facteur plus subjectif de perception du soutien. Puisque le soutien social est compris différemment par chacun selon leur style cognitif, leur personnalité, leur style d'attachement et leur

histoire sociale, la *perception*, en termes de disponibilité et de satisfaction du soutien social, doit être prise en compte plutôt que le soutien réel reçu (Sarason, Sarason, et al., 1987; Sarason et al., 1990).

Les personnes atteintes du diabète de type 2 rencontrent plusieurs défis émotionnels souvent soulevés par la maladie. Power (2002) rapporte que des sentiments de culpabilité (écarts et abus, jugement des autres), de peur (hypoglycémies, complications), de colère (exigences du traitement, multiples changements d'habitudes de vie, sentiment d'être différent), de perte (perte de contrôle, de l'ancien moi, de la santé, de liberté, d'autonomie) et de privation (diminution des plaisirs, restrictions alimentaires) sont constants chez les personnes diabétiques en plus de provoquer parfois des moments de crise intense. Tous les changements de style de vie inhérents au traitement du diabète sont susceptibles de faire vivre du stress. Les personnes diabétiques sont encouragées à rechercher du soutien social afin de partager leurs inquiétudes et leurs émotions, d'identifier ce qui génère du stress dans le but d'en réduire l'impact dans leur vie. Néanmoins, le diabète peut également provoquer des problèmes dans les relations interpersonnelles puisque toutes ces émotions exercent aussi une pression sur l'entourage. La qualité du soutien social rend compte des capacités de l'entourage à gérer cette pression tout en se montrant présent à celle vécue par la personne diabétique elle-même. Dans ce contexte, l'évaluation du soutien social (disponibilité et satisfaction) par la personne diabétique permet de tenir compte à la fois de la qualité perçue du soutien (satisfaction) en plus de la quantité (disponibilité). L'influence de la perception de disponibilité du soutien social ainsi que de la satisfaction face au soutien social reçu sur l'adhésion et l'autogestion sera étudiée dans la présente recherche.

1.3.7 Modèle de consultation prescriptive

L'interaction soignant-soigné constitue le premier contexte dans lequel le soignant transmet les recommandations de traitement au soigné. Les recommandations de traitement sont communiquées et discutées lors de la consultation médicale.

Gerald Caplan (1963) utilise le terme « consultation » pour désigner « un processus d'interactions entre deux professionnels, le consultant, qui est le spécialiste, et la personne consultante, qui demande de l'aide à propos d'un problème considéré sous le champ de spécialisation du consultant » (Caplan, 1963, traduction libre, p. 470). La consultation médicale est divisée en trois parties : (a) explication du problème par le soigné, (b) examen physique et (c) enseignement et recommandation par le soignant. Les résultats obtenus par l'étude DAWN (Massi-Benedetti, Lauritzen, Matthews, & Snoek, 2002) ont indiqué que la consultation est d'une durée moyenne de 22.6 minutes avec un omnipraticien et de 23.6 minutes avec un spécialiste. Les données de l'étude DAWN (Massi-Benedetti et al., 2002) nous permettent aussi de constater que l'enseignement sur le diabète est fourni au patient au même moment que la recommandation (*prescription*). L'information semble préparer le terrain à la recommandation en fournissant de nouvelles données au soigné concernant son problème et les moyens d'y répondre. L'intervention prescriptive (recommandation) vise explicitement à diriger le comportement du soigné, plus précisément un comportement qui est en dehors du contrôle du soignant et qui va au-delà de l'interaction soignant-soigné (Heron, 1976, p. 144).

Afin de prédire l'acceptation des recommandations par le soigné, nous nous référons, dans la présente thèse, à un modèle de consultation prescriptive appliquée tout d'abord à la psychologie scolaire (Conoley, Conoley, Ivey, & Scheel, 1991), puis à la psychothérapie (Scheel, Seaman, Roach, Mullin, & Mahoney, 1999). Nous appliquons ce modèle au domaine de la consultation médicale pour mieux comprendre l'adhésion aux recommandations de traitement et l'autogestion des soins chez les adultes diabétiques de type 2.

Jane C. Conoley et Collie W. Conoley (1981) ont travaillé sur les variables impliquées dans une session de consultation à visée prescriptive favorisant l'adoption des prescriptions par cette dernière. Ces auteurs, œuvrant en psychologie scolaire, se sont intéressés plus particulièrement aux prescriptions données dans le cadre de la relation entre

le consultant en santé mentale (*consultant*), par exemple un psychologue, et la personne qui consulte (*consultee*), par exemple un enseignant, en vue de mieux aider ou comprendre un enfant à défis particuliers. Conoley et ses collègues (1991) ont présenté un modèle de consultation scolaire prescriptive basée sur l'acceptation des recommandations par la personne qui consulte. Trop souvent l'intervention proposée n'est pas utilisée par la personne qui consulte. L'acceptation des recommandations par la personne qui consulte en plus des habiletés de cette dernière sont garantes de l'implantation de l'intervention (Conoley et al., 1991, Luftey, 2005). Le modèle de Conoley et ses collègues (1991) précise que l'acceptation des recommandations est définie par trois éléments : (a) la perception de concordance entre le problème et la recommandation, (b) la croyance que l'intervention est faisable (c) et l'évaluation de la relation entre le consultant et la personne qui consulte.

Inspirés par le modèle de Conoley et ses collègues (1991), Scheel et ses collègues (1999) ont créé l'échelle d'évaluation des recommandations (RRS). Scheel et ses collègues (1999) ont en effet repris les trois principales composantes du modèle de Conoley et ses collègues (1991) en l'appliquant au champ de la psychothérapie : (a) *concordance* entre le problème et les recommandations, (b) *faisabilité* perçue des recommandations et (c) *influence du thérapeute*. La combinaison de ces trois éléments représente une dimension plus globale soit l'acceptation des recommandations par le client. La conception du problème par le client est confrontée à celle du thérapeute dans la notion de concordance entre le problème et les recommandations et donc à des variables reliées au processus. La faisabilité perçue des recommandations est liée à l'application des recommandations et aux résultats espérés. Finalement, l'influence du thérapeute est conçue comme la satisfaction et l'évaluation plus ou moins positive par le client des caractéristiques du thérapeute et de leur communication.

Scheel et ses collègues (1999) ont défini les recommandations de traitement comme étant toute action ou réflexion qui est suggérée par le thérapeute au client et devant être effectuée entre les sessions de consultation. Le modèle repose sur la perception des

recommandations par le client. L'échelle d'évaluation des recommandations (*Recommendation Rating Scale* - RRS) de Scheel et ses collègues (1999) a en effet le mérite d'évaluer pour la première fois les trois composantes principales du modèle de Conoley et ses collègues (1991), mais surtout les perceptions des recommandations par le client. Selon Scheel et ses collègues (1999), plus le client accepte le traitement, plus il est susceptible de généraliser l'intervention en dehors de la consultation.

Le modèle de Conoley et ses collègues (1991) opérationnalisé par Scheel et ses collègues (1999) est utilisé dans la présente étude. Ce modèle est appliqué à la consultation médicale entre le médecin traitant (soignant) et son patient (soigné). La concordance, la faisabilité perçue des recommandations, l'influence du médecin et l'acceptation des recommandations par le soigné sont étudiées pour prédire l'adhésion au traitement et l'autogestion des activités de traitement.

Dans la version du RRS (Scheel et al., 1999) adaptée à la relation soignant-soigné (EER), la sous-échelle « Influence du médecin » fait référence à la fois au concept de *communication soignant-soigné* (ex. : « Lors de nos rencontres, j'hésite à m'ouvrir à mon médecin », « Je suis à l'aise de discuter de n'importe quel sujet avec mon médecin traitant ») ainsi qu'au concept de *satisfaction* face aux soins (ex. : « Jusqu'à maintenant, je suis très satisfait(e) du travail fait avec mon médecin traitant ») et face au médecin (ex. : « Je perçois mon médecin traitant comme un expert capable de m'aider », « Je trouve mon médecin traitant sympathique »). La sous-échelle de « concordance » évalue la *concordance entre le soignant et le soigné* concernant la vision du problème (ex. : « Ses recommandations correspondent à ce que je croie être la les) cause(s) de ma difficulté avec mon diabète », « Ses recommandations sont en accord avec les raisons pour lesquelles je prends soin de mon diabète », « Je comprends le lien entre la recommandation de mon médecin traitant et la cause principale de ma difficulté avec mon diabète »). De plus, cette sous-échelle évalue dans quelle mesure le patient se sent pris en compte, avec ses forces et son style de vie, dans la proposition de recommandations faite par le médecin (ex. : « Ses

recommandations font appel à mes forces personnelles », « Je crois que si j'arrive à appliquer ses recommandations, c'est une stimulation pour faire un changement de vie »). La sous-échelle de « Faisabilité des recommandations » évalue, notamment, le niveau de difficulté perçue par le patient d'appliquer les recommandations (ex. : « Ses recommandations me semblent compliquées », « Il est difficile pour moi de mettre en pratique ses recommandations ») et les coûts qui y sont associés (ex. : « Accomplir ses recommandations me demande beaucoup de temps », « Mettre en pratique ses recommandations dérange ma routine quotidienne »). Finalement, l'*acceptation des recommandations* (score global) est multidimensionnelle et requiert une influence positive du médecin, la concordance entre le soignant et le soigné et des recommandations perçues comme étant faisables.

1.4 Mise au point sur l'état de la connaissance

Bien qu'il soit important de comprendre l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins, il est difficile de s'y retrouver dans l'ensemble actuel des théories et des études empiriques s'étant penchées sur les facteurs psychosociaux qui favorisent l'adoption des comportements de santé. Noar et Zimmerman (2005, traduction libre p. 275) affirment qu'il n'existe pas encore de modèles conceptuels plus précis que d'autres ni de concepts plus prépondérants que d'autres pour expliquer les comportements de santé. De plus, selon eux, il n'y a pas de comportements de santé mieux compris que d'autres à l'heure actuelle. Ils en concluent que le champ de connaissance de la psychologie de la santé se construit actuellement à partir de théories toujours insuffisantes pour prédire les comportements de santé. De nouvelles théories sont proposées avant même que les théories déjà existantes n'aient été vérifiées de façon satisfaisante par les études empiriques (Nigg et al., 2002; Noar & Zimmerman, 2005).

Selon Nigg et ses collègues (2002), dans ce contexte d'absence de consensus, les déterminants du comportement étudiés sont de plusieurs ordres, soit individuels, environnementaux ou communautaires, soit cognitifs, comportementaux ou affectifs. Toutefois, toujours selon ces auteurs, la majorité des théories et des études dans le domaine se penche davantage sur les déterminants individuels de type cognitif. La tendance est donc de focaliser sur des facteurs reliés à l'individu, cognitifs plutôt qu'affectifs, pour expliquer les problèmes d'adhésion. Les déterminants reliés à l'entourage et à la relation soignant-soigné sont souvent négligés.

Les théories utilisent des construits qui sont très semblables en utilisant des terminologies différentes. La même situation est présente quant aux choix des instruments de mesure. Le manque de consensus quant à l'équivalence d'une terminologie et des mesures contribue en un manque d'intégration de la connaissance (Noar & Zimmerman, 2005). En ce sens, Noar et Zimmerman (2005) affirment que les études exploratoires qui se penchent sur des concepts tirés de théories sont importantes puisqu'elles permettent de comparer entre eux des concepts parfois « similaires » en évaluant grâce aux analyses corrélationnelles (ex. : régression) si oui ou non un deuxième facteur ajoute de la variance expliquée au-delà de l'explication d'un premier facteur. De plus, l'absence de consensus entre les théoriciens découle du faible nombre d'études qui compare l'apport des différentes théories entre elles. Des comparaisons entre les théories en entier permettraient, par exemple, de déterminer quelle théorie explique le plus de variance des comportements de santé, quels comportements de santé l'une ou l'autre des théories permet d'expliquer, etc. de manière à établir l'équivalence ou non de leur terminologie. Il s'agit d'une avenue de recherche recommandée par plusieurs auteurs afin de faire progresser la connaissance en psychologie de la santé après avoir procédé à des études exploratoires basées sur des concepts tirés des théories (Nigg et al., 2002; Noar & Zimmerman, 2005).

Les études empiriques se concentrent souvent sur un seul comportement de santé à la fois (ex. : adhésion à la médication, au plan alimentaire, à l'activité physique, etc.) plutôt

que de tenter d'en expliquer plusieurs. Il est pourtant reconnu qu'intervenir sur de multiples comportements de santé a le potentiel d'avoir un impact d'autant plus important sur la santé publique et cela en agissant simultanément sur plus d'un problème de santé (Nigg et al., 2002). En conséquence, il serait important d'étudier plusieurs comportements de santé et que les théories tiennent compte des facteurs pouvant influencer le plus de comportements de santé à la fois.

Sans compter les problèmes conceptuels et de mesures, d'autres problèmes méthodologiques entraînent des biais et limitent ainsi l'avancement des connaissances dans le domaine. Les études sont souvent faites auprès de petits échantillons cliniques à l'aide de protocole rétrospectif et transversal. Les principaux biais méthodologiques qui en découlent sont des problèmes à effectuer un recrutement d'échantillons représentatifs de la population ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, des problèmes à mettre en place des mécanismes permettant de conserver la participation des répondants de manière longitudinale sont aussi présents. Les études sur l'adhésion au traitement sont en conséquence biaisées par des problèmes « de non adhésion » des participants à la recherche, plus communément appelés *attrition* ou perte de participants. Aucune étude ne s'est penchée sur les modes de recrutement et les facteurs de maintien de participation à la recherche qui sont les plus efficaces. Dans ce contexte, la réalisation d'études longitudinales prospectives constitue un défi de taille. En l'absence de protocole de recherche longitudinal permettant l'étude des facteurs de maintien ou d'abandon des comportements de santé, les études transversales ne peuvent se prononcer sur l'influence de l'évolution de la maladie, de l'apparition de complications ou encore de l'arrivée de nouveaux stressseurs dans la vie de la personne diabétique sur le niveau d'adhésion au traitement.

Le domaine de la psychologie de la santé est un champ de connaissance à développer. Beaucoup de travail reste à faire pour arriver à certains consensus au plan conceptuel et pour résoudre les différents problèmes méthodologiques au plan empirique.

Néanmoins, la pertinence de ces études au plan clinique est indéniable. Effectivement, les recommandations de traitement faites ne peuvent s'avérer utiles que si les soignants tiennent compte des facteurs qui favorisent l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins chez le soigné. Les soignants peuvent vérifier la présence ou non des prédicteurs d'adhésion identifiés par la recherche afin d'augmenter l'efficacité des recommandations. Les soignants, dont le psychologue impliqué auprès de personnes diabétiques, peuvent ainsi mieux évaluer et intervenir pour contribuer à l'adoption de comportements de santé chez le soigné (Harris & Lustman, 1998).

1.5 Recension empirique du rôle des facteurs psychosociaux sur l'adhésion ou l'autogestion

Depuis plus de 20 ans, l'analyse de l'influence des facteurs cognitifs, affectifs et sociaux a pris une grande place dans l'étude de la prédiction de l'adhésion et de l'autogestion (Harris & Lustman, 1998; Leichter, Dreeling, & Moore, 2004; Wilson et al., 1986). Dans la présente thèse, les facteurs étudiés sont répartis en cinq sous-groupes, soit (a) les caractéristiques sociodémographiques, (b) les caractéristiques reliées à la santé, (c) les facteurs reliés à l'individu, (d) les facteurs reliés à l'entourage et (e) les facteurs reliés à la relation entre le soignant et le soigné. Dans cette section, les résultats de recherches récentes portant sur le lien entre ces principales variables et l'adhésion au traitement ou l'autogestion des soins sont présentés.

1.5.1 Caractéristiques sociodémographiques et adhésion ou autogestion

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes soit le sexe, le niveau socioéconomique (NSE), la scolarité et l'âge ont été étudiées plus particulièrement afin

d'établir leur relation avec l'adhésion au traitement ou l'autogestion des soins des diabétiques de type 2.

1.5.1.1 Sexe

Il ressort des études recensées que les hommes diabétiques semblent adhérer davantage à certains aspects du traitement que les femmes. La recension des études (base de données *Medline* entre 1995 à 2005) faite par *The Writing Group for The Partnership for Gender-Specific Medicine* (Legato et al., 2006) et portant sur des patients atteints de diverses maladies, révèle que les femmes adhèrent moins au traitement que les hommes surtout en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation. Des problèmes significatifs d'adhésion chez les femmes atteintes de diabète de type 2 sont confirmés par d'autres études notamment concernant l'autogestion de *l'activité physique* (Albright et al., 2003; Barrett, Plotnikoff, Courneya, & Raine, 2007; Legato et al., 2006; Nelson et al., 2002) et de *l'alimentation* (Aljasem, Peyrot, Wissow, & Rubin, 2001; Hepworth, 1999; Peel, Parry, Douglas, & Lawton, 2005). Toutefois, aucune relation significative n'est rapportée entre le sexe et d'autres dimensions d'autogestion ou d'adhésion. La méta-analyse de DiMatteo (2004) démontre pas ou peu de relation entre le sexe et l'adhésion à la *médication* dans le contexte de différentes maladies chroniques, dont le diabète. De plus, même si les niveaux d'adhésion globale des hommes sont légèrement plus élevés que ceux des femmes, la différence ne s'avère pas nécessairement significative (Kutz, 1999).

Plusieurs raisons sont évoquées afin d'expliquer les problèmes particuliers que les femmes diabétiques de type 2 semblent rencontrer dans la mise en application de leur traitement : un manque de motivation et moins de plaisir à faire de l'activité physique, le manque de temps et la lourdeur des obligations familiales et sociales (Barrett et al., 2007; Murry, Owens, Brody, Willert, & Brown, 2003). Plus particulièrement l'adhésion à la diète pose problème chez les femmes puisqu'elles considèrent les habitudes alimentaires comme une affaire individuelle entrant en conflit avec ce que le reste de la famille désire manger

(Peel et al., 2005), en plus de prioriser les besoins de leur conjoint et de leurs enfants avant leurs propres besoins (Hepworth, 1999). De plus, le rapport à la nourriture des femmes est marqué par un goût pour les aliments sucrés (les hommes préférant davantage la *malbouffe* élevée en matières grasses) (Peel et al., 2005), et par davantage de comportements d'hyperphagie que les hommes (Aljasem et al., 2001).

1.5.1.2 Niveau socioéconomique

Selon l'état actuel des connaissances, le niveau socioéconomique (NSE) influencerait principalement l'adhésion à la *médication* (DiMatteo, 2004; Hertz, Unger, & Lustik, 2005; Piette, Heisler, & Wagner, 2004; Piette, Wagner, Potter, & Schillinger, 2004), aux *tests de glycémie* (Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, & Selby, 2000; Vincze, Barner, & Lopez, 2004) et à *l'activité physique* (Albright et al., 2003; Barrett et al., 2007; Nelson et al., 2002).

Par ailleurs, les auteurs indiquent que plusieurs variables sont susceptibles de médiatiser ou modérer cette relation (Brown et al., 2004). De manière plus importante, l'accès aux soins de première ligne et aux soins spécialisés et l'utilisation de ces services pourraient annuler l'effet délétère du NSE sur l'adhésion (Brown et al., 2004). Or, l'accès aux soins peut être limité non seulement par l'absence d'un système d'assurance maladie publique, mais aussi par la proximité des services, la facilité d'obtenir une référence, la pertinence des soins offerts, la qualité de la communication patient-médecin, etc. (Brown et al., 2004). McCabe (2003) rapporte aussi d'autres obstacles à l'adhésion tels des problèmes de transport jusqu'à la pharmacie et un faible soutien social qui pourraient se combiner aux coûts du traitement.

Ainsi, le faible revenu doublé de l'absence d'une couverture par l'assurance maladie est relié à une moins bonne adhésion à la *médication antidiabétique orale*. En effet, les personnes diabétiques de type 2 sous-utilisent leur médication en raison des coûts financiers reliés à l'achat des médicaments dans une enquête auprès de 766 Américains diabétiques :

40% des diabétiques sans plan d'assurance-médicament sous-utilisent leur médication comparativement à 9% seulement des diabétiques bénéficiant du programme de soins du *U.S. Department of Veterans Affairs* (VA) (Piette, Wagner, et al., 2004). Malgré une couverture d'assurance provenant de l'employeur, l'adhésion à la médication est faible (40% de non adhésion) un an après le début de la médication chez un échantillon de 6090 diabétiques de type 2 aux États-Unis (Hertz et al., 2005). Une enquête transversale nationale, auprès de 875 Américains atteints de diabète de type 2 et utilisant une médication antidiabétique orale, a permis de constater que 11% des participants avaient, pour des raisons financières, restreint l'achat de leur médication pour le diabète et même de nourriture ou d'autres produits essentiels (Piette, Heisler, et al., 2004). La méta-analyse de DiMatteo (2004) montre aussi une relation positive et significative entre le NSE et l'adhésion à la médication, surtout dans les études effectuées auprès d'adultes utilisant une mesure numérique de revenu. De plus, la situation se complique en présence de pathologies comorbides (coûts de la polythérapie, limites de couverture des programmes d'assurance) (Soumerai et al., 2006). En outre, lorsqu'un patient ne fait pas confiance à son médecin, il est plus susceptible que son faible revenu puisse amener des problèmes d'adhésion reliés aux coûts de la médication (Piette, Heisler, Krein, & Kerr, 2005). En effet, selon une autre enquête américaine auprès de 4050 individus atteints de maladie chronique, seulement 24% des 1499 participants ayant des problèmes financiers disent avoir été questionnés par le médecin traitant concernant de possibles problèmes à défrayer les coûts de la médication (Heisler, Wagner, & Piette, 2004).

L'autocontrôle des glycémies, en termes de fréquence surtout, serait influencé par le NSE en raison des coûts élevés des bandelettes réactives, qui font rarement l'objet d'une complète couverture par les assureurs. Dans ce sens, Karter et ses collègues (2000) ont constaté, chez 44 181 diabétiques de la Californie, que des coûts « payés de sa poche » plus élevés, pour l'achat de bandelettes réactives étaient prédictifs, surtout chez les individus à faible revenu, d'une diminution de la fréquence de l'autocontrôle des tests de glycémie. Vincze et ses collègues (2004) ont obtenu, auprès de 933 adultes diabétiques de type 1 ou 2

au Texas, un niveau moyen de 52% d'autogestion des tests de glycémie. De plus, selon cette recherche, la perception d'absence d'obstacles au traitement, tels les coûts, était associée à de meilleurs niveaux d'autocontrôle des glycémies.

La couverture d'assurance pour le coût des bandelettes réactives n'est pas systématique au Canada malgré la présence d'assurances publiques. L'effet se fait sentir non seulement sur les comportements de santé, mais sur le contrôle glycémique également. Effectivement, un essai contrôlé randomisé auprès de 405 patients diabétiques de type 2 de l'Alberta et de la Saskatchewan a montré que les patients dont l'assurance ne couvrait pas ces coûts avaient un contrôle glycémique pauvre et non optimal comparativement aux participants pour qui ces coûts étaient couverts (Bowker, Mitchell, Majumdar, Toth, & Johnson, 2004; Heisler, 2004). Les participants sans ce type de couverture considéraient aussi que le coût des bandelettes était un obstacle important à la fréquence des tests de glycémie selon Bowker et ses collègues (2004). Ailleurs dans le monde, les coûts élevés des bandelettes réactives et du glucomètre sont aussi perçus comme des obstacles à des tests de glycémie fréquents chez les diabétiques de type 2, par exemple en Angleterre, en Inde et en Chine (Dhatariya, 2007; Joshi, 2004). L'étude quasi-expérimentale de Soumerai et ses collègues (2002) a permis de constater une hausse de 118% du niveau d'autocontrôle des glycémies chez les 1792 diabétiques traités avec une médication antidiabétique orale qui bénéficiaient d'un programme de couverture des frais associés aux bandelettes réactives. Les 288 patients qui débutaient pour la première fois les tests de glycémies dans le cadre de ce programme le faisaient de façon plus constante (Soumerai et al., 2002). Lorsqu'un patient recherche et obtient une couverture d'assurance pour les bandelettes réactives, cette assurance ne constitue pas seulement un facteur financier facilitant, mais indique aussi que le patient accorde de la valeur à sa santé et s'implique davantage pour la préserver (Heisler, 2004).

L'autogestion de *l'activité physique* serait également liée au niveau NSE. Plusieurs recherches réalisées aux États-Unis ainsi qu'au Canada démontrent que les personnes ayant

un NSE faible, surtout chez les femmes appartenant aux minorités ethniques, sont les personnes qui adhèrent le moins à l'activité physique et qui sont les plus inactives en termes de durée d'activité (Albright et al., 2003; Barrett et al., 2007; Nelson et al., 2002). Nelson et ses collègues (2002) précisent que 50% des personnes ayant un NSE sous le seuil de la pauvreté sont inactives. Notons qu'au contraire, certains chercheurs n'ont pas trouvé de relation significative entre le NSE et l'adhésion à l'activité physique (Dutton et al., 2005) ou à l'adhésion globale (Kutz, 1999). Les obstacles à l'activité physique associés au NSE faible sont reconnus le plus souvent comme étant d'ordre environnemental (ex. : accès, horaire, etc.), mais des problèmes de santé multiples, et limitations associées, sont aussi des obstacles qui peuvent s'ajouter au NSE, voire même constituer de meilleurs prédicteurs d'activité physique selon Dutton et ses collègues (2005).

Une autre explication du lien entre le NSE et l'activité physique réfère aux patterns d'activités physiques qui se dégagent selon le NSE. Barrett et ses collègues (2007), dans une étude canadienne, montrent que les personnes dont le NSE est faible (< 20 000\$/an) sont plus susceptibles de marcher pour aller faire des achats et de faire de l'activité physique dans les activités quotidiennes comme les travaux intérieurs et extérieurs à la maison. Les personnes de NSE élevé (> 80 000\$/an) rapportent davantage pratiquer un sport, suivre des cours d'aérobic, faire de la musculation, du jogging et de la randonnée pédestre. En ce sens, l'accès à des centres d'entraînement, à un entraîneur ou à des sentiers pédestres à l'extérieur de la ville limitent le type d'activité physique des personnes à faible revenu.

L'influence du NSE est peu étudiée concernant l'autogestion de *l'alimentation*. Néanmoins, selon 6 groupes de discussion composés chacun de 6 à 12 diabétiques, l'obstacle à la diète le plus fréquemment rapporté est relié aux problèmes à s'acheter les aliments appropriés au plan alimentaire en raison de leurs coûts et de l'inaccessibilité de certains produits (Vijan et al., 2005).

1.5.1.3 Scolarité

Plusieurs chercheurs s'entendent pour dire qu'être plus éduqué est associé à une meilleure *adhésion au traitement* (Edwards, 1998), notamment à la *médication* (DiMatteo, 2004), à *l'activité physique* (Nelson et al., 2002) et à un *autocontrôle plus fréquent des glycémies* (Aljaseem et al., 2001; Karter et al., 2000). Par exemple, parmi les diabétiques de type 2 possédant un niveau de scolarité inférieur au secondaire, 40% rapportent ne pas faire d'activités physiques (Nelson et al., 2002).

1.5.1.4 Âge

Les résultats concernant l'influence de l'âge sur l'adhésion sont plus controversés. Plusieurs études vont dans le sens des résultats obtenus par Kutz (1999) et Edwards (1998) indiquant une meilleure *adhésion globale* chez les patients diabétiques de type 2 plus âgés. Effectivement, les diabétiques plus âgés (65 ans et plus), comparativement aux plus jeunes, consultent davantage pour leurs yeux et leurs pieds (O'Connor, Desai, Solberg, Rush, & Bishop, 2003), mangent davantage de fruits et de légumes et moins de matières grasses (Nelson et al., 2002), mangent moins par gourmandise (Ahlgren, Shultz, Massey, Hicks, & Wysham, 2004) et auraient moins d'épisodes d'hyperphagie (Aljaseem et al., 2001). Toutefois, les diabétiques plus jeunes effectueraient significativement plus d'ajustements reliés à l'alimentation en fonction de leur glycémie que les patients les plus âgés (Aljaseem et al., 2001). De plus, les diabétiques de type 2 qui sont âgés de plus de 65 ans seraient davantage inactifs physiquement et feraient moins d'exercices vigoureux que les plus jeunes (Aljaseem et al., 2001; Nelson et al., 2002). Cependant, aucune association significative entre l'âge et les niveaux d'adhésion au traitement n'a été trouvée selon l'étude de Heapy (2003).

Pour expliquer les résultats controversés concernant le lien entre l'âge et l'adhésion à *l'alimentation* et à *l'activité physique*, O'Connor et ses collègues (2003) expliquent que

les patients plus âgés évaluent leur état de santé comme étant moins bon que celui des plus jeunes et qu'ils ont un nombre plus élevé d'hospitalisations et de complications reliées au diabète. Ainsi, ce serait non seulement l'âge comme tel qui prédirait l'adhésion, mais surtout la sévérité perçue du diabète, le nombre de complications et d'hospitalisations associées.

En outre, le lien entre l'adhésion à la *médication* et l'âge semble être modéré par le type de mesures utilisé dans les études. En effet, une corrélation négative est observée lorsque la mesure est autorapportée alors que la corrélation est positive si l'adhésion à la médication est évaluée à l'aide de mesures dites objectives (DiMatteo, 2004; McCabe, 2003).

1.5.2 Caractéristiques reliées à la santé et adhésion ou autogestion

Les caractéristiques reliées à la santé telles que la durée d'évolution du diabète, l'indice de masse corporelle (IMC), les complications, les hospitalisations, les recommandations reçues et le nombre de médicaments sont à considérer lorsqu'on étudie l'adhésion au traitement et l'autogestion des comportements de santé chez l'adulte diabétique de type 2.

1.5.2.1 Durée d'évolution

Karter et ses collègues (2000) ont trouvé qu'une durée d'évolution plus élevée était prédicteur d'une diminution de la fréquence *d'autocontrôle des glycémies*. Au contraire, Skelly et ses collègues (2005) ont identifié comme prédicteur de l'autocontrôle des glycémies dans la dernière semaine, une durée d'évolution plus grande du diabète chez des patients plus âgés en milieu rural. Ils expliquent leur résultat en indiquant entre autres que l'autocontrôle des glycémies est de plus en plus recommandé chez les personnes âgées. L'étude qualitative anglaise de Gillibrand et Flynn (2001) fournit une piste d'explication d'influence de la durée d'évolution de la maladie sur l'adhésion. Ainsi, la durée

d'évolution serait liée à une plus grande expérience face à la maladie selon les personnes diabétiques : « Plus ça fait longtemps que tu as la maladie, plus tu t'habitues au diabète » (Gillibrand & Flynn, 2001, traduction libre, p. 506). L'expérience face à l'utilisation du glucomètre acquise au fil des ans pourrait faciliter l'autocontrôle des glycémies. D'autres études ne trouvent pas de lien entre la durée d'évolution du diabète et *l'adhésion globale*, à *l'alimentation*, à *l'exercice*, aux *tests de glycémie* et à *la médication* (Heapy, 2003; Kutz, 1999).

1.5.2.2 IMC

Les études concernant l'indice de masse corporelle (IMC) se sont principalement intéressées à ses relations avec les comportements alimentaires et l'activité physique.

Clark (2004) souligne que l'adhésion à un *plan alimentaire* seul n'est pas associée à des changements significatifs de l'IMC. Dans le même sens, l'IMC ne diminue pas nécessairement en lien avec une bonne adhésion à *l'activité physique* (Boulé et al., 2001; Nelson et al., 2002). En fait, l'adhésion à l'activité physique serait plus susceptible d'être associée à des changements de l'IMC à long terme même si peu de résultats en découlent à court terme (Tremble & Donaldson, 1999). Toutefois, une étude transversale et randomisée récente indique que les participants atteints de maladie chronique, et qui sont minimalement actifs, ont un IMC moins élevé que les participants inactifs (Kavouras et al., 2007). En outre, l'étude de Maddigan, Majumdar et Johnson (2005) a aussi montré que l'adhésion à l'activité physique était liée à l'IMC alors que l'adhésion au plan alimentaire ne l'était pas. Néanmoins, l'adhésion à des *changements plus globaux de style de vie* à long terme, après 5 ans, est associée à une réduction de l'IMC de 2.3% à 3.7% auprès d'un échantillon constitué entre autres de participants diabétiques de type 2 (Eriksson & Lindgärde, 1991).

Selon certaines études, il ressort qu'en présence d'un IMC élevé, en viser la diminution, en adhérant à une diète trop stricte ou en faisant des activités physiques dans le seul but de perdre du poids, contribuerait à des problèmes d'adhésion (Koenisberg, Bartlett,

& Cramer, 2004), à des comportements d'hyperphagie ou à des conséquences négatives aux plans psychologique et physique (Clark, 2004; Kenardy et al., 2001). Il vaudrait mieux viser l'adoption de comportements de santé sains et ensuite, espérer voir des changements s'opérer sur l'IMC.

1.5.2.3 Complications

La présence de complications physiopathologiques consécutives au diabète serait associée négativement à la prise de *médication* même si ces résultats doivent être corroborés par d'autres études (Aljaseem et al., 2001; McCabe, 2003). La présence de complications ne s'est pas trouvée être associée à une plus faible adhésion à la médication, mais plutôt au fait de percevoir plus d'obstacles à la prise de médicaments (McCabe, 2003). Néanmoins, Aljaseem et ses collègues (2001) ont quant à eux montré que les diabétiques oubliant significativement plus de prendre leurs médicaments étaient ceux qui présentaient le plus de complications du diabète.

1.5.2.4 Hospitalisations

Les recherches récentes indiquant si le nombre d'hospitalisations est lié ou non à des problèmes d'adhésion sont peu nombreuses. En fait, seule celle de Lau et Nau (2004) a été recensée. Cette étude porte en effet sur *l'adhésion à la médication antidiabétique orale* telle qu'évaluée auprès de 900 patients diabétiques de type 2 selon qu'ils aient été admis à l'hôpital pour cause de problèmes liés au diabète ou de problèmes cardiovasculaires. Leurs résultats indiquent que les participants n'adhérant pas à la médication antihyperglycémiante au moins à 80% dans l'année précédente étaient plus à risque dans l'année suivante d'être hospitalisés. De sorte que des problèmes d'adhésion à la médication pourraient expliquer des hospitalisations ultérieures.

1.5.2.5 Recommandations

Tel que discuté précédemment, il appert que le seul fait de recevoir une recommandation ne favoriserait pas l'adhésion au traitement. Selon un sondage, réalisé aux États-Unis auprès de 26 878 personnes dont 1972 diabétiques de type 2, les niveaux d'adhésion à *l'activité physique* ne sont pas influencés par le fait que les diabétiques aient reçu des recommandations à ce sujet (Morrato, Ghushchyan, Hill, Sullivan, & Wyatt, 2006). Néanmoins, Skelly et ses collègues (2005) ont trouvé que *l'autocontrôle des glycémies* est plus fréquent s'il a été recommandé et lorsqu'il y a eu de l'enseignement à ce sujet.

Pour cette raison, plusieurs études indiquent que différentes interventions combinées sont nécessaires plutôt qu'une seule (ex. : soins conventionnels, enseignement, informations, rappels, renforçateurs, thérapie familiale, counseling, entrevue motivationnelle, thérapie nutritionnelle) afin de favoriser l'adhésion à la *médication* et à la *diète* (McDonald, Garg, & Haynes, 2002; VanWormer & Boucher, 2004). Divers programmes et types de consultation se sont avérés favoriser modérément voire même significativement l'adhésion à *l'activité physique* chez les diabétiques de type 2 selon plusieurs essais randomisés (Keyserling et al., 2002; King et al., 2006; Kirk, Macintyre, Mutrie, & Fischer, 2003). D'autres études sont nécessaires afin de conclure à l'influence efficace d'une ou plusieurs de ces méthodes dans l'amélioration de l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins chez les patients diabétiques de type 2 (VanWormer & Boucher, 2004).

1.5.2.6 Complexité du traitement médicamenteux

L'adhésion à la *médication antidiabétique orale* implique une planification et organisation constante requérant de la vigilance et de la discipline ce qui signifie que les diabétiques ne peuvent pas prendre congé vis-à-vis du traitement médicamenteux (Hayes,

Bowman, Monahan, Marrero, & McHorney, 2006). Il est évident, dans ces conditions, qu'un traitement médicamenteux plus complexe soit lié à des niveaux plus faibles d'adhésion à la médication. Partant de ce fait, Venturini et ses collègues (1999) ont étudié l'adhésion à la médication antidiabétique orale chez 786 patients atteints de diabète de type 2. Leurs résultats ont démontré que les participants les plus adhérents étaient ceux ayant le traitement médicamenteux le moins complexe (nombre de médicaments pour le diabète, autres médicaments concurrents et fréquence dictée par la posologie) (Venturini et al., 1999). D'autres auteurs soulignent que plus le nombre de doses augmentent moins la personne est susceptible d'adhérer à la prise de médication orale (Dey, Blonde, & Guthrie, 2000; Rubin, 2005). Rubin (2005) précise que l'adhésion à une polythérapie est 10% à 20% plus faible que l'adhésion à une monothérapie.

En revanche, d'autres auteurs ne rapportent aucune association entre le nombre prescrit de médicaments et l'adhésion à la prise de ces médicaments ce qui laisse penser que d'autres facteurs influencent davantage ce type d'adhésion (Grant et al., 2003; McCabe, 2003). Entre autres, le manque de confiance dans les effets bénéfiques des médicaments et la perception d'autres obstacles aux traitements prédiraient plutôt l'adhésion non optimale à la médication (Grant et al., 2003; McCabe, 2003).

1.5.3 Facteurs reliés à l'individu et adhésion ou autogestion

Plusieurs recherches examinent les fluctuations de l'adhésion et de l'autogestion selon les facteurs propres à l'individu, soit les stratégies de coping, les croyances de santé, le lieu de contrôle de santé et le style d'attachement. Dans un effort d'améliorer l'adhésion et l'autogestion, il est important de mieux identifier lesquels, parmi les quatre facteurs qui appartiennent à l'individu, en sont les prédicteurs.

1.5.3.1 Coping

Depuis plus de quinze ans, des recherches en diabète ont examiné l'influence des stratégies de coping sur l'adhésion au traitement (Peyrot, McMurry, & Kruger, 1999; Surwit, Schneider, & Feinglos, 1992). Toutefois, il y a peu de publications récentes sur le sujet auprès d'échantillons d'adultes diabétiques de type 2 (Kutz, 1999). Qui plus est dans les dernières années, les études n'ont pas ciblé l'adhésion comme variable à prédire, mais se sont plutôt attardées au contrôle métabolique qui en serait une variable associée (Graue, Wentzel-Larsen, Bru, Hanestad, & Søvnik, 2004; Greening, Stoppelbein, & Reeves, 2006; Seiffge-Krenke & Stemmler, 2003). Selon ces recherches, les stratégies de coping qui ont suscité de l'intérêt sont celles axées sur les émotions, dont l'évitement et le désengagement comportemental, et celles axées sur le problème, dont principalement la résolution de problème et le coping actif. Cela étant dit, il semble qu'utiliser davantage le *coping évitant ou désengagé* puisse être associé à des problèmes *d'adhésion globale* et, plus spécifique, au *plan alimentaire* chez les diabétiques de type 2 (Ahlgren et al., 2004; Karkashian, 2004; Kutz, 1999). Selon l'étude de Karkashian (2004), menée auprès de 123 adultes diabétiques de type 1 et 2, les différentes stratégies de coping axées sur les émotions se sont avérées être des variables modératrices significatives des effets du stress dans la relation entre le stress et l'adhésion (mesures d'adhésion globale et d'adhésion à la diète). Ces résultats indiquent que plus on utilise les stratégies axées sur les émotions plus le stress vécu contribue à des problèmes d'adhésion. Des problèmes d'adhésion au plan alimentaire sont associés significativement aux stratégies axées sur les émotions suivantes dans l'étude d'Ahlgren et ses collègues (2004) : avoir des rages de sucre, choisir des produits en teneur élevé en lipides pour se récompenser et manger sur l'impulsion sans aucune planification d'horaire. D'ailleurs, au plan qualitatif, des femmes diabétiques de type 2 révèlent que les tricheries et les tentations de nature alimentaire sont très fréquentes : « La nourriture m'appelle... Je sais que je ne serai pas capable de résister. » (Whittemore, Chase, Mandle, & Roy, 2002, traduction libre p. 22).

Seulement, il faut demeurer prudent quant à l'état actuel des connaissances sur les stratégies dites dysfonctionnelles et leur influence sur l'adhésion, des facteurs culturels pouvant possiblement entrer en jeu. Effectivement, une étude prospective japonaise auprès de diabétiques de type 2, quant à elle, n'a pas trouvé de relation entre le style de coping axé sur l'émotion et *l'autogestion des différentes activités de traitement* (Nakahara et al., 2006).

D'autres études, bien que *non spécifiques aux diabétiques*, explorent l'influence négative du coping évitant ou axé sur les émotions, mais cette fois sur *l'activité physique*, la qualité de vie et la détresse psychologique. L'autogestion de l'activité physique serait affectée négativement lorsque des adultes dans la population générale utilisent des stratégies de coping évitantes et passives (Wijndaele et al., 2007). Outre les stratégies de coping axées sur les émotions, certaines stratégies dites axées sur le problème revêtent également une grande importance dans les études examinant les comportements des adultes diabétiques. Ces stratégies se divisent en trois : la *résolution de problèmes*, le *coping actif* ainsi que *l'acceptation*.

En premier lieu, plusieurs études trouvent une corrélation entre de meilleures habiletés de *résolution de problèmes* et l'adhésion à la *médication*, à la *diète* et à *l'activité physique*. Des données prospectives ont révélé que les stratégies de résolution de problèmes sont des prédicteurs significatifs et indépendants d'adhésion à la diète et d'autogestion de l'activité physique (Toobert & Glasgow, 1991). Selon Hill-Briggs (2003), la résolution de problèmes est efficace pour reconnaître et surmonter les obstacles personnels, environnementaux, sociaux et liés aux connaissances sur le diabète qui empêchent d'adhérer au traitement.

En second lieu, les stratégies de *coping actif* seraient aussi favorables à une meilleure adhésion *globale* (Edwards, 1998), à la *diète* (Ahlgren et al., 2004) et à *l'activité physique* (Wijndaele et al., 2007). Edwards (1998) s'est penché sur l'adhésion globale au traitement dans le cadre d'une étude transversale auprès de 181 diabétiques (40% d'entre

eux sont de diabète de type 2 et insulinotraités). Les résultats révèlent que les stratégies de coping actif sont corrélées significativement à l'adhésion globale autorapportée dans cette étude. Ce type de stratégie ne prédit toutefois pas directement l'adhésion globale, mais est impliqué en tant que médiateur de la relation entre la conscience d'être diabétique et l'adhésion au traitement. Selon l'étude de Ahlgren et ses collègues (2004) auprès de 349 patients diabétiques de type 2, l'adhésion à l'alimentation est associée significativement aux stratégies actives suivantes : faire des changements dans les habitudes alimentaires, apprendre sur l'alimentation et expérimenter divers plats, acheter et apprendre à aimer des produits sans sucre. En outre, les individus les plus sportifs mettent de l'avant des stratégies de *coping actif* (Wijndaele et al., 2007).

En troisième lieu, la stratégie de coping « *acceptation* » est associée surtout à un meilleur contrôle glycémique en agissant sur le stress et les comportements, le lien avec l'adhésion en tant que tel n'ayant pas été proprement étudié. La thèse de Gregg (2004) met en lumière des différences au niveau du contrôle glycémique chez 81 diabétiques de type 2 selon qu'ils ont suivi ou non une thérapie axée sur l'acceptation et l'engagement (*Acceptation and Commitment Therapy*). Les résultats montrent que la thérapie diminue significativement le taux d'A1c au post-test et qu'en plus des améliorations au niveau des pensées et émotions reliées à l'acceptation sont observées. En effet, l'acceptation du diabète est une stratégie de coping qui exige la réconciliation avec les émotions que le diagnostic fait naître : peur d'être en mauvaise santé, de devoir s'injecter de l'insuline, des complications, de la mort, etc. (Whittemore et al., 2002).

1.5.3.2 Croyances de santé

De nombreuses études ont tenté, depuis plus de vingt ans, de cerner l'importance des croyances de santé pour prédire l'adhésion au traitement ou l'autogestion du diabète de type 2 (Bradley, Brewin, Gamsu, & Moses, 1984; Christensen, Moran, & Wiebe, 1999; Glasgow, 1997; Kurtz, 1990).

Jusqu'à présent, bien des études ont exploré le rôle des croyances de *gravité* de la maladie et de ses complications et le rôle de la perception d'*obstacles* pour mettre en place le traitement. Selon la recension des écrits faite par Kurtz (1990), ce serait la *gravité perçue* en tant que prédicteur de *l'adhésion globale* au traitement qui recevrait le plus d'appuis empiriques. Polly (1992) dans son étude auprès de 102 adultes atteints de diabète de type 2, âgés en moyenne de 70 ans, a trouvé de son côté que la perception d'*obstacles* au traitement était associée à des problèmes d'adhésion au traitement alors que la perception de *gravité* des complications du diabète était plutôt liée à un pauvre contrôle glycémique. De même, le meilleur prédicteur de l'adhésion globale selon Harris, Linn, Skyler et Sandifer (1987) est l'absence d'*obstacles* psychologiques. D'ailleurs, la méta-analyse de Harrison, Mullen et Green (1992) portant sur les quatre croyances de santé montre que les croyances à propos des *obstacles perçus* et des *bénéfices* présentaient des relations significativement plus fortes avec les comportements de santé dans les études rétrospectives. Par contre, selon eux, les résultats obtenus dans les études prospectives accordaient plus de poids aux croyances de *gravité* pour expliquer les comportements de santé. Malgré plusieurs études démontrant l'importance des croyances de *gravité* et d'*obstacles perçus*, soulignons que les résultats demeurent variables.

Outre la méta-analyse de Harrison et ses collègues (1992), Rubin (2005) affirme également que les individus diabétiques de type 2 sont plus susceptibles d'adhérer au *traitement médicamenteux* lorsqu'ils croient que prendre un médicament sera *bénéfique* pour diminuer leur glycémie. La *vulnérabilité* perçue explique 5% de plus de variance de l'adhésion globale, après contrôle de la croyance aux obstacles perçus selon Harris et ses collègues (1987). En conséquence, les croyances quant aux bénéfices et à la vulnérabilité demeurent des prédicteurs significatifs d'adhésion dans certaines études.

Parmi les chercheurs ayant testé récemment les quatre principales croyances de santé liées au diabète, nous retrouvons Daniel et Messer (2002), Heapy (2003) et Plante (1998). En premier lieu, Daniel et Messer (2002) ont étudié de manière longitudinale 34

adultes diabétiques volontaires, nouvellement diagnostiqués, provenant d'une population Autochtone en Colombie-Britannique dont 17 ont complété les mesures au temps 2. Leurs résultats indiquent que seules les croyances en la *gravité* des complications du diabète et en la présence d'une perception de peu d'*obstacles* permettaient de prédire une réduction significative du taux d'A1c. *L'activité physique et l'autogestion de l'alimentation n'étaient pas associées aux croyances de santé.* Daniel et Messer (2002) affirment donc que le modèle des croyances de santé est plus efficace pour prédire le taux d'A1c. Il est possible que certaines croyances ne soient prédictives que plusieurs années après le diagnostic au moment de constater l'apparition ou non des complications (Harrison et al., 1992).

En deuxième lieu, la thèse de Heapy (2003) étudie chez 81 patients diabétiques de type 1 et 2 les mesures rétrospectives d'adhésion rapportées pour différentes composantes du traitement (*exercice, alimentation, tests de glycémie et médication*). Les résultats de cette thèse montrent que seule l'adhésion aux tests de glycémie est prédite par la croyance de *vulnérabilité*, aucune autre croyance de santé n'étant prédicteur de l'adhésion.

En troisième lieu, l'étude de Plante (1998), réalisée auprès de 231 adultes diabétiques provenant de six régions du Québec (70% est atteint de diabète de type 2), a analysé l'influence des croyances de santé sur l'autogestion des soins. Les croyances de *vulnérabilité*, de *gravité* des complications et de *bénéfices* du traitement ont été fortement associées à l'observance de la *diète*, de *l'activité physique*, de la *médication* et des *tests de glycémie*. Par ailleurs, les *obstacles perçus* n'ont pas été associés aux différentes mesures d'observance. Dans son étude, Plante (1998) distingue une dimension de croyance et de crainte : les craintes de vulnérabilité et des conséquences graves étaient nécessaires selon la chercheuse pour influencer l'observance. Dietrich (1996) allait dans le même sens dans son étude qualitative notamment en ce qui a trait à la gravité perçue. En effet, sept adultes diabétiques révèlent que leur observance au traitement aurait augmenté lorsque les complications sont apparues. Des problèmes à percevoir le diabète de type 2 comme une

condition dont les complications sont graves étaient associés à de faibles niveaux d'observance au traitement.

Finalement, dans le courant de la recherche sur les croyances de santé, la croyance la plus étudiée seule, à l'exclusion des autres, demeure la croyance aux *obstacles perçus* face au traitement. La méta-analyse de Harrison et ses collègues (1992) en souligne l'importance. Les études portant sur les obstacles perçus démontrent que la perception de peu d'obstacles est associée à l'adhésion aux recommandations qui concernent la *diète* (Flores, 2004), dont la diminution des comportements d'hyperphagie (Aljaseem et al., 2001), l'*exercice* (Flores, 2004), notamment la marche (Aljaseem et al., 2001), et la *médication* (Flores, 2004; McCabe, 2003). Les principaux obstacles à *l'adhésion à un plan alimentaire* et à *l'activité physique*, perçus à la fois par les patients et leurs soignants, sont la difficulté à maintenir le plan alimentaire en dehors de la maison, la tendance à préférer des aliments qui ne sont pas intégrés dans le plan alimentaire, à ne pas considérer l'activité physique comme étant prioritaire et la mauvaise température limitant les activités extérieures (Shultz, Sprague, Branen, & Lambeth, 2001).

Bien que les croyances de santé soient bien connues et décrites dans les études récentes, il n'y a pas encore de preuves suffisantes que le modèle de croyances de santé possède une réelle valeur prédictive de l'adhésion et de l'autogestion (Daniel & Messer, 2002; Harrison et al., 1992). D'une part, les études ne s'entendent pas sur les croyances qui sont les meilleurs prédicteurs en raison des variations de résultats d'une étude à l'autre. D'autre part, l'ensemble des croyances de santé n'est pas toujours pris en compte, les croyances étant examinées individuellement. Il semble pertinent de ne pas restreindre la recherche à l'examen d'une seule croyance de santé (Harrison et al., 1992) et de poursuivre la recherche étant donné certains résultats contradictoires concernant leur valeur prédictive.

1.5.3.3 Lieu de contrôle de santé

Le lieu de contrôle de santé spécifique au diabète a fait l'objet d'études visant à prédire l'adhésion et l'autogestion (Bradley et al., 1984; Christensen et al., 1999; Glasgow, 1997).

Ce concept, avec la notion de contrôle qu'il comprend, est au cœur de la réalité clinique quotidienne chez les personnes diabétiques. Rappelons tout d'abord que le langage commun utilisé tous les jours par les personnes diabétiques est marqué par la notion de « contrôle » (Broom & Whittaker, 2004). Le contrôle à atteindre vise non seulement la médication et la glycémie, mais l'ensemble des habitudes de vie. Savoir à qui on attribue le contrôle ou la responsabilité du diabète et son traitement est également central dans le discours relié à la gestion de cette maladie.

Les études investiguant le lien entre le lieu de contrôle de santé et l'adhésion obtiennent des résultats divergents. Plusieurs études reconnaissent que de meilleurs niveaux *d'adhésion globale* (Wallston, 2005) et *d'activité physique* (Menec & Chipperfield, 1997) sont prédits par le lieu de contrôle de santé *interne*. Toutefois, Tillotson et Smith (1996) révèlent que plus le lieu de contrôle interne est élevé moins le patient adhère à une *perte de poids*. Pour comprendre ces résultats contradictoires, les auteurs posent l'hypothèse qu'une augmentation du blâme envers soi-même, en présence d'un lieu de contrôle interne élevé, peut amener le patient à se critiquer davantage face à des échecs et à ne pas poursuivre le traitement.

Même si le lieu de contrôle interne est reconnu comme étant lié à l'adhésion et à l'autogestion, un lieu de contrôle externe élevé attribué aux médecins prédit une meilleure autogestion (*tests de glycémie, médication, alimentation, activité physique*) selon Wu, Tang et Kwok (2004). Les diabétiques ont tendance à externaliser la responsabilité de leur santé aux médecins et au système de la santé étant donné qu'ils vivent insécurité et crainte face à

l'inconnu de l'évolution de la maladie (Gillibrand & Flynn, 2001). Ces résultats peuvent néanmoins être influencés par des aspects culturels et des biais d'échantillonnage. La prédiction du contrôle de la glycémie, une variable associée à l'adhésion, serait aussi tributaire du lieu de contrôle de santé. Les études récentes indiquent qu'un haut degré de lieu de contrôle *interne*, un niveau élevé de lieu de contrôle *externe attribué aux médecins* et un faible niveau de lieu de contrôle *externe attribué au hasard* sont associés significativement à de meilleurs taux de glycémie (O'Hea et al., 2005). Toutefois, le lieu de contrôle de santé, externe ou interne, en association avec le contrôle glycémique s'est avéré non significatif selon plusieurs études (Eckleberry, 2000; Hutton, 2002). Selon Eckleberry, l'absence de résultat s'explique par le rôle médiateur de la valeur accordée à la santé et de la qualité de vie sur le lien entre le lieu de contrôle et le taux d'A1c. Il faut poursuivre les études dans ce domaine, et plus particulièrement en utilisant des mesures d'adhésion et d'autogestion, pour mieux connaître l'influence du lieu de contrôle de santé.

1.5.3.4 Attachement

Dans les six dernières années, les premières études ont été réalisées auprès de personnes diabétiques, essentiellement de type 1, concernant le lien entre le style d'attachement et l'adhésion au traitement ou l'autogestion des soins (Ciechanowski et al., 2004; Ciechanowski et al., 2001; Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002; Thompson & Ciechanowski, 2003; Turan et al., 2003). Ces auteurs considèrent que le style d'attachement est un facteur stable associé au contexte de la relation soignant-soigné et de la consultation médicale.

Ciechanowski et ses collègues (2001) ont étudié de manière transversale un échantillon de 367 patients diabétiques de type 1 (3.8%) et 2 (96.2%) provenant de deux milieux cliniques du *Group of Health Cooperative* (Seattle, Washington). Les auteurs ont découvert que les personnes ayant un style d'attachement *évitant*, comparativement à un style d'attachement anxieux-ambivalent, indifférencié ou sécure, rapportent une autogestion

des *tests de glycémie* et de la *médication* plus faible d'autant plus si ces personnes évaluent la communication soignant-soigné comme étant pauvre. Ces auteurs croient que le style d'attachement est un trait plus stable chez l'individu que les niveaux d'autogestion. L'attachement est alors plus susceptible d'influencer l'autogestion que l'inverse, bien qu'une relation causale ne peut être établie.

Une autre étude a été effectuée par Ciechanowski et ses collègues (2002) à partir d'un échantillon de 701 femmes, recrutées à la suite d'envois postaux, utilisant les services de santé mentale et médicale du *Group of Health Cooperation*. Les résultats ont montré que les femmes ayant un style d'attachement *évitant* sont moins susceptibles d'avoir *recours aux services de santé* que celles dont le style d'attachement est anxieux-ambivalent.

Turan et ses collègues (2003) dans une étude réalisée en Turquie auprès de 94 patients diabétiques de type 1, ont montré que le style d'attachement *évitant* est associé à une pauvre adhésion aux *tests de glycémies* et aux *injections d'insuline*. De plus, selon ces chercheurs, une personne ayant un style d'attachement évitant est plus susceptible d'utiliser des stratégies de coping d'évitement et de résignation menant à des problèmes d'adhésion.

Les résultats d'une troisième étude de Ciechanowski et ses collègues (2004), cette fois réalisée auprès de 4095 patients diabétiques de type 1, indiquent que le style d'attachement *évitant* (plus présent chez les hommes que chez les femmes) est associé de manière significative à des niveaux plus bas d'autogestion de *l'activité physique*, des *soins des pieds*, de la *diète* et de la *médication* ainsi qu'à des niveaux plus élevés de consommation de tabac. Ces résultats sont médiatisés par la relation soignant-soigné. Les patients ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent, en s'appuyant davantage sur les autres, sont moins susceptibles d'avoir un taux d'A1c plus élevé que 8% et ce, même comparativement aux patients ayant un style d'attachement sécuritaire.

En définitive, ces études, bien qu'elles concernent pour la plupart des diabétiques de type 1, sont les premières à démontrer que le style d'attachement *évitant* est plus susceptible d'être associé à des problèmes d'autogestion de la médication, des tests de glycémie, de la diète, de l'activité physique et des soins des pieds. Il est donc intéressant d'étudier l'influence du style d'attachement sur l'adhésion et l'autogestion des diabétiques de type 2.

1.5.4 Facteurs reliés à l'entourage et adhésion ou autogestion

1.5.4.1 Soutien social

Depuis plus de 25 ans, plusieurs recherches ont démontré de façon assez convaincante les bienfaits du soutien social, chez les individus diabétiques de type 2 (Gallant, 2003). Le *soutien social perçu*, pour faire face à la maladie, a fait l'objet de plusieurs études et favoriserait l'adhésion ou l'autogestion (Kutz, 1999; MacLean & Lo, 1998). Carter-Edwards, Skelly, Cagle et Appel (2004) ont interrogé 12 femmes africaines-américaines diabétiques de type 2 sur le soutien social qu'elles reçoivent et comment elles perçoivent ce soutien. Selon cette étude, le soutien social provient surtout de la famille (époux, enfants), mais aussi des amis et des soignants. Les participantes croient que leur entourage se soucie vraiment d'elles et tente de les aider, mais apporte concrètement peu de soutien instrumental et émotionnel. Selon elles, non seulement la quantité est à considérer, mais aussi la qualité du soutien.

L'étude qualitative de Trief et ses collègues (2003) a permis aux diabétiques d'identifier les comportements dans la famille ou le couple qu'ils considèrent bénéfiques ou néfastes (plus en termes de fonctions du réseau). Tout d'abord, l'aide au contrôle diététique, à une dimension spécifique du traitement, au rappel des tâches de traitement et au niveau relationnel sont perçus positivement. Au contraire, le harcèlement au sujet du traitement, des problèmes reliés à la gestion de la diète et à la communication sont

nuisibles. Ces résultats indiquent qu'il est important pour la personne diabétique de se sentir indépendante et que l'entourage est préoccupé par les complications qui pourraient affecter la personne diabétique et tente, parfois de façon inefficace, de l'en protéger. Bien que ces fonctions du réseau ne soient pas examinées dans notre étude, ces résultats montrent bien l'importance de l'évaluation de la satisfaction du soutien obtenu par les patients diabétiques.

Les niveaux d'adhésion *globale* et d'adhésion à la *diète* sont améliorés par un meilleur soutien social puisque celui-ci limite les effets du stress (Gallant, 2003; Karkashian, 2004). Le soutien familial actif a même des effets positifs sur le contrôle de glycémie (Epple, Wright, Joish, & Bauer, 2003) ce qui laisse penser qu'il influence positivement les stratégies de gestion du stress et les *comportements alimentaires*.

L'*activité physique* est aussi favorisée par les encouragements, le soutien des amis et de la famille, et dans ce dernier cas surtout l'élément de cohésion familiale (Chesla et al., 2004; Marrero, 2005). De plus, la pratique de l'activité physique est importante, car elle procure des bénéfices sociaux en augmentant les interactions avec la famille et les amis et en favorisant la participation à des activités communautaires en plus d'engendrer plusieurs bienfaits physiques et psychologiques (Marrero, 2005). Wijndaele et ses collègues (2007) ont aussi montré que les activités sportives sont reliées à un agrandissement du réseau social.

D'autres chercheurs ont trouvé une relation significative du soutien social avec l'adhésion à la *diète* et à l'*activité physique*. Des niveaux élevés de soutien familial, conjugal et social sont liés à de meilleurs niveaux d'adhésion à l'activité physique et au plan alimentaire (Chesla et al., 2004; Trief, Ploutz-Snyder, Britton, & Weinstock, 2004; Wen, Shepherd, & Parchman, 2004; Skarbeb, 2006).

Toutefois, des recherches, dont certaines ont eu recours au questionnaire de soutien social (SSQ) de Sarason, Sarason et ses collègues (1987), portant sur des diabétiques de

type 2, n'ont pas trouvé de relation significative entre le soutien social *perçu* et *l'adhésion globale et l'autogestion de plusieurs activités de traitement* (Chlebowy & Garvin, 2006; Kutz, 1999; Nakahara et al., 2006). Pour expliquer l'absence de lien direct significatif, les auteurs affirment que cette relation est médiatisée par les stratégies de coping et le bien-être de l'individu (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg, & Bru, 2004), la dépression (Skarbek, 2006), le niveau de détresse psychologique et de satisfaction face au traitement (Murry et al., 2003; Trief, Himes, Orendorff, & Weinstock, 2001; Trief et al., 2003; Trief, Wade, Britton, & Weinstock, 2002). Ainsi, l'absence de consensus confirme la pertinence de poursuivre la recherche.

1.5.5 Facteurs reliés à la relation soignant-soigné et adhésion ou autogestion

Dans la littérature en diabète, les concepts les plus souvent utilisés pour traiter de la relation soignant-soigné sont les suivants : communication soignant-soigné, satisfaction face à la relation soignant-soigné et concordance soignant-soigné. En effet, le concept d'« influence du médecin » que nous étudions est adapté et tiré d'un modèle de consultation prescriptive en psychologie scolaire. Ce concept n'est donc pas utilisé en ces termes dans la littérature sur la relation soignant-soigné, mais réfère aux notions de *communication* et de *satisfaction*. Le concept de « concordance » est par ailleurs plus courant dans la littérature sur la relation soignant-soigné. Finalement, la « faisabilité des recommandations », examinée dans le cadre de cette étude et considérée comme une dimension importante de l'acceptation des recommandations dans le contexte de la relation soignant-soigné, a fait étonnamment l'objet d'aucune étude spécifique au diabète à notre connaissance (il est possible que ce concept renvoie plutôt à la notion de croyances d'obstacles perçus). C'est donc seulement la relation de la communication, de la satisfaction et de la concordance avec l'adhésion ou l'autogestion qui sera présentée dans cette section afin de mieux comprendre l'influence de la relation soignant-soigné.

1.5.5.1 Communication et satisfaction

La *communication soignant-soigné* est complexe puisqu'elle porte sur des questions vitales, contient une tension émotionnelle latente, s'établit de manière non volontaire et requiert une collaboration serrée entre deux partis dont les rôles sont souvent hiérarchisés (Hayes et al., 2006; Levasseur, 2004; Ong, De Haes, Hoos, & Lammes, 1995; Polonsky, 1999). L'étude qualitative de Thorne, Harris, Mahoney, Cona et McGuinness (2004), des chercheurs de Vancouver au Canada, a fait ressortir que des problèmes de communication soignant-soigné (attitude jugeante, manque d'information, de respect, d'implication et de soutien émotionnel) sont plus susceptibles d'être notés par les diabétiques de type 2 lorsque ces derniers ont un pauvre contrôle glycémique. Les soignés ont l'impression que les soignants les jugent d'emblée non adhérents sans considérer la complexité des facteurs impliqués dans l'adoption de comportements de santé ce qui peut contribuer à des problèmes de communication (Thorne et al., 2004). Il est aussi possible que les soignants préfèrent communiquer avec les patients les mieux « contrôlés » (Ciechanowski et al., 2001).

La communication soignant-soigné influence plusieurs dimensions d'autogestion des soins chez les personnes diabétiques de type 2 tels qu'évalués par le questionnaire *Summary of Diabetes Self Care Activities Measure – Revised* (SDSCA-R). Notamment, une étude longitudinale auprès de 848 patients diabétiques de type 2, a montré qu'une bonne communication soignant-soigné spécifique au diabète est associée à de meilleurs niveaux d'autogestion d'*alimentation*, d'*activité physique*, des *tests de glycémie* et de la *médication antidiabétique orale* (Aikens et al., 2005). Le modèle d'équation structurale de Maddigan et ses collègues (2005), formulé à partir des données fournies par 372 diabétiques de type 2 en milieu rural en Alberta, démontre que la communication est directement reliée à l'adhésion à l'*activité physique* et à l'adhésion au *plan alimentaire*. Deux types de communication soignant-soigné (communication spécifique au diabète et communication générale), tels qu'étudiés par Piette, Schillinger, Potter et Heisler (2003),

sont corrélés positivement, chez 752 adultes diabétiques, de manière indépendante à l'autogestion de la *diète*, de *l'activité physique*, des *soins des pieds* et de la *médication*. Améliorer l'un ou l'autre des types de communication, même si l'autre type de communication demeurerait pauvre, avait également une influence positive sur ces dimensions d'autogestion.

Les études révèlent donc l'apport de la communication soignant-soigné dans l'amélioration de l'adhésion et de l'autogestion du patient. Or, il semble que cette influence soit d'autant plus importante chez certains patients. En effet, Ciechanowski et ses collègues (2001) ont exploré le lien entre la communication soignant-soigné et l'adhésion au traitement en s'intéressant au rôle du style d'attachement. Les résultats indiquent que les patients ayant un style d'attachement évitant, mais dont la communication soignant-soigné est pauvre, ont des taux d'adhésion à la *médication* et aux *tests de glycémie* significativement plus faibles. Comme, dans cette étude, la mesure est rapportée par le patient, on peut émettre l'hypothèse que la communication soignant-soigné peut être jugée par les personnes évitantes plus pauvre qu'elle ne l'est réellement puisque ces personnes sont moins susceptibles de se présenter aux rendez-vous médicaux. En effet, van Dulmena, Verhaak et Bilob (1997), chercheurs aux Pays-Bas, ont découvert que les soignants offrent du soutien émotionnel davantage après deux rencontres.

La *satisfaction face à la relation soignant-soigné* concerne à la fois le soignant et le soigné. Les soignés sont insatisfaits la plupart du temps de la courte durée de la consultation, du manque de respect, du jargon médical non accessible, de l'absence d'écoute, d'empathie ou de compétence. Les sources d'insatisfaction sont liées pour la plupart à des problèmes de communication verbale ou non verbale. Non seulement le soigné peut vivre de l'insatisfaction envers les soins ou le soignant, mais le soignant peut également être insatisfait de l'interaction qu'il a avec le soigné. Des chercheurs ontariens (Brown et al., 2002) et belges (Wens, Vermeire, Van Royen, Sabbe, & Denekens, 2005) ont étudié de façon qualitative la relation qu'entretiennent des patients avec leurs

omnipraticiens. Ces auteurs ont ciblé notamment des sources d'insatisfaction des soignants reliées aux patients : problèmes d'adhésion, manque de connaissance, difficulté à accepter le caractère chronique de la maladie ou tendance à en minimiser les impacts dans leur vie. De même, des sources d'insatisfaction reliées aux soignants sont aussi rapportées : nécessité de recourir à un encadrement multidisciplinaire pour un meilleur suivi, problèmes à évaluer le niveau réel d'adhésion des patients, problèmes organisationnels à s'assurer des visites régulières des patients diabétiques et trop grand nombre de lignes directrices rendant difficile leur propre adhésion aux pratiques basées sur les données probantes.

Malgré les sources nombreuses d'insatisfaction de part et d'autre, l'impact de cette insatisfaction ou plutôt l'association entre la satisfaction face à la relation soignant-soigné et l'adhésion au traitement est peu connue. Des études transversales, menées auprès d'adultes diabétiques de type 2, ont montré une relation positive entre la satisfaction face à la relation soignant-soigné et l'adhésion *globale* au traitement (Kutz, 1999), *l'intention* d'adhérer aux recommandations médicales (Thomas, 2004; Trachtenberg, Dugan, & Hall, 2005), et une relation négative avec l'évitement de la *consultation médicale* et le fait de *retarder les soins* (Blanchard & Lurie, 2004; Moore et al., 2004).

De façon plus spécifique, Kutz (1999) a exploré la relation soignant-soigné chez 92 adultes diabétiques de type 2 provenant de deux cliniques externes d'endocrinologie en Pennsylvanie. Lorsque les participants sont satisfaits des aspects interpersonnels des soins qui leur sont prodigués, il y a une influence favorable sur *l'adhésion globale*. Les participants de la recherche de Thomas (2004), soit 128 adultes atteints d'une condition médicale requérant un suivi médical et qui consultent dans une clinique de médecine familiale en Indiana, ont permis de constater que l'empathie perçue du médecin est prédictive de *l'intention d'adhérer aux recommandations* médicales. Selon l'enquête de Trachtenberg et ses collègues (2005) et les réponses des 553 participants, bien qu'une confiance envers les médecins en général soit associée à *l'intention de consulter*, la confiance en son propre médecin, quant à elle, est associée à une hausse de *l'adhésion aux*

recommandations. L'enquête de Blanchard et Lurie (2004) a été réalisée auprès de 6722 adultes à travers les États-Unis dont 1729 atteints de maladie chronique telle que le diabète. La perception d'une attitude irrespectueuse de la part du médecin est associée selon cette étude à une *tendance à retarder les soins ou à éviter de suivre une recommandation médicale* ou encore au fait de *ne pas avoir reçu les soins médicaux optimaux*. Les perceptions de manque de respect de la part du médecin étaient plus fréquentes chez les patients de sexe masculin, moins éduqués et appartenant à une minorité ethnique. Dans le même ordre d'idée, Moore et ses collègues (2004) ont questionné 1139 patients dans la région de Détroit concernant leur insatisfaction vis-à-vis leur médecin pour se rendre compte que l'insatisfaction était associée à *l'évitement de la consultation* dans les douze derniers mois. Ainsi, la satisfaction face à la relation soignant-soigné n'a pas été étudiée en lien avec les différentes dimensions plus spécifiques d'adhésion et d'autogestion contrairement aux recherches portant sur la communication soignant-soigné.

1.5.5.2 Concordance

Il en est de même pour les études portant sur la *concordance soignant-soigné*. Mais tout d'abord, d'où est né l'intérêt d'étudier la concordance soignant-soigné et son influence sur l'adhésion au traitement? La première réponse est la découverte qu'une plus grande implication du soigné dans la consultation soit associée à plus de satisfaction face aux soins de santé (Edwards & Elwyn, 2001). Cette collaboration plus active entre le soigné et le soignant concernant les recommandations de traitement implique que les soignants considèrent les soignés en tant qu'individu, avec leurs besoins, leurs préoccupations, leurs désirs et leurs attentes. Selon ces auteurs, une participation plus grande du soigné nécessite en consultation l'atteinte d'une concordance entre les buts du soigné et ceux du soignant. L'étude qualitative de Hayes et ses collègues (2006) a été effectuée à l'aide de 18 groupes de discussion constitués de 6 à 8 patients diabétiques de type 2 âgés entre 50 et 69 ans recrutés via les journaux d'Indianapolis aux États-Unis. Cette étude a permis de déterminer que le traitement considéré le meilleur, particulièrement

en ce qui a trait à la médication, se devait de correspondre aux besoins et aux préférences du soigné.

Néanmoins, ce ne sont pas tous les patients qui désirent s'impliquer dans les décisions relatives au traitement du diabète : certains préfèrent en effet que leur médecin joue un rôle paternaliste et ils suivent mieux ainsi les recommandations de traitement dans un contexte relationnel plus traditionnel (Edwards & Elwyn, 2001; McKinstry, 2000). Les patients ayant accès à de l'enseignement sur le diabète sont plus susceptibles de s'impliquer dans la consultation médicale et de la souhaiter (Golin, DiMatteo, Duan, Leake, & Gelberg, 2002). Chez les patients qui désirent plus s'impliquer, un désaccord est possiblement inévitable avec le soignant. Le désaccord devrait être considéré utile voire même nécessaire en consultation. En effet, le désaccord ne devrait surtout pas être perçu comme un signe d'échec, mais plutôt un signe qu'un processus de résolution de problèmes est en action (DiMatteo, Reiter, & Gambone, 1994). Le processus d'ajustement entre l'adulte diabétique de type 2 et le médecin traitant constitue donc un défi important dans le but d'améliorer l'adhésion au traitement (Lorig & Holman, 2003). Il consiste à soutenir les patients dans l'articulation et l'intégration de leur besoins et préférences dans la prise de décision concernant le traitement. Bref, un équilibre entre les exigences du traitement et le style de vie du soigné doit être trouvé (Whittemore et al., 2002). Les recommandations de traitement prodiguées par le médecin doivent être perçues comme acceptables et réalisables par le patient pour que ces dernières soient réellement mises en place (Freeman & Loewe, 2000; Scheel et al., 1999).

L'intérêt pour cette question est née du fait que la *concordance soignant-soigné* est perçue comme un préalable à l'adhésion aux recommandations. Elle semble liée à l'adhésion au *style de vie* (Rubin et al., 2006), à l'adhésion *globale* (Jahng, Martin, Golin, & DiMatteo, 2005) et à l'adhésion au *traitement médicamenteux* (DiMatteo et al., 1994; Rubin et al., 2006) en plus de la satisfaction face aux soins (Golin et al., 2002). L'étude DAWN indique d'ailleurs que la qualité de la collaboration soignant-soigné est prédictiveur

de l'adhésion aux recommandations liées au style de vie et au traitement médicamenteux (Rubin et al., 2006). DiMatteo et ses collègues (1994) démontrent, quant à eux, qu'une meilleure adhésion au traitement médicamenteux est plus susceptible de survenir lorsque le médecin et son patient travaillent à surmonter les désaccords. Ces auteurs révèlent que les problèmes d'adhésion à la *médication* découlent de la difficulté des médecins à impliquer le patient dans les décisions concernant son traitement. De plus, la préférence pour un type de participation du patient (collaboration active ou rôle passif), lorsqu'elle est similaire entre le patient et le médecin, est associée à un meilleur niveau *d'adhésion globale* (Jahng et al., 2005). Ces résultats ont été obtenus dans une étude américaine, contrôlée et randomisée, auprès de deux groupes de patients dont le premier comprend 74 patients ayant peu de problèmes de santé et le deuxième, 193 qui sont diabétiques de type 2. En outre, les problèmes de concordance sont plus susceptibles d'affecter la satisfaction du patient envers le médecin. Golin et ses collègues (2002) ont trouvé que lorsque le soignant les incite davantage à participer à la prise de décision de traitement, les participants (198 diabétiques de type 2) se montrent plus *satisfaits* des soins. Les auteurs (Golin et al., 2002) notent également que la sollicitation de la participation du patient par le médecin est prédicteur de la satisfaction chez les femmes soignées, mais non chez les hommes. Le désir de participer est plutôt ce qui prédit chez les hommes la satisfaction à propos de la visite médicale. Ceci dit, le lien entre la satisfaction envers les soins et l'adhésion au traitement n'a pas été étudié dans le cadre de cette étude. Toutefois, le fait que la satisfaction face aux soins soit influencée par la concordance peut être l'indication d'un effet indirect de la concordance sur l'adhésion aux recommandations, la satisfaction concernant la relation soignant-soigné ayant été montrée liée à l'adhésion globale et à l'intention d'adhérer.

L'étude DAWN ajoute des précisions importantes concernant la collaboration soignant-soigné (Peyrot, Rubin, Lauritzen, et al., 2006). En effet, des différences culturelles entre les pays existent au niveau de la qualité de la collaboration entre le soignant et le soigné selon cette étude. Parmi les 11 pays examinés, les pays où sont rapportés les niveaux de qualité de collaboration les plus élevés sont l'Australie et la France alors que les

niveaux les plus bas se retrouvent au Japon, en Pologne et aux Pays-Bas. Les États-Unis et l'Angleterre obtiennent des niveaux intermédiaires en termes de qualité de collaboration soignant-soigné. Des aspects culturels inhérents aux rapports soignant-soigné affecteraient donc la collaboration entre le médecin et le patient.

En résumé, la relation soignant-soigné représente un soutien social important pour l'individu atteint de diabète de type 2 et permet, de plus, un échange d'informations requis pour une meilleure gestion du traitement (Alazri & Neal, 2003; Karlsen, Idsoe, Hanestad et al., 2004; Kutz, 1999). Nous constatons que malgré les recherches réalisées dans le domaine et un intérêt croissant pour l'exploration de la relation soignant-soigné, ses liens avec l'adhésion au traitement ou l'autogestion des soins ne sont pas clairement établis. Pour prodiguer des recommandations médicales susceptibles d'être acceptées par les soignés, les soignants doivent mieux comprendre les aspects liés à la communication, à la satisfaction et à la concordance dans le contexte de la relation soignant-soigné. Toutefois, des recherches en diabète sur l'évaluation de la faisabilité des recommandations par les patients devront être menées afin de mieux étudier toutes les dimensions de l'acceptation des recommandations telles que conçues par Scheel et ses collègues (1999) et ses influences sur l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins.

1.6 Pertinence de l'étude

La présente thèse s'intéresse à un échantillon tiré de la population québécoise francophone, plus particulièrement dans un milieu clinique de Montréal. Il y a trois études québécoises récentes qui, à notre connaissance, ont examiné le lien entre les facteurs psychosociaux et l'adhésion au traitement du diabète dans la population québécoise (Jeanson, 2000; Paré, 1997; Plante, 1998). Nous présentons d'abord brièvement chacun de ces travaux.

Parmi ces études, nous retrouvons la thèse de Paré (1997) qui explore l'impact sur l'adhésion au plan alimentaire d'une intervention portant, entre autres, sur le sentiment d'efficacité personnelle et le style d'attribution. Cette recherche en psychologie de la santé a été réalisée auprès de diabétiques de type 2 recrutés à l'hôpital de la Cité de la Santé de Laval.

Le mémoire de maîtrise en sciences infirmières de Plante (1998) est la deuxième étude recensée. Sa recherche porte sur l'influence des croyances de santé, du sentiment d'efficacité personnelle et de l'attribution causale sur l'observance à la diète alimentaire, aux exercices physiques, aux tests glycémiques capillaires et à la médication hypoglycémiante (hypoglycémiants oraux ou insuline). L'étude de Plante (1998) s'est faite auprès de diabétiques de type 1 ou 2 recrutés dans différentes régions du Québec par l'entremise des associations de personnes diabétiques.

La troisième étude recensée a été réalisée par Jeanson (2000). Dans sa thèse de psychologie, la chercheuse a étudié les contributions du sentiment d'efficacité personnelle et de l'autodétermination à l'observance globale et au plan alimentaire et à la satisfaction de vie. Les participants à cette étude sont des patients diabétiques de type 1 ou 2 recrutés par le biais du magazine « Plein Soleil » de Diabète Québec.

En comparaison avec ces recherches, la présente thèse présente trois spécificités qui en justifie la pertinence : (a) type de diabète sous étude, (b) facteurs psychosociaux abordés et (c) manière d'aborder l'adhésion et l'autogestion.

En premier lieu, notre échantillon est exclusivement constitué de personnes atteintes de diabète de type 2. Parmi les trois études québécoises sur le sujet que nous avons recensées, deux d'entre elles ont été menées auprès d'échantillons de diabétiques de type 1 et 2 (Jeanson, 2000; Plante, 1998). Seule une étude, celle de Paré (1997), s'est intéressée plus particulièrement aux diabétiques de type 2. Il est important de mieux comprendre les

enjeux spécifiques au diabète de type 2 compte tenu des différences avec le diabète de type 1 notamment quant à l'âge d'apparition de la maladie et au type de traitement.

De plus, la présente étude se penche sur des concepts cognitifs individuels moins étudiés tels que les croyances de santé, les stratégies de coping, le lieu de contrôle de santé, excluant le sentiment d'efficacité personnelle qui a été reconnu comme important pour prédire l'adhésion par Paré (1997), Plante (1998) et Jeanson (2000). En outre, parmi les facteurs individuels, nous ne nous penchons pas uniquement sur la dimension cognitive, mais nous incluons également une dimension affective en examinant le style d'attachement du soigné. Étant donné que plusieurs études se sont limitées aux facteurs individuels, il est également pertinent d'explorer des facteurs relatifs non seulement à l'individu, mais également à l'entourage (soutien social perçu et satisfaction face au soutien) et à la relation entre le soignant et le soigné (influence perçue du médecin traitant, faisabilité perçue des recommandations et concordance entre le soignant et le soigné) pour expliquer et prédire l'adhésion et l'autogestion. Plus précisément, nous tentons de déterminer la variance expliquée de l'adhésion au traitement et de l'autogestion des soins par chaque catégorie de facteurs psychosociaux (reliées à l'individu, à l'entourage, à la relation soignant-soigné). Nous adoptons alors une approche holistique visant à épouser une meilleure vue d'ensemble.

Le grand nombre de variables qu'impose cette vue d'ensemble implique d'adopter une approche exploratoire. Le but n'est pas de comparer différentes théories entre elles ou d'en créer une nouvelle, mais plutôt d'adopter un point de vue « rassembleur » de ces théories pour obtenir un portrait plus complet de la réalité vécue par les personnes atteintes de diabète de type 2. La présente thèse propose de considérer ensemble toutes ces variables avant de choisir, pour études ultérieures, celles qui gagnent le plus à être étudiées et de quelle façon, selon les intérêts des chercheurs.

La pertinence de la présente recherche s'appuie également sur le fait qu'elle étudie l'autogestion de plus d'une dimension du traitement (ex. : alimentation générale,

alimentation spécifique, activité physique, autocontrôle de la glycémie, prise de la médication, soins des pieds) en ne se limitant pas à une seule. Nous concevons l'autogestion comme un concept multidimensionnel. Les trois études québécoises sur le sujet ont ciblé jusqu'à présent l'adhésion au plan alimentaire (Jeanson, 2000; Paré, 1997) et une seule étude a ciblé l'autogestion de quatre activités de traitement (Plante, 1998). Aucune de ces études ne s'est penchée sur l'autogestion des soins des pieds, une dimension pourtant importante du traitement chez les personnes diabétiques. La présente étude traite de ce type spécifique de comportement de santé. De plus, nous utilisons à la fois des mesures d'autogestion de plusieurs dimensions du traitement, mais également des mesures générales d'adhésion également conçues de manière multidimensionnelle (adhésion au style de vie/monitoring, adhésion au traitement dit médicamenteux et adhésion globale). Jeanson a d'ailleurs étudié l'observance globale. Cela nous permettra d'explorer les facteurs psychosociaux qui seront prédicteurs des mesures autorapportées d'adhésion plus générales versus des mesures spécifiques d'autogestion. Finalement, la présente étude a le mérite de s'intéresser à l'*adhésion* et à l'*autogestion* plutôt qu'à l'*observance* au traitement.

En résumé, la pertinence de l'étude repose sur la possibilité d'approfondir les connaissances relatives exclusivement aux patients diabétiques de type 2 à partir d'un échantillon québécois francophone dans le contexte où il y a peu d'études qui ont été réalisées auprès de cette population. De plus, la présente étude adopte une approche globale permettant d'explorer l'influence sur l'adhésion de différentes catégories de facteurs psychosociaux (individuels, reliés à l'entourage et reliés à la relation soignant-soigné) en ne se limitant pas aux facteurs individuels cognitifs. Notre étude vise également à examiner l'autogestion de plusieurs activités de traitement et à s'intéresser plus particulièrement, pour une des premières fois à notre connaissance, à l'autogestion des soins des pieds dans un échantillon de la population québécoise. La présente recherche propose aussi d'utiliser des mesures générales d'adhésion et des mesures spécifiques d'autogestion. Par sa visée exploratoire, la présente recherche permettra d'adopter un point de vue « rassembleur » en vue de faire ressortir les facteurs et catégories de facteurs les

plus utiles, parmi tout ceux à l'étude, pour prédire l'adhésion et l'autogestion, pour fins d'études ultérieures.

1.7 Objectifs

Ce projet de recherche poursuit trois objectifs principaux. Le premier objectif est de dresser un portrait de l'échantillon en décrivant les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques reliées à la santé, les niveaux moyens d'adhésion et d'autogestion ainsi que les scores moyens obtenus aux échelles de facteurs psychosociaux.

Le deuxième objectif consiste à étudier les liens entre l'autogestion et l'adhésion au traitement (variables dépendantes) et chacune des variables indépendantes (ou prédicteurs) considérées une à une :

- Caractéristiques sociodémographiques : sexe, revenu, âge, scolarité et d'autres caractéristiques (ex. : origine ethnique, état civil, emploi, modalité d'habitation, etc.).
- Caractéristiques reliées à la santé : durée d'évolution de la maladie, indice de masse corporelle, hospitalisations, complications, nombre de médicaments pour le diabète, recommandations reçues (ex. : diète, activité physique, médication, etc.), contrôle glycémique et autres caractéristiques reliées à la santé (ex. : âge au moment du diagnostic, etc.).
- Facteurs reliés à l'individu : perception de sévérité de la maladie et de satisfaction de l'état de santé global, stratégies de coping, croyances de santé spécifiques au diabète, lieu de contrôle de santé spécifique au diabète et style d'attachement.
- Facteurs reliés à l'entourage : soutien social.
- Facteurs reliés à l'équipe médicale : acceptation des recommandations.

Le troisième objectif se subdivise en deux sous-objectifs. L'étude vise à prédire l'adhésion et l'autogestion (a) en déterminant les meilleurs prédicteurs, considérés simultanément toutes catégories confondues, et (b) en précisant la contribution additive de chacune des cinq catégories de caractéristiques et de facteurs.

Étant donné la nature exploratoire de l'étude, aucune hypothèse n'est précisée concernant les variables indépendantes qui s'avèreront être les meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion. En effet, des résultats mitigés sur l'importance de l'un ou l'autre des facteurs psychosociaux pour prédire l'adhésion, ainsi que l'absence de recherches tenant compte de l'ensemble des facteurs à l'étude pour prédire l'adhésion et l'autogestion, ne le permettent pas. Des hypothèses sont néanmoins élaborées pour répondre à tous les autres objectifs de l'étude, dont notamment les questions sur la contribution additive de chaque catégorie de caractéristiques et de facteurs dans la prédiction d'adhésion et d'autogestion.

1.8 Hypothèses

Nous avons émis certaines hypothèses en fonction des résultats de recherche présentés précédemment.

1.8.1 Caractéristiques sociodémographiques

H1a : Être de sexe masculin, avoir un revenu annuel brut élevé et être plus éduqué seraient associés à des niveaux plus élevés pour toutes les dimensions d'adhésion et d'autogestion.

H1b : Être plus âgé serait associé à des niveaux moins élevés d'adhésion et d'autogestion de la médication et de l'activité physique, mais serait associé à des niveaux plus élevés pour les autres dimensions d'adhésion et d'autogestion.

1.8.2 Caractéristiques reliées à la santé

H2a : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion ne seraient pas associés significativement au fait d'avoir reçu des recommandations de traitement de la part du médecin traitant, sauf en ce qui concerne l'autogestion des tests de glycémie où une relation positive est attendue.

H2b : Un grand nombre de complications pathophysiologiques, d'hospitalisations, de médicaments pour le diabète serait lié à des niveaux faibles pour toutes les dimensions d'adhésion et d'autogestion.

H2c : Un IMC faible serait associé à des niveaux élevés d'adhésion au style de vie/monitoring et d'autogestion de l'alimentation et de l'activité physique.

H2d : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement, mais faiblement, au contrôle glycémique.

1.8.3 Facteurs reliés à l'individu

H3 : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement à la perception de sévérité du diabète.

H4 : Les niveaux d'adhésion seraient associés négativement à la satisfaction de l'état de santé global.

H5a : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement à des stratégies de coping centrées sur la résolution de problèmes décrites comme fonctionnelles (coping actif, planification, utilisation d'un soutien instrumental et émotionnel, recadrage positif, humour, acceptation, religion)

H5b : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés négativement à des stratégies de coping centrées sur l'émotion décrites comme dysfonctionnelles (désengagement comportemental, auto-distraktion, blâme, déni, expression des émotions, abus de substance).

H6 : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement aux croyances de santé : croire à la *vulnérabilité* de présenter des complications, croire à la *gravité* du diabète et croire aux *bénéfices* du traitement. Le niveau d'adhésion au traitement sera lié positivement à la perception *d'absence d'obstacles* à la mise en place du traitement.

H7a : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement au lieu de contrôle *interne* de santé spécifique au diabète.

H7b : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés négativement au lieu de contrôle *externe* spécifique au diabète attribué au *hasard*.

H7c : Le lieu de contrôle *externe* de santé spécifique au diabète attribué aux *médecins ou à d'autres personnes en autorité* serait associé positivement à des niveaux plus élevés d'adhésion et d'autogestion.

H8a : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés négativement à un attachement insécure de type évitant

H8b : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement à un style d'attachement insécure de type anxieux.

1.8.4 Facteurs reliés à l'entourage

H9 : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement à la perception de disponibilité du réseau social et à la satisfaction face à ce soutien.

1.8.5 Facteurs reliés à la relation soignant-soigné

H10 : Les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient liés positivement à l'acceptation des recommandations, à la concordance soignant-soigné, à la perception de l'influence positive du médecin traitant et à la faisabilité perçue des recommandations.

1.8.6 Adhésion et autogestion : modèles de prédiction globale

H11 : La catégorie des caractéristiques sociodémographiques ajoutera significativement à la prédiction de la variance d'adhésion et d'autogestion.

H12 : La catégorie des caractéristiques reliées à la santé expliquera une portion significative de la variance d'adhésion et d'autogestion, même après l'ajout du bloc des caractéristiques sociodémographiques.

H13 : Une fois qu'on aura contrôlé pour les caractéristiques sociodémographiques et reliées à la santé, la catégorie des facteurs reliés à l'individu expliquera une portion significative de la variance d'adhésion et d'autogestion.

H14 : La catégorie des facteurs reliés à l'entourage expliquera une portion significative de la variance de l'adhésion et de l'autogestion lorsque nous contrôlerons pour les facteurs reliés à l'individu, les caractéristiques reliées à la santé et sociodémographiques.

H15 : La catégorie des facteurs reliés à l'équipe médicale expliquera une portion significative de variation d'adhésion et d'autogestion lorsque nous contrôlerons pour les facteurs reliés à l'entourage, à l'individu, pour les caractéristiques reliées à la santé et les caractéristiques sociodémographiques.

CHAPITRE II – Méthodologie

2.1 Déroulement de la recherche

Le protocole de recherche est transversal et rétrospectif.

2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'être éligibles, les participants devaient rencontrer les critères d'inclusion suivants : (a) fréquenter au moment de l'étude l'un des groupes d'enseignement ou de relance à l'Unité de jour de diabète (UJD) de l'Hôtel-Dieu du CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal), (b) être atteint de diabète de type 2, (c) être âgé de 18 ans ou plus, (d) être en mesure de comprendre le français écrit et (e) donner son consentement éclairé à sa participation à la recherche. Étant donné la visée exploratoire de la présente étude, aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion *a priori* n'a été utilisé.

2.1.2 Recrutement

Le recrutement dans les groupes d'enseignement (durée d'un ou quatre jours) et de relance (durée d'un jour) mis sur pied par l'UJD s'est effectué sur une période de quatre mois, soit du 3 mars 2005 au 30 juin 2005. Les groupes *d'enseignement* regroupent six à quinze patients. Les groupes de *relance* sont constitués de dix à vingt patients ayant déjà participé à un groupe d'enseignement, il y a six mois et plus. Des ateliers d'information sur le diabète et son traitement par une infirmière, une pharmacienne, une diététiste, un psychologue et un endocrinologue y sont donnés. Des 254 patients sollicités au départ (dont 56% dans les groupes de relance), 73 ont refusé de participer à la recherche. Ainsi, 181 patients (71.3%) ont consenti à y participer.

2.1.3 Collecte de données

Lors de la première période de pause après les ateliers, la recherche et le formulaire d'information et de consentement ont été présentés aux groupes. Pour permettre un temps de réflexion, le formulaire de consentement, les questionnaires et l'enveloppe préaffranchie ont été remis aux personnes intéressées à participer à la recherche à la fin des quatre jours, pour les groupes d'enseignement de quatre jours, et à la fin de la journée, pour les groupes de relance et d'enseignement d'un jour.

Les participants disposaient d'une à deux semaines pour répondre aux questionnaires chez eux, puis les retourner par la poste dûment remplis. La complétion des questionnaires a pris en moyenne 65 minutes (ET = 38 minutes; N = 38). Il était possible de répondre aux questionnaires par téléphone pour les participants présentant des problèmes visuels ou de lecture. Toutefois, aucun participant n'a eu recours à cette modalité durant l'étude.

Les formulaires d'information et de consentement ont été signés durant leur présence à l'UJD par les patients intéressés à participer (voir Appendice A, p. II). La chercheuse a ainsi pu procéder à la collecte de données dans les dossiers médicaux tout de suite après que les patients aient donné leur consentement éclairé et ce, même pour les participants qui avaient consenti mais qui n'avaient finalement pas retourné les questionnaires (non répondants).

2.2 Aspects déontologiques

Le Comité d'éthique à la recherche du CHUM et le comité d'éthique et de la recherche du département de psychologie de l'Université de Montréal ont donné leur aval à

la présente recherche. De plus, l'accord et la collaboration de l'équipe de médecins spécialistes et de professionnels de la santé œuvrant au sein de l'UJD ont été obtenus.

Trois copies du formulaire d'information et de consentement ont été signées par chaque participant dont une copie a été remise au participant lui-même, la deuxième à la chercheuse et la troisième a été déposée au dossier médical. La confidentialité des informations recueillies est assurée par l'attribution d'un code anonyme à chaque participant et les données sont conservées de manière sécurisée. Toute personne est libre en tout temps de se retirer du projet de recherche, et ce, sans avoir à fournir d'explications précises et sans préjudice.

La participation à ce projet de recherche a constitué une occasion pour les participants de faire le bilan des différents comportements adoptés pour faire face aux situations stressantes reliées à la maladie et au traitement. Il est possible que cette prise de conscience ait fait surgir différentes émotions. Les participants ont été encouragés à partager leur expérience concernant la participation à la recherche en communiquant avec la chercheuse. Dans le cas où le besoin a été ressenti de discuter de leur expérience face à la maladie, une référence a pu être suggérée vers un professionnel qualifié de l'Hôtel-Dieu du CHUM.

2.3 Instruments de mesure

Une synthèse des variables à l'étude et des instruments de mesure utilisés se retrouve en appendices au Tableau I : Variables, questionnaires et échelles (p. XXXIX). Les indices de consistance interne, obtenus dans le cadre de la présente thèse, pour chaque instrument de mesure sont présentés au Tableau II (voir Appendice B, p. XL).

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques ont été obtenues à l'aide du questionnaire-maison de renseignements généraux élaboré pour cette recherche (voir Appendice A, p. VII).

2.3.2 Caractéristiques reliées à la santé

2.3.2.1 Informations sur le diabète et l'état de santé

Un questionnaire-maison sur la santé (voir Appendice A, p. IX) a permis de recueillir les informations relatives au diabète pouvant influencer le niveau d'adhésion au traitement des patients : durée d'évolution, nombre d'hospitalisations dans la dernière année et à vie, nombre de médicaments, type de médecin traitant, âge au moment du diagnostic, fumeur ou non, etc.

2.3.2.2 Recommandations de traitement

Les recommandations de traitement sont mesurées par une version traduite en français pour cette étude du *Summary of Diabetes Self Care Activities Measure – Revised* (SDSCA-R) de Glasgow et ses collègues (1992) (voir Appendice A, p. XI). Il s'agit d'une mesure divisée en deux sections : (a) recommandations de traitement spécifiques au diabète et (b) autogestion des soins. La première section du SDSCA-R comprend sept items qui évaluent les recommandations de traitement reçues dans six sphères : (a) alimentation générale, (b) alimentation spécifique, (c) activité physique, (d) tests de glycémie, (e) médication et (f) consommation de produits du tabac.

2.3.2.3 Complications du diabète

Les complications du diabète sont obtenues par le biais du dossier médical : (a) complications aiguës telle que l'hypoglycémie sévère, (b) complications chroniques telles que rétinopathie, néphropathie, neuropathie, problèmes cardiovasculaires et (c) autres problèmes médicaux.

2.3.2.4 Mesures physiologiques

Les mesures physiologiques proviennent des résultats de laboratoire les plus récents contenus au dossier médical : cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides. L'indice de masse corporelle (IMC en kg/m^2), la tension artérielle et l'hémoglobine glycolisée (taux d'A1c) sont également extraites du dossier médical.

2.3.3 Facteurs reliés à l'individu

2.3.3.1 Perception de la sévérité du diabète et satisfaction de l'état de santé

La perception subjective de sévérité du diabète est mesurée à l'aide d'une échelle-maison avec analogie visuelle (VAS) (« pas sévère du tout » à « très sévère »). De même, une échelle-maison de type VAS est utilisée pour mesurer la perception de l'état de santé global (« pas du tout satisfaisant » à « très satisfaisant »). Ce type d'échelle est facile à utiliser et diminue sensiblement la tendance des participants à être influencé par le facteur de désirabilité sociale (Turck, & Melzack, 1992). Les deux questions relatives aux perceptions subjectives de la sévérité du diabète et de la satisfaction de l'état de santé global se retrouvent dans le questionnaire-maison sur la santé (voir Appendice A, p. X).

2.3.3.2 Stratégies de coping appliquées au diabète

Les stratégies de coping – format situationnel – sont évaluées par le *COPE version brève* (Carver, 1997). La version française, traduite et validée par Muller et Spitz (2003), est utilisée dans cette étude (voir Appendice A, p. XIX). Le COPE version brève comprend 14 échelles : (a) coping actif, (b) planification, (c) utilisation du soutien instrumental, (d) utilisation du soutien émotionnel, (e) ventilation, (f) désengagement comportemental, (g) auto-distraction (h) blâme, (i) recadrage positif, (j) humour, (k) déni, (l) acceptation, (m) religion et (n) utilisation de substances. Chaque échelle contient deux items (28 au total) devant être évalués selon une échelle de type Likert en quatre points (« Pas du tout » à « Tout à fait »). Des corrélations interitems supérieures à .60 et jamais inférieures à .40, soit une bonne consistance interne de la traduction française du COPE version brève, ont été obtenues dans l'étude de Muller et Spitz (2003). Dans la présente étude, les indices de consistance interne (alphas) des sous-échelles du COPE version brève varient entre .48 et .86. Des analyses de composantes principales réalisées dans la présente thèse révèlent que les 14 sous-échelles sont réparties en quatre facteurs selon nos analyses (Figure 9, p. XXXVIII). Dans notre étude, les échelles se répartissent en facteurs de façon congruente à la factorisation des échelles de la version originale du COPE version brève même si le nombre de facteurs est cependant différent (Carver, 1997). Tenant compte des problèmes liés à la factorisation, les scores obtenus à chacune des 14 sous-échelles seront ainsi retenus pour analyses en respectant la conception théorique initiale des auteurs.

2.3.3.3 Croyances de santé relatives au diabète

Les croyances de santé sont évaluées au moyen de l'échelle du *Modèle de croyances de santé – 16 items* (MCS16) ou *Health Belief Model – 16 items* (HBM16) de Becker et Janz (1985) validée par Hurley (1990) et traduite en français et appliquée au diabète par Daniel et Messer (2002) (voir Appendice A, p. XXIV). Il s'agit d'une version abrégée en 16 items du *Health Belief Model – 76 items* (HBM76) de Becker et Janz (1985). Le

HBM16 évalue quatre domaines de croyances relatives au diabète : (a) vulnérabilité au diabète et aux complications, (b) gravité des complications possibles, (c) bénéfices du traitement et (d) perception d'obstacles au traitement. Chaque question doit être répondue à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points selon le niveau d'accord avec l'énoncé (« Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord »). Le niveau de désaccord le plus élevé correspond à 1 alors que le niveau d'accord le plus élevé correspond à 5. La consistance interne de la version anglaise du HBM16 (*Health Belief Model – 16 items*) évaluée par Becker et Janz (1985) est de .80 et la fidélité test-retest est de .71. Dans la présente étude, le questionnaire MCS16 s'est avéré présenter des alphas de .43 pour l'échelle « vulnérabilité », de .66 pour l'échelle « obstacles perçus » et de .75 pour l'échelle « bénéfices ». La sous-échelle de « gravité » obtient une consistance interne insuffisante ($\alpha = .36$) ne permettant pas de l'inclure dans les analyses ultérieures.

2.3.3.4 Lieu de contrôle de santé spécifique au diabète

Le lieu de contrôle de santé spécifique au diabète est mesuré à l'aide du *Multidimensional Health Locus of Control Scales – Form C* (MHLC-C) élaboré par Wallston et ses collègues (1994). Une version traduite en français pour les fins de la présente étude est utilisée et intitulée : *Échelles du lieu de contrôle de santé multidimensionnel – Formulaire C* (LCSM-C) (voir Appendice A, p. XXV). La version C du MHLC s'applique à des personnes atteintes d'une condition médicale spécifique, le diabète, et constitue une version adaptée des MHLC-A et MHLC-B (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976). Le MHLC-C comprend 24 questions et évalue trois dimensions du lieu de contrôle : (a) interne, (b) externe attribué aux autres et (c) externe attribué au hasard. Chaque question doit être répondue à l'aide d'une échelle de type Likert en six points selon le niveau d'accord avec l'énoncé (« Fortement en désaccord » à « Fortement en accord »). Le niveau de désaccord le plus élevé correspond à 1 alors que le niveau d'accord le plus élevé correspond à 6. Selon Wallston et ses collègues (1994), la consistance interne (alphas) du MHLC-C varie de .70 à .87 et la fidélité test-retest varie de

.40 à .80. Dans la présente étude, les échelles du LCSM-C obtiennent respectivement une consistance interne satisfaisante soit un alpha de .68 (interne), de .58 (externe attribué aux autres) et de .76 (externe attribué au hasard).

2.3.3.5 Style d'attachement

Pour mesurer le style d'attachement, la validation canadienne-française élaborée par Bouthillier, Tremblay, Hamelin, Julien et Scherzer (1996) du *Adult Attachment Questionnaire* (AAQ) de Simpson (1990) a été retenue (voir Appendice A, p. XXVII). Le *Questionnaire de l'attachement chez l'adulte* (QAA), dans sa version canadienne-française, se compose de 13 items. Pour chaque item, le score peut varier entre un et sept, un score de sept traduisant un niveau d'accord élevé avec l'énoncé. Deux dimensions de l'attachement sont évaluées par le QAA : l'évitement et l'anxiété (Shaver & Hazan, 1993). Des analyses effectuées par Bouthillier et ses collègues (1996) révèlent l'équivalence des items du QAA avec ceux de la version anglaise : les corrélations entre les items des deux versions sont élevées soit de .54 à .87. Selon l'étude de Bouthillier et ses collègues (1996), les coefficients alpha du QAA sont de .77 pour l'échelle « Évitement » et de .64 pour l'échelle « Anxiété ». Les qualités psychométriques de cet instrument en termes de fidélité et validité sont jugées adéquates selon les auteurs (Bouthillier et al., 1996; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992). Dans notre étude, nous obtenons une bonne consistance interne pour l'échelle « Évitement » (alpha = .80), mais la consistance interne de l'échelle « Anxiété » (alpha = .34) n'est pas suffisante pour être incluse dans les analyses subséquentes.

2.3.4 Facteurs reliés à l'entourage

2.3.4.1 Soutien social

Le questionnaire *Social Support Questionnaire-6* (SSQ6) de Sarason, Sarason et ses collègues (1987), validé et traduit en français, *Questionnaire de soutien social-6* (QSS6), par Rascle et ses collègues (1997), est utilisé dans cette étude (voir Appendice A, p. XXI).

Issu du questionnaire original *Social Support Questionnaire* (SSQ) comportant 27 items élaboré par Sarason, Levine, Basham et Sarason (1983), le SSQ6 propose aussi d'évaluer, mais avec seulement 6 items, la perception de la *disponibilité* (nombre de personnes qui apportent du soutien, max. 9 personnes) et de la *satisfaction* du soutien social (niveau de satisfaction établi à l'aide d'une échelle de type Likert en six points allant de « très insatisfaisant » à « très satisfaisant »). Le SSQ6 (six items) présente des qualités psychométriques comparables à celles de la version longue du SSQ. Selon Sarason et ses collègues (1983), la fidélité test-retest du SSQ pour la « disponibilité » et la « satisfaction » est respectivement de .83 et .90 et les indices de consistance interne (alphas) sont respectivement de .97 et .94. L'étude de Rasclé et ses collègues (1997) sur la consistance interne du QSS6 (version française) rapporte des alphas de .85 pour la « disponibilité » et de .79 pour la « satisfaction ». Dans la présente étude, les indices de consistance interne du QSS6 pour ces deux échelles sont respectivement de .89 et .94.

2.3.5 Facteurs reliés à la relation soignant-soigné

2.3.5.1 Acceptation des recommandations

L'acceptation des recommandations est mesurée à l'aide du *Recommendation Rating Scale* (RRS) (Scheel et al., 1999). La traduction française du RRS, soit *Échelle d'évaluation des recommandations* (EER), de St-Amand et Laisné (2000) sous la supervision de Lecompte est utilisée dans cette étude et a été adaptée au contexte de la consultation médicale (voir Appendice A, p. XIII). Les questions se rapportent aux recommandations faites par le médecin traitant dans la dernière année. Chaque question doit être répondue à l'aide d'une échelle de type Likert en six points selon le niveau d'accord avec l'énoncé (« Fortement en désaccord » à « Fortement en accord »). Le niveau de désaccord le plus élevé correspond à 1 alors que le niveau d'accord le plus élevé correspond à 6. Trois scores sont obtenus à ce questionnaire (alphas obtenus par Scheel et al., 1999) : (a) influence du médecin (alpha = .86, (b) faisabilité perçue des

recommandations (alpha = .81) et (c) concordance entre le soignant et le soigné (alpha = .82). Il est précisé que des corrélations significatives entre les trois sous-scores ont été obtenues dans les études empiriques antérieures. L'échelle « acceptation des recommandations » (alpha = .87) est définie, quant à elle, par le score global obtenu en additionnant les scores des trois sous-échelles. Dans la présente étude, la consistance interne des échelles de l'EER s'est avérée comparable à celles du RRS: les alphas varient entre .70 et .84.

2.3.6 Mesures d'adhésion et d'autogestion

2.3.6.1 Adhésion au traitement

L'adhésion au traitement est évaluée par *The Diabetes Activities Questionnaire* (TDAQ) (Hernandez, 1997). Une traduction française maison a été effectuée à laquelle nous ferons référence sous le titre de *Questionnaire des activités du diabète* (QAD) (voir Appendice A, p. XVII). Ce questionnaire est composé de 13 items auxquels les participants doivent répondre en faisant une marque à l'endroit qui représente leur niveau d'adhésion sur une ligne de dix centimètres (*Visual Analogue Scale* ou VAS). Ce type de mesure se veut plus précis qu'une échelle de type Likert (Vallerand, Guay, & Blanchard, 2000). Il s'agit d'une mesure multidimensionnelle de l'adhésion. Deux principales dimensions d'adhésion sont mesurées : (a) style de vie/monitoring (alpha = .78) combinant l'adhésion à la diète, à la perte de poids, à l'activité physique (moment et type d'exercices) et aux tests de glycémie (fréquence et moment) et (b) traitement médicamenteux (alpha = .72) combinant l'ajustement, le nombre et le moment pour prendre les comprimés ainsi que le traitement de réactions hypoglycémiques (quantité de glucides). Le score global est aussi utilisé et rend compte de l'adhésion globale aux recommandations : le score global combine l'échelle de style de vie/monitoring et de traitement médicamenteux, mais ajoute en plus des items sur l'examen quotidien des pieds et le choix des bons aliments pour le traitement des réactions hypoglycémiques. L'ensemble du TDAQ possède une bonne consistance

interne ($\alpha = .82$) et une bonne stabilité test-retest ($r = .78$) telles qu'évaluées par Hernandez (1997). Selon la présente étude, la consistance interne de la version française du TDAQ, soit le QAD, pour l'échelle « style de vie/monitoring » est un alpha de .77 et pour « traitement médicamenteux », l'alpha est de .58. Dans notre étude, le score d'« adhésion globale » obtient un alpha de .80.

2.3.6.2 Autogestion du diabète

L'autogestion du diabète est mesurée par le *Summary of Diabetes Self Care Activities Measure – Revised* (SDSCA-R) de Glasgow et ses collègues (1992) (voir Appendice A, p. XV). La version du SDSCA-R révisée par Toobert, Hampson et Glasgow (2000) est celle que nous utilisons. Une traduction française de cet instrument a été réalisée pour les fins de la présente étude : mesure du *Sommaire des activités d'autogestion du diabète – révisée* (SAAD-R). La deuxième section de ce questionnaire comprend 11 items sur l'autogestion du diabète répartis selon les échelles suivantes : (a) alimentation générale, (b) alimentation spécifique, (c) activité physique, (d) glycémie et (e) soins des pieds. Pour chacun des items, il faut indiquer le nombre de jours dans la dernière semaine (entre 0 et 7) durant lesquels le répondant a mis en application l'énoncé. Selon les auteurs du SDSCA-R (Glasgow et al., 1992, Toobert et al., 2000), la consistance interne moyenne pour ces échelles est de .47. La fidélité test-retest après 3-4 mois varie de .40 à .78. En ce qui concerne la validité, des comparaisons ont été faites par les chercheurs avec des mesures objectives d'adhésion à l'alimentation et d'activité physique (ex. : enregistrements de l'alimentation durant 3-4 jours, assiduité à une classe d'exercice, etc.). Les corrélations avec ces mesures objectives étaient toutes significatives à .01 ou .001. Dans la présente étude, les coefficients alpha obtenus pour toutes les échelles du SAAD-R sont comparables à ceux obtenus pour le SDSCA-R et varient entre .48 (alimentation spécifique) et .87 (alimentation générale).

2.4 Traitement statistique

En premier lieu, des *analyses descriptives* sont exécutées afin de présenter les caractéristiques sociodémographiques et reliées à la santé des répondants. Puis, des tests T de Student et des tests du Khi-deux (χ^2) de Pearson sont appliqués pour comparer les caractéristiques des répondants à celles des non répondants. « Il est difficile de déterminer si les gens qui renvoient le questionnaire possèdent des caractéristiques similaires à ceux qui ne le renvoient pas » (Vallerand et al., 2000, p. 260). La comparaison des deux groupes permettra de déterminer si certaines caractéristiques, établies sur la base des informations recueillies au dossier médical avec le consentement des répondants et des non répondants, distinguent les participants qui ont été motivés à répondre aux questionnaires des participants ne l'ayant pas été même s'ils ont tous au préalable fourni leur consentement éclairé. L'échantillonnage de volontaires crée en effet un biais, faisant craindre que les répondants possèdent des caractéristiques les amenant à être plus adhérents au traitement que les participants n'ayant pas complété le questionnaire en fin de compte (Voyer, Valois, & Rémillard, 2000). Les analyses descriptives permettent, troisièmement, de déterminer les scores moyens obtenus dans cet échantillon pour chaque instrument de mesure utilisé.

Ensuite, des *analyses bivariées* sont réalisées, à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson (r), entre chacune des échelles d'adhésion et d'autogestion. Puis, les associations linéaires entre les prédicteurs potentiels et les variables critères (adhésion et autogestion) sont examinées. Ces analyses sont prérequis aux procédures d'analyses multivariées. Pour examiner les relations entre les variables catégorielles à l'étude et chacune des mesures d'adhésion et d'autogestion, on a recours à des tests t de Student, du Khi-deux (χ^2) de Pearson et à des analyses de variance (ANOVA). Les variables continues sont examinées en relation avec chaque mesure d'adhésion et d'autogestion à partir de coefficients de corrélation de Pearson (r). Les variables sont considérées significatives lorsqu'elles obtiennent une valeur p égale ou sous .05. Seules les variables s'étant avérées

significatives aux analyses bivariées sont entrées dans les analyses de régression subséquentes.

Les *analyses multivariées* sont constituées de deux types de régressions multiples. Afin de déterminer les meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion parmi les caractéristiques et facteurs étudiés, des analyses de régression multiple selon la méthode de sélection pas à pas (*stepwise*) sont menées (Tabachnick & Fidell, 1996). Les analyses de régression multiple selon la méthode de sélection pas à pas visent à déterminer un ensemble optimal de prédicteurs en limitant le nombre de prédicteurs et ce, sans réduire significativement la variance expliquée d'adhésion et d'autogestion.

Finalement, des analyses de régression multiple *hiérarchique* (avec méthode pas à pas à l'intérieur de chaque bloc de variables) sont effectuées afin de connaître la contribution additive des différentes catégories de caractéristiques et de facteurs (Tabachnick & Fidell, 1996). Ces analyses permettent de préciser le changement, dans la prédiction d'adhésion et d'autogestion, associé à l'ajout d'un bloc de variables après avoir contrôlé pour la contribution des autres blocs de variables entrés auparavant dans l'analyse (Petrocelli, 2003). La méthode pas à pas a été utilisée à l'intérieur des analyses de régression hiérarchique. Cela signifie que pour chacun des blocs de variables indépendantes considérés dans les analyses, nous avons conservé les variables de ce bloc qui expliquent significativement la variance de l'adhésion ou de l'autogestion. Un niveau de signification de .05 devait être rencontré pour qu'une variable soit autorisée à entrer dans le modèle ($p_{in} = .05$). Une fois entrée dans le modèle, un niveau de signification de plus de .10 devait être obtenu pour qu'une variable soit exclue du modèle ($p_{out} = .10$) après que toutes les autres variables du modèle aient été déterminées. Finalement, des analyses statistiques *a posteriori* sont effectuées au besoin.

CHAPITRE III – Résultats

3.1 Analyses descriptives

3.1.1 Échantillon de mesure

Des 181 patients ayant consenti initialement à participer, 52 patients (28.7%) n'ont pas retourné les questionnaires (non répondants). En conséquence, le taux de réponse pour les envois postaux est de 71.3% ($n = 129$). Après la perte de ces participants le taux de participation est globalement de 50.8% (129 répondants/254 sollicités). Huit des 129 patients ont toutefois été retirés de l'échantillon du fait qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués diabétiques de type 2 : 5 étaient atteints d'intolérance au glucose, 2 d'un diabète secondaire à une autre maladie et 1 d'un diabète de type 2 non confirmé. De plus, parmi les 121 patients diabétiques de type 2, 6 d'entre eux recevaient un traitement à l'insuline. Ces 6 participants ont été retirés des analyses étant donné un n trop petit pour ce sous-groupe. Les analyses ont donc été faites à partir des données recueillies auprès de 115 répondants.

3.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et reliées à la santé

Les Tableau III, Tableau IV et Tableau V présentent les *caractéristiques sociodémographiques* des répondants (p. XLI-XLII). Les répondants parlent tous français, sont Caucasiens à 92.2% ($N = 103$) et sont âgés en moyenne de 59.7 ans ($E.T. = 9.1$, $N = 114$); le plus jeune des participants a 28 ans et le plus âgé, 79 ans. Dans cet échantillon, 53% sont des femmes, 34.8% travaillent à l'extérieur et 56.6% sont en couple. Les répondants habitent à 46.1% avec leur conjoint/e, à 21.7% avec plus d'une autre personne, soit avec des parents ou amis en plus de leur conjoint/e, et à 32.2%, seuls. Une éducation de

niveau secondaire ou moins est rapporté par 35.4% de l'échantillon (N = 99). Un total de 21.8% mentionnent un revenu annuel brut de moins de 20 000\$ alors que 28.2% rapportent un revenu entre 20 000\$ et 39 999\$, 26.4%, entre 40 000\$ et 59 999\$ et 23.6%, de 60 000\$ et plus (N = 110). Le revenu familial annuel médian est d'environ 40 000\$ pour cet échantillon.

Les Tableau III, (p. XLI), Tableau IV (p. XLII), Tableau V (p. XLII), Tableau VI (p. XLIII) et Tableau VII (p. XLIV) fournissent aussi des *données sur la santé* décrivant l'échantillon. Les répondants suivaient un groupe de relance à 59.1%. La durée moyenne d'évolution du diabète est de 4.6 ans en moyenne (E.T. = 4.4, min = 0, max = 20, N = 110) et l'âge moyen est de 54.9 ans au moment du diagnostic (E.T. = 9, min = 27, max = 78, N = 110). Dans cet échantillon, 57.9% sont suivis par un omnipraticien, 28.1% par un médecin spécialiste et 14% par les deux. La majorité des participants ont recours à une médication antidiabétique orale combinée à la diète (77.4%) alors que la minorité est traitée à la diète seule (22.6%). Ainsi, 47.8% prennent une seule sorte de médication, 29.7% en prennent deux et 22.5% n'en prennent aucune (N = 111). Le taux moyen d'A1c est 6.7% (E.T. = 1.1%, min = 5.1%, max = 12.7%, N = 101). La majorité des patients (72.3%) a un taux d'A1c de 7% ou moins, bien que 25.7% aient un taux d'A1c de plus de 7%, mais de moins de 10%. Seulement 2% des participants (N = 101) ont un taux d'A1c supérieur à 10%. L'IMC moyen est 32.8 (E.T. = 7.5, min = 17.5, max = 59.7, N = 108) correspondant à la catégorie « obésité classe 1 ». Parmi les participants (N = 108), l'IMC est supérieur à 30 pour 58.3%, entre 25 et 29.9 pour 34.3% et moins de 25 pour 7.4%. La majorité de l'échantillon (85%) rapporte ne pas consommer de produits du tabac. Dans cet échantillon, la presque totalité a reçu des recommandations au sujet de l'alimentation (97.4%), de l'activité physique (96.5%) et des tests de glycémie (98.2%).

Selon les données recueillies au dossier médical, les participants ont en moyenne 2.4 complications physiopathologiques ou problèmes de santé associés au diabète (E.T. = 1.17, min = 0, max = 6, N = 109). Des problèmes de santé ou des complications associés

au diabète rapportés (N = 102), l'hypercholestérolémie (80.4%) et l'hypertension (76.5%) sont les plus communs, suivis par la neuropathie (26.5%), les problèmes cardiovasculaires (13.7%), les hypoglycémies sévères (10.8%), la néphropathie (8.8%), la rétinopathie (5.9%), les problèmes de pied (5.9%) et l'hypertriglycéridémie (3.9%). Selon les données rapportées dans le questionnaire sur la santé, les répondants ont été hospitalisés en moyenne 2.9 fois à vie (E.T. = 2.8, N = 107). La majorité des patients n'a pas été hospitalisée durant la dernière année (79.8%, N = 114). Seulement, 2.6% de l'échantillon a été hospitalisé dans la dernière année pour des problèmes liés au diabète, 7% pour des problèmes cardiovasculaires et 11% pour d'autres problèmes de santé (ex. : cancer, asthme, etc.).

3.1.1.2 Comparaison entre répondants et non répondants

Les Tableau IV (p. XLII) et Tableau V (p. XLII) présentent des *caractéristiques sociodémographiques* des répondants et des non répondants. Les répondants (N = 114) et non répondants (N = 51) sont comparables quant au sexe, à la situation sur le marché du travail et au niveau de scolarité. Ils diffèrent de manière significative seulement pour l'âge, $t(105,2 ; N=165) = 2.805, p = .006$. L'inspection des moyennes révèle que les répondants sont plus jeunes que les non répondants, respectivement (M = 59.7 ans, E.T. = 9.1, min = 28, max = 79; M = 63.8 ans, E.T. = 8.3, min = 42, max = 84).

Les *caractéristiques reliées à la santé* des répondants et des non répondants sont présentées aux Tableau IV (p. XLII) et Tableau VII (p. XLIV). Les deux groupes se distinguent de manière significative seulement par la durée d'évolution du diabète, $t(51,9 ; N=158) = 2.7, p = .009$. Les non répondants ont une durée d'évolution moyenne du diabète plus longue que les répondants, respectivement (M = 9.3 ans, E.T. = 11.5, N = 47; M = 4.6 ans, E.T. = 4.4, N = 110). Pour l'ensemble des autres caractéristiques reliées à la santé, les répondants et les non répondants ne présentent aucune différence significative après comparaison. Néanmoins, une différence près du niveau de signification ($p < .05$) est observée quant au type de groupe suivi à l'UJD (relance ou enseignement), $\chi^2(1, N=167) =$

3.21, $p = .052$. Il semble que les participants des groupes de relance aient plus tendance à retourner les questionnaires que ceux des groupes d'enseignement.

3.1.2 Comportement de l'échantillon

Les scores moyens obtenus pour toutes les échelles de mesure sont présentés dans cette section. Ils ont été reportés sur des échelles de 0 à 100 afin d'augmenter leur comparabilité. Les scores moyens pour les mesures d'adhésion et d'autogestion sont présentés au Tableau VIII (p. XLV). Le Tableau IX (p. XLVI) fournit les scores moyens pour les échelles des facteurs psychosociaux. Dans ces tableaux, les intervalles possibles pour chaque échelle et les scores minimum et maximum obtenus dans l'échantillon sont également rapportés.

3.1.2.1 Scores moyens d'adhésion (QAD) et d'autogestion (SAAD-R)

Le niveau moyen d'*adhésion globale* des participants est de 68% ($M = 885.8$, $E.T. = 204.6$, $N = 88$). Les participants tendent en moyenne à montrer des scores plus élevés d'adhésion et d'autogestion se rapportant aux aspects « médicaux » du traitement ($N = 88$ à 89) comparativement aux aspects qui impliquent des changements d'habitude de vie. En effet, les participants rapportent des niveaux moyens de 98% d'autogestion de la médication ($M = 6.9$, $E.T. = 0.6$) et de 83% d'adhésion au traitement médicamenteux ($M = 329.1$, $E.T. = 67.6$). Les scores moyens d'adhésion et d'autogestion se rapportant à des changements d'habitude de vie ($N = 113$ à 115) atteignent néanmoins des niveaux de : 82% pour l'autogestion des tests de glycémie ($M = 5.7$, $E.T. = 1.9$), 72% pour l'autogestion de l'alimentation générale ($M = 5.1$, $E.T. = 1.8$), 65% pour l'autogestion de l'alimentation spécifique ($M = 4.5$, $E.T. = 1.5$), 65% pour l'autogestion des soins des pieds ($M = 4.6$, $E.T. = 1.3$) et 63% pour l'adhésion au style de vie/monitoring ($M = 446$, $E.T. = 127.7$). L'échelle d'autogestion de l'activité physique a les scores les plus bas, soit en moyenne 49% ($M = 3.5$, $E.T. = 2.1$).

3.1.2.2 Scores moyens pour les facteurs reliés à l'individu

Dans cet échantillon, les scores moyens obtenus par les patients (N = 114) sont de 43.3% (E.T. = 22.9) pour la *sévérité perçue* du diabète et, de 54.7% (E.T. = 23) pour la *satisfaction* de l'état de santé global.

Concernant les *stratégies de coping* (COPE version brève), les répondants (N = 113 à 114) rapportent accepter leur diabète en moyenne à un taux de 74% (M = 6.4, E.T. = 1.6). De même, ils disent recourir à des stratégies de réinterprétation positive des événements à un taux de 68% (M = 6.1, E.T. = 1.7), de coping actif à un taux de 61% (M = 5.7, E.T. = 1.4) et de planification à un taux de 60% (M = 5.6, E.T. = 1.6). La recherche de soutien instrumental, la distraction et l'expression des émotions sont employées respectivement à des niveaux moyens de 51% (M = 5.1, E.T. = 1.8), 50% (M = 5, E.T. = 1.8) et 47% (M = 4.8, E.T. = 1.6). De surcroît, les scores moyens sont de 36% pour la recherche de soutien émotionnel (M = 4.1, E.T. = 1.6), de 32% pour le blâme (M = 3.9, E.T. = 1.5), de 30% pour l'humour (M = 3.8, E.T. = 1.5) et de 29% pour la religion (M = 3.7, E.T. = 2). Les autres stratégies de coping obtiennent en moyenne les scores suivants : 17% pour le déni (M = 3, E.T. = 1.5), 12% pour le désengagement comportemental (M = 2.7, E.T. = 1.1) et 4% en ce qui concerne l'utilisation de substances (M = 2.3, E.T. = 0.7).

Des *croyances de santé relatives au diabète* (MCS16), la croyance à la vulnérabilité obtient le score moyen le plus élevé avec 90% (M = 18.5, E.T. = 1.9), suivie par la croyance dans les bénéfices avec 88% (M = 18.1, E.T. = 2.4) et la croyance en l'absence d'obstacles perçus avec 71% (M = 15.4, E.T. = 3.3).

Le score moyen rapporté concernant le *lieu de contrôle de santé spécifique au diabète* (LCSM-C) interne est de 73% (M = 27.8, E.T. = 5.6), et pour le lieu de contrôle externe attribué au hasard, il est de 67% (M = 26, E.T. = 5.2), alors que le score moyen est

plus faible pour le lieu de contrôle externe attribué aux autres, soit 12% ($\underline{M} = 9.5$, $\underline{E.T.} = 5.1$).

Les participants rapportent un score d'*attachement évitant* (QAA) qui se situe en moyenne à 47% ($\underline{M} = 19.1$, $\underline{E.T.} = 6.8$, $N = 114$).

3.1.2.3 Scores moyens pour les facteurs reliés à l'entourage

Au sujet du *soutien social* (QSS6), les répondants ($N = 114$ et 111) rapportent un niveau moyen de 31% de disponibilité perçue du soutien social ($\underline{M} = 17$, $\underline{E.T.} = 10.4$), mais un niveau plus élevé de satisfaction face à ce soutien, soit un niveau moyen de 78% ($\underline{M} = 29.4$, $\underline{E.T.} = 6.5$).

3.1.2.4 Scores moyens pour les facteurs reliés à la relation soignant-soigné

L'échelle d'*acceptation des recommandations* (EER) obtient un score moyen de 72% ($\underline{M} = 129$, $\underline{E.T.} = 15.5$) au sein de l'échantillon ($N = 114$). Le score moyen d'influence du médecin est quant à lui de 80% ($\underline{M} = 50$, $\underline{E.T.} = 7.7$). Ensuite, les scores moyens se situent à 68% pour la faisabilité perçue des recommandations ($\underline{M} = 44.1$, $\underline{E.T.} = 8$) et à 67% pour la concordance soignant-soigné ($\underline{M} = 35$, $\underline{E.T.} = 5$).

3.2 Analyses bivariées

Compte tenu que plusieurs variables dépendantes et indépendantes sont à l'étude, un grand nombre d'analyses a été effectué. Pour éviter d'alourdir le texte, toutes les valeurs numériques associées aux analyses bivariées et multivariées sont présentées sous forme de tableaux à l'Appendice B (p. XXIX) plus précisément à partir du Tableau X (p. XLVII). Les références aux tableaux à consulter ainsi qu'aux pages correspondantes se situent dans

le texte. Pour en faciliter la consultation, les résultats significatifs ont été mis en caractères gras dans les tableaux en appendices.

3.2.1 Relations entre les mesures d'adhésion et d'autogestion

La matrice des corrélations entre les échelles d'adhésion et d'autogestion se trouve au Tableau X (p. XLVII). Des corrélations significatives sont constatées entre chacune des échelles du QAD, dont la plus forte se situe entre l'échelle d'adhésion globale et d'adhésion au style de vie/monitoring. Concernant les échelles du SAAD-R, des corrélations significatives existent pour l'autogestion des tests de glycémie avec l'autogestion de l'alimentation générale et de l'alimentation spécifique. Il y a aussi une corrélation significative entre l'autogestion de l'alimentation générale et de l'alimentation spécifique.

À l'exception des échelles d'autogestion des soins des pieds (corrélée à aucune mesure d'adhésion ni d'autogestion) et d'autogestion de la médication (corrélée seulement à l'autogestion de l'alimentation générale), certaines corrélations significatives sont aussi observées entre les échelles du QAD et du SAAD-R. Entre autres, les échelles d'autogestion de l'alimentation générale, de l'alimentation spécifique et des tests de glycémies ont chacune des corrélations significatives avec l'adhésion globale, l'adhésion au style de vie/monitoring et l'adhésion au traitement médicamenteux. L'échelle d'autogestion d'activité physique est aussi corrélée significativement à l'adhésion au style de vie/monitoring et à l'adhésion globale.

3.2.2 Relations entre les variables indépendantes et dépendantes

Des analyses bivariées ont été effectuées pour connaître la relation des variables indépendantes prises individuellement avec chacune des variables dépendantes, soit les mesures d'adhésion et d'autogestion. Les tableaux de comparaison de moyennes (voir Tableau XIV à Tableau XVIII) se retrouvent en appendices (pp. L à LII). Les matrices de

corrélations sont présentées aux Tableau XLIV, Tableau XLV, Tableau XXV et Tableau XLVII (pp. LXV à LXVIII).

3.2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques, adhésion et autogestion

3.2.2.1.1 Sexe

On note des différences significatives selon le sexe pour l'adhésion au style de vie/monitoring et l'autogestion des soins des pieds. Selon l'hypothèse H1a, le fait d'être un homme serait corrélé à des niveaux plus élevés pour toutes les dimensions d'adhésion et d'autogestion. Toutefois, les résultats ne montrent une différence significative du sexe masculin que pour une seule dimension d'adhésion. En effet, les hommes rapportent des niveaux d'adhésion au *style de vie/monitoring* plus élevés que les femmes. À l'opposé, ce sont les femmes qui rapportent des niveaux plus élevés d'autogestion des *soins des pieds* par rapport aux hommes (voir Tableau XI, p. XLVIII).

3.2.2.1.2 Ethnicité

Aucune hypothèse n'a été spécifiée *a priori* concernant l'influence de l'ethnicité. Selon l'ethnicité, des différences significatives entre les scores moyens d'autogestion de l'alimentation générale et de l'alimentation spécifique sont néanmoins observées au sein de l'échantillon. Les Caucasiens mentionnent des niveaux d'autogestion de *l'alimentation générale* et de *l'alimentation spécifique* plus élevés que les non Caucasiens (voir Tableau XII, p. XLVIII).

3.2.2.1.3 État civil

Aucune hypothèse n'a été spécifiée *a priori* concernant l'influence de l'état civil. Néanmoins, les scores moyens obtenus d'adhésion au *traitement médicamenteux* des personnes célibataires sont inférieurs à ceux des personnes en couple (voir Tableau XIII, p. XLIX).

Les analyses n'ont révélé aucune relation significative entre l'adhésion ou l'autogestion et l'âge (voir Tableau XLIV, colonne 1, p. LXV), le revenu familial annuel brut (voir Tableau XIV, p. L), le niveau de scolarité (voir Tableau XV, p. L), la cohabitation, (voir Tableau XVI, p. LI) et le statut d'emploi (voir Tableau XVII, p. LI). Ces résultats infirment l'hypothèse H1b selon laquelle le fait d'être plus âgé devrait être associé à des niveaux plus faibles d'adhésion et d'autogestion à la médication et à l'activité physique et à des niveaux plus élevés pour toutes les autres dimensions d'adhésion et d'autogestion. De plus, l'hypothèse H1a s'en trouve également infirmée. Il était postulé selon cette hypothèse qu'un revenu familial annuel élevé ainsi qu'un haut niveau de scolarité seraient associés positivement à chacune des dimensions d'adhésion et d'autogestion. Finalement, aucune hypothèse *a priori* n'a été formulée concernant la cohabitation et le statut d'emploi en association avec l'adhésion et l'autogestion.

3.2.2.2 Caractéristiques reliées à la santé, adhésion et autogestion

3.2.2.2.1 Durée d'évolution du diabète

Aucune hypothèse n'a été spécifiée *a priori* concernant l'influence de la durée d'évolution du diabète. Toutefois, les résultats montrent que la durée d'évolution est corrélée négativement et de manière significative à l'autogestion des *soins des pieds* : les participants ayant le diabète depuis de plus nombreuses années rapportent des niveaux d'autogestion des soins des pieds plus faibles que les participants ayant le diabète depuis moins longtemps (voir Tableau XLIV, p. LXV).

3.2.2.2.2 Nombre de médicaments

L'autogestion de *l'alimentation générale* s'est avérée significativement meilleure chez les participants rapportant ne prendre aucun médicament antidiabétique oral comparativement aux participants prenant une ou deux sortes différentes de médicaments antidiabétiques oraux (voir Tableau XVIII, p. LII). Ces résultats ne confirment que

partiellement l'hypothèse H2b qui prévoyait, entre autres, que les patients pour qui le nombre de médicaments antidiabétiques oraux serait plus faible obtiendraient des niveaux significativement plus élevés pour chacune des dimensions d'adhésion et d'autogestion.

3.2.2.2.3 *Recommandations reçues*

Selon l'hypothèse H2a, le fait de recevoir une recommandation de la part du médecin traitant ne serait pas associé significativement à l'adhésion ou l'autogestion, à l'exception d'une association positive attendue entre le fait d'avoir reçu la recommandation de réaliser des tests de glycémie et l'autogestion des tests de glycémie. Les résultats indiquent en effet, pour plusieurs recommandations, l'absence d'association significative entre le fait d'avoir reçu ces recommandations et l'adhésion ou l'autogestion. Toutefois, le fait d'avoir reçu la recommandation de réaliser des tests de glycémie ne s'est trouvé associé à aucune dimension d'adhésion ou d'autogestion. Par ailleurs, quatre autres recommandations prodiguées par le médecin traitant se sont avérées être associées significativement à l'une ou l'autre des dimensions d'adhésion ou d'autogestion.

Les participants ayant reçu la recommandation de suivre une alimentation faible en glucides obtiennent des scores d'adhésion au *style de vie/monitoring* supérieurs à ceux ne l'ayant pas reçue (voir Tableau XIX, p. LII). Ceux qui ont reçu la recommandation de suivre une diète faible en gras ont des scores d'autogestion *d'alimentation spécifique* plus élevés en comparaison aux patients qui ne l'ont pas reçue (voir Tableau XX, p. LIII).

Les participants ayant reçu la recommandation de faire des exercices légers quotidiens rapportent des niveaux plus faibles d'adhésion *globale*, d'adhésion au *style de vie/monitoring*, d'autogestion de *l'alimentation générale*, d'adhésion au *traitement médicamenteux* et d'autogestion de la *médication* comparativement aux participants n'ayant pas reçu ce conseil (voir Tableau XXVI, p. LVI).

Le niveau d'autogestion de *l'alimentation générale* est significativement plus élevé chez les participants dont le traitement recommandé est la diète seule en comparaison avec ceux traité à la médication combinée à la diète (voir Tableau XXXI, p. LVIII).

3.2.2.2.4 Complications

Même si aucune hypothèse *a priori* n'a été formulée concernant les différences de niveau d'adhésion ou d'autogestion selon le type de complications, les résultats ont montré en ce sens des différences significatives pour certains types de complications.

L'autogestion de l'alimentation spécifique varie significativement selon la présence ou non de neuropathie. Le niveau d'autogestion de *l'alimentation spécifique* est plus élevé chez les participants sans neuropathie comparativement à ceux présentant de la neuropathie. À l'inverse, les participants avec neuropathie indiquent des niveaux significativement plus élevés d'autogestion des *tests de glycémie* que les participants sans neuropathie (voir Tableau XXXII, p. LIX).

L'analyse révèle que les participants sans néphropathie rapportent de manière significative une meilleure autogestion de *l'activité physique* que ceux qui en souffrent (voir Tableau XXXIII, p. LIX).

Dans le même sens, les participants présentant de l'hypercholestérolémie ont des niveaux significativement plus faibles d'autogestion des *soins des pieds* que les participants sans hypercholestérolémie (voir Tableau XXXIV, p. LX).

Les participants sans problème cardiovasculaire ont des scores moyens d'autogestion de *l'alimentation spécifique* plus élevés face à ceux présentant des problèmes cardiovasculaires (voir Tableau XXXV, p. LX).

Lorsqu'une hypertriglycémie est présente chez les participants, leurs scores moyens d'autogestion des *tests de glycémies* sont significativement plus élevés que lorsque les participants ne sont pas atteints d'hypertriglycémie (voir Tableau XXXVI, p. LXI).

Le niveau d'autogestion des *soins des pieds* est plus élevé chez les participants ayant des problèmes de pied par rapport à ceux ne présentant pas de problèmes de pied (voir Tableau XXXVII, p. LXI).

L'hypothèse H2b, postulant que plus le nombre de complications serait élevé, plus tous les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient faibles, s'est trouvée partiellement confirmée. Effectivement, des corrélations significatives sont notées entre le nombre de complications et l'adhésion *globale*, l'adhésion au *style de vie/monitoring* et l'adhésion au *traitement médicamenteux*. Ces associations sont négatives : plus les participants rapportent un nombre total élevé de complications, plus les niveaux d'adhésion globale, au style de vie/monitoring et au traitement médicamenteux sont faibles (voir Tableau XLIV, colonne 6, p. LXV). Les différentes dimensions d'autogestion n'étaient cependant pas associées significativement au nombre de complications.

3.2.2.2.5 Hospitalisations

L'hypothèse H2b postulait que plus le nombre d'hospitalisations serait élevé, plus les niveaux d'adhésion et d'autogestion seraient faibles. Cette hypothèse est ici infirmée. Le nombre d'hospitalisations ne s'est pas avéré associé significativement à la plupart des dimensions d'adhésion et d'autogestion à l'exception d'une seule dimension d'autogestion pour laquelle la nature de l'association est contraire à ce qui était attendu. Ainsi, les résultats indiquent que plus les participants ont un nombre élevé d'hospitalisations dues à des problèmes de santé durant leur vie (autres que le diabète ou les problèmes cardiovasculaires), plus ils rapportent des niveaux élevés d'autogestion des *tests de glycémie* et ce, de façon significative (voir Tableau XLIV, colonnes 7 à 14, p. LXV).

3.2.2.2.6 *Indices physiologiques*

L'hypothèse H2c, selon laquelle un IMC plus faible serait associé à des niveaux plus élevés d'adhésion au style de vie/monitoring, d'autogestion de l'alimentation et d'autogestion de l'activité physique, est partiellement confirmée. Les niveaux moyens d'autogestion de *l'activité physique* sont significativement supérieurs chez les participants dont l'IMC est plus faible comparativement à ceux dont l'IMC est plus élevé (voir Tableau XLIV, colonne 5, p. LXV). L'IMC n'est pas associé significativement à l'adhésion au style de vie/monitoring ni à l'autogestion de l'alimentation.

3.2.2.2.7 *Type de médecin traitant*

Bien que n'ayant pas fait l'objet d'hypothèse *a priori*, le type de médecin traitant est significativement associé à l'autogestion de la *médication*. Les niveaux d'autogestion sont plus bas lorsque le médecin traitant est un médecin spécialiste alors que les niveaux sont plus élevés lorsque le médecin traitant est un omnipraticien ou lorsque les participants sont suivis par un omnipraticien et un médecin spécialiste (voir Tableau XLI, p. LXIII).

Les associations avec l'adhésion et l'autogestion pour les autres caractéristiques reliées à la santé se sont toutes avérées non significatives. Mentionnons plus particulièrement l'absence de liens significatifs entre les mesures d'adhésion et d'autogestion et le contrôle métabolique (voir Tableau XLIV, colonne 4, p. LXV), la consommation de tabac (voir Tableau XLII, p. LXIV) et le type de groupe de l'UJD (voir Tableau XLIII, p. LXIV). L'hypothèse H2d à l'effet que le contrôle glycémique serait associé positivement, mais faiblement, aux différentes dimensions d'adhésion et d'autogestion est ainsi infirmée.

3.2.2.3 Facteurs reliés à l'individu, adhésion et autogestion

3.2.2.3.1 Coping

Sont présentés ici les résultats significatifs du Tableau XLV : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et les stratégies de coping (p. LXVI). Les associations qui ne sont pas rapportées se sont avérées non significatives, mais sont présentées au Tableau XLV.

Selon l'hypothèse H5a, les stratégies de coping dites fonctionnelles (coping actif, planification, utilisation du soutien instrumental et émotionnel, réinterprétation positive, humour, acceptation et religion) seraient corrélées positivement aux différentes dimensions d'adhésion et d'autogestion. Les associations obtenues sont significatives et positives entre plusieurs stratégies fonctionnelles et certaines dimensions d'adhésion et d'autogestion, confirmant partiellement cette hypothèse. Effectivement, selon les résultats, les participants qui utilisent davantage les stratégies de coping actif, planification, réinterprétation positive et acceptation rapportent des niveaux significativement plus élevés d'adhésion *globale*, au *style de vie/monitoring*, au *traitement médicamenteux* et d'autogestion de *l'alimentation générale* et de *l'alimentation spécifique*.

Quelques-unes des stratégies de coping dites fonctionnelles ont une influence exclusive et significative sur une dimension spécifique d'autogestion. Recourir davantage au coping actif est associé à une meilleure autogestion de *l'activité physique*. Plus de planification est associée à des scores plus élevés d'autogestion des *tests de glycémie*. Une plus grande recherche de soutien instrumental est corrélée à des niveaux supérieurs d'autogestion des *soins des pieds*.

Concernant les stratégies de coping dites dysfonctionnelles, certaines, mais pas toutes, se sont avérées être associées de manière significative et négative à l'adhésion et à l'autogestion. Cela ne valide que partiellement l'hypothèse H5b selon laquelle toutes les stratégies de coping dysfonctionnelles seraient associées significativement à l'adhésion ou

l'autogestion. Les résultats montrent que les stratégies de désengagement comportemental et de blâme sont associées à des niveaux plus bas d'adhésion *globale* et d'adhésion au *style de vie/monitoring*. En plus, le désengagement comportemental est aussi lié à une pauvre adhésion au *traitement médicamenteux* et autogestion des *tests de glycémie*. Les participants qui ont recours davantage à l'utilisation de substances indiquent des niveaux plus faibles d'autogestion de la *médication*.

3.2.2.3.2 Perception de sévérité du diabète et satisfaction de l'état de santé

Tel qu'attendue selon l'hypothèse H4, la nature de l'association entre la satisfaction de l'état de santé et l'adhésion ou l'autogestion est positive. Le niveau de satisfaction face à l'état de santé global est lié significativement et de manière positive à l'adhésion *globale*, au *style de vie/monitoring*, au *traitement médicamenteux* ainsi qu'à l'autogestion de *l'alimentation spécifique*. Plus les participants sont satisfaits de leur état de santé global, plus ils adhèrent au traitement et font une bonne autogestion. En outre, plus la satisfaction de l'état de santé global est élevée ou plus la perception de sévérité du diabète est faible, plus les répondants ont des niveaux élevés d'autogestion de *l'alimentation générale*. Ainsi, contrairement à l'hypothèse H3 qui postulait une relation positive, l'association entre la perception de sévérité du diabète et l'autogestion est négative. La sévérité perçue et la satisfaction de l'état de santé ne sont associées significativement à aucune autre mesure d'adhésion et d'autogestion (voir Tableau XLVI, colonnes 1-2, p. LXVII).

3.2.2.3.3 Croyances de santé spécifiques au diabète

Les trois types de croyances de santé (vulnérabilité, bénéfiques du traitement et perception d'absence d'obstacles au traitement) sont associés significativement et positivement à certaines des mesures d'adhésion et d'autogestion (voir Tableau XLVI, colonnes 3 à 5, p. LXVII), mais pas à chacune d'elles, ce qui confirme partiellement l'hypothèse H6. Plus les diabétiques croient à la vulnérabilité au diabète, aux bénéfices du traitement et à l'absence d'obstacles perçus pour sa mise en application, supérieurs sont les

niveaux d'adhésion au *style de vie/monitoring*, d'autogestion de *l'alimentation générale*, de *l'alimentation spécifique* et des *tests de glycémie*. De plus, les croyances à la vulnérabilité et à l'absence d'obstacles perçus sont associées aux scores d'adhésion *globale* : plus ces scores sont élevés plus ces croyances sont fortes. La croyance à la vulnérabilité est également associée à une meilleure adhésion au *traitement médicamenteux* alors que croire en peu d'obstacles perçus influence aussi positivement l'autogestion de *l'activité physique*.

3.2.2.3.4 *Lieu de contrôle de santé*

Contrairement à ce qui était attendu selon l'hypothèse H7a, qui postulait une relation positive entre le lieu de contrôle interne et l'adhésion ou l'autogestion, les résultats obtenus révèlent que le lieu de contrôle de santé interne est négativement associé à l'autogestion de *l'activité physique*. Plus les personnes pensent que le contrôle du diabète leur revient, moins l'autogestion de l'activité physique est bonne. Dans le même ordre d'idée, les résultats infirment l'hypothèse H7c selon laquelle le lieu de contrôle externe attribué aux autres serait lié positivement et significativement à l'adhésion et l'autogestion. En outre, le lieu de contrôle externe attribué aux autres (médecins et autres personnes) est corrélé de manière significative mais négative avec l'adhésion au *style de vie/monitoring*. Plus les participants attribuent le contrôle du diabète au médecin et aux autres, moins ils ont des niveaux élevés d'adhésion au style de vie/monitoring. Aucune association n'est observée pour le lieu de contrôle externe attribué au hasard en relation avec l'adhésion et l'autogestion (voir Tableau XLVI, colonnes 6 à 8, p. LXVII) alors que l'hypothèse H7b postulait la présence d'une association significative et négative entre ces variables.

3.2.2.3.5 *Attachement évitant*

Une association positive et significative pour l'attachement évitant est notée seulement en ce qui concerne l'autogestion de la *médication*. Ainsi, les participants ayant un style d'attachement évitant rapportent une meilleure autogestion de la médication (voir Tableau XLVI, colonne 9, p. LXVII). Ces résultats infirment l'hypothèse H8a postulant

que l'attachement évitant serait associé négativement à l'adhésion ou l'autogestion. Selon les résultats obtenus dans la présente étude, les autres dimensions de l'adhésion et de l'autogestion ne sont pas corrélées à ce style d'attachement.

3.2.2.4 Facteurs reliés à l'entourage, adhésion et autogestion

3.2.2.4.1 Disponibilité perçue du soutien social

Comme le montre le Tableau XLVII dans la colonne 1 (p. LXVIII), une plus grande perception de disponibilité du soutien social se trouve corrélée significativement à de plus hauts niveaux d'autogestion de *l'activité physique* et des *tests de glycémie*. Ces résultats confirment partiellement l'hypothèse H9 selon laquelle une relation positive et significative était attendue entre la perception de disponibilité du soutien social et l'adhésion ou l'autogestion. La disponibilité perçue du soutien social n'est cependant pas corrélée de manière significative aux autres mesures d'adhésion et d'autogestion au sein de l'échantillon.

3.2.2.4.2 Satisfaction du soutien social reçu

Les participants très satisfaits du soutien social reçu adhèrent significativement plus au *traitement médicamenteux* et font une meilleure autogestion de *l'alimentation générale*. La satisfaction face au soutien social n'est cependant pas corrélée significativement aux autres dimensions d'adhésion et d'autogestion (voir Tableau XLVII, colonne 2, p. LXVIII). Ainsi, ces résultats confirment aussi de façon partielle l'hypothèse H9 qui postulait une association positive entre la satisfaction du soutien social et l'adhésion ou l'autogestion.

3.2.2.5 Facteurs reliés à la relation soignant-soigné, adhésion et autogestion

L'hypothèse H10 est confirmée partiellement par les résultats obtenus aux analyses bivariées. Selon cette hypothèse, une association significative et positive est attendue entre

chacun des facteurs reliés à la relation soignant-soigné et les mesures d'adhésion et d'autogestion.

3.2.2.5.1 *Acceptation, faisabilité des recommandations et influence du médecin*

Meilleures sont l'acceptation des recommandations, l'influence du médecin et l'évaluation de faisabilité des recommandations, plus sont élevés de manière significative les niveaux d'adhésion *globale*, d'adhésion au *style de vie/monitoring*, d'adhésion au *traitement médicamenteux* et d'autogestion des *tests de glycémie*. De même, plus les niveaux d'autogestion de *l'alimentation générale*, d'autogestion de *l'alimentation spécifique* sont élevés, plus les participants ont un niveau d'acceptation élevé des recommandations et plus ils les considèrent faisables. Les autres mesures d'adhésion et d'autogestion ne sont pas associées significativement ni à l'acceptation des recommandations, ni à la perception de l'influence du médecin, ni à la faisabilité perçue des recommandations (voir Tableau XLVII, colonnes 3, 4 et 6, p. LXVIII).

3.2.2.5.2 *Concordance soignant-soigné*

La concordance entre le soignant et le soigné est corrélée positivement à l'autogestion des *soins des pieds*, mais à aucune autre mesure d'adhésion ou d'autogestion (voir Tableau XLVII, colonne 5, p. LXVIII).

3.3 Analyses multivariées

Neuf analyses de régression multiple utilisant la sélection de modèle pas à pas (*stepwise*) ont été réalisées afin d'identifier les meilleurs prédicteurs au plan statistique des neuf variables dépendantes correspondant aux différentes dimensions d'adhésion et d'autogestion. Par la suite, nous avons procédé à neuf analyses de régression multiple

hiérarchique, avec sélection pas à pas à l'intérieur de chaque bloc, afin de déterminer la contribution additive de chaque catégorie de caractéristiques et de facteurs à la prédiction des neuf dimensions d'adhésion et d'autogestion. Toutes les valeurs numériques des résultats obtenus dans le cadre de ces analyses sont présentées sous forme de tableaux se trouvant à l'Appendice B et cités dans le texte qui suit.

3.3.1 Meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion

Les analyses de régression multiple utilisant la méthode de sélection pas à pas permettent de sélectionner un nombre réduit de variables qui explique significativement une quantité raisonnable de variation d'adhésion et d'autogestion. L'ordre d'entrée d'une variable indépendante dans l'analyse est déterminé par la puissance de sa corrélation partielle avec la variable dépendante.

Rappelons qu'étant donné la nature exploratoire de l'étude, aucune hypothèse n'a été précisée concernant les variables indépendantes qui s'avèreraient être les meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion. Les résultats de ces analyses montrent que les neuf modèles de régression avec méthode de sélection pas à pas se sont avérés significatifs, indiquant que l'ensemble des variables d'adhésion et d'autogestion peuvent être prédites par un ou plusieurs des facteurs sous étude.

3.3.1.1 Adhésion au style de vie/monitoring

Le Tableau XLVIII (p. LXIX) présente les six prédicteurs d'adhésion au style de vie/monitoring expliquant au total 46.5% de la variance observée. Les résultats montrent ainsi que le niveau d'adhésion au style de vie/monitoring est plus élevé quand les diabétiques utilisent davantage le *coping actif* ($\beta = .23$), qu'ils croient en peu d'*obstacles perçus* au traitement ($\beta = .27$) et être *vulnérables* aux complications ($\beta = .19$), lorsque qu'ils sont de *sexe* masculin ($\beta = .18$), qu'ils ont moins recours au *désengagement*

comportementale ($\beta = -.19$) et lorsqu'ils ont reçu de leur médecin la recommandation de suivre une *diète faible en glucides* ($\beta = .19$).

3.3.1.2 Adhésion au traitement médicamenteux

Deux prédicteurs expliquent 18.9% de la variance observée d'adhésion au traitement médicamenteux. À ce propos, les résultats présentés au Tableau XLIX (p. LXIX) révèlent ainsi que les diabétiques les plus adhérents au traitement médicamenteux rapportent davantage utiliser le *coping actif* ($\beta = .30$) et moins utiliser le *désengagement comportementale* ($\beta = -.27$).

3.3.1.3 Adhésion globale

Pour ce qui est de l'adhésion globale, trois prédicteurs expliquent de manière significative 39.8% de la variance observée. Les résultats présentés au Tableau L (p. LXX) indiquent donc que l'adhésion globale augmente, plus les patients croient être *vulnérables* aux complications ($\beta = .36$), moins ils ont recours au *désengagement comportementale* ($\beta = -.32$) et à mesure que le *coping actif* s'accroît ($\beta = .28$).

3.3.1.4 Autogestion de l'alimentation générale

Il y a quatre prédicteurs qui expliquent 37.5% de la variance de l'autogestion de l'alimentation générale. Ainsi, davantage recourir au *coping actif* ($\beta = .29$), croire être *vulnérable* au diabète ($\beta = .28$), percevoir le diabète comme étant peu *sévère* ($\beta = -.24$) et croire en peu d'*obstacles perçus* au traitement ($\beta = .21$) favorisent des niveaux plus élevés d'autogestion de l'alimentation générale (voir Tableau LI, p. LXX).

3.3.1.5 Autogestion de l'alimentation spécifique

L'analyse de régression avec sélection pas à pas montre trois prédicteurs expliquant significativement 16.5% de variance d'autogestion de l'alimentation spécifique. Les résultats révèlent que les diabétiques qui *planifient* plus ($\beta = .25$), qui perçoivent comme

étant *faisables* les recommandations prodiguées par le médecin traitant ($\beta = .21$) et lorsqu'ils sont d'*origine ethnique* caucasienne ($\beta = .20$) obtiennent les niveaux d'autogestion de l'alimentation spécifique les plus élevés (voir Tableau LII, p. LXXI).

3.3.1.6 Autogestion de l'activité physique

Trois prédicteurs d'autogestion de l'activité physique expliquent 16.6% de la variance. Il ressort du Tableau LIII (p. LXXI) que les diabétiques, qui rapportent une meilleure autogestion de l'activité physique, ont davantage la croyance qu'il y a peu d'*obstacles perçus* ($\beta = .26$), ont un *lieu de contrôle interne* faible ($\beta = .25$) et perçoivent plus *disponible* leur réseau social ($\beta = .23$).

3.3.1.7 Autogestion des tests de glycémie

La régression ($R^2 = 16.8\%$) qui porte sur l'autogestion des tests de glycémie indique que la croyance à la *vulnérabilité* est positivement corrélée aux niveaux d'autogestion des tests de glycémie ($\beta = .41$) (voir Tableau LIV, p. LXXII).

3.3.1.8 Autogestion des soins des pieds

Les deux prédicteurs d'autogestion des soins des pieds expliquent 16.7% de variance observée. Le niveau d'autogestion des soins des pieds est ainsi plus élevé chez les patients de *sexe féminin* ($\beta = .21$), de même que chez les patients qui perçoivent une *concordance* élevée entre le soignant et le soigné ($\beta = .33$) (voir Tableau LV, p. LXXII).

3.3.1.9 Autogestion de la médication

Le Tableau LVI (p. LXXIII) présente les résultats de régression ($R^2 = 18.2\%$) indiquant que *l'attachement évitant* est prédicteur d'autogestion de la médication ($\beta = .33$) ainsi que la stratégie de coping *d'utilisation de substances* ($\beta = .25$). Plus le style d'attachement de la personne est évitant et moins elle a recours à des substances pour

relaxer (alcool, médicaments ou drogues), plus le niveau d'autogestion de la médication est élevé.

3.3.2 Approche systémique de prédiction d'adhésion et d'autogestion

Les analyses de régression multiple hiérarchique, avec méthode pas à pas à l'intérieur de chaque bloc, permettent de déterminer si l'ajout progressif de cinq blocs de variables indépendantes est susceptible d'expliquer des variations d'adhésion et d'autogestion. L'ordre d'entrée des blocs dans l'analyse s'appuie sur une perspective systémique et écologique (Fisher et al., 2005) : (bloc 1) caractéristiques sociodémographiques, (bloc 2) caractéristiques reliées à la santé, (bloc 3) facteurs reliés à l'individu, (bloc 4) facteurs reliés à l'entourage et (bloc 5) facteurs reliés à l'ajustement soignant-soigné (voir Figure 1, p. XXX). Selon Fisher et ses collègues (2005), les ressources et le soutien nécessaires à l'autogestion sont regroupés en quatre cercles concentriques selon différents niveaux d'influence comportementale sur l'individu (ex. : individuel, familial, culturel et communautaire). Plus ces variables sont près de l'individu plus elles vont influencer son comportement. Les variables les plus accessibles à l'individu sont ainsi entrées en premier dans les analyses. Tous les blocs sont entrés dans l'analyse, mais ceux qui n'ajoutent pas à la prédiction ne sont pas retenus dans les modèles finaux. De plus, la méthode de sélection pas à pas permet de retenir à l'intérieur de chaque bloc uniquement les variables s'avérant prédictives sur la base des corrélations partielles, une fois qu'on a contrôlé pour le(s) bloc(s) de variables entré(s) précédemment.

Au bloc des caractéristiques sociodémographiques (bloc 1) les variables qui ont été incluses sont l'âge, le statut d'emploi, le niveau de scolarité, l'état civil, le sexe, l'origine ethnique, le revenu annuel brut et la modalité d'habitation. Le bloc de caractéristiques reliées à la santé (bloc 2) incluait la durée d'évolution du diabète, le type de médecin traitant, le nombre de complications, le type de traitement recommandé, le nombre de médicaments et l'IMC. En plus, sont inclus dans les analyses au bloc 2, le type de

complications (ex. : hypercholestérolémie) et les recommandations reçues (ex. : suivre une diète faible en glucides) seulement dans le cas de la (ou des) dimension(s) d'adhésion et d'autogestion avec la(les)quelle(s) ces caractéristiques se sont trouvées associées de manière significative aux analyses bivariées.

Tout comme dans les analyses de régression pas à pas, les neuf modèles de régression hiérarchique se sont tous avérés significatifs. Les hypothèses H11 à H15 telles que formulées dans cette étude postulaient que les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques reliées à la santé, les facteurs reliés à l'individu, les facteurs reliés à l'entourage et les facteurs reliés à la relation soignant-soigné expliqueraient tous une portion significative de variance pour toutes les dimensions d'adhésion et d'autogestion même après l'ajout d'une ou plusieurs de ces catégories de variables (selon l'ordre d'entrée prédéterminé). Les résultats obtenus aux analyses de régression multiple hiérarchique n'appuient que partiellement ces hypothèses. En effet, selon la dimension d'adhésion ou d'autogestion, plusieurs catégories de facteurs expliqueront une portion significative de variance des scores alors que pour une autre dimension d'adhésion ou d'autogestion, seulement une ou deux catégories de variables ajouteront à l'explication de la variance des scores.

3.3.2.1 Adhésion au style de vie/monitoring

Le modèle final prédit 60.8% de la variation d'adhésion au style de vie/monitoring (voir Tableau LVII, p. LXXIV). Le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* et celui des *caractéristiques reliées à la santé* expliquent respectivement 16.5% et 9.6% de la variance obtenue. Le bloc de *facteurs reliés à l'individu* ajoute 34.6% à la prédiction. Les prédicteurs des deux premiers blocs sont le statut d'emploi ($\beta = .30$) et la recommandation de faire des exercices légers quotidiens ($\beta = .30$). Les prédicteurs du troisième bloc sont la croyance en peu d'obstacles ($\beta = .26$), les stratégies de coping de planification ($\beta = .30$), puis de blâme ($\beta = -.23$) et la croyance aux bénéfices du traitement ($\beta = .19$). L'adhésion

au style de vie/monitoring est meilleure lorsque les patients ne travaillent pas à l'extérieur et n'ont pas reçu la recommandation de faire des exercices légers quotidiens, plus ils croient qu'il n'y a pas d'obstacles au traitement, plus ils planifient, moins ils se blâment et plus ils croient aux bénéfices du traitement.

3.3.2.2 Adhésion au traitement médicamenteux

Les résultats indiquent que le modèle explique 27.8% de la variance d'adhésion au traitement médicamenteux (voir Tableau LVIII, p. LXXV). Le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* explique 11.1%, et ensuite le bloc des *facteurs reliés à l'individu* contribue encore à expliquer 16.6% de la variation obtenue. Les prédicteurs sont l'état civil ($\beta = .33$) et les stratégies de coping de désengagement comportemental ($\beta = -.30$) et d'acceptation ($\beta = .26$). Lorsque les patients sont en couple, qu'ils ont moins recours au désengagement comportemental et acceptent davantage le diabète, plus l'adhésion au traitement médicamenteux augmente.

3.3.2.3 Adhésion globale

Le modèle final explique 61.1% de la variance d'adhésion globale (voir Tableau LIX, p. LXXVI). Le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* et celui des *caractéristiques reliées à la santé* expliquent respectivement 19.1% et 7.2% de la variance obtenue. Le bloc des *facteurs reliés à l'individu* ajoute 34.8% à la prédiction. Les prédicteurs sont (bloc 1) le statut d'emploi ($\beta = .44$), (bloc 2) le nombre de complications ($\beta = -.27$), (bloc 3) le désengagement comportemental ($\beta = -.46$), la planification ($\beta = .29$) et la satisfaction de l'état de santé global ($\beta = .22$). Les résultats révèlent qu'une hausse de l'adhésion globale est liée au fait que les patients ne travaillent pas à l'extérieur, ont moins de complications, utilisent moins le désengagement comportemental, davantage la planification et qu'ils ont un taux plus élevé de satisfaction de leur état de santé global.

3.3.2.4 Autogestion de l'alimentation générale

Tel que présenté au Tableau LX (p. LXXVII), le modèle final explique au total 38.5% de la variance d'autogestion de l'alimentation générale. Lorsqu'entrés progressivement, le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* ($R^2 = 9.7\%$), le bloc des *caractéristiques reliées à la santé* ($R^2 = 10.8\%$) et le bloc des *facteurs reliés à l'individu* ($R^2 = 18.4\%$) contribuent de manière significative à la variance observée. Les variables appartenant à ces blocs s'étant avérées être des prédicteurs significatifs sont : (bloc 1) l'origine ethnique ($\beta = .31$), (bloc 2) le nombre de complications ($\beta = -.24$), la recommandation de faire des exercices légers au quotidien ($\beta = .24$) et (bloc 3) le coping actif ($\beta = .40$). La nature de la relation entre ces prédicteurs et l'autogestion de l'alimentation générale implique que le degré d'autogestion de l'alimentation générale s'élève lorsque l'origine ethnique est caucasienne, les complications sont peu nombreuses, quand le patient ne s'est pas fait recommander de faire des exercices légers quotidiennement et à mesure qu'augmente le coping actif.

3.3.2.5 Autogestion de l'alimentation spécifique

La variance d'autogestion de l'alimentation spécifique qui est expliquée par le modèle final est de 32.2% selon les résultats présentés au Tableau LXI (p. LXXVIII). Le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* contribue à 7.7%, ensuite le bloc des *caractéristiques reliées à la santé*, à 11.1% et finalement le bloc des *facteurs reliés à l'individu* est responsable encore de 13.4% de l'explication de la variance observée. Les prédicteurs du modèle final sont l'origine ethnique, ($\beta = .28$), le nombre de complications ($\beta = -.23$), la recommandation de suivre un régime faible en gras ($\beta = .23$) et la planification ($\beta = .38$). Les résultats indiquent que l'origine ethnique caucasienne, avoir moins de complications, avoir reçu la recommandation de suivre un régime faible en gras et planifier davantage sont associés à une hausse du niveau d'autogestion de l'alimentation spécifique.

3.3.2.6 Autogestion de l'activité physique

Au total, le modèle explique 11.4% de la variance d'autogestion de l'activité physique (voir Tableau LXII, p. LXXIX). Le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* en explique 5.8% et par la suite le bloc des *facteurs reliés à l'entourage* ajoute 5.6% à la prédiction. Les prédicteurs pour chaque bloc sont l'âge ($\beta = .24$) et la disponibilité perçue du soutien social ($\beta = .24$). Ainsi, plus les patients sont âgés et plus la perception de disponibilité du soutien social augmente, meilleure est l'autogestion de l'activité physique.

3.3.2.7 Autogestion des tests de glycémie

Le bloc des *facteurs reliés à l'individu* explique 22.9% de variation des niveaux d'autogestion des tests de glycémie et le bloc des *facteurs reliés à l'entourage* ajoute encore 5.4% à la prédiction. Le modèle prédit donc en tout 28.8% de la variance obtenue (voir Tableau LXIII, p. LXXX). Les prédicteurs sont la croyance à la vulnérabilité, ($\beta = .39$), le désengagement comportemental ($\beta = -.22$) et la disponibilité perçue du soutien social ($\beta = .23$). Les résultats indiquent que l'autogestion des tests de glycémie augmente à mesure que la croyance d'être prédisposé au diabète s'élève, que le recours au désengagement comportemental diminue et qu'il y a une hausse de la perception de disponibilité du soutien social.

3.3.2.8 Autogestion des soins des pieds

Le modèle final ne comprend que le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* et explique 9.8% de la variance d'autogestion des soins des pieds (voir Tableau LXIV, p. LXXXI). Le sexe s'est donc avéré être le seul prédicteur ($\beta = .31$) indiquant que l'autogestion des soins des pieds est meilleure lorsque le patient est une femme.

3.3.2.9 Autogestion de la médication

La variance totale expliquée par le modèle est de 26% (voir Tableau LXV, p. LXXXII). Le bloc des *caractéristiques sociodémographiques* en explique 8.3%, 3% de variation est expliquée en plus par le bloc des *caractéristiques reliées à la santé* et, finalement, le bloc des *facteurs reliés à l'entourage* ajoute 9.8% à la prédiction. Les prédicteurs pour ces blocs sont l'âge ($\beta = .29$), la modalité d'habitation ($\beta = .29$) et la disponibilité perçue du soutien social ($\beta = .32$). Plus les patients sont âgés, lorsqu'ils n'habitent pas seuls et que la perception de disponibilité du soutien social est élevée, plus les niveaux d'autogestion de la médication augmentent.

3.4 Observations complémentaires des analyses *a posteriori*

Des analyses bivariées (r de Pearson) ont été effectuées *a posteriori* entre les principales variables indépendantes. Ces analyses permettent de mieux comprendre, entre autres, le rôle de certains prédicteurs en examinant les relations significatives qu'ils présentent avec d'autres variables indépendantes à l'étude. Pour les données chiffrées qui ne sont pas rapportées dans cette section, utiliser les références aux tableaux dans le texte afin de les consulter en appendice. Certains résultats des analyses *a posteriori* pertinents en lien avec la discussion au chapitre IV sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

3.4.1 Sexe

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant la présence ou non de problèmes de pied, $\chi^2(1, N=102) = 0.708, p = .339$.

3.4.2 Niveau socioéconomique

Le revenu familial brut obtient des corrélations positives, entre autres, à la croyance en peu d'obstacles ($r(N=110) = .33, p < .001$) et à la perception de faisabilité des recommandations ($r(N=110) = .33, p < .001$). Ainsi, plus le revenu familial brut est élevé, plus les participants croient qu'il y a peu d'obstacles à mettre en place le traitement et plus ils perçoivent les recommandations faites par le médecin comme étant faisables.

3.4.3 Nombre de complications

Le nombre de complications est corrélé significativement à la durée d'évolution du diabète ($r(N=107) = .25, p = .009$). Ainsi, les diabétiques ayant le diabète depuis plus longtemps présentent un plus grand nombre de complications.

3.4.4 Perception de la sévérité du diabète et satisfaction de l'état de santé global

La perception de sévérité du diabète, évaluée à l'aide d'un item maison utilisant l'échelle VAS, n'est corrélée significativement à aucune des trois croyances de santé (vulnérabilité, peu d'obstacles perçus et bénéfiques) (voir Tableau LXVII, p. LXXXIV). Par ailleurs, la perception de sévérité du diabète est corrélée négativement et de manière significative à la satisfaction de l'état de santé global (voir Tableau LXVI, p. LXXXIII). Ainsi, plus le diabète est perçu comme peu sévère, plus le patient est satisfait de son état de santé global. Les analyses *a posteriori* ont montré que la perception de sévérité du diabète est corrélée au taux d'A1c de manière significative et positive ($r(N=100) = .27, p = .008$). Ce résultat indique qu'une augmentation du taux d'A1c est liée à une perception du diabète comme étant plus sévère.

De plus, la satisfaction de l'état de santé global, également évaluée à l'aide d'un item maison utilisant l'échelle VAS, est associée significativement et de manière négative au nombre de complications ($r(N=108) = -.27, p = .004$). Plus le nombre de complications est faible, plus le patient est satisfait de son état de santé global. La satisfaction de l'état de santé global est, quant à elle, corrélée aux trois croyances de santé à l'étude (voir Tableau LXVII, p. LXXXIV).

3.4.5 Utilisation de substances

La stratégie de coping d'utilisation de substances est corrélée positivement et significativement à la satisfaction de l'état de santé global, aux stratégies de coping de réinterprétation positive, d'acceptation et d'humour ainsi qu'à la faisabilité perçue des recommandations. Ainsi, plus une personne a recours à l'alcool, aux médicaments ou à d'autres substances pour relaxer, plus son niveau de satisfaction face à son état de santé global est élevé, plus elle a recours à la réinterprétation positive, à l'humour et accepte son diabète et finalement, plus elle perçoit comme faisable les recommandations faites par le médecin traitant (voir Tableau LXVI, p. LXXXIII; Tableau LXVII, p. LXXXIV).

3.4.6 Lieu de contrôle de santé spécifique au diabète

Le lieu de contrôle *interne* est corrélé significativement, mais négativement à la stratégie de coping « religion » (voir Tableau LXVII, p. LXXXIV) et positivement à la croyance aux bénéfices du traitement (voir Tableau LXVIII, p. LXXXV). Ainsi plus le lieu de contrôle est interne, plus la personne croit aux bénéfices du traitement et a moins recours à la religion comme stratégie d'adaptation au diabète.

Le lieu de contrôle *externe* attribué au hasard est corrélé significativement et de manière positive à la stratégie de déni, à la croyance à la vulnérabilité et de façon négative à la stratégie de distraction. Plus le contrôle du diabète est attribué au hasard plus le patient

fait du déni et croit être prédisposé au diabète et moins il utilise la distraction pour y faire face (voir Tableau LXVII, p. LXXXIV; Tableau LXVIII, p. LXXXV). Le lieu de contrôle externe attribué aux autres (médecin ou autre) est, quant à lui, associé à plusieurs facteurs psychosociaux dont trois pour lesquelles les corrélations sont les plus fortes et significatives : faisabilité des recommandations, acceptation des recommandations et croyances concernant les obstacles perçus (voir Tableau LXVIII, p. LXXXV). En conséquence, plus les patients attribuent le contrôle aux autres, plus l'acceptation des recommandations est faible, moins les recommandations sont considérées faisables et plus ils croient qu'il y a des obstacles à la mise en place du traitement.

3.4.7 Attachement évitant

Le style d'attachement évitant est corrélé significativement et de manière positive à la stratégie de coping de *déni* (voir Tableau LXVIII, p. LXXXV) et au lieu de contrôle *externe attribué aux autres*, mais de façon négative à la *satisfaction* face au réseau social, à *l'influence du médecin*, à la *faisabilité* des recommandations prodiguées par le médecin et à *l'acceptation des recommandations* (voir Tableau LXVIII, p. LXXXV). Les résultats indiquent donc qu'un style d'attachement plus évitant est associé à plus de déni, à une plus grande attribution du contrôle aux autres, à de l'insatisfaction face au soutien social, à une perception moins positive de l'influence du médecin, à des recommandations perçues comme moins faisables et à un niveau plus faible d'acceptation des recommandations.

3.4.8 Disponibilité perçue du soutien social

La disponibilité perçue est corrélée significativement et de manière positive à la *satisfaction* face au soutien social reçu, mais également à la stratégie de coping de *planification*, de *soutien instrumental*, de *soutien émotionnel*, d'*expression des émotions*, de *réinterprétation positive* et de *distraktion* (voir Tableau LXVIII, p. LXXXV). Aucune association significative n'a été trouvée entre la disponibilité perçue du soutien social et

l'influence du médecin, la faisabilité des recommandations prodiguées par le médecin, la concordance soignant-soigné et l'acceptation des recommandations.

*C'est au-delà des mots que se font les vraies
adhésions.*

Patrick Segal (Extrait tiré de *L'homme qui marchait dans sa tête*, 1977)

CHAPITRE IV – Discussion

Le principal objectif de cette recherche est d'explorer le rôle des facteurs psychosociaux dans le phénomène d'adhésion au traitement et d'autogestion des soins chez des adultes diabétiques de type 2. En effet, ces facteurs sont souvent méconnus et peu utilisés dans le contexte de la consultation médicale, qui est souvent d'une durée limitée et centrée exclusivement sur le problème de santé et l'information en lien avec les recommandations de traitement selon l'étude DAWN (Massi-Benedetti et al., 2002).

Quatre questions de recherche sont abordées dans cette thèse. D'abord, nous avons dressé le portrait descriptif de l'échantillon clinique à l'étude. Puis, par analyses corrélationnelles, nous avons déterminé la nature des relations entre les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques reliées à la santé et les facteurs psychosociaux, considérés individuellement, avec chaque dimension d'adhésion au traitement (adhésion globale, style de vie/monitoring et traitement médicamenteux) et d'autogestion des soins (alimentation générale et spécifique, activité physique, tests de glycémie, médication, soins des pieds).

La troisième question de recherche vise à prédire l'adhésion et l'autogestion en identifiant quels sont les meilleurs prédicteurs parmi les variables indépendantes à l'étude étant ressorties comme étant significatives aux analyses bivariées. Pour ce faire, des analyses de régression avec la méthode de sélection pas à pas ont été utilisées.

La quatrième question de recherche est de savoir si on peut espérer prédire ou influencer les niveaux d'adhésion ou d'autogestion encore davantage par l'ajout de l'une ou l'autre des catégories de facteurs à l'étude. Pour y répondre, les variables à l'étude ont été regroupées en cinq catégories (chaque catégorie est considérée comme un système d'influences réciproques) : (a) caractéristiques sociodémographiques, (b) caractéristiques reliées à la santé, (c) facteurs reliés à l'individu (sévérité perçue du diabète, satisfaction face à l'état de santé global, stratégies de coping, croyances de santé, lieu de contrôle de santé spécifique au diabète, attachement évitant), (d) facteurs reliés à l'entourage (soutien social) et (e) facteurs reliés à la relation soignant-soigné (acceptation des recommandations). De cette manière, nous avons pu déterminer quelle(s) catégorie(s) de facteurs ajoutaient significativement à la prédiction de l'adhésion ou de l'autogestion en contrôlant pour l'influence des autres catégories déjà entrées dans les modèles de prédiction. Des analyses de régression hiérarchique (méthode de sélection pas à pas à l'intérieur de chaque bloc) ont été utilisées pour répondre à cette question.

Il s'agit en somme d'une tentative d'identifier les « meilleurs » facteurs spécifiques et les principales catégories de facteurs qui pourraient être intégrés à l'évaluation des besoins des patients ainsi qu'au développement d'interventions pertinentes auprès des diabétiques. Nous souhaitons ainsi faire en sorte que les soignants de toutes disciplines impliqués auprès des personnes diabétiques de type 2 ressentent moins d'impuissance et se considèrent plus efficaces à faire face aux problèmes d'adhésion et d'autogestion des soignés. En effet, les diabétiques de type 2 doivent être soutenus dans l'adoption d'un ensemble de mesures complexes et multidimensionnelles pour arriver à un contrôle optimal de la glycémie et ainsi espérer retarder l'apparition de complications pathophysiologiques dont les coûts sont importants tant pour l'individu que pour la société (ACD, 2003).

La présente thèse soutient que les soignants de toutes disciplines devraient lors des consultations (a) évaluer les besoins des patients dans l'établissement du traitement du diabète et des recommandations associées en examinant la présence de prédicteurs et de

catégories de prédicteurs de l'adhésion et de l'autogestion (b) et utiliser les meilleurs prédicteurs ou catégories de prédicteurs pour concevoir des interventions visant à prévenir les problèmes ou à intervenir pour améliorer l'adhésion et l'autogestion.

Dans cette section, nous tenterons de répondre aux questions de recherche en discutant de manière intégrée des implications aux plans théorique, clinique et de la recherche. Les limites de l'étude sont aussi soulignées en cours de discussion.

4.1 Portrait de l'échantillon

L'échantillon comprend des patients diabétiques de type 2 et provient d'un seul milieu clinique de Montréal. Tous les participants ont un médecin traitant et ont reçu de l'enseignement sur le diabète. La majorité des participants (58%) sont traités pour le diabète par un omnipraticien et la plupart (près de 100%) ont reçu des recommandations concernant les quatre principales dimensions du traitement (médication, alimentation, tests de glycémie et activité physique). Ce sont donc des patients ayant accès à la fois à un suivi régulier de leur état diabétique en plus de ressources d'enseignement.

Une des limites de l'étude concerne la difficulté de généraliser les résultats obtenus puisque les données ont été obtenues dans le contexte de groupes d'enseignement et de relance dans une unité de jour de diabète d'un milieu hospitalier et sur référence médicale pour la plupart. D'une part, il est possible que, si les patients provenaient d'un autre milieu clinique ou de la population en général, les résultats soient différents. D'autre part, les données ont été recueillies auprès de personnes ayant reçu des services et soins particuliers et ces soins n'ont pas été recensés (ex. : type d'informations reçues, approche d'enseignement, nombre d'ateliers, types de professionnels de la santé impliqués, évaluations individuelles des patients, etc.). Or, ces soins peuvent avoir influencé les participants, notamment leurs niveaux d'adhésion et d'autogestion, mais également le

niveau de participation à l'étude. Ces résultats ne peuvent donc pas être généralisés à d'autres milieux cliniques. Des études multicentres, par exemple dans plus d'un milieu clinique spécialisé en diabète à Montréal, permettraient de contrer cette limite à la généralisation des résultats (Markovits, 2000).

Une force de l'étude est par ailleurs un effort de bien représenter le milieu clinique à l'étude, afin de maximiser la validité écologique, en ayant offert la possibilité de participer à la recherche à tous les patients des groupes d'enseignement et de relance à l'UJD présentant un diabète de type 2.

Dans l'échantillon, les participants sont traités pour le diabète surtout à l'aide d'une médication antidiabétique orale combinée à la diète (77.4%) ce qui suit les dernières tendances en matière de traitement : celles-ci indiquent en effet que l'utilisation de la médication antidiabétique orale a augmenté au début des années 2000 comparativement à la fin des années 90 (Koro et al., 2004). La majorité des participants (72.3%) ont un contrôle glycémique sous la cible des 7% et sont donc considérés comme ayant un contrôle optimal.

Au sein de l'échantillon, âgé en moyenne de 60 ans, il y a plus de femmes (53%) que d'hommes (47%) ce qui respecte la tendance indiquée par Émond (2002) à savoir que plus les diabétiques sont âgés plus la proportion de femmes est élevée. Pour l'âge et la durée d'évolution, l'échantillon n'est toutefois pas représentatif de la population de patients diabétiques fréquentant l'UJD, car l'échantillon comprend des patients significativement plus jeunes (âge moyen de 60 ans) et dont la durée d'évolution moyenne du diabète est moins longue (4 ans) que les patients n'ayant pas retourné les questionnaires, mais qui avaient consenti à participer à la recherche. La durée d'évolution du diabète de l'échantillon étant plus courte, cela peut expliquer que notre échantillon présente moins de complications pathophysiologiques et que très peu de participants ont été hospitalisés pour causes reliées au diabète dans le passé. La durée d'évolution et l'âge des participants constituent donc des facteurs d'attrition des sujets qui méritent d'être examinés dans d'autres études. Il n'est pas clair en quoi ces facteurs contribuent au refus de participer à

l'étude. Plusieurs auteurs indiquent l'importance de connaître de tels facteurs afin de maintenir la participation à la recherche (Nigg et al., 2002; Noar & Zimmerman, 2005).

Si l'on se fie aux données du recensement canadien de 2001 (Statistique Canada, 2001) ainsi qu'aux données sur la population diabétique canadienne (Santé Canada, 2002), l'échantillon de la présente étude semble représentatif de la population diabétique en ce qui a trait à la proportion de femmes et d'hommes en fonction de l'âge et au taux de tabagisme (15%). Toutefois, il s'agit d'un échantillon possédant des taux plus élevés d'embonpoint et d'obésité (92.6% dont l'IMC est supérieur à 25), d'hypercholestérolémie (80.4%) et d'hypertension (76.5%) que dans la population diabétique canadienne (respectivement 74.3 %, 50% et 45%). Bien que les participants à la recherche soient âgés en moyenne de 60 ans, ils ont une courte durée moyenne d'évolution du diabète, sont bien contrôlés au plan métabolique et ont accès à un médecin traitant et à des ressources d'enseignement sur le diabète. De plus, l'échantillon se distingue de la population canadienne en ce sens qu'on y retrouve une plus grande proportion de Caucasiens (92.2% au sein de l'échantillon versus 89% dans la population canadienne), de francophones (100% versus 22.7% dans la population canadienne et versus 81.2% dans la population québécoise), de personnes ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires (64.6% versus 30% de Canadiens entre 55 et 64 ans) et finalement dont le revenu familial annuel médian est inférieur (40 000\$) à celui des Canadiens (55 016\$) et des Québécois (50 242\$) pour l'année 2000. Dans l'échantillon, on retrouve une moins grande proportion de personnes travaillant à l'extérieur comparativement au reste du Canada (34.8% versus 58% chez les Canadiens âgés entre 55 et 64 ans). En ce qui a trait au pourcentage de personnes seules (célibataires, séparées, divorcées ou veuves), il est supérieur dans l'échantillon (43%) comparativement à celui des Canadiens âgés entre 55 et 64 ans qui ne sont pas mariés (30%). Ainsi, les résultats de la présente étude ne sont pas généralisables à la population diabétique générale ou à la population canadienne.

Précisons d'entrée de jeu que, dans la présente recherche, les niveaux d'adhésion au traitement médicamenteux et d'autogestion de la médication sont plus élevés que les niveaux d'adhésion et d'autogestion qui impliquent davantage de changements d'habitudes de vie, ce qui concorde avec les données recueillies dans la littérature (Doherty et al., 2000).

La présente étude a recours à des données autorapportées, entre autres pour évaluer les niveaux d'adhésion et d'autogestion, ce qui en constitue une autre des limites méthodologiques. Pour minimiser cette limite, nous avons eu recours à des mesures qui ont été identifiées dans la littérature comme ayant des propriétés psychométriques adéquates. De futures validations des résultats de cette étude pourraient être effectuées en mesurant l'adhésion et l'autogestion de façon prospective, en faisant des comparaisons avec des méthodes dites objectives d'adhésion et avec des mesures d'évaluation de la désirabilité sociale (Kurtz, 1990; Lerman, 2005; McNabb, 1997; Myers & Midence, 1998). De plus, des limites liées à l'utilisation de certains instruments de mesure dont la traduction française n'avait pas fait l'objet d'études de fidélité et de validité nous amènent à suggérer que de telles recherches soient effectuées afin de vérifier les qualités psychométriques des instruments nouvellement traduits ou adaptés, soit du MCS-16 (Modèle de croyances de santé – 16 items), du LCSM-C (Lieu de contrôle de santé multidimensionnel – Formulaire C), du EER (Échelle d'évaluation des recommandations), du QAD (Questionnaire des activités de diabète) et du SAAD-R (Sommaire des activités d'autogestion du diabète – Révisé).

Enfin, puisque nous retrouvons parfois des scores moyens très élevés pour certaines dimensions d'adhésion et d'autogestion (ex. : adhésion au traitement médicamenteux et autogestion de la médication), il est possible qu'un effet plafond ait rendu plus difficile l'identification de facteurs prédictifs de ces dimensions dans les analyses de régression, même si elles étaient significativement associées à certains prédicteurs au niveau des analyses corrélationnelles. Des études auprès d'échantillons moins adhérents au traitement

médicamenteux ou exerçant une plus faible autogestion de la médication permettraient de mieux connaître les facteurs psychosociaux prédisant des problèmes plus marqués d'adhésion ou d'autogestion de la médication.

4.2 Résultats des analyses bivariées

La deuxième question de recherche visait à préciser les liens entre les variables indépendantes et chaque dimension d'adhésion et d'autogestion, en vue de conserver celles dont les associations sont significatives, avant de les entrer dans les analyses multivariées. Étant donné le grand nombre de corrélations et de comparaisons effectuées, il n'est pas étonnant que plusieurs variables indépendantes, et ce dans chacune des catégories de variables à l'étude, aient été reliées significativement à plusieurs dimensions d'adhésion et d'autogestion. Il était d'ailleurs attendu, en accord avec nos hypothèses et la littérature, que plusieurs de ces associations seraient significatives. Nous discuterons plus en profondeur de la nature des associations pour les variables indépendantes s'étant finalement avérées déterminantes pour prédire l'adhésion ou l'autogestion dans la section traitant des analyses multivariées.

Avant cela, la présente étude a révélé certains résultats surprenants aux analyses corrélationnelles qui méritent à notre avis d'être discutés. En effet, des variables à l'étude, reconnues comme étant importantes pour expliquer l'adhésion ou l'autogestion dans la littérature, ne sont aucunement reliées à l'adhésion et l'autogestion dans notre recherche. Ces variables indépendantes sont le revenu et le nombre de médicaments. Nous discutons brièvement de ces résultats dans les paragraphes qui suivent.

Même si la littérature indique que le *niveau socioéconomique* est associé à l'adhésion à la médication (Piette, Heisler, et al., 2004; Piette, Wagner, et al., 2004; Hertz et al., 2005), aux tests de glycémie (Karter et al., 2000; Vincze et al., 2004), à l'activité

physique (Albright et al., 2003; Barrett et al., 2007; Nelson et al., 2002) et à l'alimentation (Vijan et al., 2005), les résultats de la présente étude n'ont pas trouvé que ces associations étaient significatives. Le revenu familial annuel brut, mesuré par un item maison dans la présente recherche, n'est lié significativement à aucune des mesures d'adhésion et d'autogestion. Plusieurs auteurs (Brown et al., 2004; Dutton et al., 2005; McCabe, 2003) ont posé l'hypothèse que les obstacles perçus au traitement seraient de meilleurs prédicteurs de l'adhésion que le niveau socioéconomique. Selon ces auteurs, un niveau socioéconomique faible nuirait à l'adhésion dans la mesure où il est associé à des conditions qui font obstacles à l'accès aux soins appropriés, aux médicaments, aux bandelettes réactives, aux pharmacies, aux centres d'alimentation spécialisée ou de conditionnement physique, etc. Dans la mesure où l'échantillon de la présente étude a accès à un système public d'assurance maladie, que l'ensemble des participants ont un médecin traitant pour le diabète, qu'ils ont participé à des groupes d'enseignement sur le diabète et qu'un régime public d'assurances médicaments est obligatoire au Québec en l'absence d'un régime privé, il est possible que les impacts d'un faible revenu en soient minimisés. Il serait néanmoins pertinent d'utiliser une mesure validée du niveau socioéconomique, comme l'indice Hollingshead, pour comparer avec l'item maison utilisé dans la présente étude, avant de se prononcer davantage sur ces résultats.

Dans notre étude, un plus grand nombre de médicaments antidiabétiques oraux n'est pas associé à plus de problèmes d'adhésion ou d'autogestion de la médication contrairement à ce qui est généralement établi dans la littérature (Venturini et al., 1999; Dey et al., 2000; Rubin, 2005). Rappelons ici que des scores très élevés d'adhésion au traitement médicamenteux et d'autogestion de la médication sont relevés au sein de l'échantillon. De plus, dans le sous-groupe ayant eu recours à de la médication, 61%, soit la majorité, n'utilise qu'un seul médicament alors que seulement 38% a recours à deux médicaments ou plus. Compte tenu de l'effet plafond et d'une moins grande représentativité de patients utilisant plus d'un médicament, les résultats de la présente étude concernant l'influence possible du nombre de médicaments demeurent limités.

Toutefois, selon la présente étude, le fait de ne pas être médicamenté du tout (d'être traité à la diète seule) est associé significativement à des niveaux plus élevés d'autogestion de l'alimentation générale comparativement aux patients traités à la diète combinée à une médication antidiabétique orale. Il est possible que prendre le médicament en tant que tel, peu importe le nombre, constitue une activité de traitement de plus et fasse donc en sorte que les patients délaissent les recommandations reliées à l'alimentation. De surcroît, il est possible que les patients croient que la médication « compensera » pour leurs écarts au niveau de l'alimentation. Cette piste d'explication est appuyée par le fait que, tel que nous le discuterons plus loin, les meilleurs prédicteurs d'adhésion au traitement médicamenteux sont des stratégies de désengagement comportemental et de coping actif et que le meilleur prédicteur d'autogestion de la médication est le style d'attachement évitant. De plus, tel que Grant et ses collègues (2003) ainsi que McCabe (2003) l'ont affirmé, la *perception d'obstacles* s'accroît davantage lorsque le nombre de médicaments augmente. Ainsi, selon notre étude, l'autogestion de l'alimentation générale étant prédite, entre autres, par la croyance aux obstacles perçus, il est possible que l'ajout d'une médication puisse être considéré comme un obstacle nuisant à l'autogestion de l'alimentation générale.

4.3 Résultats des analyses multivariées : deux approches de prédiction

La présente recherche s'est intéressée à mieux comprendre les phénomènes d'adhésion et d'autogestion en les abordant sous deux angles. Tout d'abord, l'angle des prédicteurs, toutes catégories confondues, permet de cibler les facteurs qui expliquent une plus grande proportion de variance d'adhésion et d'autogestion, ou autrement dit, d'identifier les *meilleurs* prédicteurs. En deuxième lieu, l'angle des catégories de prédicteurs a été adopté dans le but de préciser lesquelles des cinq catégories de facteurs

devraient être priorisées pour tenter d'optimiser les niveaux d'adhésion ou d'autogestion chez les diabétiques de type 2.

Aucune conclusion quant à des relations causales entre les variables sous étude ne peut être tirée étant donné la nature corrélationnelle du protocole de recherche (Howell, 1998). Bien que limités pour cette raison, plusieurs résultats obtenus à partir de ces deux angles de recherche offrent des pistes intéressantes concernant les variables ou les catégories de variables sur lesquels miser pour tenter de favoriser une meilleure adhésion ou autogestion chez les soignés.

Ainsi, nous aborderons dans les deux sections qui suivent plus en détails les deux approches de prédiction et leurs implications. Un fait saillant ressort à ce sujet. Les deux angles d'analyse ont permis de constater de façon congruente que certains modèles de prédictions permettent d'expliquer respectivement 40% et 47%, selon les régressions pas à pas (1^{er} angle), et 61% et 60%, selon les régressions hiérarchiques (2^e angle), de la variation des scores pour deux dimensions d'adhésion, soit l'adhésion globale et l'adhésion au style de vie/monitoring. L'adhésion au traitement médicamenteux et toutes les dimensions d'autogestion sont aussi prédites significativement, mais un pourcentage moins élevé (variant entre environ 10% et 39%) de variance des scores est expliqué par les modèles de prédiction créés sous chacun des angles d'analyse.

Il n'est pas clair en quoi l'adhésion globale et l'adhésion au style de vie/monitoring sont semblables, ni en quoi elles diffèrent des autres dimensions d'adhésion et d'autogestion, puisque la présente étude ne visait pas spécifiquement à comparer entre elles les différentes dimensions d'adhésion et d'autogestion, mais plus simplement à examiner ces phénomènes de manière exploratoire. En agissant sur les mesures plus « globales » d'adhésion, contribue-t-on à rehausser un niveau de base d'engagement dans l'ensemble des activités qui faciliteraient ensuite l'intervention sur une activité plus spécifique de traitement?

4.3.1 1^{er} angle : Meilleurs prédicteurs d'adhésion et d'autogestion

Les analyses de régression avec méthode de sélection pas à pas ont permis de faire ressortir les prédicteurs, toutes catégories de variables confondues, qui expliquaient le plus de variance possible pour chaque dimension d'adhésion et d'autogestion. Dans cette étude, non seulement les degrés d'adhésion ou d'autogestion varient d'une dimension à l'autre (ex. : niveau moyen d'autogestion de la médication est de 98% alors que le niveau moyen d'autogestion de l'activité physique est de 49%) tel que constaté également dans la littérature (Doherty et al., 2000; McNabb, 1997), mais chacune de ces dimensions est mieux prédite par un ensemble unique de caractéristiques et de facteurs psychosociaux. Les résultats font ainsi ressortir l'importance d'étudier l'adhésion et l'autogestion de manière multidimensionnelle.

Certains facteurs prédisent cependant plus d'une dimension d'adhésion ou d'autogestion. À titre d'illustration, des facteurs psychosociaux (ex. : origine ethnique, sévérité perçue du diabète, planification, lieu de contrôle interne, attachement évitant, disponibilité perçue du soutien social, concordance soignant-soigné et faisabilité perçue des recommandations) prédisent uniquement l'autogestion. Certains facteurs (ex. : recommandation de diète faible en glucides, désengagement comportemental) prédisent uniquement l'adhésion alors que d'autres (ex. : sexe, croyance à la vulnérabilité, croyance au peu d'obstacles perçus et coping actif) prédisent à la fois l'adhésion et l'autogestion. En ce sens, les résultats de notre étude justifient l'approche globale que nous avons mise de l'avant en explorant un grand nombre de facteurs prédictifs pour mieux comprendre le phénomène multidimensionnel de l'adhésion et de l'autogestion.

En somme, les résultats obtenus dans la présente étude laissent croire que chaque dimension d'adhésion et d'autogestion mériterait que l'on s'y intéresse de manière particulière. Bien que cette étude ne vise pas de proposer un modèle théorique de prédiction d'adhésion et d'autogestion, il serait important de considérer, dans l'élaboration

de tels modèles théoriques, les spécificités et complexités relatives à chaque dimension du traitement considérée spécifiquement et de manière générale.

4.3.1.1 Prédicteurs de trois à quatre dimensions d'adhésion ou d'autogestion

Parmi l'ensemble des prédicteurs, les meilleurs prédisent chacun *trois à quatre dimensions distinctes* de l'adhésion ou de l'autogestion : il s'agit de deux prédicteurs reliés aux croyances de santé (vulnérabilité et obstacles perçus) et de deux stratégies de coping (coping actif et désengagement comportemental).

Ainsi, l'adhésion au style de vie/monitoring, l'adhésion au traitement médicamenteux, l'adhésion globale, l'autogestion de l'alimentation générale, l'autogestion de l'activité physique et des tests de glycémie sont toutes prédites par un ou plusieurs de ces quatre principaux prédicteurs. Fait intéressant, ces dimensions d'adhésion et d'autogestion sont aussi fortement associées entre elles. Ces résultats pourraient-ils suggérer qu'en ciblant certaines de ces dimensions d'adhésion et d'autogestion par le biais des croyances de santé et des stratégies de coping, les autres dimensions pourraient également s'en trouver affectées positivement et que de cette manière, l'intervention sur l'une des variables pourrait permettre de traiter plus d'un problème à la fois? Il s'agit d'une hypothèse qui gagnerait à être davantage investiguée, particulièrement à cause des implications cliniques qui pourraient lui être associées.

Ces résultats nous paraissent d'autant plus intéressants car, d'une part, ils appuient la littérature concernant l'importance de ces deux croyances de santé pour expliquer l'adhésion et l'autogestion. D'autre part, alors que peu d'études portant sur des adultes diabétiques de type 2 examinent la relation de l'adhésion au traitement avec les stratégies de coping, l'un des apports importants de cette thèse est d'en souligner la prépondérance pour prédire à la fois des dimensions d'adhésion et d'autogestion.

Les dimensions non prédites par les quatre facteurs principaux sont l'autogestion de l'alimentation spécifique, l'autogestion de la médication et l'autogestion des soins des pieds. Il est possible que ces dimensions d'autogestion représentent des activités plus pointues de traitement comparativement aux dimensions d'adhésion et d'autogestion prédites par les croyances de santé et les stratégies de coping qui concerneraient des activités centrales du traitement du diabète (ex. : autogestion de l'alimentation générale, de l'activité physique, des tests de glycémie, adhésion au style de vie/monitoring, au traitement médicamenteux et adhésion globale).

Si l'on se réfère aux référents théoriques qui sont sous-jacents aux présents travaux, notre étude soulève des questions quant à la valeur prédictive respective du modèle de croyance de santé et du modèle transactionnel de stress. Compte tenu qu'il n'y a pas encore de preuves suffisantes que ces modèles théoriques possèdent une réelle valeur prédictive de l'adhésion et de l'autogestion, et que la présente étude semble appuyer l'importance des principaux concepts inclus dans chacune de ces théories, nous croyons qu'une comparaison en règle des deux modèles théoriques et de leur contribution respective à la prédiction de l'adhésion ou de l'autogestion devrait être réalisée dans des études futures. Ces recherches permettraient de vérifier l'apport respectif de ces théories dans le phénomène d'adhésion et d'autogestion (Noar & Zimmerman, 2005). Dans cette optique, des études qualitatives pourraient également contribuer à mieux comprendre les concepts tirés de ces théories, leurs similitudes et différences ainsi que leur contribution à l'adhésion et à l'autogestion. Une autre approche serait de tenter la vérification d'un modèle intégratif d'adhésion et d'autogestion, tel que le modèle du sens commun de la maladie de Leventhal, celui-ci intégrant en effet plusieurs des facteurs appartenant au modèle de croyance de santé et au modèle transactionnel de stress, mais d'un point de vue phénoménologique.

Dans les sections qui suivent, nous abordons plus particulièrement chacun des quatre principaux prédicteurs.

4.3.1.1.1 *Croyances de santé*

De façon plus spécifique, la *croyance de vulnérabilité* et la *croyance en peu d'obstacles perçus* prédisent toutes deux l'adhésion au style de vie/monitoring et l'autogestion de l'alimentation générale. Se croire vulnérable prédit également l'adhésion globale et l'autogestion des tests de glycémie alors que croire devoir affronter peu d'obstacles prédit plus particulièrement l'autogestion de l'activité physique.

Dans la littérature, la croyance de *vulnérabilité* est associée à l'autocontrôle des glycémies, à l'adhésion à la diète, à l'activité physique et à la médication (Heapy, 2003; Plante, 1998). Nos résultats sont consistants avec ces recherches mis à part pour l'adhésion à l'activité physique qui n'est pas prédite dans notre étude par la croyance de vulnérabilité, mais plutôt par la croyance en peu d'obstacles perçus. Il nous semble pertinent que la croyance de vulnérabilité ressorte comme un important prédicteur de plusieurs dimensions, puisque se considérer prédisposé à la maladie et à ses complications implique qu'on se reconnaisse comme étant diabétique. Se croire vulnérable constitue donc une condition nécessaire pour envisager tout traitement, et ensuite pouvoir y adhérer ou en gérer les différentes activités.

Croire rencontrer peu *d'obstacles* pour appliquer le traitement prédit l'adhésion au style de vie/monitoring, l'autogestion de l'alimentation générale et l'autogestion de l'activité physique, ce qui est consistant avec les résultats de plusieurs études (Polly, 1992; Flore, 2004; Aljaseem et al., 2001; Harrison et al., 1992). Il semble que la présence ou non d'obstacles perçus détermine la probabilité d'agir et donc de mettre en place ou non le traitement. Toutefois, certains auteurs (Harrison et al., 1992) suggèrent que la croyance en peu d'obstacles perçus est un meilleur prédicteur d'adhésion dans le contexte d'un protocole transversal et rétrospectif comme celui de la présente étude, ce qui pourrait expliquer que cette croyance de santé se retrouve parmi les meilleurs prédicteurs et non pas la croyance aux bénéfices du traitement, par exemple. En effet, les individus diabétiques

seraient plus susceptibles de constater les obstacles du traitement dans une vision à court terme. Selon ces auteurs, la croyance aux bénéfices du traitement, comparativement à la croyance d'obstacles perçus au traitement, pourrait davantage prédire l'adhésion et l'autogestion dans un protocole longitudinal et prospectif qui donnerait l'occasion aux patients de constater les gains à long terme du traitement, ce qui serait plus difficile à percevoir à court terme.

L'interprétation des résultats est donc limitée par le protocole rétrospectif et transversal de l'étude. Le protocole transversal ne permet pas, comparativement à un protocole longitudinal, de connaître l'effet de l'apparition des complications, de l'évolution de la maladie ou encore de nouveaux stressseurs sur l'adhésion et l'autogestion. De plus, le volet rétrospectif fait appel à la mémoire des participants ce qui peut limiter la validité des données. Nous suggérons donc à la lumière de ces résultats qu'un protocole longitudinal et prospectif soit privilégié lors de futures recherches dans le domaine.

4.3.1.1.2 Stratégies de coping

Il n'est pas étonnant que le *coping actif*, de façon positive, et le *désengagement comportemental*, de façon négative, soient tous deux prédicteurs de l'adhésion globale, de l'adhésion au style de vie/monitoring et de l'adhésion au traitement médicamenteux. Ces stratégies représentent en effet les actions (faire face ou évitement) permettant de diminuer les stressseurs inhérents au traitement de la maladie (le traitement soulève entre autre la peur des complications et rappelle l'état de maladie) : les phénomènes d'adhésion et d'autogestion comprennent une composante de gestion active ou passive du stress. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des études dans le domaine (Ahlgren et al., 2004; Edwards, 1998; Karkashian, 2004; Kutz, 1999; Wijndaele et al., 2007), tout en appuyant l'idée que ces stratégies de coping ne sont pas deux pôles d'une même stratégie, mais bien deux stratégies distinctes (Carver, 2006) dont les influences respectives sont significatives. En effet, les stratégies de coping actif et de désengagement comportemental

prédisent tous deux l'adhésion de façon significative et semblent agir simultanément à différents degrés tel qu'avancé par Carver (2006), notamment sur les dimensions d'adhésion globale, d'adhésion au style de vie/monitoring et d'adhésion au traitement médicamenteux.

Par ailleurs, selon nos résultats, le coping actif prédit l'autogestion de l'alimentation générale alors que le désengagement comportemental n'en est pas un prédicteur. Il semble donc que l'*autogestion* de l'alimentation générale soit associée plus particulièrement au *coping actif*, bref à plus d'autonomie et d'efforts de résolution de problèmes, alors que les trois dimensions d'*adhésion* impliqueraient en plus de *ne pas se désengager du traitement au plan comportemental*, soit de ne pas renoncer à affronter les stressseurs.

Ce résultat nous a amené à une piste d'explication des possibles distinctions à faire entre les phénomènes d'« adhésion » et d'« autogestion ». Puisque l'adhésion implique que le soigné « adhère » aux objectifs de traitement suggérés par le soignant, tous les niveaux d'adhésion risquent nécessairement d'être faibles lorsqu'il y a désengagement comportemental. En effet, lorsque le patient se désengage, son objectif est alors d'éviter le stress ressenti face à la maladie, il renonce donc à résoudre la situation et abandonne l'espoir d'y faire face, ce qui est, de toute évidence, contraire aux objectifs du soignant. Il est alors possible que l'autogestion de l'alimentation générale se fasse sur une base d'initiative personnelle sans qu'elle renvoie nécessairement aux recommandations des soignants. L'« autogestion » serait autodéterminée par le soigné alors que l'« adhésion aux recommandations » relèverait du rapport à la recommandation telle que formulée par le soignant. Ainsi, tout d'abord, le soigné se situe dans un rapport à l'autorité en mettant en place les comportements de soins recommandés. Puis, afin de faire face aux différents obstacles du quotidien dans la mise en application des recommandations, un coping actif doit être effectué par le patient, ce qui constituerait une période d'autogestion et non plus simplement d'adhésion. Est-il possible que l'autogestion des recommandations aille d'une certaine façon « au-delà » de la simple adhésion aux recommandations? En considérant

que surmonter l'impuissance et le désespoir (ne pas avoir recours au désengagement comportemental) serait plutôt la condition nécessaire de l'adhésion, l'autogestion impliquerait plus particulièrement des stratégies d'« adaptation active » (coping actif), sur l'initiative du soigné, pour s'assurer de la mise en place et du maintien au quotidien. Des études futures visant à répliquer ces résultats concernant les stratégies de coping actif et de désengagement comportemental pourraient s'intéresser davantage à comprendre les différences entre l'adhésion et l'autogestion.

4.3.1.2 Prédicteurs d'une ou deux dimensions d'adhésion ou d'autogestion

Bien que la croyance de vulnérabilité, la croyance en peu d'obstacles perçus, le coping actif et le désengagement comportemental constituent les meilleurs prédicteurs, d'autres facteurs sont impliqués dans la prédiction d'une ou deux dimension(s) de l'adhésion ou de l'autogestion. Parmi ceux-ci, on retrouve le sexe, la stratégie de coping de planification et d'utilisation de substances, la disponibilité perçue du soutien social, la concordance soignant-soigné et la faisabilité perçue des recommandations. Ces prédicteurs influencent le niveau d'adhésion ou d'autogestion de manière congruente avec plusieurs résultats obtenus dans les recherches empiriques récentes.

Concernant l'influence du sexe, le fait d'être une femme prédit des niveaux élevés pour l'autogestion des soins des pieds. Les résultats suggèrent aussi que les femmes considèrent davantage les soins des pieds que les hommes. L'ADA (2006) affirme d'ailleurs que les hommes sont plus à risque d'infections et d'amputations ce qui est concordant avec nos résultats. En outre, dans la présente étude, bien que présenter des problèmes de pieds ne prédit pas une meilleure autogestion des soins des pieds, une corrélation positive et significative est obtenue aux analyses bivariées entre la présence de problèmes de pied et une meilleure autogestion des soins des pieds, résultat qui est appuyé par la littérature. L'ADA (2006) indique qu'une meilleure autogestion des soins des pieds serait stimulée par l'apparition de telles complications impliquant par là que les patients ne

tiennent pas compte, avant le début de ces complications, des soins des pieds dans le traitement du diabète. Toutefois, la présente étude ne rapporte pas selon une analyse *a posteriori* de différences significatives entre les hommes et les femmes concernant la présence de problèmes de pied. Il est nécessaire de répliquer ces résultats auprès d'un échantillon où un plus grand nombre d'individus présente des problèmes de pied avant de tirer des conclusions concernant l'absence de différence selon le genre à ce sujet. De plus, il serait pertinent d'examiner les raisons qui expliquent que les femmes et les hommes diffèrent quant à leur niveau d'autogestion des soins des pieds, dont notamment des explications reliées à l'importance du corps, de l'esthétisme et de l'hygiène selon le genre. Une recherche *a posteriori* dans les bases de données bibliographiques PsychInfo et Medline (1996 à aujourd'hui) a montré que peu d'études ont porté sur les différences sexuelles concernant les préférences et routines de soins d'hygiène corporelle. Seule l'étude de Cohen-Mansfield et Jensen (2005) s'est penchée sur le sujet auprès de 58 personnes âgées en moyenne de 80 ans. Leur étude a montré que non seulement les femmes accordent plus d'importance aux soins d'hygiène corporelle et bucale que les hommes, mais en plus elles y accordent plus de temps et d'attention. Toutefois cette étude n'aborde pas spécifiquement les soins des pieds. Des études futures incluant par exemple les préférences de routines de soins d'hygiène et l'importance accordée à l'apparence et à l'hygiène des pieds permettraient de mieux comprendre la relation entre le sexe, l'autogestion des soins des pieds et éventuellement l'apparition ou non des problèmes de pied.

Nos résultats indiquent que des problèmes d'adhésion au style de vie/monitoring sont plus présents chez les femmes que chez les hommes, ce qui appuie la recherche (Aljasem et al., 2001; Albright et al., 2003; Barrett et al., 2007; Hepworth, 1999; Legato et al., 2006; Nelson et al., 2002; Peel et al., 2005). À cet effet, des études qualitatives menées dans le domaine laissent croire que la socialisation des femmes inclut souvent une tendance à faire passer les besoins des autres avant les leurs (Hepworth, 1999) et à assumer la lourdeur des obligations familiales et sociales qui en découlent (Barrett et al., 2007; Murry

et al., 2003), ce qui pourrait avoir un impact nuisible plus global sur l'ensemble des habitudes de vie que ce que la recherche nous indiquait jusqu'à présent. Dans les études récentes, les problèmes reliés aux habitudes de vie des femmes concernaient surtout l'autogestion de l'activité physique (Albright et al., 2003; Barrett et al., 2007; Legato et al., 2006; Nelson et al., 2002) et au plan alimentaire (Aljaseem et al., 2001; Hepworth, 1999; Peel et al., 2005). Cependant, ces études s'intéressaient uniquement à une ou deux dimensions d'autogestion et n'utilisaient pas un score général d'adhésion au style de vie/monitoring. Ces résultats illustrent l'avantage que présente notre étude d'avoir considéré aussi bien des mesures plus générales d'adhésion que des dimensions spécifiques d'autogestion.

Utiliser davantage la stratégie de coping de *planification* prédit une meilleure autogestion de l'alimentation spécifique dans notre étude et la nature de cette relation est telle qu'attendue (Ahlgren et al., 2004). Il est logique qu'une meilleure prise en compte des lipides, des fibres, des portions de fruits et de légumes ou des calories, soit l'autogestion de l'alimentation spécifique, requière plus de planification. Avoir davantage *recours à des substances* (alcool, médicaments ou drogues) pour relaxer est prédicteur de problèmes d'autogestion de la médication tel qu'attendu (Carver, 1997). Des analyses *a posteriori* montrent que cette stratégie de coping nocive pour ce type d'autogestion est pourtant corrélée positivement à d'autres stratégies de coping perçues comme bénéfiques, mais axées sur les émotions, par Carver (1997) : la réinterprétation positive, l'humour et l'acceptation. Utiliser davantage de substances est aussi corrélé à des niveaux plus élevés de satisfaction face à l'état de santé global et d'évaluation de faisabilité des recommandations. L'influence nuisible du recours aux substances sur l'autogestion de la médication suggère qu'il est possible que les individus utilisant davantage de substances adoptent en apparence une attitude « détendue » face à la maladie, tout en ayant par contre des émotions et craintes sous-jacentes non exprimées de façon à ne pas favoriser le passage vers des stratégies de coping axées sur la résolution de problèmes qui pourraient s'avérer prédire des niveaux plus élevés d'adhésion ou d'autogestion. En somme, il ressort que ces

résultats concernant les stratégies de coping de planification et d'utilisation de substances appuient la pertinence de considérer dans les recherches sur l'adhésion et l'autogestion, d'autres stratégies de coping que le coping actif et le désengagement comportemental.

Les résultats de la présente étude indiquent que le soutien social, plus précisément la *disponibilité perçue*, prédit l'autogestion de l'activité physique ce qui est consistant avec plusieurs résultats de recherche (Chesla et al., 2004; Marrero, 2005; Wijndaele et al., 2007). Néanmoins, dans notre recherche, la perception de disponibilité du soutien social ne prédit pas en plus l'autogestion de l'alimentation contrairement à plusieurs études (Gallant, 2003; Karkashian, 2004). Selon des chercheurs (Karlsen, Idsoe, Hanestad et al., 2004; Murry et al., 2003; Skarbek, 2006; Trief et al., 2001; Trief et al., 2003; Trief et al., 2002) n'ayant pas trouvé de relation entre le soutien social et différentes dimensions d'adhésion ou d'autogestion, il est possible que d'autres variables soient de meilleurs prédicteurs que le soutien social, telles que les stratégies de coping et la satisfaction face aux soins offerts par les soignants. Notre étude appuie la pertinence de vérifier les liens entre la disponibilité perçue du soutien social et les stratégies de coping, plutôt qu'avec la satisfaction face aux soins offerts par les soignants, puisque les analyses *a posteriori* ont montré que la disponibilité perçue du soutien social est corrélée significativement à plusieurs stratégies de coping (planification, soutien instrumental, soutien émotionnel, expression des émotions, réinterprétation positive et distraction), mais à aucune des variables reliées à la relation soignant-soigné (dont certaines renvoient à la satisfaction face aux soins). En ce sens, des études futures s'intéressant davantage aux associations entre le soutien social et les stratégies de coping seraient utiles pour mieux expliquer l'adhésion ou l'autogestion.

Tel qu'attendu, la *concordance soignant-soigné* prédit positivement une meilleure autogestion des soins des pieds dans notre étude. Cependant, contrairement aux recherches dans le domaine, qui ont trouvé une relation entre la concordance et l'adhésion globale (Jahng et al., 2005), l'adhésion au style de vie (Rubin et al., 2006) et à la médication (Rubin et al., 2006; DiMatteo et al., 1994), nos résultats ne démontrent pas que ces dimensions

d'adhésion soient associées ou prédites par la concordance. Selon nos résultats, il semble que lorsque les patients s'entendent avec le médecin traitant sur les objectifs de traitement, cela favorise plus particulièrement l'autogestion des soins des pieds. Or, pour les patients, on peut croire qu'il soit en effet plus facile de concevoir des changements reliés au style de vie et à la prise de médication comme des activités qui « vont de soi », qui sont centrales dans le traitement du diabète, contrairement aux soins des pieds qui ne sont souvent pas perçus spontanément comme étant liés au traitement du diabète. La présente étude met en relief l'importance au plan clinique, pour prévenir des problèmes ou encore pour favoriser une meilleure adhésion et autogestion, que les patients conçoivent mieux en quoi les recommandations de soins des pieds correspondent à ce qu'ils croient être une des conséquences du diabète et ce, de manière concordante avec les objectifs des soignants. Ainsi, ces résultats suggèrent que l'enseignement aux patients diabétiques sur l'hygiène des pieds est encore plus nécessaire. En effet, ces soins sont plus spécialisés et se démarquent des autres activités de traitement (plan alimentaire sain, pratique de l'activité physique, autocontrôle des tests de glycémie et médication) puisque les complications possibles du diabète que sont les problèmes de pied, requérant des soins des pieds de manière préventive, semblent méconnues.

Un des apports de cette étude est d'avoir montré que la *faisabilité perçue des recommandations* prédit significativement l'autogestion de l'alimentation spécifique alors que cette variable n'a pas fait l'objet d'études dans la littérature à notre connaissance. Comme nous l'avons avancé précédemment, l'alimentation spécifique semble être une activité de traitement plus pointue, à laquelle les patients doivent s'attarder après avoir effectué prioritairement des changements d'habitudes de vie, liés à l'autogestion de l'alimentation générale. Ainsi, l'alimentation spécifique s'ajoute donc à d'autres recommandations qui sont centrales au traitement (ex. : gestion des quantités de glucides). Tenir compte des lipides, des fibres, des portions de fruits et légumes et des calories demande plus de planification et peut s'avérer complexe. Ces recommandations doivent en

conséquence être perçues comme faisables par le patient pour que l'autogestion s'effectue bien.

Dans la présente étude, d'autres facteurs s'avèrent prédicteurs d'une seule dimension d'autogestion ou d'adhésion : l'origine ethnique, la recommandation de la diète faible en glucides, la sévérité perçue, le lieu de contrôle interne, le style d'attachement et l'évaluation de faisabilité des recommandations. Toutefois, la nature de la prédiction d'adhésion ou d'autogestion de ces facteurs ne va pas dans le même sens que ce que la recherche empirique récente affirme.

Nous n'avons pas recensé d'études traitant particulièrement de l'origine ethnique en lien avec l'autogestion de l'alimentation spécifique. Notre étude fait ressortir que les personnes d'origine non caucasienne présentent une autogestion plus faible de l'alimentation spécifique. Les études antérieures démontraient surtout que la stigmatisation et les stress économiques vécus par les minorités ethniques atteintes de diabète aux États-Unis et au Canada nuisaient à l'adhésion au traitement (Albright et al., 2003; Barrett et al., 2007; Nelson et al., 2002). Comme le revenu n'est pas associé dans la présente étude à aucune dimension d'adhésion, nous croyons possible que des facteurs culturels non à l'étude, tels que des préférences ou traditions culinaires, puissent venir compliquer la prise en compte de l'introduction de fibres et la diminution de l'apport en gras dans l'alimentation. Toutefois, la limite liée au petit nombre des participants de ce sous-groupe, nous fait penser que les résultats peuvent refléter davantage les caractéristiques particulières de ces participants. Cette question devrait faire l'objet de vérification dans des études futures.

Bien que la littérature indique qu'une recommandation seule n'a souvent pas d'influence sur l'adhésion, mais qu'il faille plutôt des interventions combinées pour espérer améliorer l'adhésion à l'alimentation, à la médication et à l'activité physique (McDonald et al., 2002; Keyserling et al., 2002), notre étude a trouvé que le fait d'avoir reçu la recommandation d'une diète faible en glucides prédit une meilleure adhésion au style de

vie/monitoring. En l'absence d'études spécifiques sur le rôle d'une telle recommandation dans le phénomène d'adhésion, il apparaît que cette recommandation semble donner le signal au patient qu'il lui faut effectuer des changements de style de vie. Ce qui est intéressant, c'est que ces résultats suggèrent que la gestion des quantités de glucides dans le sang implique à la fois de suivre un plan alimentaire sain, d'apprendre à lire les étiquettes affichant les quantités de glucides, de prendre en compte les dépenses énergétiques liées à l'activité physique ainsi que d'avoir recours à l'autocontrôle des glycémies. Bref, cette recommandation favorise des changements généraux d'habitudes de vie. Si une meilleure adhésion au style de vie/monitoring est souhaitée, il semble en conséquence préférable que le soignant donne la recommandation de suivre une diète faible en *glucides* plutôt que la recommandation de suivre une diète faible en *sucreries* (ex. : « couper les sucres ou le sucré ») qui n'est pas associée significativement à l'adhésion et à l'autogestion selon les résultats de la présente thèse.

Étonnamment, la *perception de sévérité du diabète*, évaluée par une question maison utilisant l'échelle VAS, prédit significativement l'autogestion de l'alimentation générale. Plus le diabète est perçu comme étant sévère plus l'autogestion de l'alimentation générale est faible. Ces résultats contredisent ceux de plusieurs études qui affirment que la croyance de la *gravité* des complications est associée à de meilleurs niveaux d'adhésion et d'autogestion (Dietrich, 1996; Kutz, 1999; Plante, 1998). Rappelons que l'échelle de croyance de *gravité* du MCS16 (Modèle de croyance de santé – 16 items) a été retirée des analyses en raison de problèmes de fidélité de la mesure. Selon nos résultats, la perception de sévérité du diabète n'est pas associée aux autres croyances de santé (vulnérabilité, bénéfiques et obstacles perçus) ce qui met en doute la validité conceptuelle de l'item de sévérité perçue que nous avons utilisé : il ne semble donc pas être lié à la croyance de gravité. Pour expliquer ces résultats, des analyses *a posteriori* dans notre étude ont montré que la sévérité perçue n'est pas associée au nombre de complications, mais plutôt au taux d'A1c ce qui est concordant avec les résultats de certains chercheurs (Daniel & Messer, 2002). Les patients dont le contrôle glycémique n'est pas optimal perçoivent leur diabète

comme étant plus sévère. Un certain découragement ou laisser aller semble en découler. Plusieurs chercheurs (Rhee et al., 2005; Krapek et al., 2004) ont d'ailleurs montré que plus le taux d'A1c est élevé, moins les patients ont tendance à adhérer au traitement médicamenteux, bien que l'autocontrôle des glycémies puisse être favorisé dans cette situation (Harris, 2001). Tel que les résultats de la présente étude l'indiquent, il est cohérent que des problèmes d'autogestion de l'alimentation générale soient liés indirectement, par le biais de la perception de sévérité, à un pauvre contrôle glycémique.

La formulation de la question est certainement impliquée dans le fait que la question sur la sévérité (« (...) où situez-vous le niveau de sévérité de votre diabète? ») ne soit pas liée à la croyance de gravité. Pour mesurer davantage la croyance de gravité, la question sur la sévérité pourrait être formulée plutôt comme suit : « indiquez à quel niveau vous considérez que le diabète est une maladie grave / sérieuse / ou encore qui entraîne possiblement dans l'avenir des conséquences graves ». En effet, la croyance de gravité, telle que définie à l'échelle MCS16, semble plutôt être liée aux complications du diabète envisagées dans le futur (et non au taux d'A1c le plus récent), ce qui mériterait vérification dans des études ultérieures. Évidemment, il serait important que des études de validation de la traduction française du MCS16, plus particulièrement de l'échelle de « croyance de gravité », soient menées afin de s'assurer de ses qualités psychométriques dont la fidélité, afin d'en permettre l'utilisation dans des études ultérieures sur l'adhésion et l'autogestion.

Contrairement à ce qu'ont montré les recherches empiriques (Menec & Chipperfield, 1997; Wallston, 2005), lorsque le *lieu de contrôle de santé interne* est plus élevé, l'autogestion de l'activité physique est plus faible selon notre étude. Nos résultats vont toutefois dans le même sens que les résultats obtenus par Tillotson et Smith (1996), qui rapportaient que plus le lieu de contrôle interne est élevé plus la perte de poids était faible. Il semble donc qu'il y ait un effet pervers à avoir un lieu de contrôle interne trop élevé. Selon ces auteurs (Tillotson & Smith, 1996), une piste de compréhension de ces résultats est que l'augmentation du blâme chez les personnes dont le lieu de contrôle est

élevé contribuerait à une diminution de l'engagement dans certaines activités de soins. Il serait pertinent d'évaluer dans le futur si le blâme est un meilleur prédicteur d'autogestion de l'activité physique chez des personnes dont le lieu de contrôle interne est très élevé. Le blâme paralyse-t-il davantage des personnes s'attribuant le contrôle de leur diabète, mais moins celles ayant un faible lieu de contrôle interne?

Néanmoins, un lieu de contrôle de santé interne élevé n'est pas corrélé significativement au blâme, selon les résultats obtenus dans notre étude, mais plutôt à une forte croyance aux bénéfices du traitement et à la tendance à moins recourir à la religion. Il semble que des personnes s'attribuant de façon élevée la responsabilité de ce qui arrive, croyant fortement que le traitement portera fruit s'il le met en place et ne recourant pas à la croyance en une force divine extérieure, ne se blâment pas davantage. Peut-être par ailleurs sont-elles très exigeantes envers elles-mêmes? Le fait d'être exigeant envers soi-même ou d'être perfectionniste n'a toutefois pas été mesuré dans la présente thèse. Les résultats obtenus soulèvent donc la question de l'existence d'un niveau optimal de lieu de contrôle interne pour favoriser l'autogestion. Il est également possible qu'un perfectionnisme trop grand soit associé à des niveaux plus élevés, considérés non optimaux, de lieu de contrôle interne. Il serait intéressant de poursuivre les études en vérifiant le rôle possible du perfectionnisme, mais également de l'impact de l'absence des croyances religieuses chez les personnes dont le lieu de contrôle interne est élevé afin de mieux comprendre ce qui nuit à l'autogestion de l'activité physique. Par exemple, le fait de ne pas croire en une religion élimine-t-il un effet de protection contre le stress? Le fait de se sur-responsabiliser et d'être perfectionniste, alors que le contrôle glycémique est optimal, est-il nuisible à l'adoption de comportements de santé?

Selon plusieurs études (Ciechanowski et al., 2001; Turan et al., 2003; Ciechanowski et al., 2004), *l'attachement évitant* est associé à une diminution de l'autogestion de la médication (injections d'insuline surtout puisque les échantillons dans ces études sont constitués surtout de diabétiques de type 1), des tests de glycémie, de l'activité physique, de

la diète, des soins des pieds et à une tendance à ne pas recourir aux soins et ce, d'autant plus si la communication est pauvre entre le soignant et le soigné. Dans notre étude, un attachement évitant d'intensité élevé prédit au contraire une meilleure autogestion de la médication antidiabétique orale chez des diabétiques de type 2 et ce, même s'il est par ailleurs associé positivement au déni et au lieu de contrôle externe attribué aux autres. Les personnes dont l'attachement évitant est élevé nient donc davantage la maladie et en attribuent le contrôle ou la responsabilité aux autres de manière à éviter de vivre le stress de la maladie. En outre, dans la présente étude, l'attachement évitant est lié négativement à la satisfaction face au réseau social, à l'influence du médecin, à la faisabilité et à l'acceptation des recommandations. Ainsi, les personnes dont l'attachement est évitant ont effectivement tendance à percevoir les autres négativement selon les analyses complémentaires, tout comme cela a été documenté par Ciechanowski et ses collègues (2001). Une piste de compréhension du fait que l'attachement évitant prédit une meilleure autogestion de la médication, telle que constaté dans notre étude, pourrait être que cette activité de traitement nécessite moins d'ajustement et d'engagement que celles impliquant des changements d'habitude de vie (ex. : tests de glycémie, alimentation, etc.). L'autogestion à la médication semble faire moins appel au soignant que la notion d'adhésion au traitement médicamenteux. De plus, le présent échantillon est composé de personnes qui assistent à des groupes d'enseignement ou de relance dans une unité de jour de diabète, indiquant possiblement que même si certains ont un style d'attachement évitant, ils ont à cœur leur santé et sont capables de s'impliquer dans une certaine mesure. Il serait important, dans cette optique explicative, de vérifier si les résultats de la présente étude seraient répliqués dans des recherches futures surtout dans le contexte où ils sont contraires à ceux rapportés par d'autres chercheurs.

En résumé, tous les facteurs discutés précédemment sont donc des prédicteurs d'adhésion et d'autogestion qui méritent d'être ciblés par les soignants qui souhaitent mieux évaluer les besoins des patients présentant des problèmes d'adhésion ou d'autogestion. Les soignants doivent retenir (a) que les facteurs principaux à considérer

dans l'évaluation des besoins sont la croyance à la vulnérabilité, la croyance en peu d'obstacles perçus, le coping actif et le désengagement comportemental, (b) que l'autogestion de l'alimentation spécifique, l'autogestion des soins des pieds et l'autogestion de la médication sont prédites par d'autres facteurs et doivent faire l'objet d'évaluations particulières et (c) qu'il est à vérifier dans des études ultérieures si l'adhésion aux recommandations se distingue de l'autogestion des soins par le fait que l'adhésion oblige une confrontation entre l'objectif du soignant et celui du soigné alors que l'autogestion peut être réalisée de façon indépendante sur l'initiative seule du soigné.

4.3.2 2^e angle : Approche systémique de prédiction d'adhésion et d'autogestion

Nous nous demandons sur quelles catégories de variables les soignants devaient le plus s'attarder dans l'évaluation des besoins des patients, que ce soit pour prévenir les problèmes d'adhésion, ou encore pour intervenir dans le but de favoriser de meilleurs niveaux d'adhésion. Nous avons donc eu recours à un deuxième angle d'étude en préconisant une approche systémique, qui tient compte de plusieurs systèmes d'interactions réciproques pouvant influencer l'adhésion et l'autogestion. Les questions que nous nous posons sont de cet ordre : les facteurs liés à l'individu peuvent-ils ajouter significativement de l'explication à l'adhésion ou à l'autogestion après avoir contrôlé pour les caractéristiques présentes chez cet individu? Cibler le soutien social d'un patient peut-il contribuer à une meilleure adhésion ou autogestion peu importe les caractéristiques et facteurs liés à l'individu? Finalement, les soignants doivent-ils travailler à développer une meilleure relation soignant-soigné, peu importe les caractéristiques ou autres facteurs présents chez le patient, pour espérer éviter des problèmes d'adhésion ou d'autogestion ou favoriser une meilleure adhésion et autogestion chez leur patient?

Le principal apport de cette étude est de faire ressortir la prépondérance des *facteurs reliés à l'individu* comparativement aux facteurs reliés à l'entourage et surtout, au

détriment des facteurs reliés à la relation soignant-soigné. En effet, après avoir contrôlé pour des catégories de variables sur lesquelles l'équipe soignante n'a pas réellement de pouvoir d'action, les résultats indiquent que les soignants auraient avantage à cibler tout d'abord les facteurs reliés à l'individu (ex. : stratégies de coping, croyances de santé, satisfaction face à l'état de santé global) s'ils souhaitent prédire ou influencer les niveaux d'adhésion et d'autogestion pour la majorité des dimensions étudiées (à l'exception des trois dimensions d'autogestion suivantes : activité physique, soins des pieds et médication). De même, les soignants peuvent également s'attarder au soutien social tel que le perçoivent les soignés pour prédire significativement l'autogestion de l'activité physique, l'autogestion des tests de glycémie et l'autogestion de la médication. Les résultats de la présente étude tendent à montrer que la relation soignant-soigné n'ajoute à la prédiction d'aucune dimension d'adhésion et d'autogestion au-delà de l'explication déjà fournie par les autres catégories de facteurs. Les soignants ne devraient donc pas, à la lumière de ces résultats, se concentrer essentiellement sur la relation qu'ils entretiennent avec leur patient s'ils espèrent prédire ou améliorer significativement leurs niveaux d'adhésion ou l'autogestion.

Bien qu'ils méritent d'être nuancés à certains égards – ce qui sera fait en détail dans une section ultérieure – nous croyons que ces résultats, qui font ressortir la prépondérance des facteurs reliés à l'individu, mettent en lumière l'importance du psychologue au sein des équipes de soins en diabète. Ces résultats nous paraissent d'autant plus pertinents dans le contexte où les médecins réfèrent peu aux autres professionnels de la santé mentale et où les infirmières sont de plus en plus sollicitées dans un rôle de soutien de première ligne auprès des diabétiques. En effet, l'étude DAWN a déclaré que seulement 3% à 10% des personnes diabétiques ont reçu une aide psychologique dans les cinq années précédant l'étude, et ce malgré les effets positifs que cela pourrait produire sur l'adhésion (Peyrot et al., 2005; Skovlund, 2004). Les soignants ayant participé à l'étude DAWN ont affirmé ne pas considérer que des traitements psychologiques soient disponibles dans le réseau de la santé. À tel point que les soignants, surtout aux États-Unis, tentent d'offrir eux-mêmes un soutien et réfèrent peu aux intervenants psychosociaux (Lutfey, 2005; Peyrot, Rubin, &

Siminerio, 2006; Siminerio, Funnell, Peyrot, & Rubin, 2007). Nous croyons donc que le psychologue spécialisé en diabète pourrait devenir un allié important des soignants. Le psychologue pourrait jouer un rôle de sensibilisation des soignants concernant les variables sur lesquelles porter leur attention afin qu'ils puissent dépister des problèmes potentiels d'adhésion et d'autogestion lors de l'évaluation médicale. De cette façon, le médecin traitant, ou l'équipe médicale, pourrait ensuite référer le patient vers les ressources appropriées qui offriraient de l'intervention ou de l'enseignement, par exemple sur les stratégies de coping ainsi que sur les croyances de santé. Compte tenu du poids important qui pèse déjà sur les médecins traitants et l'équipe médicale, il conviendrait certainement de ne pas leur réserver la responsabilité exclusive de l'intervention sur les facteurs psychosociaux les plus susceptibles d'améliorer les niveaux d'adhésion et d'autogestion.

Nous croyons ainsi que la formation des soignants de toutes disciplines oeuvrant auprès des personnes diabétiques devrait inclure une sensibilisation aux facteurs psychosociaux à considérer lors des consultations. Les soignants devraient être formés à reconnaître les facteurs reliés à l'individu susceptibles de nuire ou d'améliorer l'adhésion ou l'autogestion ainsi que les méthodes pour recueillir de l'information à ce sujet auprès des soignés.

Cette considération générale étant précisée, nous nous pencherons maintenant de façon plus particulière sur les variables incluses dans chacune des cinq grandes catégories qui, par analyses de régression hiérarchique, se sont avérés être des prédicteurs significatifs d'adhésion et d'autogestion. Il est intéressant de noter que certains d'entre eux sont différents des prédicteurs ayant été sélectionnés selon le premier angle d'étude (régressions pas à pas).

4.3.2.1 Examen des caractéristiques sociodémographiques et reliées à la santé

Certaines *caractéristiques sociodémographiques* contribuent significativement à la prédiction de plusieurs dimensions d'adhésion et d'autogestion, en expliquant entre environ

6 à 19% de variations des scores, sauf en ce qui concerne l'autogestion des tests de glycémie où elle n'ajoute pas à la prédiction. Ces résultats signifient qu'être plus âgé, ne pas habiter seul, être une femme, être d'origine caucasienne et ne pas travailler à l'extérieur peuvent favoriser de meilleurs niveaux pour certaines dimensions d'adhésion ou d'autogestion.

Certaines caractéristiques reliées à la santé expliquent entre 3% et 11% de variation des scores d'adhésion ou d'autogestion pour cinq des dimensions étudiées. Ces caractéristiques sont, plus spécifiquement, le fait de ne pas avoir reçu la recommandation de faire des exercices légers (adhésion au style de vie/monitoring et autogestion de l'alimentation générale), le fait d'avoir reçu la recommandation d'une diète faible en gras (autogestion de l'alimentation spécifique) et d'avoir un plus faible nombre de complications (adhésion globale, autogestion de l'alimentation générale et autogestion de l'alimentation spécifique) qui indiqueraient de meilleurs niveaux d'adhésion ou d'autogestion.

Dans la mesure où il est difficile d'intervenir sur les caractéristiques sociodémographiques, il est important d'en poursuivre plus spécifiquement l'étude pour déterminer les mécanismes par lesquels ces variables agissent sur les niveaux d'adhésion ou d'autogestion. Par exemple, les patients plus âgés sont-ils aussi plus disponibles pour s'adonner à l'activité physique? Le fait de vivre seul contribue-t-il à une attitude de laisser-aller et de découragement? Ou encore, le fait d'habiter avec d'autres personnes est-il un indicateur de capacité d'engagement plus prononcée chez l'individu et par le fait même dans son traitement? Le fait d'être une femme fait-il en sorte qu'un intérêt esthétique plus prononcé favorise une meilleure autogestion des soins des pieds? Les patients d'origine non caucasienne ont-ils des pratiques culinaires spécifiques à leur culture d'origine qui font obstacle à l'intégration ou au retrait de certains aliments? Quels obstacles reliés au fait de travailler à l'extérieur sont les plus susceptibles de nuire à l'adhésion au style de vie? À titre d'exemple : est-ce le manque de temps ou la peur de révéler sa maladie et d'être jugé

ou de subir des préjudices dans son emploi? Le fait d'avoir plus de complications est-il défavorable à l'adhésion et l'autogestion en raison d'une perception d'inefficacité du traitement chez ces patients ou encore d'une attitude de découragement ou d'un épuisement?

Les soignants ont néanmoins plus de pouvoir concernant les recommandations qu'ils prodiguent aux patients. Alors que les résultats de notre étude rendent compte de l'influence positive de la recommandation de suivre une diète faible en gras, c'est tout le contraire concernant la recommandation de faire des activités physiques d'intensité légère quotidiennement. Les contextes dans lesquels cette dernière recommandation est faite doivent faire l'objet d'examen futur. En effet, il est possible que les patients perçus comme étant moins adhérents par les soignants reçoivent cette recommandation. Cette recommandation signale peut-être des attentes moins élevées de la part des soignants pouvant soit décourager, rendre moins motivés ou plus insouciants les soignés. Il est également possible que les soignés reçoivent cette recommandation parce qu'ils rencontrent plus d'obstacles à la mise en place du traitement, notamment à cause d'autres problèmes de santé limitant la fréquence ou l'intensité possible des activités physiques. La présente étude montre la pertinence, pour des recherches futures sur l'adhésion et l'autogestion, de préciser les recommandations que les patients ont reçues.

4.3.2.2 Examen des facteurs reliés à l'individu

Telle que déjà mentionnée, l'une des hypothèses la plus fortement soutenue par nos résultats concerne la contribution additive de la *catégorie de facteurs reliés à l'individu* pour prédire des variations de niveaux d'adhésion et d'autogestion. En effet, des facteurs reliés à l'individu ajoutent à la prédiction de manière significative (13% à 35% de la variance) pour presque toutes les dimensions d'adhésion et d'autogestion (style de vie/monitoring, traitement médicamenteux, globale, alimentation générale, alimentation spécifique et tests de glycémie) à l'exception de l'autogestion de l'activité physique, des

soins des pieds et de la médication. Les facteurs reliés à l'individu qui ressortent alors comme étant particulièrement importants sont les stratégies de coping (désengagement comportemental, coping actif, planification, blâme, acceptation) et les croyances de santé (vulnérabilité, bienfaits et obstacles perçus). On retrouve également la satisfaction de l'état de santé global qui influence les niveaux d'adhésion globale.

En plus des stratégies de coping discutées précédemment qui prédisent à nouveau significativement certaines dimensions d'adhésion et d'autogestion, soit le coping actif (autogestion de l'alimentation générale), le désengagement comportemental (adhésion au traitement médicamenteux et adhésion globale) et la planification (adhésion globale, adhésion au style de vie/monitoring, autogestion de l'alimentation spécifique), les stratégies de coping tels le *blâme* et l'*acceptation* s'avèrent prédire significativement chacune une dimension différente d'adhésion. La stratégie de coping d'*acceptation* est associée dans la littérature au contrôle glycémique (Gregg, 2004) et n'a pas été étudiée, à notre connaissance, en lien avec l'adhésion. De même, bien que plusieurs auteurs (Carver et al. 1989; Carver, 1997; Tillotson & Smith, 1996) soulignent le possible effet néfaste du *blâme*, qui consiste à mettre l'accent sur sa propre culpabilité, aucune recherche récente n'a étudié le lien entre le blâme et l'adhésion. Les résultats de notre étude montrent qu'une meilleure acceptation prédit des scores d'adhésion au traitement médicamenteux plus élevés et que plus de blâme prédit des scores plus bas d'adhésion au style de vie/monitoring. Ces résultats font ressortir l'importance de tenir compte de l'acceptation du diabète et de la tendance à se blâmer chez les patients pour prévenir ou intervenir sur l'adhésion. La présente recherche a donc innové en suggérant qu'il est utile d'étudier ces stratégies de coping en relation avec l'adhésion et l'autogestion chez des adultes diabétiques de type 2.

De plus, la *croyance aux bénéfiques* et la *satisfaction face à l'état de santé global* se sont aussi avérées prédire significativement et respectivement l'adhésion au style de vie/monitoring et l'adhésion globale. Toutefois, concernant ces deux facteurs, seule la nature de la relation entre la croyance aux bénéfiques et l'adhésion au style de

vie/monitoring est positive telle qu'attendue en lien avec les recherches récentes (Harrison et al., 1992; Rubin, 2005). En effet, croire davantage aux *bénéfices* de faire des changements d'habitude de vie est logiquement associé à de meilleurs niveaux d'adhésion au style de vie/monitoring. Tel que mentionné précédemment, il est possible qu'un protocole longitudinal et prospectif aurait permis de vérifier si la croyance aux bénéfices prédit également d'autres types d'adhésion ou d'autogestion.

Concernant la *satisfaction face à l'état de santé global*, ce facteur prédit positivement et significativement l'adhésion globale, la nature de la prédiction étant cependant surprenante. En effet, lorsque la satisfaction est élevée, l'adhésion globale est supérieure, contrairement à ce qui est attendu à propos de l'influence de la croyance de gravité : plus la maladie est considérée comme grave, plus on adhère aux recommandations (Dietrich, 1996; Kutz, 1999; Plante, 1998). Nous nous serions donc attendue à ce que les soignés les moins satisfaits de leur état de santé adhèrent plus à leur traitement que les plus satisfaits. Pour mieux comprendre ces résultats controversés, des analyses *a posteriori* ont été menées. Ces résultats additionnels ont permis de suggérer, qu'au point de vue conceptuel, la satisfaction face à l'état de santé global semble bien être liée à la croyance de gravité (croyance qui n'a cependant pas été mesurée fidèlement dans la présente étude). D'une part, les items de l'échelle de croyance de gravité du MCS16 (non utilisée dans notre étude) renvoient à la présence de complications. Dans la présente recherche, la satisfaction de l'état de santé global est de même corrélée significativement et négativement au nombre de complications. D'autre part, l'item maison VAS mesurant la satisfaction de l'état de santé global, utilisé dans la présente étude, est corrélé aux trois échelles de croyances de santé (vulnérabilité, bénéfices, peu d'obstacles perçus). Bien sûr, des études de comparaison entre la mesure de satisfaction face à l'état de santé global et de croyance de gravité permettraient de vérifier si ces deux mesures sont conceptuellement liées. Toutefois, il nous semble que des distinctions importantes demeurent entre l'item maison utilisé pour mesurer la satisfaction de l'état de santé global et la sous-échelle de croyance de gravité du MCS16. L'évaluation de la satisfaction de l'état de santé global se base sur la

perception *actuelle* alors que les items composant l'échelle de croyance de gravité du MCS16 concernent la perception de gravité future de la maladie (ex. : « ma maladie aura des effets néfastes sur ma santé, à long terme », « le diabète me rendra très malade », « je crois que j'aurai toujours besoin de suivre une diète, de faire de l'exercice ou de prendre des médicaments »). Ces résultats suggèrent, pour études futures portant sur l'adhésion et l'autogestion, la pertinence d'avoir recours à une mesure *actuelle* de satisfaction face à l'état de santé global ou de perception des complications du diabète, surtout dans le cadre d'un protocole transversal.

En somme, l'importance des facteurs reliés à l'individu force à se pencher sur des interventions à développer auprès des diabétiques de type 2 visant à augmenter les stratégies fonctionnelles de coping et à travailler les croyances de santé, tout en tenant compte du niveau de satisfaction face à l'état de santé global. Le contenu, les modalités et l'efficacité des telles interventions demeurent à documenter et à développer autant aux plans théorique, clinique, que de la recherche. Notamment, il faut poursuivre la recherche concernant l'efficacité de programmes de développement des stratégies de coping pouvant améliorer l'adhésion et l'autogestion. À cet égard, Karlsen, Idsoe, Dirdal, Hanestad et Bru (2004) ont montré dans une étude contrôlée qu'une intervention de groupe (en plus du suivi régulier de consultations avec les professionnels de la santé) auprès de Norvégiens diabétiques de type 1 ou 2 âgés entre 25 et 70 ans, basée sur la restructuration cognitive et la résolution de problèmes, pouvait diminuer significativement le blâme, améliorer le coping de ces patients en les rendant plus motivés et actifs, les aider à être plus confiants en eux après six mois. Ils ont rapporté aussi que le taux d'A1c s'améliorait pour plusieurs participants. Néanmoins, aucune mesure d'autogestion ou d'adhésion au traitement n'a été considérée dans cette étude. Pour leur part, Keers et ses collègues (2006) ont réalisé une recherche semblable aux Pays Bas auprès d'adultes diabétiques présentant des difficultés d'adoption de comportements de santé ayant participé à un groupe de réadaptation. Les résultats de cette étude ont permis de constater l'amélioration des habiletés de prises en charge (stratégies de coping et lieu de contrôle), du contrôle glycémique et de la qualité de

vie des participants au groupe. Toutefois, tout comme Karlsen, Idsoe, Dirdal et ses collègues (2004), ils n'ont utilisé aucune mesure d'adhésion et d'autogestion du traitement. Donc, en ce sens, notre étude suggère que de telles interventions pourraient être utiles pour influencer favorablement les niveaux d'adhésion et d'autogestion.

4.3.2.3 Examen des facteurs reliés à l'entourage

Les résultats de la présente étude indiquent qu'il ne faut pas négliger la *catégorie des facteurs reliés à l'entourage* qui explique un pourcentage significatif de la variance des niveaux d'autogestion des tests de glycémie (5.4%), d'activité physique (5.6%) et de la médication (9.8%). La présente étude démontre surtout l'importance de la *disponibilité perçue* du soutien social, et non celle de la satisfaction face au soutien reçu, pour prédire significativement des meilleurs niveaux de ces dimensions d'autogestion. Cela est un peu surprenant étant donné que les personnes diabétiques reçoivent souvent de la part de leur réseau un soutien qui se veut bienveillant, mais qui finalement s'avère néfaste ou insatisfaisant (Carter-Edwards et al., 2004; Trief et al., 2003). Néanmoins, il semble à la lumière de la présente étude, que du point de vue de l'adhésion et de l'autogestion, il vaut mieux se sentir soutenu, peu importe que le soutien reçu soit satisfaisant ou non, que de ne pas se sentir soutenu du tout. Les soignants devraient prioriser le sentiment que la personne a d'être soutenue par son entourage avant de s'attarder à analyser les sources d'insatisfaction face à ce soutien en vue de favoriser l'adhésion et l'autogestion. À cet effet, il serait intéressant de favoriser la participation à des groupes de soutien par les pairs. Le développement de tels regroupements de diabétiques pourrait possiblement favoriser la perception de disponibilité du soutien social. Il serait aussi pertinent de préciser par une étude qualitative ce que les patients considèrent être un soutien social « disponible » et si tous les systèmes de soutien sont considérés être aussi bénéfiques les uns que les autres en ce sens (ex. : groupes de pairs, famille, couple, amis, etc.). Évidemment, d'autres études sont nécessaires afin de valider les résultats concernant l'importance de la disponibilité perçue du soutien dans le phénomène d'adhésion et d'autogestion. Sur la base de notre

seule étude, nous ne recommandons pas de rejeter l'évaluation de la satisfaction face au soutien social en tant que variable pouvant prédire l'adhésion et l'autogestion.

4.3.2.4 Examen des facteurs reliés à la relation soignant-soigné

Soulignons que la présente étude a innové en se penchant sur le concept d'acceptation des recommandations, telle qu'avancé par Scheel et ses collègues (1999), pour étudier plusieurs composantes de la relation soignant-soigné. Cette conception de la relation soignant-soigné n'a pas été utilisée auparavant dans les études portant sur le diabète de type 2 et l'adhésion ou l'autogestion. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats de notre étude indiquent que la *catégorie des facteurs reliés à la relation soignant-soigné* n'ajoute aucune explication à la variation des scores d'adhésion et d'autogestion, après avoir contrôlé pour l'influence des autres catégories de facteurs.

Ces résultats doivent toutefois être nuancés. Il est à noter que les analyses corrélationnelles ont montré plusieurs associations positives et significatives entre les facteurs reliés à la relation soignant-soigné et différentes mesures d'adhésion et d'autogestion (voir Chapitre III « Résultats », p. 117) et ces corrélations vont dans le même sens que les résultats des études récentes, principalement les études portant sur la communication soignant-soigné (Aikens et al., 2005; Maddigan et al., 2005; Piette et al., 2003), sur la satisfaction face aux soins (Blanchard & Lurie, 2004; Kutz, 1999; Moore et al., 2004; Thomas, 2004; Trachtenberg et al., 2005) et sur la concordance soignant-soigné (DiMatteo et al., 1994; Jahng et al., 2005; Rubin et al., 2006). Dans notre étude, plus particulièrement, la faisabilité perçue des recommandations et la concordance soignant-soigné prédisent de façon significative certains types d'autogestion à la lumière du 1^{er} angle d'analyse des résultats (régressions pas à pas). Cependant, nous ne connaissons pas les mécanismes qui favorisent une meilleure concordance entre le soignant et le soigné ni les caractéristiques des recommandations les plus susceptibles d'être perçues comme faisables par les patients. Il n'est également pas clair pour quelles raisons l'influence du médecin

(communication et satisfaction) ne s'est pas avérée prédire l'adhésion ni l'autogestion même si elle était associée significativement à plusieurs de ces dimensions aux analyses corrélationnelles. Toutefois, les participants à la recherche rapportaient en moyenne un contrôle glycémique optimal ce qui peut avoir contribué à une communication et une satisfaction élevées face aux soignants, ainsi qu'à en limiter les impacts négatifs sur l'adhésion et l'autogestion. D'autres recherches devront examiner plus en profondeur les aspects de communication et de satisfaction, en utilisant d'autres types de mesure par exemple, qui pourraient prédire l'adhésion et l'autogestion.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons écarter, sur la base de cette seule étude, l'importance de tenir compte de cette catégorie de facteurs et ce, même concernant l'influence du médecin (satisfaction et communication). Avant d'arriver à cette conclusion, d'autres études devront être effectuées visant à répliquer les résultats et aussi à pallier aux limites méthodologiques inhérentes à la présente recherche. De plus, des études empiriques visant à valider la mesure EER (Échelles d'évaluation des recommandations), récemment adaptée et traduite en français, doivent être faites en la comparant à d'autres mesures de communication, de satisfaction et de concordance soignant-soigné. Nous croyons aussi que le modèle de consultation adapté de Scheel et ses collègues (1999) est intéressant pour concevoir la relation soignant-soigné dans son ensemble malgré les résultats mitigés concernant sa contribution au phénomène d'adhésion et d'autogestion. Ce modèle pourrait faire l'objet d'autres études visant à en vérifier la pertinence pour élaborer un cadre conceptuel de la consultation médicale.

CONCLUSION

En résumé, cette recherche a permis, à l'aide d'une approche exploratoire et globale, de faire ressortir avec succès des facteurs psychosociaux qui prédisent le mieux l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins chez des adultes diabétiques de type 2. La présente thèse a aussi contribué à préciser les catégories de facteurs psychosociaux auxquels les chercheurs et les cliniciens devraient s'intéresser en priorité dans l'intervention auprès de cette population. Les résultats de l'étude ont montré que chacune des dimensions d'adhésion et d'autogestion sont prédites significativement par un ensemble unique de facteurs ou de catégories de facteurs. Fait saillant de la présente étude, les facteurs examinés ont permis d'expliquer significativement 40% à 61% de variation des scores, selon l'angle d'analyse, pour l'adhésion globale et l'adhésion au style de vie/monitoring.

Parmi tous les facteurs psychosociaux examinés dans la présente étude, il appert que deux croyances de santé (vulnérabilité et peu d'obstacles perçus) et deux stratégies de coping (coping actif et désengagement comportemental) sont les facteurs les plus significatifs pour prédire l'adhésion et l'autogestion. Dans le même sens, la catégorie de facteurs reliés à l'individu, dont font partie les croyances de santé et les stratégies de coping, prédit significativement le plus grand nombre de dimensions d'adhésion et d'autogestion.

La présente thèse a le mérite d'avoir étudié des catégories de facteurs psychosociaux qui font l'objet de peu d'études empiriques, soit les facteurs reliés à l'entourage et les facteurs liés à la relation soignant-soigné (Nigg et al., 2002). Dans ces catégories, la disponibilité perçue du soutien social, la concordance soignant-soigné ainsi que la faisabilité perçue des recommandations sont prédicteurs d'adhésion et d'autogestion. Au-delà de l'explication fournie par les autres catégories de facteurs, seulement les facteurs reliés à l'entourage ajoutent significativement à la prédiction pour certaines dimensions

d'autogestion. Les facteurs reliés à la relation soignant-soigné n'expliquent effectivement pas davantage les variations de scores d'adhésion et d'autogestion.

Des études additionnelles devraient continuer à s'intéresser aux facteurs et catégories de facteurs psychosociaux qui sont les plus significatifs pour prédire l'adhésion et l'autogestion et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, peu a été fait en recherche pour déterminer la contribution respective des différents facteurs psychosociaux selon une approche globale et systémique. De plus, il faudrait que d'autres études utilisent à la fois des mesures d'adhésion et d'autogestion des principales activités de traitement pour mieux expliquer ces phénomènes au plan empirique, en préciser la conceptualisation au plan théorique et en déterminer la pertinence au plan clinique. Finalement, de telles recherches permettraient de mieux guider les soignants dans la conception et le développement de programmes de prévention, d'enseignement ou d'intervention visant à favoriser l'adhésion et l'autogestion d'un ensemble de mesures complexes et multidimensionnelles de traitement. Les recherches à visée exploratoire pourraient par la suite céder le pas à des recherches qui vérifieraient l'efficacité des programmes développés à partir des facteurs psychosociaux reconnus comme étant prédicteurs d'adhésion et d'autogestion.

Tous les efforts de recherche en ce sens portant sur l'adhésion et l'autogestion chez les diabétiques de type 2 visent à assurer un contrôle glycémique optimal et à retarder, voire même éviter, l'apparition des complications du diabète. Ces complications sont très coûteuses pour la société : les coûts associés aux complications étant nettement supérieurs à ceux associés uniquement aux soins médicaux du diabète avant l'apparition des complications (Dawson et al., 2002). De plus, dans le contexte d'un système de santé qui utilise déjà au maximum ses ressources, il est d'autant plus important d'accentuer le volet préventif du traitement du diabète. La présente thèse suggère que la prévention non seulement des complications, mais également des problèmes d'adhésion et d'autogestion, privilégie la prise en charge de sa santé par le soigné. Cette double approche préventive serait profitable tout autant pour soulager d'un fardeau le système de santé que pour

soulager le soigné. D'une part, nous croyons qu'une approche préventive permettrait de réduire des coûts de santé relatifs aux complications. D'autre part, la prévention est de mise car, avec l'apparition des complications, les soignés doivent faire face à des nouveaux traitements et à de nouvelles limites qui s'additionnent pour constituer un fardeau toujours plus lourd à porter au quotidien.

À la lumière des résultats de la présente étude, prévenir les problèmes d'adhésion et d'autogestion consiste donc non seulement à viser des cibles de contrôle glycémique optimal, mais surtout à s'assurer chez le soigné d'une meilleure reconnaissance de la maladie, d'une plus grande adaptation aux problèmes qui en découlent ainsi que du recours aux ressources de l'entourage et au sein de la relation soignant-soigné. Bref, soutenir les efforts d'adhésion et d'autogestion, ce n'est pas mettre l'accent que sur la maladie, mais c'est surtout prioriser le soigné dans une perspective globale selon laquelle tous les systèmes d'interactions réciproques peuvent agir de manière à favoriser ou à maintenir son état de santé.

Sur la base des résultats de la présente thèse, quelques suggestions peuvent être utiles pour la pratique clinique auprès des diabétiques de type 2. En effet, étant donné l'importance des facteurs psychosociaux pour prédire l'adhésion et l'autogestion et le caractère unique et distinct de la prédiction de chaque dimension d'adhésion et d'autogestion, nous croyons que les soignants devraient évaluer les facteurs psychosociaux les plus susceptibles de prédire l'adhésion ou l'autogestion pour la ou les dimensions de traitement faisant l'objet de la consultation. Pour ce faire, les soignants pourraient utiliser de courts questionnaires, plus faciles à administrer en contexte clinique, ciblant ces facteurs ou évaluant les niveaux d'adhésion ou d'autogestion. Une autre suggestion est de s'inspirer des recherches sur les prédicteurs pour concevoir un questionnaire de routine, intégré au suivi médical, permettant la cueillette d'informations concernant les principaux facteurs psychosociaux expliquant l'adhésion et l'autogestion. Bien que l'état actuel de la recherche, en raison notamment du caractère corrélationnel des études, ne permette pas

d'assurer quels prédicteurs favoriseront à coup sûr une meilleure adhésion ou autogestion, le fait de tenir compte de certains facteurs psychosociaux peut permettre aux soignants et aux soignés de discuter des facteurs psychosociaux les plus susceptibles de nuire à l'adhésion et à l'autogestion.

Les résultats de cette thèse appuient ainsi la pertinence des équipes multidisciplinaires en diabète. D'une part, étant donné la diversité et la complexité des activités de traitement auxquelles les soignés doivent adhérer ou qui feront l'objet d'une autogestion par les soignés, il est pertinent que des soignants soient spécialisés davantage dans le soutien à l'une ou l'autre de ces activités de traitement (ex. : diététiste, pharmacien, infirmière, médecin). D'autre part, dans le contexte où les médecins réfèrent peu aux autres professionnels de la santé, où la consultation médicale est d'une durée limitée et centrée sur la recommandation de traitement, nous considérons que le psychologue est le mieux placé pour concevoir, développer et offrir le soutien relatif aux facteurs psychosociaux utiles pour prévenir les problèmes d'adhésion et d'autogestion ou encore pour intervenir en présence de ces problèmes. Finalement, il serait pertinent d'intégrer à la formation des soignants de toutes disciplines un volet de sensibilisation et d'information sur l'importance de considérer davantage les facteurs psychosociaux lors des consultations, mais également sur la complexité du phénomène d'adhésion et d'autogestion. Toutes ces suggestions appuient le passage d'une approche biomédicale à une approche biopsychosociale où l'interdisciplinarité est de mise. Évidemment, il y a beaucoup encore à accomplir afin de développer non seulement un partenariat entre le soignant et le soigné, mais aussi entre les soignants de toutes les disciplines pour mieux tenir compte de la complexité des phénomènes d'adhésion et d'autogestion chez les diabétiques de type 2.

Références

- Acidocétose. (2007, mars 12). *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Récupéré le 21 mai 2007 du site de Wikipédia : <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Acidoc%C3%A9tose&oldid=15000184>
- Ahlgren, S. S., Shultz, J. A., Massey, L. K., Hicks, B. C., & Wysham, C. (2004). Development of a preliminary diabetes dietary satisfaction and outcomes measure for patients with type 2 diabetes. *Quality of Life Research, 13*, 819-832.
- Aikens, J. E., Bingham, R., & Piette, J. D. (2005). Patient-provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *The Diabetes Educator, 31*(5), 681-690.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment : A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development, 40*, 969-1025
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*(4), 333-341.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation : illustrated by the behavior of one-year-old in a strange situation. *Child Development, 41*(1), 49-67.
- Alazri, M. H., & Neal, R. D. (2003). The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine, 20*, 486-490.

- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation : A consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine*, 24, 451-463.
- Albright, C. L., Pruitt, L., Castro, C., Gonzalez, A., Woo, S., & King, A. C. (2003). Modifying physical activity in a multiethnic sample of low-income women : One-year results from the IMPACT (Increasing Motivation for Physical ACTivity) Project. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 191-200.
- Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R. R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27(3), 393-404.
- American Diabetes Association. (1998). Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care*, 21(12), 2180-2184.
- American Diabetes Association. (2003). Implications of the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 26 (Suppl. 1), S25-S27.
- American Diabetes Association. (2006). Standards of medical care in diabetes-2006 (Content). *Diabetes Care*, 29 (Suppl. 1), S4-S42.
- Association canadienne du diabète. (2003). Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 27(Suppl. 2). Récupéré le 20 mai 2007 du site de l'Association canadienne du diabète : <http://www.diabetes.ca/cpgfrançais/downloads/cpgcomplete.pdf>

- Barrett, E. J. (2004). Diabetes epidemic is a worldwide threat. *Clinical Diabetes*, 22(1), 47-48.
- Barrett, J. E., Plotnikoff, R. C., Courneya, K. S., & Raine, K. D. (2007). Physical activity and type 2 diabetes : Exploring the role of gender and income. *The Diabetes Educator*, 33(1), 128-143.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Becker, M. H., & Janz, N. K. (1985). The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *The Diabetes Educator*, 11(1), 41-47.
- Blanchard, J., & Lurie, N. (2004). R-E-S-P-E-C-T : Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *The Journal of Family Practice*, 53(9), 721-730.
- Bloomgarden, Z. T. (2004). Type 2 diabetes in the young : The evolving epidemic. *Diabetes Care*, 27(4), 998-1010.
- Boulé, N. G., Haddad, E., Kenny, G. P., Wells, G. A., & Sigal, R. J. (2001). Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus : A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1218-1227.

- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later : Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 2004.
- Bosworth, H. B., & Voils, C. I. (2006). Theoretical models to understand treatment adherence. In H. B. Bosworth, E. Z. Oddone & M. Weinberger. *Patient treatment adherence : Concepts, interventions and measurement* (pp. 13-46). London : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Bouthillier, D., Tremblay, N., Hamelin, F., Julien, D., & Scherzer, P. (1996). Traduction et validation canadienne-française d'un questionnaire évaluant l'attachement chez l'adulte. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 28(1), 74-77.
- Bowker, S. L., Mitchell, C. G., Majumdar, S. R., Toth, E. L., & Johnson, J. A. (2004). Lack of insurance coverage for testing supplies is associated with poorer glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Canadian Medical Association Journal*, 171(1), 39-43.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York : Basic Books.
- Bradley, C., Brewin, C. R., Gamsu, D. S., & Moses, J. L. (1984). Development of scales to measure perceived control of diabetes mellitus and diabetes-related health beliefs. *Diabetic medicine*, 1(2), 213-218.
- Broom, D., & Whittaker, A. (2004). Controlling diabetes, controlling diabetics : Moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science & Medicine*, 58, 2371-2382.

- Brown, A. F., Ettner, S. L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E., Shapiro, M. F., et al. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus : A conceptual framework and review of the literature. *Epidemiologic Reviews*, 26, 63-77.
- Brown, J. B., Harris, S. B., Webster-Bogaert, S., Wetmore, S., Faulds, C., & Stewart, M. (2002). The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Family Practice*, 19, 344-349.
- Caplan, G. (1963). Types of mental health consultation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 470-481.
- Caplan, G. (1972). Support systems. In R. B. Caplan (Éd.). *Helping the helpers to help : Mental health consultation to aid clergymen in pastoral work*. (pp. 193-203). New York : Seabury Press.
- Carter-Edwards, L., Skelly, A. H., Cagle, C. S., & Appel, S. J. (2004). "They care but don't understand" : Family support of African American women with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30(3), 493-501.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long : Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motivation and Emotion*, 30, 105-110.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267-283.
- Chesla, C. A., Fisher, L., Mullan, J. T., Skaff, M. M., Gardiner, P., Chun, K., et al. (2004). Family and disease management in African American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *27*(12), 2850-2855.
- Chlebowy, D. O., & Garvin, B. J. (2006). Social support, self-efficacy, and outcome expectations impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, *32*(5), 777-786.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs : Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, *Vol. 18* (2), 169-172.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship : Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry*, *158*(1), 29-35.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory : A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 660-667.
- Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Katon, W. J., Von Korff, M., Ludman, E., Lin, E., et al. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 720-728.

- Clark, M. (2004). Is weight loss a realistic goal of treatment in type 2 diabetes? The implications of restraint theory. *Patient Education and Counseling*, 53, 277-283.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen-Mansfield, J., & Jensen, B. (2005). The preference and importance of bathing, toileting and mouth care habits in older persons. *Gerontology*, 51(6), 375-85.
- Colagiuri, R. (2002). Est-il possible de prévenir le diabète de type 2 ? Ce que disent les directives factuelles. *Diabetes Voice*, 47(4), 18-20.
- Conoley, J. C., & Conoley, C. W. (1981). Toward prescriptive consultation. In J. C. Conoley (Éd.). *Consultation : Theory, research, and procedures*. (pp. 265-293). New York : Academic Press.
- Conoley, C. W., Conoley, J. C., Ivey, D. C., & Scheel, M. (1991). Enhancing consultation by matching the consultee's perspectives. *Journal of Counseling & Development*, 69, 546-549.
- Daniel, M., & Messer, L. C. (2002). Perceptions de la gravité de la maladie et des obstacles à l'autogestion de sa santé : prédicteurs de l'équilibre de la glycémie chez les Autochtones atteints de diabète de type 2. *Maladies chroniques du Canada*. 23(4), 147-156.
- Dawson, K. G., Gomes, D., Gerstein, H., Blanchard, J. F., & Kahler, K. H. (2002). The economic cost of diabetes in Canada, 1998. *Diabetes Care*, 25(8), 1303-1307.

- Delamatar, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.
- Desrochers, F. (2007). Ressources utiles. 2ième partie: diabétiques aveugles ou amblyopes. *Perspective Infirmière*, 4(3), 33-34.
- DeVito, A. J., Bogdanowicz, J., & Reznikoff, M. (1982). Actual and intended health-related information seeking and health locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 46(1), 63-69.
- Dey, J., Blonde, L., & Guthrie, R. (2000). Factors influencing patient acceptability of diabetes treatment regimens. *Clinical Diabetes*, 18(2), 61-67.
- Dhatariya, K. (2007). Home blood glucose testing. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(5), 638-639.
- Diabète Québec. (2004). *La néphropathie*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases et Louise Tremblay, infirmière – Service d'enseignement Diabétaïde. Récupéré le 20 mai 2007 du site de Diabète Québec : http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/complications/nephropathie.html
- Diabète Québec. (2004). *La neuropathie*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases et Louise Tremblay, infirmière – Service d'enseignement Diabétaïde. Récupéré le 20 mai 2007 du site de Diabète Québec : http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/complications/neuropathie.html
- Diabète Québec. (2004). *La rétinopathie et les maladies de l'œil*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases et Louise Tremblay, infirmière –

Service d'enseignement Diabétaïde. Récupéré le 20 mai 2007 du site de Diabète Québec : http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/complications/retinopathie.html

- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 977-986.
- Dietrich, U. C. (1996). Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes : A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 29, 13-23.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations : A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment : A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- DiMatteo, M. R., Reiter, R. C., & Gambone, J. C. (1994). Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication*, 6(4), 253-265.
- Doherty, Y., James, P., & Roberts, S. (2000). Stage of Change Counselling. In F. J. Snoek & T. C. Skinner (Éds.), *Psychology in diabetes care* (pp. 99-140). John Wiley & Sons : England.
- Dutton, G. R., Bodenlos, J. S., Johnson, J., Brantley, R. J., & Whitehead, D. (2005). Barriers to physical activity among predominantly low-income African American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(5), 1209-1210.

- Eckleberry, J. G. (2000). *The relationship of health locus of control, health value, and perceived health competence to type-2 diabetes mellitus outcomes*. Thèse de doctorat inédite, Indiana State University.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (2001). Developing professional ability to involve patients in their care : Pull or push? *Quality in Health Care, 10*, 129-130.
- Edwards, D. L. (1998). *Psychological factors affecting adherence and metabolic control in diabetes mellitus*. Thèse de doctorat inédite, The University of Iowa.
- Émond, V. (2002). *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*. Récupéré le 20 mai 2007 du site de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/106_PrevalenceDiabete.pdf
- Epple, C., Wright, A. L., Joish, W. N., & Bauer, M. (2003). The role of active family nutritional support in Navajos' type 2 diabetes metabolic control. *Diabetes Care, 26(10)*, 2829-2834.
- Eriksson, K.-F., & Lindgärde, E. (1991). Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise : The 6-year Malmö feasibility study. *Diabetologia, 34*, 891-898.
- Fisher, E. B., Brownson, C. A., OToole, M. L., Shetty, G., Anwuri, V. V., & Glasgow, R. E. (2005). Ecological approaches to self-management : The case of diabetes. *American Journal of Public Health, 95(9)*, 1523-1535.

- Fischer, G.-N. (2002). La psychologie de la santé : problématique et enjeux. In G.-N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 1-18). Dunod : Paris.
- Flores, L. (2004). *Environment barriers, self-efficacy and the direct and indirect effects of diabetes-specific cultural beliefs on health status in a community sample of diabetic patients*. Thèse de doctorat inédite, University of California & San Diego State University.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Freeman, J., & Loewe, R. (2000). Barriers to communication about diabetes mellitus : Patients' and physicians' different views of the disease. *The Journal of Family Practice*, 49(6), 507-512.
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management : A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195.
- Gillibrand, W., & Flynn, M. (2001). Forced externalization of control in people with diabetes : A qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing* 34(4), 501-510.
- Glasgow, R. E. (1997). Behavioral and psychosocial measures for diabetes care : What is important to assess? *Diabetes Spectrum*, 10(1), 12-17.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 33-41.

- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Hampson, S. E., Brown, J. E., Lewinsohn, P. M., & Donnelly, J. (1992). Improving self-care among older patients with type II diabetes : The "Sixty Something..." study. *Patient Educational Counseling, 19*, 61-74.
- Goetsch, V. L. (1989). Stress and blood glucose in diabetes mellitus : A review and methodological commentary. *Annals of Behavioral Medicine, 11*(3), 102-107.
- Golin, C., DiMatteo, R., Duan, N., Leake, B., & Gelberg, L. (2002). Impoverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 866-875.
- Grant, R. W., Singer, D. E., Devita, N. G., & Meigs, J. B. (2003). Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 26*(5), 1408-1412.
- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B. R., & Søvik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care, 27*(6), 1313-1317.
- Greening, L., Stoppelbein, L., & Reeves, C. B. (2006). A model for promoting adolescents' adherence to treatment for type 1 diabetes mellitus. *Children's Health Care, 35*(3), 247-267.
- Gregg, J. A. (2004). *A randomized controlled effectiveness trail comparing patient education with and without acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes management*. Thèse de doctorat inédite, University of Nevada, Reno.

- Harris, S. B., Ekoe, J.-M., Zdanowicz, Y., & Webster-Bogaert, S. (2005). Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). *Diabetes Research and Clinical Practice, 70*(1), 90-97.
- Harris, M. A., & Lustman, P. J. (1998). The psychologist in diabetes care. *Clinical Diabetes, 16*(2), 91-93.
- Harris, M. A., Harvey, L. M., Wysock, T., Buckloh, L. M., Sadler, M., Mauras, N., et al. (2000). Validation of a structured interview for the assessment of diabetes self-management. *Diabetes Care, 23*(9), 1301-1304.
- Harris, M. I. (2001). Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 24*(6), 979-982.
- Harris, R., Linn, M. W., Skyler, J. S., Sandifer, R. (1987). Development of the diabetes health belief scale. *The Diabetes Educator, 13*, 292-297.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research : Theory & Practice, 7*(1), 107-116.
- Hayes, R. P., Bowman, L., Monahan, P. O., Marrero, D. G., & McHorney, C. A. (2006). Understanding diabetes medications from the perspective of patients with type 2 diabetes : Prerequisite to medication concordance. *The Diabetes Educator, 32*, 404-414.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.

- Heapy, A. A. (2003). *The inherent consequences and prediction of diabetic regimen adherence*. Thèse de doctorat inédite, Purdue University.
- Heisler, M. (2004). Glycemic self-monitoring and insurance coverage. *Canadian Medical Association Journal, 171(1)*, 48-49.
- Heisler, M., Wagner, T. H., & Piette, J. D. (2004). Clinician identification of chronically ill patients who have problems paying for prescription medications. *The American Journal of Medicine, 116*, 753-758.
- Heisler, M., Kieffer, E., Piette, J. D., Vijan, S., & Spencer, M. (2005). The relationship between knowledge of recent HbA1c values and diabetes care understanding and self-management. *Diabetes Care, 28*, 816-822.
- Hepworth, J. (1999). Gender and the capacity of women with NIDDM to implement medical advice. *Scandinavian Journal of Public Health, 27*, 260-266.
- Hernandez, C. A. (1997). The development and pilot testing of The Diabetes Activities Questionnaire (TDAQ) : An instrument to measure adherence to the diabetes regimen. *Applied nursing research, 10(4)*, 202-211.
- Heron, J. (1976). A six-category intervention analysis. *British Journal of Guidance & Counselling, 4(2)*, 143-155.
- Hertz, R. P., Unger, A. N., & Lustik, M. B. (2005). Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes : A retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance. *Clinical Therapeutics, 27(7)*, 1064-1073.

- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self-management : A model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavioral Medicine, 25(3)*, 182-193.
- Holman, R. (2001). The UKPDS: Implications for the dyslipidaemic patient. *Acta Diabetologica, 38*, S9-S14.
- Howell, D. C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. DeBoeck Université : Paris.
- Hunt, L. M., Arar, N. H., Larme, A. C., Rankin, S. H., & Anderson, R. M. (1998). Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. *Western Journal of Nursing Research, 20(6)*, 656-682.
- Hurley, A. C. (1990). The health belief model : Evaluation of a diabetes scale. *The Diabetes Educator, 16(1)*, 44-48.
- Hutton, S. L. (2002). *Perceptions of control and social cognitive theory : Understanding adherence to a diabetes treatment regimen*. Thèse de doctorat inédite, Wake Forest University.
- Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration : Patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling, 57*, 308-314.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model : A decade later. *Health Education Quarterly, 11(1)*, 1-47.

- Jeanson, I. (2000). *L'observance du plan alimentaire et la satisfaction de vie chez les personnes diabétiques : contribution à long terme de l'efficacité personnelle et de l'autodétermination*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Joshi, S. R. (2004). Glycemic assessment and monitoring an essential tool in modern diabetes management. *Journal of The Association of Physicians of India*, 52, 775-777.
- Juliet, C. (1991). *Dans la lumière des saisons*. Paris : Éditions P.O.L.
- Karkashian, C. D. (2004). *A model of stress, resistance factors and disease-related health outcomes in patients with diabetes mellitus*. Thèse de doctorat inédite, George Washington University.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B. R., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9(1), 53-70.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B. R., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 53, 299-308.
- Karter, A. J., Ferrara, A., Darbinian, J. A., Ackerson, L. M., & Selby, J. V. (2000). Self-monitoring of blood glucose : Language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*, 23(4), 477-483.

- Kasl, S. V. (1974). The Health Belief Model and behavior related to chronic illness. In M. H. Becker (Éd.), *The health belief model and personal health behavior*. (pp. 106-127). New Jersey : Charles B. Slack, inc. (CBS).
- Kavanagh, D. J., Gooley, S., & Wilson, P. H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*(5), 509-522.
- Kavouras, S. A., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Anastasiou, C. A., Lentzas, Y., et al. (2007). Physical activity, obesity status, and glycemic control : The ATTICA Study. *Medicine & Science in Sports & Exercised*, *39*(4), 606–611.
- Keers, J. C., Bouma, J., Links, T. P., ter Maaten, J. C., Gans, R. O.B., Wolffenbuttel, B. H. R., et al. (2006). One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling*, *60*, 16-23.
- Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., Green, B., Walton, J., & Dalton, M. (2001). Disordered eating behaviours in women with type 2 diabetes mellitus. *Eating Behaviors*, *2*(2), 183-192.
- Keyserling, T. C., Elasy, T. A., Samuel-Hodge, C. D., Skelly, A. H., Ammerman, A. S., Jonhston, L. F., et al. (2002). A randomized trial of an intervention to improve self-care behaviors of African American women with type 2 diabetes : Impact on physical activity. *Diabetes Care*, *25*(9), 1576-1583.
- King, H., Aubert, R. E., & Herman, W. H. (1998). Global burden of diabetes, 1995–2025 : Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*, *21*(9), 1414-1431.

- King, D. K., Estabrooks, P. A., Strycker, L. A., Toobert, D. J., Bull, S. S., & Glasgow, R. E. (2006). Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine, 31*(2), 128-137.
- Kirk, A., Macintyre, P., Mutrie, N., & Fischer, M. (2003). Increasing physical activity in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 26*(4), 1186-1192.
- Klohnen, E. C., & John, O. P. (1998). Working models of attachment : A theory-based prototype approach. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. (pp. 115-140). New York : Guilford Press.
- Koenisberg, M. R., Bartlett, D., & Cramer, J. S. (2004). Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *American Family Physician, 6*(2), 309-324.
- Koro, C. E., Bourgeois, N., Bowlin, S. J., & Fedder, D. O. (2004). Glycemic control from 1988 to 2000 among U.S. adults diagnosed with type 2 diabetes : A preliminary report. *Diabetes Care, 27*(1), 17-20.
- Koski, R. R. (2004). Oral antidiabetic agents : A comparative review. *Journal of Pharmacy Practice, 17*(1), 39-48.
- Krapek, K., King, K., Warren, S. S., George, K. G., Caputo, D. A. Mihelich, K., et al. (2004). Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. *The Annals of Pharmacotherapy, 38*, 1357-1362.
- Kurtz, S. M. S. (1990). Adherence to diabetes regimens : Empirical status and clinical applications. *The Diabetes Educator, 16*(1), 50-56.

- Kutz, D. J. (1999). *A model of adherence in type 2 diabetes mellitus : The role of psychosocial factors*. Thèse de doctorat inédite, MCP Hahnemann University.
- Larme, A. C., & Pugh, J. C. (2004). Evidence-based guidelines meet the real world : The case of diabetes care. *Diabetes Care*, 24, 1728–1733.
- Larousse médical. (2004). Diabète sucré. In T. Delesalle-Féat & A. Caron (Éds.), *Larousse médical* (pp. 293-296). Larousse : Paris.
- Lau, D. T., & Nau, D. P. (2004). Oral Antihyperglycemic Medication Nonadherence and Subsequent Hospitalization Among Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 27(9), 2149-2153.
- Lazarus, R. S. (1985). The costs and benefits of denial. In A. Monat & R. S. Lazarus (Éds.). *Stress and coping : An anthology. Second Edition* (pp. 154-173). New York : Columbia University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Legato, M. J., Gelzer, A., Goland, R., Ebner, S. A., Rajan, S., Villagra, V., et al. (2006). Gender-specific care of the patient with diabetes : Review and recommendations. *Gender Medecine*, 3, 131-158.
- Leichter, S. B., Dreelin, E., & Moore, S. (2004). Integration of clinical psychology in the comprehensive diabetes care team. *Clinical Diabetes*, 22(3), 129-131.

- Leiter, L. A., Ross, S. A., Barr, A., Tildesley, H. D., Bélanger, A., Fontaine, N., et al. (2001). Diabetes screening in Canada (DIASCAN) study : Prevalence of undiagnosed diabetes and glucose intolerance in family physician offices. *Diabetes Care*, 24(6), 1038-1043.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment : The key for avoiding long-term complications of diabetes. *Archives of Medical Research*, 36, 300-306.
- Levasseur, G. (2004). À propos de la « maladie-du-malade » diabétique de type 2. *Éducation du patient et enjeux de santé*, 22(3), 66-72.
- Levasseur, P. (2003). Les antidiabétiques oraux dans le traitement du diabète de type 2. Département de pharmacie, Cité de la Santé de Laval, *Pharm'as-tu lu?* 6(1), 1-12.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Straus, A. (1982). Self-regulation and the mechanisms for symptom appraisal. In D. Mechanic (Éd.), *Symptoms, illness behavior, and help-seeking* (pp. 55-86). Prodist : New York.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition : Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation : A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Éds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-47). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers : New Jersey.

- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Éds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). Routledge : New York.
- Litzelman, D. K., Slemenda, C. W., Langefeld, C. D., Hays, L. M., Welch, M. A., Bild, D. E., et al. (1993). Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus : A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, (119)1, 36-41.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education : History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lutfey, K. E., & Wishner, W. J. (1999). Beyond “compliance” is “adherence” : Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22(4), 635-539.
- Lutfey, K. (2005). On practices of ‘good doctoring’ : Reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociology of Health & Illness*, 27(4), 421-447.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Multidimensional Health Locus of Control : Comments on the construct and its measurement. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 633-642.
- MacLean, D., & Lo, R. (1998). The non insulin-dependant diabetic : Success and failure in compliance. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15(4), 32-42.
- Maddigan, S. L., Majumdar, S. R., & Johnson, J. A. (2005). Understanding the complex associations between patient-provider relationships, self-care behaviours, and

- health-related quality of life in type 2 diabetes : A structural equation modeling approach. *Quality of Life Research*, 14, 1489-1500.
- Markovits, H. (2000). L'interprétation et la généralisation des résultats. In R. J. Vallerand & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie*. (pp. 435-456). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Marrero, D. G. (2005). Time to get moving : Helping patients with diabetes adopt exercise as part of a healthy lifestyle. *Clinical Diabetes*, 23(4), 154-159.
- Massi-Benedetti, M., Lauritzen, T., Matthews, D., & Snoek, F. (2002). DAWN : Diabetes Attitudes, Wishes and Needs. Conférence présentée au 38e Congrès annuel de l'Association européenne pour l'étude du diabète (EASD) tenu à Budapest en Hongrie. Document fourni par les auteurs.
- Mayfield, J. (1998). Diagnosis and classification of diabetes mellitus : New Criteria. *American Family Physician*, 58(6), 1355-1372.
- McCabe, B. A. (2003). *Barriers to adherence in a free medication program for low income individuals with type 2 diabetes*. Thèse de doctorat inédite, Louisiana State University.
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Intervention to enhance patient adherence to medication prescriptions : Scientific review. *Journal of American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.

- McKinstry, B. (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *The British Medical Journal*, 321, 867-871.
- McNabb, W. L. (1997). Adherence in diabetes : Can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*, 20(22), 215-218.
- Ménard, J. (2001). *Les effets d'un programme de traitement multifactoriel intensif chez des patients avec diabète de type 2 mal contrôlé*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke.
- Menec, V. H., & Chipperfield, J. G. (1997). Remaining active in later life : The role of locus of control, in senior's leisure activity participation, health, and life satisfaction. *Journal of Aging and Health*, 9(1), 90-115.
- Moore, P. J., Sickel, A. E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N. E. (2004). Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance : The role of doctor-patient relationship. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421-433.
- Morrato, E. H., Ghushchyan, V., Hill, J. O., Sullivan, P. W., & Wyatt, H. R. (2006). Are health care professionals advising patients with diabetes or at risk for developing diabetes to exercise more? *Diabetes Care*, 29(3), 543-548.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du *Brief COPE* sur une population française. *Encéphale*, 29(6), 507-518.
- Murry, V. M., Owens, M. D., Brody, G. H., Willert, A. S., & Brown, A. C. (2003). Factors and processes associated with physical and psychological health of African-

- American mothers with type 2 diabetes : A heuristic model. *Diabetes Spectrum*, 16(3), 166-171.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). Concepts and issues in adherence. In L. B. Myers & K. Midence (Éds.). *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 1-24). The Netherlands : Harwood academic publishers.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H., & Kuboki, T. (2006). Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 47(3), 240-246.
- Nelson, K. M., Reiber, G., & Boyko, E. J. (2002). Diet and exercise among adults with type 2 diabetes : Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Diabetes Care* 25(10), 1722-1728.
- Nigg, C. R., Allegrante, J. P., & Ory, M. (2002). Theory-comparison and multiple-behavior research : Common themes advancing health behavior research. *Health Education Research*, 17(5), 670-679.
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors : Are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20(3), 275-290.
- O'Connor, P. J., Desai, J. R., Solberg, L. I., Rush W. A., & Bishop, D. B. (2003). Variation in diabetes care by age : Opportunities for customization of care. *BMC Family Practice*, 4, 16-23.

- O’Hea, E. L., Grothe, K. B., Bodenlos, J. S., Boudreaux, E. D., White, M. L., & Brantley, P. J. (2005). Predicting medical regimen adherence : The interactions of health locus of control beliefs. *Journal of Health Psychology, 10*(5), 705-717.
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication : A review of literature. *Social Science & Medicine, 40*(7), 903-918.
- Organisation mondiale de la santé. (2000). *Obésité : prévention et prise en charge de l’épidémie mondiale : Rapport d’une consultation de l’OMS*. Série de rapports techniques no. 894, Genève. Récupéré le 7 août 2007 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_fre.pdf (PDF).
- Organisation mondiale de la santé. (2007). *Country and regional data*. Récupéré le 20 mai 2007 de http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/print.html
- Paré, D. (1997). *Efficacité personnelle et adhésion au traitement chez la personne diabétique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2005). Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology, 10*(6), 779-791.
- Petrocelli, J. V. (2003). Hierarchical multiple regression in counseling research : Common problems and possible remedies. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*, 9-22.

- Peyrot, M., McMurry, J. F., & Kruger, D. F. (1999). A Biopsychosocial model of glycemic control in diabetes : Stress, coping and regimen adherence. *Journal of health and social behavior, 40*, 141-158.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E. au nom de International DAWN Advisory Panel. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management : Results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine, 22*, 1379-1385.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., & Siminerio, L. M. au nom de International DAWN Advisory Panel. (2006). Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care : Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care, 29(6)*, 1256-1262.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Skovlund, S. E., Snoek, F. J., Matthews, D. R., et al. au nom de International DAWN Advisory Panel. (2006). Patient and provider perceptions of care for diabetes : Results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia, 49*, 279-288.
- Pickup, J. C., & Crook, M. A. (1998). For debate : Is type II diabetes mellitus a disease of the innate immune system? *Diabetologia, 41*, 1241-1248.
- Piette, J. D., Heisler, M., Krein, S., & Kerr, E. A. (2005). The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due to cost pressures. *Archives of Internal Medicine, 165*, 1749-1755.
- Piette, J. D., Heisler, M., & Wagner, T. H. (2004). Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes. *Diabetes Care, 27(2)*, 384-391.

- Piette, J. D., Schillinger, D., Potter, M. B., & Heisler, M. (2003). Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *Journal of General Internal Medicine, 18*, 624-633.
- Piette, J. D., Wagner, T. H., Potter, M. B., & Schillinger, D. (2004). Health insurance status, cost-related medication underuse, and outcomes among diabetes patients in three systems of care. *Medical Care, 42*(2), 102-109.
- Plante, C. (1998). *Relation entre le modèle de croyances relatives à la santé, le sentiment d'efficacité personnelle, l'attribution causale de la maladie et l'observance aux auto-soins diabétiques*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Sherbrooke.
- Polly, R. K. (1992). Diabetes health beliefs, self-care Behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator, 18*(4), 321-327.
- Polonsky, W. H. (1999). *Diabetes burnout : What to do when you can't take it anymore*. Alexandria, VA : American Diabetes Association.
- Power, T. (2002). Le rôle des assistants sociaux dans la prise en charge du diabète. *Diabetes Voice, 47*(4), 41-43.
- Puder, J. J., & Keller, U. (2003). Quality of diabetes care : Problem of patient or doctor adherence? *Swiss Medical Weekly, 133*, 530-534

- Putzer, G., Roetzheim, R., Ramirez, A. M., Sneed, K., Brownlee Jr, H. J., & Campbell, R. J. (2004). Compliance with recommendations for lipid management among patients with type 2 diabetes in an academic family practice. *JABFP*, *17*(2), 101-107.
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Cousson, F., Gilliard, J., et al. (1997). Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *33*, 35-51.
- Rhee, M. K., Slocum, W., Ziemer, D. C., Culler, S. D., Cook, C. B., El-Kebbi, I. M., et al. (2005). Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Educator*, *31*(2), 240-250.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Stevens, J. G. (1998). Attachment orientations, social support, and conflict resolution in close relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. (pp. 167-188). New York : Guilford Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Éd.), *The health belief model and personal health behavior*. (pp. 1-8). New Jersey : Charles B. Slack, inc. (CBS).
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175-183.
- Rosmond, R. (2003). Stress induced disturbances of the HPA axis : A pathway to type 2 diabetes? *Medical Science Monitor*, *9*(2), RA35-39.

- Rubin, R. R. (2005). Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American Journal of Medicine*, 118(5A), 27S-34S.
- Rubin, R. R., Peyrot, M., & Siminerio, L. M. au nom de International DAWN Advisory Panel. (2006). Health care and patient-reported outcomes : Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*, 29(6), 1249-1255.
- Santé Canada. (1999). *Le diabète au Canada : statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*. No de cat : H49-121/1999. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Santé Canada : Ottawa.
- Santé Canada. (2002). *Le diabète au Canada – Deuxième édition*. No de cat : H49 121/2002F. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Santé Canada : Ottawa.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support : The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support : Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures : Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813-832.

- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Social support : The search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9(1)*, 133-147.
- Savoca, M. R., Miller, C. K., & Quandt, S. A. (2004). Profiles of people with type 2 diabetes mellitus : The extremes of glycemic control. *Social Science & Medicine, 58*, 2655–2666.
- Scheel, M., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T., & Mahoney, K. B. (1999). Client implementation of therapist recommendations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology, 46(3)*, 308-316.
- Segal, P. (1977). *L'homme qui marchait dans sa tête*. Paris : Flammarion.
- Seiffge-Krenke, I., & Stemmler, M. (2003). Coping with everyday stress and links to medical and psychosocial adaptation in diabetic adolescents. *Journal of Adolescent Health, 33(3)*, 180-188.
- Selye, H. (1985). History and present status of the stress concept. In A. Monat & R. S. Lazarus (Éds.). *Stress and coping : An anthology. Second Edition* (pp. 17-29). New York : Columbia University Press.
- Shaver, P.R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment : Theory and evidence. In D. Perlman & W. Jones (Éds.), *Advances in Personal Relationships. Vol. 4* (pp. 29-70). London : Jessica Kingsley.

- Shultz, J. A., Sprague, M. A., Branen, L. J., & Lambeth, S. (2001). A comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to diet and exercise. *Journal of Health Communication, 6*, 99-115,
- Sigal, R. J., Castaneda-Sceppa, C. C., Kenny, G. P., White, R. D., & Wasserman, D. H. (2006). Physical activity/exercise and type 2 diabetes : A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care, 29(6)*, 1433-1438.
- Siminerio, L. M., Funnell, M. M., Peyrot, M., & Rubin, R. R. au nom de International DAWN Advisory Panel. (2007). US nurses' perceptions of their role in diabetes care : Results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. *The Diabetes Educator, 33(1)*, 152-162.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 971-980.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1998). Attachment in adulthood. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. (pp. 3-21). New York : Guilford Press.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation : The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 434-446.
- Skarbek, E. A. (2006). *Psychosocial predictors of self-care behaviors in type 2 diabetes mellitus patients : Analysis of social support, self-efficacy, and depression*. Thèse de doctorat inédite, Texas Tech University.

- Skelly, A. H., Arcury, T. A., Snively, B. M., Bell, R. A., Smith, S. L., Wetmore, L. K., et al. (2005). Self-monitoring of blood glucose in a multiethnic population of rural older adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 31(1), 84-90.
- Skovlund, S. (2004). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs. *Diabetes Voices*, 49, 4-11.
- Skovlund, S. E., & Peyrot, M. on the behalf of International DAWN Advisory Panel. (2005). The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program : A new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 18(3), 136-142.
- Soumerai, S., Mah, C., Zhang, F., Adams, A., Barton, M., & Ross-Degnan, D. (2002). Effects of HMO coverage of diabetes self-monitoring devices on rates of self-monitoring, medication compliance, and blood glucose control. In : Academy-Health 2002 Annual Research Meeting Abstracts. Disponible : www.academyhealth.org/2002/abstracts/pharmaceutical.pdf (consulté le 29 juillet 2007).
- Soumerai, S., Pierre-Jacques, M., Zhang, F., Ross-Degnan, D., Adams, A. S., Gurwitz, J., et al. (2006). Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled Medicare beneficiaries : A national survey 1 year before the Medicare drug benefit. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1829-1835.
- St-Amand, A., & Laisné, F. (2000). *Traduction française de la Recommandation Rating Scale*. Document inédit, sous la supervision de Conrad Lecomte, Université de Montréal.

Statistique Canada (2001). *Recensement de la population de 2001*, Produits n° 95F0436XCB2001004, 95F0418XCB2001004, 97F0012XCB2001008, 97F0010XCB2001001, 95F0407XCB2001004, au catalogue de Statistique Canada. Récupérés le 21 août 2007 du site de Statistique Canada : <http://www.census2006.ca/francais/census01/home/Index.cfm>

Statistique Canada. (2006). Diabète par région sociosanitaire 2005. In *Indicateurs de la santé*, Vol. 2006, No. 1, Produit no. 82-221-XIF au catalogue de Statistique Canada, préparé par la Division de la géographie pour la Division de la statistique de la santé, Ottawa, Ontario.

Statistique Canada. (2007). *CANSIM, tableaux 104-0011, 105-0011, 105-0211 et 105-0411*. Produit n° 82-221-X au catalogue. Dernières modifications apportées le 2007-05-10. Récupérés le 20 mai 2007 du site de Statistique Canada : http://www40.statcan.ca/102/cst01/health54a_f.htm

Stephenson, B. J., Rowe, B. H., Haynes, R. B., Macharia, W. M., & Leon, G. (1993). Is this patient taking the treatment as prescribed? *Journal of American Medical Association*, 269(21), 2779-2781.

Surwit, R. S., Schneider, S., & Feinglos, M. N. (1992). Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 15, 1413-1422.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics, Third Edition*. HarperCollins : New York.

- Thomas, N. A. (2004). *The physician-patient relationship : Empathy, trust and intentions to adhere to medical recommendations*. Thèse de doctorat inédite, Ball State University.
- Thompson, D., & Ciechanowski, P. S. (2003). Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. *Journal of the American Board of Family Medicine, 16*, 219-226.
- Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Cona, A., & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling, 54*, 299-306.
- Tillotson, L. M., & Smith, M. S. (1996). Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. *The Diabetes Educator, 22*(2), 133-139.
- Tolonen, H., Keil, U., Ferrario, M., & Evans, A. (2005). Prevalence, awareness and treatment of hypercholesterolaemia in 32 populations : Results from the WHO MONICA Project. *International Journal of Epidemiology, 34*, 181-192.
- Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (1991). Problem solving and diabetes self-care. *Journal of Behavioral Medicine, 14*(1), 71-86.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCAM). *Diabetes Care, 23*(7), 943-950.
- Trachtenberg, F., Dugan, E., & Hall, M. A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care : Trust in the medical profession is associated with

greater willingness to seek care and follow recommendations. *The Journal of Family Practice*, 54(4), 344-352.

Tremble, J. M., & Donaldson, D. (1999). Is continued weight gain inevitable in type 2 diabetes mellitus? *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 119(4), 235-239.

Trief, P. M., Himes, C. L., Orendorff, R., & Weinstock, R. S. (2001). The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 24(8), 1384-1389.

Trief, P. M., Ploutz-Snyder, R., Britton, K. D., & Weinstock, R. S. (2004). The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 148-154.

Trief, P. M., Sandberg, J., Greenberg, R. P., Graff, K., Castronova, N, Yoon, M., et al. (2003). Describing support : A qualitative study of couples living with diabetes. *Families, Systems & Health*, 21(1), 57-67.

Trief, P. M., Wade, M. J., Britton, K. D., & Weinstock, R. S. (2002). A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25(7), 1154-1158.

Turan, B., Osar, Z., Turan, J. M., Ilkova, H., & Damci, T. (2003). Dismissing attachment and outcome in diabetes : The mediating role of coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 607-626.

- Unité de jour de diabète de l'Hôtel-Dieu du CHUM. (2005). *Connaître son diabète... pour mieux vivre!* Éditions Rogers Medias : Montréal.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 23. (1998). Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus : United Kingdom prospective diabetes study (UKPDS 23). *British Medical Journal*, 316, 823-828.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 33. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*, 352, 837-853.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 49. (1999). Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus : Progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). *The Journal of the American Medical Association*, 281(21), 2005-2012.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 35. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35) : Prospective observational study. *British Medical Journal*, 321, 405-412.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 41. (2000). Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes : Economic analysis alongside randomised controlled trial (UKPDS 41). *British Medical Journal*, 320, 1373-1378.

- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 50. (2001). UKPDS 50 : Risk factors incidence and progression of retinopathy in type II diabetes over 6 years from diagnosis. *Diabetologia*, *44*, 156-163.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group 60. (2002). UKPDS 60 : Risk of Stroke in Type 2 Diabetes Estimated by the UK Prospective Diabetes Study Risk Engine. *Stroke*, *33*, 1776-1781.
- Vallerand, R. J., Guay, F., & Blanchard, C. (2000). Les méthodes de mesures verbales en psychologie. In R. J. Vallerand & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie*. (pp. 241-248). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- van Dulmena, A. M., Verhaak, P. F. M., & Bilob, H. J. G. (1997). Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, *30*, 227-237.
- VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification : A review of the evidence. *The Diabetes Educator*, *30*(3), 404-419.
- Venturini, F., Nichol, M. B., Sung, J. C.Y., Bailey, K. L., Cody, M., & McCombs, J. S. (1999). Compliance with sulfonylureas in a health maintenance organization : A pharmacy record-based study. *The Annals of Pharmacotherapy*, *33*, 281-288.
- Vijan, S., Stuart, N. S., Fitzgerald, J. T., Ronis, D. L., Hayward, R. A., Slater, S., et al. (2005). Barriers to following dietary recommendations in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, *22*, 32-38.

- Vincze, G., Barner, J. C., & Lopez, D. (2004). Factors associated with adherence to self-monitoring of blood glucose among persons with diabetes. *The Diabetes Educator, 30(1)*, 112-125.
- Voyer, J.-P., Valois, P., & Rémillard, B. (2000). La sélection des participants. In R. J. Vallerand & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie*. (pp. 91-129). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(4)*, 580-585.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus : Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16(2)*, 183-199.
- Wallston, K. A. (2005). The validity of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Journal of Health Psychology, 10(5)*, 623-631.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales : A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment, 63(3)*, 534-553.
- Wen, L., K., Shepherd, M. D., & Parchman, M. L. (2004). Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator, 30(6)*, 980-993.

- Wens, J., Vermeire, E., Van Royen, P., Sabbe, B., & Denekens, J. (2005). GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment : A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Family Practice, 6(1)*, 20-29. (<http://www.biomedcentral.com>)
- Whittemore, R., Chase, S. K., Mandle, C. L., & Roy, S. C. (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes : A process model. *Nursing Research, 51(1)*, 18-25.
- Wiebe, J. S., & Christensen, A. J. (1996). Patient adherence in chronic illness : Personality and coping in context. *Journal of personality, 64(4)*, 815-835.
- Wilcox, B. L., & Vernberg, E. M. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. In I. G. Sarason & B. R. Sarason. *Social Support : Theory, research and applications*. (pp. 3-20). Dordrecht : Martinus Nijhoff Publishers.
- Wild, S., Sicree, R., Roglic, G., King, H., & Green, A. (2004). Global prevalence of diabetes : Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care, 27(5)*, 1047-1053.
- Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., et al. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping : A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise, 8*, 425-440.
- Wilson, W., Ary, D. V., Biglan, A., Glasgow, R. E., Toobert, D. J., & Campbell, D. R. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care, 9(6)*, 614-622.

Wolpert, H., & Anderson, B. (2001). Management of diabetes : Are doctors framing the benefits from the wrong perspective? *British Medical Journal*, *32*, 994-996.

Wu, A. M. S., Tang, C. S.-K., & Kwok, T. C. Y. (2004). Physical and psychosocial factors associated with health-promoting behaviors among elderly Chinese with type-2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, *9*(6), 731-740.

APPENDICE A – Formulaires et questionnaires

Formulaires d'information et de consentement destinés aux participants à l'étude

INFORMATIONS SUR LA RECHERCHE

Titre de l'étude :

Les facteurs influençant l'adaptation au traitement chez les patients adultes atteints de diabète de type 2.

Principal chercheur :

Cynthia Turcotte, M.Ps., psychologue et candidate au Ph.D. recherche intervention en psychologie de l'Université de Montréal, sous la direction de Paul C. Veilleux, Ph.D. et de Charles Tourigny, M.Ps., psychologues à l'Hôtel-Dieu du CHUM.

Objectifs de la recherche :

Dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous effectuons une recherche sur l'adaptation des adultes au diabète de type 2. Le but de la recherche est de mieux connaître les façons qu'ont les personnes diabétiques de faire face aux exigences du diabète et de réagir aux tâches qui y sont associées.

Étapes de la recherche :

Pour atteindre ces objectifs, nous sollicitons votre participation pour répondre à des questionnaires. Vous aurez à répondre en encerclant des énoncés qui correspondent le plus fidèlement à votre point de vue. Vous aurez aussi à répondre, brièvement et dans vos mots, à certaines questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre point de vue qui nous intéresse. Ces questionnaires portent sur votre statut socioéconomique, votre bien-être psychologique et physique, votre façon de percevoir la maladie et de percevoir le soutien que vous recevez face à la maladie, la relation que vous entretenez avec votre médecin, les différents traitements que vous devez accomplir ainsi que sur le type de stratégies d'adaptation que vous utilisez pour faire face aux tâches reliées à la maladie. Si vous vous sentez bouleversés par votre participation à l'étude, nous vous aiderons en vous référant à une ressource d'urgence.

Ces questionnaires vous seront remis lors d'une visite à l'Unité de Jour de Diabète de l'Hôtel-Dieu du CHUM avec une enveloppe préaffranchie et préadressée. La complétion des questionnaires prend environ 90 minutes. Vous devrez les compléter et les remettre à la personne responsable de la recherche en lui retournant par courrier les questionnaires dans l'enveloppe préaffranchie et préadressée au plus tard une semaine après les avoir reçus.

Outre l'information recueillie à l'aide de ces questionnaires, nous recueillerons aussi des informations concernant votre état de santé à l'aide de votre dossier médical. Votre médecin traitant ou tout autre intervenant de votre équipe médicale ne sera pas au courant de votre participation à l'étude et ne

pourra pas avoir accès aux réponses que vous aurez données aux questionnaires. En effet, toutes les informations recueillies demeureront confidentielles et anonymes. Pour ce faire, un numéro de code vous sera attribué et seule la chercheuse principale en aura la clé.

Le formulaire de consentement que nous vous demanderons de signer ne nous autorise qu'à vous administrer les questionnaires et qu'à recueillir l'information concernant votre état de santé à l'aide de votre dossier médical.

Avantages et risques reliés à l'étude et procédures en cas d'urgence :

La participation à ce projet de recherche vous permettra de contribuer à l'identification des mécanismes sous-jacents à l'adaptation au diabète de type 2 chez les adultes. Cette étude permettra à moyen terme de mieux comprendre ce qui facilite l'adaptation au diabète de type 2 et d'élaborer des façons d'intervenir répondant mieux aux besoins des personnes atteintes de cette maladie.

La complétion de ces questionnaires pourrait vous permettre de faire le bilan des différents comportements que vous adoptez pour faire face aux situations stressantes reliées à la maladie et à son traitement et pour prendre soin de vous. Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Aucun risque ou inconfort connu n'est associé à la participation à cette étude.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous pouvez vous retirer de la recherche en tout temps. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question. Il est à noter que votre décision de participer ou non à ce projet n'aura aucun effet sur la qualité des traitements que vous recevrez, sur la relation avec votre médecin traitant ou tout autre intervenant de votre équipe médicale.

Confidentialité :

Les résultats recueillis dans le cadre de cette recherche seront traités de manière strictement confidentielle. Ils seront utilisés pour étudier un groupe d'adultes et ne permettront pas d'identifier un adulte en particulier. Pour ce faire, un numéro de code, remplaçant votre nom vous sera assigné et la chercheuse principale sera la seule à détenir la clé de ce code. Outre l'information recueillie à l'aide des différents questionnaires, votre dossier médical sera consulté par la chercheuse principale pour recueillir de l'information concernant votre état de santé. Il se peut que les résultats de cette étude servent à des fins de publication scientifique. Le cas échéant, ceci sera fait sans que votre identité soit révélée.

Arrêt du projet :

Certains motifs pourraient mener à l'arrêt de la recherche par le chercheur, par exemple si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si le participant ne répondait plus aux critères de sélection. Si cela devait se produire, cela n'entraînerait pas de conséquences négatives pour vous.

Information :

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par Cynthia Turcotte, chercheuse principale, et par le biais de formulaires de consentement révisés destinés aux participants sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Cynthia Turcotte, chercheuse principale, au [REDACTED]. Ou encore avec les co-directeurs de la recherche, c'est-à-dire, Dr Paul C. Veilleux, psychologue, au (514) 890-8000 poste 14782 ou Monsieur Charles Tourigny, psychologue, au (514) 890-8000 poste 14662.

Vous pouvez contacter Madame Michèle Morin, commissaire adjointe à la qualité des services de l'Hôtel-Dieu du CHUM, au (514) 890-8000 poste 12761 pour toutes autres questions en tant que participant à l'étude.

Droits légaux :

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur et l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile et professionnelle.

Avant de signer ce formulaire, veuillez vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez le déroulement de l'étude.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. J'ai pris connaissance des informations sur la recherche qui sont destinées aux participants à la recherche.
2. Je reconnais avoir été bien informé et avoir eu suffisamment de temps pour considérer ces informations et demander des conseils.
3. Je reconnais que le langage technique utilisé m'a été expliqué à ma satisfaction et que j'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes questions.
4. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et les résultats de la recherche ne seront utilisés qu'à des fins de recherches scientifiques.
5. Je consens à la publication des résultats de cette étude en autant que les informations demeurent anonymes ou déguisés de telle sorte qu'aucune identification ne puisse être faite.
6. J'ai été informé que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis entièrement libre de refuser d'y participer ou de me retirer de l'étude en tout temps sans que cela n'affecte la qualité des soins que je recevrai.
7. J'ai également été informé que le directeur et le co-directeur de la recherche, le comité scientifique de l'Université de Montréal et le comité d'éthique du CHUM ont approuvé le protocole de l'étude.
8. J'ai lu la présente formule et je consens volontairement et librement à participer à cette étude. On me remettra une copie signée du présent formulaire.
9. Toute nouvelle information qui pourrait influencer ma décision de participer à l'étude me sera communiquée par Cynthia Turcotte. Ceci sera fait verbalement et par le biais de formulaires révisés d'information et de consentement sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.
10. Pour de plus amples informations sur l'étude, je peux communiquer avec Cynthia Turcotte, chercheuse principale, au numéro suivant : [REDACTED] Ou encore avec les co-directeurs de la recherche, c'est-à-dire, Dr Paul C. Veilleux, psychologue, au (514) 890-8000 poste 14782 ou Monsieur Charles Tourigny, psychologue, au (514) 890-8000 poste 14662.
11. Pour tout renseignement concernant mes droits en tant que participant à l'étude, je peux communiquer avec Madame Michèle Morin, commissaire adjointe à la qualité des services de l'Hôtel-Dieu du CHUM, au (514) 890-8000 poste 12761.
12. En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère la chercheuse et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Participant :

Prénom et nom du participant (en lettres moulées)

Signature du participant

Date (jour, mois, année)

No. Tél. : (____) ____ - ____

- Je désire recevoir les résultats de cette étude. Veuillez me les faire parvenir à l'adresse suivante :

Témoin :

Charles Tourigny

Prénom et nom du témoin

Signature du témoin

Date (jour, mois, année)

Chercheur :

Je certifie avoir expliqué au sujet la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire de consentement.

Cynthia Turcotte

Prénom et nom du chercheur

Signature du chercheur

Date (jour, mois, année)

Questionnaires sur l'adaptation au diabète de type 2**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (QRG)***Directives :*

Les questions suivantes visent à recueillir des renseignements généraux pour des fins statistiques. Pour les questions à choix multiples, encerclez votre réponse.

1. Quel est votre sexe?

1. Homme

2. Femme

2. Quelle est votre date de naissance?

Jour : ____ Mois : ____ Année : ____

3. Quel âge avez-vous? ____ ans**4. Quelle est la langue que vous utilisez le plus fréquemment?**

1. Anglais

2. Français

3. Autre – Précisez : _____

5. Quelle est votre origine ethnique?

1. Blanc(he) (Caucasien(ne))

4. Arabe

6. Origine d'Amérique latine

2. Noir(e)

5. Asiatique

7. Autre – Précisez : _____

3. Autochtone

6. Quel est votre statut de citoyenneté?

1. Citoyenneté canadienne, par naissance

5. Résident non permanent

2. Citoyenneté par naturalisation

6. Citoyenneté d'un pays autre que le Canada –

3. Immigrant reçu

Précisez : _____

4. Résident permanent

7. Autre : _____

7. Quel est votre état civil actuel?

1. Légalement marié et non séparé

4. Veuf ou veuve

6. Conjoint(e) de fait

2. Séparé mais toujours légalement marié

5. Célibataire (jamais marié)

7. Union libre

3. Divorcé(e)

8. Combien d'enfants avez-vous?

1. Aucun enfant

2. Un enfant

3. Plusieurs enfants – Précisez le nombre : ____ enfants

Continuez à la page suivante

9. Avec qui habitez-vous présentement? Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

- | | |
|---|--|
| 1. J'habite seul(e) | 7. J'habite avec un ou des membres de ma parenté |
| 2. J'habite avec des amis | 8. J'habite chez mes parents |
| 3. J'habite avec mon(ma) conjoint(e) | 9. Je suis sans abri |
| 4. J'habite avec mon ou mes enfant(s) | 10. J'habite en maison d'hébergement ou centre d'accueil |
| 5. J'habite avec mon(ma) conjoint(e) et mon ou mes enfant(s) (famille nucléaire) | 11. J'habite en communauté religieuse |
| 6. J'habite avec mon(ma) conjoint(e) et son ou ses ou mon ou mes enfant(s) (famille reconstituée) | 12. Autre – Précisez : _____ |

10. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous ayez complété (ou un équivalent) ?

- | | |
|--|--|
| 1. Aucune scolarisation | 5. Niveau universitaire de 1 ^{er} cycle (Baccalauréat) |
| 2. Niveau primaire | 6. Niveau universitaire de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} cycle (Maîtrise ou Doctorat) |
| 3. Niveau secondaire / Études professionnelles | |
| 4. Niveau collégial / École technique | |

11. Quelle est votre situation actuelle sur le marché du travail? Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Travail au foyer (non-rémunéré) | 6. Retraité |
| 2. Travail rémunéré à temps partiel | 7. Sans emploi |
| 3. Travail rémunéré à temps plein | 8. Autre – Précisez : _____ |
| 4. Travailleur autonome | |
| 5. Études – Précisez : _____ | |

12. Quelle est votre principale source de revenu actuellement?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Emploi | 4. Pension alimentaire |
| 2. Aide sociale | 5. Régime des rentes |
| 3. Assurance-emploi / chômage | 6. Autre – Précisez : _____ |

13. Quel est votre revenu familial annuel brut (toutes sources de revenus confondues)?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. 10 000\$ et moins | 7. Entre 61 000\$ et 70 000\$ |
| 2. Entre 11 000\$ et 20 000\$ | 8. Entre 71 000\$ et 80 000\$ |
| 3. Entre 21 000\$ et 30 000\$ | 9. Entre 81 000\$ et 90 000\$ |
| 4. Entre 31 000\$ et 40 000\$ | 10. Entre 91 000\$ et 100 000\$ |
| 5. Entre 41 000\$ et 50 000\$ | 11. Plus de 100 000\$ |
| 6. Entre 51 000\$ et 60 000\$ | |

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ (QRS)

Directives :

Les questions suivantes visent à recueillir des renseignements sur votre état de santé pour des fins statistiques. Pour les questions à choix multiples, encerclez votre réponse.

A . Questions relatives au diabète

1. De quel type est votre diabète?

1. Type 1
2. Type 2
3. Secondaire à une maladie (ex. : fibrose kystique, pancréatite, etc.)
4. Ne sait pas

2. Quel âge aviez-vous au moment du diagnostic du diabète? ___ ans

3. Depuis combien de temps êtes-vous diagnostiqué diabétique (durée du diabète en nombre d'année)?

___ ans

4. Qui est votre médecin traitant pour le diabète présentement? Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

1. Aucun médecin traitant
2. Omnipraticien (médecin généraliste) ou médecin de famille
3. Médecin spécialiste (endocrinologue, diabétologue, interniste)
4. Autre – Précisez : _____

5. Lequel ou lesquelles des professionnels de la santé parmi les suivants avez-vous consulté(s) pour votre diabète dans la dernière année? Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

1. Aucun
2. Omnipraticien (médecin généraliste) ou médecin de famille
3. Médecin spécialiste (endocrinologue, diabétologue, interniste)
4. Infirmière (infirmier)
5. Pharmacien(ne)
6. Diététiste
7. Éducateur (éducatrice) en activité physique
8. Autre – Précisez : _____

6. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour des difficultés psychologiques?

1. Non
2. Oui

Continuez à la page suivante

7. Dans la dernière année, avez-vous été hospitalisé en raison de problèmes de santé?

1. Non
2. Oui, une seule fois – Pour quel(s) problème(s) de santé ? _____
3. Oui, plus d'une fois – Précisez le nombre d'hospitalisations : ___ hospitalisations
– Pour quel(s) problème(s) de santé ?

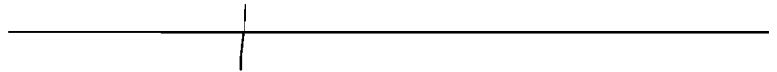
8. À vie, avez-vous été hospitalisé en raison de problèmes de santé?

1. Non
2. Oui, une seule fois – Pour quel(s) problème(s) de santé ? _____
3. Oui, plus d'une fois – Précisez le nombre d'hospitalisations : ___ hospitalisations
– Pour quel(s) problème(s) de santé ?

B . Questions relatives à la perception de sévérité du diabète et de l'état de santé

Pour chacune des deux questions qui suivent, **faites un trait vertical (|) sur la ligne** à l'endroit qui correspond à **votre réponse**. Assurez-vous que le trait passe à travers la ligne (voir l'exemple ci-dessous).

Exemple :



9. Nous voudrions connaître la perception que vous avez de votre diabète. À l'aide d'un trait vertical que vous ferez sur la ligne ci-dessous, faites un trait vertical de manière à indiquer où situez-vous le niveau de sévérité de votre diabète? (en termes de fréquence et d'intensité des problèmes reliés au diabète)

Pas sévère
du tout _____ Très sévère

10. Nous voudrions connaître la perception que vous avez de votre état de santé en général. À l'aide d'un trait vertical que vous ferez sur la ligne ci-dessous, où situez-vous votre état de santé global?

Pas du tout
satisfaisant _____ Très satisfaisant

RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT DU DIABÈTE (SAAD-R/1)

Les questions ci-dessous portent sur les recommandations à propos de l'autogestion de votre état diabétique qui ont été faites par un « **professionnel de la santé** » ce qui veut dire par votre **médecin traitant** ou par tout autre professionnel de la santé qui traite votre diabète (**médecin spécialiste, diététiste, infirmière(ier), pharmacien(ne), éducateur(trice) en activité physique, etc.**). Encerclez la ou les réponse(s) correspondant à votre situation.

1. Indiquez la ou les recommandations émises par un ou plusieurs des « professionnels de la santé » qui vous conseillent sur le traitement de votre diabète. Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

1. Suivre un programme alimentaire faible en gras.
2. Suivre un régime faible en glucides.
3. Réduire votre apport calorique pour perdre du poids.
4. Consommer beaucoup d'aliments riches en fibre.
5. Consommer beaucoup de fruits et légumes (au moins cinq portions par jour).
6. Consommer peu de sucreries (ex. : desserts, boissons gazeuses non diètes, bonbons).
7. Autre – Précisez : _____
8. Je n'ai pas reçu de conseils au sujet de l'alimentation.

2. Indiquez la ou les recommandations émises par un ou plusieurs des « professionnels de la santé » qui vous conseillent sur le traitement de votre diabète. Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

1. Faire des exercices légers quotidiennement (comme la marche).
2. Faire de l'exercice de manière continue pendant au moins 20 minutes à raison d'un minimum de 3 fois par semaine.
3. Intégrer l'exercice à votre quotidien (par exemple, monter les escaliers plutôt que de prendre l'ascenseur, stationner la voiture un coin de rue plus loin et marcher, etc.).
4. Pratiquer un exercice à intensité, durée, fréquence et type déterminés.
5. Autre – Précisez : _____
6. Je n'ai pas reçu de conseils au sujet de l'activité physique.

3. Indiquez la ou les recommandations émises par un ou plusieurs des « professionnels de la santé » qui vous conseillent sur le traitement de votre diabète. Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

1. Mesurer la glycémie (taux de sucre dans le sang) en utilisant une goutte de sang prélevée d'un doigt et un tableau de couleur.
2. Mesurer la glycémie en utilisant une machine pour lire les résultats.
3. Mesurer le taux de sucre dans l'urine.
4. Autre – Précisez : _____
5. Je n'ai pas reçu de conseils au sujet d'un test de glycémie ou de sucre dans l'urine.

Continuez à la page suivante

4. Indiquez le ou les médicaments prescrits par le médecin traitant pour le traitement de votre diabète. Vous pouvez encercler plus d'une réponse.

1. Des injections d'insuline 1 ou 2 fois par jour.
2. Des injections d'insuline 3 fois ou plus par jour.
3. Des comprimés (pilules) pour contrôler ma glycémie.
4. Autre – Précisez : _____
5. On ne m'a pas prescrit d'injections d'insuline ni de comprimés (pilules) pour mon diabète.

5. Au moment de votre dernière visite médicale, vous a-t-on questionné au sujet de l'usage des produits du tabac ?

1. Non
2. Oui

6. Si vous consommez des produits du tabac, au moment de votre dernière visite médicale, vous a-t-on conseillé d'arrêter ou offert de vous référer à un programme qui pourrait vous aider à le faire ?

1. Non
2. Oui
3. Je ne consomme pas de produits du tabac.

7. Quand avez-vous consommé des produits du tabac pour la dernière fois ?

1. Il y a plus de deux ans, ou je n'ai jamais fumé.
2. Il y a de un à deux ans.
3. Il y a de quatre à douze mois.
4. Il y a de un à trois mois.
5. Au cours du dernier mois.
6. Aujourd'hui.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES RECOMMANDATIONS (EER)

Évaluez de façon globale, à l'aide des questions qui suivent, les recommandations faites par votre **médecin traitant** dans la dernière année. Référez-vous au questionnaire sur les recommandations de traitement.

Encerclez le chiffre de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) qui indique à quel point l'énoncé correspond à votre réaction face aux recommandations faites par votre médecin traitant **dans la dernière année**.

	FORTEMENT en désaccord	En désaccord	UN PEU en désaccord	UN PEU en accord	En accord	FORTEMENT en accord
1. Ses recommandations sont en accord avec les raisons pour lesquelles je prends soin de mon diabète.	1	2	3	4	5	6
2. Il est difficile pour moi de mettre en pratique ses recommandations.	1	2	3	4	5	6
3. Ses recommandations correspondent à ce que je croie être la (les) cause(s) de ma difficulté avec mon diabète.	1	2	3	4	5	6
4. Ses recommandations me rendent inquiet (inquiète).	1	2	3	4	5	6
5. Je suis conscient(e) des exigences que ses recommandations impliquent.	1	2	3	4	5	6
6. J'ai une très grande confiance en mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
7. Mettre en pratique ses recommandations dérange ma routine quotidienne.	1	2	3	4	5	6
8. Si j'essaie de mettre en pratique ses recommandations, je suis en mesure d'y arriver.	1	2	3	4	5	6
9. Accomplir ses recommandations me demande beaucoup de temps.	1	2	3	4	5	6
10. Ses recommandations font appel à mes forces personnelles.	1	2	3	4	5	6
11. Je crois que si j'arrive à appliquer ses recommandations, c'est une stimulation pour faire un changement dans ma vie.	1	2	3	4	5	6
12. Ses recommandations aident à provoquer un changement positif à mon état de santé.	1	2	3	4	5	6

Continuez à la page suivante

Encerclez le chiffre de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) qui indique à quel point l'énoncé correspond à votre réaction face aux recommandations faites par votre médecin traitant dans la dernière année.

	FORTEMENT en désaccord	En désaccord	UN PEU en désaccord	UN PEU en accord	En accord	FORTEMENT en accord
13. Je trouve mon médecin traitant sympathique.	1	2	3	4	5	6
14. Ses recommandations me rendent inconfortable.	1	2	3	4	5	6
15. Jusqu'à maintenant, je suis très satisfait(e) du travail fait avec mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
16. Je trouve difficile de m'identifier à mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
17. Je suis ouvert(e) et expressif(ve) avec mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
18. Je comprends le lien entre la recommandation de mon médecin traitant et la cause principale de ma difficulté avec mon diabète.	1	2	3	4	5	6
19. Je perçois mon médecin traitant comme un expert capable de m'aider.	1	2	3	4	5	6
20. Lors de nos rencontres, j'hésite à m'ouvrir à mon médecin.	1	2	3	4	5	6
21. Je suis capable de mettre en pratique ses recommandations.	1	2	3	4	5	6
22. Je me sens mal à l'aise lorsque je parle à mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
23. Ses recommandations me semblent compliquées.	1	2	3	4	5	6
24. Mon médecin traitant semble être de mon côté.	1	2	3	4	5	6
25. Je suis à l'aise de discuter de n'importe quel sujet avec mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
26. Je comprends ce que ça peut me demander de mettre en pratique ses recommandations.	1	2	3	4	5	6
27. Si j'applique ses recommandations, elles pourraient provoquer assez de changement pour faire une différence importante dans ma vie.	1	2	3	4	5	6

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS D'AUTOGESTION DU DIABÈTE (SAAD-R/2)

Les questions ci-dessous portent sur vos activités d'autogestion du diabète au cours **des sept derniers jours**. Si vous avez été malade durant les sept derniers jours, tenez compte des sept jours qui ont précédé la période de maladie. Encerclez le nombre de jours correspondant à votre réponse. Rappelez-vous que le mot « **professionnel de la santé** » désigne votre **médecin traitant** ou tout autre professionnel de la santé qui traite votre diabète (**médecin spécialiste, diététiste, infirmière(ier), pharmacien(ne), éducateur(trice) en activité physique, etc.**).

Alimentation

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez suivi un programme alimentaire sain. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. En moyenne, dans le dernier mois, indiquez le nombre de JOURS PAR SEMAINE où vous avez suivi votre programme alimentaire. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez mangé cinq portions ou plus de fruits et légumes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez mangé des produits riches en matières grasses, comme de la viande rouge ou des produits laitiers riches en matières grasses. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez réparti votre apport glucidique également durant la journée. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Activité physique

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez pratiqué une activité physique pendant au moins 30 minutes (nombre total de minutes d'activité physique continue, incluant la marche). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez participé à une session d'exercice déterminée (comme la natation, la marche, la bicyclette) autre que l'exercice pratiqué dans le cadre de vos activités quotidiennes à la maison ou au travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Test du taux de glycémie

- | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez testé votre glycémie. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|

Continuez à la page suivante

9.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez testé votre glycémie le nombre de fois recommandé par un professionnel de la santé	0	1	2	3	4	5	6	7
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---

Soins des pieds

10.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez examiné vos pieds.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---

11.

12.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez examiné l'intérieur de vos souliers.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---

13.

14.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez lavé vos pieds.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

15.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez fait tremper vos pieds.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

16.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez essuyé vos pieds entre les orteils après les avoir lavés.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Cigarettes

17.	Avez-vous consommé des produits du tabac – même une seule bouffée – au cours des 7 DERNIERS JOURS ?	1. Non
		2. Oui. Si oui, combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?
		Nombre de cigarettes

Médicaments

18.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez pris les médicaments recommandés pour le traitement de votre diabète.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

OU		0	1	2	3	4	5	6	7
19.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous vous êtes injecté la ou les doses d'insuline recommandées.								

20.	Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez pris le nombre recommandé de comprimés (pilules) pour votre diabète.	0	1	2	3	4	5	6	7
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---

QUESTIONNAIRE D'ACTIVITÉS DU DIABÈTE (QAD)

Les questions ci-dessous portent sur votre expérience personnelle avec le diabète. Chaque question vise à mieux connaître les activités liées à votre état diabétique.

Rappelez-vous que le mot « **professionnel de la santé** » désigne votre **médecin traitant** ou tout autre professionnel de la santé qui traite votre diabète (**médecin spécialiste, diététiste, infirmière(ier), pharmacien(ne), éducateur(trice) en activité physique, etc.**).

Pour chacune des questions ci-dessous, **faites un trait (|) sur la ligne** à l'endroit qui correspond à **votre réponse**. Assurez-vous que le trait passe à travers la ligne (voir l'exemple ci-dessous).

Exemple : JAMAIS _____ | _____ TOUJOURS

1. Je respecte mon programme alimentaire à la lettre, comme me l'a recommandé le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
2. J'essaie de garder mon poids dans l'intervalle suggéré par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
3. Je fais de l'exercice aussi souvent que le professionnel de la santé me l'a conseillé. JAMAIS _____ TOUJOURS
4. Je fais seulement les activités ou les exercices recommandés par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
5. Je fais de l'exercice au moment suggéré par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
6. Chaque jour, je prends exactement le nombre d'injections / de comprimés (pilules) prescrits par mon médecin traitant. JAMAIS _____ TOUJOURS

Continuez à la page suivante

Pour chacune des questions ci-dessous, faites un trait (|) sur la ligne à l'endroit qui correspond à votre réponse. Assurez-vous que le trait passe à travers la ligne (voir l'exemple ci-dessous).

Exemple : JAMAIS _____ | _____ TOUJOURS

7. Je prends l'insuline / les comprimés (pilules) au moment fixé par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
8. J'ajuste la dose de mon insuline/mes comprimés (pilules) seulement si le professionnel de la santé me dit de le faire. JAMAIS _____ TOUJOURS
9. Je teste ma glycémie (taux de sucre dans le sang) aussi souvent que me l'a recommandé le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
10. Je teste ma glycémie (taux de sucre dans le sang) au moment suggéré par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
11. Je traite les réactions hypoglycémiques (taux de sucre trop bas dans le sang) avec le type de nourriture / boisson / friandise conseillé par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
12. Lorsque j'ai une réaction hypoglycémique (taux de sucre trop bas dans le sang), je mange/bois seulement la quantité suggérée par le professionnel de la santé. JAMAIS _____ TOUJOURS
13. J'examine mes pieds tous les jours. JAMAIS _____ TOUJOURS

STRATÉGIES DE COPING (COPE VERSION BRÈVE)

Directives :

Nous sommes intéressés par la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants reliés à la maladie comme le diabète. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant relié à votre vécu avec le diabète.

Encerclez le chiffre de 1 (pas du tout) à 4 (tout à fait) qui correspond à votre niveau d'accord avec l'énoncé. Indiquez ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant relié à votre vécu avec le diabète.

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Tout à fait
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.	1	2	3	4
2. Je détermine une ligne d'action et je la suis.	1	2	3	4
3. Je me dis que ce n'est pas réel.	1	2	3	4
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	1	2	3	4
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	1	2	3	4
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation.	1	2	3	4
7. J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	1	2	3	4
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	1	2	3	4
9. J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	1	2	3	4
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	1	2	3	4
11. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.	1	2	3	4
12. Je me critique.	1	2	3	4
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.	1	2	3	4
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	1	2	3	4
15. J'abandonne l'espoir de faire face.	1	2	3	4
16. Je prends la situation avec humour.	1	2	3	4

Continuez à la page suivante

Encerclez le chiffre de 1 (pas du tout) à 4 (tout à fait) qui correspond à votre niveau d'accord avec l'énoncé. Indiquez ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant relié à votre vécu avec le diabète.

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Tout à fait
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la télévision, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).	1	2	3	4
18. J'exprime mes sentiments négatifs.	1	2	3	4
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	1	2	3	4
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	1	2	3	4
21. Je refuse de croire que ça m'arrive.	1	2	3	4
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	1	2	3	4
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.	1	2	3	4
24. Je planifie les étapes à suivre.	1	2	3	4
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent.	1	2	3	4
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.	1	2	3	4
27. Je prie ou médite.	1	2	3	4
28. Je m'amuse de la situation.	1	2	3	4

SOUTIEN SOCIAL (QSS)

Directives :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-mêmes) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). À chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport **à l'ensemble du soutien obtenu** pour la question précédente (ne pas évaluer individuellement le soutien fourni par chacune des personnes).

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction.

Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. Vos réponses resteront confidentielles.

Exemple

À qui pouvez-vous confier des informations qui vous perturbent, vous préoccupent?

Aucune personne	1) P.R. (mère)	4)	7)
	2) C.R. (sœur)	5)	8)
	3) J.T. (ami)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

Continuez à la page suivante

1- a) Quelles sont les personnes disponibles sur qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

2- a) Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

3- a) Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

Continuez à la page suivante

4- a) Sur qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

5- a) Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

6- a) Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous reconforter quand vous êtes bouleversé?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------

CROYANCES DE SANTÉ (MCS16)

Directives :

Veuillez encercler la réponse la plus appropriée à chacun des énoncés concernant **vos croyances à propos du diabète.**

Encercler le chiffre de 1 (tout à fait en désaccord) à 5 (tout à fait d'accord) qui correspond à votre réponse. Veuillez encercler la réponse la plus appropriée à chacun des énoncés concernant **vos croyances à propos du diabète.**

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Le diabète peut être une maladie grave s'il n'est pas surveillé.	1	2	3	4	5
2. Ma maladie serait plus grave si je ne m'en occupais pas.	1	2	3	4	5
3. Je crois que le fait de suivre une diète, de faire de l'exercice ou de prendre des médicaments préviendra l'apparition de complications.	1	2	3	4	5
4. Je surveille bien ma maladie.	1	2	3	4	5
5. Ma maladie ne me cause pas de problèmes tant et aussi longtemps que je me sens bien.	1	2	3	4	5
6. Ma maladie aura des effets néfastes sur ma santé, à long terme.	1	2	3	4	5
7. Le diabète me rendra très malade.	1	2	3	4	5
8. Je crois que j'aurai toujours besoin de suivre une diète, de faire de l'exercice ou de prendre des médicaments.	1	2	3	4	5
9. Je crois que je peux gérer ma maladie.	1	2	3	4	5
10. Je crois que le fait de suivre une diète, de faire de l'exercice ou de prendre des médicaments me permettra de gérer ma maladie.	1	2	3	4	5
11. Le fait de changer mes habitudes d'alimentation et d'exercice me sera probablement bénéfique.	1	2	3	4	5
12. La diète que je suis, les exercices que je fais ou les médicaments que je prends m'aideront à me sentir mieux.	1	2	3	4	5
13. Je devrai changer trop d'habitudes pour suivre ma diète, faire de l'exercice ou prendre mes médicaments.	1	2	3	4	5
14. J'ai de la difficulté à suivre la diète qu'on m'a prescrite.	1	2	3	4	5
15. Je ne comprends pas ce qu'on m'a dit au sujet de ma diète.	1	2	3	4	5
16. Faire de l'exercice ou prendre des médicaments nuisent à mes activités quotidiennes.	1	2	3	4	5

LIEU DE CONTRÔLE DE SANTÉ (LCSM-C)

Directives :

Voici des énoncés qui représentent tous une attitude à propos du diabète. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez si vous êtes en accord ou en désaccord en encerclant le chiffre correspondant.

Pour chaque énoncé, une réponse de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) est requise. Plus vous êtes en accord avec l'énoncé, plus le chiffre encerclé sera grand. Moins vous êtes en accord avec l'énoncé, plus le chiffre encerclé sera petit. Assurez-vous de répondre à **TOUTES** les questions et d'encercler **UN SEUL** chiffre par énoncé.

Puisqu'il s'agit d'une mesure de vos attitudes personnelles, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Faiblement en désaccord	Faiblement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
1. Si mon diabète se détériore, ce sont mes propres actions qui détermineront le moment où je me sentirai mieux.	1	2	3	4	5	6
2. En ce qui concerne mon diabète, adviene que pourra.	1	2	3	4	5	6
3. En voyant régulièrement mon médecin traitant, je peux éviter les problèmes découlant de mon diabète.	1	2	3	4	5	6
4. La plupart des choses qui ont des conséquences sur mon diabète arrivent par hasard.	1	2	3	4	5	6
5. Chaque fois que mon diabète se détériore, je devrais consulter un professionnel de la santé.	1	2	3	4	5	6
6. Je suis directement responsable de l'amélioration ou de la détérioration de mon état diabétique.	1	2	3	4	5	6
7. D'autres personnes ont une grande influence sur l'amélioration, la stabilité ou la détérioration de mon état diabétique.	1	2	3	4	5	6
8. Quand je ne vais pas bien à cause de mon diabète, c'est ma faute.	1	2	3	4	5	6
9. La chance détermine en grande partie l'amélioration de mon diabète.	1	2	3	4	5	6
10. Pour que mon état diabétique s'améliore, d'autres personnes doivent veiller à ce que les bonnes choses soient faites.	1	2	3	4	5	6

Continuez à la page suivante

Pour chaque énoncé, une réponse de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) est requise. Plus vous êtes en accord avec l'énoncé, plus le chiffre encerclé sera grand. Moins vous êtes en accord avec l'énoncé, plus le chiffre encerclé sera petit. Assurez-vous de répondre à **TOUTES** les questions et d'encercler **UN SEUL** chiffre par énoncé.

Puisqu'il s'agit d'une mesure de vos attitudes personnelles, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Faiblement en désaccord	Faiblement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
11. L'amélioration de mon diabète est en grande partie due à un heureux hasard.	1	2	3	4	5	6
12. Mon état diabétique est essentiellement déterminé par ce que je fais moi-même.	1	2	3	4	5	6
13. Je mérite les compliments quand mon état diabétique s'améliore et le blâme quand il se détériore.	1	2	3	4	5	6
14. La meilleure façon d'éviter que mon diabète se détériore est de suivre à la lettre les recommandations de mon médecin traitant.	1	2	3	4	5	6
15. Si mon diabète se détériore, c'est le destin.	1	2	3	4	5	6
16. Si je suis chanceux, mon diabète s'améliorera.	1	2	3	4	5	6
17. Si mon diabète se détériore, c'est parce que je ne prends pas assez soin de moi.	1	2	3	4	5	6
18. L'aide apportée par d'autres personnes détermine la vitesse à laquelle mon diabète s'améliore.	1	2	3	4	5	6

STYLE D'ATTACHEMENT (QAA)

Nous présentons ci-dessous 13 énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. Il s'agit d'évaluer les énoncés en vous demandant **comment ils décrivent typiquement vos relations interpersonnelles en général**. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à la droite des énoncés.

	FORTEMENT en désaccord	En désaccord	LÉGÈREMENT en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	LÉGÈREMENT en accord	En accord	FORTEMENT en accord
1. Je trouve cela assez facile de me rapprocher des autres.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne suis pas très à l'aise d'avoir à compter sur d'autres personnes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je me sens à l'aise quand les autres comptent sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je m'inquiète rarement d'être abandonné(e) par les autres.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je n'aime pas que les gens cherchent à être trop intimes avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis quelque peu mal à l'aise d'être trop intime avec d'autres.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je trouve cela difficile de faire totalement confiance aux autres.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je suis nerveux(se) lorsque quelqu'un se rapproche trop de moi.	1	2	3	4	5	6	7
9. Les autres désirent souvent que je sois plus intime que ce que je me sens à l'aise de l'être.	1	2	3	4	5	6	7
10. Les autres sont souvent réticents à se rapprocher autant que je l'aimerais.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je m'inquiète souvent que (mon/ma ou mes) partenaire(s) ne m'aime(nt) pas vraiment.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je m'inquiète rarement du fait que (mon/ma ou mes) partenaire(s) me laisse(nt).	1	2	3	4	5	6	7
13. Je désire souvent me fondre avec les autres, et ce désir les fait fuir parfois.	1	2	3	4	5	6	7

Indiquez ici combien de temps vous avez pris pour compléter le questionnaire : ___ heure(s) ___ minute(s)

Vous avez terminé de répondre au questionnaire!

Vérifiez que vous avez répondu à TOUTES les questions.

Complétez les questions oubliées, puis remettez le questionnaire à la chercheure ou retournez le questionnaire à l'aide de l'enveloppe préaffranchie et préadressée le plus rapidement possible (au maximum une semaine après avoir reçu le questionnaire).

Votre collaboration est très appréciée. Merci!

Cynthia Turcotte, M.Ps.

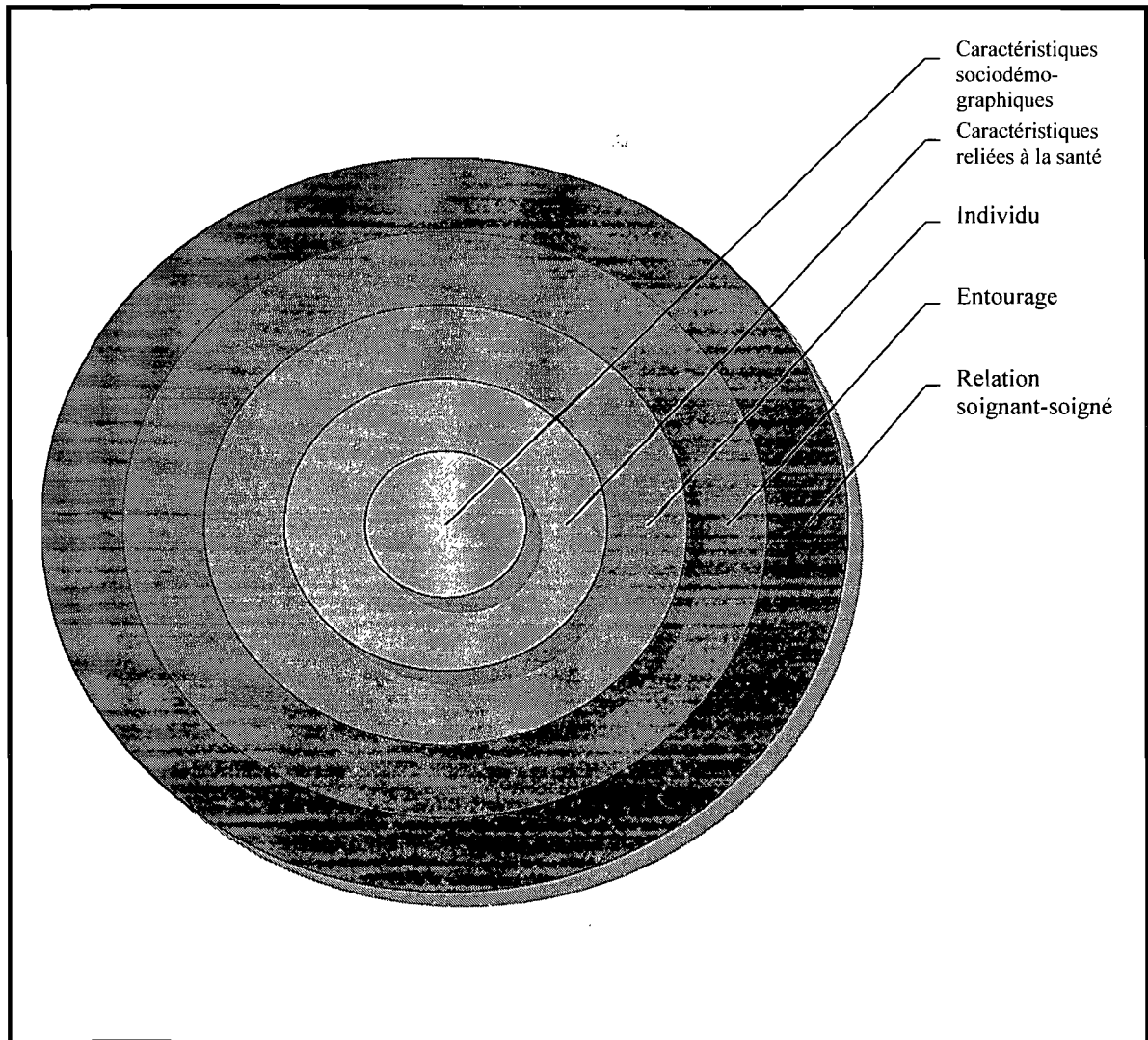
Chercheure principale

Psychologue

Candidate au doctorat en psychologie

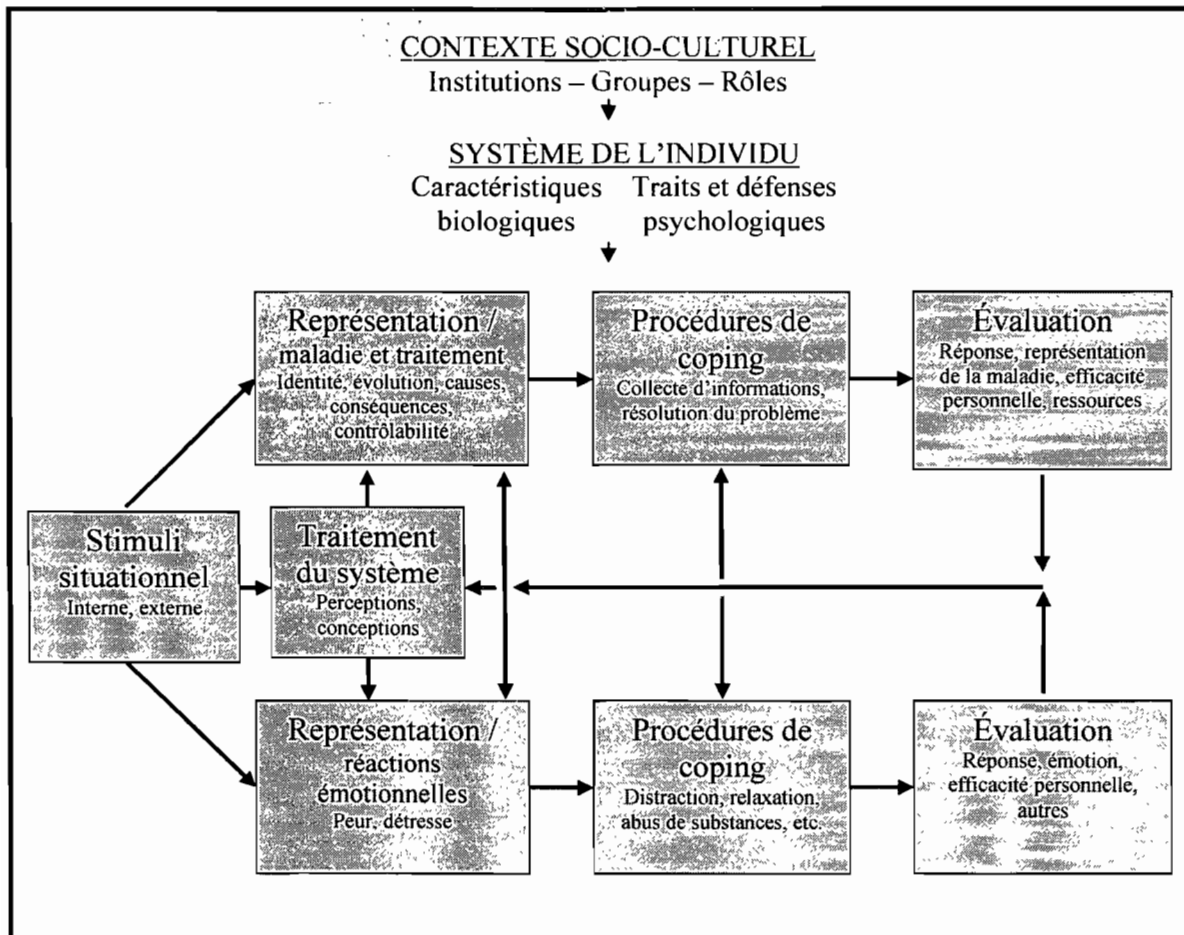
APPENDICE B – Figures et tableaux

Figure 1 : Approche systémique des facteurs psychosociaux



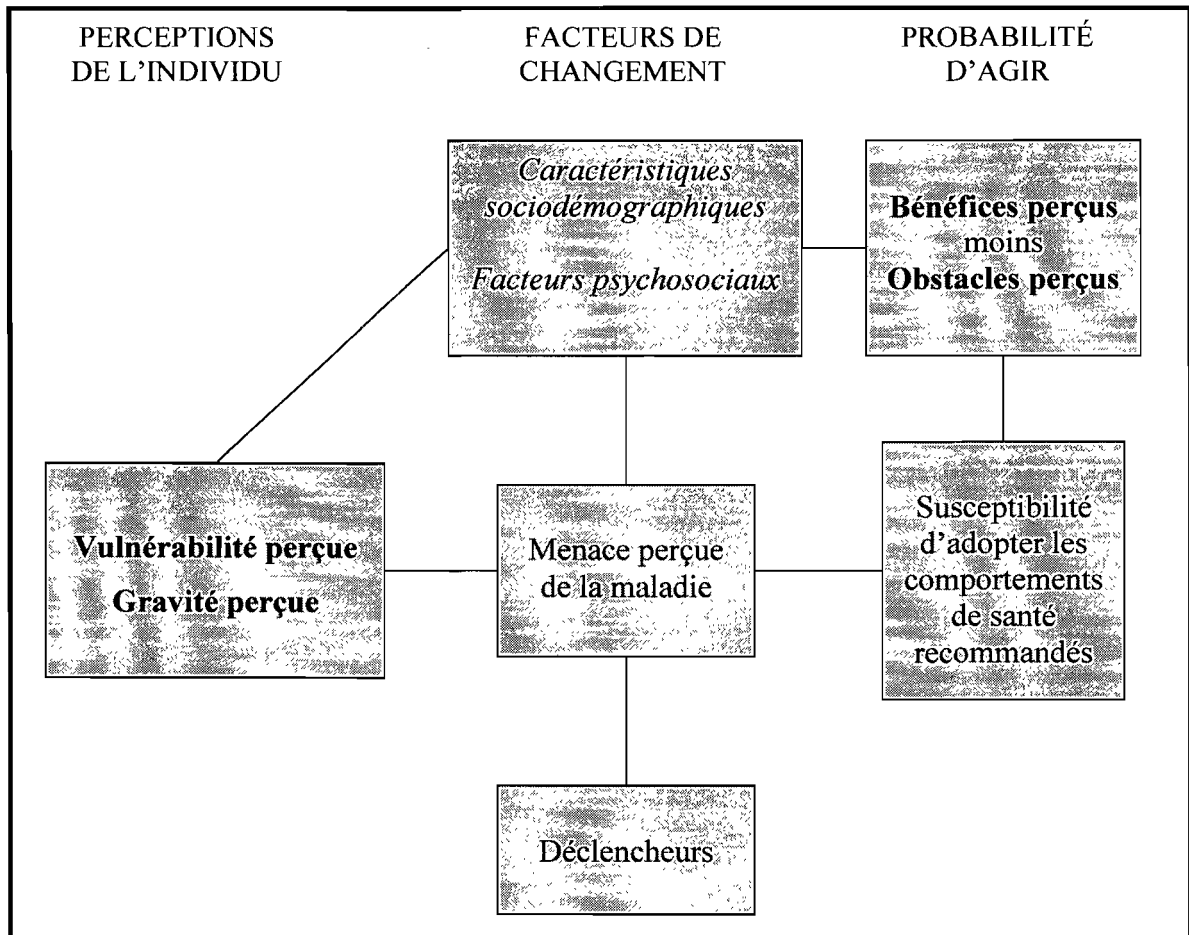
Adaptation de Glasgow et ses collègues (2001, p. 34) et de Fisher et ses collègues (2005, p. 1524).

Figure 2 : Modèle du sens commun de la maladie



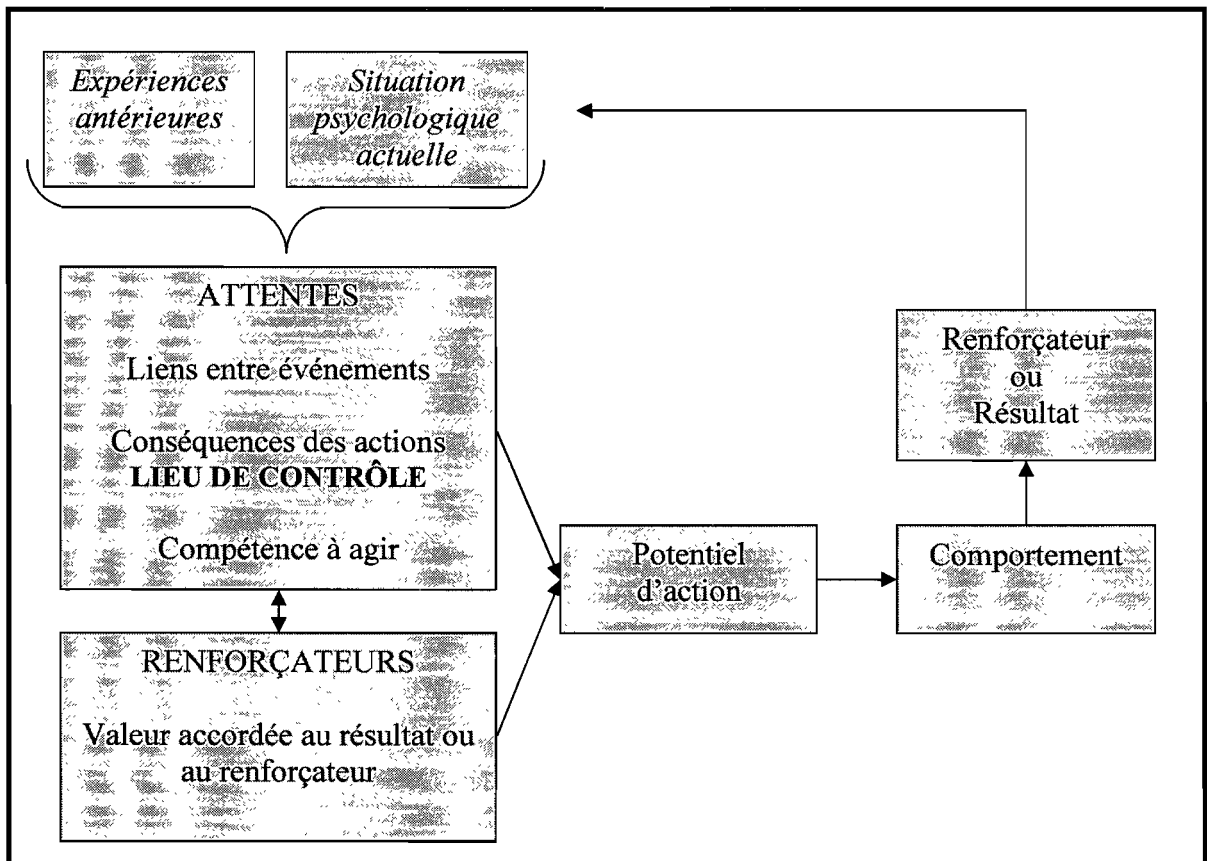
Adaptation et traduction libre du modèle tiré de Leventhal et ses collègues (1992, p. 147; 2001, p. 21).

Figure 3 : Modèle des croyances de santé



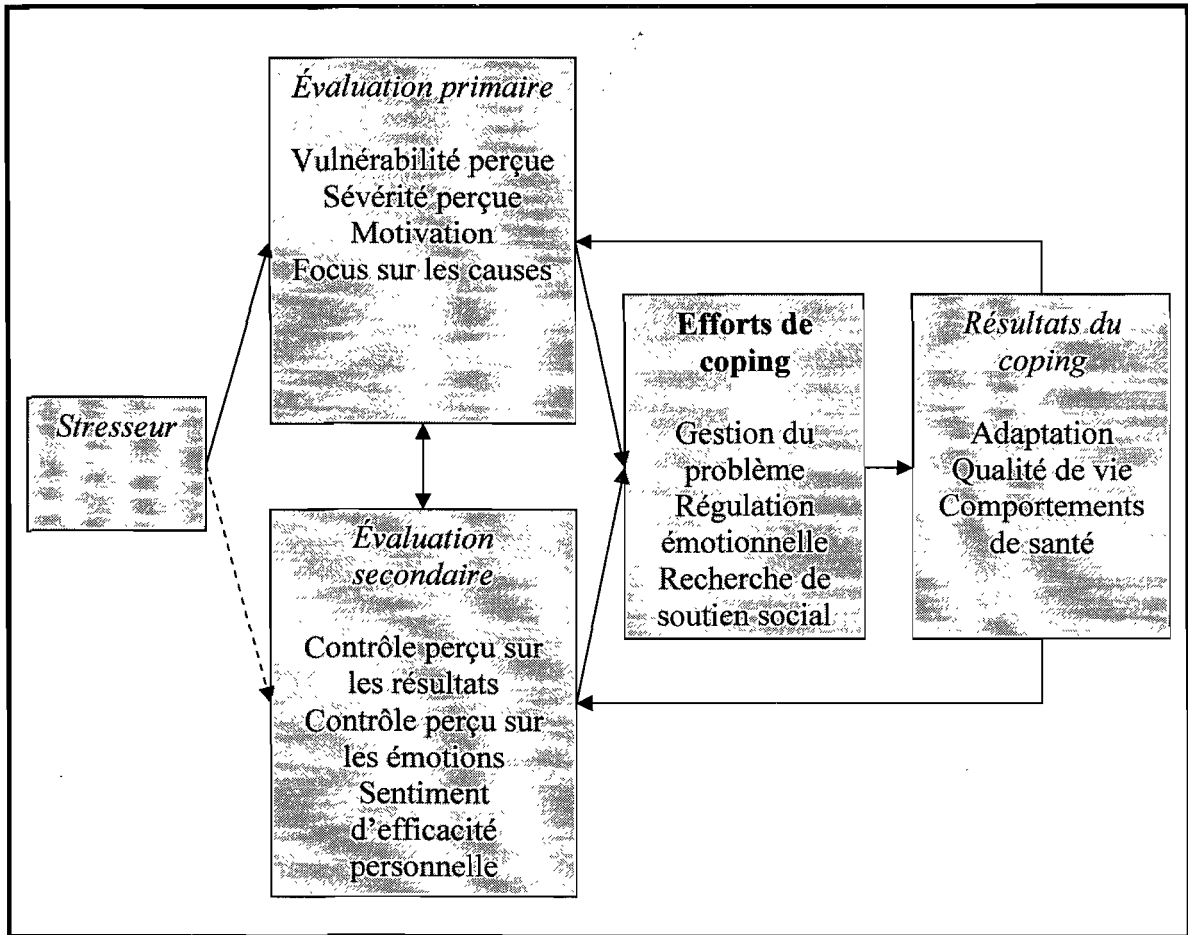
Adaptation et traduction libre du modèle tiré de Rosenstock (1974, p. 7), Janz et Becker (1984, p. 4) et Becker et Janz (1985, p. 43)

Figure 4 : Théorie de l'apprentissage social et lieu de contrôle



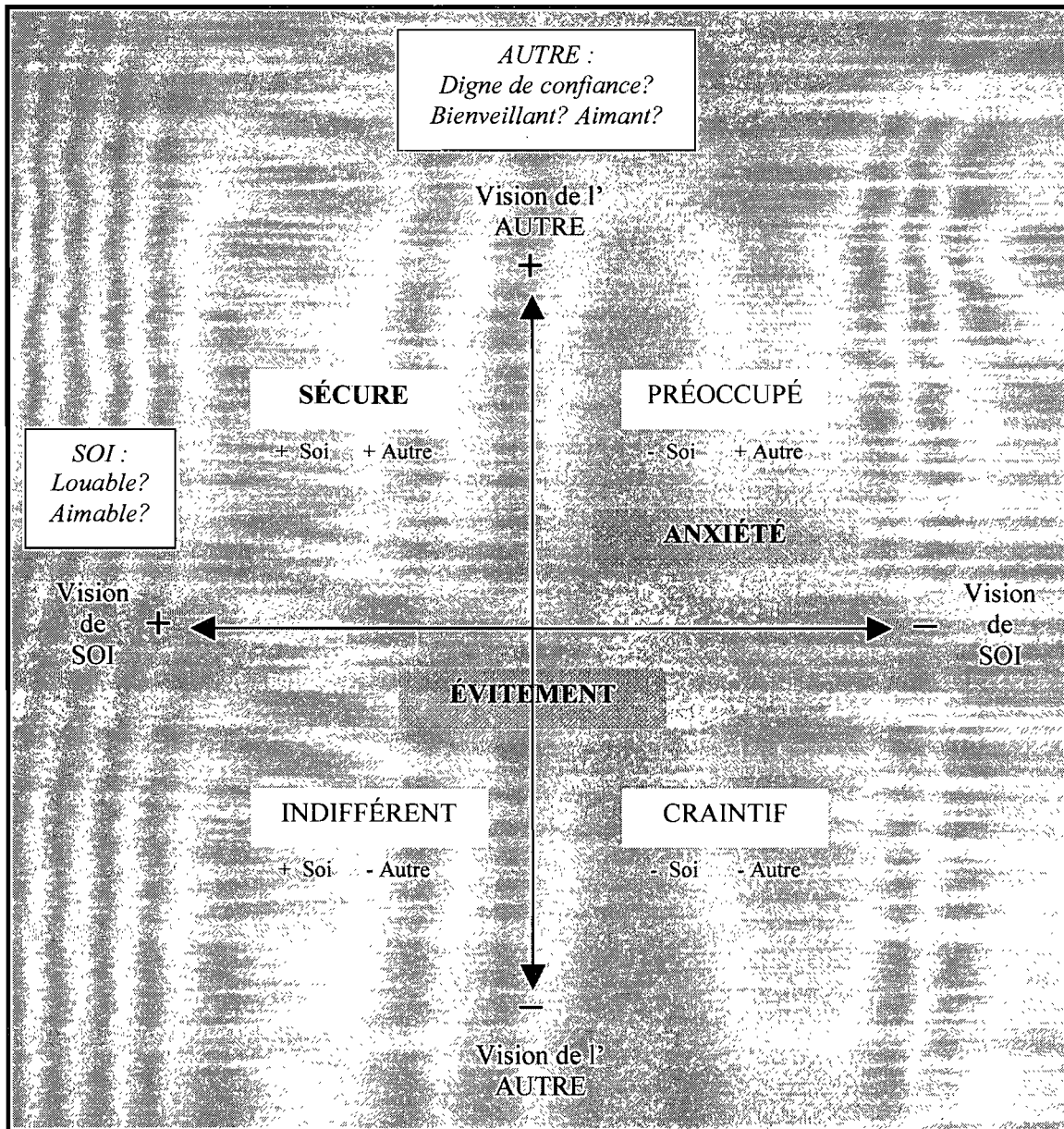
Schématisme réalisée à partir de la description de la théorie d'apprentissage sociale de Rotter réalisée par Rosenstock, Strecher et Becker, 1988, p. 176

Figure 5 : Modèle transactionnel du stress et du coping



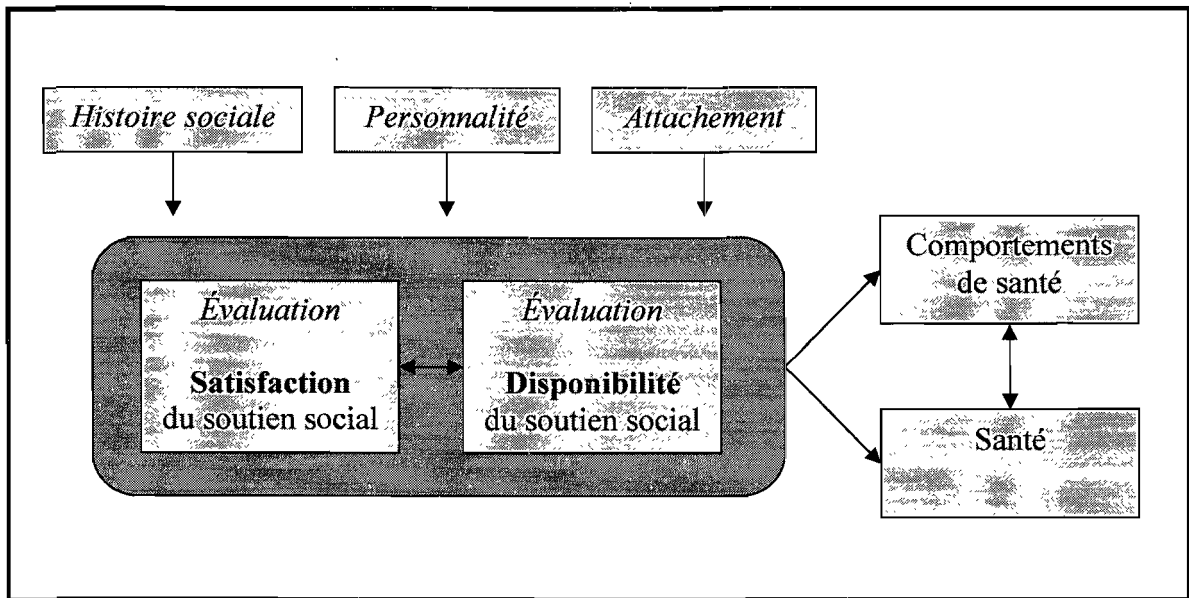
Schématisation des concepts tels qu'élaborés par Lazarus et Folkman (1984)

Figure 6 : Modèle bidimensionnel des styles d'attachement chez l'adulte



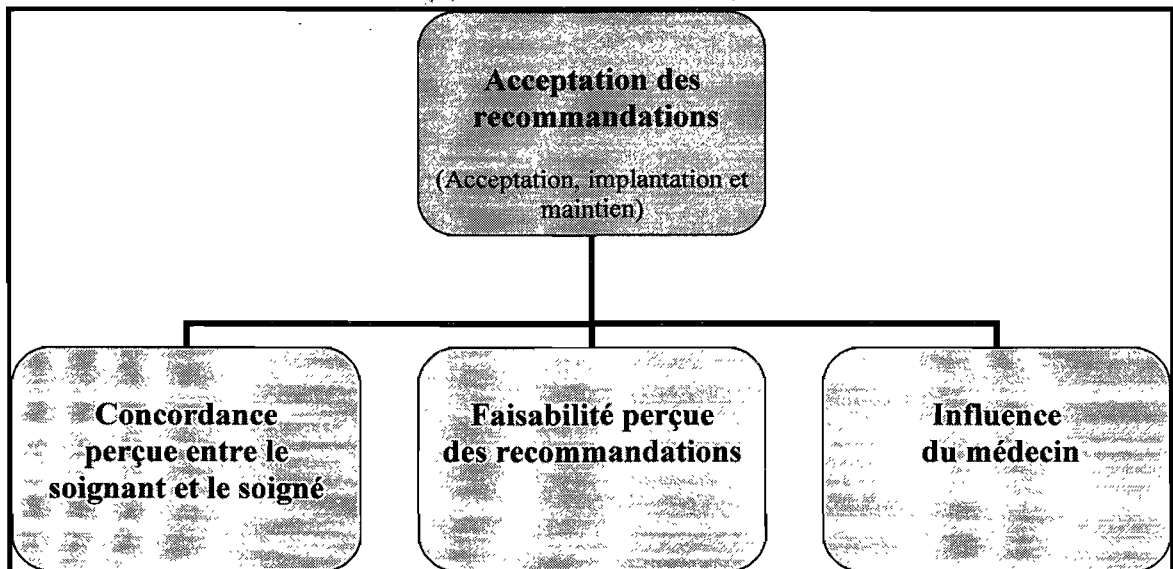
Traduction libre du système de classification de l'attachement tiré de Bartholomew et Lorowitz (1991), p. 227 et de Klohnen et John (1998), p. 117.

Figure 7 : Schématisation de la théorie du soutien social perçu



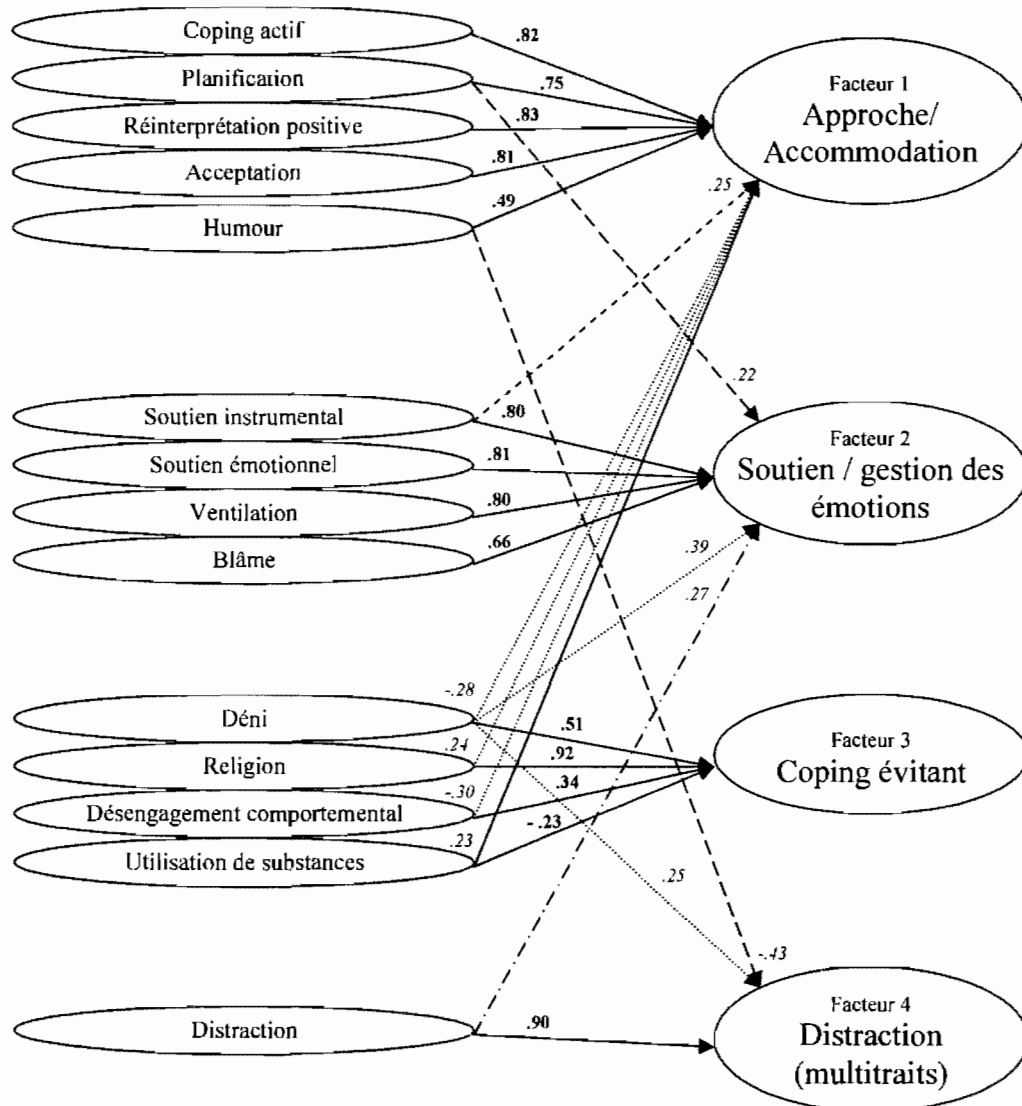
Tiré de Sarason et ses collègues (1983), Sarason, Sarason et ses collègues (1987) et Sarason et ses collègues (1990).

Figure 8 : Modèle de consultation prescriptive



Adaptation du modèle d'acceptation, d'implantation et de maintien de l'intervention de Conoley, Conoley, Ivey et Scheel (1991, p. 547)

Figure 9 : Facteurs de saturation de l'analyse de composantes principales des échelles du COPE



Les résultats d'analyse de composantes principales des échelles du COPE version brève sont tirés de la présente étude à partir de la version française du questionnaire.

Tableau I : Variables, questionnaires et échelles

Variables	Questionnaires (titre original)	Échelles
Adhésion au traitement	<i>The Diabetes Activities Questionnaire (TDAQ)</i> (Hernandez, 1997)	1. Style de vie/monitoring 2. Traitement médicamenteux 3. Globale
Autogestion des soins et recommandations de traitement	<i>Summary of Diabetes Self Care Activities Measure – Revised (SDSCA-R)</i> (Glasgow et al., 1992)	1. Alimentation générale 2. Alimentation spécifique 3. Activité physique 4. Tests glycémie 5. Soins des pieds 6. Cigarettes 7. Médicaments
Sévérité perçue du diabète et satisfaction de l'état de santé global	Échelles maison (VAS)	1. Perception de sévérité du diabète 2. Perception de satisfaction de l'état de santé global
Stratégies de coping appliquées au diabète	<i>COPE</i> version brève en format situationnel (Carver, 1997)	1. Coping actif 2. Planification 3. Soutien instrumental 4. Soutien émotionnel 5. Ventilation 6. Réinterprétation positive 7. Acceptation 8. Dénier 9. Blâme 10. Humour 11. Religion 12. Distraction 13. Utilisation de substances 14. Désengagement comportemental
Croyances de santé relatives au diabète	<i>Health Belief Model-16 (HBM16)</i> (Hurley, 1990)	1. Vulnérabilité 2. Gravité 3. Bénéfices 4. Peu d'obstacles perçus
Lieu de contrôle spécifique au diabète	<i>Multidimensional Health Locus of Control Scales – Form C (MHLC-C)</i> (Wallston et al., 1994)	1. Interne 2. Externe attribué aux autres 3. Externe attribué au hasard
Style d'attachement	<i>Adult Attachment Questionnaire (QAA)</i> (Simpson, 1990; 1992; Bouthillier et al., 1996)	1. Anxieux-ambivalent 2. Évitant
Soutien social	<i>Social support Questionnaire-6 (SSQ6)</i> (Sarason, 1987; Rasclé et al., 1997)	1. Disponibilité 2. Satisfaction
Acceptation des recommandations	<i>Recommandation Rating Scale (RRS)</i> (Scheel et al., 1999; St-Amand & Laisné, 2000)	1. Influence du médecin 2. Faisabilité des recommandations 3. Concordance soignant-soigné 4. Acceptation des recommandations (score global)

Tableau II : Cohérence interne des échelles
(Alphas de Cronbach) (N = 75 à 114)

Questionnaires utilisés (versions françaises)	Échelles	α	N	
<i>Questionnaire des activités du diabète (QAD)</i>	Style de vie/monitoring	.771	100	
	Traitement médicamenteux	.579	81	
	Adhésion globale	.798	75	
<i>Sommaire des activités d'autogestion du diabète – Révisé (SAAD-R)</i>	Alimentation générale	.868	112	
	Alimentation spécifique	.480	111	
	Activité physique	.741	112	
	Tests glycémie	.853	113	
	Soins des pieds	.536	115	
	Médication	.819	88	
	<i>COPE version brève (COPE)</i>	Coping actif	.509	111
Planification		.606	110	
Soutien instrumental		.848	113	
Soutien émotionnel		.789	113	
Expression des émotions		.713	111	
Réinterprétation positive		.773	112	
Acceptation		.649	112	
Déni		.778	109	
Blâme		.633	111	
Humour		.512	108	
Religion		.860	109	
Distraction		.483	113	
Utilisation de substances		.595	112	
Désengagement comportemental		.588	112	
<i>Échelles du modèle de croyances de santé-16 items (MCS16)</i>		Vulnérabilité	.430	113
		Gravité ^a	.363	111
	Bénéfices	.745	114	
	Peu d'obstacles perçus	.656	113	
<i>Échelles de lieu de contrôle de santé multidimensionnel – Formulaire C (LCSM-C)</i>	Interne	.679	113	
	Externe attribué aux autres	.583	111	
	Externe attribué au hasard	.764	109	
<i>Questionnaire d'attachement de l'adulte (QAA)</i>	Anxiété ^a	.335	108	
	Évitement	.803	113	
<i>Questionnaire de soutien social -6 (QSS6)</i>	Disponibilité	.894	112	
	Satisfaction	.940	101	
<i>Échelles d'évaluation des recommandations (EER)</i>	Influence du médecin	.797	110	
	Faisabilité des recommandations	.801	103	
	Concordance soignant-soigné	.700	109	
	Ajustement global soigné-médecin traitant	.842	100	

^a Ces deux échelles sont retirées des analyses statistiques bivariées et des régressions multiples.

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques et reliées à la santé
(N = 103 à 115)

Variable	%	N	Variable	%	N
Caractéristiques sociodémographiques					
Origine ethnique			État civil		
Caucasien	92.2	95	Célibataire	43.5	50
Non caucasien	7.8	8	Couple	56.5	65
Revenu familial brut			Modalités d'habitation		
< 20 000\$	21.6	24	Seul	32.2	37
20 000 – 39 999\$	28.2	31	Couple	46.1	53
40 000 – 59 999\$	26.4	29	Famille ou autre	21.7	25
>= 60 000	23.6	26			
Caractéristiques reliées à la santé					
<i>Recommandations de traitement médicamenteux</i>					
Médecin traitant diabète			Traitement médicamenteux (questionnaire)		
Omnipraticien	57.9	66	Diète seule	22.6	26
Médecin spécialiste	28.1	32	Diète et antidiabétiques oraux	77.4	89
Omnipraticien + médecin spécialiste	14	16			
<i>Recommandations de diète</i>					
Aucun conseil diète			Faible en gras		
Non	2.6	3	Non	67.6	75
Faible en glucides	97.4	111	Faible en calories	32.4	36
Non	82	91	Non	73	81
Riche en fibres	18	20	Fruits et légumes	27	30
Non	62.2	69	Non	73.9	82
Faible en suceries	37.8	42	Autre conseil diète	10.8	12
Non	70.3	78	Non	89.2	99
	29.7	33			
<i>Recommandations d'activité physique</i>					
Aucun conseil exercice			Exercices légers quotidiens		
Non	3.5	4	Non	76.4	84
Exercice continu fréquent	96.5	110	Exercice intégré au quotidien	23.6	26
Non	69.1	76	Non	65.5	72
Exercice spécifique	30.9	34	Autre conseil exercice	34.5	38
Non	25.5	28	Non	0.9	1
	74.5	82		99.1	109
<i>Recommandations de test des glycémies</i>					
Aucun conseil tests de glycémie			Machine pour tests de glycémie		
Non	1.8	2	Non	99.1	110
	98.2	111		0.9	1
<i>Recommandations de cessation des produits du tabac</i>					
Question posée sur consommation de tabac			Programme cessation de tabac offert		
Non	26.9	45	Non	81.3	13
	41.3	69		18.8	3

Tableau IV : Âge, caractéristiques reliées à la santé - répondants vs non répondants
(N = 145 à 165) (Tests t de Student)

Variable	Répondants (N = 101 à 115)			Non répondants (N = 39 à 52)			Égalité moyennes t	Degrés de liberté dl	Niveau signifi- cation p
	M	E.T.	N	M	E.T.	N			
<u>Caractéristique sociodémographique</u>									
Âge	59.74	9.14	114	63.78	8.30	51	2.81	105.2	.006**
<u>Caractéristiques reliées à la santé</u>									
Durée évolution	4.6	4.4	110	9.3	11.5	47	2.72	51.9	.009**
Âge au diagnostic	55	9	110	55	13	47	0.14	66.8	.887
Taux d'A1c	0.067	0.01	101	0.069	0.01	44	1.21	91.1	.229
Cholestérol total	4.77	1.01	104	4.84	1.14	44	0.32	72.9	.75
HDL- Cholestérol	1.29	0.43	105	1.32	0.6	44	0.45	62.4	.655
LDL- Cholestérol	2.62	0.80	101	2.70	0.95	44	0.48	70.3	.633
CT / HDL-C	3.96	1.23	102	3.97	1.24	44	0.06	80.8	.949
Triglycérides	1.98	1.41	104	1.95	0.86	44	0.15	127.4	.884
Tension systolique	142.34	18.8	110	141.82	20.09	45	0.15	77.2	.883
Tension diastolique	80.33	8.65	110	75.58	16.22	45	1.86	54.5	.068
IMC	32.78	7.51	108	31.94	5.55	39	0.73	90.8	.466
Nb complications	2.36	1.17	109	2.36	1.29	47	0.02	95.6	.985

** p < .01

Tableau V : Caractéristiques sociodémographiques - répondants vs non répondants
(Tests Khi-Deux de Pearson)

Variable	Répondants (N = 99 à 115)		Non répondants (N = 37 à 52)		Total (N = 136 à 167)		Khi-deux χ^2	Degrés de liberté dl	Valeur p
	%	N	%	N	%	N			
<u>Caractéristiques sociodémographiques</u>									
Sexe									
Masculin	47.0	54	36.5	19	43.7	73	1.580	1	.138
Féminin	53.0	61	63.5	33	56.3	94			
Emploi									
À l'extérieur	34.8	34	35	14	33.3	48	0.069	1	.470
À la maison	65.2	70	65	26	66.7	96			
Scolarité									
Secondaire/primaire	35.4	35	37.8	14	36.0	49	0.072	1	.470
Postsecondaire	64.6	64	62.2	23	64.0	87			

Tableau VI : Fréquence des hospitalisations dans la dernière année et à vie

Variable	%	N	M	E.T.	N	Variable	%	N	M	E.T.	N
Nombre total d'hospitalisations dans la dernière année			0.26	0.7	114	Nombre total d'hospitalisations à vie			2.94	2.8	107
0	79.8	91				0	24.3	26			
1	17.5	20				1	15.0	16			
2	1.8	2				2	13.1	14			
6	0.9	1				3	12.1	13			
						4	9.3	10			
						5	10.3	11			
						6 à 12	15.9	17			
Nombre d'hospitalisations reliées au diabète dans la dernière année			0.03	0.16	113	Nombre d'hospitalisations reliées au diabète à vie			0.06	0.23	109
0	97.3	110				0	94.5	103			
1	2.7	3				1	5.5	6			
Nombre hospitalisations reliées aux problèmes cardiovasculaires dans la dernière année			0.12	0.55	113	Nombre hospitalisations reliées aux problèmes cardiovasculaires à vie			0.22	0.83	109
0	92.9	105				0	89.0	97			
1	5.3	6				1	5.5	6			
2	0.9	1				2	3.7	4			
5	0.9	1				3	0.9	1			
						7	0.9	1			
Nombre hospitalisations reliées à d'autres problèmes de santé dans la dernière année			0.12	0.32	113	Nombre hospitalisations reliées à d'autres problèmes de santé à vie			2.51	2.60	107
0	88.5	100				0	30.8	33			
1	11.5	13				1	13.1	14			
						2	14	15			
						3	12.1	13			
						4	10.3	11			
						5	6.5	7			
						6 à 12	13	14			

Tableau VII : Caractéristiques reliées à la santé - répondants vs non répondants
(Tests Khi-Deux de Pearson)

Variable	Répondants (N= 78 à 114)		Non répondants (N= 25 à 51)		Total (N= 103 à 167)		Khi- deux χ^2	Degrés de liberté <u>dl</u>	Niveau signifi- cation <u>p</u>
	%	<u>N</u>	%	<u>N</u>	%	<u>N</u>			
Groupes UJD									
Enseignement	40.86	47	55.77	29	45.51	76	3.206	1	.052
Relance	59.13	68	44.23	23	54.49	91			
Traitement									
Diète seule									
Diète + pilule	24.56	28	26.67	12	25.16	40	0.076	1	.465
	75.44	86	73.33	33	74.84	119			
Nb médicaments									
Aucune	22.52	25	27.45	14	24.07	39	0.514	2	.672
Une seule	47.75	53	43.14	22	46.30	75			
Deux et plus	29.73	33	29.41	15	29.63	48			
Dernière fois tabac									
+ de 2 ans ou jamais	86.24	94	92.86	39	88.08	133	1.265	1	.202
- de 2 ans ou auj.	13.76	15	7.14	3	11.92	18			
<i>Complications physiologiques</i>									
Hypoglycémies									
sévères	10.78	11	6.52	3	9.46	14	0.673	1	.312
Sans hypoglycémies	89.22	91	93.48	43	90.54	134			
Rétinopathie									
Sans rétinopathie	5.88	6	15.22	7	8.78	13	3.448	1	.065
Sans rétinopathie	94.12	96	84.78	39	91.22	135			
Néphropathie									
Sans néphropathie	8.82	9	15.22	7	10.81	16	1.344	1	.189
Sans néphropathie	91.18	93	84.78	39	89.19	132			
Neuropathie									
Sans neuropathie	26.47	27	19.57	9	24.32	36	0.821	1	.245
Sans neuropathie	73.53	75	80.43	37	75.68	112			
Problèmes de pied									
Sans problème de pied	5.88	6	0	0	40.54	6	2.82	1	.102
Sans problème de pied	94.12	96	100	46	95.95	142			
Problèmes									
cardiovasculaires	13.73	14	19.57	9	15.54	23	0.824	1	.250
Sans problème	86.27	88	80.43	37	84.46	125			
cardiovasculaire									
Hypertension	76.47	78	82.61	38	78.38	116	0.705	1	.270
Sans HTA	23.53	24	17.39	8	21.62	32			
Hypercholestérolémie									
Sans HCH	80.39	82	71.74	33	77.70	115	1.370	1	.169
Sans HCH	19.61	20	28.26	13	22.30	33			
Hypertriglycémie									
Sans HTG	3.92	4	4.35	2	4.05	6	0.015	1	.607
Sans HTG	96.08	98	95.65	44	95.95	142			

Tableau VIII : Statistiques descriptives QAD et SAAD-R
(N = 88 à 115)

Variable dépendante	%	<u>M</u>	<u>E.T.</u>	N	Min - Max	Intervalle possible
<i>Questionnaire d'activités du diabète (QAD)</i>						
Style de vie/monitoring	63	445.95	127.72	113	100 – 682	0 (min) – 700 (max)
Traitement médicamenteux	83	329.08	67.62	88	113 – 400	0 (min) – 400 (max)
Adhésion globale	68	885.80	204.59	88	424 – 1241	0 (min) – 1300 (max)
<i>Sommaire des activités d'autogestion du diabète – révisé (SAAD-R)</i>						
Alimentation générale	72	5.05	1.77	113	0.00 – 7.00	0 (min) – 7 (max)
Alimentation spécifique	65	4.53	1.45	113	1.33 – 7.00	0 (min) – 7 (max)
Activité physique	49	3.45	2.14	114	0.00 – 7.00	0 (min) – 7 (max)
Test de glycémie	82	5.74	1.87	114	0.00 – 7.00	0 (min) – 7 (max)
Soins des pieds	65	4.58	1.28	115	1.40 – 7.00	0 (min) – 7 (max)
Médication	98	6.87	0.63	89	2.00 – 7.00	0 (min) – 7 (max)

% : Toutes les moyennes ont été reportées sur des échelles de 0 à 100 afin d'augmenter leur comparabilité.

Tableau IX : Statistiques descriptives des mesures de variables indépendantes
(N = 113 à 115)

Variables indépendantes	%	M	E.T.	N	Min - Max	Intervalle possible
<u>Variables reliées à l'individu</u>						
<i>Échelles maison mesurant la perception de la maladie</i>						
Sévérité perçue du diabète	43	43.30	22.90	114	4 – 93	0 (bénin) – 100 (sévère)
Satisfaction de l'état de santé global	55	54.68	22.99	114	0 – 95	0 (insatisfait) – 100 (satisfait)
<i>Échelles mesurant les stratégies de coping (COPE version brève)</i>						
Coping actif	61	5.68	1.42	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Planification	60	5.58	1.57	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Soutien instrumental	51	5.08	1.78	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Soutien émotionnel	36	4.15	1.56	113	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Expression des émotions	47	4.79	1.60	113	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Réinterprétation positive	68	6.05	1.68	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Acceptation	74	6.44	1.46	114	3 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Déni	17	3.00	1.47	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Blâme	32	3.94	1.51	113	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Humour	30	3.78	1.45	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Religion	29	3.71	2.03	114	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Auto-distraktion	50	4.97	1.76	113	2 – 8	2 (bas) – 8 (élevé)
Utilisation de substances	4	2.25	0.62	114	2 – 5	2 (bas) – 8 (élevé)
Désengagement comportemental	12	2.71	1.13	113	2 – 7	2 (bas) – 8 (élevé)
<i>Échelles du modèle de croyances de santé – 16 items (MCS16)</i>						
Vulnérabilité	90	18.46	1.93	115	8 – 20	4 (bas) – 20 (élevé)
Gravité^a	63	14.14	2.81	114	8 – 20	4 (bas) – 20 (élevé)
Bénéfices	88	18.10	2.37	115	4 – 20	4 (bas) – 20 (élevé)
Peu d'obstacles perçus	71	15.38	3.29	115	7 – 20	4 (bas) – 20 (élevé)
<i>Échelles du lieu de contrôle de santé multidimensionnel – Formulaire C (LCSSM-C)</i>						
Lieu de contrôle interne	73	27.77	5.58	115	8 – 36	6 (bas) – 36 (élevé)
Lieu de contrôle externe Hasard	67	26.02	5.20	115	14 – 36	6 (bas) – 36 (élevé)
Lieu de contrôle externe Autres	12	9.49	5.13	115	6 – 36	6 (bas) – 36 (élevé)
<i>Questionnaire d'attachement de l'adulte (QAA)</i>						
Évitement	47	19.07	6.76	114	5 – 35	5 (bas) – 35 (élevé)
Anxiété^a	41	17.36	4.65	114	5 – 35	5 (bas) – 35 (élevé)
<u>Variables reliées à l'entourage</u>						
<i>Questionnaire de soutien social (QSS6)</i>						
Disponibilité	31	16.98	10.40	114	0 – 54	0 (min.) – 54 (max.)
Satisfaction	78	29.38	6.51	111	6 – 36	6 (insatisfait) – 36 (satisfait)
<u>Variables reliées à la relation soignant-soigné</u>						
<i>Échelles d'évaluation des recommandations (EER)</i>						
Influence du médecin	80	49.97	7.67	114	23 – 60	10 (bas) – 60 (élevé)
Faisabilité des recommandations	68	44.08	7.99	114	28 – 60	10 (bas) – 60 (élevé)
Concordance soignant-soigné	67	34.98	5.00	114	18 – 42	7 (bas) – 49 (élevé)
Acceptation des recommandations	72	128.97	15.52	114	87 – 157	27 (bas) – 169 (élevé)

% : Toutes les moyennes ont été reportées sur des échelles de 0 à 100 afin d'augmenter leur comparabilité.

^a Ces deux échelles sont retirées des analyses statistiques bivariées et des régressions multiples.

Tableau X : Corrélations entre QAD et SAAD-R
(r de Pearson) (N = 88 à 114)

Variables	1 r (N)	2 r (N)	3 r (N)	4 r (N)	5 r (N)	6 r (N)	7 r (N)	8 r (N)	9 r (N)
1. QAD									
Style de vie / monitoring	1.00								
2. QAD									
Traitement médicamenteux	.49*** (88)	1.00							
3. QAD									
Adhésion globale	.90*** (88)	.77*** (88)	1.00						
4. SAAD-R									
Alimentation générale	.46*** (113)	.34*** (88)	.46*** (88)	1.00					
5. SAAD-R									
Alimentation spécifique	.40*** (113)	.45*** (88)	.48*** (88)	.66*** (113)	1.00				
6. SAAD-R									
Activité physique	.40*** (113)	.02 (88)	.31** (88)	.16 (113)	.17 (113)	1.00			
7. SAAD-R									
Tests de glycémie	.47*** (113)	.40*** (88)	.48*** (88)	.35** (113)	.31*** (113)	.09 (113)	1.00		
8. SAAD-R									
Soins des pieds	-.01 (113)	.000 (88)	.06 (88)	-.11 (113)	.02 (113)	.05 (114)	.06 (114)	1.00	
9. SAAD-R									
Médication	.002 (88)	.11 (88)	.04 (88)	.21* (88)	.10 (88)	.07 (88)	.19 (89)	-.05 (89)	1.00

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

Comparaison des scores moyens QAD et SAAD-R selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau XI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le sexe
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 88 à 115)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Hommes			Femmes			t	Valeur	
	M	E.T.	N	M	E.T.	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	477.57	117.38	53	418.02	130.87	60	2.55	111	.012*
2. Traitement médicamenteux	320.98	74.49	42	336.48	60.55	46	1.07	79	.290
3. Adhésion globale	916.24	198.66	42	858.02	208.12	46	1.34	86	.183
4. Alimentation générale	5.39	1.70	53	4.76	1.80	60	1.91	110	.059
5. Alimentation spécifique	4.36	1.48	53	4.69	1.42	60	1.21	108	.231
6. Activité physique	3.59	2.24	54	3.33	2.06	60	0.66	108	.510
7. Tests de glycémie	5.78	1.90	53	5.70	1.86	61	0.25	109	.807
8. Soins des pieds	4.21	1.37	54	4.90	1.11	61	2.98	102	.004**
9. Médication	6.87	0.77	42	6.86	0.47	47	0.05	66	.958

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tableau XII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'ethnicité
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 78 à 103)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Caucasien			Non caucasien			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	451.24	126.68	95	411.75	97.02	8	1.08	9	.309
2. Traitement médicamenteux	332.14	65.70	71	306.43	83.23	7	0.79	7	.455
3. Adhésion globale	897.56	201.63	71	810.08	173.01	7	1.26	8	.246
4. Alimentation générale	5.28	1.75	95	3.56	1.70	8	2.75	8	.024*
5. Alimentation spécifique	4.72	1.43	95	3.46	0.97	8	3.38	10	.007**
6. Activité physique	3.44	2.24	95	3.44	1.43	8	0.01	10	.994
7. Tests de glycémie	5.77	1.90	95	5.25	1.98	8	0.71	8	.496
8. Soins des pieds	4.66	1.28	95	4.45	1.37	8	0.41	8	.691
9. Médication	6.94	0.30	71	6.71	0.76	7	0.80	6	.455

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tableau XIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'état civil
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 88 à 115)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Seul			Couple			t	Valeur	
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>		<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	435.78	128.39	49	453.73	127.65	64	0.74	103	.462
2. Traitement médicamenteux	311.28	77.56	39	343.24	55.34	49	2.17	66	.034*
3. Adhésion globale	852.14	208.75	39	912.60	199.28	49	1.38	80	.172
4. Alimentation générale	4.90	1.88	49	5.16	1.69	64	0.75	97	.456
5. Alimentation spécifique	4.44	1.51	49	4.60	1.41	64	0.58	100	.563
6. Activité physique	3.43	2.17	49	3.47	2.14	65	0.10	103	.921
7. Tests de glycémie	5.43	1.89	50	5.98	1.83	64	1.55	104	.123
8. Soins des pieds	4.56	1.21	50	4.58	1.34	65	0.07	110	.945
9. Médication	6.76	0.88	40	6.94	0.29	49	1.29	46	.204

Tableau XIV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le revenu brut
(ANOVA) (N = 84 à 110)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	< 20 000\$			21 000 – 40 000\$			41 000 – 60 000\$			> 61 000\$			Valeurs		
	M	ET	N	M	ET	N	M	ET	N	M	ET	N	F	dl	p
1. Style de vie /monitoring	431.30	108.17	23	419.87	139.72	31	477.72	143.95	29	461.92	102.60	25	1.27	107	.289
2. Traitement médicamenteux	326.11	72.04	19	331.00	66.44	25	331.68	63.36	19	331.57	67.02	21	0.03	83	.993
3. Adhésion globale	892.67	192.25	19	882.16	224.69	25	874.75	225.17	19	907.55	165.54	21	0.10	83	.960
4. Alimentation générale	4.91	1.82	23	4.81	1.96	31	5.26	1.54	29	5.54	1.46	25	1.02	107	.387
5. Alimentation spécifique	4.62	1.33	23	4.37	1.38	31	4.52	1.57	29	4.76	1.47	25	0.37	107	.776
6. Activité physique	3.28	1.83	23	3.53	2.05	31	2.95	2.45	29	4.11	2.05	26	1.45	108	.232
7. Tests de glycémie	6.02	1.57	24	5.61	2.08	31	5.83	1.72	29	5.80	1.85	25	0.23	108	.877
8. Soins des pieds	4.88	1.24	24	4.58	1.32	31	4.54	1.25	29	4.28	1.37	26	0.87	109	.462
9. Médication	6.83	0.54	20	7.00	<0.001	25	6.68	1.16	19	6.88	0.44	21	0.89	84	.450

Tableau XV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'éducation
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 75 à 99)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	< Secondaire			Postsecondaire			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	t	dl	p
1. Style de vie /monitoring	447.03	124.36	34	439.63	125.34	63	.28	68	.781
2. Traitement médicamenteux	320.75	63.75	24	332.06	69.53	51	0.70	49	.490
3. Adhésion globale	870.67	195.43	24	883.32	199.23	51	0.26	46	.796
4. Alimentation générale	5.29	1.37	34	4.93	1.85	63	1.10	86	.273
5. Alimentation spécifique	4.49	1.55	34	4.57	1.39	63	0.26	62	.799
6. Activité physique	3.24	1.73	34	3.43	2.36	64	0.47	86	.643
7. Tests de glycémie	6.07	1.42	35	5.49	2.03	63	1.65	91	.102
8. Soins des pieds	4.68	1.14	35	4.58	1.20	64	0.43	73	.668
9. Médication	6.96	0.20	25	6.78	0.81	51	1.45	61	.151

Tableau XVI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la cohabitation
(ANOVA) (N= 88 à 115)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Habite Seul			En couple			Famille/Autre			Valeurs		
	M	ET	N	M	ET	N	M	ET	N	F	dl	p
1. Style de vie /monitoring	456.89	114.28	36	444.42	139.70	52	433.36	123.49	25	0.25	112	.776
2. Traitement médicamenteux	318.81	77.70	27	334.81	58.52	39	332.27	71.21	22	0.45	87	.639
3. Adhésion globale	394.81	184.91	27	880.52	216.45	39	884.11	214.81	22	0.04	87	.962
4. Alimentation générale	5.11	1.92	36	4.91	1.68	52	5.26	1.78	25	0.35	112	.707
5. Alimentation spécifique	4.61	1.48	36	4.27	1.38	52	4.97	1.51	25	2.10	112	.128
6. Activité physique	3.44	2.22	36	3.60	1.99	53	3.14	2.40	25	0.39	112	.675
7. Tests de glycémie	5.54	1.67	37	5.73	1.99	52	6.04	1.92	25	0.53	112	.591
8. Soins des pieds	4.55	1.25	37	4.61	1.34	53	4.56	1.25	25	0.03	114	.973
9. Médication	6.66	1.04	28	6.94	0.33	39	7.00	<0.001	22	2.29	88	.107

Tableau XVII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'emploi
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 81 à 104)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	À l'extérieur			À la maison			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	418.24	123.23	34	450.57	131.39	68	1.22	70	.226
2. Traitement médicamenteux	322.97	80.86	29	332.75	59.39	52	0.57	45	.571
3. Adhésion globale	851.02	186.86	29	893.59	217.40	52	0.93	66	.358
4. Alimentation générale	4.79	1.86	34	5.11	1.69	68	0.83	61	.407
5. Alimentation spécifique	4.59	1.52	34	4.50	1.45	68	0.28	63	.780
6. Activité physique	3.29	2.53	34	3.43	1.99	69	0.27	54	.789
7. Tests de glycémie	5.40	1.99	34	5.81	1.85	69	1.02	62	.313
8. Soins des pieds	4.41	1.21	34	4.66	1.20	70	1.00	65	.322
9. Médication	6.64	1.06	29	6.97	0.15	53	1.69	29	.103

Comparaison des scores moyens QAD et SAAD-R selon les caractéristiques reliées à la santé

Tableau XVIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le nombre de médicaments (ANOVA) (N= 87 à 114)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Aucun			Un			Deux et plus			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	M	ET	N	F	dl	p
1. Style de vie /monitoring	486.46	104.14	24	432.38	127.48	52	439.55	141.83	33	1.55	108	.218
2. Traitement médicamenteux	--	--	0	326.33	75.71	51	336.58	53.33	33	0.46	83	.501
3. Adhésion globale	--	--	0	883.99	206.50	51	896.16	210.18	33	0.07	83	.794
4. Alimentation générale	5.92	1.09	24	4.93	1.68	52	4.92	1.98	33	3.26	108	.042*
5. Alimentation spécifique	4.96	1.06	24	4.33	1.32	52	4.76	1.71	33	1.99	108	.142
6. Activité physique	3.64	2.03	25	3.39	2.19	52	3.53	2.24	33	0.12	109	.891
7. Tests de glycémie	6.00	1.89	24	5.83	1.82	53	5.62	1.95	33	0.29	109	.746
8. Soins des pieds	4.67	1.30	25	4.69	1.16	53	4.38	1.47	33	0.64	110	.529
9. Médication	--	--	0	6.93	0.34	52	6.92	0.37	33	0.01	84	.913

* $p < .05$

Scores moyens QAD et SAAD-R selon les recommandations (Rx) reçues

Tableau XIX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en glucides (Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans alimentation faible en glucides			Alimentation faible en glucides			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	t	dl	p
1. Style de vie /monitoring	392.50	114.45	20	458.32	127.69	91	2.28	30	.030*
2. Traitement médicamenteux	300.79	75.79	14	335.04	64.40	72	1.58	17	.132
3. Adhésion globale	791.23	201.65	14	905.25	198.60	72	1.94	18	.068
4. Alimentation générale	5.25	1.57	20	5.04	1.82	91	0.52	31	.609
5. Alimentation spécifique	4.50	1.30	20	5.04	1.48	91	0.06	31	.952
6. Activité physique	2.85	1.70	20	3.57	2.25	91	1.60	35	.119
7. Tests de glycémie	5.05	2.45	20	5.85	1.72	91	1.38	23	.181
8. Soins des pieds	4.39	1.20	20	4.59	1.28	91	0.65	29	.518
9. Médication	6.96	0.13	14	6.84	0.70	72	1.39	84	.169

* $p < .05$

Tableau XX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en gras
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans alimentation faible en gras			Alimentation faible en gras			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	t	dl	p
1. Style de vie /monitoring	424.17	123.48	36	457.16	128.78	75	1.30	72	.198
2. Traitement médicamenteux	319.59	66.88	27	333.98	67.31	59	0.92	51	.360
3. Adhésion globale	872.73	213.78	27	893.08	198.51	59	0.42	47	.677
4. Alimentation générale	4.61	1.87	36	5.31	1.69	75	1.89	63	.063
5. Alimentation spécifique	4.14	1.25	36	4.70	1.50	75	2.06	82	.043*
6. Activité physique	3.21	2.07	36	3.55	2.22	75	0.79	73	.434
7. Tests de glycémie	5.17	2.27	36	5.96	1.62	75	1.88	53	.066
8. Soins des pieds	4.28	1.30	36	4.68	1.23	75	1.56	66	.123
9. Médication	6.80	0.96	27	6.89	0.43	59	0.48	31	.632

* $p < .05$

Tableau XXI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en calories
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans alimentation faible en calories			Alimentation faible en calories			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	t	dl	p
1. Style de vie /monitoring	472.17	135.68	30	436.94	123.81	81	1.24	48	.220
2. Traitement médicamenteux	336.75	57.13	24	326.65	70.84	62	0.68	52	.496
3. Adhésion globale	938.44	203.05	24	866.66	200.16	62	1.48	41	.147
4. Alimentation générale	5.38	1.70	30	4.97	1.80	81	1.12	55	.267
5. Alimentation spécifique	4.71	1.64	30	4.44	1.37	81	0.80	45	.431
6. Activité physique	3.50	1.97	30	3.41	2.25	81	0.20	59	.844
7. Tests de glycémie	6.27	1.82	30	5.49	1.87	81	1.97	53.30	.054
8. Soins des pieds	4.19	1.35	30	4.69	1.21	81	1.79	47	.081
9. Médication	6.94	0.31	24	6.83	0.73	62	0.96	83	.342

Tableau XXII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'aliments riches en fibres
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans alimentation riche en fibres			Alimentation riche en fibres			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	435.40	143.24	42	453.19	117.44	69	0.68	74	.500
2. Traitement médicamenteux	321.22	63.25	36	335.40	69.80	50	0.98	80	.329
3. Adhésion globale	869.86	223.21	36	898.81	187.37	50	0.63	67	.528
4. Alimentation générale	4.90	1.97	42	5.19	1.65	69	0.78	75	.437
5. Alimentation spécifique	4.16	1.67	42	4.73	1.26	69	1.93	69	.058
6. Activité physique	3.32	2.05	42	3.51	2.25	69	0.45	93	.657
7. Tests de glycémie	5.61	2.08	42	5.76	1.76	69	0.40	76	.691
8. Soins des pieds	4.39	1.30	42	4.65	1.23	69	1.03	83	.304
9. Médication	6.94	0.33	36	6.80	0.79	50	1.16	70	.250

Tableau XXIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de fruits et légumes
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans recommandation fruits et légumes			Alimentation riches en fruits et légumes			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	452.21	136.88	29	444.43	124.79	82	0.30	46	.789
2. Traitement médicamenteux	329.50	65.15	24	330.61	68.36	62	0.26	44	.797
3. Adhésion globale	888.15	210.80	24	886.12	200.79	62	0.04	40	.968
4. Alimentation générale	5.41	1.32	29	4.96	1.90	82	1.39	71	.168
5. Alimentation spécifique	4.41	1.57	29	4.55	1.41	82	0.42	45	.676
6. Activité physique	3.31	1.92	29	3.48	2.26	82	0.39	57	.695
7. Tests de glycémie	5.90	1.87	29	5.63	1.89	82	0.65	50	.521
8. Soins des pieds	4.20	1.26	29	4.68	1.25	82	1.75	49	.086
9. Médication	6.92	0.41	24	6.84	0.71	62	0.63	72	.528

Tableau XXIV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx de diète faible en sucres
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans alimentation faible en sucres			Alimentation faible en sucres			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	t	dl	p
1. Style de vie /monitoring	447.79	140.94	33	445.90	122.29	78	0.07	53	.947
2. Traitement médicamenteux	314.59	65.21	27	336.27	67.42	59	1.42	52	.163
3. Adhésion globale	873.83	233.30	27	892.57	188.45	59	0.37	42	.716
4. Alimentation générale	4.55	1.93	33	5.31	1.67	78	1.98	53	.053
5. Alimentation spécifique	4.19	1.60	33	4.65	1.36	78	1.45	53	.153
6. Activité physique	3.52	1.93	33	3.40	2.27	78	0.26	70	.794
7. Tests de glycémie	5.59	1.98	33	5.75	1.85	78	0.40	57	.695
8. Soins des pieds	4.44	1.25	33	4.60	1.27	78	0.63	61	.532
9. Médication	6.72	1.02	27	6.92	0.35	59	1.00	29	.326

* $p < .05$

Tableau XXV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon un autre type de Rx diététique
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 111)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans autre conseil diététique			Autre conseil diététique			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	t	dl	p
1. Style de vie /monitoring	451.85	125.28	88	402.00	142.26	12	1.16	13	.266
2. Traitement médicamenteux	322.55	60.57	75	322.55	60.60	11	0.40	14	.696
3. Adhésion globale	892.63	195.53	75	846.18	245.50	11	0.60	12	.560
4. Alimentation générale	5.12	1.74	99	4.75	2.05	12	0.60	13	.558
5. Alimentation spécifique	4.58	1.36	99	4.00	2.01	12	0.97	12	.349
6. Activité physique	3.47	2.27	99	3.13	0.91	12	1.01	32	.322
7. Tests de glycémie	5.67	1.87	99	5.96	2.08	12	0.46	13	.656
8. Soins des pieds	4.55	1.22	99	4.57	1.62	12	0.04	13	.972
9. Médication	6.87	0.66	75	6.77	0.52	11	0.58	15	.571

Tableau XXVI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'exercices légers quotidiens (Tests t – égalité des moyennes) (N= 85 à 110)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans conseil d'exercices quotidiens			Exercices légers quotidiens			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	495.31	119.76	26	431.43	127.56	84	2.34	44	.024*
2. Traitement médicamenteux	352.83	44.10	18	324.25	71.53	67	2.11	44	.041*
3. Adhésion globale	974.56	159.71	18	867.20	209.10	67	2.36	34	.024*
4. Alimentation générale	5.58	1.43	26	4.88	1.85	84	2.03	54	.047*
5. Alimentation spécifique	4.44	1.64	26	4.54	1.41	84	0.30	37	.764
6. Activité physique	3.52	2.03	26	3.42	2.23	84	0.22	45	.827
7. Tests de glycémie	5.79	2.03	26	5.68	1.86	84	0.23	39	.817
8. Soins des pieds	4.33	1.30	26	4.67	1.23	84	1.16	40	.252
9. Médication	7.00	<0.001	18	6.82	0.72	67	2.03	66	.046*

* $p < .05$

Tableau XXVII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'absence de Rx sur l'activité physique (Tests t – égalité des moyennes) (N= 86 à 114)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Conseils sur l'activité physique			Aucun conseil sur l'activité physique			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	446.53	128.15	110	424.67	133.12	3	0.28	2	.804
2. Traitement médicamenteux	330.31	67.46	85	294.33	76.49	3	0.80	2	.502
3. Adhésion globale	889.93	203.62	85	768.86	241.14	3	0.86	2	.477
4. Alimentation générale	5.04	1.78	110	5.50	1.50	3	0.52	2	.651
5. Alimentation spécifique	4.52	1.46	110	5.11	1.17	3	0.86	2	.474
6. Activité physique	3.44	2.18	110	3.75	0.65	4	0.81	6	.452
7. Tests de glycémie	5.71	1.89	110	6.33	1.15	3	0.90	2	.450
8. Soins des pieds	4.59	1.25	110	4.05	2.21	4	0.48	3	.661
9. Médication	6.86	0.64	85	7.00	< 0.001	3	2.02	84	.046*

* $p < .05$ *** $p < .001$

Tableau XXVIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'exercices continus
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 85 à 110)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans conseil d'exercices continus			Conseil d'exercices continus			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
	1. Style de vie /monitoring	439.18	138.42	34	449.82	124.10	76	0.38	58
2. Traitement médicamenteux	327.52	76.54	29	331.75	62.95	56	0.26	48	.799
3. Adhésion globale	889.96	231.10	29	889.92	190.10	56	0.001	48	.999
4. Alimentation générale	5.13	1.49	34	5.00	1.91	76	0.39	80	.695
5. Alimentation spécifique	4.67	1.25	34	4.45	1.55	76	0.77	78	.442
6. Activité physique	3.09	1.95	34	3.60	2.27	76	1.21	73	.232
7. Tests de glycémie	5.71	1.80	34	5.71	1.94	76	0.01	68	.990
8. Soins des pieds	4.54	0.95	34	4.61	1.37	76	0.30	89	.768
9. Médication	6.88	0.46	29	6.85	0.73	56	0.24	80	.810

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tableau XXIX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'intégrer l'exercice au
quotidien
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 85 à 110)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans conseil d'exercice intégré au quotidien			Conseil d'exercice intégré au quotidien			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
	1. Style de vie /monitoring	431.29	142.39	38	454.57	120.23	72	0.86	65
2. Traitement médicamenteux	324.84	76.61	32	333.60	61.83	53	0.55	55	.586
3. Adhésion globale	887.31	239.01	32	891.52	181.43	53	0.09	53	.932
4. Alimentation générale	4.76	1.72	38	5.19	1.81	72	1.21	79	.231
5. Alimentation spécifique	4.27	1.42	38	4.65	1.48	72	1.30	78	.196
6. Activité physique	3.29	2.03	38	3.52	2.26	72	0.55	83	.587
7. Tests de glycémie	5.20	2.35	38	5.97	1.54	72	1.85	54	.070
8. Soins des pieds	4.82	1.23	38	4.46	1.25	72	1.44	77	.154
9. Médication	6.98	0.09	32	6.78	0.81	53	1.80	54	.077

Tableau XXX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la Rx d'exercices d'intensité, durée, fréquence et type déterminés
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 85 à 110)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans conseil d'exercice déterminé			Conseil d'exercice déterminé			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie / monitoring	449.91	128.78	82	436.61	128.09	28	0.47	50	.638
2. Traitement médicamenteux	330.43	69.11	60	330.00	64.73	25	0.03	48	.978
3. Adhésion globale	898.68	202.46	60	868.94	209.06	25	0.60	44	.550
4. Alimentation générale	5.10	1.71	82	4.88	2.00	28	0.53	41	.602
5. Alimentation spécifique	4.46	1.43	82	4.69	1.56	28	0.69	44	.493
6. Activité physique	3.27	2.15	82	3.95	2.21	28	1.41	46	.165
7. Tests de glycémie	5.71	1.92	82	5.70	1.83	28	0.04	49	.967
8. Soins des pieds	4.67	1.21	82	4.34	1.35	28	1.17	43	.247
9. Médication	6.83	0.72	60	6.92	0.40	25	0.71	76	.483

Tableau XXXI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la diète ou diète + comprimés
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 112 à 114)

	Diète seule			Diète + comprimés			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie / monitoring	485.40	102.08	25	434.74	132.47	88	3.12	111	.080
4. Alimentation générale	5.94	1.07	25	4.80	1.85	88	8.6	111	.004**
5. Alimentation spécifique	4.97	1.04	25	4.40	1.53	88	2.99	112	.087
6. Activité physique	3.58	2.01	26	3.41	2.19	88	0.11	113	.736
7. Tests de glycémie	6.04	1.86	25	5.65	1.87	89	0.84	113	.361
8. Soins des pieds	4.68	1.28	26	4.55	1.29	89	0.20	114	.654

** $p < .01$

Scores moyens QAD et SAAD-R selon les complications et problèmes de santé associés

Tableau XXXII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la neuropathie
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans neuropathie			Neuropathie			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	453.79	132.53	73	413.52	113.68	27	1.50	54	.139
2. Traitement médicamenteux	336.46	58.89	56	308.10	84.92	21	1.41	28	.170
3. Adhésion globale	895.61	196.66	56	839.28	211.83	21	1.06	34	.297
4. Alimentation générale	5.26	1.61	73	4.69	1.87	27	1.42	41	.164
5. Alimentation spécifique	4.79	1.43	73	3.86	1.41	27	2.92	47	.005**
6. Activité physique	3.59	2.24	74	2.91	2.18	27	1.38	48	.174
7. Tests de glycémie	5.44	2.09	74	6.33	1.11	27	2.76	86	.007**
8. Soins des pieds	4.40	1.28	75	4.79	1.17	27	1.42	50	.161
9. Médication	6.85	0.72	57	6.90	0.44	21	0.40	59	.691

** p < .01

Tableau XXXIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la néphropathie
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans néphropathie			Néphropathie			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	449.57	123.52	91	375.67	163.82	9	1.32	9	.221
2. Traitement médicamenteux	330.31	64.89	70	309.86	94.84	7	0.57	7	.590
3. Adhésion globale	889.76	785.11	70	620.85	98.59	7	1.03	7	.337
4. Alimentation générale	5.18	1.59	91	4.39	2.51	9	0.92	9	.381
5. Alimentation spécifique	4.62	1.47	91	3.78	1.39	9	1.72	10	.117
6. Activité physique	3.53	2.27	92	2.11	1.24	9	2.98	14	.010**
7. Tests de glycémie	5.76	1.82	92	4.83	2.67	9	1.02	9	.335
8. Soins des pieds	4.49	1.29	93	4.67	0.81	9	0.59	12	.565
9. Médication	6.85	0.68	71	7.00	<0.001	7	1.82	70	.073

** p < .01

Tableau XXXIV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'hypercholestérolémie
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans HCH			HCH			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	444.00	112.67	20	442.65	132.71	80	0.05	33	.963
2. Traitement médicamenteux	338.36	77.53	14	326.59	65.69	63	0.53	17	.605
3. Adhésion globale	919.00	193.07	14	871.64	203.31	63	0.82	20	.421
4. Alimentation générale	5.18	1.98	20	5.09	1.62	80	0.18	26	.856
5. Alimentation spécifique	4.65	1.36	20	4.52	1.51	80	0.38	32	.703
6. Activité physique	3.00	2.24	20	3.51	2.23	81	0.91	29	.373
7. Tests de glycémie	6.35	1.66	20	5.51	1.95	81	1.95	33	.060
8. Soins des pieds	4.98	0.99	20	4.39	1.29	82	2.24	36	.031*
9. Médication	7.00	<0.001	14	6.84	0.72	60	1.83	63	.072

* $p < .05$

Tableau XXXV : Scores moyens QAD et SAAD-R selon les problèmes cardiovasculaires
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans problème cardiovasculaire			Problèmes cardiovasculaires			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	446.44	124.92	86	421.29	151.53	14	0.59	16	.564
2. Traitement médicamenteux	332.19	65.67	67	305.50	79.20	10	1.01	11	.332
3. Adhésion globale	885.88	195.76	67	842.55	242.08	10	0.54	11	.600
4. Alimentation générale	5.22	1.59	86	4.43	2.15	14	1.31	15	.208
5. Alimentation spécifique	4.69	1.39	86	3.64	1.72	14	2.17	16	.046*
6. Activité physique	3.41	2.31	87	3.36	1.78	14	0.11	21	.917
7. Tests de glycémie	5.77	1.83	87	5.11	2.35	14	1.01	16	.330
8. Soins des pieds	4.46	1.29	88	4.79	1.00	14	1.09	21	.290
9. Médication	6.90	0.62	68	6.60	0.84	10	1.10	10	.296

* $p < .05$

Tableau XXXVI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'hypertriglycémie
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans HTG			HTG			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	443.88	130.34	96	420.00	74.17	4	0.61	4	.579
2. Traitement médicamenteux	327.24	67.99	74	365.33	53.15	3	1.20	2	.340
3. Adhésion globale	880.38	203.64	74	877.00	151.56	3	0.04	2	.973
4. Alimentation générale	5.11	1.71	96	4.88	1.44	4	0.32	3	.765
5. Alimentation spécifique	4.53	1.49	96	4.75	1.17	4	0.36	3	.742
6. Activité physique	3.47	2.24	97	1.75	1.50	4	2.20	4	.101
7. Tests de glycémie	5.63	1.94	97	6.88	0.25	4	5.35	30	<.001***
8. Soins des pieds	4.52	1.27	98	4.05	0.77	4	1.16	4	.315
9. Médication	6.86	0.67	75	7.00	<0.001	3	1.82	74	.073

*** $p < .001$

Tableau XXXVII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon les problèmes de pied
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans problème aux pieds			Problèmes aux pieds			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	442.10	127.61	94	455.83	153.04	6	0.22	5	.837
2. Traitement médicamenteux	327.42	68.72	73	352.50	40.09	4	1.16	4	.310
3. Adhésion globale	878.31	200.18	73	915.75	246.74	4	0.30	3	.784
4. Alimentation générale	5.13	1.72	94	4.67	1.08	6	0.98	7	.360
5. Alimentation spécifique	4.54	1.51	94	4.56	0.75	6	0.04	8	.971
6. Activité physique	3.40	2.19	95	3.50	3.03	6	0.08	5	.940
7. Tests de glycémie	5.67	1.96	95	6.00	1.10	6	0.70	7	.507
8. Soins des pieds	4.42	1.22	96	5.90	1.03	6	3.37	6	.015*
9. Médication	6.86	0.67	74	7.00	<0.001	4	1.82	73	.073

* $p < .05$

Tableau XXXVIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon les hypoglycémies sévères
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans hypoglycémie sévère			Hypoglycémie sévère			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	441.79	129.96	89	452.09	120.56	11	0.27	13	.795
2. Traitement médicamenteux	326.21	70.69	66	343.81	44.19	11	1.10	20	.282
3. Adhésion globale	869.45	206.46	66	945.07	157.65	11	1.40	16	.179
4. Alimentation générale	5.03	1.69	89	5.72	1.60	11	1.36	13	.198
5. Alimentation spécifique	4.44	1.45	89	5.39	1.44	11	2.07	13	.060
6. Activité physique	3.41	2.29	90	3.36	1.75	11	0.08	15	.936
7. Tests de glycémie	5.69	1.89	90	5.55	2.22	11	0.21	12	.835
8. Soins des pieds	4.51	1.19	91	4.47	1.81	11	0.06	11	.951
9. Médication	6.85	0.70	67	6.95	0.15	11	1.07	71	.288

Tableau XXXIX : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la rétinopathie
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans rétinopathie			Rétinopathie			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	447.10	127.21	94	377.50	141.58	6	1.17	5	.288
2. Traitement médicamenteux	330.99	64.95	74	273.00	121.70	3	0.82	2	.5496
3. Adhésion globale	888.93	192.71	74	330.94	191.07	3	1.16	2	.364
4. Alimentation générale	5.11	1.71	94	5.00	1.45	6	0.18	6	.862
5. Alimentation spécifique	4.58	1.49	94	3.94	1.10	6	1.34	6	.228
6. Activité physique	3.41	2.25	95	3.33	2.07	6	0.09	6	.933
7. Tests de glycémie	5.68	1.93	95	5.67	1.75	6	0.02	6	.987
8. Soins des pieds	4.51	1.28	96	4.47	0.78	6	0.12	7	.911
9. Médication	6.86	0.67	75	7.00	<0.001	3	1.82	74	.073

Tableau XL : Scores moyens QAD et SAAD-R selon l'hypertension artérielle
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 77 à 102)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Sans HTA			HTA			t	Valeur	
	M	ET	N	M	ET	N		dl	p
1. Style de vie /monitoring	423.26	121.08	23	448.79	130.71	77	0.87	39	.389
2. Traitement médicamenteux	332.89	51.65	18	327.46	72.10	59	0.35	39	.726
3. Adhésion globale	863.72	163.13	18	885.29	212.31	59	0.46	36	.651
4. Alimentation générale	4.61	1.60	23	5.25	1.70	77	1.68	38	.102
5. Alimentation spécifique	4.09	1.65	23	4.68	1.40	77	1.57	32	.127
6. Activité physique	3.44	2.18	24	3.40	2.26	77	0.08	40	.936
7. Tests de glycémie	5.89	1.95	23	5.61	1.91	78	0.60	35	.553
8. Soins des pieds	4.16	1.39	24	4.61	1.20	78	1.44	34	.160
9. Médication	6.94	0.24	18	6.84	0.73	60	0.94	76	.352

Scores moyens QAD et SAAD-R selon les autres caractéristiques reliées à la santé

Tableau XLI : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le médecin traitant
(ANOVA) (N= 87 à 114)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Omnipraticien			Spécialiste			Les deux			Valeur		
	M	ET	N	M	ET	N	M	ET	N	F	dl	p
1. Style de vie /monitoring	424.70	128.99	64	470.47	126.16	32	473.13	117.06	16	1.86	111	.160
2. Traitement médicamenteux	321.06	74.02	49	335.13	65.27	23	346.87	47.93	15	0.94	86	.393
3. Adhésion globale	839.88	212.48	49	933.65	187.42	23	951.97	180.36	15	2.74	86	.070
4. Alimentation générale	4.99	1.83	64	4.86	1.87	32	5.59	1.25	16	0.97	111	.383
5. Alimentation spécifique	4.51	1.48	64	4.44	1.44	32	4.85	1.46	16	0.46	111	.633
6. Activité physique	3.22	2.14	65	3.73	2.14	32	3.84	2.23	16	0.93	112	.397
7. Tests de glycémie	5.64	2.06	65	5.70	1.80	32	6.13	1.12	16	0.43	112	.650
8. Soins des pieds	4.59	1.36	66	4.73	1.25	32	4.25	1.00	16	0.73	113	.484
9. Médication	6.95	0.25	50	6.59	1.15	23	7.00	<0.001	15	3.16	87	.047*

* $p < .05$

Tableau XLII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon la consommation de tabac
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 84 à 108)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Jamais fumé/ arrêt plus de deux ans			Aujourd'hui / Arrêt moins de deux ans			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
	1. Style de vie /monitoring	439.87	128.35	92	464.93	126.20	15	0.71	19
2. Traitement médicamenteux	328.63	68.64	72	344.75	51.66	12	0.95	18	.354
3. Adhésion globale	872.88	200.70	72	961.60	198.58	12	1.43	15	.173
4. Alimentation générale	5.10	1.72	92	4.83	1.84	15	0.52	18	.608
5. Alimentation spécifique	4.53	1.45	92	4.62	1.39	15	0.25	19	.806
6. Activité physique	3.48	2.21	93	2.87	1.79	15	1.19	22	.248
7. Tests de glycémie	5.68	1.92	93	6.10	1.56	15	0.94	21	.358
8. Soins des pieds	4.57	1.24	94	4.64	1.15	15	0.23	20	.821
9. Médication	6.95	0.27	73	6.29	1.51	12	1.51	11	.160

Tableau XLIII : Scores moyens QAD et SAAD-R selon le groupe de l'UJD
(Tests t – égalité des moyennes) (N= 88 à 115)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	Enseignement			Relance			Valeur		
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
1. Style de vie /monitoring	428.96	134.62	45	457.19	122.65	68	1.13	88	.261
2. Traitement médicamenteux	320.11	73.70	36	335.29	63.05	52	1.01	68	.318
3. Adhésion globale	863.71	211.39	36	901.10	200.39	52	0.83	73	.407
4. Alimentation générale	4.70	1.67	45	5.29	1.81	68	1.77	99	.080
5. Alimentation spécifique	4.29	1.59	45	4.70	1.34	68	1.42	83	.160
6. Activité physique	3.21	2.18	46	3.62	2.12	68	1.00	95	.320
7. Tests de glycémie	5.61	1.96	46	5.82	1.81	68	0.59	92	.556
8. Soins des pieds	4.74	1.22	47	4.47	1.32	68	1.12	104	.264
9. Médication	6.81	0.88	37	6.90	0.37	52	0.61	45	.546

Tableau XLIV : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et l'âge, l'âge au moment du diagnostic, la durée d'évolution du diabète, le taux d'A1c, l'IMC, le nombre de complications et d'hospitalisations dans la dernière année et à vie (r de Pearson) (N= 78 à 114)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	VI r (N)	Âge	Âge au diagnostic	Durée d'évolution	Taux d'A1c	IMC	Nombre complications	Nombre hospitalisations Total	Nombre hospitalisations pour diabète	Nombre hospitalisations pour cœur	Nombre hospitalisations pour autres	Nombre hospitalisations Total	Nombre hospitalisations Pour diabète	Nombre hospitalisations pour cœur	Nombre hospitalisations autres
							An dernier	An dernier	An dernier	An dernier	À vie	À vie	À vie	À vie	À vie
1. Style de vie / monitoring	.01 (112)	.01 (108)	-.08 (108)	-.10 (99)	-.15 (106)	-.20* (107)	.05 (112)	-.06 (111)	.12 (111)	-.04 (111)	.07 (105)	-.09 (107)	.11 (107)	.08 (105)	
2. Traitement médicamenteux	-.13 (87)	-.10 (86)	-.08 (86)	-.16 (78)	.03 (84)	-.30** (83)	.02 (87)	-.01 (86)	.01 (86)	.05 (86)	.09 (80)	.03 (82)	-.08 (82)	.20 (80)	
3. Adhésion globale	-.18 (87)	-.17 (86)	-.08 (86)	-.09 (78)	-.07 (84)	-.27* (83)	.03 (87)	-.04 (86)	.07 (86)	-.01 (86)	.08 (80)	-.07 (82)	-.01 (82)	.16 (80)	
4. Alimentation générale	.06 (112)	.05 (108)	-.05 (108)	-.15 (99)	-.16 (106)	-.11 (107)	-.02 (112)	-.02 (111)	.01 (111)	-.05 (111)	.10 (105)	-.08 (107)	.08 (107)	.08 (105)	
5. Alimentation spécifique	-.05 (112)	-.05 (108)	-.07 (108)	-.13 (99)	-.03 (106)	-.17 (107)	.12 (112)	.03 (111)	.12 (111)	.06 (111)	.12 (105)	.13 (107)	.03 (107)	.15 (105)	
6. Activité physique	.14 (113)	.11 (109)	.07 (109)	-.16 (100)	-.22* (107)	-.08 (108)	-.04 (113)	.03 (112)	-.02 (112)	-.05 (112)	.16 (106)	-.01 (108)	.03 (108)	.18 (106)	
7. Tests de glycémie	-.02 (113)	-.03 (109)	-.07 (109)	-.11 (100)	.03 (107)	-.10 (108)	-.07 (113)	-.11 (112)	.01 (112)	-.09 (112)	.14 (106)	-.07 (108)	-.03 (108)	.21* (106)	
8. Soins des pieds	.01 (114)	.10 (110)	-.20* (110)	-.05 (101)	.15 (108)	.10 (109)	.00 (114)	.004 (113)	.01 (113)	-.04 (113)	-.05 (107)	.02 (109)	-.12 (109)	-.01 (107)	
9. Médication	.18 (88)	.09 (87)	-.16 (87)	.05 (79)	.06 (85)	-.003 (84)	.07 (88)	-.01 (87)	.05 (87)	.07 (87)	.19 (81)	.03 (83)	.06 (83)	.17 (81)	

* p < .05 ** p < .01

Tableau XLV : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et les stratégies de coping
(r de Pearson) (N= 87 à 114)

VI r (N)	Coping actif	Planifi- cation	Soutien instru- mental	Soutien émotion	Expres- sion émotion	Réinter- prétation	Accep- tation	Déni	Blâme	Humour	Religion	Distrac- tion	Utilisa- tion Substan- ces	Désenga- gement compor- tementale
Dimensions d'adhésion et d'autogestion														
1. Style de vie / monitoring	.44*** (112)	.35*** (112)	.02 (112)	-.09 (111)	.01 (112)	.27** (112)	.28** (112)	-.16 (112)	-.25** (111)	.01 (112)	-.12 (112)	-.06 (111)	.02 (112)	-.34*** (111)
2. Traitement médicamenteux	.29** (88)	.25* (88)	.19 (89)	.02 (87)	.10 (88)	.22* (88)	.27** (88)	-.06 (88)	-.18 (87)	-.08 (88)	.20 (88)	.17 (87)	-.03 (88)	-.35*** (88)
3. Adhésion globale	.41*** (88)	.39*** (88)	.15 (88)	-.06 (87)	.08 (88)	.31** (88)	.32** (88)	-.15 (88)	-.23* (87)	-.03 (88)	.05 (88)	.12 (87)	.000 (88)	-.40*** (87)
4. Alimentation générale	.40*** (112)	.35*** (112)	.15 (112)	.03 (111)	.16 (112)	.31*** (112)	.27** (112)	-.03 (112)	-.01 (111)	.14 (112)	.09 (112)	.06 (111)	.03 (112)	-.05 (111)
5. Alimentation spécifique	.27** (112)	.33*** (112)	.11 (112)	.05 (111)	.15 (112)	.20* (112)	.26** (112)	-.05 (112)	-.002 (111)	.09 (112)	.11 (112)	.15 (111)	.09 (112)	-.02 (111)
6. Activité physique	.19* (113)	.11 (113)	-.08 (113)	-.02 (112)	.02 (113)	.06 (113)	-.03 (113)	-.01 (113)	-.07 (112)	-.09 (113)	-.01 (113)	.01 (112)	-.14 (113)	-.05 (112)
7. Tests de glycémie	.09 (113)	.26** (113)	.13 (113)	-.003 (112)	.08 (113)	.11 (113)	-.01 (113)	.07 (113)	-.03 (112)	-.15 (113)	.09 (113)	.07 (112)	-.10 (113)	-.19* (112)
8. Soins des pieds	-.03 (114)	.10 (114)	.19* (114)	.16 (113)	.10 (114)	.06 (114)	.000 (114)	.07 (114)	-.05 (113)	.03 (114)	.11 (114)	.16 (113)	-.09 (114)	.03 (113)
9. Médication	.000 (89)	.19 (89)	-.03 (89)	-.12 (88)	-.07 (89)	-.01 (89)	-.03 (89)	.01 (89)	-.03 (88)	-.05 (89)	.16 (89)	-.05 (88)	-.27* (89)	.11 (88)

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Tableau XLVI : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et la sévérité perçue du diabète, la satisfaction de l'état de santé global, les croyances de santé, le lieu de contrôle et l'attachement évitant (r de Pearson) (N= 87 à 115)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	VI r (N)	Sévérité perçue du diabète	Satisfaction de l'état de santé global	Croyance de vulnérabilité	Croyance de bénéfices	Croyance de peu d'obstacles perçus	Lieu de contrôle interne	Lieu de contrôle externe Hasard	Lieu de contrôle externe Autres	Attachement évitant
1. Style de vie / monitoring		-.03 (112)	.30*** (112)	.43*** (113)	.25** (113)	.47*** (113)	.004 (113)	.17 (113)	-.21* (113)	-.05 (112)
2. Traitement médicamenteux		.06 (87)	.26* (87)	.34*** (88)	.09 (88)	.16 (88)	-.16 (88)	.02 (88)	-.08 (88)	-.02 (87)
3. Adhésion globale		.05 (87)	.28** (87)	.45*** (88)	.19 (88)	.37*** (88)	-.06 (88)	.07 (88)	-.18 (88)	-.07 (87)
4. Alimentation générale		-.26*** (112)	.31*** (112)	.39*** (113)	.32*** (113)	.37*** (113)	.03 (113)	-.02 (113)	-.09 (113)	.05 (112)
5. Alimentation spécifique		-.18 (112)	.19* (112)	.35*** (113)	.28** (113)	.26** (113)	-.004 (113)	.02 (113)	-.07 (113)	.07 (112)
6. Activité physique		.06 (113)	.01 (113)	.12 (114)	.08 (114)	.23* (114)	-.24* (114)	-.05 (114)	.000 (114)	-.03 (113)
7. Tests de glycémie		-.04 (113)	.07 (113)	.32*** (114)	.19* (114)	.22* (114)	-.02 (114)	.12 (114)	-.14 (114)	-.01 (113)
8. Soins des pieds		.01 (114)	-.13 (114)	-.09 (115)	.01 (115)	-.08 (115)	.05 (115)	.14 (115)	-.01 (115)	-.10 (114)
9. Médication		-.17 (88)	-.02 (88)	.06 (89)	-.01 (89)	.15 (89)	-.13 (89)	.02 (89)	.09 (89)	.34*** (88)

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Tableau XLVII : Corrélations entre les scores QAD et SAAD-R et la disponibilité perçue et la satisfaction du soutien social, l'influence du md, la faisabilité des Rx, la concordance et l'acceptation des Rx (r de Pearson) (N= 86 à 114)

Dimensions d'adhésion et d'autogestion	VI r (N)	Disponibilité du soutien social	Satisfaction face au soutien social	Influence du médecin	Faisabilité perçue des recommandations	Concordance soignant-soigné	Acceptation des recommandations
1. Style de vie / monitoring	.09 (113)	.13 (110)	.31*** (113)	.36*** (113)	.13 (112)	.38*** (113)	
2. Traitement médicamenteux	.12 (88)	.21* (86)	.25* (88)	.21* (88)	-.03 (87)	.22* (88)	
3. Adhésion globale	.18 (88)	.16 (86)	.34*** (88)	.30** (88)	.10 (87)	.35*** (88)	
4. Alimentation générale	.15 (113)	.25** (110)	.16 (113)	.29** (113)	.10 (112)	.26** (113)	
5. Alimentation spécifique	.14 (113)	.15 (110)	.11 (113)	.30*** (113)	.07 (112)	.23* (113)	
6. Activité physique	.21* (114)	-.04 (111)	.12 (114)	.14 (114)	.09 (113)	.16 (114)	
7. Tests de glycémie	.20* (113)	.02 (110)	.29** (113)	.19* (113)	.15 (113)	.29** (113)	
8. Soins des pieds	.18 (114)	-.04 (111)	.17 (114)	-.15 (114)	.35*** (114)	.13 (114)	
9. Médication	-.12 (88)	-.14 (86)	-.05 (88)	-.06 (88)	-.04 (88)	-.07 (88)	

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Tableau XLVIII : Modèle de régression pas à pas d'adhésion au style de vie/monitoring

Prédicteurs	B	SE B	β (Bêta)	p
Coping actif	21.142	7.860	.232**	.008
Croyance de peu d'obstacles perçus	10.489	3.195	.267**	.001
Croyance de vulnérabilité	15.261	6.725	.191*	.026
Sexe	-47.457	20.108	.185*	.020
Désengagement comportemental	-22.310	9.162	-.194*	.017
Recommandation de suivre un régime faible en glucides	67.013	27.612	.192*	.017

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$F(6, 93) = 13.46, p < .001$ $R^2 = 46.5\%$

Tableau XLIX : Modèle de régression pas à pas d'adhésion au traitement médicamenteux

Prédicteurs	B	SE B	β (Bêta)	p
Coping actif	14.173	5.083	.297*	.007
Désengagement comportemental	-14.369	5.767	-.266*	.015

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$F(2, 74) = 8.61, p = <.001$ $R^2 = 18.9\%$

Tableau L : Modèle de régression pas à pas d'adhésion globale

Prédicteurs	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u> (Bêta)	<u>p</u>
Croyance de vulnérabilité	43.901	11.452	.357***	<.001
Désengagement comportemental	-54.818	15.725	-.319***	.001
Coping actif	39.441	13.500	.276**	.005

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$$F(3, 74) = 16.33, p < .001 \quad R^2 = 39.8\%$$

Tableau LI : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de l'alimentation générale

Prédicteurs	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u> (Bêta)	<u>p</u>
Coping actif	0.365	0.114	.287***	.001
Croyance de vulnérabilité	0.305	0.093	.281**	.001
Perception de sévérité du diabète	-0.020	0.007	-.235**	.007
Croyance de peu d'obstacles perçus	0.122	0.051	.213*	.019

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$$F(4, 90) = 13.51, p < .001 \quad R^2 = 37.5\%$$

Tableau LII : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de l'alimentation spécifique

Prédicteurs	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u> (Bêta)	<u>p</u>
Planification	0.228	0.090	.246***	.012
Faisabilité perçue des recommandations	0.039	0.018	.211*	.030
Origine ethnique	-1.113	0.521	.198*	.035

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$$F(3,95) = 7.46, p < .001 \quad R^2 = 16.5\%$$

Tableau LIII : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de l'activité physique

Prédicteurs	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u> (Bêta)	<u>p</u>
Croyance de peu d'obstacles perçus	0.173	0.060	.262**	.005
Lieu de contrôle interne	-0.097	0.035	.251**	.007
Disponibilité du soutien social	0.050	0.019	.233*	.012

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$$F(3,102) = 6.75, p = <.001 \quad R^2 = 16.6\%$$

Tableau LIV : Modèle de régression pas à pas d'autogestion des tests de glycémie

Prédicteurs	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u> (Bêta)	<u>p</u>
Croyance de vulnérabilité	0.457	0.097	.410***	<.001

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$F(1,109) = 22.03, p < .001$ $R^2 = 16.8\%$

Tableau LV : Modèle de régression pas à pas d'autogestion des soins des pieds

Prédicteurs	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u> (Bêta)	<u>p</u>
Concordance soignant-soigné	0.080	0.023	.326***	.001
Sexe	0.525	0.233	.212*	.027

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$F(2,95) = 9.53, p = <.001$ $R^2 = 16.7\%$

Tableau LVI : Modèle de régression pas à pas d'autogestion de la médication

Prédicteurs	B	SE B	β (Bêta)	p
Attachement évitant	0.031	0.009	.330**	.002
Utilisation de substances	-0.288	0.116	.252*	.015

Note. R^2 : % variance expliquée
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
β : Coefficient de régression standardisé
p : Niveau de signification
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$F(2, 80) = 8.92, p < .001$ $R^2 = 18.2\%$

Tableau LVII : Modèle hiérarchique d'adhésion au style de vie/monitoring
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	df	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.165	.165	1.64	12.689	.001			
<i>Bloc 1</i>								
Emploi						97.846	27.468	.407***
Modèle 2	.261	.096	2.63	11.135	<.001			
<i>Bloc 1</i>								
Emploi						85.509	26.405	.355**
<i>Bloc 2</i>								
Recommandation de faire des exercices légers quotidiens						-83.276	29.150	.314**
Modèle 3	.608	.346	6.59	15.244	<.001			
<i>Bloc 1</i>								
Emploi						72.212	20.623	.300***
<i>Bloc 2</i>								
Recommandation de faire des exercices légers quotidiens						-70.798	24.286	.297**
<i>Bloc 3</i>								
Croyance de peu d'obstacles perçus						9.354	3.524	.260**
Planification						22.945	7.217	.304**
Blâme						-17.127	6.837	.229*
Croyance de bénéfiques						14.470	6.551	.193*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(6, 59) = 15.244, p < .001 \quad R^2 = 60.8 \%$

Tableau LVIII : Modèle hiérarchique d'adhésion au traitement médicamenteux
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	dl	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.111	.111	1.50	6.257	.016			
<i>Bloc 1</i>								
État civil						46.538	18.605	.333*
Modèle 2	.277	.166	3.48	6.142	.001			
<i>Bloc 1</i>								
État civil						34.612	17.603	.248
<i>Bloc 3</i>								
Désengagement comportemental						-15.901	6.791	-.297*
Acceptation						13.064	6.297	.257*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(3, 48) = 6.142, p = .001 \quad R^2 = 27.8 \%$

Tableau LIX : Modèle hiérarchique d'adhésion globale
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	dl	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.191	.191	1.49	11.536	.001			
<i>Bloc 1</i>								
Emploi						165.150	48.624	.437***
Modèle 2	.263	.072	2.48	8.559	.001			
<i>Bloc 1</i>								
Emploi						168.108	46.902	.444***
<i>Bloc 2</i>								
Nombre de complications						-41.028	18.907	-.269*
Modèle 3	.611	.348	5.45	14.138	<.001			
<i>Bloc 1</i>								
Emploi						160.307	36.208	.424***
<i>Bloc 2</i>								
Nombre de complications						-18.934	14.768	.124
<i>Bloc 3</i>								
Désengagement comportemental						-71.135	14.631	.457***
Planification						35.032	11.880	.289**
Satisfaction de l'état de santé global						1.826	0.798	.215*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$$F(5, 45) = 14.138, p < .001 \quad R^2 = 61.1 \%$$

Tableau LX : Modèle hiérarchique d'autogestion de l'alimentation générale
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	df	F	p	B	$SE B$	β (Bêta)
Modèle 1	.097	.097	1.67	7.233	.009			
<i>Bloc 1</i>								
Origine ethnique						-1.735	0.645	.312**
Modèle 2	.205	.108	3.65	5.597	.002			
<i>Bloc 1</i>								
Origine ethnique						-1.937	0.6119	.348**
<i>Bloc 2</i>								
Nombre de complications						-0.323	0.147	-.243*
Recommandation de faire des exercices légers quotidiens						-0.830	0.411	.224*
Modèle 3	.390	.184	4.64	10.220	<.001			
<i>Bloc 1</i>								
Origine ethnique						-1.659	0.550	.298**
<i>Bloc 2</i>								
Nombre de complications						-0.154	0.136	-.115
Recommandation de faire des exercices légers quotidiens						-0.696	0.364	.188
<i>Bloc 3</i>								
Coping actif						0.533	0.121	.451***

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
 F : Test F
 p : niveau de signification du test F
 B : Coefficient de régression
 $SE B$: Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$F(4, 64) = 10.220, p < .001$ $R^2 : 39.0\%$

Tableau LXI : Modèle hiérarchique d'autogestion de l'alimentation spécifique
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	dl	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.077	.077	1.66	5.512	.022			
<i>Bloc 1</i>								
Origine ethnique						-1.350	0.575	.278*
Modèle 2	.188	.111	3.64	4.941	.004			
<i>Bloc 1</i>								
Origine ethnique						-1.373	0.549	.282*
<i>Bloc 2</i>								
Nombre de complications						-0.269	0.133	.228*
Recommandation de suivre un régime faible en gras						0.777	0.385	.228*
Modèle 3	.322	.134	4.63	7.480	<.001			
<i>Bloc 1</i>								
Origine ethnique						-1.045	0.514	.215*
<i>Bloc 2</i>								
Nombre de complications						-0.196	0.124	-.166
Recommandation de suivre un régime faible en gras						0.642	0.357	.188
<i>Bloc 3</i>								
Planification						0.360	0.102	.379***

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(4, 63) = 7.480, p < .001$ $R^2 = 32.2\%$

Tableau LXII : Modèle hiérarchique d'autogestion de l'activité physique
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	dl	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.058	.058	1.68	4.181	.045			
<i>Bloc 1</i>								
Âge						0.060	0.029	.241*
Modèle 2	.114	.056	2.67	4.303	.017			
<i>Bloc 1</i>								
Âge						0.066	0.029	.264*
<i>Bloc 4</i>								
Disponibilité du soutien social						0.051	0.025	.238*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(2, 67) = 4.303, p = .017$ $R^2 = 11.4 \%$

Tableau LXIII : Modèle hiérarchique d'autogestion des tests de glycémie
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	df	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.229	.229	2.66	9.776	<.001			
<i>Bloc 3</i>								
Croyance de vulnérabilité						0.567	0.160	.388***
Désengagement comportemental						-0.353	0.175	-.221*
Modèle 2	.283	.054	3.65	8.536	<.001			
<i>Bloc 3</i>								
Croyance de vulnérabilité						0.582	0.156	.399***
Désengagement comportemental						-0.325	0.171	-.204
<i>Bloc 4</i>								
Disponibilité du soutien social						0.042	.019	.233*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(3, 65) = 8.536, p < .001$ $R^2 = 28.3 \%$

Tableau LXIV : Modèle hiérarchique d'autogestion des soins des pieds
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	dl	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.098	.098	1.63	6.833	.011			
<i>Bloc 1</i>								
Sexe						0.731	0.280	.313*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(1, 63) = 6.833, p = .011$ $R^2 = 9.8\%$

Tableau LXV : Modèle hiérarchique d'autogestion de la médication
(Sélection pas à pas pour chaque bloc)

Catégories de prédicteurs	R^2	ΔR^2	dl	F	p	B	SE B	β (Bêta)
Modèle 1	.083	.083	1.52	4.697	.035			
<i>Bloc 1</i>								
Âge						0.014	0.006	.288*
Modèle 2	.163	.030	2.51	4.952	.011			
<i>Bloc 1</i>								
Âge						0.017	0.006	.353**
<i>Bloc2</i>								
Modalité d'habitation						0.172	0.078	.290*
Modèle 3	.261	.098	3.50	5.871	.002			
<i>Bloc 1</i>								
Âge						0.015	0.006	.316*
<i>Bloc2</i>								
Modalité d'habitation						0.155	0.074	.262*
<i>Bloc 3</i>								
Disponibilité du soutien social						-0.013	0.005	.315*

Note. R^2 : Variance totale expliquée
 ΔR^2 : Augmentation du R^2
F : Test F
p : niveau de signification du test F
B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression
 β : Coefficient de régression standardisé
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

$F(3, 50) = 5.871, p = .002$ $R^2 = 26.1 \%$

Tableau LXVI : Corrélations entre les variables indépendantes (VI) 1-15
(r de Pearson) (N= 112 à 115)

Variables indépendantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Sévérité perçue	1.00														
2 Satisfaction état de santé	-.22*	1.00													
3 Coping actif	-.05	.26**	1.00												
4 Planification	-.04	.08	.59***	1.00											
5 Soutien instrumental	.10	.10	.13	.36***	1.00										
6 Soutien émotionnel	.05	.03	.01	.15	.57***	1.00									
7 Expression émotions	.05	.08	.12	.28**	.52***	.64***	1.00								
8 Réinterprétation positive	-.09	.23*	.59***	.52***	.31***	.07	.23*	1.00							
9 Acceptation	-.05	.28**	.64***	.50***	.08	-.06	.09	.58***	1.00						
10 Dénî	.16	-.17	-.21*	-.02	.28**	.33***	.24**	-.09	-.33***	1.00					
11 Blâme	.11	-.19*	-.04	.12	.42***	.41***	.39***	-.04	-.19*	.36***	1.00				
12 Humour	-.08	.14	.31***	.22*	.09	-.11	.09	.39***	.38***	-.22*	-.14	1.00			
13 Religion	.16	-.16	.08	.20*	.32***	.24**	.27**	.29**	.07	.38***	.16	-.05	1.00		
14 Distraction	.09	.003	.12	.17	.29**	.38***	.24**	.03	-.09	.31***	.26**	-.17	.26**	1.00	
15 Utilisation de substances	.16	.23*	.11	.10	.07	.10	.15	.19*	.24**	-.17	.02	.21*	-.12	.15	1.00

Notes : * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau LXVII : Corrélations entre les VI 16-29 et 1-15
(r de Pearson) (N= 112 à 115)

Variables indépendantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16 Désengagement comportemental	.05	-.26*	-.21*	.19*	.06	.13	.07	-.13	-.21*	.42***	.29**	-.19*	.21*	.12	-.10
17 Croyance de vulnérabilité	-.01	.21*	.19*	.38***	.23*	.01	.13	.19*	.19*	-.02	-.04	.10	.01	-.05	.06
18 Croyance de bénéfiques	-.12	.38**	.19*	.22*	.17	.07	.15	.34***	.20*	-.17	.09	.04	.09	.02	.14
19 Croyance de peu d'obstacles perçus	-.01	.22*	.32***	.28**	-.16	-.22*	-.06	.26**	.26**	-.21*	-.26**	.18	-.16	-.05	.18
20 Lieu de contrôle interne	.10	.14	.11	.12	.09	.07	.03	.002	.14	-.03	.08	.11	-.27**	.05	.17
21 Lieu de contrôle externe (hasard)	.13	.04	-.10	.10	.05	.10	.06	-.01	.16	.21*	-.08	-.001	.09	-.20*	-.08
22 Lieu de contrôle externe (autres)	.09	-.10	.01	-.02	.01	.06	-.07	-.02	-.02	.27**	.15	-.07	.21*	.02	-.16
23 Attachement évitant	-.03	-.05	-.12	.04	.04	-.04	-.12	-.09	.06	.19*	.07	-.09	.10	-.03	-.03
24 Soutien social : disponibilité	.12	.04	.11	.22*	.43***	.40***	.36***	.21*	.03	.05	.16	.12	.17	.23*	-.03
25 Soutien social : satisfaction	-.01	.26**	.32***	.30**	.26**	.20*	.29**	.35***	.31***	-.16	.03	.14	-.01	.04	.04
26 Influence du médecin	-.13	.24*	.27**	.26**	.10	.07	.11	.27**	.23*	-.12	-.12	.14	-.10	-.03	-.003
27 Faisabilité recommandations	-.12	.24*	.39***	.28**	-.11	-.13	-.04	.26**	.39***	-.25***	-.20*	.25**	-.26**	-.08	.22*
28 Concordance soignant-soigné	.13	.08	.22*	.31***	.30***	.22*	.18	.19*	.22*	.16	.10	.08	.20*	.19	.004
29 Acceptation des recommandations	-.07	.26**	.41***	.37***	.09	.04	.09	.33***	.39***	-.24*	-.14	.22*	-.12	-.004	.10

Notes : * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, 1 = Sévérité perçue, 2 = Satisfaction état de santé, 3 = Coping actif, 4 = Planification, 5 = Soutien instrumental, 6 = Soutien émotionnel, 7 = Expression émotions, 8 = Réinterprétation positive, 9 = Acceptation, 10 = Dénî, 11 = Blâme, 12 = Humour, 13 = Religion, 14 = Distraction, 15 = Utilisation substances.

Tableau LXVIII : Corrélations entre les VI 16-29
(r de Pearson) (N= 112 à 115)

Variables indépendantes	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
16 Désengagement comportemental	1.00													
17 Croyance de vulnérabilité	-.23*	1.00												
18 Croyance de bénéfices	-.23*	.44***	1.00											
19 Croyance de peu d'obstacles perçus	-.19*	.27**	.19*	1.00										
20 Lieu de contrôle interne	-.01	.10	.18*	.02	1.00									
21 Lieu de contrôle externe (hasard)	-.004	.23*	.03	.000	.12	1.00								
22 Lieu de contrôle externe (autres)	.28**	-.09	.01	-.38***	-.02	.05	1.00							
23 Style attachement évitant	.17	-.06	-.05	-.11	-.17	.13	.23*	1.00						
24 Soutien social : disponibilité	-.06	.11	.18	-.04	.03	.02	.01	-.13	1.00					
25 Soutien social : satisfaction	-.20*	.23*	.29**	.11	.09	.02	-.18	-.22*	.36***	1.00				
26 Influence du médecin	-.39***	.31***	.36***	.27**	.10	.10	-.27**	-.21*	.16	.27**	1.00			
27 Faisabilité recommandations	-.37***	.27**	.32***	.55***	.12	-.07	-.38***	-.20*	.03	.22*	.49***	1.00		
28 Concordance soignant-soigné	-.10	.31***	.25**	.03	.16	.18	-.02	.10	.12	.10	.42***	-.07	1.00	
29 Acceptation des recommandations	-.43***	.40***	.42***	.41***	.15	.08	-.34***	-.19	.14	.29**	.90***	.73***	.50***	1.00

Notes : * p < .05, ** p < .01, *** p < .001