



HAL
open science

Contribution des théories sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des conduites d'observance thérapeutique : cas de l'hypertension artérielle

Laurent Muller

► **To cite this version:**

Laurent Muller. Contribution des théories sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des conduites d'observance thérapeutique : cas de l'hypertension artérielle. Psychologie. Université Paul Verlaine - Metz, 2004. Français. NNT : 2004METZ004L . tel-01750112

HAL Id: tel-01750112

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01750112v1>

Submitted on 29 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE - METZ	
N° inv.	2004 017 L
Cote	L/M304/04 vol 1
Loc	

UNIVERSITE DE METZ
U.F.R. SCIENCES HUMAINES ET ARTS

THESE POUR LE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITE DE METZ
MENTION : PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement
par
Laurent MULLER
le 08 décembre 2004

VOLUME 1/A

CONTRIBUTION DES THEORIES SUR L'AUTOREGULATION DU COMPORTEMENT DANS LA
COMPREHENSION DES CONDUITES D'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :
CAS DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE.

Directrice de thèse :

Mme Elisabeth SPITZ

Professeure à l'Université de Metz

Rapporteurs de la thèse :

Mme Michèle CARLIER

Professeure à l'Université d'Aix-Marseille I

Membre de l'Institut Universitaire de France

M. Stan MAES

Professeur à l'Université de Leiden (Pays-Bas)

Membres du jury :

M. Silla CONSOLI

Professeur à l'Université de Paris V

M. Cyril TARQUINIO

Professeur à l'Université de Metz

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE DE METZ



031 536089 5

A Elsa,

Sa présence à mes côtés, son écoute, son soutien, ses encouragements, son aide, sa patience
m'ont permis de trouver la motivation nécessaire dans les moments difficiles

A mes parents,

Ils m'ont laissé la liberté de choisir mon chemin, m'ont encouragé et soutenu dans mon
parcours. Ce travail leur est dédié

Remerciements

Aucun travail ne s'accomplit dans la solitude. Je tiens donc à remercier ici toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser cette thèse :

Je remercie Elisabeth Spitz sans qui ce travail n'aurait vu le jour. Sa disponibilité, son écoute, ses encouragements, son ouverture d'esprit, ses enseignements, ses conseils, son regard critique ont permis l'aboutissement de ce travail. Qu'elle trouve ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon amitié.

Je tiens à remercier également Jean-Baptiste Lanfranchi pour ses commentaires judicieux et son humour. Mes travaux se sont enrichis de nos discussions.

Je remercie également tous les membres du département de psychologie de l'Université de Metz pour leur accueil et leur soutien. Je tiens également à adresser toute ma gratitude aux autres doctorants pour leurs encouragements (Merci à Guillaume, Virginie, Aurélie, Véronique et les autres).

Mes remerciements vont encore au Professeur Stan Maes. Sa présence tout au long de la thèse a permis d'enrichir ce travail de ses connaissances. Je remercie également toute l'équipe de l'Université de Leiden pour son accueil, sa gentillesse, sa tolérance vis-à-vis de mon anglais médiocre. Merci particulièrement à Sandra, Kate et Georgia pour leurs conseils avisés.

Mes remerciements vont également au Dr Seyve et à toute l'équipe du Centre d'Examens de Santé et de Médecine Préventive de Metz qui m'ont accueilli dans les meilleures conditions au sein de leur structure. Merci également au Dr Baille pour son expertise médicale des questionnaires.

Je remercie Madame Carlier, Monsieur Consoli, et Monsieur Tarquinio pour avoir accepté de siéger au jury de cette thèse.

Merci enfin à tous les participants à la recherche.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE.....	15
CHAPITRE 1 : ASPECTS THEORIQUES ET PRATIQUES DE LA RECHERCHE SUR L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DANS LE CADRE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE.....	16
1.1. INTRODUCTION :	16
1.2. PRESENTATION DU CONCEPT DE COMPLIANCE :	17
1.2.1. Origine et terminologie :	17
1.2.2. Définition de l'observance thérapeutique :	18
1.3. LES DETERMINANTS DE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :	19
1.3.1. Les facteurs liés à la maladie et à son traitement :	20
1.3.1.1. Les effets indésirables des traitements et la sévérité des symptômes :	21
1.3.1.2. La durée du traitement :	22
1.3.1.3. Le nombre de prises médicamenteuses :	22
1.3.1.4. Conclusion sur les facteurs liés à la maladie et à son traitement :	23
1.3.2. Les facteurs liés à la relation médecin/patient :	23
1.3.2.1. Les propriétés de la transmission du message :	24
1.3.2.1.1. La structure et le format du message :	24
1.3.2.1.2. Le contenu du message :	25
1.3.2.1.3. La participation du patient lors de la transmission du message :	27
1.3.2.2. La dimension affective :	29
1.3.2.3. Les caractéristiques du médecin et de sa pratique :	29
1.3.2.4. Conclusion :	33
1.3.3. Les facteurs liés au patient :	34
1.3.3.1. Les facteurs environnementaux et sociodémographiques	34
1.3.3.2. Les déterminants psychologiques de l'observance thérapeutique.....	35
1.3.3.2.1. Les études basées sur le Modèle des Croyances sur la Santé (Health Belief Model – HBM) :	36
1.3.3.2.2. Les études basées sur la Théorie Sociale Cognitive (Bandura, 1977, 1986, 1997) et le concept d'efficacité personnelle :	39
1.3.3.2.3. Les études basées sur la Théorie de l'Action Raisonnée (Theory of Reasoned Action – TRA) et la Théorie du Comportement Planifié (Theory of Planned behaviour - TPB) :	41
1.3.3.2.4. Les études basées sur le Modèle de l'Auto-Régulation de Leventhal (Self-Regulation Model – SRM):	44
1.3.3.2.5. Mise au point sur la notion de contrôle personnel :	48
1.3.3.2.6. Conclusion sur les déterminants de l'observance thérapeutique liés au patient :	50
1.4. CONCLUSION :	54

CHAPITRE 2 : LE CONCEPT DE BUT A TRAVERS LES THEORIES SUR L'AUTOREGULATION DU COMPORTEMENT : CARACTERISTIQUES ET PROCESSUS

.....56

2.1. INTRODUCTION :56

2.2. LE CONCEPT DE BUT :56

 2.2.1. Introduction :56

 2.2.2. Organisation des buts :57

 2.2.3. Les conflits inter-buts :59

 2.2.4. L'orientation des buts :61

 2.2.5. Le contenu des buts :62

 2.2.6. Buts et émotions :66

2.3. LA REGULATION DES BUTS :69

 2.3.1. Introduction :69

 2.3.2. L'établissement et l'importance des buts :69

 2.3.3. Planification et poursuite active du but :71

 2.3.3.1. Introduction :71

 2.3.3.2. Planification des buts :73

 2.3.3.3. Poursuite active des buts :74

 2.3.4. La révision du but et ses conséquences : atteinte, désengagement, maintien du but :76

2.4. CONCLUSION :78

CHAPITRE 3 : APPORT DES CONCEPTIONS SUR L'AUTOREGULATION DU COMPORTEMENT AU DOMAINE DE LA SANTE..... 80

3.1. INTRODUCTION :80

3.2. REGULATION MOTIVATIONNELLE D'UN BUT DE SANTE : APPROCHE UNIDIMENSIONNELLE80

 3.2.1. Sélection d'un but et adoption d'un comportement :80

 3.2.3. Planification d'un but et adoption d'un comportement :81

 3.2.3. Implication du feedback dans l'adoption d'un comportement :82

3.3. REGULATION MOTIVATIONNELLE D'UN BUT DE SANTE : APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE.....82

 3.3.1. Introduction :82

 3.3.2. Intégration d'un but de santé dans la structure de buts personnels de l'individu : le rôle des conflits dans l'adoption d'un comportement de santé.....84

 3.3.3. Les recherches fondées sur l'utilisation de mesures génériques du processus de conduite d'un but :85

 3.3.3.1. La Batterie d'Evaluation des Systèmes de buts (Goal Systems Assessment Battery – GSAB) :85

 3.3.3.2. Le Modèle des Buts relatif aux Comportements de Santé :86

 3.3.3.2.1. Présentation du Modèle des Buts relatif aux Comportements de Santé :86

 3.3.3.2.2. Inventaire des variables de régulation motivationnelle d'un but (Goal And Process Inventory – GAPI) :89

3.4. PROBLEMATIQUE DE LA THESE :90

 3.4.1. Intégration des concepts d'autorégulation du comportement dans la recherche sur l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue :91

 3.4.1.1. Introduction :91

 3.4.1.2. Intérêt des caractéristiques de la structure de buts personnels dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue :91

 3.4.1.3. Intérêt des variables de régulation motivationnelle dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue :92

3.4.2.	Présentation des recherches de la thèse :	95
3.4.2.1.	Introduction :	95
3.4.2.2.	Présentation de la première étude :	95

SECONDE PARTIE : LES RECHERCHES.....97

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE..... 98

4.1.	INTRODUCTION :	98
4.2.	PROCEDURE ET POPULATION :	98
4.3.	LES MESURES :	101
4.3.1.	Présentation des variables du questionnaire général :	101
4.3.2.	Evaluation des perturbations dues aux stressors de la vie quotidienne :	102
4.3.3.	Evaluation des caractéristiques de la structure des buts personnels de l'individu :	103
4.3.3.1.	Présentation de la GIFS :	103
4.3.3.2.	Les évaluations de la GIFS :	104
4.3.3.3.	Validation et construction des échelles :	105
4.3.4.	Evaluation de la détresse psychologique :	106
4.3.5.	Evaluation d'un but de santé et des variables de régulation motivationnelle de ce but : Goals And Processes Inventory – Health Version(GAPI-H) :	108
4.3.5.1.	Introduction : base théorique du GAPI-H :	108
4.3.5.2.	Evaluation d'un but de santé :	108
4.3.5.3.	Evaluation de la progression vers l'atteinte du but :	109
4.3.5.4.	Evaluation des variables de régulation motivationnelle du but de santé :	109
4.3.5.5.	Validation du GAPI sur une population française : Analyse de la structure factorielle et de la consistance interne du GAPI :	110
4.3.6.	Evaluation de l'observance thérapeutique :	119
4.3.6.1.	Présentation de l'échelle d'observance thérapeutique :	119
4.3.6.2.	Validation de l'échelle d'observance thérapeutique :	120

CHAPITRE 5 : ETUDE DES CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE DE BUTS PERSONNELS DANS L'EXPLICATION DE LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE122

5.1.	INTRODUCTION :	122
5.2.	ANALYSES DES DONNEES :	122
5.3.	DESCRIPTION DES VARIABLES DE L'ETUDE :	123
5.4.	METHODOLOGIE STATISTIQUE EMPLOYEE POUR LE TEST DES HYPOTHESES :	123
5.5.	RESULTATS :	125
5.5.1.	Analyse des corrélations :	125
5.5.2.	Analyse du modèle de régression linéaire multiple :	127
5.6.	DISCUSSION :	130

CHAPITRE 6 : ETUDE DE L'IMPLICATION DES CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE DES BUTS PERSONNELS ET DES VARIABLES DE REGULATION MOTIVATIONNELLE DANS LA PROGRESSION VERS L'ATTEINTE D'UN BUT DE SANTE.....134

6.1. INTRODUCTION : 134

6.2. ANALYSE DES DONNEES : 136

6.3. DESCRIPTION DES VARIABLES DE L'ETUDE : 136

6.4. METHODOLOGIE STATISTIQUE EMPLOYEE POUR LE TEST DES HYPOTHESES : 142

6.5. RESULTATS : 142

6.5.1. Analyse des corrélations : 142

6.5.2. Analyse du modèle de régression de la progression vers l'atteinte d'un but de santé chez une population tout-venant: 144

6.6. DISCUSSION : 147

6.6.1. Introduction : 147

6.6.2. Discussion sur les variables non liées au critère : 148

6.6.3. Discussion des modèles de régression de la progression vers l'atteinte d'un but de santé chez une population tout-venant: 149

6.6.4. Limites de l'étude et perspectives de recherche : 152

CHAPITRE 7 : ETUDE DE L'IMPLICATION DES CARACTERISTIQUES DES BUTS PERSONNELS ET DES VARIABLES DE REGULATION MOTIVATIONNELLE DANS LES COMPORTEMENTS D'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE CHEZ LA PERSONNE HYPERTENDUE..... 153

7.1. INTRODUCTION : 153

7.2. ANALYSE DES DONNEES : 154

7.3. DESCRIPTION DES VARIABLES DE L'ETUDE : 155

7.4. METHODOLOGIE STATISTIQUE EMPLOYEE POUR LE TEST DES HYPOTHESES : 160

7.5. RESULTATS : 160

7.5.1. Analyse des corrélations 160

7.5.1.1. Analyse des corrélations entre les variables indépendantes et l'observance médicamenteuse : 161

7.5.1.2. Analyse des corrélations entre les variables indépendantes et l'observance thérapeutique globale : 163

7.5.2. Analyses de régression multiple : 164

7.5.2.1. Etude d'un modèle explicatif de la prise d'un traitement anti-hypertenseur : 164

7.5.2.2. Etude d'un modèle explicatif de l'observance thérapeutique globale de la personne hypertendue : 166

7.6. DISCUSSION : 168

7.6.1. Discussion sur les variables non liées aux critères : 168

7.6.2. Discussion des modèles de régression de l'observance médicamenteuse et de l'observance thérapeutique globale chez la personne hypertendue : 170

7.6.3. Limites de l'étude et perspectives de recherche : 175

CHAPITRE 8 : DISCUSSION GENERALE.....	177
8.1. INTRODUCTION :	177
8.2. DISCUSSION SUR LES VARIABLES LIEES AUX CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE DE BUTS PERSONNELS :	177
8.3. DISCUSSION SUR LES VARIABLES DE REGULATION MOTIVATIONNELLE :	180
8.4. CONCLUSION ET PERSPECTIVES :	182
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	185
LISTE DES ANNEXES.....	206

SOMMAIRE DES ANNEXES

1.	DESCRIPTION DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE :	208
1.1.	QU'EST-CE QUE LA PRESSION ARTERIELLE ?	208
1.2.	OU COMMENCE L'HYPERTENSION ?	208
1.3.	QUELS SONT LES RISQUES ASSOCIES ?	209
1.4.	QUELLE EST LA POPULATION CONCERNEE ?	210
1.5.	QUELLES SONT LES CAUSES DE L'HYPERTENSION?	210
2.	PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE GENERAL ET DES ECHELLES :	213
2.1.	LE QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE :	213
2.1.1.	Les données sociodémographiques :	213
2.1.2.	Les données médicales :	213
2.1.3.	Les données relatives aux habitudes de vie :	214
2.2.	LES ECHELLES :	216
2.2.3.	L'échelle de stressors de la vie quotidienne :	216
2.2.4.	L'inventaire des buts personnels (GIFS) :	217
2.2.5.	Le questionnaire de santé général (GHQ-12 – évaluation de la détresse psychologique) :	218
2.2.6.	Inventaire des variables de régulation motivationnelle (GAPI) :	219
2.2.7.	Echelle d'observance thérapeutique :	221
3.	RAPPELS STATISTIQUES :	223
3.1.	L'ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES :	223
3.1.3.	L'extraction des dimensions :	223
3.1.4.	Les saturations :	223
3.1.5.	L'interprétation des dimensions :	224
3.2.	LA REGRESSION LINAIRE :	225
3.2.3.	Quand fait-on une régression ?	225
3.2.4.	Régression et corrélation :	225
3.2.5.	Diagnostic de régression : vérification des conditions de validité de la régression linéaire :	225
3.2.6.	L'influence des valeurs extrêmes en régression :	226
3.2.7.	Rappel sur les indicateurs dans la régression :	226
3.2.8.	Le facteur d'inflation de la variance comme diagnostic de colinéarité :	227
3.3.	RAPPEL DES VALEURS-REPERES PERMETTANT DE JUGER LA TAILLE D'UN EFFET STATISTIQUE :	229
4.	BIBLE DE CODIFICATIONS DES VARIABLES DANS LE FICHER DE DONNEES SPSS.....	231
5.	SORTIES STATISTIQUES DU LOGICIEL SPSS :	235
5.1.	ETUDES DE VALIDATION DES ECHELLES :	235
5.1.3.	Etudes de validation de l'ESVQ :	235
5.1.3.1.	Etude de la structure factorielle de l'ESVQ :	235
5.1.3.1.1.	Variance totale expliquée :	235
5.1.3.1.2.	Graphique des valeurs propres :	236
5.1.3.1.3.	Solution factorielle sans rotation :	237
5.1.3.2.	Etude de la consistance interne de l'ESVQ :	238
5.1.3.3.	Statistiques descriptives de l'ESVQ:	240
5.1.3.3.1.	Statistiques descriptives (Moyenne et Ecart-type) de l'ESVQ :	240
5.1.3.3.2.	Classement des items de l'ESVQ en fonction de leur fréquence d'évocation :	241
5.1.4.	Etudes de validation de la GIFS :	242
5.1.4.1.	Etude de validation de l'évaluation importance de la GIFS :	242
5.1.4.1.1.	Etude de la structure factorielle de l'évaluation importance de la GIFS avec extraction d'un seul facteur :	242
5.1.4.1.1.1.	Variance totale expliquée :	242
5.1.4.1.1.2.	Graphique des valeurs propres :	243

5.1.4.1.1.3.	Solution factorielle sans rotation :	244
5.1.4.1.2.	Etude de la consistance interne de l'évaluation importance de la GIFS :	245
5.1.4.2.	Etude de validation de l'évaluation interaction importance/facilité de la GIFS :	247
5.1.4.2.1.	Etude de la structure factorielle de l'évaluation interaction importance/facilité de la GIFS avec extraction d'un seul facteur :	247
5.1.4.2.1.1.	Variance totale expliquée :	247
5.1.4.2.1.2.	Graphique des valeurs propres :	248
5.1.4.2.1.3.	Solution factorielle sans rotation :	249
5.1.4.2.2.	Etude de la consistance interne de l'évaluation interaction importance/facilité de la GIFS :	250
5.1.4.3.	Statistiques descriptives :	252
5.1.4.3.1.	Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables degré d'importance des buts personnels, orientation générale de la structure de buts personnels, et perturbation de la structure de buts personnels :	252
5.1.4.3.2.	Classement des items de la GIFS en fonction des moyennes décroissantes sur le score d'importance (premier tableau) et sur le score de perturbation (second tableau) :	252
5.1.5.	Etudes de validation du GHQ-12 :	255
5.1.5.1.	Etude de la structure factorielle du GHQ-12 avec extraction d'un seul facteur :	255
5.1.5.1.1.	Variance totale expliquée :	255
5.1.5.1.2.	Graphique des valeurs propres :	256
5.1.5.1.3.	Solution factorielle sans rotation :	257
5.1.5.2.	Etude de la consistance interne du GHQ-12 :	258
5.1.5.3.	Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) du GHQ-12 :	259
5.1.6.	Etudes de validation du GAPI :	260
5.1.6.1.	Analyse de la structure factorielle du GAPI – extraction des composantes de valeur propre supérieure à 1 :	260
5.1.6.1.1.	Variance totale expliquée :	260
5.1.6.1.2.	Graphique des valeurs propres :	261
5.1.6.1.3.	Solution factorielle après rotation Varimax :	262
5.1.6.2.	Analyse de la consistance interne des facteurs du GAPI :	263
5.1.6.2.1.	Analyse des facteurs issus de la solution factorielle avec extraction des facteurs de valeur propre supérieure à 1 :	263
5.1.6.2.1.1.	Analyse du premier facteur :	263
5.1.6.2.1.2.	Analyse du second facteur :	264
5.1.6.2.1.3.	Analyse du troisième facteur :	265
5.1.6.2.1.4.	Analyse du quatrième facteur :	266
5.1.6.2.1.5.	Analyse du cinquième facteur :	267
5.1.6.2.1.6.	Analyse du sixième facteur :	268
5.1.6.2.1.7.	Analyse du septième facteur :	269
5.1.6.2.1.8.	Analyse du huitième facteur :	270
5.1.6.2.1.9.	Analyse du neuvième facteur :	271
5.1.6.2.1.10.	Analyse du dixième facteur :	272
5.1.6.2.2.	Analyse de la consistance interne du groupe d'items non retenus lors de la première solution factorielle :	273
5.1.6.2.2.1.	Première phase :	273
5.1.6.2.2.2.	Seconde phase :	274
5.1.6.2.2.3.	Troisième phase :	275
5.1.6.2.2.4.	Quatrième phase :	276
5.1.6.3.	Matrice de corrélations des items non retenus lors de la première solution factorielle :	277
5.1.6.4.	Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des échelles du GAPI :	278
5.1.7.	Etudes de validation de l'échelle d'observance thérapeutique :	279
5.1.7.1.	Analyse de la structure factorielle de l'échelle d'observance thérapeutique – extraction d'une seule composante sans rotation:	279
5.1.7.1.1.	Variance totale expliquée :	279
5.1.7.1.2.	Graphique des valeurs propres :	280
5.1.7.1.3.	Solution factorielle sans rotation :	281
5.1.7.2.	Etude de la consistance interne du facteur général de l'échelle d'observance thérapeutique :	282
5.1.7.2.1.	Première étape :	282
5.1.7.2.2.	Deuxième étape :	283
5.1.7.2.3.	Troisième étape :	284
5.1.7.3.	Statistiques descriptives (moyenne et écart-type) du facteur général de l'échelle d'observance thérapeutique pour les personnes hypertendues :	285
5.2.	STATISTIQUES DES RECHERCHES :	286
5.2.3.	Etude des variables explicatives de la détresse psychologique :	286
5.2.3.1.	Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables de l'étude :	286
5.2.3.2.	Matrice de corrélations des variables de l'étude :	286
5.2.3.3.	Analyse de régression :	287
5.2.3.4.	Etude des résidus :	289

5.2.3.4.1.	Statistiques des résidus :	289
5.2.3.4.2.	Diagrammes de dispersion des résidus :	289
5.2.3.4.2.1.	Distribution des résidus :	289
5.2.3.4.2.2.	Graphique de la droite de Henry :	290
5.2.3.4.2.3.	Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :	290
5.2.4.	Etude des variables explicatives de la progression vers un but de santé :	291
5.2.4.1.	Statistiques descriptives (fréquences, moyennes et écart-types) des variables de l'étude dans l'échantillon général et dans les échantillons définis par le choix d'un but de santé spécifique :	291
5.2.4.2.	Etude de la validité concourante de la variable critère :	293
5.2.4.2.1.	Etude de la validité concourante de la variable critère dans une population désirant pratiquer une activité physique régulièrement :	293
5.2.4.2.2.	Etude de la validité concourante de la variable critère dans une population désirant adopter une hygiène de vie saine :	293
5.2.4.3.	Matrice de corrélations des variables de l'étude :	294
5.2.4.4.	Analyse de régression :	297
5.2.4.4.1.	Présentation du modèle :	297
5.2.4.4.2.	Etude des résidus :	298
5.2.4.4.2.1.	Statistiques des résidus :	298
5.2.4.4.2.2.	Distribution des résidus :	298
5.2.4.4.2.3.	Graphique de la droite de Henry :	299
5.2.4.4.2.4.	Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :	299
5.2.5.	Etude des variables explicatives de la progression vers un but de santé (prendre le traitement antihypertenseur comme prescrit) et de l'observance thérapeutique :	300
5.2.5.1.	Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables de l'étude :	300
5.2.5.2.	Différences de moyennes sur les évaluations liées à la poursuite d'un but de santé : groupes de personnes hypertendues vs groupe de personnes tout-venant :	301
5.2.5.3.	Matrice de corrélations des variables de l'étude :	302
5.2.5.4.	Analyse de régression de la progression vers le but de santé :	305
5.2.5.4.1.	Analyse du modèle :	305
5.2.5.4.2.	Analyse des résidus :	306
5.2.5.4.2.1.	Statistiques des résidus :	306
5.2.5.4.2.2.	Distribution des résidus :	306
5.2.5.4.2.3.	Graphique de la droite de Henry :	307
5.2.5.4.2.4.	Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :	307
5.2.5.5.	Analyse de régression des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue... 308	308
5.2.5.5.1.	Analyse du modèle :	308
5.2.5.5.2.	Analyse des résidus :	309
5.2.5.5.2.1.	Statistiques des résidus :	309
5.2.5.5.2.2.	Distribution des résidus :	309
5.2.5.5.2.3.	Graphique de la droite de Henry :	310
5.2.5.5.2.4.	Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :	310

Introduction

Durant le siècle dernier, la société a assisté à un changement fondamental dans le domaine de la santé. Alors que les maladies infectieuses constituaient la première cause de mortalité dans les pays industrialisés au début du 20^{ème} siècle, elles ont observé un net recul qui peut être attribué aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions d'hygiène. Parallèlement à ce déclin des maladies infectieuses, les maladies chroniques telles que les cancers ou certaines affections cardiovasculaires ont peu à peu occupé les premières places dans les statistiques de mortalité. Beaucoup de ces pathologies sont la conséquence de comportements à risque pour la santé. Par exemple, le tabagisme conduit à des conséquences néfastes pour la santé en provoquant des cancers, des maladies cardiovasculaires ou respiratoires. D'autres comportements liés au régime alimentaire, à la sédentarité, à la consommation d'alcool pourraient également être cités à titre d'exemple.

Le monde médical fait donc face à un problème majeur de santé publique. Il doit y répondre en induisant une évolution des mentalités et en encourageant l'adoption de comportements sains afin de diminuer les coûts humains et financiers associés aux comportements à risque. Ce défi prend place à tous les niveaux de la prévention : dans le cadre de la prévention primaire, il s'agit de réduire l'incidence de problèmes de santé par la promotion de comportements sains ; dans le cadre de la prévention secondaire, l'objectif est de diminuer la prévalence des problèmes de santé en incitant les populations concernées à changer leur comportement ou à en adopter des nouveaux ; enfin, dans le cadre de la prévention tertiaire, il s'agit d'amoindrir les effets ou les séquelles d'une pathologie déclarée.

Pourtant, bien que la promotion des comportements sains fasse écho à une préoccupation toujours plus grande des populations en matière de santé, on observe à tous les niveaux de la prévention une résistance au changement que l'on peut attribuer à l'ancrage des comportements dans les habitudes de vie de la personne.

La psychologie de la santé est alors utile pour étudier et comprendre ces résistances au changement. En appliquant les savoirs issus de la psychologie au domaine de la santé, elle permet de proposer des modèles descriptifs et explicatifs de la gestion des comportements de santé, et des interventions pour favoriser leur adoption. Son apport dans le champ de la prévention et plus spécifiquement dans le domaine de l'observance thérapeutique est alors essentiel. En effet, le phénomène d'inobservance thérapeutique est souvent le frein à la diminution des risques pour la santé. Ce problème est particulièrement saillant dans le cas de l'hypertension artérielle. Bien que, dans la majorité des cas, les thérapeutiques

médicamenteuses existantes soient efficaces pour lutter contre l'augmentation pathologique de la pression artérielle, un tiers seulement des patients hypertendus atteint réellement un contrôle tensionnel satisfaisant au regard des normes établies pour juger du risque hypertensif. Le non-respect des recommandations médicales est alors mis en avant pour expliquer cette défaite thérapeutique.

Le travail que nous présentons dans les chapitres suivants va s'attacher à étudier ce phénomène d'inobservance thérapeutique chez la personne hypertendue.

Tout d'abord, nous proposons une partie théorique construite autour de trois chapitres. Le premier chapitre consiste en une revue de la littérature sur les recherches ayant trait aux déterminants de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue. Le chapitre 2 répond aux conclusions du premier en proposant une nouvelle approche théorique permettant d'appréhender la régulation du comportement (théories sur l'autorégulation du comportement). Nous décrivons cette approche en orientant particulièrement notre propos sur le concept de "but personnel" qui est central dans les théories sur l'autorégulation du comportement, ainsi que sur les processus de régulation motivationnelle des buts. Enfin, dans le chapitre 3, nous exposons les recherches récentes dans le domaine de la santé qui s'appuient sur les théories sur l'autorégulation du comportement. A la suite de cette présentation, nous formulons une problématique qui intègre ces savoirs afin d'expliquer et de comprendre la régulation des comportements de santé et plus particulièrement des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

Trois études distinctes ont été développées pour répondre à la problématique posée. Toutefois, une méthodologie commune est présentée dans le chapitre 4. Elle a pour objectif de présenter le recrutement des populations participant aux études ainsi que de valider des évaluations répondant aux concepts introduits par les théories sur l'autorégulation du comportement.

La première étude présentée dans le chapitre 5 propose de s'intéresser à l'implication des caractéristiques de la structure de buts personnels dans la genèse de la détresse psychologique. Elle doit permettre d'indiquer dans quelle mesure certaines caractéristiques des buts personnels représentent un fonctionnement délétère pour le bien-être de l'individu. L'objectif de ce chapitre est ainsi de confirmer certaines hypothèses formulées dans la littérature sur le concept de but, et de mettre à jour des variables explicatives du bien-être, dont le rôle est essentiel dans la mise en œuvre des efforts conduisant à l'évolution des habitudes de vie.

Les chapitres 6 et 7 proposent deux études s'intéressant aux aspects de régulation d'un but de santé. Tout d'abord, le chapitre 6 présente une étude sur la régulation d'un but de santé personnellement défini chez une population tout-venant. L'objectif est de déterminer l'impact des caractéristiques de la structure de buts personnels et des variables de régulation motivationnelles sur la progression vers l'atteinte d'un but de santé. Ensuite, dans le chapitre 7, le phénomène d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue est appréhendé du point de vue des théories sur l'autorégulation du comportement. Nous nous intéressons donc aux facteurs explicatifs de la régulation d'un but de santé posé *pour* et non *par* le patient hypertendu, à travers l'implication des variables de régulation motivationnelle et de la structure de buts personnels dans les comportements d'observance thérapeutique.

Enfin, nous concluons dans le chapitre 8 en proposant une discussion générale de ces trois études qui tentera de dégager l'intérêt heuristique des théories sur l'autorégulation du comportement et quelques recommandations pour la prévention dans le domaine de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE

Chapitre 1 : Aspects théoriques et pratiques de la recherche sur l'observance thérapeutique dans le cadre de l'hypertension artérielle essentielle

1.1. Introduction :

Caractérisée par une hausse anormale de la pression artérielle, l'hypertension artérielle touche à l'heure actuelle des millions de personnes à travers le monde. Ainsi, en France, plus de six millions de personnes sont diagnostiquées hypertendues. A la fois pour les personnes hypertendues et les professionnels de santé, l'hypertension est plus un facteur de risque qu'une maladie. C'est pour cette raison que l'hypertension occupe une place à part parmi les maladies chroniques. Maladie asymptomatique chez la plupart des personnes diagnostiquées, elle est perçue par les patients hypertendus comme « quelque chose que le médecin nous dit que nous avons » (Grueninger, 1995, p.44). Beaucoup de personnes hypertendues n'ont donc pas de symptômes associés à cette affection, uniquement des symptômes liés à l'administration d'un traitement antihypertenseur (effets secondaires pouvant provoquer notamment des troubles sexuels). Pourtant à terme, l'hypertension peut engendrer de graves problèmes de santé comme des infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux (voir annexe 1 pour une présentation étendue de la pathologie hypertensive).

L'utilisation de traitements médicamenteux sans cesse améliorés (tant au niveau de l'efficacité que de la posologie et des effets secondaires) a rapidement mis en évidence que l'hypertension ne peut pas être contrôlée simplement en prescrivant des antihypertenseurs. En effet, le taux de patients hypertendus avec une pression artérielle "normalisée" reste faible dans la population générale. Une fois écartée une possible inefficacité du traitement proposé, il y a bien des cas pour lesquels la seule raison apparente est liée au fait que le patient ne prend pas les médicaments prescrits. Ce phénomène n'est pas spécifique à cette pathologie et s'observe dans le cadre des maladies les plus diverses. Ainsi, de nombreuses recherches ont été consacrées durant les trente dernières années à ce qui est devenu un véritable problème de santé publique : la non-observance des prescriptions et recommandations médicales

Il est donc encore nécessaire de se pencher sur la question de l'(in)observance thérapeutique dans le cadre de la maladie hypertensive et d'approfondir l'étude des déterminants de celle-ci.

Le but de ce chapitre est de proposer un état des lieux de la recherche dans ce domaine. Dans un premier temps nous replaçons le phénomène de la non-observance thérapeutique dans son contexte historique et nous proposons une définition qui permet d'appréhender dans son sens le plus large ce que signifie l'observance thérapeutique dans le cadre de la pathologie

hypertensive. Dans un second temps, nous exposons les principales approches théoriques qui ont guidé la recherche dans ce domaine et nous synthétisons les résultats des recherches s'appuyant sur ces modèles et qui ont été publiées lors des dernières années.

1.2. Présentation du concept de compliance :

1.2.1. Origine et terminologie :

Le terme de compliance est apparu pour la première fois dans les lexiques médicaux au milieu des années 70. C'est à la même époque, en 1974, que se tient au Canada, à l'Université McMaster, le premier symposium sur la question de la compliance du patient.

Son utilisation peut être attribuée à l'évolution de la médecine, des thérapeutiques et de la perception des patients par le monde médical. En effet, autrefois, les populations prenaient soin elles-mêmes de leur santé. La principale cause de mortalité était alors les maladies infectieuses.

Avec le développement de la médecine scientifique liée à l'invention du microscope et à l'évolution de la pharmacologie (vaccins, antibiotiques, ...), les maladies infectieuses ont pu être combattues et une grande partie des virus éradiquée. C'est à cette époque que l'autorité médicale a été renforcée, la soumission du patient à son médecin s'imposant alors comme un aspect de l'efficacité thérapeutique. Dans cette perspective, la pratique médicale développait une représentation du patient dans un rôle passif.

De nos jours, les maladies infectieuses ont fait place aux maladies chroniques et aux maladies cardiovasculaires qui représentent à l'heure actuelle dans les pays industrialisés la première cause de mortalité. Si les thérapeutiques pour soigner ces pathologies existent et permettent dans la plupart des cas de maintenir l'état de santé de la personne, il semble important de faire évoluer les mentalités et de redonner au patient un rôle actif dans le suivi de son traitement. En effet, malgré l'efficacité démontrée des traitements prescrits, une constatation s'est très vite imposée : le contrôle de ces maladies chroniques n'est pas toujours effectif.

Le terme de compliance a alors été utilisé pour désigner ce qui de toute évidence constituait l'explication la plus probable à ce problème. Il signifie ainsi le degré avec lequel le patient se conforme aux recommandations de son médecin.

Dans le but de comprendre ces comportements de non-compliance des malades, la prérogative exclusive des médecins à prescrire les traitements a été complétée par d'autres interventions de professionnels de la santé (pharmaciens, infirmiers, psychologues,

éducateurs, sociologues, épidémiologistes...). Ainsi, un changement de perspective s'est récemment opéré, laissant une place plus grande à l'autonomie du patient en favorisant et en valorisant sa participation active et son partenariat dans son traitement. Certains auteurs ont alors substitué les termes d'adhérence ou d'observance à celui de compliance, préférant mettre l'accent sur des notions d'approbation réfléchie, plutôt que sur la notion de conformité qui était liée à l'utilisation du terme de compliance (par exemple, Salicrù, 1997, cité par Tarquinio et Fischer, 2001). Toutefois, cette distinction est plus liée à l'explication du phénomène qu'à sa description.

Tarquinio, Fischer et Barracho (2002, p.230) font une constatation sur l'utilisation de cette notion par le monde scientifique : « alors que le terme de compliance est largement répandu dans le vocabulaire médical international, il faut souligner que beaucoup de chercheurs en sciences sociales lui préfèrent celui d'observance en mettant l'accent sur l'adhésion personnelle au traitement thérapeutique ». Toutefois, à l'heure actuelle, ce débat sur le terme à employer paraît révolu tant leurs différentes descriptions semblent converger vers une définition unique, amenant ainsi à une synonymie de ces termes.

1.2.2. Définition de l'observance thérapeutique :

Quelle que soit la terminologie employée et l'approche envisagée, le concept décrit dans la littérature renvoie actuellement à une définition unique consensuelle : l'observance thérapeutique fait référence au degré avec lequel le patient respecte les recommandations du monde médical. Ces recommandations sont de plusieurs sortes allant de la prise d'une simple pilule à un traitement médicamenteux complexe, à la recherche de soins préventifs, à la présence aux rendez-vous médicaux de suivi, et à la modification de certains aspects de son style de vie (Mallion et Schmitt, 2001) .

Seul le suivi de l'ensemble de ces recommandations montrera une efficacité des prescriptions du médecin et permettra de maintenir l'état de santé de la personne, voire de l'améliorer.

Le septième rapport du comité JNC VII (*Joint National Committee*, Comité américain conjoint sur la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'hypertension artérielle – Chobanian et al., 2003) définit comme suit les recommandations que devrait fournir le médecin à son patient hypertendu :

- prendre les médicaments anti-hypertenseurs dans le respect de la posologie prescrite (nombre de pilules et de prises journalières);

- maintenir un poids "normal" ou perdre du poids en cas de surcharge pondérale;
- limiter la consommation d'éthanol à 30 ml maximum par jour ou 15 ml chez les femmes ou les personnes de faible poids;
- s'engager dans des activités physiques régulières comme la marche (au moins 30 minutes la plupart des jours de la semaine);
- réduire la consommation de sodium à 100 mmol par jour au maximum;
- assurer une consommation adéquate de calcium et de magnésium alimentaire pour maintenir un bon état général;
- arrêter de fumer;
- consommer des fruits et légumes et réduire la consommation de graisses saturées et de cholestérol alimentaires pour assurer un bon état cardiovasculaire global¹.

Il est estimé que seul un degré d'observance de la prise des médicaments antihypertenseurs supérieur à 80% permet de mener à un contrôle effectif de la maladie (Mallion & Schmitt, 2001). Cependant, le respect de l'intégralité des recommandations, dans la mesure où il peut mener à une réduction de la posologie du traitement médicamenteux, pourrait, au-delà d'une réduction des risques cardiovasculaires associés à des comportements néfastes pour la santé, amener la personne à un taux plus élevé du suivi des prescriptions médicamenteuses, et donc à un meilleur contrôle tensionnel. Or, à l'heure actuelle, seul un quart à un tiers des patients hypertendus atteint ce contrôle de la pression artérielle (en France, le contrôle tensionnel augmente modérément entre 1994 et 1999 passant de 25% à 31% des patients hypertendus pour lesquels la PA est normalisée)

Il est donc nécessaire de s'intéresser aux facteurs déterminants l'observance thérapeutique. Ils sont de plusieurs sortes et ont été étudiés par de nombreuses approches.

1.3. Les déterminants de l'observance thérapeutique :

L'observance thérapeutique est un indicateur événementiel permettant de constater à un moment donné le degré avec lequel le comportement du patient coïncide avec le

¹ Les modifications du style de vie offrent la possibilité de prévenir l'hypertension. Il a été démontré qu'elles pouvaient faire baisser efficacement la pression artérielle et réduire les autres facteurs de risque cardiovasculaire à un faible coût et avec un risque minime. Même si les modifications du style de vie ne parviennent pas à elles seules à contrôler l'hypertension, elles sont susceptibles de permettre une réduction du nombre et de la posologie des médicaments nécessaires à son traitement. Les modifications du style de vie permettent d'obtenir un meilleur contrôle tensionnel et parfois un retour à des valeurs normales sans recourir à un traitement médicamenteux. L'arrêt du tabac et le régime hypocholestérolémiant permettent la prévention des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Enfin, les recommandations rappellent l'intérêt d'une supplémentation en potassium, calcium et magnésium par la consommation d'aliments riches en ces nutriments.

comportement prescrit par le médecin. Or, dans la plupart des maladies chroniques, les prescriptions thérapeutiques touchent à des aspects du style de vie qu'il est souvent difficile de changer car ils sont ancrés depuis de nombreuses années dans la vie de la personne. Dans le cas de l'hypertension artérielle, le traitement appelle à des modifications des habitudes de vie comme le tabagisme, la sédentarité ou le régime alimentaire et consiste à remplacer des comportements néfastes pour la santé par des comportements plus sains et à maintenir ces changements sur le long terme. Or ces changements de comportement ne peuvent pas être mesurés de façon événementielle. Seul un suivi au long cours permet de mesurer l'observance. Par exemple, une personne peut être observante de l'arrêt du tabagisme à un moment donné (sevrage depuis deux mois) mais rechuter au troisième mois et reprendre un tabagisme actif par la suite. La question de l'étude des déterminants de l'observance thérapeutique est donc avant tout la question de l'étude des changements (adoptions) de comportements et de leur maintien dans le temps.

Les recherches qui se sont intéressées à l'identification de ces déterminants sont issues de nombreux courants et approches théoriques (approche bio-médicale, approche communicationnelle, approche motivationnelle...) et ont permis d'identifier trois grandes classes de déterminants : les déterminants liés à la maladie et à son traitement, les déterminants liés à la relation médecin/patient, et les déterminants relatifs au patient.

1.3.1. Les facteurs liés à la maladie et à son traitement :

Ils ont surtout été identifiés par les recherches issues du modèle biomédical. Dans cette perspective, le patient est perçu comme le bénéficiaire et l'exécutant de prescriptions thérapeutiques qui doivent être acceptées et respectées. Dans un premier temps, la constatation du phénomène de non-observance a été interprétée comme le résultat direct d'aberrations dans la personnalité du patient sans prise en compte de la compréhension par le patient de la mise en place d'un tel traitement (Fabrega, 1975 ; Davis, 1966 ; Stimson, 1974). Le modèle répondait alors à deux objectifs : (1) identifier des groupes à risque pour les comportements de non-observance, et (2) corriger les faiblesses dispositionnelles du patient non-observant. Cependant, les premières recherches dans ce domaine ne sont pas parvenues à identifier des caractéristiques dispositionnelles qui distingueraient les patients observants des patients non observants (Leventhal et Cameron, 1987). De plus, la compréhension par le patient de l'enjeu d'un traitement a très vite été identifié comme n'étant pas le seul facteur influant sur l'observance : en effet, les comportements d'observance n'étaient pas meilleurs parmi des patients médecins que parmi des patients classiques (Blackwell, 1973). Ainsi, ces

recherches ont permis de conduire le modèle biomédical à penser le phénomène d'inobservance comme le résultat partiel de plusieurs facteurs non dispositionnels tels que les effets indésirables des traitements et la sévérité des symptômes, la durée du traitement et le nombre de médicaments.

1.3.1.1. Les effets indésirables des traitements et la sévérité des symptômes :

La persistance dans la prise du traitement varie en fonction des médicaments que prend la personne et cela s'explique en partie par la manifestation d'effets secondaires. La présence de symptômes associés à la maladie est bien entendu également un aspect important qui conditionne les comportements d'observance. Plus la personne souffre, plus elle est susceptible de prendre le traitement prescrit pour soulager ses douleurs. Toutefois, dans de nombreux cas, les symptômes ressentis liés à la maladie peuvent entrer en équation avec les effets indésirables des traitements encore appelés effets secondaires. Si les effets indésirables des médicaments sont jugés par la personne comme dégradant sa qualité de vie, son bien être (c'est-à-dire si les bénéfices liés à l'administration du traitement sont inférieurs aux coûts liés aux effets secondaires), il est probable qu'elle considère l'éventualité d'interrompre le traitement ou de modifier elle-même la posologie.

L'hypertension artérielle est communément définie comme une maladie asymptomatique. Mais comme le font remarquer Grimm et ses collègues (1997), cette assertion n'est pas entièrement correcte. Les personnes hypertendues (sous traitement) jugent leur qualité de vie de façon plus faible que les personnes normotendues (Battersby et al., 1995 ; Yodfat, Bar-On, Amir, & Cristal 1996). Il semblerait que cette différence puisse être attribuée aux effets indésirables des traitements anti-hypertenseurs (Hjemdahl & Wiklund, 1992). Toutefois, des recherches menées auprès de populations hypertendues non traitées ont pu montrer une fréquence accrue des symptômes (maux de tête, fatigue...) pouvant être liés à des pressions artérielles élevées (Kullman & Swardsudd, 1990 ; Muller, Montoya, Schandry, & Hartl, 1994). Ces résultats peuvent être également étayés par une recherche réalisée auprès de personnes hypertendues sous traitement qui a montré que les personnes avec une pression artérielle diastolique régulée rapportaient un meilleur bien-être que celles dont la pression artérielle diastolique était à des seuils trop élevés (Wiklund, Halling, Ryden-Bergsten, & Fletcher, 1997).

Ces résultats récents demandent à être explorés de manière approfondie. Des recherches sur les symptômes et sur une évaluation fiable de la qualité de vie liée à la santé

dans le domaine de l'hypertension artérielle devraient notamment être menées (Coyne, Davis, Frech, & Hill, 2002).

Toutefois, ces constatations permettent d'envisager des progrès dans le domaine de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue si elles sont confirmées. En effet, il serait alors possible de présenter au patient les avantages à moyen terme de la prise du traitement. De plus, les travaux pharmaceutiques sur les médicaments anti-hypertenseurs permettent de développer des traitements aux effets indésirables réduits. Ceux-ci sont dépendants du type de médicaments, de leur dose et de leur association éventuelle. Ce sont les anti-hypertenseurs les plus récents qui sont les mieux tolérés et les plus suivis ; les médicaments anciens et générateurs de plus d'effets secondaires sont associés aux comportements de mauvaise observance (Bloom, 1998 ; Caro, Salas, Speckman, Raggio, & Jackson, 1999).

1.3.1.2. La durée du traitement :

Dans toutes les maladies chroniques, l'observance des prescriptions est problématique. L'HTA n'échappe pas à la règle à côté de pathologies comme l'asthme, l'épilepsie, les maladies métaboliques ou psychiatriques. 50% des personnes hypertendues arrêtent leur traitement durant la première année (Bloom, 2001 ; Vallotton & Schmidt, 1994). La durée moyenne avant l'arrêt du traitement est de 90 jours (Bloom, 1998 ; Klein, 1988). De façon convergente avec ces résultats, l'analyse d'une cohorte canadienne, composée de plus de 79% de patients hypertendus suivis de 1990 à 1994 (Caro et al., 1999), a montré que l'observance des prescriptions fléchit au cours des six premiers mois de suivi chez les hypertendus nouvellement diagnostiqués : 78% suivent toujours leur traitement à la fin de la première année, comparés aux 97% des patients diagnostiqués depuis plusieurs années. Il semblerait donc que ce soit durant les premières années de traitement que se pose le problème de l'observance thérapeutique, la prise du traitement s'ancrant avec le temps dans les habitudes de vie de la personne. Pour favoriser l'observance thérapeutique du traitement anti-hypertenseur, une solution tient à la posologie envisagée, et aux efforts des laboratoires pour réduire le nombre de médicaments.

1.3.1.3. Le nombre de prises médicamenteuses :

La simplification d'un traitement médicamenteux constitue toujours une étape importante dans l'observance du traitement, surtout s'il est possible de réduire le nombre de comprimés et la fréquence des prises. Dans une étude sur 21 723 hypertendus, la persistance

un an après le début du traitement était significativement plus basse quand la prescription indiquait deux prises journalières plutôt qu'une seule prise journalière (Bloom, 1998, 2001). De la même façon, plusieurs études récentes ont montré une meilleure observance au traitement lorsque celui-ci est administré en une prise versus deux prises journalières (par exemple, Andrejak et al., 2000 ; Nuesch, Schroeder, Dieterle, Martina, & Battegay, 2001). De plus, comme le notent Laurent, Consoli, Girerd, Thomas, Amouyel, Levy, & Pouchain (2003), le contrôle tensionnel des patients hypertendus est plus souvent obtenu dans le cadre d'une monothérapie que dans le cadre d'une bi- ou trithérapie.

1.3.1.4. Conclusion sur les facteurs liés à la maladie et à son traitement :

La recherche biomédicale sur la maladie et son traitement permet d'envisager dans le cadre de la maladie hypertensive des progrès en matière d'observance thérapeutique dans les années à venir. Toutefois, ces évolutions des traitements doivent s'accompagner d'une prise en compte du patient en tant que partenaire actif dans le traitement, et d'une promotion des communications entre le monde médical et le malade. Réduire le nombre de médicaments et améliorer la qualité de vie du patient ne pourront être réellement efficaces que si la compréhension et l'acceptation par le patient s'opèrent. C'est donc dans le cadre de la relation médecin/patient que l'observance thérapeutique va également se jouer.

1.3.2. Les facteurs liés à la relation médecin/patient :

Le rôle du médecin est de poser un diagnostic, d'en informer son patient et de lui proposer une thérapeutique. Ce travail s'effectue par le biais de l'entretien médical qui a souvent été décrit dans la littérature comme ayant trois principales fonctions : (1) le recueil d'informations pour comprendre le patient, (2) le développement d'une relation thérapeutique, et (3) le transfert des connaissances, l'éducation au patient et la gestion comportementale (Epstein, Campell, Cohen-Cole, McWhinney, & Smilkstein, 1993). A l'instar des déterminants liés à la maladie et à son traitement, les facteurs liés à la relation médecin/patient ont donc été étudiés comme influençant les comportements d'observance. Comme pour le modèle biomédical, l'approche communicationnelle appréhende le patient comme une personne dépourvue des connaissances appropriées, à la recherche d'aide et de conseils de la part d'une personne experte, c'est-à-dire son médecin.

Une communication efficace de la part du médecin (devant entraîner l'observance du patient) dépend de six étapes importantes :

- (1) la génération du message, incluant l'information sur les objectifs fixés et les façons de les atteindre,
- (2) la réception du message par le patient,
- (3) la compréhension du message,
- (4) la mémorisation du message,
- (5) l'acceptation du message (croyances dans le discours entendu), et
- (6) l'action vers l'observance (Leventhal, Zimmerman, & Guttman, 1984 ; McGuire, 1980, 1985).

Ces six étapes vont être influencées par trois caractéristiques de la relation médecin/patient : les propriétés du message et de sa transmission (formulation, structure...), la dimension affective unissant le patient à son médecin, et les caractéristiques propres au médecin.

1.3.2.1. Les propriétés de la transmission du message :

La consultation est vue comme la "pierre angulaire" de la pratique médicale (McCann et Weinman, 1996), qui, lorsqu'elle est effectuée de manière efficace, doit être à même d'amener le patient à l'acquisition de connaissances, de compétences et d'un certain sentiment de contrôle nécessaires à la gestion quotidienne de sa maladie chronique (Greenfield, Kaplan, & Ware, 1985). Ainsi, la transmission du message possède trois propriétés susceptibles de modifier son efficacité : la structure, le contenu, et la participation du patient.

1.3.2.1.1. La structure et le format du message :

De nombreux auteurs notent que l'observance est améliorée lorsque les recommandations de santé portées par le médecin sont clairement exposées, formulées (Armstrong, Glanville, Bailey, & O'Keefe, 1990 ; Hall, Roter, & Katz, 1988 ; Korsch & Negrete, 1972 ; Leventhal et al., 1984 ; Ley & Spelman, 1965 ; Svarstad, 1976). Ley (1977) montre que le moment de délivrance du message (avant ou après avoir posé le diagnostic) et la clarté de son organisation ont des effets importants sur la réception, la compréhension et la rétention de l'information. Ainsi, un message ne doit pas seulement être bien spécifié, il doit aussi être organisé et délivré d'une manière qui permette au patient de le suivre et de le traiter d'une façon complète.

A cet effet, de nombreuses études se sont intéressées à la transmission des informations (concernant les médicaments ainsi que les effets d'une bonne observance) sous un format écrit plutôt qu'oral (par exemple, Gann, 1995 ; Ley, 1988 ; Newton et al., 1998 ;

Weinmann, 1990). S'interrogeant sur les désirs de patients hypertendus concernant l'information fournie par le médecin, Lisper, Isacson, Sjoeden, & Bingefors (1997) montrent qu'un format écrit est perçu comme plus facile à retenir alors que le format oral laisse l'opportunité de poser des questions sur des aspects mal explicités ou non présentés. Le format oral de présentation de l'information devrait donc être complété par un format écrit. Dans une revue de la littérature, Ley (1988) note que dans 97% des études sur le sujet, une transmission écrite des informations améliorerait les connaissances du patient sur sa maladie, et que 60% de ces études rapportaient une amélioration de degré d'observance lorsque les informations étaient fournies dans un format papier. Cependant, pour Weinmann (1990), les effets bénéfiques d'une information écrite ne sont pas uniformes et dépendent de l'adéquation entre l'information présentée et les attentes ou besoins des patients.

Ainsi, bien que la structure et le format dans lesquels est présenté le message soient des éléments importants influençant les connaissances du malade et son observance des traitements, il convient de s'interroger également sur le contenu du message.

1.3.2.1.2. Le contenu du message :

Les informations fournies par le médecin dans le cadre de la relation thérapeutique font référence en grande partie au mode d'administration des traitements prescrits. Or, peu d'intérêt est montré à l'heure actuelle pour les désirs des patients concernant l'information qui devrait être fournie.

Une étude de Lisper et al. (1997) s'est intéressée à ces aspects. D'une façon générale, l'information est souvent considérée par les patients hypertendus comme trop générale et difficile à comprendre car le langage utilisé est trop complexe et parce que cette information ne semble pas toujours compatible avec celle reçue antérieurement. Les personnes interrogées font état d'un manque d'information concernant les comportements à développer afin de pouvoir éviter la prise de médicaments ou éventuellement diminuer les doses prescrites. Les modalités de prise du médicament sont également un aspect à expliciter davantage (comme le moment des prises ou leur association avec la consommation d'alcool). De plus, les actions concrètes du médicament devraient encore être abordées (par exemple, si le médicament est un diurétique). Mais le contenu le plus important concerne les effets secondaires. Les patients souhaitent connaître précisément les effets indésirables qu'ils pourraient rencontrer en utilisant le médicament. Or la transmission de cette information fait à l'heure actuelle l'objet de nombreux débats. Tout d'abord, ces effets secondaires sont souvent très nombreux, et il paraît difficile sinon impossible de les énumérer tous. De plus, cette démarche n'aurait pas

grand sens puisque le patient retiendrait plus leur nombre que leur nature. Des études récentes (Berry, Michas, Gillie, & Forster, 1997 ; Lamb, Green, & Heron, 1994 ; Mottram et Reed, 1997) ont montré que de nombreux médecins sont souvent réticents à délivrer au patient l'information concernant les effets secondaires, particulièrement lorsque ces derniers ont peu de probabilité de se produire. En outre, des études (par exemple : Berry, Michas, Bersellini, 2002 ; Berry, Michas, DeRosis, 1998 ; Berry et al., 1997) ont mis en évidence que lorsqu'une information écrite était fournie au patient concernant les possibles effets secondaires des médicaments prescrits (par exemple, un risque de vision brouillée), ceux-ci jugeaient l'explication comme moins satisfaisante, percevaient plus de risques pour leur santé et affirmaient qu'ils étaient moins enclins à prendre les médicaments prescrits que si l'explication écrite ne fournissait pas d'éléments concernant les effets secondaires.

Selon Berry, Michas, et Bersellini (2003), ces observations mettent en place un dilemme entre le fait de répondre aux attentes du patient et celui de compromettre le bon suivi des prescriptions médicales. Celui-ci pourrait être résolu par la transmission d'une information plus personnalisée à chaque patient. Dans leur étude, Berry et ses collaborateurs (2003) montrent qu'un style de présentation plus personnalisé de l'information concernant la maladie, le traitement médicamenteux, la posologie, les effets secondaires et les contre-indications, améliore la satisfaction du patient envers l'explication écrite et la mémorisation des informations (particulièrement celles jugées importantes par le patient : la posologie, les effets secondaires et les contre-indications) et réduit le risque perçu pour la santé. Toutefois, cette information personnalisée ne permet pas d'augmenter les intentions d'observance des prescriptions médicamenteuses. Cependant, les auteurs notent que ce résultat peut être expliqué par le fait que dans cette étude, les personnes interrogées devaient se projeter en tant que malades mais n'étaient pas de véritables patients. Ainsi, il est probable qu'une information plus individualisée (l'information concernant le malade lui-même) améliore également les intentions d'observance thérapeutique (Raynor, 1992).

L'information fournie par le médecin devrait donc être personnalisée et contenir les éléments attendus par le patient dans une véritable relation de communication entre les deux acteurs.

De plus, les études sur la communication ont mis en évidence qu'il est souvent essentiel de fournir de l'information concernant les façons de réaliser les actions recommandées en supplément de l'information fournie pour décrire les menaces sur la santé (Leventhal, Singer, & Jones, 1965). Les plans d'action ne doivent pas seulement spécifier les actions précises qui doivent être effectuées (par exemple, prendre deux pilules deux fois par

jour), ils doivent aussi suggérer comment l'action peut être insérée dans la routine quotidienne du patient en spécifiant des indications environnementales pour agir (par exemple, placer les pilules près de sa tasse à café afin de se souvenir de les prendre au moment du petit-déjeuner). Les plans de ce genre peuvent aider à intégrer le comportement dans la routine quotidienne et promouvoir son automatisme.

Même si les études sur le contenu de l'entretien médical permettent de cibler un peu plus les attentes des patients et les effets des informations fournies sur les perceptions et les intentions du malade, la principale conclusion à porter à la lecture de ces éclairages tient à ce que le médecin doit être à même de personnaliser sa relation thérapeutique en ouvrant l'entretien et en permettant la discussion. Il s'agit donc de faire évoluer le patient d'un rôle passif à un rôle actif en favorisant une plus grande participation de sa part lors de l'entretien médical.

1.3.2.1.3. La participation du patient lors de la transmission du message :

Le fait que le traitement soit conduit en coopération avec le patient est décisif pour un bon degré d'observance thérapeutique, une satisfaction élevée et une bonne santé (Lunde, 1993 ; Wilson, 1986). Steward (1984) définit les interactions centrées sur le patient comme étant celles pour lesquelles le point de vue du patient est recherché activement par le médecin. Ceci requiert que le patient juge l'atmosphère de la consultation suffisamment ouverte pour parler librement, poser des questions et, en général, s'attribuer un rôle actif dans la discussion tel un collaborateur.

Or, dans une étude explorant le contenu et la structure de la communication entre le médecin et le patient hypertendu, Kjellgren, Svensson, Ahlner, et Saljo (2000) montrent que le patient assume un rôle passif et introduit peu de nouveaux thèmes de discussion. Le médecin domine l'entretien en termes de temps de parole et de contrôle du dialogue en introduisant de nouveaux thèmes et en y mettant fin. Ces résultats sont en accord avec ceux présentés dans d'autres recherches relatives à d'autres contextes de maladie (Collier, 1994 ; Roter, Hall, & Katz, 1988 ; Stewart, 1995 ; Street, 1990).

Les perceptions des patients concernant le contrôle qu'ils vont pouvoir exercer sur leur propre santé influencent également le degré de participation du patient. Les malades qui pensent avoir un contrôle personnel relativement faible sur des éléments de leur santé, et qui perçoivent ces éléments comme étant principalement dépendants des actions de leur médecin, vont vraisemblablement moins tenir à participer activement aux consultations et à partager les responsabilités des soins (McCann et Weinman, 1996).

Or, la dominance du médecin et la passivité du patient sont deux éléments qui limitent les connaissances du patient sur sa maladie et l'observance thérapeutique. Ainsi, Inui, Yourtee, et Williamson (1976) ont montré qu'en formant les médecins à l'éducation de leur patient hypertendu, on permettait d'améliorer les connaissances et le degré d'observance du patient, et d'obtenir un meilleur contrôle de sa pression artérielle.

Si la participation du patient à l'entretien médical semble nécessaire, son implication dans la prise de décision fait encore à l'heure actuelle l'objet de recherches. Premièrement, tous les patients ne souhaitent pas être intégrés dans la prise de décision. Des différences sociodémographiques entrent encore en jeu dans la façon dont les patients se perçoivent comme des partenaires actifs dans la prise des décisions médicales. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé préfèrent une haute implication dans les décisions prises à la différence de ceux avec un niveau faible d'éducation (Strull, Lo, & Charles, 1984). Deuxièmement, les choix thérapeutiques nécessitent un ensemble de connaissances que le médecin ne peut pas transmettre dans sa totalité au patient. Troisièmement, certaines personnes peuvent être mécontentes d'un choix imposé dans un premier temps, et observer les bénéfices d'un tel choix à plus long terme.

Une étude de Montgomery, Harding, et Fahey (2001) s'est intéressée au choix de patients hypertendus concernant un traitement médicamenteux. Tous ces patients bénéficiaient déjà d'un traitement anti-hypertenseur prescrit lors des 12 mois précédant l'étude. Le but de l'étude était de connaître la décision qu'un patient prendrait concernant la prescription ou non d'un traitement anti-hypertenseur alors qu'on lui expliquait clairement tous les risques qu'il encourait dans sa situation de malade sous régime anti-hypertenseur ou non. Les résultats n'ont pas fait apparaître de différence concernant l'observance à leur traitement anti-hypertenseur entre les groupes de personnes qui prescriraient ou non le traitement de façon fictive. Toutefois, la mesure de l'observance utilisée dans cette étude peut être à l'origine de ce résultat. En effet, l'observance était ici calculée à partir des prescriptions faites par le médecin. Or cet indicateur est depuis longtemps connu pour ces biais : le patient peut se rendre aux rendez-vous médicaux et se faire prescrire le traitement sans réellement le suivre de la façon adéquate.

Quoi qu'il en soit, l'implication du patient dans la prise de décision reste à l'heure actuelle un axe de recherche important, car il est plus probable qu'une personne soit observante d'un traitement si elle a participé à la décision de sa prescription.

1.3.2.2. La dimension affective :

Une variété de facteurs externes au message lui-même renforce aussi l'acceptation de l'information et, de là, le changement d'attitude et de comportement. La satisfaction de l'individu envers son médecin corrèle positivement avec l'observance (Korsch et Negrete, 1972), de même que les évaluations du patient concernant l'amabilité, l'ardeur, l'empathie, l'intérêt et le souci du médecin (Francis, Korsch, & Morris, 1969 ; Korsch et Negrete, 1972).

Il faut encore noter que ces qualités perçues du médecin permettent de conduire non seulement à une plus grande observance des recommandations médicales, mais également à un taux élevé de présence aux rendez-vous de suivi.

Bien évidemment, cette dimension affective unissant le patient à son médecin est autant due aux caractéristiques du patient que du médecin. Concernant les caractéristiques du médecin et de sa pratique, il semble que ce champ d'investigation ait longtemps été occulté. Récemment, des recherches ont commencé à émerger sur ce thème.

1.3.2.3. Les caractéristiques du médecin et de sa pratique :

Alors que l'acceptation du suivi des recommandations médicales est dans une grande mesure dépendante de l'acceptation de l'information relative à la menace pour la santé, le praticien doit aussi être capable de persuader le patient que le traitement en vaut la peine ; de fait, il doit générer des attitudes favorables envers les actions recommandées (Fishbein & Ajzen, 1975). A cet égard, Hall et Roter (1988) ont trouvé une tendance à une meilleure observance parmi les patients de médecins qui communiquaient verbalement de façon positive (par exemple, réassurance, soutien et encouragement) et s'abstenaient de tout commentaire oral négatif (par exemple, colère, anxiété et affects négatifs) pendant la consultation médicale. De plus, Consoli et Safar (1988) ont montré qu'il était possible de catégoriser en cinq facteurs les attitudes élémentaires du médecin durant l'entretien médical avec son patient hypertendu : attitudes de mise en confiance, attitudes pédagogiques, attitudes d'invigoration (menant à une diminution de la vitalité du patient), attitudes de médicalisation, et attitudes de dramatisation. Les auteurs constatent que "mettre le malade en confiance (tout en l'avertissant, avec franchise, de la possibilité d'effets secondaires) et présenter l'hypertension artérielle comme une maladie à part entière (et non comme un simple facteur de risque) prédisent une bonne observance" (Consoli & Safar, 1988, p.148). Par contre, en ce qui concerne la tendance à dramatiser la situation, des résultats contraires sont observés. Enfin, les attitudes pédagogiques et les attitudes d'invigoration montraient peu de lien avec les comportements d'observance dans cette étude.

A l'instar des attitudes orales, l'aspect non-verbal du discours a également été étudié. Une étude s'est intéressée à l'effet de la sensibilité du médecin quant au décodage et à l'encodage des aspects non-verbaux du discours sur l'observance de ces patients (DiMatteo, Hays, & Prince, 1986). Le décodage non-verbal réfère à la capacité à comprendre les émotions à travers des éléments non-verbaux (expressions faciales, mouvements du corps, et intonation de la voix), alors que l'encodage non-verbal renvoie à la capacité à exprimer de tels éléments non-verbaux. Les médecins les plus sensibles observaient moins d'annulation ou de report des rendez-vous de suivi que les médecins peu sensibles aux aspects non-verbaux du discours.

Concernant les aspects démographiques, le rôle du genre et de l'âge du médecin a également été étudié mais les résultats ne sont pas très clairs et leur influence sur l'observance du patient mal établie. Concernant le genre du médecin, certaines recherches ont montré que les médecins femmes passaient plus de temps avec leur patient et étaient plus sensibles à leurs sentiments, plus attentives, plus ouvertes aux aspects psychosociaux du traitement, et plus orientées vers des soins préventifs que les médecins hommes (Maheux, Dufort, Béland, Jacques, & Lévesque, 1990 ; Meeuwesen, Schaap, & Van der Staak, 1991 ; Roter, Lipkin, & Korsgaard, 1991). Dans une autre recherche, cependant, les médecins femmes percevaient l'autonomie et les initiatives des patients de façon plus négative que les médecins hommes (Shye, Javetz, & Shuval, 1990). Bien que ces facteurs soient des médiateurs importants de l'observance du patient, les effets directs du genre du médecin sur l'observance thérapeutique du patient ont été peu étudiés. Une étude (comprenant 72% de personnes hypertendues) montre cependant qu'il n'y a pas d'effet du genre du médecin sur l'observance du patient (DiMatteo, 1993). Quant au rôle de l'âge du médecin sur l'observance au traitement de son patient, il est encore équivoque. Bien qu'une étude antérieure ait montré une corrélation positive de l'âge du médecin avec l'observance de ces patients (Hurtado, Greenlick, & Columbo, 1973), une recherche plus récente fait état d'un résultat inverse (Cockburn, Gibberd, Reid, & Sanson-Fisher, 1987), et une autre (DiMatteo et al., 1993) note l'absence de lien entre l'âge du praticien et l'observance au traitement du patient. Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires pour expliquer ces divergences constatées dans les résultats mettant en jeu le rôle de l'âge du médecin sur les comportements d'observance de leurs patients.

Dans une étude sur les caractéristiques des médecins et de leur pratique (186 médecins, 2546 patients dont 72% d'hypertendus), DiMatteo et ses collègues (1993) ont montré que l'adhérence au traitement médicamenteux était meilleure chez les patients dont les médecins étaient plus occupés, c'est-à-dire recevaient plus de patients par semaine. Même si cette étude

n'a pas permis de déterminer ce qui expliquait le mieux cette observation, on peut supposer que la popularité du médecin ou le nombre de visites de suivi de chaque patient peuvent en être la cause (un suivi régulier est prédictif d'une meilleure adhérence sur le long terme – Bond & Monson, 1984). De plus, dans cette même étude, la volonté du médecin de répondre à toutes les questions de ses patients sans regarder le temps nécessaire pour le faire était un prédictif de l'adhérence à l'activité physique. Ce résultat corrobore les conclusions de Hall et al. (1988) concernant l'importance de répondre aux questions du patient pour améliorer son observance des recommandations médicales de façon générale.

L'effet de la durée de l'entretien médical sur l'observance n'est pas clairement établi : certaines recherches font état d'une corrélation positive entre la durée de l'entretien et la recherche d'information de la part des patients (ce qui peut favoriser les comportements d'observance – Beisecker & Beisecker, 1990) et d'autres mettent en évidence une relation négative entre la durée de l'entretien et l'observance thérapeutique (Freeman, Negrete, Davis, & Korsch, 1971).

En fait, tous les résultats présentés dans ce paragraphe pourraient être liés à la satisfaction du médecin concernant son travail. En effet, cette dernière est également un facteur susceptible d'améliorer l'observance thérapeutique de ses patients. Bien que peu d'études sur le sujet soient disponibles à l'heure actuelle, certaines études liant la satisfaction du professionnel de santé concernant son travail à la satisfaction de soins du patient laissent penser qu'il y a des pistes de recherche intéressantes (Freeborn & Greenlick, 1973 ; Grol et al., 1985 ; Linn et al., 1985 ; McGlynn, 1988). De plus, l'étude de McGlynn (1988) a permis de montrer qu'il n'existait pas d'effet d'interaction entre la satisfaction du médecin par rapport à sa pratique et la durée des entretiens sur la satisfaction de soins des patients. Les médecins qui étaient très satisfaits de leur pratique mais passaient peu de temps avec leur patient obtenaient une meilleure satisfaction des patients que ceux qui étaient peu satisfaits et pratiquaient de longs entretiens. Ces résultats ont conduit DiMatteo et al. (1993) à tester l'effet de la satisfaction du médecin sur l'observance des patients. Ils ont ainsi pu observer dans leur étude que plus le médecin se jugeait globalement satisfait de son travail et plus ses patients avaient tendance à respecter ses recommandations générales.

Enfin, notons encore que des recherches ont étudié l'implication des représentations du médecin concernant l'hypertension artérielle et le patient hypertendu dans le phénomène d'observance thérapeutique. Tout d'abord, Laurent et al. (2003) ont montré que les médecins avec un taux de patients hypertendus contrôlés important (médecins C) et les médecins avec un taux élevé de patients hypertendus non contrôlés (médecins NC) évoquaient tous les

comportements d'observance comme la première cause de non contrôle tensionnel. Par contre, 21 % des médecins C contre seulement 13 % des médecins NC évoquaient l'inadéquation du traitement médicamenteux parmi les facteurs explicatifs du non contrôle tensionnel, et 26 % des médecins NC contre 17 % des médecins C abordaient la complexité de la maladie pour expliquer les différences dans le contrôle tensionnel des patients hypertendus. Dans le même esprit, les mêmes auteurs (Laurent et al., 2003) ont montré que significativement plus de médecins C percevaient l'hypertension artérielle comme une maladie (1) qui permet d'améliorer la qualité de vie, (2) donnant l'occasion au patient de trouver un mode de vie plus sain, (3) qui est bien comprise par les patients, et (4) dont la prise en charge est gratifiante. A l'opposé, significativement plus de médecins NC percevaient cette maladie comme une pathologie dramatisée par les patients et dont l'évolution est fluctuante. Ces observations appellent d'autres études pour déterminer précisément l'effet des représentations du médecin concernant la maladie hypertensive sur les comportements d'observance subséquents du patient.

Ensuite, concernant les représentations des patients hypertendus par les médecins, deux résultats sont à noter. Tout d'abord, Laurent et al. (2003) ont montré que significativement plus de médecins NC que de médecins C se représentaient leur patient comme étant dépressif. Par ailleurs, Consoli et Safar (1988) ont catégorisé des patients hypertendus à partir des traits descriptifs attribués par leur médecin. Trois profils psychologiques des patients basés sur les représentations des médecins ont pu être établis : un profil "hyperréactif/inhibé" (calme, réservé, maître de lui, émotif, passif, hésitant, inquiet, pessimiste), un profil "actif/combatif" (serein, optimiste, impassible, sûr de lui, expansif, dynamique), et un profil "agité/instable" (impulsif, agressif). Le premier profil était associé à des personnes hypertendues fidèles (présentes lors des rendez-vous de suivi médical) et observantes, alors que le second correspondait à des patients fidèles mais non observants, et que le troisième répondait à des patients rompant puis renouant le contact ou perdus de vue. Ces résultats intéressants ne permettent toutefois pas de déduire une relation de cause à effet. Effectivement, il n'est pas possible de déterminer si les caractéristiques psychologiques du patient entrent en jeu dans les comportements d'observance, ou si c'est la représentation du patient par le médecin qui intervient dans la relation thérapeutique mise en place, et influence les comportements d'observance subséquents.

Finalement, Consoli et al. (2004) ont tenté de catégoriser les médecins en fonction de leurs représentations de la maladie hypertensive et de leurs patients hypertendus. Il en ressort cinq types de médecins : (1) paternaliste, (2) indulgent, (3) neutre, (4) démotivé, et (5) motivé.

Les résultats de l'étude ont montré que les médecins motivés ont le taux de patients hypertendus avec une pression artérielle normalisée le plus élevé. Ce type de profil du médecin est défini par les représentations de la maladie hypertensive suivantes : l'hypertension est une maladie pour laquelle il convient de mettre en confiance le patient, qui est bien comprise par le patient, qui est simple, banalisée, contrôlable, et stable dans son évolution ; l'hypertension procure l'opportunité d'améliorer la qualité de vie par un changement des comportements de santé ; la prise en charge de la maladie est gratifiante ; l'hypertension est une situation clinique idéale pour apprendre à gérer une relation médecin/patient.

Les résultats présentés ci-dessus demandent à être explorés davantage mais ouvrent d'ores et déjà des voies de recherche intéressantes. Alors que le patient a toujours été jugé responsable des problèmes d'observance thérapeutique, les caractéristiques du médecin et de sa pratique apparaissent à l'heure actuelle comme des éléments expliquant en partie les comportements subséquents des patients. Il semblerait en effet que la satisfaction au travail, l'intérêt du médecin à l'égard de son patient (suivi régulier, réponses aux questions) et les représentations du médecin concernant la maladie et le patient influencent l'observance des recommandations médicales. Dans le cadre d'une communication orale, Consoli (2003) parlera de « manque d'ardeur » du médecin à tenter de contrôler la pression artérielle de son patient pour expliquer certains cas de non-observance. Cette analyse laisse cependant de nombreuses questions en suspens, notamment celles concernant les interventions possibles pour pallier ce problème lié aux caractéristiques négatives du médecin et de sa pratique.

1.3.2.4. Conclusion :

Dans leur étude sur le contenu et la structure des entretiens entre les patients hypertendus et leur médecin, Kjellgren et al. (2000) mettent en évidence que malgré les progrès notés dans la définition de l'entretien médical tel qu'il devrait être effectué afin d'améliorer les comportements d'observance :

- les patients hypertendus tiennent toujours un rôle passif au cours de l'entretien,
- les seuls thèmes abordés par les patients concernant leur maladie hypertensive s'intéressent aux effets indésirables des traitements médicamenteux alors que peu de temps est réservé à la discussion des risques relatifs à l'hypertension,
- et une collaboration permettant le partage de la prise de la décision est rarement observée.

Une plus grande formation des médecins à l'usage de l'entretien médical devrait donc être envisagée dans le cadre de la lutte contre l'inobservance des prescriptions médicales. Toutefois, même si l'amélioration des relations médecin/patient est aujourd'hui un thème central dans les théories sur l'éducation au patient, ce dernier reste l'acteur final de cette relation thérapeutique et c'est lui qui décidera ou non de suivre les recommandations de son médecin. Ainsi, les caractéristiques du patient ont fait l'objet de nombreuses recherches dans le domaine de l'observance thérapeutique.

1.3.3. Les facteurs liés au patient :

Les déterminants de l'observance thérapeutique liés au patient ont fait l'objet de nombreuses recherches depuis trente ans. Deux types de facteurs ont été étudiés : les facteurs environnementaux et sociodémographiques et les facteurs psychologiques.

1.3.3.1. Les facteurs environnementaux et sociodémographiques

Les études sur les facteurs démographiques montrent souvent des résultats contradictoires. Ainsi, plusieurs études montrent que l'âge et le genre ne permettent pas de prédire les comportements d'observance (par exemple : Fletcher, 1989 ; Shaw, Anderson, Maloney, Jay, & Fagan, 1995). Or, certaines études font état d'un effet significatif de l'âge. En fait, il semblerait que parmi les nouveaux hypertendus, les patients les plus âgés soient les plus susceptibles de persévérer (Shaw et al., 1995 ; Vaisse, Silhol, & Bouchlaghem, 2000) : il est probable que la notion de risque cardio-vasculaire soit plus ressentie après 60 ans. Mais si la motivation à observer les traitements est plus saillante chez les populations les plus âgées, des études observent également que le respect strict des prescriptions médicamenteuses est moins bon chez la personne âgée (Salthouse, 1991). Ceci peut être attribué à deux facteurs : d'une part le déclin cognitif de la personne (Morell, Park, Kidder, & Martin, 1997), et d'autre part la multiplication des médicaments à prendre liés aux autres pathologies de la personne. L'hypothèse du déclin cognitif est encore étayée par la constatation que les patients hypertendus considèrent l'oubli comme la première cause des arrêts intempestifs du traitement médicamenteux (Laurent et al., 2003).

De la même façon, l'influence du genre dans les comportements est parfois observée (Vaisse et al., 2000). Les femmes seraient plus observantes des traitements que les hommes. Pour expliquer ce résultat, les auteurs de cette recherche mettent en avant un meilleur accès à l'information médicale via les journaux féminins, une plus grande habitude à une contrainte

médicamenteuse (pilule contraceptive), et une meilleure adhésion au côté paternaliste du médecin prescripteur.

Des études se sont encore intéressées au soutien social et ont montré que quelle que soit sa source (membres de la famille – Stanton, 1987 ; Trevino, Young, Groff, & Jono, 1990 – ou professionnels de santé – Nagy & Wolfe, 1984 ; Stanton, 1987), il était prédicteur de l'adhérence médicamenteuse.

Les études sur les facteurs environnementaux et sociodémographiques ont également étudié le rôle du statut social sous l'angle du niveau des revenus, du niveau d'éducation ou de l'activité professionnelle.

Alors que des faibles revenus sont corrélés avec des comportements de non-observance (Shulman et al., 1982), ce sont les personnes sans emploi qui se montrent les plus observantes (Shaw et al., 1995). D'autres recherches ont également montré que les personnes avec un niveau faible d'éducation étaient les moins observantes.

Enfin, citons encore des recherches qui se sont intéressées à l'appartenance ethnique. Une nouvelle fois, les résultats des études sont contradictoires. Concernant l'ethnie, certaines recherches (par exemple, Sharkness et Snow, 1992) font état d'un taux d'observance élevé parmi les populations caucasiennes alors que d'autres ne montrent aucune différence dans les comportements d'observance entre des populations d'origine culturelle distincte (Connett & Stamler, 1984 ; Nelson, Stason, Neutra, & Solomon, 1980 ; Tschann, Adamson, Coats, & Guillion, 1988). Toutefois, il est peu probable que l'origine ethnique soit à la base du phénomène d'observance : le statut social, les revenus, la pratique religieuse et les croyances associées, l'accès au soin, ..., sont des variables souvent associées à l'origine ethnique et plus pertinentes pour expliquer le phénomène d'observance thérapeutique.

En conclusion, au niveau des facteurs sociodémographiques et environnementaux, seul le facteur soutien social paraît suffisamment robuste dans l'explication des comportements d'observance. Les résultats contradictoires observés concernant les autres variables laissent entendre qu'elles sont médiatisées par d'autres facteurs et n'ont pas un effet direct sur l'observance thérapeutique. Toutefois, comme nous le verrons dans la prochaine section, certains modèles cognitifs utilisés dans l'explication de l'adoption des comportements intègrent la plupart de ces variables.

1.3.3.2. Les déterminants psychologiques de l'observance thérapeutique

De nombreuses théories visant à comprendre les processus sous-jacent à l'adoption et au maintien des comportements ont été appliquées dans le domaine de la santé (Godin, 1991)

et notamment dans le cas de l'hypertension artérielle. Certaines théories comme le Modèle des Croyances sur la Santé de Rosenstock (1974) ou le Modèle d'Autorégulation de Leventhal (1993 ; Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998) sont spécifiques au domaine de la santé alors que d'autres – la Théorie Sociale Cognitive de Bandura (1977, 1986), la Théorie de l'Action Raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975), la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1985) – sont issues des travaux de la psychologie sociale.

Dans ce chapitre, nous décrirons rapidement ces théories et présenterons leurs contributions respectives à l'explication des comportements d'observance dans le cadre de la maladie hypertensive.

1.3.3.2.1. Les études basées sur le Modèle des Croyances sur la Santé (Health Belief Model – HBM) :

Le Modèle des Croyances sur la Santé (HBM – Rosenstock, 1974) a été la première théorie cognitive à s'intéresser au problème des comportements d'observance. Elaboré dans les années 50, son but était initialement de prédire et d'expliquer pourquoi certaines personnes ne suivaient pas les recommandations de santé publique concernant par exemple le dépistage du cancer ou le suivi des vaccinations. Il a par la suite été utilisé pour prédire les changements de comportements dans le cadre de nombreuses pathologies comme l'hypertension artérielle.

L'hypothèse sous-jacente de ce modèle est que la mise en place de comportements de santé est motivée par la perception par l'individu d'une menace pour sa santé. Cette hypothèse s'appuie sur deux pré-requis : la personne doit être motivée à rester en bonne santé et elle doit avoir une culture médicale sur la façon de maintenir sa santé. Si ces pré-requis sont présents, le HBM suggère que quatre types de croyances ou de perceptions sont nécessaires afin que la personne soit susceptible de développer l'action recommandée : (a) la perception de sa propre vulnérabilité (susceptibilité) à la maladie, (b) la perception de la gravité (sévérité) de la maladie si elle est contractée, (c) la conviction que la réponse qu'ils apporteront face à cette menace en terme de changement de comportement de santé sera efficace (*bénéfices perçus de l'action*), et (d) la perception qu'il y a peu d'*obstacles* à la mise en place d'une intervention efficace sur la maladie (changement de comportements).

En d'autres termes, la probabilité d'un changement de comportement est déterminée par la menace perçue (vulnérabilité et sévérité perçues), aussi bien que par l'analyse subjective des bénéfices de ce changement et des obstacles potentiels à ce changement.

En outre, le HBM inclut deux autres types de variables agissant indirectement sur la mise en place d'un comportement : (a) les incitations à l'action (*cues to action*) internes

(perception de symptômes physiques) et externes (personnes proches ayant développé la maladie, campagnes de prévention), et (b) les variables démographiques (sexe, âge, ethnité...) et socio-psychologiques (personnalité, classe sociale, pression des pairs...).

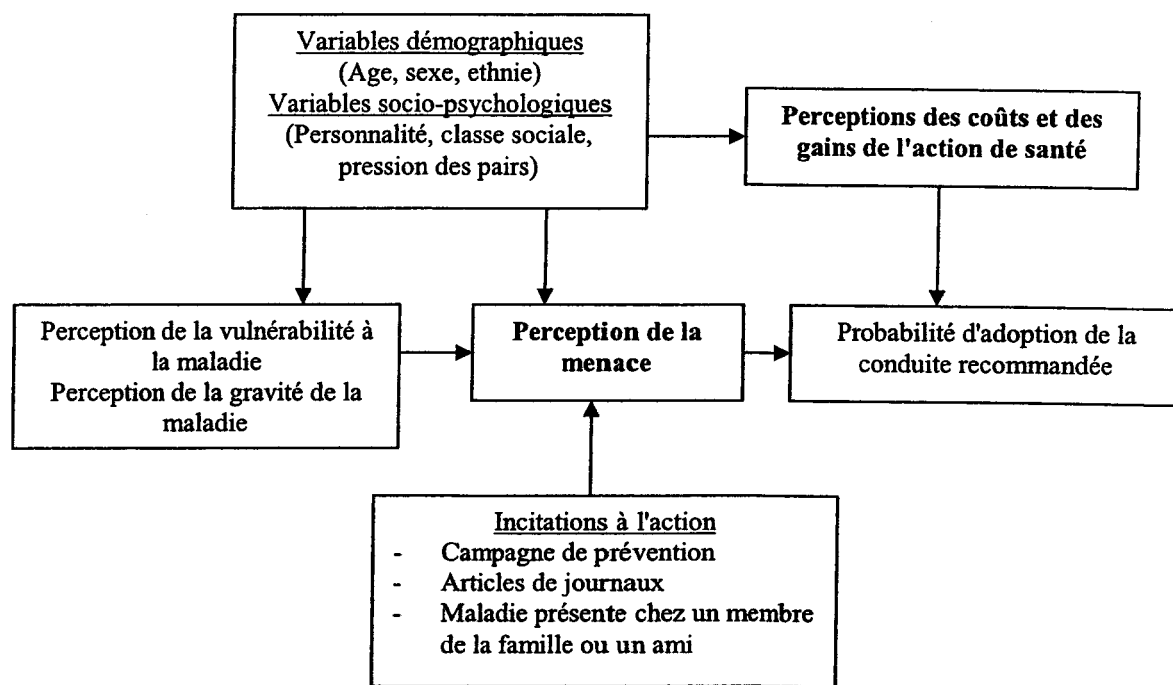


Figure 1.1 : Les variables du HBM et leurs relations (d'après Becker et Maiman, 1975)

Les études utilisant le HBM font état de résultats contradictoires. Plusieurs recherches ont mis en évidence qu'il n'y avait pas de différences significatives dans les croyances sur la santé entre des groupes de patients hypertendus observants et non-observants (Andreoli, 1981 ; Cronin, 1986 ; Hamilton et al., 1993). Inversement, Janz & Becker (1984) ont calculé le pourcentage d'études qui repportaient des effets significatifs des quatre variables "clé" du HBM sur la mise en place des comportements de santé et ont ainsi déterminé que la susceptibilité était significative dans 81% des études, la sévérité dans 65%, les bénéfices dans 78%, et les coûts ou obstacles dans 89%. Les obstacles constitueraient donc la dimension du HBM qui explique le mieux les comportements d'observance (Brown & Segal, 1996). D'autres chercheurs suggèrent que les bénéfices et les obstacles perçus représentent des points opposés d'un même continuum (Cummings, Jette, & Rosenstock, 1978). Ainsi, Richardson, Simmons-Morton, et Annegers (1993) ont rapporté que les "obstacles nets" (*net barriers*, c'est-à-dire les bénéfices moins les coûts) expliquent 50% des comportements de non-observance dans l'utilisation des médicaments anti-hypertensives, les effets secondaires constituant un facteur

dissuasif majeur. Toutefois, dans une meta-analyse des études utilisant le HBM, Harrison, Mullen, et Green (1992) ont montré que les quatre éléments du HBM étaient corrélés de façon significative mais faible avec les comportements en lien avec la santé (réduction des risques comme la perte de poids ou la vaccination, observance de l'administration d'insuline ou de la prise d'un traitement anti-hypertenseur, ...).

Ces résultats contradictoires ont fait naître de nombreuses critiques à l'égard de ce modèle (Brown, DiClemente, & Reynolds, 1991 ; Schwarzer, 1992). Parmi celles-ci on peut retenir que :

- si la perception de la menace semble nécessaire à l'adoption d'un comportement de santé, elle est en elle-même insuffisante pour qu'un changement s'amorce (Beck & Frankel, 1981). D'autres variables, notamment le contrôle perçu, accompagnent la perception d'une menace;
- le modèle ne dit rien du processus qui permet de passer de ces différentes perceptions à une décision d'action.
- Peu d'informations sont données sur la façon de mesurer les facteurs du modèle, ce qui amène des résultats très disparates. On peut notamment signaler dans le domaine des études sur l'HTA que les obstacles perçus sont mesurés parfois en termes de coût financier du traitement, parfois en termes d'effets secondaires, parfois en termes d'oublis des prises médicamenteuses ou encore en termes de difficulté à obtenir des renouvellements d'ordonnance.

De plus, pour Godin (1991), il semblerait que le HBM soit plus approprié pour l'étude des comportements de santé préventifs ponctuels (par exemple dépistage des maladies asymptomatiques) que pour la compréhension des changements de comportement.

Cependant, de façon générale, le HBM reste l'un des modèles les plus utilisés pour prédire l'adoption des comportements de santé car même si les concepts mis en jeu dans le HBM ne sont pas suffisants pour différencier les individus susceptibles de développer ou non un comportement d'observance, ils restent associés aux changements de comportement. De plus, les recherches récentes utilisant ce modèle le complètent en y intégrant d'autres facteurs issus d'autres modèles théoriques. Ainsi, en 1988, Rosenstock, Strecher et Becker ont souhaité étendre le HBM en y intégrant le concept d'efficacité personnelle. Avant 1980, ce concept était intégré dans le HBM en tant qu'obstacle au même titre que les coûts de l'action (Janz & Becker, 1984), mais Rosenstock et ses collègues (1988) ont jugé ce concept comme l'un des facteurs les plus importants dans la prédiction des changements de comportements de santé.

1.3.3.2.2. Les études basées sur la Théorie Sociale Cognitive (Bandura, 1977, 1986, 1997) et le concept d'efficacité personnelle :

A l'origine, la Théorie Sociale Cognitive de Bandura (1977, 1986, 1997) n'a pas été spécifiquement développée pour le domaine de la santé. Pourtant, de nombreuses études et modèles ont utilisé un concept clé de cette théorie pour prédire l'adoption des comportements de santé. Reconnaissant l'influence de l'environnement social et des apprentissages réalisés par les individus sur les comportements sociaux, Bandura fait reposer sa théorie sur l'hypothèse selon laquelle les différences individuelles dans la façon d'accomplir une action ou d'adopter un comportement s'expliquent en grande partie par deux attentes : les attentes de résultats et les attentes d'efficacité personnelle.

Les attentes de résultats sont les croyances sur les conséquences probables du comportement envisagé, tandis que les attentes d'efficacité personnelle sont des croyances relatives aux capacités nécessaires pour organiser et mettre en œuvre des actions spécifiques en vue de répondre aux demandes particulières d'une tâche.

Bandura (1986) identifie quatre sources principales utilisées par les individus pour développer leurs cognitions d'efficacité : les performances antérieures, le modelage social (i.e., l'imitation), la persuasion sociale, et l'interprétation de manifestations viscérales d'origine émotionnelle. Les performances antérieures constituent la source d'information d'efficacité la plus importante (McAuley, Blissmer, & Marquez, 2001).

Selon cette théorie, un individu adopte un comportement s'il considère que ce dernier contribue à l'atteinte de résultats escomptés, mais avant tout s'il a suffisamment confiance en sa capacité de le réaliser au moment de le faire.

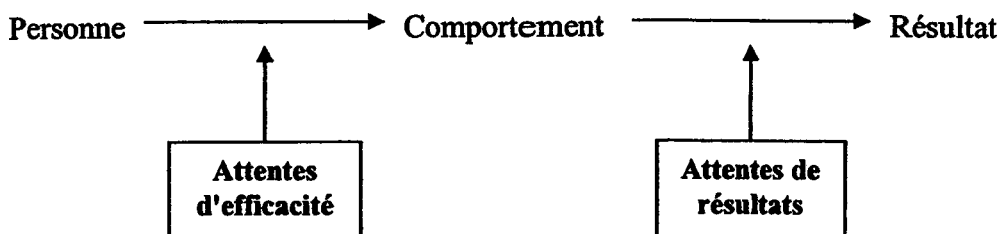


Figure 1.2 : Différence d'intervention entre attentes d'efficacité et attentes de résultats dans le processus d'actualisation d'un comportement (d'après Bandura, 1977).

Clark et Dodge (1999) notent que les études sur l'efficacité personnelle dans le domaine de la santé ont principalement utilisé une approche transversale, et ont montré une association entre les croyances d'efficacité personnelle et les comportements visés sans toutefois mettre en évidence une forte capacité explicative de ce concept dans l'adoption des comportements de santé. Concernant les quelques études longitudinales, ces mêmes auteurs concluent que le pouvoir explicatif de l'efficacité personnelle dépend à la fois du comportement ciblé (par exemple, bonne prédiction des comportements de protection solaire, mais peu d'explication des comportements d'utilisation des préservatifs, ou d'arrêt du tabagisme), et du moment de mesure de ce concept (par exemple, plusieurs études utilisant l'efficacité personnelle comme prédicteur de l'activité physique de la personne montrent des résultats contradictoires qui peuvent s'expliquer par le fait que l'initiation d'une activité physique est bien plus facile que son maintien dans le temps). Ainsi, "...l'efficacité personnelle devrait être mesurée à différents moments, et devrait être évaluée de manière spécifique à chacun des comportements et à chaque étape du processus de poursuite du but de santé..." (Maes & Karoly, soumis).

Dans une revue de la littérature sur les stratégies préventives visant à améliorer l'observance des comportements de santé dans le domaine des maladies cardiovasculaires, Burke, Dunbar-Jacob et Hill (1997) concluent toutefois que les interventions basées sur le renforcement de l'efficacité personnelle apparaissent être les plus robustes pour les comportements de santé tels que l'arrêt du tabagisme (Conditte et Lichtenstein, 1981 ; Taylor, Houston-Miller, Killen, & DeBusk, 1990), l'exercice physique (Ewart, Stewart, Gilligan, & Kelemen, 1986 ; Ewart, & Taylor, 1985) et les régimes alimentaires (Burke, Dunbar-Jacob, Sereika, Rohay, 1996 ; McCann, Bjovberg, & Brief, 1995 ; McCann, Follette, Driver, Brief, & Knopp, 1988). Bien que les études descriptives sur le rôle de l'efficacité personnelle dans les changements de comportement aient relativisé l'effet de cette variable, les essais cliniques montrent que les interventions visant à faciliter les changements de comportements de santé en s'appuyant sur le renforcement de l'efficacité personnelle sont parmi les plus utiles à l'heure actuelle.

Aucune étude spécifique utilisant la Théorie Sociale Cognitive n'a été utilisée dans le cadre de la prise de médicaments antihypertenseurs. Ceci est peut-être dû au fait que la prise d'une pilule peut être perçue comme un comportement simple à mettre en place. Cependant, l'efficacité personnelle perçue ne peut à elle seule expliquer l'adoption d'un comportement et la capacité perçue de mettre en œuvre des actions de santé ne conduit pas toujours à la probabilité du comportement et à sa mise en place. Toutefois, ce concept semble tellement

important dans la genèse des comportements que plusieurs autres auteurs l'ont intégré à leur théorie. C'est le cas du HBM (Rosenstock et al., 1988), de la théorie de la motivation à se protéger (Maddux et Rogers, 1983 ; Rogers, 1975), et de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985).

1.3.3.2.3. Les études basées sur la Théorie de l'Action Raisonnée (Theory of Reasoned Action – TRA) et la Théorie du Comportement Planifié (Theory of Planned behaviour - TPB) :

Une autre théorie non spécifique au domaine de la santé a permis d'étudier les changements de comportement dans le cadre de la maladie. La théorie de l'action raisonnée (TRA - Fishbein & Ajzen, 1975) postule que l'intention d'adopter un comportement est le déterminant premier de sa mise en place. Cette intention est à son tour influencée par une série d'attitudes envers le comportement ciblé (par exemple, dans le cadre de la maladie hypertensive, « baisser ma pression artérielle est une bonne chose pour moi », « prendre mon traitement anti-hypertenseur ne me pose pas de problème »), et par les normes subjectives que l'individu entretient vis à vis du comportement (c'est-à-dire la pression sociale perçue qui inciterait ou non à réaliser le comportement comme prendre son traitement). L'intensité des attitudes est déterminée par la somme (a) des croyances relatives aux conséquences probables du comportement et (b) de la valeur accordée à ces conséquences. De manière analogue, les normes subjectives sont une fonction des croyances normatives relatives à la pression des pairs pondérées par le degré d'adhésion du sujet à chacune de ces normes (un résumé du modèle est donné par la figure 1.3).

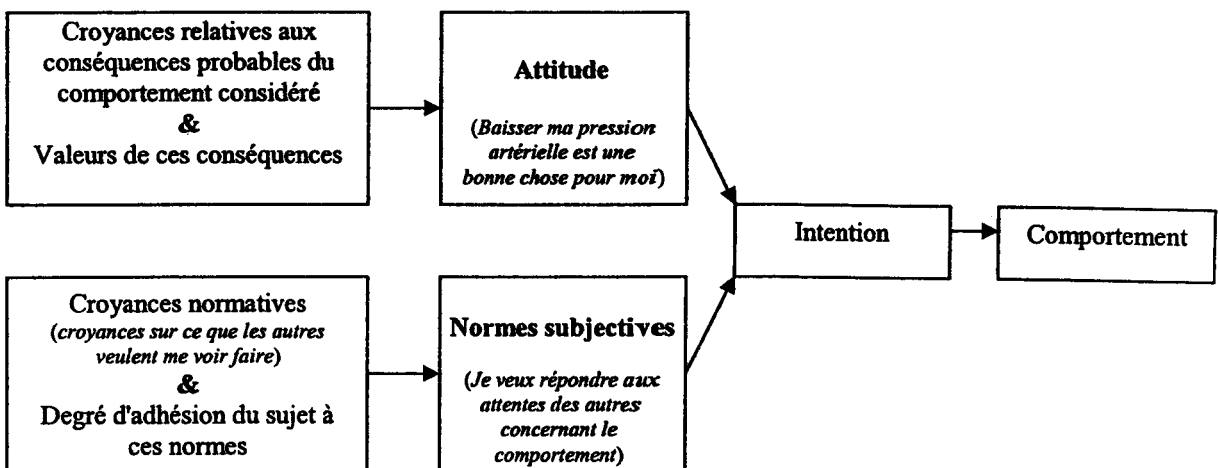


Figure 1.3 : Schéma de la théorie de l'action raisonnée (TRA)

En 1985, Ajzen développe un modèle étendu de la TRA en intégrant le concept de perception du contrôle comportemental. La théorie de l'action planifiée conceptualise la perception du contrôle comportemental comme l'aisance ou la difficulté perçue à réaliser un comportement (Ajzen, 1988). Ce concept reflète également l'expérience passée et l'anticipation des obstacles. Dans le cadre de comportements qui ne seraient pas le souhait de l'individu, la perception du contrôle comportemental est supposée être un autre déterminant important de l'intention de la mise en place d'un comportement aussi bien que de l'adoption effective de ce comportement. Elle trouve ses origines à la fois dans les croyances de contrôle concernant les ressources et les occasions jugées nécessaires à la réalisation du comportement, et à la fois dans la valeur perçue de ces contrôles (un résumé du modèle est donné par la figure 1.4).

Dans de nombreuses études, ce concept a souvent été rapproché de celui d'efficacité personnelle perçue, en devenant même un synonyme. Ajzen lui-même (1987, 1991) confirmera la similarité des deux notions, même si les items employés pour mesurer le contrôle comportemental perçu renvoient à deux idées complémentaires : le contrôle de la possibilité d'effectuer le comportement et l'aisance ou la difficulté associée à l'exécution du comportement.

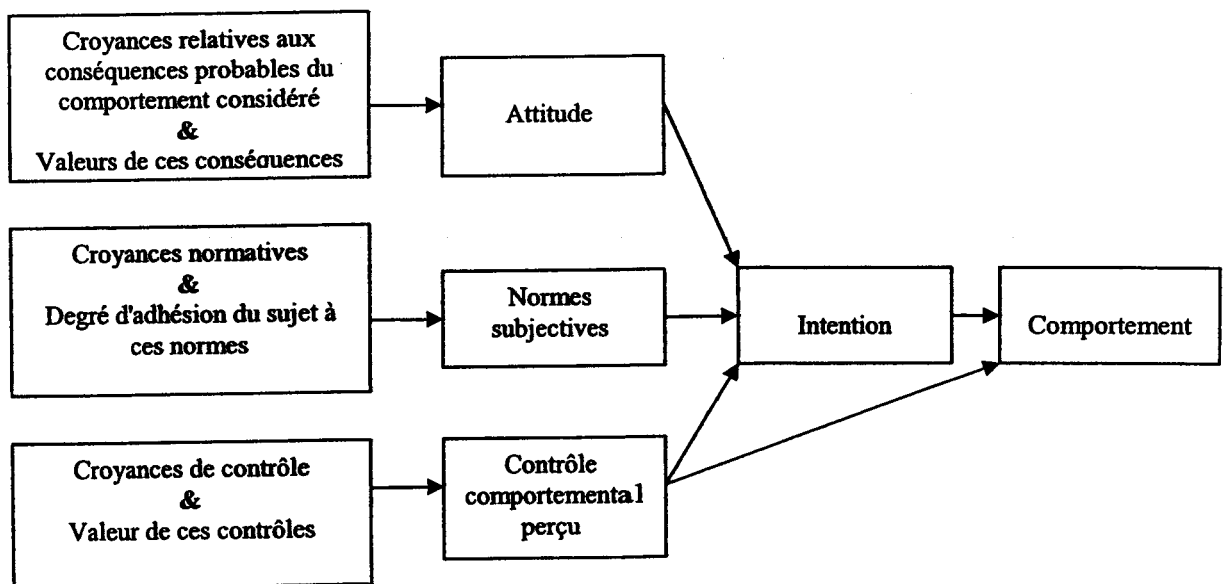


Figure 1.4 : Schéma de la théorie du comportement planifié (TPB)

Une méta-analyse des recherches utilisant la TRA et la TPB montre que ces modèles expliquent en moyenne entre 40% et 50% de la variance des intentions et entre 19% et 38% de la variance des comportements effectifs (Sutton, 1998). Par exemple, Eisen, Zellman, & McAlister (1992) ont montré que l'intention de devenir sexuellement actif est un déterminant significatif de l'engagement dans l'activité sexuelle. Toutefois, une revue de la littérature récente (Godin et Kok, 1996) a montré que dans 50% des études sur les comportements liés à la santé, le contrôle comportemental perçu expliquait sensiblement plus la variance totale du comportement que ne le faisait l'intention comportementale. De la même façon, une méta-analyse (Hausenblas, Carron, & Mack, 1997) a conclu que la perception du contrôle comportemental explique à la fois l'intention de développer le comportement et l'adoption effective de ce comportement.

Cependant, Miller, Wikoff, et Hiatt (1992) ont testé la TRA en utilisant les modélisations en équations structurales dans une étude sur des patients hypertendus à propos du suivi des recommandations du médecin concernant le régime alimentaire, l'exercice physique, la réduction du stress, l'arrêt du tabagisme, et la prise de médicaments. Les résultats ont indiqué que l'intention (le concept le plus important dans la TRA) de prendre les médicaments n'était pas un prédicteur de l'observance médicamenteuse réelle. Par contre, l'attitude prédisait dans un lien direct les comportements d'observance médicamenteuse. Concernant les autres comportements (régime alimentaire, exercice physique, réduction du stress, arrêt du tabagisme), l'intention était un prédicteur direct de l'observance, de la même façon que l'était l'attitude pour l'intention.

Une seconde étude a utilisé la TPB pour expliquer les comportements d'observance dans le cadre de l'hypertension artérielle (Taylor, Bagozzi, & Gaither, 2001). Cette recherche a cependant opéré quelques modifications par rapport à la théorie d'Ajzen. Tout d'abord elle a différencié plusieurs sortes d'attitudes : l'attitude envers le succès, l'attitude envers l'échec et l'attitude envers le processus (c'est-à-dire les comportements à adopter pour réduire la pression artérielle). Ensuite, elle a postulé que les attitudes et les normes subjectives étaient des déterminants indirects de l'intention via le filtre des désirs. Enfin, elle a introduit les essais passés comme des prédicteurs du comportement actuel. Deux modèles liés au genre ont été testés en utilisant les modélisations en équations structurales. Dans les deux modèles les essais passés étaient des prédicteurs qui expliquaient une grande part de la variance du comportement actuel. De la même façon, le contrôle comportemental perçu et les désirs expliquaient la mise en place des intentions. Chez les femmes, les normes subjectives étaient également un prédicteur important à la fois des désirs et du comportement actuel. Seul le

modèle testé chez les hommes permettait d'observer une prédiction du comportement actuel par les intentions.

Au vu des résultats présentés, l'intégration du concept de désirs semble peu pertinente puisque les attitudes et les normes subjectives (hormis chez les femmes) n'expliquent pas ces désirs. De plus, les désirs sont opérationnalisés d'une façon très proche des intentions, ce qui explique les liens observés entre ces deux concepts. D'autre part, bien que les modélisations en équations structurales aient été non significatives (c'est-à-dire que les modèles observés ne diffèrent pas des modèles théoriques attendus), il semble pertinent de supposer que les essais passés sont en grande partie responsables de ce résultat. En effet, la fréquence des actions passées fait souvent partie des meilleurs prédicteurs des conduites futures (Sutton, 1994). Ce truisme va fréquemment de pair avec l'idée que cette relation passé/futur n'est pas porteuse de sens. Ainsi, Ajzen (1991) considère que le comportement passé est simplement une variable représentant une multitude de facteurs générant une consistance dans la réponse. Nous reviendrons dans la conclusion de cette partie sur cet aspect des comportements passés et proposerons une explication à la relation comportements passés/futurs.

Les résultats des études présentées précédemment laissent penser que les éléments de la TRA et de la TPB sont des prédicteurs de l'intention et des comportements effectifs dans certains contextes. Chez Miller et al. (1992), l'intention n'est prédictive du comportement que quand il s'agit de changement au niveau du style de vie et non quand le comportement ciblé fait référence à la prise d'un médicament. Quant à l'étude de Taylor et al. (2001), elle a montré que le lien intention/comportement n'était observé que chez les hommes.

Il semblerait donc que ces modèles, à travers le lien intention/comportement, ne permettent d'expliquer que partiellement pourquoi certaines personnes adoptent des comportements d'observance et d'autres non. D'autres investigations sont nécessaires pour déterminer quelles sont les variables expliquant plus de variance dans la mise en place des comportements.

1.3.3.2.4. Les études basées sur le Modèle de l'Auto-Régulation de Leventhal (Self-Regulation Model – SRM):

Leventhal et ses collègues (Leventhal, 1993 ; Leventhal et al., 1998 ; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) ont développé un modèle dit d'autorégulation car il conçoit le comportement en général, et les comportements d'observance thérapeutique en particulier, comme dépendants des représentations cognitives d'un individu concernant (1) son état actuel,

(2) son état désiré, (3) les plans d'action permettant de changer l'état actuel et (4) les moyens pour évaluer les progrès faits en ce sens.

En effet, dans le SRM, trois étapes sont utilisées pour décrire la régulation du comportement d'une personne face à un problème de santé : (1) la représentation cognitive d'une menace pour la santé, (2) la phase de coping durant laquelle l'individu essaie de faire face au problème, et (3) la phase d'évaluation durant laquelle l'individu utilise des critères spécifiques pour juger du succès de ses stratégies de coping. Durant cette dernière, si l'individu perçoit des progrès insuffisants, des modifications peuvent s'opérer au niveau des représentations et des stratégies de coping à mettre en place.

Parallèlement, des réactions émotionnelles peuvent s'opérer à chacune de ces trois étapes, et le SRM postule que des stratégies de coping et des évaluations peuvent être générées pour les contrôler. Ces processus émotionnels interagissent la plupart du temps avec les processus cognitifs impliqués dans la représentation et l'adaptation au problème de santé lui-même, mais peuvent parfois aussi être partiellement indépendants (Leventhal, 1970).

Ces deux systèmes d'autorégulation, le système cognitif permettant de faire face aux menaces perçues pour la santé et son système parallèle permettant de gérer les émotions générées par ces menaces, sont activés par les stimuli provenant de l'environnement (comme les messages sur la santé relayés par les médias ou les autres individus) et/ou de la personne elle-même (comme le vécu des symptômes). La construction d'une représentation mentale du problème de santé, la génération de stratégies de coping pour y faire face, et l'activation de critères permettant d'évaluer les résultats de ces stratégies reflètent l'interaction constante des stimuli environnementaux et perceptuels avec le système mnésique de l'individu.

Ainsi, différentes personnes peuvent construire différentes représentations mentales d'un même problème de santé et peuvent penser que différentes stratégies de coping sont appropriées pour y faire face. De même, une même personne peut percevoir le même type de problèmes de santé de façon différente à différents moments, et ainsi, choisir des façons différentes de s'y adapter, et utiliser différents critères d'évaluation pour juger de l'efficacité des stratégies employées.

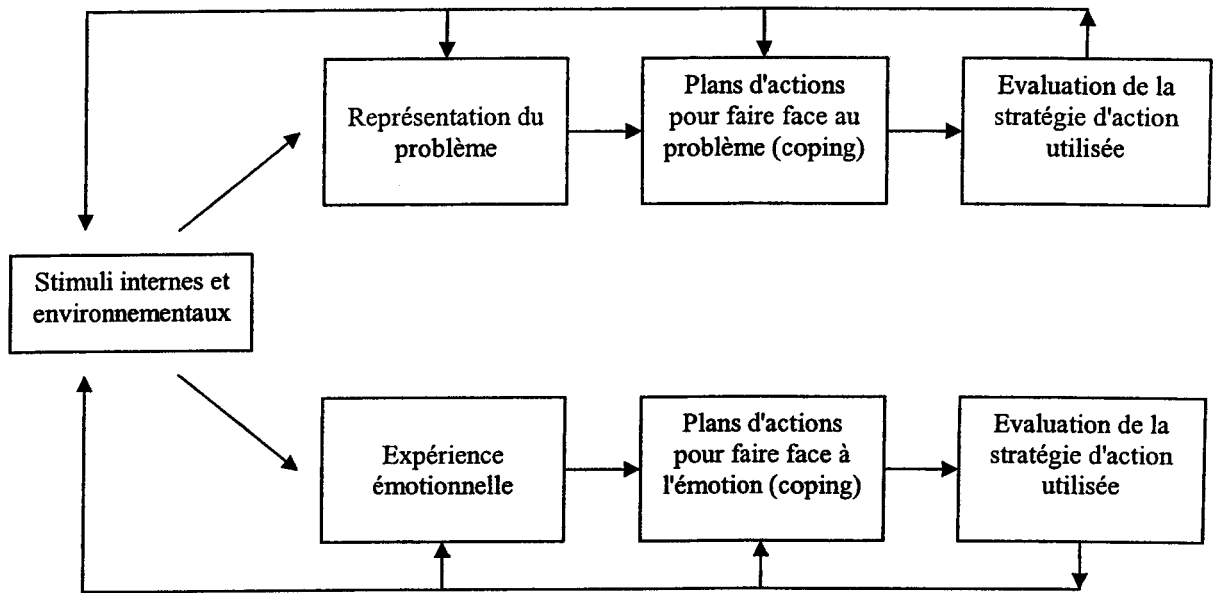


Figure 1.5 : Schéma du modèle d'autorégulation des comportements face à la maladie (d'après Leventhal et Cameron, 1987)

Le concept de représentation de la maladie est donc central dans le SRM. Les représentations peuvent être définies à la fois par leur contenu et par leur organisation. Le contenu des représentations se réfère à la nature des menaces pour la santé rencontrées et peut varier sur cinq dimensions : (1) L'identité de la menace (par exemple hypertension artérielle, cholestérol...) et des symptômes associés (fatigue, maux de tête, étourdissements...), (2) la structure temporelle de la maladie c'est-à-dire la durée de la maladie jusqu'à la guérison, (3) la cause (sédentarité, tabagisme, alimentation trop salée ou riche en graisse...), (4) les conséquences réelles ou fictives (décès, baisse de la libido, absentéisme au travail, incapacité d'activité physique...), et (5) le traitement ou le contrôle, qui indique dans quelle mesure la personne perçoit sa maladie comme pouvant être soignée ou influencée. L'organisation des représentations est liée à l'agencement des différents éléments de leur contenu (par exemple, une maladie symptomatique, identifiable, de courte durée, causée par un virus, sans conséquence grave, et contrôlable par un traitement médicamenteux).

Les premières tentatives d'évaluation des représentations de la maladie ont consisté en des entretiens non-directifs ou en des questions ouvertes et fermées. Ainsi, dans une recherche de 1985, Meyer, Leventhal, et Gutmann ont exploré, chez des patients hypertendus, les représentations de leur maladie. 90% des patients pensaient pouvoir identifier les moments où leur pression artérielle était élevée grâce à la présence de symptômes tels que des maux de tête, alors que 80% d'entre eux étaient précédemment d'accord avec l'assertion selon laquelle

rien ne permettait à une personne hypertendue de dire à quel moment sa pression artérielle était élevée. De plus, ces patients tendaient à utiliser la présence de symptômes comme un indicateur pour la prise de médicaments. Si leurs médicaments ne changeaient pas la situation (les symptômes), ils ne les prenaient plus, et leur pression artérielle n'était pas ou peu contrôlée. L'observance était donc déterminée par les perceptions des patients concernant les symptômes et par une représentation de la maladie hypertensive comme ponctuelle plutôt que comme chronique (structure temporelle de la représentation) et asymptomatique. Ces résultats ont été confirmés par une étude de Pennebaker et Watson (1988).

Plus tard, des auteurs ont développé des questionnaires pour évaluer les représentations de la maladie. Ainsi, des instruments génériques comme le Questionnaire de Perception de la Maladie (Illness Perception Questionnaire – IPQ, Weinmann, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996) reflétant directement les éléments du SRM et le Questionnaire des Modèles Implicites de la Maladie (Implicit Models of Illness Questionnaire – IMIQ, Turk, Rudy, & Salovey, 1986) ont été construits. Par ailleurs, Scisney-Matlock (1998) a souhaité développer un instrument spécifique : les Echelles des Représentations Cognitives de l'Hypertension (Cognitive Representations of Hypertension Scales). Malheureusement, une analyse des items montre que le contenu de cette échelle fait plus référence à des attitudes envers la maladie et le traitement ou à un vécu de la maladie qu'à de véritables représentations de la maladie. Par conséquent, nous n'y ferons pas référence.

Dans une étude utilisant une version adaptée du IMIQ, Van-Der Hofstadt, Rodriguez-Mari, Quiles, Mir, et Sitges (2003) montrent les divergences existant entre les représentations de la maladie hypertensive par les patients et par les médecins. Sur les neuf facteurs de représentations que comprenait cette version adaptée (identité de la maladie, cause de la maladie, invalidité due à la maladie, possibilité de soins, localisation anatomique, responsabilité personnelle dans l'étiologie de la maladie, possibilité de contrôle de la maladie, évolutivité de la maladie, et influence de la chance dans l'évolution de la maladie), tous, à l'exception du facteur de contrôle, montraient des différences significatives entre patients et médecins. Les représentations sur le facteur de contrôle de l'hypertension étaient identiques dans les deux groupes. Cette dernière constatation pourrait s'expliquer partiellement par la relation médecin-patient : par exemple, un médecin ayant une attitude négative envers la gestion de l'hypertension et une représentation de "contrôle difficile" de la maladie pourrait transmettre ces représentations au patient. Cette relation devrait être approfondie par des recherches supplémentaires car il est pertinent de penser que la perception du contrôle d'une maladie est un facteur important dans les comportements d'observance subséquents. En effet,

dans une méta-analyse de la littérature, Hagger et Orbell (2003), ont montré que les perceptions de contrôle des patients étaient positivement associées avec la vitalité, le bien-être psychologique et l'adaptation sociale, et négativement corrélées avec la détresse psychologique et un mauvais état de santé lié à la maladie.

Bien que le SRM soit un modèle récent et que peu de résultats soient disponibles à l'heure actuelle, il semble que l'étude des représentations cognitives de la maladie soit essentielle à notre compréhension de la réponse du patient à sa maladie et de son observance des recommandations thérapeutiques. Comprendre les éléments qui composent la représentation cognitive d'une maladie devrait permettre au professionnel de santé d'évaluer les représentations du malade et, en retour, de formuler des interventions ayant pour but de construire des représentations plus en adéquation avec la situation particulière de l'état de santé du patient (Johnson, 1999). Les résultats encourageants dans ce domaine devraient conduire à la mise en place de nouvelles recherches, notamment au niveau de l'opérationnalisation de l'ensemble du SRM.

1.3.3.2.5. Mise au point sur la notion de contrôle personnel :

Rares sont les modèles sur l'explication des conduites de santé qui n'intègrent pas des variables sur les croyances de contrôle, que ce soit en termes d'efficacité personnelle (Bandura, 1977, 1986, 1997 ; Rogers, 1975), de contrôle comportemental perçu (Ajzen, 1988), de traitement/contrôle de la maladie (Leventhal, 1993 ; Leventhal et al., 1998) ou de croyance générale sur l'origine des événements nous arrivant (Rotter, 1966).

Bien que dans la première version du HBM, le concept de contrôle n'ait pas été exposé clairement, on peut considérer qu'il était présent de manière latente dans la dimension "obstacles perçus". Plus ces obstacles étaient importants et moins la personne percevait de contrôle dans la gestion de sa maladie. Plus tard, Rosenstock (1988) et ses collègues ont intégré explicitement le concept d'efficacité personnelle dans le HBM.

Dans la littérature, l'efficacité personnelle (Bandura, 1977, 1986) a souvent été envisagée comme un synonyme du contrôle comportemental défini par Ajzen (1988). Cependant, un examen minutieux de la manière de mesurer le contrôle comportemental perçu (Ajzen & Madden, 1986 ; Madden, Ellen, & Ajzen, 1992) suggère que les items utilisés reflètent à la fois le contrôle de la possibilité d'effectuer le comportement, et l'aisance ou la difficulté associée à l'exécution du comportement. Cette constatation est étayée par les travaux montrant que la consistance interne des items composant le facteur de contrôle comportemental perçu est faible (Ajzen, 1991 ; Conner & Armitage, 1998), et que la structure

factorielle de ce concept fait apparaître deux facteurs (Trafimow, Sheeran, Conner, & Finlay, 2002). Ajzen (2002b) a depuis reconnu l'existence de ces deux facteurs et les a nommé facteur d'efficacité personnelle (croyances en ses capacités) et facteur de contrôle (croyances d'un contrôle personnel sur le comportement). Cette distinction renvoie également à la notion de contrôle interne ou externe.

Dans la théorie de l'apprentissage de Rotter (1966), la réalisation d'une activité par un individu dépendra des attentes de résultats, de leurs valeurs, des chances de succès et enfin de la conception générale de l'individu concernant les liens de dépendance entre ses conduites et les résultats attendus. Ainsi, en dernière instance, un individu n'exercera une action sur son environnement que s'il pense que les événements de sa vie sont bien les conséquences de ses actes, de ses caractéristiques personnelles (on parlera de contrôle interne).

A l'inverse, si la personne croit que les événements de sa vie sont plutôt dus au hasard, à la chance ou à l'influence d'autres "tout-puissants", alors elle sera moins encline à l'action puisqu'elle ne s'attendra pas à ce que celle-ci produise ces événements (contrôle externe).

Le contrôle perçu est donc ici abordé à travers la façon dont l'individu conçoit les liens entre des moyens (internes ou externes) et des fins plus ou moins désirables (Skinner, 1996). Cette relation causale entre les conduites de l'individu et les conséquences a également été décrite par les théories sur l'attribution causale (Heider, 1958 ; Jones & Davis, 1965 ; Kelley, 1967 ; Weiner, 1979). Bien que ces dernières s'intéressent au degré de relation causale que les gens établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques et les résultats, alors que les théories sur le Locus of Control décrivent le processus par lequel les gens expliquent et interprètent les conduites et les états émotionnels, toutes ces théories ont en commun une conception interne/externe des événements psychologiques.

L'application du concept de *locus of control* (littéralement, lieu de contrôle) conduit à l'hypothèse que les individus "internes" se sentiront plus responsables de leur état de santé que les individus "externes", adhéreront plus facilement aux recommandations de leur médecin et chercheront activement des informations permettant de maintenir leur qualité de vie.

En 1978, Wallston, Wallston, et DeVellis ont développé l'Echelle Multidimensionnelle du Lieu de Contrôle sur la Santé (Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLOC) pour mesurer les attributions du contrôle sur la santé impliquant soit des facteurs internes (les patients eux-mêmes), soit des facteurs externes (par exemple, les médecins), soit des facteurs de chance (par exemple, le hasard). Une étude a utilisé la MHLOC pour étudier l'influence du lieu de contrôle sur l'observance des patients hypertendus (Botha, Du Plessis, Van Rooyen, & Wissing, 2002). Les résultats ont montré que les personnes qui obtenaient les

scores les plus élevés dans le facteur contrôle interne étaient les plus observantes des traitements.

L'hypothèse posée par Rotter est donc confirmée : la perception d'un plus grand contrôle (interne) sur sa santé est un facteur influençant de façon positive les issues de la maladie. Elle est également appuyée par les résultats présentés dans ce chapitre concernant les notions de contrôle intégrées dans les modèles théoriques précédemment proposés :

- le HBM (Rosenstock, 1974) montre que la présence d'obstacles (traduisant un manque de contrôle) est un frein à l'observance thérapeutique,
- l'efficacité personnelle décrite dans la Théorie Sociale Cognitive de Bandura (1977, 1986) améliore les comportements d'observance,
- dans la TPB (Ajzen, 1985, 1988), c'est le contrôle comportemental perçu qui est prédictif d'une meilleure adhérence aux recommandations médicales,
- Le SRM de Leventhal (1993) observe que les représentations du contrôle/traitement de la maladie sont associées à un meilleur état de santé et à un plus grand bien être.

Les perceptions de contrôle sont donc bien des déterminants majeurs de l'observance thérapeutique quelle que soit la terminologie employée pour les décrire.

1.3.3.2.6. Conclusion sur les déterminants de l'observance thérapeutique liés au patient :

Les études cherchant à identifier les déterminants des comportements d'observance thérapeutique liés au patient hypertendu se sont appuyées sur des théories cognitives développées pour trois d'entre elles en dehors du champ de la santé (Théorie Sociale Cognitive de Bandura, Théorie de l'Action Raisonnée de Fishbein et Ajzen, et Théorie des Comportements Planifiés de Ajzen). Toutes ont cependant ciblé les processus psychologiques à l'œuvre dans l'intention de changer de comportements de santé.

Les théories issues de la psychologie sociale ont apporté les concepts d'attitudes, de normes subjectives et de contrôle comportemental perçu/efficacité personnelle pour décrire les intentions de comportement (probabilité de comportement dans la théorie de Bandura). Ces éléments ont montré leur importance dans l'explication d'une partie de la variance de l'adoption de comportements sains pour la santé dans le cadre de la maladie hypertensive.

Le HBM et le SRM sont deux théories développées spécifiquement pour le champ de la santé. Cependant, le HBM serait plus utile dans la prédiction des comportements de prévention primaire, alors que le SRM expliquerait directement les comportements face à la maladie. Dans le HBM, ce sont les perceptions des individus qui sont supposées expliquer la mise en place d'un comportement. Ces perceptions touchent à la fois à la susceptibilité et à la

sévérité de la maladie, ainsi qu'aux bénéfiques et aux obstacles liés à la mise en place du comportement. Les recherches réalisées pour tester ce modèle (HBM) montrent que ce sont les obstacles, voire les obstacles nets (les bénéfiques moins les obstacles), qui prédisent le mieux l'adoption d'un comportement. Dans le SRM, les représentations tiennent une place centrale pour prédire les comportements que le patient met en place dans le but de gérer sa maladie. Dans le cadre de la maladie hypertensive, il semble que les représentations liées aux symptômes et aux traitements soient les plus utiles pour expliquer, chez les personnes concernées, l'observance envers les recommandations de leur médecin.

Chaque théorie ou modèle présenté a permis d'expliquer une part de la variance observée dans les changements de comportements liés à l'HTA et donc de l'observance thérapeutique. Ainsi, plusieurs auteurs proposent aujourd'hui d'intégrer les concepts des théories explicatives des changements de comportements de santé dans un modèle unique dit "intégrateur".

C'est le cas de Godin (1996, 2002), mais aussi de Fishbein (2000). Les deux modèles proposés sont très proches dans l'organisation structurale des concepts mis en jeu. Ces derniers sont empruntés aux théories que nous avons présentées dans ce chapitre. Seul le concept de représentation de la maladie n'était pas présent dans ces modèles.

Godin et al. (1996) montrent que, comparativement aux théories classiques, son modèle intégrateur explique une plus grande part de variance dans l'intention d'utiliser le préservatif chez différents groupes ethnoculturels. Il est alors raisonnable de penser que ce type de résultats devrait être observé dans d'autres études travaillant sur la motivation à adopter divers comportements dans le domaine de la santé (notamment dans le cas de l'hypertension artérielle).

De la même façon, dans une étude sur des interventions favorisant les intentions d'utilisation du préservatif, Fishbein, Hennessy, Yzer, et Douglas (2003) utilisent leur modèle intégrateur (Fishbein, 2000) et notent que les variables du modèle sont prédictives des intentions d'utiliser un préservatif et des comportements effectifs (rapportés par les participants). Toutefois, cette relation n'est plus observée lorsque l'échantillon est composé uniquement des personnes ayant des intentions élevées d'usage du préservatif avant le début de la recherche et la mise en place des interventions. Les auteurs mettent alors en avant les incapacités du modèle à déterminer pourquoi certaines personnes transforment en actes leurs intentions et d'autres non, et s'interrogent sur la nécessité d'une nouvelle théorie. Comme le rappelle Sutton (1998), il est possible d'expliquer ce résultat par un problème méthodologique lié à un manque de variance dans la mesure de l'intention ou du comportement. En effet, dans

cette recherche, les intentions étaient mesurées sur une échelle en sept points, et le groupe des personnes ayant des intentions fortes avant le commencement de l'étude avait été constitué à partir des valeurs six et sept. Il est très probable qu'après la mise en place des interventions, ces personnes étaient renforcées dans leurs intentions et que leur évaluation sur cette même échelle était très similaire à la précédente. Dans ce cas, la variable intention était réduite à deux modalités et cet artéfact méthodologique peut expliquer ce résultat.

Cependant, le problème posé semble conduire à une explication plus complexe. En effet, sans tenir compte de ce résultat, on peut observer que le pouvoir prédictif des intentions est réel mais il n'explique qu'une part de la variance. Le problème est qu'un changement de comportement s'opère à travers le temps et recourt à une succession d'étapes par lesquelles l'individu passe avant de réussir à maintenir un comportement sur le long terme (ou d'abandonner et de revenir à ses anciens comportements). C'est un processus dynamique dans lequel des phases de compréhension du problème, des phases d'élaboration de stratégies d'adaptation au problème, des phases d'action, des phases d'évaluation des actions et des résultats obtenus interagissent les unes avec les autres afin de permettre l'adoption et le maintien du comportement. Or, toutes les théories décrites dans ce chapitre (excepté le Modèle d'Autorégulation de Leventhal, mais dont la partie dynamique n'a pas été opérationnalisée) sont des théories statiques dans le sens où elles prédisent le comportement à partir d'une intention mais sans prendre en compte les multiples étapes par lesquelles va passer l'individu avant d'y parvenir.

A la question de Fishbein et al. (2003) sur la nécessité d'une nouvelle théorie pour comprendre et expliquer pourquoi certaines personnes traduisent en actes leurs intentions et d'autres non, nous répondons donc par l'affirmative. Il est en effet nécessaire de prendre en compte la nature dynamique des changements de comportements à travers les processus d'auto-régulation du comportement de la personne.

D'autre part, un résultat présenté un peu plus tôt dans ce chapitre (Taylor et al., 2001), et démontré dans d'autres recherches dans le domaine de la santé, nous pousse à penser qu'une nouvelle théorie d'autorégulation du comportement spécifique à la santé est nécessaire pour permettre de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'adoption des comportements. Il s'agit du fait que la fréquence des actions passées fait souvent partie des meilleurs prédicteurs des conduites futures (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999 ; Sutton, 1994).

Ainsi, cette observation a souvent été dévalorisée car elle ne permet pas de connaître les facteurs cognitifs sur lesquels on peut agir par des interventions de prévention (Sheeran et al., 1999). De son côté, Ajzen (2002a) considère que la relation entre les comportements

passés et les comportements présents est simplement due à un nombre de médiateurs insuffisants dans la TPB. Selon lui, cette relation représente une variance résiduelle qui peut être considérablement réduite par l'ajout de nouvelles variables. Des recherches empiriques d'autres auteurs ont permis d'établir que bien des concepts tels que les normes personnelles et morales (Conner & Armitage, 1998), les regrets anticipés (Van der Pligt & de Vries, 1998), l'identité de soi (Sparks & Guthrie, 1998), les affects (Manstead & Parker, 1995) et la personnalité (Courneya, Bobick, & Schinke, 1999) avaient tous un pouvoir de prédiction dans la TPB. Cependant, aucune recherche n'a été menée en intégrant à la fois ces concepts et les comportements passés dans un nouveau modèle s'appuyant sur la théorie d'Ajzen.

Une autre suggestion fréquemment utilisée pour expliquer cette relation est que les comportements passés reflètent en fait des habitudes. Plusieurs études utilisant également la TPB ont conceptualisé les comportements passés comme une mesure de l'habitude, avec le postulat que quand le comportement devient habituel, les cognitions ne sont plus activées (Conner & Armitage, 1998 ; Ouellette & Wood, 1998, pour une revue). De façon opposée, Ajzen (2002a) suggère qu'une mesure de l'habitude indépendante des comportements passés devrait permettre d'indiquer une stabilité temporelle plutôt qu'un processus habituel automatique.

Cette dernière explication semble pertinente au regard des théories sur l'autorégulation du comportement puisqu'elle suggère que des personnes pourraient mettre en place des schémas de fonctionnement modulables.

En d'autres termes, alors que certaines personnes auraient des intentions très fortes pour adopter un comportement, elle ne mettrait pas en place des stratégies et des plans d'action adéquats par rapport à la situation. La résistance au changement proviendrait de la façon dont l'individu régule son propre comportement.

Ainsi, c'est la façon récurrente avec laquelle la personne agit pour accomplir des buts dans sa vie qui serait à l'origine de la relation observée entre comportements passés et comportements présents. Cette conception pourrait alors expliquer les résultats observés par Fishbein et ses collègues (2003). Dans leur recherche, les personnes ayant des intentions de comportement importantes avant le commencement de la recherche sont probablement des personnes qui ont déjà envisagé le comportement dans le passé sans réussir à le rendre effectif dans leur pratique. Ces personnes ne fournissaient donc pas les stratégies les plus efficaces pour atteindre leur but. Parmi ces personnes, certaines vont être sensibles aux interventions proposées (support d'informations, d'éducation, ou de conseils) et envisager différemment la

gestion de l'adoption du comportement ciblé, alors que d'autres n'apprécieront pas de la même manière ces interventions et reprendront leur schéma de fonctionnement classique.

Une théorie permettant d'évaluer la façon dont la personne régule son comportement au vu des buts importants dans sa vie est donc nécessaire pour permettre la mise en place d'interventions individualisées qui conduiront la personne non observante à envisager des schémas de fonctionnement plus adéquats à la situation.

1.4. Conclusion :

Tout au long de ce chapitre, nous avons présenté les déterminants de l'observance thérapeutique dans le cadre de l'hypertension artérielle. Ils sont de trois sortes et ont été appréhendés par différentes approches. Ainsi, le modèle biomédical a permis d'identifier les facteurs liés à la maladie et à son traitement, alors que l'approche communicationnelle a mis en avant les éléments de la relation médecin/patient pour expliquer les comportements d'observance, et que les modèles psychosociaux se sont intéressés aux processus cognitifs à l'œuvre dans l'adoption des comportements. Ces trois approches sont complémentaires et des ponts peuvent être faits.

Ainsi, quand l'approche biomédicale montre que les effets secondaires et le nombre de prises des médicaments sont des freins aux comportements d'observance et que la prise du traitement anti-hypertenseur apporte un gain de qualité de vie sur le long terme, le modèle des croyances sur la santé (HBM) contribue à lui fournir un support théorique en décrivant comment les obstacles perçus ne doivent pas dépasser les bénéfices perçus pour que la mise en place du comportement s'opère. De la même façon, alors que l'approche communicationnelle démontre l'importance d'une individualisation du discours du médecin face au patient, la théorie d'autorégulation de Leventhal propose d'évaluer les représentations de la maladie du patient afin de mieux cibler les aspects de l'information qu'il faut mettre en avant face à chaque patient.

L'ensemble des savoirs issus des travaux sur l'observance révèle donc son importance pour la mise en place d'interventions d'éducation dirigées vers l'individu et visant à modifier un comportement lié à la santé.

Cependant, les progrès réalisés depuis de nombreuses années dans la clinique de l'hypertension, tant au niveau de l'aspect des traitements médicamenteux que de la relation médecin/patient, ne sont pas suffisants pour augmenter de façon significative les comportements d'observance. En effet, c'est toujours au patient qu'appartient la décision finale

de suivre ou non son traitement. Et même quand cette décision est prise (intention de suivre le traitement), aucune garantie n'est donnée quant à l'adoption réelle du comportement.

Les mécanismes à l'œuvre dans les changements de comportement sont complexes et différentes étapes peuvent être décrites dans le processus qui mène au maintien dans le temps du comportement ciblé.

C'est pourquoi la recherche devrait aujourd'hui accentuer ses efforts sur la compréhension des processus dynamiques qui permettent à l'individu de devenir observant. Ces processus sont décrits par les théories sur l'autorégulation du comportement et nous les présentons dans le chapitre 2 de ce travail.

Chapitre 2 : Le concept de but à travers les théories sur l'autorégulation du comportement : caractéristiques et processus

2.1. Introduction :

La plupart des théories décrites dans le chapitre 1 se sont principalement centrées sur la sélection d'un but spécifique (à travers le concept d'intention) afin d'expliquer la motivation nécessaire à la mise en œuvre d'un comportement. Cependant, comme nous l'avons montré, l'intention n'est pas suffisante pour expliquer le passage effectif à l'action. Les théories sur l'autorégulation du comportement fournissent alors un cadre étendu pour la compréhension de l'adoption d'un comportement. Selon cette approche, le comportement est dirigé par les buts personnels. Il est donc nécessaire d'étudier leur fonctionnement pour comprendre la régulation de l'activité humaine. Les buts sont des représentations internes d'états ou de conséquences désirés, qui permettent de diriger la personne vers l'atteinte de ces états ou conséquences. Dans la littérature, les buts sont décrits à travers deux particularités bien définies par les termes « contenu/caractéristiques » et « processus de régulation » (Ford, M.E., 1992).

Le contenu se réfère à la conséquence désirée évoquée par un but bien précis. Il constitue un aspect essentiel de la définition du concept de but. Cependant, un but spécifique ne pourrait être uniquement décrit par son contenu. D'autres caractéristiques sont essentielles, notamment sa position au sein d'une organisation regroupant tous les autres buts de l'individu, les liens qu'il tisse avec ces autres buts, ou encore l'orientation qu'est susceptible de prendre la représentation qui le définit.

Le processus se réfère à la régulation du but à travers diverses étapes qui mèneront de sa sélection à son atteinte ou son désengagement. Notre exposé va donc consister à présenter les propriétés des buts en proposant tout d'abord une description des caractéristiques qui définissent ce concept, puis ensuite, en expliquant les mécanismes à l'œuvre dans le processus de régulation d'un but.

2.2. Le concept de but :

2.2.1. Introduction :

Comme nous l'avons déjà précisé un peu plus haut, les buts sont classiquement définis comme des représentations internes d'états ou de conséquences désirés. Cependant, cette définition rapide est sans doute trop laconique puisque les buts peuvent également être la représentation d'un état ou d'une conséquence non désirés que la personne souhaite éviter.

Cette distinction, qui peut sembler futile au premier abord, sera justifiée dans la section sur l'orientation des buts. En premier lieu, partant de la constatation que l'activité humaine est la conséquence de la poursuite simultanée de nombreux buts, nous allons axer notre propos sur l'organisation de la structure des buts d'une personne. Nous nous interrogerons ensuite sur les liens qui unissent les buts au sein de cette organisation et sur leurs conséquences dans la poursuite des buts. Avant de nous intéresser au contenu des buts, nous présenterons l'orientation qui permet de définir spécifiquement la représentation d'une conséquence et de la rendre particulière. Enfin, nous concluons notre exposé sur le concept de but en présentant les liens entre les buts et les émotions qui jouent un rôle de première importance dans leur régulation.

2.2.2. Organisation des buts :

Un des problèmes posés par les théories présentées au cours du premier chapitre provient du fait qu'elles ne prennent en compte qu'un seul but à la fois. En effet, une des particularités de la nature humaine est sa capacité à pouvoir gérer parallèlement de nombreux buts. L'étude d'un but spécifique passe donc par la compréhension de l'organisation de l'ensemble des buts que poursuit une personne.

Si l'on essaie de décrire quelques uns des buts qui organisent notre vie, on s'aperçoit très vite qu'ils ne sont pas tous équivalents et qu'ils varient sur de nombreuses dimensions (voir Austin et Vancouver, 1996, pour une revue). Le niveau d'abstraction est la dimension la plus communément utilisée pour décrire la structure organisationnelle des buts. Cette structure agence les buts dans une hiérarchie qui place à son sommet des buts d'un niveau d'abstraction élevé (comme *être honnête*). Aux niveaux inférieurs, on trouve des buts de niveau intermédiaire beaucoup plus concrets (comme *ne pas tricher, ne pas voler*, ou encore *dire la vérité*), et des buts de niveau bas, notamment les buts d'activation musculaire (comme *prendre en main un objet*)². Les buts des niveaux intermédiaires et des niveaux bas constituent des moyens pour la poursuite des buts des niveaux élevés. Une proposition de représentation de cette hiérarchie est exposée ci-dessous (figure 2.1).

Prenons l'exemple d'une personne qui souhaite arrêter de fumer pour illustrer les différents niveaux de cette hiérarchie. Ce but participe à l'élaboration d'un but plus général qui pourrait être faire des économies. Ce dernier but suppose à son tour l'existence d'un but plus

² De nombreuses théories détaillent davantage les niveaux d'organisation de la hiérarchie des buts, en y plaçant de nombreuses strates (Par exemple, Carver et Scheier, 1998 ; Powers, 1973 ; Scheier et Carver, 2003). Cependant, ces trois paliers sont une constante dans les théories sur l'autorégulation du comportement.

général qui pourrait être l'achat d'une maison pour y fonder une famille. Ce but plus général contribue en fait à un ensemble de valeurs qui met l'accent sur la réussite sociale, le développement personnel, le sens de la famille... Si l'on revient à l'intérêt actuel de la personne qui est d'arrêter de fumer, diverses stratégies peuvent être employées pour y parvenir. Ces stratégies font intervenir d'autres buts plus concrets comme consulter son médecin pour connaître l'éventail des solutions pharmaceutiques d'aide à l'arrêt du tabagisme, demander le soutien de son partenaire, éviter les situations ou les lieux propices à l'envie de fumer. Ces buts nécessitent à leur tour d'autres sous-buts comme prendre rendez-vous avec son médecin, consulter les pages jaunes pour téléphoner à son médecin, activer les tensions musculaires dans les doigts et dans les yeux pour trouver le numéro de téléphone dans l'annuaire téléphonique.

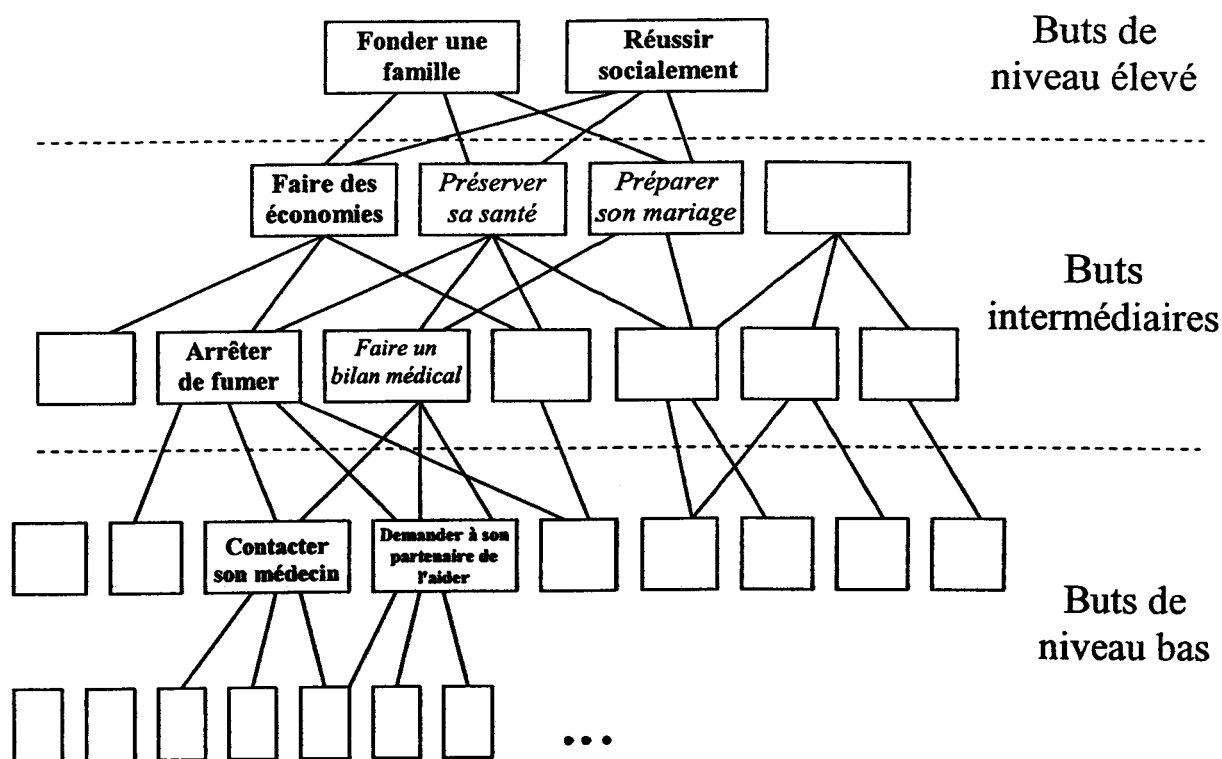


Figure 2.1. : Proposition de représentation de la structure hiérarchique des buts.

La lecture de cet exemple pourrait mener à une conclusion rapide sur la nature unidirectionnelle des liens qui unissent les buts : des buts de niveau élevé font appel à des buts intermédiaires, qui entraînent à leur tour l'activation de buts de niveaux plus bas. Ceci correspond à une conception d'un fonctionnement du haut vers le bas de la hiérarchie. Cependant, une autre conceptualisation du fonctionnement de cette organisation peut s'opérer

du bas vers le haut de la hiérarchie. Dans ce cas, ce sont les stimuli environnementaux qui fournissent un critère d'évaluation pour les buts de niveau bas, constituant ainsi des opportunités ou des menaces pour des buts intermédiaires et des buts de niveau élevé. Ces deux conceptions complémentaires fournissent un cadre pour un fonctionnement bidirectionnel de la hiérarchie.

Une autre formulation erronée serait de décrire les liens entre les buts comme exclusifs. Ces liens sont souvent exposés au regard de deux propriétés définies par les termes d'*équifinalité* et de *multifinalité*. L'équifinalité se réfère à la nature même des buts. Rappelons qu'un but est une représentation interne d'états ou de conséquences désirés, et que, de ce fait, il est conçu comme un résultat et non comme un moyen de parvenir à ce résultat (à travers l'activation des buts de niveau inférieur nécessaires à son atteinte). Pour cette raison, les buts affichent une propriété d'équifinalité signifiant qu'ils peuvent être atteints au moyen de nombreux sous-buts. Si nous reprenons l'exemple de la personne qui souhaite arrêter de fumer, plusieurs stratégies peuvent être employées comme l'utilisation de patchs de nicotine, la pratique d'une activité sportive, la consommation de chewing-gum... La seconde propriété désignée par le terme de multifinalité (Shah & Kruglanski, 2000) renvoie à une constatation simple : les comportements servent souvent de nombreux objectifs simultanément (Ford, D.H., 1987 ; Pervin, 1991). En d'autres termes, une action unique peut conduire à une variété de conséquences désirées. Par exemple, la pratique d'une activité sportive initiée par le désir d'arrêter de fumer peut également contribuer à la réalisation de buts tels que *répondre à un besoin de compétition, maintenir une bonne santé physique, accroître son réseau social...* Par conséquent, les activités les plus motivantes sont celles qui impliquent la poursuite simultanée de nombreux buts différents (Ford, M.E., 1992 ; Winell, 1987).

2.2.3. Les conflits inter-buts :

La constatation précédente renvoie à la question de la complexité des buts qui peut être définie par le nombre de connexions mises en place avec d'autres buts, sous-buts ou comportements. Pour Austin et Vancouver (1996), le lien entre la complexité d'un but et sa position dans la hiérarchie n'est pas clairement établi. Les buts de niveau élevé peuvent être considérés comme complexes du fait des nombreux liens directs qu'ils mettent en place au cours de leur "opérationnalisation". Il en est de même pour les buts de niveau bas qui, à travers leur propriété de multifinalité, sont également liés directement à de nombreux buts.

Tant que la complexité des buts est correctement gérée, c'est-à-dire qu'on observe un phénomène d'alignement permettant la conduite simultanée des buts importants pour la

personne, le fonctionnement de la hiérarchie ne pose pas de problèmes. Cependant, dans bien des cas, la complexité des buts à travers le système mène à des conflits qui consistent en une compétition dans l'allocation des ressources pour leur poursuite. Plus un but est complexe et plus il offre de possibilités de conflits. Ces derniers résultent de liens indirects au sein de la hiérarchie.

Le plus souvent, ces liens sont latéraux (Emmons, 1989) et ce sont des buts de même niveau qui entrent en compétition car ils ne peuvent être conduits parallèlement. Par exemple, pour la personne qui souhaite arrêter de fumer, il peut exister un conflit entre le but *pratiquer une activité sportive* et le but *passer du temps avec sa femme*. De plus, d'autres liens indirects peuvent être établis entre des buts intermédiaires et des buts de niveau élevé non concernés initialement dans la génération de ces sous-buts (Emmons, 1986). *Arrêter de fumer* contribue à l'atteinte de nombreux buts de niveau élevé comme nous l'avons vu un peu plus haut. Cependant, ce comportement est incompatible au moins en partie et temporairement avec d'autres buts tels que *prendre du plaisir*. Emmons (1996) utilise le terme d'ambivalence pour décrire ce phénomène qui résulte de l'existence conjointe de sentiments positifs et négatifs associés à un comportement.

La résolution de ces conflits passe, au niveau des liens latéraux, par la détermination d'un ordre de priorité amenant une redéfinition de l'importance des buts en concurrence. Concernant les conflits liant des buts de niveaux différents, Jehn (1993, cité par Austin & Vancouver, 1996) propose qu'ils puissent mener à l'évaluation et à la sélection de sous-buts plus appropriés ou efficaces. Dans tous les cas, c'est en fait un équilibre dynamique qui fonctionne et qui, pour Powers (1973), ne nécessite pas de représentation interne spécifique car la réduction des conflits est l'objectif suprême de tout système. Cependant, pour de nombreux auteurs (par exemple, Emmons et King, 1988), les conflits existent et mènent à de la détresse psychologique et à des symptômes physiques. Les individus qui poursuivent des buts entrant en compétition passent plus de temps à ruminer des pensées concernant leurs buts et moins de temps à essayer de les atteindre (Emmons et King, 1988). Dans ce cas, ils progressent moins dans la poursuite de leurs buts et se trouvent confrontés à plus d'états émotionnels négatifs.

L'étude des conflits passe nécessairement par l'exploration du contenu des buts et de la façon dont ce contenu est représenté de façon spécifique par chaque individu.

2.2.4. L'orientation des buts :

Afin d'étudier plus avant le fonctionnement de la hiérarchie, il est nécessaire de se pencher sur la question du contenu et de l'orientation des buts. Le contenu d'un but spécifique chez deux personnes différentes ne sera pas formellement défini de la même façon. Nous avons décrit les buts comme des représentations internes d'états ou de conséquences désirés. Ces états ou conséquences définissent le contenu qui peut être représenté de diverses manières en fonction de l'orientation que lui donnera une personne. Pour Emmons (1996, p.319), "l'orientation du but (*goal orientation*) se réfère aux différences individuelles dans la manière dont les buts sont représentés par un individu et décrits linguistiquement quand l'individu communique ses buts à d'autres personnes". A travers de nombreux épisodes du comportement, l'orientation des buts fournit une consistance dans le style qu'adopte une personne pour poursuivre ses buts.

De nombreuses dimensions sur lesquelles peut varier la représentation d'un but ont été décrites dans la littérature (pour une revue, voir Ford, M.E., 1992). La dimension la plus couramment étudiée tient à la valence du but. Dans cette perspective, une distinction s'opère entre les buts d'approche (orientation positive) et les buts d'évitement (orientation négative). Les buts d'approche impliquent un mouvement vers la conséquence désirée alors que les buts d'évitement sont caractérisés par un mouvement de recul par rapport à une conséquence non désirée (Maes & Gebhardt, 2000). Cette différenciation peut être faite à tous les niveaux de la hiérarchie. Cependant, des buts de niveau élevé positifs (comme *rester en bonne santé*) peuvent se traduire à des strates inférieures à la fois par des buts d'approche (comme *faire de l'exercice physique, manger équilibré, faire un bilan dentaire une fois par an...*) et à la fois par des buts d'évitement (comme *éviter de fumer, réduire sa consommation d'alcool, éviter de manquer de sommeil...*). De la même façon, des buts de niveau élevé négatifs (comme *éviter d'avoir une image de soi négative*) peuvent tout autant être mis en œuvre via des buts d'approche (comme *faire des dons à des œuvres caritatives, réussir ses examens...*) et des buts d'évitement (comme *éviter de trop boire d'alcool dans les soirées avec ses amis, éviter de se laisser distraire avant un concours...*).

Des recherches ont montré que la valence des buts peut avoir des conséquences sur le bien-être et la santé des individus. En effet, certaines personnes ont plus tendance à formuler des buts d'évitement que d'autres (la proportion de buts d'évitement pouvant s'étendre de 0 à 70% - Coats, Janoff-Bulman, & Alpert, 1996 ; Moffitt & Singer, 1994). Emmons (1996) montre que les personnes dont la vie est guidée par une orientation négative expriment plus d'anxiété et plus de symptômes physiques que les personnes qui privilégient une orientation

positive. Dans le même esprit, Coats et al. (1996) trouvent que les buts d'évitement sont liés au pessimisme, à une faible estime de soi, et à la dépression.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les buts d'approche sont moins difficiles à atteindre que les buts d'évitement (Schwarz, 1990). Dans le cas d'un but d'approche, il suffit de trouver une façon de l'atteindre, tandis que dans le cas d'un but d'évitement, il faut trouver toutes les façons de ne pas être confronté avec ses conséquences indésirables. Pour Carver et Scheier (1998), une personne dont la vie est dominée par une orientation d'évitement est dans la même situation que quelqu'un qui chercherait des aiguilles dans une meule de foin, sans connaître leur nombre ni savoir où elles sont. Ainsi, cette personne pourrait se sentir satisfaite d'en trouver un certain nombre, mais, non totalement sereine car elle ne pourrait jamais être sûre de les avoir toutes trouvées. Ainsi, Elliot et Church (1997) estiment que l'utilisation plus fréquente de buts d'évitement rend la vie plus difficile

La valence des buts est donc une dimension importante que beaucoup d'auteurs prennent en compte dans l'étude du contenu des buts.

2.2.5. Le contenu des buts :

L'expression "contenu du but" est utilisée pour décrire la conséquence (non) désirée représentée par un but particulier. Ford M.E. (1992) note qu'un intérêt a très tôt été montré pour l'exploration du contenu des buts personnels, notamment à travers les travaux sur les instincts de McDougall (1923, cité par Austin & Vancouver, 1996) et sur les besoins appris de Murray (1938, cité par Austin & Vancouver, 1996). Cependant, plus récemment, moins d'attention a été portée à cet aspect de l'étude des buts, contrairement au domaine des processus de régulation. Le nombre et la diversité des buts que les êtres humains peuvent poursuivre ont certainement constitué les freins les plus puissants à leur exploration. Effectivement, cette constatation est à la source de la critique souvent formulée à l'encontre de la pyramide des besoins de Maslow (1954), théorie demeurant pourtant la plus célèbre dans ce domaine. A l'origine, cette pyramide intégrait cinq besoins organisés hiérarchiquement, et présentait à sa base les besoins physiologiques, à l'étage supérieur les besoins de sécurité, puis les besoins sociaux, suivis des besoins d'estime de soi, et enfin au sommet du cône, les besoins d'accomplissement personnel. Pour Ford M.E. (1992), le travail de Maslow n'a donc pas permis d'expliquer suffisamment la diversité des comportements humains.

Dans une revue de la littérature sur le sujet, Austin et Vancouver (1996) constatent que, plus récemment, un intérêt nouveau a été porté à l'exploration du contenu des buts

humains. Ils mentionnent notamment l'effort important de psychologues développementalistes (Ford, D.H., 1987 ; Ford, M.E., 1992 ; Ford & Nichols, 1987) pour catégoriser les buts. Ces auteurs ont développé une taxonomie des buts humains qui comprend 24 catégories de buts à un niveau d'analyse relativement abstrait ou décontextualisé (voir table 2.1.). A la différence de la pyramide de Maslow, cette taxonomie n'implique pas d'arrangements hiérarchiques entre les catégories et aucun but n'est plus important ou plus fondamental qu'un autre. Les catégories sont organisées en deux grandes parties : les buts relatifs à la personne et les buts relatifs à la relation personne/environnement. Chacune de ces deux parties comprend trois facteurs. La première intègre des buts émotionnels, des buts cognitifs et des buts d'organisation subjective, alors que la seconde inclut des buts d'affirmation de soi, des buts d'intégration sociale et des buts centrés sur les activités.

Les critiques formulées à l'encontre de cette taxonomie sont inhérentes à ce qui a fait son succès. On peut reprocher à cette catégorisation de ne pas prendre en compte tous les buts qui permettent le fonctionnement de l'être humain en tant que système. C'est le cas de nombreux buts intrinsèques tels que les buts biologiques (régulation de la température interne, de la glycémie...) ou les buts de procréation (Austin & Vancouver, 1996). De plus, les nombreux sous-buts nécessaires à l'accomplissement des buts présents dans la table 2.1 ne sont pas évoqués (comme par exemple les buts d'activation musculaire qui font le lien entre les cognitions et les actions). Toutefois, la présence de buts biologiques et de buts "automatisés" non conscients aurait pour conséquence d'allonger considérablement la taxonomie et de la rendre beaucoup moins intelligible.

Ainsi, la taxonomie de Ford et Nichols ne serait qu'une partie de l'ensemble des buts présents chez l'être humain. Toutefois, cette taxonomie est étayée par la théorie des systèmes vivants de Ford D.H. (1987) qui place les buts dans un système hiérarchique régulé par des buts intrinsèques.

Table 2.1. : Taxonomie des buts humains selon Ford M.E.(1992)

	Buts d'approche, positifs	Buts d'évitement, négatifs
Buts relatifs à la personne		
Buts émotionnels		
Eveil/Distraktion	Vivre des expériences excitantes	Eviter l'ennui ou l'inactivité
Tranquillité	Se sentir détendu, avoir l'esprit tranquille	Eviter d'être stressé
Bien-être émotionnel	Rechercher le bien-être émotionnel	Eviter les états émotionnels négatifs
Sensations physiques	Ressentir du plaisir physique	Eviter de ressentir des sensations désagréables
Bien-être physique	Etre en bonne santé, énergique, robuste	Eviter d'être malade, léthargique, faible
Buts cognitifs		
Exploration	Satisfaire sa curiosité intellectuelle	Eviter d'être dans l'ignorance
Compréhension	Comprendre, donner du sens aux événements	Eviter les erreurs, les croyances erronées, les sentiments de confusion
Créativité intellectuelle	S'engager dans des activités impliquant des pensées et des idées originales, nouvelles	Eviter de penser de façon banale
Auto-évaluations positives	Avoir confiance en soi, être fier de soi	Eviter les sentiments d'échec, de doute de soi
Buts d'organisation subjective		
Unité spirituelle	Etre en harmonie avec une force supérieure	Eviter de perdre son unité spirituelle
Transcendance	Aspirer à un fonctionnement optimal, à des idéaux	Eviter de concevoir la vie comme une expérience ordinaire, une routine
Buts relatifs à la relation personne/environnement		
Buts d'affirmation de soi		
Affirmation de soi	Se sentir unique, spécial, ou différent	Eviter d'être comme tout le monde
Autodétermination	Se sentir libre de ses choix, de ses actes	Eviter les contraintes imposées par autrui
Supériorité	Se valoriser par rapport aux autres	Eviter les comparaisons défavorables avec autrui
Acquisition de ressources	Désirer l'approbation d'autrui	Eviter la désapprobation d'autrui
Buts d'intégration sociale		
Appartenance à un groupe	Avoir le sens de la communauté	Eviter d'être socialement isolé
Responsabilité sociale	Accomplir son devoir envers les autres	Eviter de transgresser les lois et règles sociales
Equité	Se comporter de façon équitable avec les autres	Eviter de se comporter de façon injuste avec les autres
Provision de ressources	Donner son assistance, aider autrui	Eviter d'être indifférent aux autres
Buts centrés sur les activités		
Maîtrise	Améliorer ses performances dans ses activités	Eviter d'être médiocre dans ses activités
Activités créatives	Développer ses activités créatives	Eviter de n'accomplir que des activités banales ou sans créativité
Gestion	Organiser ses activités quotidiennes de façon efficace	Eviter d'être submergé par ses activités quotidiennes
Accumulation de biens	Accumuler plus de biens matériels, plus d'argent	Eviter les pertes matérielles ou financières
Sécurité	Se protéger des situations hasardeuses	Eviter les situations périlleuses

Austin et Vancouver (1996) notent qu'à partir de différentes approches théoriques, on peut poser l'hypothèse d'une séparation qualitative entre les buts intrinsèques et les buts d'action et de perception. Ainsi, on peut visualiser la structure de la hiérarchie des buts comme un cône dont la surface serait constituée de multiples strates de buts d'action et de perception, tandis que l'intérieur serait tissé d'un treillis de buts intrinsèques rattaché à la surface du cône, la base du cône symbolisant la frontière avec l'environnement (Voir Figure 2.2.). Notons encore que cette idée est liée à l'hypothèse formulée par certains auteurs (par exemple, Kuhl, 1994 ; Powers, 1973, 1989, 1992) d'une seconde hiérarchie qui régulerait le fonctionnement, la configuration et les propriétés de la hiérarchie de l'action.

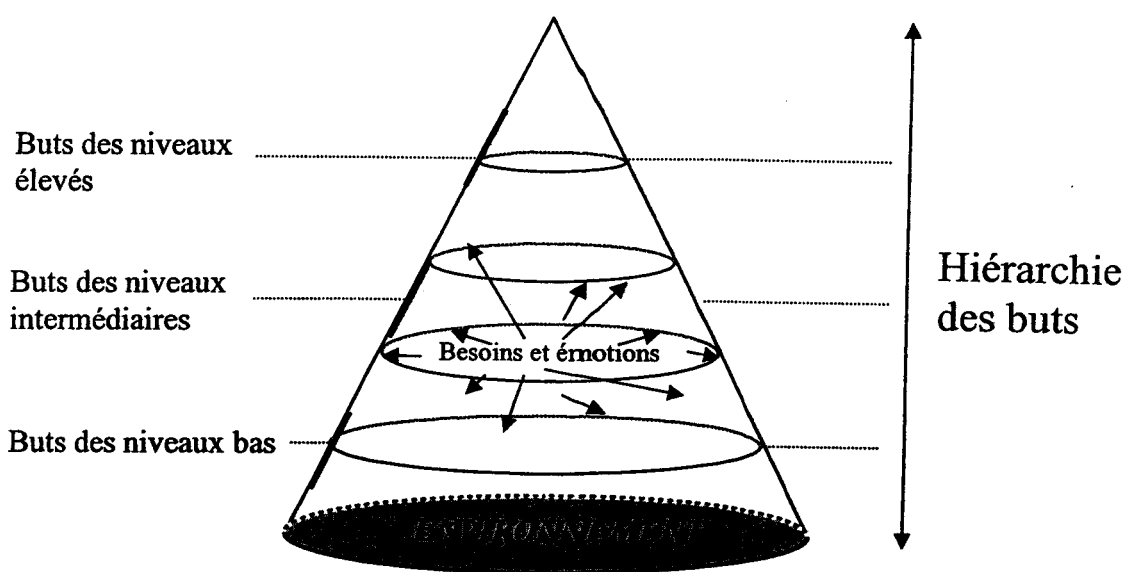


Figure 2.2. : Exemple de représentation de la hiérarchie des buts dirigée et régulée par les besoins et les émotions

Les besoins et les émotions sont deux candidats possibles pour la régulation de la hiérarchie des buts.

Les besoins sont des représentations internes de limites dans lesquelles certaines valeurs de l'organisme doivent être tenues (la faim, la soif ou le sommeil répondent à la régulation de ces besoins). Bien que ces représentations soient au-delà du niveau des processus conscients (Kuhl, 1994 ; Weinberger & McClelland, 1990), leur activité aboutit souvent à des expériences émotionnelles ou agit sur le contenu de la mémoire de travail (Powers, 1992). Les besoins influencent l'organisation de la hiérarchie des buts car ils

nécessitent des opérations spécifiques impliquant l'activation ou l'inhibition de liens entre les buts au sein de cette organisation.

Les émotions représentent le second prétendant pour la régulation de la structure hiérarchique des buts. Etant donné le rôle important qu'elles jouent dans la gestion des comportements, la régulation des buts et le bien-être général de la personne, nous leur consacrons une section particulière.

2.2.6. Buts et émotions :

La poursuite des buts s'accompagne nécessairement d'expérience affective. Ford M.E. (1992) présente les émotions comme un des aspects motivationnels du comportement au même titre que les buts. Elles agissent en aval et en amont de la poursuite des buts et sont à la fois la cause et la conséquence du comportement. Pour Maes et Gebhardt (2000), elles possèdent deux fonctions : elles pourvoient en énergie les actions nécessaires pour atteindre les conséquences désirées (*energizing function*) et fournissent une information évaluative concernant les interactions avec l'environnement (*regulative function*). Dans le cadre de la première fonction, Bandura (1989) les associe à l'atteinte anticipée d'un but. Ainsi, un individu placé dans une situation lui fournissant plusieurs opportunités d'action choisira un but dont l'atteinte anticipée offre la meilleure perspective de satisfaction émotionnelle. La fonction de régulation des émotions opère au niveau de plusieurs registres. Les émotions peuvent être liées (1) à l'activation des intérêts actuels (Klinger, 1987), c'est-à-dire à la possibilité de poursuivre des buts importants pour la personne dans un environnement donné, (2) à l'estimation de la progression vers les buts (Carver & Scheier, 1990), (3) à l'atteinte d'un but (Bandura, 1991 ; Srull & Wyer, 1986), ou bien encore (4) à la révision et au (5) désengagement d'un but. Frijda (1986, 1988) note que l'atteinte attendue d'un but mène à des émotions positives tandis que les menaces perçues conduisent à des émotions négatives.

Les conséquences de la poursuite des buts s'étendent des états transitoires de l'humeur (Larsen, 1989) et des perceptions de surcharge cognitive (Hart, 1986), au bien-être subjectif et à la satisfaction dans la vie (Diener, 1984 ; Emmons, 1996 ; Reker, Peacock, & Wong, 1987). Les premières ont été particulièrement étudiées dans le domaine de la régulation motivationnelle d'épisodes de comportement spécifiques alors que les secondes ont généré un

intérêt dans le domaine des recherches sur la personnalité³ et sur les caractéristiques de la structure de buts personnels et de son fonctionnement.

Dans le premier cas, la poursuite d'un but spécifique engendre des émotions positives ou négatives qui vont influencer la régulation et la progression vers l'atteinte de ce but, ainsi que le bien-être général de la personne. Dans une recherche s'intéressant à une population de travailleurs de santé, Pomaki, Maes, et Ter Doest (2004) ont étudié la régulation du but professionnel le plus important des participants. Ils ont montré qu'un niveau élevé d'émotions négatives associées à la poursuite de ce but conduisaient à de l'épuisement émotionnel, un sentiment de dépersonnalisation, un sentiment de faible accomplissement personnel, de la dépression, et des plaintes somatiques. Par contre, un niveau élevé d'émotions positives associées à la poursuite des buts professionnels décrits par les participants expliquait de la satisfaction vis-à-vis du travail et un fort sentiment d'accomplissement personnel.

Dans le second cas, le bien-être subjectif a été appréhendé au regard du contenu des buts personnels et, de manière élargie, des caractéristiques de la structure de buts personnels.

L'approche sur le contenu se réfère aux buts des niveaux élevés qui sont abordés comme des objectifs récurrents qui caractérisent le comportement intentionnel d'une personne, comme ce qu'essaie typiquement de faire l'individu⁴. Les buts présents dans la Table 2.1. appartiennent à cette catégorie. Emmons (1996) note que relativement peu de recherches se sont centrées sur les relations entre le contenu des buts et les indicateurs du bien-être. Quelques études ont cependant montré que certains buts (comme les buts liés à l'établissement de relations sociales profondes et mutuelles, à la création, au don de soi) étaient associés avec le bien-être alors que d'autres (tels que les buts liés à l'accumulation de biens matériels ou à la reconnaissance sociale) étaient liés à des scores faibles de bien-être (Emmons, 1991 ; Kasser & Ryan, 1993).

Dans la perspective de l'étude des caractéristiques de la structure de but personnels, le bien-être subjectif a été étudié comme la conséquence de l'orientation de la structure (notamment à travers la valence typique des buts que nourrit l'individu, comme nous l'avons déjà abordé dans une section précédente), du degré d'importance des buts personnels à travers la notion d'équilibrage de ces buts (c'est-à-dire la capacité des individus à satisfaire leurs

³ De nombreux chercheurs en psychologie s'intéressant au domaine de la personnalité ont, dans les dernières décennies, utilisé l'évaluation des buts pour représenter les caractéristiques du noyau de la personnalité (voir Ford, 1992).

⁴ Ces buts qui guident le fonctionnement typique de la personne à travers les situations ont notamment été étudiés sous les termes de "*personal strivings*" chez Emmons (1996), de schémas d'épisode de comportement (*behavior episode schemata*) chez Ford (1992), ou encore de schéma de soi (*self-schema*) par Markus, Cross et Wurf (1990).

nombreux buts récurrents à travers les situations – Ford, M.E., 1992), et enfin des perturbations de la structure des buts personnels par l'environnement dans lequel évolue l'individu.

La notion d'équilibrage des buts personnels a été introduite par Ford, M.E. (1992) pour désigner la capacité des individus à satisfaire leurs nombreux buts personnels à travers les situations de leurs vies. Pour Ford M.E. (1992), il est très probable qu'une personne qui nourrit beaucoup de buts importants ou cruciaux dans sa vie ait des difficultés à les équilibrer de manière satisfaisante à travers les situations et développe en conséquence une forte anxiété et de la frustration. Toutefois, dans une étude de Boersma, Maes et Joekes (soumis), le degré d'importance des buts personnels ne permettait pas de prédire l'anxiété. Par contre, un degré d'importance faible des buts personnels expliquait un niveau élevé de dépression. Ces résultats, qui ont été observés auprès d'une population de personnes ayant récemment subi un infarctus du myocarde, ne confirment pas les hypothèses posées par Ford (1992) et demandent à être complétés par d'autres études sur des populations de personnes tout-venant.

De plus, la notion d'équilibrage sous-tend que la personne évolue dans un environnement favorable lui permettant de développer ses buts personnels à travers les activités quotidiennes. Ainsi, Diener et Fujita (1995) posent l'hypothèse que les buts personnels constituent un médiateur de la relation entre les ressources de la personne et son bien-être. Plusieurs études ont été développées en ce sens. Elles ont cherché à déterminer, dans des situations spécifiques, les perturbations de la poursuite des buts personnels et leur impact sur des aspects du bien être. Ces études se sont intéressées à la poursuite de buts de niveau d'abstraction élevé, en développant une échelle des buts personnels basées sur la taxonomie de Ford (1992 – voir Table 2.1.). Ter Doest, Maes, et Gebhardt (soumis) ont tout d'abord développé une étude relative à l'impact de la situation de travail sur la poursuite des buts personnels de l'individu. Les résultats ont montré que les participants qui déclaraient que leur situation professionnelle les empêchait de poursuivre leurs buts relatifs au bien-être physique et à la confiance en soi présentaient plus de symptômes physiques et psychologiques. Ensuite, deux études se sont intéressées à l'impact d'un infarctus du myocarde sur l'atteinte des buts personnels (Boersma, Maes, & Joekes, soumis ; Boersma, Maes, & Van Elderen, soumis). Les résultats ont établi qu'un score élevé de perturbation des buts personnels expliquait une faible qualité de vie liée à la santé, ainsi que des taux élevés d'anxiété et de dépression (Boersma, Maes, & Joekes, soumis), mais prédisaient également la qualité de vie liée à la santé et la dépression quatre mois après l'infarctus (Boersma, Maes, & Van Elderen, soumis). Ces résultats vont dans le sens des hypothèses posées par Diener et

Fujita (1995) : dans certaines situations de la vie (travail, maladie), les ressources de la personne peuvent altérer son bien être par le biais d'une perturbation des buts personnels.

Dans cette section, nous avons évoqué l'expérience affective liée à la poursuite et la gestion des buts dans la vie. Jusqu'à présent, notre propos s'est principalement centré sur le contenu des buts et les caractéristiques de la structure de buts personnels, sans prendre en compte les processus de régulation des buts susceptibles de générer des émotions positives ou négatives. Dans la partie suivante de ce travail, nous décrivons ces processus.

2.3. La régulation des buts :

2.3.1. Introduction :

Avant de s'intéresser à la régulation d'un but, il est essentiel de s'interroger sur les raisons de son choix (sa sélection). Savoir pourquoi un but est activé à travers un comportement est un pré requis indispensable pour tenter d'expliquer la façon dont il est géré. Dans la plupart des cas, cette gestion va s'opérer suivant deux étapes : une phase de planification qui permettra de travailler en mémoire, de façon itérative, afin de sélectionner la meilleure stratégie à adopter pour atteindre le but envisagé ; la stratégie adoptée sera ensuite mise en œuvre dans la réalité à travers la seconde phase dite de poursuite du but. Plusieurs résultats sont possibles à la suite de cette dernière phase : soit les efforts développés par la personne n'ont pas permis l'atteinte du but et dans ce cas, ou bien la personne décide de persévérer et une phase de révision du but s'impose, ou bien la personne décide d'abandonner son but ; soit la conduite du but s'est montrée efficace, et l'état désiré est atteint, auquel cas, il est possible de considérer que pour certains buts la régulation est achevée, et que pour d'autres la régulation entre dans une phase de maintien.

La présentation qui suit, très conceptuelle, a pour objectif de renforcer les assises théoriques permettant d'expliquer les mécanismes de régulation d'un but.

2.3.2. L'établissement et l'importance des buts :

Dans les théories sur l'autorégulation, un épisode spécifique de comportement est initié par la sélection d'un but particulier c'est-à-dire par la définition du contenu d'un but et des dimensions qui y sont associées. Parmi les nombreuses dimensions sur lesquelles les buts peuvent varier (pour une revue, voir Austin & Vancouver, 1996), « l'importance » est primordiale durant cette étape du processus de régulation puisqu'elle détermine le degré

d'engagement ultérieur dans la poursuite de ce but (Gollwitzer, 1993), et donc la quantité d'efforts que la personne est prête à consentir pour atteindre ce but.

C'est pourquoi, comprendre ce qui détermine le degré d'importance est un sujet d'intérêt pour de nombreux chercheurs. Pour Carver et Scheier (1998), les buts des niveaux élevés de la hiérarchie sont intrinsèquement plus importants que les buts des niveaux inférieurs. Cependant, dans une même strate de la hiérarchie, les buts ne sont pas nécessairement de valeur égale. Dans les niveaux élevés de la hiérarchie, Karoly (1993) utilise le concept de préférence pour désigner ce qui est personnellement désirable ou indésirable. Comme nous l'avons déjà souligné, à travers la littérature, ces préférences ont été étudiées sous des termes divers : "personal strivings" (Emmons, 1996), schémas d'épisode de comportement (*behavior episode schemata*, Ford, M.E., 1992), ou encore schémas de soi (*self-schema*, Markus et al. 1990).

Concernant les niveaux bas de la hiérarchie, deux hypothèses sont évoquées pour expliquer l'importance d'un sous-but ou comportement : l'une est liée à l'intensité du but de niveau élevé auquel répond le comportement, l'autre réfère à la quantité de buts de niveau élevé auquel répond le comportement. Dans le premier cas, le degré d'engagement dans un sous-but peut être simplement lié au degré d'importance du but qu'il permet d'atteindre (Carver et Scheier, 1998). Dans le second cas (en rapport avec la propriété de multifinalité des buts), les comportements les plus importants sont ceux qui contribuent à l'atteinte du plus grand nombre de buts des niveaux supérieurs.

Pour Ford M.E. (1992), l'importance du but doit également être liée à sa pertinence, c'est-à-dire aux aspects de ce but qui sont adéquats dans un contexte donné. Pour d'autres auteurs (Naylor, Pritchard, Ilgen, 1980 ; Vroom, 1964), l'importance d'un but peut être liée à l'amplitude de la satisfaction anticipée.

Un autre déterminant de l'importance est attaché à la source, interne ou externe, qui est à l'origine de la formulation du but (Austin & Vancouver, 1996). On parle de régulation interne lorsque le but émane de la personne, et de régulation externe lorsque le but est assigné par une source externe comme l'entreprise, l'école, la famille... Du type de régulation dépend le niveau d'engagement dans le but. Cependant, la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 2000) remet en question cette distinction. Selon ces auteurs, la régulation du comportement peut être contrôlée ou autonome. La régulation contrôlée est exercée quand la personne se sent contrainte d'atteindre un but posé par des forces internes ou externes tandis que la régulation autonome se produit lorsqu'un but est choisi en raison de son importance personnelle. Quel que soit le type de régulation interne ou externe, le comportement peut être

contrôlé ou autonome. Lorsqu'une personne fait quelque chose parce qu'elle sait qu'elle se sentirait coupable si elle ne le faisait pas, elle est engagée dans une activité contrôlée bien qu'il s'agisse d'un type de régulation interne. Dans le cas d'une régulation externe, le contrôle ou l'autonomie est déterminé par un processus d'acceptation du but assigné. Ce processus d'acceptation peut se produire à travers un phénomène de compliance (la représentation se réfère à la régulation de la désirabilité sociale – Schlenker & Weigold, 1992) ou d'internalisation (la représentation est investie avec une signification personnelle – Carver & Scheier, 1998). Alors que dans le premier cas, la régulation sera contrôlée, dans le second, elle sera autonome. Little (1999) note qu'une forte incitation externe à réaliser des projets personnels permet de prédire des intentions de mise en place d'efforts, mais pas le développement effectif des projets plusieurs semaines plus tard ; par contre, une régulation autonome des projets personnels permet de prédire à la fois les intentions d'efforts et la mise en place concrète de ces efforts dans le futur. Il s'agit donc, si l'on souhaite étudier le niveau d'importance ou d'engagement associé à un but, de prendre en compte le type de régulation contrôlée ou autonome.

Finalement, même si la question de la définition de l'importance d'un but est primordiale pour déterminer le degré d'engagement et la probabilité d'atteinte ce but (Wofford, Goodwin, & Premack, 1992), il faut considérer, comme le note Hyland (1988), que l'importance est une dimension dynamique du but et que, par conséquent, elle est susceptible de varier à travers les étapes qui jalonnent le processus de poursuite du but. En d'autres termes, elle peut être affectée par de nombreux facteurs non évoqués ici mais que nous décrirons dans la section suivante.

2.3.3. Planification et poursuite active du but :

2.3.3.1. Introduction :

Une fois le but posé et ses dimensions fixées, il s'agit, pour la personne, d'établir un "plan de bataille" qui lui permettra de déterminer la meilleure façon d'atteindre le but envisagé (phase de *planification*), et de le mettre en œuvre (*poursuite du but*). Il est de tradition, pour décrire ces deux phases, de recourir à une célèbre métaphore du fonctionnement humain issue des travaux en cybernétique : le modèle TOTE (Test-Operate-Test-Exit – voir figure 2.3), décrit par Miller, Galanter, et Pribram (1960).

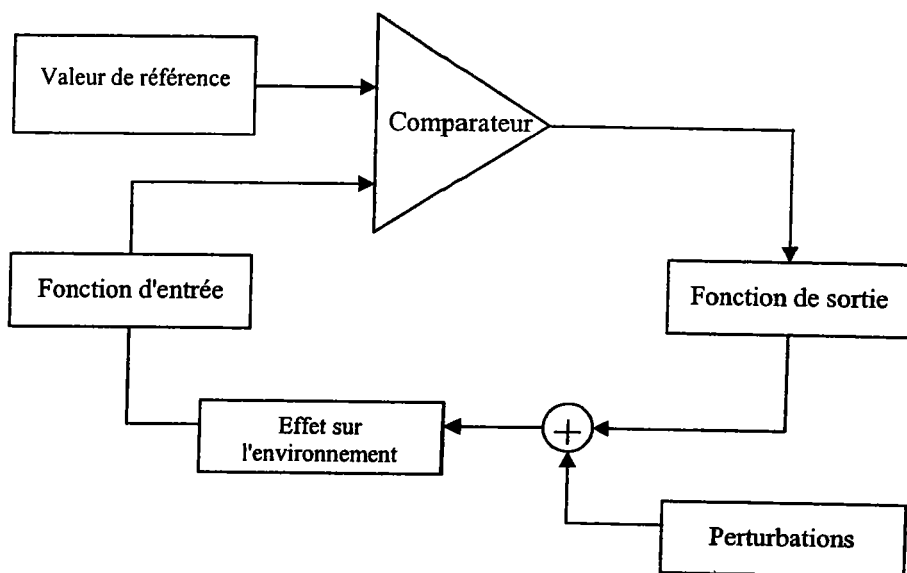


Figure 2.3. : Représentation du Modèle TOTE.

Le modèle TOTE implique quatre phases dans la régulation de certaines valeurs à travers un système. Il opère par le moyen d'une boucle, nommée "*feedback loop*" par Scheier et Carver (2003), qui comprend quatre éléments : une fonction d'entrée, une valeur référence, un comparateur et une fonction de sortie. La fonction d'entrée est un capteur qui construit l'information à l'intérieur de la boucle. Chez l'être humain, cette fonction est équivalente à la perception (voir figure 2.4.). L'étape suivante fait appel à deux éléments : (1) la valeur de référence, représentation de l'état désiré chez l'être humain, c'est-à-dire le but qui oriente le comportement, et (2) le comparateur qui permet d'opérer une comparaison entre l'information d'entrée (perception de l'état actuel) et l'information interne fournie par la valeur de référence. Cette comparaison fait apparaître soit une divergence, soit une convergence entre les deux informations. Ces deux premières étapes du cycle TOTE constituent un *Test*. En fonction du résultat du test, deux alternatives se présentent. Dans le cas où la comparaison fait apparaître une divergence, le cycle fait appel à la fonction de sortie pour opérer des changements et réduire la dissonance (*Operate*). La fonction de sortie peut être comparée à un effecteur dont l'équivalent chez l'être humain est le comportement. A la suite de cette étape, une nouvelle phase de Test débute. Ce cycle se poursuit jusqu'à ce que la comparaison ne trouve plus de différence entre les deux informations. Alors, plus rien ne se passe et le cycle TOTE prend fin (*Exit*). Il est à noter que, durant le cycle TOTE, les entrées ne sont pas uniquement dépendantes des fonctions de sortie. En effet, ces dernières agissent sur l'environnement de façon conjointe à d'autres forces. Ces perturbations peuvent agir soit en faveur, soit en

défaveur, d'une réduction dans la comparaison entre l'entrée et le standard. Enfin, il est important d'observer que cette description du fonctionnement du modèle TOTE correspond uniquement à une régulation d'approche. En effet, comme nous l'avons vu au cours de notre exposé, la représentation d'un but peut correspondre soit à l'atteinte d'un état désiré, soit à l'évitement d'un état non désiré. Dans ce dernier cas, le cycle TOTE fonctionnera de la même manière, mais les fonctions de sortie seront activées lorsqu'une trop grande convergence existera entre les deux types d'information⁵.

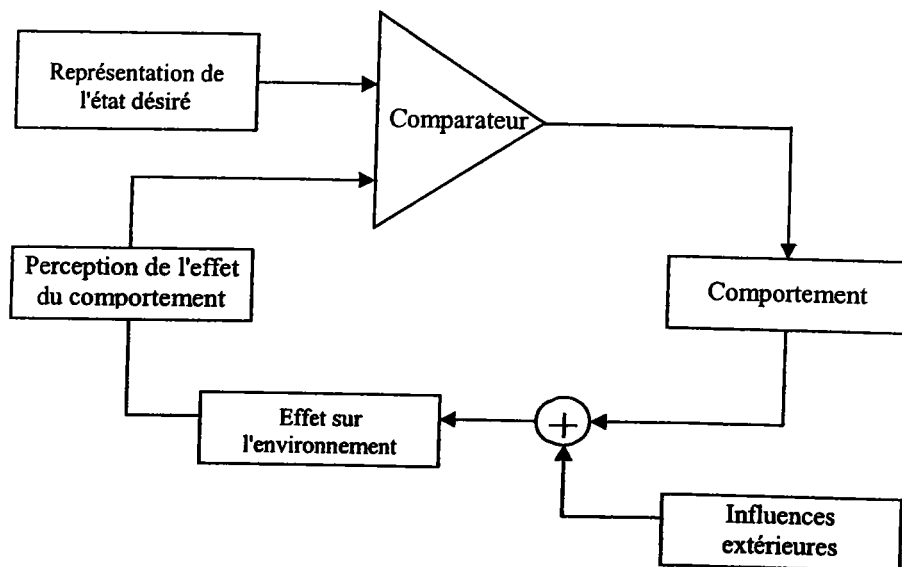


Figure 2.4. : Adaptation du modèle TOTE au système de fonctionnement de l'être humain, d'après Carver et Scheier (1998).

2.3.3.2. Planification des buts :

La phase de planification est une étape essentielle dans la régulation d'un but, car elle permet le passage des intentions aux actions, c'est-à-dire la mise en œuvre des intentions (implementation intentions – Gollwitzer & Brandstätter, 1997). Elle fait le lien entre les buts de niveau élevé et les sous-buts comportementaux. Elle est utile à plusieurs égards : lorsqu'il s'agit de déterminer les stratégies nécessaires à l'atteinte du but, lorsqu'il convient de décider des priorités à donner aux différents buts, ou encore lorsqu'il est indispensable d'opérer la révision ou la conversion de buts non atteints.

⁵ Notons encore que cette conceptualisation prend en compte la poursuite d'un seul but à la fois. Or, à travers le comportement humain, de nombreux buts sont poursuivis simultanément à l'intérieur d'un système hiérarchique. Carver et Scheier (1998) proposent des conceptualisations permettant de comprendre les interdépendances existant entre divers cycles TOTE conduits simultanément, et organisés de façon hiérarchique. Cependant, le fonctionnement d'un cycle TOTE reste invariant quel que soit le degré de complexité des organisations auxquelles il participe.

La planification sert deux fonctions : tout d'abord, elle permet de tester des actions possibles sans avoir recours aux ressources personnelles nécessaires à l'engagement dans l'action, et d'autre part, elle permet de répondre rapidement aux buts dont la dimension temporelle est trop étendue et qui nécessitent la mise en place de séquences d'actions complexes.

Il est possible d'employer la métaphore TOTE pour décrire le processus de planification. En effet, la planification évalue les conséquences probables de comportements potentiels à partir de simulations qui utilisent les expériences passées et les croyances concernant les relations entre les actions, les personnes et les environnements. Le processus de planification diffère donc du fonctionnement du modèle TOTE que par le fait qu'il utilise des simulations reposant sur l'accès à la mémoire des expériences passées. Ainsi lorsque se présentent de nouvelles situations de vie (comme des problèmes de santé), la personne trouve difficilement les références nécessaires à la détermination des schémas d'action efficaces pour la poursuite active de ses buts.

2.3.3.3. Poursuite active des buts :

Les plans formulés par la personne vont mener à des actions concrètes. Cependant, certaines actions ne découlent pas forcément de plans. Pour comprendre ce fait, il est nécessaire de rappeler que le processus de feedback est essentiel dans le modèle TOTE. Ce sont les informations provenant de l'environnement qui vont guider les évaluations des divergences perçues dans la poursuite du but. Dans certains cas, ces informations fournissent des opportunités qui mènent à la création et à l'activation d'autres buts (par exemple : consulter ses comptes bancaires sur Internet afin de définir un budget pour les vacances peut fournir l'opportunité à la personne d'effectuer un virement de son compte chèque sur son compte épargne ; dans ce cas, l'action du virement bancaire n'est pas issue d'un plan mais résulte d'une opportunité fournie par un retour de l'environnement durant la conduite d'un autre but). Il paraît évident que si deux activités peuvent être conduites simultanément sans entrave mutuelle, cette souplesse adaptative est bénéfique pour la personne. Cependant, cette capacité de fonctionnement peut parfois poser problème. Il est en effet envisageable que dans certaines situations, des buts non planifiés distraient la personne et la détournent de son but initial. Dans ce cas, cette situation pourrait avoir des répercussions importantes sur la progression vers le but initial et sur les affects subséquents.

Nous avons déjà souligné un peu plus tôt dans ce travail le rôle des émotions dans la régulation des buts. Un autre type de régulation, étroitement lié à l'aspect émotionnel,

concerne la régulation cognitive des buts. Celle-ci pourra notamment expliquer les variations dans l'importance du but et l'engagement subséquent tout au long de la phase de poursuite active, et l'attribution des ressources comportementales, attentionnelles... nécessaires à la conduite efficace de ce but. Ford et Nichols (1991) décrivent trois candidats pour ce type de régulation : (1) les mécanismes de *feedback*, (2) les mécanismes d'anticipation (*feedforward mechanisms*) et (3) l'activation des processus de contrôle (*activation of control processes*).

Le *feedback* permet l'évaluation et la gestion des progrès durant la poursuite des buts. Il concerne à la fois le but et les stratégies de planification nécessaires à la révision de ce but le cas échéant (Ford et Nichols, 1991). Ce *feedback* peut être explicite ou implicite au niveau de l'environnement. Dans ce dernier cas, la recherche volontaire de *feedback* s'avère nécessaire. Des études montrent que les processus de *recherche de feedback* améliorent l'information concernant l'action en cours ou l'évolution de la comparaison avec le but initial (Ashford & Cummings, 1983 ; Ashford & Tsui, 1991). Les différences individuelles dans la *recherche de feedback* pourraient être liées à des perceptions de soi telles que l'estime de soi ou l'efficacité personnelle (Ashford & Cummings, 1983), et jouer un rôle dans le succès de la poursuite du but. En effet, le *feedback* est souvent utilisé dans le monde médical pour améliorer le contrôle par le patient lui-même de sa maladie.

Les mécanismes d'anticipation concernent les croyances personnelles. Pour Bandura (1977, 1986), elles sont de deux types : les attentes d'efficacité personnelle et les attentes de résultat. Les attentes d'efficacité personnelle se réfèrent aux croyances anticipatrices concernant la capacité de la personne à exécuter les comportements requis pour atteindre l'état désiré. Les attentes de résultat reflètent les croyances anticipatrices de la personne relatives au fait qu'un comportement spécifique mènera aux conséquences désirées. Bandura (1986) note que les attentes d'efficacité personnelle sont bénéfiques pour l'atteinte d'un but car elles améliorent l'engagement dans sa poursuite et la persistance face aux obstacles. Cette constatation peut s'expliquer par le fait que plus le niveau de ces croyances sont faibles et plus le but est perçu difficile à atteindre. Or, des études ont mis en évidence que la difficulté perçue à atteindre un but est fréquemment prédictive de la performance vis-à-vis de la gestion de ce but. (Mento, Steel, & Karren, 1987 ; Tubbs, 1986).

L'activation des processus de contrôle est relative au déclenchement des activités de planification et de résolution de problèmes pour maintenir l'intégrité de la poursuite du but à travers le temps face à des obstacles et à la concurrence d'autres buts (Ford et Nichols, 1991). Il est en effet possible que des erreurs soient commises dans la régulation de l'action, notamment au moment de l'évaluation des obstacles potentiels, et il est alors nécessaire de

corriger ces erreurs pour parvenir à un comportement efficace au regard des buts qui ont initié l'activité. Il apparaît que les erreurs liées à l'habitude sont plus communes chez les "experts" ayant développé de nombreux plans automatiques, tandis que les erreurs d'ordre intellectuel sont plus fréquentes chez les "novices" (Frese & Zapf, 1994). Concernant les erreurs liées à l'habitude, il peut s'agir de la production d'une action pertinente dans un certain contexte mais inadaptée à la situation présente. Les erreurs d'ordre intellectuel peuvent être consécutives à l'utilisation de plans inadéquats (par exemple, lorsque les buts des niveaux plus élevés ne sont pas décomposés en sous-buts ou plans suffisamment détaillés pour permettre une analyse et une exécution convenables) ou à la prise de décisions incorrectes (notamment lorsque les jugements relatifs à l'atteinte de buts ou de sous-buts apparaissent biaisés). Ainsi, il est essentiel que les processus de contrôle soient actifs afin de permettre un réajustement des stratégies utilisées au regard de la compréhension et de la résolution du (ou des) problème(s) qui a (ont) entravé l'atteinte du but. Si ces processus ne sont pas suffisamment activés ou se montrent inefficaces, il est vraisemblable que la personne ne parviendra pas à atteindre son but, et qu'elle éprouvera des conséquences émotionnelles négatives.

2.3.4. La révision du but et ses conséquences : atteinte, désengagement, maintien du but :

La poursuite active d'un but, envisagée à travers le fonctionnement du cycle TOTE, peut mener à plusieurs conséquences. Durant le premier cycle, l'individu opérationnalise un comportement supposé permettre la convergence entre un état désiré et un état perçu. Dans le cas où le comportement s'est montré efficace, les deux états convergent, le but est considéré atteint, et le cycle s'arrête. Si la divergence persiste, un processus de révision est opportun afin d'aider la personne à choisir la conduite à tenir la plus appropriée. La révision peut mener : (1) à une simple répétition du comportement, mais accompagnée d'une augmentation des ressources allouées à la poursuite du but, (2) à l'établissement de nouveaux plans ou (3) à l'abandon pur et simple du but à travers un processus de désengagement.

Cette démarche peut être mise en parallèle avec l'organisation hiérarchique des buts (Beach, 1990). En effet, les premières tentatives de correction s'opèrent dans les plus bas niveaux de la structure des buts (répétition du comportement inefficace), puis en cas d'un nouvel échec, remontent progressivement dans les niveaux supérieurs pour permettre la sélection de nouveaux buts et plans, jusqu'au système des buts de niveau élevé qui a généré l'engagement. Dans ce dernier cas, le désengagement est proposé. Pour illustrer ce fonctionnement, il est possible d'envisager le cas d'un étudiant qui souhaite devenir ingénieur et qui étudie dans des classes préparatoires. Si au premier devoir il obtient une mauvaise note,

il est probable qu'il va redoubler d'efforts dans ses révisions pour le prochain examen (répétition du (des) comportement(s) mais en allouant plus de ressources). Si les mauvaises notes persistent, cet étudiant entrera dans une réflexion concernant sa manière de travailler et de réviser (établissement de nouveaux buts et de nouveaux plans). Envisageons encore que, malgré les efforts et les nouvelles méthodes de travail, cet étudiant ne parvienne toujours pas à réaliser son objectif. Il est alors possible qu'il considère l'opportunité d'intégrer une école en passant par un parcours universitaire, plus long, mais réputé plus facile. En cours d'année, il quitte les classes préparatoires pour intégrer l'université (établissement de nouveaux buts et de nouveaux plans à un niveau supérieur de la hiérarchie). En insistant dans notre vision négative, nous supposons que cet adolescent échoue à nouveau. Dans ce cas, il peut être amené à remettre en cause son intérêt pour la discipline d'étude et, un peu plus tard, ses choix de carrière (désengagement du but). Notons encore que si nous avons auguré du pire dans cet exemple, nous aurions pu pronostiquer un succès des nouvelles stratégies à chaque étape du processus de révision.

Les conséquences d'un désengagement sont complexes. Pour Wrosch, Scheier, Carver, et Schultz (2003), certaines formes de désengagement conduisent à de la détresse alors que d'autres sont bénéfiques pour l'individu. Ces auteurs font la distinction entre l'abandon des efforts et l'abandon de l'engagement dans le but, et postulent qu'une réduction des efforts parallèlement à la persistance dans l'engagement mènerait à des conséquences néfastes pour la personne. Dans notre exemple précédent, cette situation correspondrait au fait que l'étudiant, face à son échec, cesse de travailler tout en décidant de rester en classes préparatoires. Cette conjoncture serait défavorable à l'individu et provoquerait un fort niveau de détresse. Par contre, l'abandon dans les deux domaines (effort et engagement) conduirait à des conséquences potentiellement positives dans la plupart des cas où l'individu est capable de poursuivre des buts "réduits" (par exemple, rester dans le domaine scientifique, pour l'étudiant, mais en envisageant un niveau d'études moins élevé) ou de nouveaux buts (comme changer de filière d'étude). Si tel n'est pas le cas, c'est-à-dire si l'étudiant cesse ses études sans nouveau projet professionnel pour le futur, le but laisse la place au vide, situation qui peut être caractérisée par des états dépressifs (Stein & Levine, 1991).

Enfin, un dernier point reste à aborder concernant la poursuite des buts. Pour illustrer le fonctionnement du cycle TOTE, l'exemple du thermostat qui régule la température d'une pièce est souvent utilisé. Lorsqu'une divergence entre la température désirée et la température réelle de la pièce est observée, le thermostat commande l'activation des appareils de chauffage jusqu'à ce que les phases de test entre les deux valeurs ne montrent plus de différence. A ce

moment-là, le thermostat cesse l'activation du chauffage. Dans le modèle TOTE, cette étape est caractérisée par la sortie de la boucle. Cependant, cette métaphore n'est pas parfaitement satisfaisante car le thermostat ne cesse jamais de fonctionner et dès qu'il repérera une nouvelle divergence entre la température souhaitée et la température réelle, il commandera à nouveau l'activation des appareils de chauffage. Or, dans un cycle de TOTE, une sortie de boucle est définitive soit par réalisation, soit par abandon du but.

La fonction du thermostat ne prend donc jamais fin et il en va de même pour de nombreux buts humains. Ceci nous amène à commenter une dimension des buts que nous n'avions pas encore abordée. Celle-ci est relative à la possibilité de représenter un même but sous deux formes : une forme ponctuelle et une forme récurrente. A cet effet, De Lalil (1957, cité par Austin & Vancouver, 1996), considère certains buts comme des points idéaux (ponctualité) et d'autres comme des préférences vectorielles (récurrence). Les points idéaux spécifient une valeur pour laquelle le but est atteint, alors que les préférences vectorielles sont infinies autrement dit récurrentes. Ainsi, pour un même but qui est *arrêter de fumer*, deux représentations sont possibles ; par exemple, une femme enceinte peut soit décider *d'arrêter de fumer pendant sa grossesse*, soit décider *d'arrêter de fumer définitivement*. Ceci pose la question des processus psychologiques impliqués dans la phase d'atteinte du but et la phase de maintien du but. Maes et Karoly (soumis) notent que, bien que les modèles dominants de changement des comportements de santé suggèrent que les mécanismes à l'œuvre dans ces deux phases ne diffèrent pas, des évidences laissent à penser qu'il en va autrement. En effet, Rothman (2000, cité par Maes & Karoly, soumis) souligne que si l'initiation d'un comportement peut être déterminée par les attentes de résultats, la décision du maintien s'appuie vraisemblablement sur la satisfaction de la personne concernant les conséquences du comportement.

2.4. Conclusion :

Cet exposé a permis de dégager les aspects les plus pertinents dans l'étude d'un comportement humain dirigé par les buts. Il a été divisé en deux parties, dont la première, axée sur les aspects qui définissent le concept de but, a conduit à présenter la seconde, relative aux processus dynamiques de progression vers l'atteinte des buts. Tout au long de ce travail, les aspects théoriques ont été illustrés par des exemples le plus souvent tirés du domaine de la santé. Ainsi, alors que les théories sur l'autorégulation du comportement étaient jusqu'à présent principalement utilisées dans le domaine du travail et de l'éducation, elles font l'objet, ces vingt dernières années, d'un intérêt croissant dans le domaine de la psychologie de la

santé. En effet, elles permettent d'appréhender les processus à l'œuvre dans l'adoption et le maintien des comportements de santé. Bien que ce champ de recherche soit relativement récent, de nouveaux modèles théoriques sont développés, et des résultats empiriques viennent étayer l'usage des conceptions d'autorégulation pour des interventions cliniques dans le domaine de la santé. Ces éléments sont présentés au chapitre 3.

Chapitre 3 : Apport des conceptions sur l'autorégulation du comportement au domaine de la santé

3.1. Introduction :

Les théories sur l'autorégulation du comportement ont généré deux thèmes principaux de recherche dans le domaine de la santé. Le premier concerne le rôle des caractéristiques de la structure de buts personnels et consiste essentiellement à identifier des variables de cette structure impliquées dans le bien-être. Nous avons déjà présenté les résultats de telles recherches dans le chapitre précédent. La seconde orientation théorique des recherches sur l'autorégulation du comportement en matière de santé s'est portée sur les aspects de la régulation motivationnelle d'un but. Dans cette perspective, la tâche consiste principalement à déterminer les variables de régulation motivationnelle impliquées dans la progression vers l'atteinte d'un but de santé spécifique, ainsi que l'impact de cette régulation sur le bien-être de la personne. Certaines études se sont centrées sur des variables de régulation motivationnelle spécifique (comme la motivation autonome ou contrôlée), alors que d'autres se sont appuyées sur des modèles intégrateurs des savoirs issus des théories sur l'autorégulation du comportement, et ont étudié dans une approche globale les principales variables de régulation motivationnelle identifiées dans la littérature.

L'objectif de ce chapitre est d'exposer les recherches qui ont étudié la régulation motivationnelle d'un but dans le domaine de la santé. Nous présentons tout d'abord les recherches fondées sur une approche unidimensionnelle, puis dans un second temps les modèles et recherches utilisant une approche multidimensionnelle. Enfin, nous concluons ce chapitre en formulant une problématique soutenant l'apport des récents développements dans le domaine de l'autorégulation du comportement pour l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

3.2. Régulation motivationnelle d'un but de santé : approche unidimensionnelle

3.2.1. Sélection d'un but et adoption d'un comportement :

De nombreuses théories sociocognitives appliquées au domaine de la santé ont oublié de prendre en considération un point essentiel de la gestion des comportements de santé : dans de nombreux cas, le comportement de santé que vise la personne a été posé par une source externe. C'est le cas notamment dans le cadre de la maladie où le monde médical va prescrire des traitements médicamenteux ou des changements du style de vie de la personne (par

exemple, suivi d'un régime alimentaire, mise en place de séances d'exercice physique quotidiennes, arrêt du tabagisme, ...). Or, pour Maes et Gebhardt (2000, p.348), ces prescriptions sont "des buts posés *pour* et non *par* la personne". Ainsi, il paraît pertinent, dans l'étude des comportements d'observance thérapeutique, de connaître le type de motivation à l'œuvre, « contrôlée » si la personne poursuit le but simplement parce qu'il lui a été notifié, ou « autonome » si l'individu conduit le but parce qu'il lui paraît personnellement important (Deci & Ryan, 2000).

Williams (2000) fait état de recherches récentes étudiant le rôle du type de régulation dans l'adoption des comportements de santé. Dans une étude proposant un programme de régime alimentaire à une population de personnes souffrant d'obésité, et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est associé avec un risque élevé pour la santé, il a été montré que les personnes les plus autonomes : (1) sont les plus présentes aux séances de suivi du traitement, (2) observent une plus grande réduction de leur IMC, et (3) maintiennent constant leur IMC sur les deux années qui suivent la fin du programme (Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996). De même, dans une étude sur le traitement de l'alcoolisme, Ryan, Plant, et O'Malley (1995) montrent que les personnes dont la motivation à participer au programme est la plus autonome, sont : (1) celles le plus régulièrement présentes aux séances de traitement et (2) évaluées par leur référent comme étant plus impliquées dans ce traitement. Une autre étude sur l'observance des prescriptions médicamenteuses dans le cadre de diverses maladies chroniques montre que les patients dont la régulation de la prise d'un médicament est la plus autonome sont les plus observants (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick & Deci, 1998).

3.2.3. Planification d'un but et adoption d'un comportement :

Lorsque le but de santé est posé, une phase de planification est nécessaire : elle permet de programmer la mise en œuvre des intentions (implementation intentions – Gollwitzer, 1993). Alors qu'une intention indique ce qu'une personne va faire, l'implémentation des intentions permet de déterminer quand, où et comment cette action sera menée (Sheeran, Milne, Webb & Gollwitzer, à paraître). Pour formuler l'implémentation d'une intention, l'individu doit tout d'abord identifier un comportement qui mènera à l'atteinte du but et, ensuite, anticiper l'occasion adéquate pour l'initiation du comportement. Par exemple, une personne qui désire *pratiquer une activité physique régulièrement* devra déterminer le comportement (par exemple, *courir trente minutes deux fois par semaine*), le moment (par exemple, *en quittant le travail les lundi et jeudi*) et le lieu (par exemple, *le parc qui se situe sur le chemin entre son lieu de travail et son domicile*).

Dans une revue de la littérature sur le sujet, Sheeran et ses collègues (à paraître) notent que relativement peu d'études ont utilisé l'implémentation des intentions pour comprendre ou promouvoir les changements de comportements de santé. Les recherches mises en place se sont à la fois intéressées à la promotion des comportements de santé immunogènes (exercice physique, régime alimentaire, examens de dépistage des cancers, prise de pilules de vitamines) et à la fois à la réduction des comportements à risque pour la santé (réduction de la consommation d'alcool et prévention des comportements tabagiques chez les adolescents). Dans ces études, des interventions ont été développées pour favoriser l'implémentation des intentions dans des groupes expérimentaux. Les résultats de ces recherches montrent tous que les groupes expérimentaux adoptent significativement plus de comportements sains comparés aux groupes de référence n'ayant pas participé aux interventions visant à développer l'implémentation des intentions.

3.2.3. Implication du feedback dans l'adoption d'un comportement :

L'évaluation des interventions utilisant le feedback dans le domaine de la promotion de la santé et de la gestion de la maladie est rendue difficile car beaucoup d'interventions font appel à cette technique parallèlement à d'autres (Maes & Karoly, soumis). Cependant, Maes et Karoly (soumis) notent que les quelques recherches étudiant le rôle du feedback de manière isolée permettent de conclure à l'efficacité des interventions basées sur cette technique dans les changements de comportements de santé. Notons encore qu'aucune étude sur la recherche de feedback en tant que déterminant de l'adoption d'un comportement de santé n'a été menée.

3.3. Régulation motivationnelle d'un but de santé : approche multidimensionnelle

3.3.1. Introduction :

Tout au long de ce travail, les théories sur l'autorégulation du comportement ont souvent été évoquées. Le pluriel utilisé n'est pas lié (ou très peu) à une quelconque compétition des thèses soutenues par les nombreux auteurs s'intéressant à ces aspects. Il renvoie principalement à la difficulté d'explorer dans un modèle unique tous les aspects d'un domaine d'étude fondé sur un postulat trop général défini par la seule assertion : « le comportement est dirigé par les buts ». Par exemple, les recherches présentées précédemment ont toutes porté sur un aspect particulier de la régulation d'un but, que ce soit l'établissement du but, la planification de la conduite du but, ou l'évaluation faite des progrès vers l'atteinte du but. Cependant, ces dernières années, un effort particulier a été fourni pour intégrer les savoirs

issus des théories sur l'autorégulation du comportement dans des modèles globaux multidimensionnels. Ils comprennent à la fois les aspects cognitifs et émotionnels impliqués dans la régulation d'un but, ainsi que les caractéristiques du concept de but pouvant influencer sur sa régulation.

Deux auteurs ont particulièrement contribué à unifier les savoirs de la psychologie et à éclaircir un vaste champ de recherche où les redondances associées à des synonymies conceptuelles pouvaient parfois laisser le chercheur perdu dans un flou théorique. La première contribution est à mettre au crédit de Ford D.H. (1987) qui a développé une théorie générale du fonctionnement humain en conceptualisant la personne comme un système unitaire. Le second auteur ayant joué un rôle important dans l'intégration des savoirs psychologiques est Ford M.E. (1992), qui, tout en s'appuyant sur les travaux de son prédécesseur a particulièrement développé les aspects motivationnels du comportement humain.

Les travaux de ces deux auteurs ont donné lieu à de nouveaux types d'approche multidimensionnelle dans le domaine de la santé et particulièrement dans le champ des comportements de santé. Karoly et ses collègues (par exemple, Karoly et Ruehlman, 1995, 1996) se sont appuyés sur les travaux de Ford D.H. (1987) et ont développé une approche d'autorégulation intégrative pour expliquer les changements de comportements de santé. Cependant, c'est à d'autres auteurs que l'on doit une des contributions les plus intéressantes de ces dernières années dans le domaine de la santé. En effet, en se basant sur les travaux de Ford M.E. (1992) et sur les résultats des recherches antérieures dans le domaine des changements de comportements, Maes et Gebhardt (2000) ont développé un modèle des changements de comportements de santé fondé sur les conceptions d'autorégulation : le **Modèle des Buts relatif aux Comportements de Santé (Health Behavior Goal Model – HBGM)**.

Dans cette section, sont présentés les résultats des recherches issues de ces deux orientations. Nous commentons tout d'abord les études s'intéressant à la notion de structure de buts personnels introduite par Ford D.H. (1987) et Ford M.E. (1992) en tant que contexte facilitant (alignement des buts) ou entravant (conflits des buts) le développement d'un comportement de santé. Ensuite, nous développons les recherches menées à partir d'évaluations multidimensionnelles des variables de régulation motivationnelle du changement de comportement. Enfin, nous concluons sur l'apport de ces conceptions dans l'explication des comportements de santé.

3.3.2. Intégration d'un but de santé dans la structure de buts personnels de l'individu : le rôle des conflits dans l'adoption d'un comportement de santé

Ford M.E. pose l'hypothèse selon laquelle un but est plus susceptible d'être régulé avec succès s'il s'aligne avec certains buts importants pour la personne, et s'il n'entre pas en conflit avec certains autres buts également importants. Nous avons déjà évoqué les travaux d'Emmons et King (1988) qui montraient que les conflits pouvaient être liés à des affects négatifs. Partant de ces travaux sur les conflits inter-buts, Gebhardt (1997, cité par Maes & Gebhardt, 2000) ainsi que McKeeman et Karoly (1991) s'interrogent sur le rôle des conflits dans la genèse des comportements de santé. Tout d'abord, Gebhardt (1997) a étudié la pratique de l'exercice physique chez une population constituée du personnel soignant de sept maisons de repos des Pays-Bas. Dans cette étude, 526 employés ont répondu par deux fois (à douze mois d'intervalle) à des questions relatives (1) à leur pratique actuelle d'une activité physique, et (2) aux conséquences anticipées d'une activité physique régulière relatives à divers aspects : coûts et bénéfices liés aux émotions et à la santé, influence sociale, compétence perçue, conflits possibles avec d'autres buts comportementaux (un inventaire était proposé). Cette étude prospective a permis de montrer que toutes les variables relatives aux conséquences anticipées étaient des prédicteurs de la pratique d'une activité physique. Les auteurs notent particulièrement que les conflits avec d'autres buts personnels de l'individu sont des prédicteurs importants (négatifs) de la mise en œuvre d'une pratique physique régulière ainsi que du maintien des comportements sportifs déjà présents.

De manière similaire, une autre recherche de McKeeman et Karoly (1991) s'est intéressée au rôle des conflits intrapsychiques (entre un but d'arrêt du tabagisme et les autres buts importants de la personne) et interpersonnels (les obstacles sociaux perçus lors de l'arrêt de la consommation de tabac) chez trois populations : une population de fumeurs, une population d'anciens fumeurs et une population de fumeurs ayant récemment rechuté après avoir tenté d'arrêter de fumer. Les résultats indiquent que les anciens fumeurs, contrairement aux fumeurs actuels et aux fumeurs ayant récemment rechuté, déclarent significativement moins d'obstacles sociaux liés à leur abandon de la cigarette et des taux significativement moins élevés de conflits inter-buts.

3.3.3. Les recherches fondées sur l'utilisation de mesures génériques du processus de conduite d'un but :

3.3.3.1. La Batterie d'Evaluation des Systèmes de buts (Goal Systems Assessment Battery – GSAB) :

Karoly et Ruehlman (1995, 1996) se sont appuyés sur les travaux de Ford D.H. (1987) pour développer la Batterie d'évaluation des systèmes de buts (GSAB). Dans l'approche de Ford D.H. (1987) l'action dirigée par les buts est régie par quatre fonctions en interrelation : (1) la fonction directive qui spécifie un but ainsi que sa valeur et les attentes liées à sa réalisation ; (2) la fonction de régulation qui, pour permettre la comparaison entre l'état désiré et l'état actuel, collecte les informations nécessaires (feedback) ; (3) la fonction de contrôle qui, à la suite de la comparaison effectuée par la fonction de régulation, va impliquer une phase de planification et des stratégies "d'autocorrection" ("autocritique" ou "autorécompense") ; (4) la fonction d'activation (arousal function) qui constitue la source d'énergie nécessaire pour l'activation des trois fonctions citées précédemment. Chez l'homme cette fonction d'activation est assurée par les émotions qui sont tout à la fois les causes et les conséquences de l'activité dirigée par les buts.

La GSAB est constituée de quatre échelles correspondant à ces quatre fonctions. Le premier questionnaire s'intéresse à la fonction directive du but, et évalue l'importance (4 items) et l'efficacité personnelle (4 items) liées au but. Le second questionnaire comprend 8 items liés à la fonction de régulation, dont une moitié évalue la surveillance de la conduite du but, et l'autre la comparaison sociale qui fournit un standard externe pour l'évaluation des progrès ou des stratégies utilisées. Pour évaluer la fonction de contrôle, le troisième questionnaire comprend trois ensembles de 4 items qui mesurent respectivement la planification, l'autocritique et les récompenses. En dernier lieu, la fonction d'activation est mesurée par les 8 items du quatrième questionnaire qui, pour moitié, évalue les émotions positives associées à la poursuite du but et, pour moitié, les émotions négatives associées à la conduite de ce but. Au total, la GSAB comprend 36 items répartis en 9 échelles.

Karoly et Ruehlman (1996) ont utilisé la GSAB dans une étude explorant le lien entre l'expérience de la douleur, les cognitions liées aux buts dans le travail et la détresse psychologique. De plus, deux mesures des conflits possibles ont été effectuées : une mesure concernant les conflits entre les buts professionnels eux-mêmes, et une mesure entre les buts professionnels et les buts non professionnels. La GSAB a été complétée en fonction des deux buts professionnels les plus importants de la personne. Ces buts ont été choisis parmi une liste

de 13 buts constituée à partir des quatre domaines de la taxonomie de Ford et Nichols (1991) : les buts cognitifs, les buts affectifs, les buts de relation sociale et les buts centrés sur la tâche. Les résultats font apparaître que les personnes rapportant des problèmes de douleurs chroniques présentent des taux plus élevés d'autocritique et d'émotions négatives liées à la poursuite de leurs buts professionnels, plus de conflits entre leurs buts professionnels et extraprofessionnels, ainsi que des niveaux plus faibles d'importance accordée à leur but, d'efficacité personnelle et d'émotions positives comparativement aux personnes ne faisant pas état de douleurs. De plus, des modèles de régressions linéaires ont permis de montrer que les variables de la GSAB améliorent significativement le taux de variance expliquée de la détresse psychologique par rapport à la seule introduction de la variable douleur pourtant reconnue comme un prédicteur significatif. Les conflits de buts entre buts professionnels et extraprofessionnels améliorent également la prédiction de l'anxiété.

3.3.3.2. Le Modèle des Buts relatif aux Comportements de Santé :

3.3.3.2.1. Présentation du Modèle des Buts relatif aux Comportements de Santé :

Dans le HBGM (Health Behavior Goal Model – Maes & Gebhardt, 2000), le changement de comportement est supposé être influencé par de nombreux facteurs agissant en interaction (voir Figure 3.1.) : (1) la structure des buts personnels qui facilite ou entrave la conduite du comportement ciblé (alignement ou conflits du comportement dans la structure) ; (2) la qualité du comportement, selon qu'il s'agisse d'un comportement à adopter (valence positive / approchante) ou d'un comportement à éviter ou supprimer (valence négative / évitante) ; (3) les coûts et bénéfices perçus pour la santé ; (4) les coûts et bénéfices émotionnels perçus ; (5) l'influence sociale, qui représente l'évaluation subjective des réactions probables de l'environnement social vis-à-vis de l'adoption du comportement (par rapport à la Théorie du Comportement Planifié décrite dans le chapitre 1, le HBGM prend en compte le soutien social en plus de la pression sociale) ; (6) la compétence perçue, liée aux concepts d'efficacité personnelle ou de contrôle comportemental perçu, respectivement développés par Bandura (1977, 1986) et Ajzen (1985).

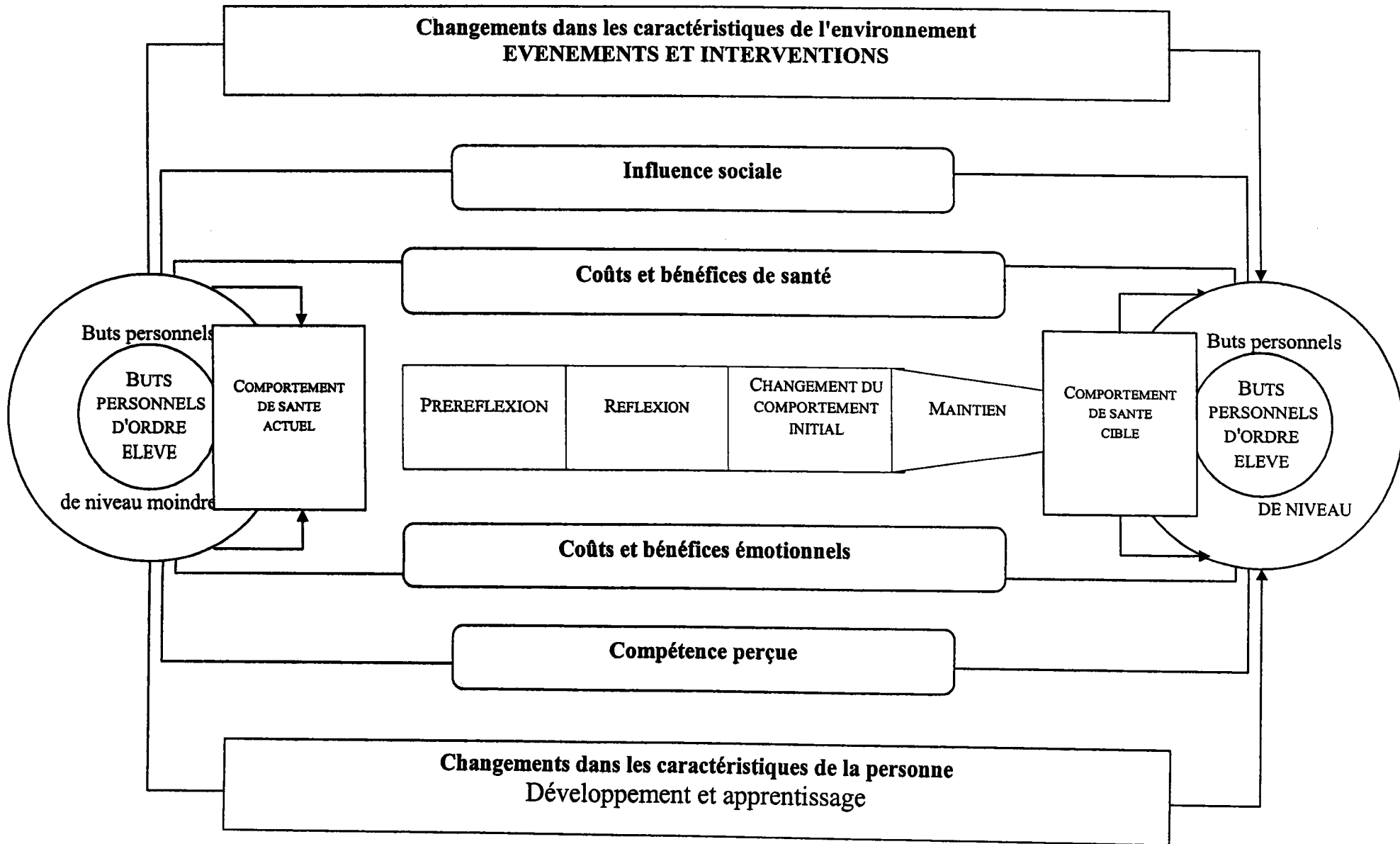


Figure 3.1. : Modèle des buts relatifs aux comportements de santé (HBGM) d'après Gebhardt et Maes (2001)

De plus, le changement de comportement est envisagé dans le temps et dépend alors des changements possibles dans la structure de buts personnels de l'individu. Ces changements sont décrits comme la conséquence des changements dans les caractéristiques de l'environnement (par exemple, décès d'un membre de la famille) ou dans les caractéristiques de la personne (par l'exemple, l'âge ou la maladie).

Enfin, dans le HBGM, le processus d'adoption du comportement est envisagé de manière dynamique et évolutive, à travers diverses étapes décrites par le Modèle Transthéorique de Prochaska et DiClemente (1986). Le point de départ est le comportement de santé initial de la personne (par exemple, le tabagisme actif). La première phase du processus de changement est décrite comme une phase de préreflexion durant laquelle l'individu possède des informations négatives concernant son comportement (par exemple, risque de cancers) mais n'envisage pas encore d'en changer. La phase suivante est nommée phase de réflexion car la personne évalue la sévérité de la menace que représente son comportement pour sa santé, et sa susceptibilité personnelle à cette menace. De plus, elle opère une sélection des meilleurs comportements possibles pour pallier cette menace (par exemple, diviser par deux sa consommation de tabac, pratiquer régulièrement une activité physique pour compenser le tabagisme, ou tout simplement arrêter de fumer). Une fois sa décision prise, la personne entre dans la troisième phase, phase de préparation, qui lui permet de planifier les actions nécessaires au changement (si la personne souhaite arrêter de fumer, elle peut par exemple programmer un arrêt progressif en supprimant chaque jour une cigarette fumée dans une situation spécifique). La quatrième phase du changement est caractérisée par le passage à l'action : la personne réalise les plans formulés lors de la phase précédente. Notons que durant cette phase, des processus de révision peuvent s'opérer pour de nombreuses raisons comme par exemple des progrès insuffisants vers le changement de comportement (la personne a réussi à diminuer sa consommation de tabac mais ne parvient pas à s'en passer définitivement). Enfin, si la gestion du comportement mène à l'atteinte du but envisagé, la personne entre dans une cinquième phase durant laquelle l'objectif sera de maintenir le comportement adopté (ne pas recommencer à fumer).

Notons encore qu'à la différence du Modèle de Prochaska et DiClemente (1986), Maes et Gebhardt (2000) agrègent les phases de planification et d'action dans la même étape nommée phase de changement de comportement qui intègre toutes les étapes de poursuite, révision, atteinte ou désengagement du but. La dynamique de cette étape est liée (1) aux changements possibles dans les caractéristiques de la personne (remaniement de la structure des buts personnels de l'individu : d'autres buts sont devenus plus importants) ou de

l'environnement (par exemple, changement de cadre professionnel avec des collègues fumeurs), ainsi (2) qu'à trois mécanismes de régulation du but : (a) les mécanismes de feedback qui évaluent la progression vers l'atteinte du but ; (b) les mécanismes d'anticipation, guidés par les caractéristiques personnelles et environnementales ; (c) les mécanismes de contrôle (planification et résolution de problème) qui veillent à la poursuite du but malgré les obstacles comportementaux, cognitifs et émotionnels possibles.

3.3.3.2.2. Inventaire des variables de régulation motivationnelle d'un but (Goal And Process Inventory – GAPI) :

En se fondant sur le HBGM, Maes et ses collègues (Maes, Pomaki, Joekes, Boersma, Gebhardt & Huisman, 2003) ont développé un inventaire des variables de régulation motivationnelle des buts pour expliquer la progression vers un but personnel important. Cette évaluation est composée de 10 dimensions susceptibles d'affecter l'atteinte d'un but spécifique : l'engagement dans le but, le conflit avec la structure personnelle de but, l'efficacité personnelle liée à la conduite de ce but spécifique, l'efficacité dans la conduite du but, les attentes anticipées de résultats par rapport à la conduite du but, les émotions positives et négatives associées à la poursuite du but, les actions de communication sur le but, le soutien social du partenaire, et la pression sociale du partenaire.

Bien que le GAPI soit une évaluation relativement récente, quelques recherches l'ont utilisé pour expliquer les progrès effectués vers un but important pour la personne ainsi que les effets de la poursuite du but sur le bien-être psychologique et la qualité de vie liée à la santé de cette personne. Par exemple, deux recherches (Boersma, Maes, Joekes & Dusseldorp, soumis ; Joekes, Maes & Gebhardt, soumis) l'ont utilisé pour étudier la conduite de buts spécifiques importants chez des patients venant de subir un infarctus du myocarde. Boersma, Maes, Joekes, et Dusseldorp (soumis) montrent que le conflit et l'efficacité personnelle dans la poursuite de trois buts importants pour le patient (un but de santé, un but social et un troisième but dans le domaine de son choix) peu de temps après son infarctus (T1) permettent d'expliquer 22% de la variance de l'atteinte de ces trois buts quatre mois après l'incident cardiaque (T2). Un haut niveau d'efficacité personnelle associée à la poursuite des buts ainsi qu'un bas niveau de conflits des trois buts avec la structure de buts personnels (T1) prédisait un niveau élevé dans l'atteinte des buts au second temps de la recherche (T2). De plus, l'efficacité personnelle associée à la poursuite des trois buts peu de temps après l'infarctus (T1) prédisait également 6% de la variance de la qualité de vie liée à la santé quatre mois plus tard (T2).

Une autre étude sur des patients ayant subi un infarctus du myocarde (Joekes, Maes & Gebhardt, soumis) s'est intéressée aux variables de régulation motivationnelle d'un but de santé liée à la maladie (arrêt du tabagisme, exercice physique, régime alimentaire...) mis en place par le patient et son partenaire. Ces variables ont été utilisées pour prédire les progrès vers le but, la qualité de vie liée à la santé et le bien-être psychologique (intégrant la dépression et l'anxiété) trois mois plus tard. Parmi les patients, les résultats n'ont pas fait apparaître d'effet de l'efficacité personnelle, du conflit inter-buts, et des émotions négatives sur la progression vers l'atteinte de ce but trois mois plus tard. Parmi les partenaires des patients, les mêmes résultats ont été observés à l'exception d'un effet significatif de l'efficacité personnelle. Les auteurs notent que ces résultats, qui contredisent ceux présentés un peu plus tôt (Boersma, Maes, Joekes & Dusseldorp, soumis), peuvent s'expliquer par le fait que, dans la recherche présente, les progrès vers le but ciblé chez les patients pouvaient être dus aux conseils intensifs qu'ils avaient reçus durant leur programme de réadaptation. Concernant le bien-être des patients, les conflits inter-buts prédisaient un niveau bas de qualité de vie liée à la santé, et les émotions négatives liées à la poursuite du but expliquaient un niveau élevé de dépression. Concernant le bien-être des partenaires, des niveaux élevés de conflits inter-buts et d'émotions négatives prédisaient respectivement des niveaux élevés de dépression et d'anxiété. Si cette recherche met à nouveau en évidence le rôle des variables de régulation motivationnelle d'un but de santé sur le bien-être psychologique et la qualité de vie liée à la santé, elle montre également les différences dans l'effet de ces variables lorsque le but est lié à la maladie et à un comportement d'observance thérapeutique (c'est ici le cas du patient) ou bien lorsqu'il est associé à un contexte social favorable (c'est le cas du partenaire dans cette recherche).

3.4. Problématique de la thèse :

Dans cette partie, nous cherchons à déterminer l'apport d'une approche basée sur les concepts issus des théories sur l'autorégulation du comportement dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue. Nous exposons tout d'abord les hypothèses relatives aux caractéristiques des buts personnels et aux variables de régulation motivationnelle dans le cadre de l'adoption d'un but d'observance thérapeutique. Puis dans un second temps, nous présentons les réflexions qui nous ont conduits à proposer trois études distinctes dans ce travail. Les deux premières études répondent à la nécessité de tester certaines hypothèses relatives aux théories sur l'autorégulation du comportement, et

doivent permettre de mieux appréhender les résultats de la dernière étude consacrée à l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

3.4.1. Intégration des concepts d'autorégulation du comportement dans la recherche sur l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue :

3.4.1.1. Introduction :

Dans l'étude des facteurs psychologiques impliqués dans les comportements d'observance thérapeutique, les théories sociocognitives traditionnelles se sont principalement centrées sur l'intention de développer le (ou les) comportement(s) de santé. Or, dans de nombreux cas, et particulièrement dans le domaine de l'hypertension artérielle, le problème n'est pas simplement lié à l'intention de prendre les médicaments par exemple, mais plus à une régulation efficace de ce comportement. Les théories sur l'autorégulation du comportement porte leur attention sur le concept de but qui est central dans la mise en œuvre des intentions. Les chapitres 2 et 3 ont permis de mettre en avant plusieurs aspects du fonctionnement humain pour la régulation du comportement qui convient de prendre en compte dans l'étude de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

3.4.1.2. Intérêt des caractéristiques de la structure de buts personnels dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue :

Tout d'abord, il paraît pertinent de s'intéresser au fonctionnement de la structure de buts personnels d'un individu lorsqu'on appréhende les processus de régulation d'un but spécifique. En effet, dans le chapitre 2, nous avons montré que des dispositions particulières de l'individu peuvent être impliquées dans la genèse des comportements, dans leur mise en œuvre et finalement dans leur efficacité vis-à-vis du but auquel ils répondent : la valence de la structure de buts personnels, le degré d'importance des buts personnels, et le degré de perturbation de la structure de buts personnels.

Dans le cadre des comportements d'observance thérapeutique liés à l'hypertension artérielle, ces facteurs dispositionnels et contextuels de la gestion de la structure de buts personnelle peuvent interférer avec une régulation efficace des comportements prescrits par le monde médical.

En effet, il est possible d'envisager que l'*orientation* habituelle qu'une personne donne à ses buts (positive/approchante ou négative/évitante) puisse être à l'origine d'abandon du traitement ou au contraire de persévération. Par exemple, prendre le traitement

antihypertenseur peut être représenté, conformément au fonctionnement habituel de la personne, selon une valence positive : *prendre le médicament tel qu'il m'a été prescrit par le médecin*, ou bien selon une valence négative: *éviter d'oublier de prendre le traitement tel qu'il m'a été prescrit par le médecin*. Dans le premier cas, l'individu peut être satisfait à partir d'un certain seuil de cachets pris conformément aux exigences médicales, alors que dans le second cas, la personne peut vivre comme un échec les oublis probables dans la prise quotidienne du traitement. Selon l'argumentaire de différents auteurs, cette situation conduit la personne évitante à vivre des émotions négatives liées à une non satisfaction de la poursuite de son but, en conséquence de quoi, il est probable qu'elle redéfinisse l'importance placée dans un but auquel elle ne peut répondre efficacement, et qui finalement aura moins de chance d'être atteint.

Le *degré d'importance des buts personnels* poursuivis par la personne peut également influencer sur son degré d'observance des prescriptions médicales. L'impossibilité de gérer simultanément et efficacement tous les buts qu'elle souhaite poursuivre pousserait la personne à redéfinir ses intérêts et à mettre de côté des buts qu'elle juge moins prioritaire. Dans le cadre de l'hypertension artérielle, cette hypothèse semble particulièrement intéressante puisque les patients souffrant de cette pathologie observent toujours un décalage entre leur sentiment d'être en bonne santé et la nécessité de prendre un traitement médicamenteux dont les effets secondaires altèrent leur qualité de vie. Dans ce cas, le patient hypertendu montrerait moins d'intérêt à poursuivre un but d'observance qu'à gérer des buts essentiels de sa vie qui participent à son bien-être et à sa qualité de vie.

Enfin, plusieurs recherches ont mis en évidence que le *degré de perturbation de la structure de buts personnels* expliquait de la détresse psychologique. Dans cette perspective, il est probable que les efforts de la personne soient centrés sur un rétablissement du fonctionnement harmonieux de sa structure de buts afin de réduire la détresse psychologique ressentie. Dans le cas d'un patient hypertendu, la perturbation de sa structure de buts personnels pourrait détourner son attention des buts comportementaux tels que la prise d'un traitement médicamenteux.

3.4.1.3. Intérêt des variables de régulation motivationnelle dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue :

Le chapitre 2 et particulièrement le chapitre 3 ont mis l'accent sur les processus de régulation motivationnelle d'un but spécifique. Les recherches présentées dans le domaine de

la santé, nous pousse à conclure à la pertinence d'une approche multifactorielle de ces processus dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique.

Tout d'abord, *le type de motivation* semble un point important à prendre en compte dans la régulation des comportements et tout particulièrement dans les comportements d'observance thérapeutique. Le but d'un patient hypertendu est de respecter les prescriptions médicales. Ce but est donc fixé par une source externe, le monde médical. Cependant, d'après la théorie de Deci et Ryan (2000), le type de motivation, interne ou externe, qui est à l'origine de la formulation d'un but est moins important que le niveau d'intégration de ce but dans la structure personnelle de but d'un individu. Il s'agit donc de prendre en compte le type de motivation, *autonome* ou *contrôlée*, dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez le patient hypertendu.

De plus, cette conception nous amène à commenter la notion d'*alignement* ou de *conflit* inter-buts. En effet, un comportement peut être parfaitement intégré à la structure de but personnel de l'individu, et être régulé par conséquent de manière autonome, sans toutefois être aligné avec les autres buts importants pour la personne. Il s'agit donc, lorsque l'on s'intéresse à la régulation des comportements de santé tels que *prendre des médicaments antihypertenseurs*, de prendre en compte le degré avec lequel ce comportement s'aligne ou entre en conflit avec les autres buts importants de l'individu.

L'*engagement* dans la poursuite de ce but est également susceptible d'affecter les comportements d'observance. Même si un but est parfaitement intégré dans la structure des buts personnels de l'individu et s'aligne avec les autres buts importants de cette personne, il est possible, face à la multitude de buts que poursuit une personne et de comportements qu'elle met en place, qu'une sélection très fine s'opère entre tous ces buts lors de l'allocation des ressources.

Un autre concept a souvent été utilisé pour prédire l'intention de développer un comportement de santé : *l'efficacité personnelle*. Cependant, comme le note Clark et Dodge (1999), ce concept s'il est utile dans l'explication des intentions, devrait être mesuré à chaque étape de la poursuite d'un but. En effet, la mise en place d'un comportement est souvent jalonnée d'obstacles non anticipés auxquels il convient de réagir. La réévaluation de la situation doit alors être appuyée d'une perception d'efficacité personnelle liée à la résolution des problèmes. Il est en effet probable que l'efficacité personnelle permette de prédire l'intention de prendre le médicament antihypertenseur. Cependant, la gestion au quotidien de ce comportement peut sembler bien plus difficile si la personne se rend compte que des oublis sont fréquents, dus au manque par exemple de temps pour prendre des repas réguliers. Ainsi,

l'efficacité personnelle ne devrait pas être mesurée comme une disposition de la personne mais comme un état liée à la poursuite d'un but.

Dans la régulation des comportements, le rôle des *émotions* a souvent été occulté. Pourtant, il paraît évident que les émotions associées à la conduite d'un but peuvent laisser présager de l'atteinte ou non de ce but. Nous avons souligné dans le chapitre 1 que les médicaments antihypertenseurs provoquaient des effets secondaires non souhaités. Dans la prise d'un traitement antihypertenseur, les émotions devraient être évaluées comme un aspect déterminant du comportement d'observance. Les émotions associées à la prise d'un traitement peuvent être ambivalentes, avec d'un côté des *émotions positives* associées au fait de répondre aux attentes du médecin, de préserver sa santé, ..., et de l'autre côté des *émotions négatives* associées à l'anticipation des effets secondaires, ou au sentiment d'être malade induit par la prise d'un traitement chimiothérapeutique.

Signalons encore que la *recherche de feedback* est certainement un aspect essentiel des comportements d'observance thérapeutique puisqu'elle permet de fournir un critère plus précis pour la comparaison entre l'état désiré et l'état actuel. Par exemple, une personne hypertendue peut penser que le fait d'oublier son traitement quelque fois ne permettra pas à terme de contrôler sa pression artérielle et que l'arrêt du traitement renverrai aux mêmes conséquences que des oublis occasionnels. Cependant, en discutant avec son médecin ou d'autres personnes, elle se rend compte qu'un taux d'observance de 80% peut être suffisant pour obtenir ce contrôle tensionnel dans le futur. Dans ce cas, l'information obtenue sur son comportement lui permet de penser qu'elle progresse vers son but de santé. Il est également probable que le patient hypertendu soit renforcé dans son intention d'observer les recommandations de son médecin suite à la prise de connaissance de cette information.

Enfin, nous terminerons sur les apports des théories sur l'autorégulation pour l'explication des comportements d'observance, en commentant l'impact de l'environnement social de la personne sur la poursuite d'un but. Alors que le *soutien social* a souvent été conceptualisé comme un facteur positif dans les recherches sur la santé, dans le HBGM, une distinction est faite entre le *soutien social* et la *pression sociale*. Cette dernière réfère à la forte incitation de l'environnement social à la mise en place du comportement. Cependant, cette forme de pression sociale conduirait à des résultats opposés à ceux attendus ; elle entraverait l'action parce qu'au lieu de "l'énergiser", elle inhiberait le comportement de la personne. Ainsi, un patient hypertendu, dont le partenaire est trop présent dans sa gestion personnelle de la maladie, pourrait ressentir une forte motivation contrôlée quelque soit l'intégration du but dans sa structure de buts personnels.

3.4.2. Présentation des recherches de la thèse :

3.4.2.1. Introduction :

La problématique que nous avons formulée dans la section précédente nous conduit à mettre en place trois études. La première répond au besoin d'explorer plus avant le rôle des caractéristiques de la structure des buts sur la détresse psychologique. La seconde se fixe comme objectif de déterminer les concepts issus des théories sur l'autorégulation du comportement susceptibles d'expliquer la progression vers l'atteinte d'un but de santé personnellement défini. Enfin, la dernière, spécifique au problème de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue, devra permettre d'identifier les caractéristiques de la structure de buts personnels et les variables de régulation motivationnelle impliquées dans la gestion des comportements d'observance.

3.4.2.2. Présentation de la première étude :

Dans le Modèle des Buts relatifs aux Comportements de Santé, les caractéristiques de la structure des buts personnels sont essentielles pour comprendre l'adoption d'un but de santé et la mise en place d'un comportement sain. Pourtant, peu de recherches se sont réellement intéressées à ses aspects. Il est alors légitime de se demander comment certaines caractéristiques de la structure de buts personnels de l'individu peuvent influencer la régulation d'un but de santé spécifique. Pour répondre à cette interrogation, nous posons l'hypothèse que les caractéristiques de la structure de buts personnels qui génèrent de la détresse psychologique connotent un mauvais fonctionnement de la personne dans la gestion de ses buts.

Nous retenons trois caractéristiques qui ont été identifiées dans la littérature comme influençant le bien-être de la personne : la valence de la structure de buts, le degré d'importance des buts personnels, et le degré de perturbation de la structure de buts personnels. De plus, une hypothèse sera également formulée quant aux perturbations de la structure de buts personnels. Ces perturbations peuvent être liées à des aspects de l'environnement qui entravent la gestion des buts personnels importants de l'individu. Pour évaluer le rôle de l'environnement, nous nous référons au concept de stressors de la vie quotidienne. Nous posons l'hypothèse que le nombre de stressors explique le degré de détresse psychologique par le biais d'une perturbation de la structure de buts personnels. En somme, si les stressors de la vie quotidienne explique la détresse psychologique, c'est parce qu'ils agissent sur la structure des buts personnels et empêchent la poursuite des buts

personnels importants de l'individu. Les résultats de cette étude devraient nous orienter dans la prise en compte des caractéristiques de la structure de buts personnels pour l'explication de l'adoption des comportements de santé.

3.4.2.3. Présentation des études 2 et 3 :

A la suite de la première étude, nous décidons d'étudier le rôle des variables liées aux caractéristiques de la structure des buts personnels ainsi que des variables de régulation motivationnelle dans le processus d'adoption d'un comportement de santé. Etant donné le caractère exploratoire de cette démarche, nous mettons en place deux études, l'une consacrée à la régulation d'un but de santé personnellement défini parmi une population de personnes tout-venant (étude 2), l'autre destinée à explorer la régulation des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue (étude 3).

Ce choix se justifie par l'hypothèse que nous formulons concernant les variables de régulation motivationnelle qui ne joueraient pas le même rôle en fonction de la source à l'origine de la sélection du but (interne dans le cas de l'étude 2 et externe dans le cas de l'étude 3). De plus, il est possible que les caractéristiques de la structure de buts personnels n'aient pas le même impact sur la régulation d'un but, selon que ce but soit posé par ou bien pour l'individu. Dans le premier cas, le but trouve son origine dans la structure de buts personnels de l'individu, alors que dans le second, c'est un but médical qui doit s'insérer dans la structure de buts personnels du patient. Il est alors probable que certaines caractéristiques de la structure de buts personnels soient essentielles dans le cadre de la régulation d'un but externe, alors qu'elles prendraient moins d'importance dans la gestion d'un but interne.

SECONDE PARTIE
LES RECHERCHES

Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche

4.1. Introduction :

Ce chapitre est destiné à présenter les aspects méthodologiques de notre recherche. A la suite de la problématique établie à la fin du chapitre précédent, nous avons développé trois études qui seront présentées dans les sections suivantes. Ces études utilisent uniquement la méthode d'enquête par questionnaires. Les caractéristiques de ces questionnaires sont présentées dans ce chapitre. On y trouve par conséquent la description :

- de la procédure utilisée pour recruter les participants à cette recherche,
- des populations qui ont participé aux trois études,
- et enfin, des variables utilisées pour répondre à notre problématique. Les aspects liés à la validation des outils psychométriques sont également présentés dans cette section.

4.2. Procédure et population :

La problématique que nous avons formulée dans le chapitre précédent nous a conduits à proposer trois études distinctes pour lesquelles nous avons déterminé des critères d'inclusion des participants selon les règles suivantes :

- La première étude nécessitait une population d'individus tout-venant sans critère d'inclusion particulier,
- La seconde étude nécessitait la participation d'individus tout-venant qui désiraient atteindre un but de santé dans les mois à venir et qui y songeaient déjà depuis quelques semaines,
- La dernière étude nécessitait le recrutement de personnes personnellement concernées par l'hypertension artérielle essentielle, prenant un traitement anti-hypertenseur, et étant suivies par un médecin généraliste. Aucun critère supplémentaire n'a été fixé concernant par exemple la sévérité de l'hypertension, ou le type de thérapie.

Ces critères d'inclusion par étude ont impliqué deux recrutements principaux, l'un concernant l'étude 2 (personnes poursuivant un but de santé) et l'autre concernant l'étude 3 (personnes hypertendues), l'échantillon de l'étude 1 étant constitué de ces deux populations.

Dans cette optique, nous avons développé un questionnaire unique pour les trois études. Certaines variables s'adressaient à tous les participants, alors que d'autres étaient spécifiques à la population de personnes hypertendues. Dans ce cas, les consignes précisaient aux participants les questions auxquelles ils devaient répondre en fonction de leur statut.

D'autres variables encore avaient des consignes différentes en fonction de la population ciblée.

Pour tester l'usage et la compréhension du questionnaire par les participants à notre recherche, nous avons rencontré des individus tout-venant et hypertendus lors d'un bilan de santé gratuit réalisé par le Centre d'Examen de Santé et de Médecine Préventive de la ville de Metz. Une trentaine de personnes a été rencontrée en entretien au cours duquel elles complétaient le questionnaire proposé. A la suite de cette phase de test, certaines consignes ont été légèrement modifiées.

Une fois établie la version définitive du questionnaire, ce dernier a été édité au moyen du logiciel Formic Design 3.2 (1995/1996).

Pour recruter des personnes tout-venant poursuivant un but de santé personnellement déterminé, nous avons distribué 1500 questionnaires dans des boîtes aux lettres de la ville de Metz. Un article publié dans le journal local quelques jours avant la distribution avait permis d'informer en partie les personnes qui recevaient le questionnaire. De plus, une présentation détaillée de la recherche ainsi que la photocopie de l'article du journal étaient jointes au questionnaire. Aucune donnée nominative n'apparaissant dans le questionnaire, l'anonymat de la participation était garanti (l'objectif était de favoriser les retours). Le questionnaire complété pouvait être retourné au Laboratoire de Psychologie de la Santé de l'Université de Metz par le biais d'une enveloppe T préaffranchie.

La distribution des questionnaires a répondu à une procédure d'échantillonnage représentant les différents quartiers de la ville afin d'éviter les biais de participation liés aux catégories socio-professionnelles.

Dans les 3 mois qui ont suivi la distribution, 253 questionnaires ont été retournés au Laboratoire. Parmi les personnes ayant renvoyé le questionnaire, seulement 197 répondaient au critère d'inclusion de l'étude 2. Cinquante-six personnes n'ont pas été retenues pour cette étude, soit parce qu'elles ne poursuivaient pas de buts de santé personnellement définis ($N = 43$), soit parce qu'elles déclaraient être hypertendues ($N = 13$). Les personnes ne déclarant pas de buts de santé ont tout de même complété les autres données du questionnaire et ont ainsi été intégrées dans l'échantillon de l'étude 1. Les personnes déclarant être hypertendue prenaient toutes un traitement antihypertenseur et ont été intégrées à l'échantillon de l'étude 3.

Pour recruter les personnes hypertendues de l'étude 3, nous avons pris contact avec des médecins généralistes de la région messine. Cette démarche était motivée par le fait que

l'hypertension artérielle est le premier motif de consultation auprès des médecins généralistes (Postel-Vinay & Corvol, 2000). Deux cent questionnaires ont été déposés auprès de ces médecins qui ont distribué les questionnaires à leurs patients hypertendus. Soixante-dix-neuf questionnaires ont été retournés au Laboratoire. Au total, l'échantillon de l'étude 3 comprenait 92 observations.

En résumé, l'échantillon de l'étude 1 est constitué de 332 observations. Il comprend 44% d'hommes et 56% de femmes. La moyenne d'âge est de 48,11 années et l'écart-type de 13,79. L'échantillon de l'étude 2 est constitué de 197 observations. Il comprend 38,6% d'hommes et 61,4% de femmes. La moyenne d'âge est de 42,44 années et l'écart-type de 12,03. Enfin, l'échantillon de l'étude 3 est constitué de 92 observations. Il comprend 54,3% d'hommes et 45,7% de femmes. La moyenne d'âge est de 58,26 années et l'écart-type de 10,24. Ces caractéristiques démographiques ainsi que la répartition des effectifs selon la catégorie socioprofessionnelle pour chaque échantillon sont rappelées dans la Table 4.1. Bien que les répartitions d'effectif pour chaque échantillon semblent différaient, nous n'avons pas soumis ces différences à des tests statistiques car aucune hypothèse basée sur la comparaison des échantillons ne sera interprétée dans les études. Les données socioprofessionnelles, qui ne sont pas utilisées dans les trois études, sont donc exposées à titre indicatif.

Table 4.1. : Caractéristiques sociodémographiques des échantillons des études

		Echantillon de l'étude 1 (N = 332)	Echantillon de l'étude 2 (N = 197)	Echantillon de l'étude 3 (N = 92)
Genre	Hommes	44 %	38,6 %	54,3 %
	Femmes	56 %	61,4 %	45,7 %
Age	Moyenne	48,11	42,44	58,26
	(Ecart-type)	(13,79)	(12,03)	(10,24)
CSP				
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise		5,2 %	3,3 %	8,5 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures		21,9 %	23,4 %	17,1 %
Professions intermédiaires		36,9 %	39,1 %	32,9 %
Employés		28,4 %	29,9 %	29,3 %
Ouvriers		7,4 %	4,3 %	12,2 %

Pour la saisie informatisée des questionnaires, nous avons opté pour une solution de lecture optique des questionnaires afin d'éviter les erreurs liées à une saisie manuelle traditionnelle. A cette fin, nous avons utilisé le logiciel Formic Scan professional 3.2 (95/96).

4.3. Les mesures :

Les mesures utilisées dans les études peuvent être distinguées en deux ensembles : les questions relatives aux données anamnestiques des participants et les échelles mesurant les concepts psychologiques. Ces différentes mesures qui formaient le corps du questionnaire global distribué sont présentées ci-dessous.

4.3.1. Présentation des variables du questionnaire général :

Les données anamnestiques recueillies peuvent être organisées autour de trois grands thèmes : les données sociodémographiques (genre, âge, catégorie socioprofessionnelle), les données médicales, et les données liées aux habitudes de vie en matière de santé.

Les données médicales concernaient la maladie hypertensive. Il était tout d'abord demandé aux participants d'indiquer s'ils étaient concernés personnellement par l'hypertension artérielle. Si le participant était hypertendu, plusieurs questions relatives à sa pathologie devaient être complétées. Ces questions concernaient la durée de la maladie en nombre d'années, la mise en place d'un traitement antihypertenseur, le nombre de médicaments antihypertenseur prescrit par le médecin, la durée de prise du traitement en nombre d'années, et enfin les valeurs de pression artérielle systolique et diastolique que leur donnait régulièrement le médecin traitant.

Les données recueillies qui étaient relatives aux habitudes de vie en matière de santé n'ont pas toutes été utilisées dans cette recherche. Seules deux variables ont servi de critère externe pour vérifier la validité de la mesure de progression vers un but de santé spécifique dans l'étude 2. Les autres questions seront ultérieurement utilisées dans d'autres études non présentées dans ce travail. Cependant, nous les présentons toutes succinctement dans cette section. Elles concernaient la consommation de tabac (quantité quotidienne et durée, passées et présentes), la consommation de café (quantité quotidienne), la consommation d'alcool (sur une échelle en 5 points de type Likert) en distinguant les différents types d'alcool consommés habituellement par la population générale (vin, bière, apéritifs doux et alcools forts), la fréquence de pratique d'un exercice physique (échelle en 4 points de type Likert), et enfin, les pratiques alimentaires à travers la fréquence des repas "manqués" (échelle de Likert en 3 points), la fréquence de "resalage" des plats (échelle de Likert en 4 points), et la fréquence de consommation de repas uniquement composé de charcuterie (échelle de Likert en 4 points).

Les deux variables utilisées dans l'étude 2 sont les variables relatives à la pratique d'une activité physique de manière régulière et à la fréquence de consommation de repas uniquement composés de charcuterie. Elles sont décrites de façon détaillée dans le chapitre 6.

4.3.2. Evaluation des perturbations dues aux stressseurs de la vie quotidienne :

Pour expliquer les perturbations du fonctionnement de la structure personnelle des buts pouvant être attribuées à des éléments de l'environnement, nous nous sommes tournés vers une évaluation des Stressseurs de la Vie Quotidienne (SVQ – *hassless* étant le terme originel anglais), plutôt que vers une évaluation des événements de vie (Holmes et Rahe, 1967). En effet, pour Kanner, Coyne, Schaeffer, et Lazarus (1981), ce sont les "événements ou problèmes irritants, frustrants ou anxiogènes qui caractérisent les transactions journalières avec l'environnement". Dans cette perspective, l'«*Hassless Scale*» a été développé pour évaluer les stressseurs les plus prégnants pour une personne en leur attribuant un poids en fonction de leur impact perturbateur pour cette personne. "Les stressseurs sont appréhendés dans le vécu quotidien et leur mesure subjective prend en compte leur retentissement émotionnel particulier sur chaque individu en fonction de l'environnement dans lequel il se produit" (Badoux-Levy et Robin, 2002, p.64). L'adaptation française de l'«*Hassless Scale*» est connue sous le nom de l'Echelle des Stressseurs de la Vie Quotidienne (ESVQ) et constitue un répertoire de SVQ composé de 43 items répartis en 6 facteurs : (1) Préoccupations relatives à la sphère professionnelle (10 items), (2) Préoccupations relatives à l'environnement (6 items), (3) Préoccupations relatives à la sphère familiale (8 items), (4) Surcharge, hyper-activité (6 items), (5) Inquiétude concernant le corps et son fonctionnement (6 items), et (6) Gestion de la vie quotidienne. Chaque événement est évalué par la personne selon son impact sur une échelle de Likert en 4 points (0 = *pas d'impact, pas produit*, 1 = *un peu perturbant*, 2 = *assez perturbant*, et 3 = *très perturbant*). Selon les auteurs, deux scores peuvent être calculés : (1) un score de quantité qui correspond au nombre d'items qui ont eu un impact (c'est-à-dire ceux pour lesquels la personne a répondu 1, 2 ou 3), et (2) un score d'intensité calculé à partir de la somme des "poids" attribués aux items divisée par leur quantité.

Au regard de l'hypothèse que nous formulons quant aux perturbations du fonctionnement de la structure de buts personnels d'un individu par les tracasseries quotidiennes, le score de quantité paraît particulièrement pertinent pour l'étude que nous présentons en chapitre 5.

Bien que l'échelle soit composée de 6 facteurs représentant les différentes sphères auxquelles se rapportent les SVQ, les auteurs de la validation française de cet instrument

évoquent la possibilité de calculer un score général de quantité. Etant donné que le but de notre recherche n'est pas d'identifier les différentes sphères de la vie de l'individu affectées par les SVQ, mais au contraire de représenter un indice général de perturbations dans la vie de tous les jours, nous optons pour un score général de la quantité de tracas quotidiens.

Nous avons soumis les 43 items de l'ESVQ (en utilisant les scores continus cotés 0, 1, 2 et 3) à une analyse en composantes principales avec extraction d'un seul facteur (voir annexe 5.1.1.). Les analyses font ressortir 10 axes de valeur propre supérieure à 1 dont le premier explique plus de 27% de la variance totale et les suivants moins de 7,5%. Ce critère est insuffisant pour témoigner de l'unidimensionnalité de l'échelle. Toutefois, toutes les saturations des items (à l'exception de l'item 01) sont supérieures à 0,350, ce qui laisse présager de la latence d'un facteur général. De plus, l'alpha de Cronbach de l'ESVQ est très élevé ($\alpha = ,94$) et aucun item n'affaiblit sa valeur. Ces résultats, en conformité avec ceux présentés par Badoux-Levy et Robin (2002), traduisent une bonne homogénéité de l'échelle et justifient le calcul d'un score global à l'échelle. La moyenne du nombre de stressseurs perturbants dans notre échantillon est de 31,56, et l'écart-type de 7,79, un score élevé traduisant un nombre important de SVQ. Les cinq SVQ les plus fréquemment évoqués dans notre échantillon sont : [1] *Vivre des problèmes de santé d'un membre de votre famille* (préoccupations relatives à la sphère familiale); [2] *Connaître des problèmes d'argent* (gestion de la vie quotidienne) ; [3] *Etre concerné par la détérioration de votre environnement* (préoccupations relatives à l'environnement) ; [4] *Connaître des problèmes avec vos collègues* (préoccupations relatives à la sphère professionnelle) ; [5] *Connaître des problèmes avec votre conjoint(e) ou ami(e)* (préoccupations relatives à la sphère familiale). (Voir annexe 5.1.1. pour la liste complète)

4.3.3. Evaluation des caractéristiques de la structure des buts personnels de l'individu :

4.3.3.1. Présentation de la GIFS :

Pour évaluer le degré d'importance des buts personnels que poursuit un individu dans sa vie de tous les jours, l'orientation générale de ces buts à travers la valence qui leur est associée, ainsi que les perturbations possibles de cette structure de buts personnels, notre choix s'est tourné vers le travail de l'équipe de l'Université de Leiden (Maes, Ter Doest, & Gebhardt, 2002) qui a développé une échelle évaluant l'importance des buts personnels d'un niveau d'abstraction élevé, ainsi que la facilité de poursuivre ces buts personnels à travers les situations de la vie de tous les jours : Goal Importance/Facilitation Scale (GIFS). Cet

instrument a été construit sur la base des recherches empiriques et du travail clinique de Ford et Nichols (1987, 1991) auprès d'étudiants, de professionnels et de clients durant plusieurs années. Ces deux auteurs ont développé une taxonomie des buts humains (voir table 2.1., chapitre 2) visant à décrire le contenu de base des desseins, désirs et intérêts qui motivent le comportement humain. Si cette taxonomie ne peut prétendre représenter l'ensemble des buts humains (puisque les pensées d'un individu concernant les états ou conséquences désirées ou non désirées sont hautement idiosyncrasiques, et spécifiques au contexte), elle regroupe, à un niveau d'abstraction élevé, un ensemble de catégories relativement exhaustif et complet qui devrait permettre de "faciliter les comparaisons entre les individus et les groupes sociaux et servir à un ancrage conceptuel pour classer les buts à travers la hiérarchie des buts d'un individu" (Ford, 1992).

La GIFS est constituée de 24 items de valence positive représentant chacun une des catégories de la taxonomie des buts humains, et de 24 items de valence négative correspondant également à une des catégories de l'inventaire de Ford et Nichols (1987, 1991). Par exemple, la catégorie *responsabilité sociale* est traduite par deux items, l'un positif : *accomplir son devoir envers les autres*, l'autre négatif : *éviter de transgresser les règles sociales*.

4.3.3.2. Les évaluations de la GIFS :

Pour chacun des 48 items de la GIFS, les participants sont amenés à compléter deux évaluations : (1) le degré d'importance dans leur vie des buts présentés sur une échelle en 5 points allant de 1 = *pas important* à 5 = *très important*, et (2) la mesure dans laquelle ces buts sont faciles à poursuivre dans leur vie sur une échelle également en 5 points s'étendant de 1 = *très facile* à 5 = *très difficile*.

La construction de cette échelle ainsi que son mode de cotation nous permettent de constituer trois variables distinctes répondant à notre problématique.

Tout d'abord, en moyennant les scores d'importance de chaque item, il est possible de déterminer le degré d'importance des buts personnels que poursuit chaque individu dans sa vie.

Deuxièmement, le répertoire d'items étant divisé en deux ensembles de buts relatifs à la valence, la soustraction du score d'importance des buts d'évitement du score d'importance des buts d'approche, permet de constituer une nouvelle variable dont les valeurs s'étendent de -4 à +4, -4 représentant une structure de buts personnels importants à valence exclusivement négative, 0 traduisant un équilibre parfait entre le nombre de buts importants positifs et le

nombre de buts importants négatifs, et +4 référant à une structure de buts personnels à valence essentiellement positive. En résumé, le score obtenu permet de préciser l'orientation typique de la structure de buts de la personne selon la valence des buts qui y tiennent une place importante.

Enfin, les deux cotations, importance et facilité, permettent de calculer un score d'interaction de ces deux variables qui reflète le degré de perturbation de la structure des buts personnels de l'individu. Un score faible signifie alors que le but est jugé pas ou peu important ainsi que facile, voire très facile à poursuivre dans la vie de tous les jours, alors qu'un score élevé renverra à un but jugé important ou très important, ainsi que difficile ou très difficile à poursuivre dans la vie quotidienne. Ainsi, la moyenne de ces scores d'interaction traduira le niveau de perturbations de la structure de buts personnels de l'individu. Ce score global de perturbations pourra s'étendre de 1 (pas de perturbation) à 25 (structure personnelle extrêmement perturbée).

4.3.3.3. Validation et construction des échelles :

Bien que Ter Doest, Maes et Gebhardt (soumis) aient utilisé une version multidimensionnelle de la GIFS dans une approche conative pour expliquer diverses facettes de la qualité de vie, d'autres études tournées vers les aspects de régulation des buts, et de la structure de buts personnels de façon plus générale, ont procédé de manière similaire à celle que nous proposons ici, et ont utilisé un score global d'importance et de perturbations (Boersma, Maes, & Van Elderen, soumis ; Boersma, Maes, & Joeques, soumis ; Joeques, Maes, Boersma, & Van Elderen, in press).

Nous avons soumis les items d'importance et d'interaction (entre l'importance et la facilité) à deux analyses en composantes principales (ACP) avec extraction d'un unique axe afin de vérifier l'existence dans chaque cas d'un facteur général latent et ainsi, justifier l'utilisation d'un score global pour chacun des ensembles d'items (voir annexe 5.1.2.). Les résultats des deux analyses sont relativement bons, compte tenu du nombre de dimensions secondaires organisant la structure factorielle de l'échelle (voir Ter Doest et al., soumis). Dans le cas des items d'importance, le premier des 13 axes de valeur propre supérieure à 1 explique plus de 21% de la variance totale, et les suivants moins de 7%. 41 items ont une saturation supérieure à ,350, et 7 seulement ont une contribution à l'axe légèrement plus faible. L'homogénéité de l'échelle globale, représentée par l'alpha de Cronbach, est élevée puisque $\alpha = ,91$. Ces résultats vont dans le sens d'un facteur général d'importance qui permet le calcul d'un score global. Concernant les items d'interaction, les résultats de l'ACP montrent des

résultats similaires avec 13 axes de valeur propre supérieure à 1, dont le premier explique plus de 22% de la variance totale et les suivants moins de 6%. Les saturations de 39 items d'interaction sur l'axe unique sont supérieures à 0,35, et seuls 9 items ont une contribution à l'axe moins importante. La valeur de l'alpha de Cronbach va également dans le sens d'un facteur général d'interaction, puisque la consistance interne est ici estimée à $\alpha = ,92$.

L'annexe 5.1.2. nous donne les statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des trois scores globaux que nous avons calculés. Dans notre échantillon, (1) le score moyen d'importance des buts personnels poursuivis à travers les situations de la vie de tous les jours est de 3,60, et l'écart-type de 0,47 ; (2) l'orientation typique moyenne (en terme de valence) de la structure des buts personnels est négative, mais proche d'un équilibre entre buts d'approche et buts d'évitement ($\mu = - 0,17$, $\sigma = 0,41$) , et (3) les perturbations de la structure de buts personnels sont relativement importantes puisque la moyenne des scores d'interaction est de 10,72, et l'écart-type de 2,25.

Parmi les buts les plus importants dans notre échantillon, on trouve aux cinq premiers rangs : [1] Eviter d'être malade ; [2] Se sentir libre dans ses actes et dans ses choix ; [3] Eviter d'être stressé ; [4] Se comporter de façon équitable avec les autres ; [5] Adopter des comportements sains pour la santé. Les buts en lien au bien-être physique ([1] et [5]) et émotionnel ([3]), et les buts d'intégration ([4]) et d'affirmation ([2]) sociale figurent donc parmi les buts jugés les plus importants. (Pour une liste exhaustive de ce classement, voir annexe 5.1.2.)

Les cinq buts les plus perturbés sont : [1] Eviter d'être stressé(e) ; [2] Eviter d'être malade ; [3] Eviter de douter de soi ; [4] Se sentir détendu ; [5] Eviter les états émotionnels négatifs. Parmi ces cinq buts les plus perturbés, quatre sont en lien avec le bien être physique et émotionnel ([1], [2], [4], et [5]), et le dernier concerne un but d'affirmation de soi ([3]). (La liste complète se trouve en annexe 5.1.2.)

4.3.4. Evaluation de la détresse psychologique :

Afin d'obtenir un indice de la qualité de vie des participants de notre recherche, nous avons souhaité mesurer la détresse psychologique. Notre objectif était de disposer d'une évaluation courte des troubles anxieux et dépressifs légers à modérés. Notre choix s'est porté sur le GHQ-12 qui est une version abrégée unidimensionnelle⁶ du General Health

⁶ Il existe des analyses qui ont montré différentes solutions factorielles en deux ou trois facteurs (Martin, 1999) au prix toutefois d'une baisse de la consistance interne des échelles mises en évidence. La solution unidimensionnelle présente elle les mêmes qualités psychométriques que les versions plus longues telles que le GHQ-28 (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, Gureje, & Rutter, 1997).

Questionnaire (Goldberg, 1972). Les items de cette échelle évaluent la présence et l'intensité de symptômes somatiques d'anxiété et de troubles du sommeil, de la perturbation de la sphère sociale et de pensées dépressives. Cet inventaire construit autour de 12 items, dont la moitié est de valence négative, propose quatre modalités de réponse allant de *moins que d'habitude* à *plus que d'habitude* (l'ordre des modalités étant modifié en fonction de la valence des items – ce fonctionnement a pour conséquence de supprimer la nécessité d'un recodage des items négatifs).

Il existe trois écoles pour la cotation du GHQ-12 : (1) la première opte pour une cotation des items de manière continue, en attribuant les scores de 1, 2, 3, et 4 à chacune des modalités des 12 items ; (2) la seconde utilise une cotation bimodale (ou cotation dite GHQ), attribuant 0 aux deux premières modalités et 1 aux deux suivantes ; (3) enfin, la troisième fait référence à une cotation dépendante de la valence des items (cotation dite CGHQ). Elle a été proposée par Goodchild et Duncan-Jones (1985) et permet de tenir compte des affections durables pour lesquelles les participants peuvent estimer que leur état ne s'est pas modifié par rapport à l'habitude. Dans cette optique, les items négatifs sont cotés 0 pour la première modalité et 1 pour les trois suivantes, alors que les items positifs reprennent le système de la cotation GHQ, les deux premières modalités étant cotées 0 et les deux suivantes 1.

Dans le cadre de cette recherche, nous allons nous référer à la première méthode pour l'étude de la validité et de la fidélité, car des variables continues sont plus appropriées pour les analyses de la structure factorielle et de la consistance interne. Par contre, pour le score global de l'échelle (qui servira de variable critère dans le chapitre 5), nous nous référerons à la cotation CGHQ, et ce pour deux raisons. Nous avons déjà évoqué la première dans les lignes qui précèdent : ce type de cotation permet de mieux apprécier le caractère durable de la détresse psychologique mesurée. La seconde raison trouve sa source dans le fait que cette cotation permet d'obtenir une gamme de notes générales se rapprochant davantage d'une distribution normale.

Etant reconnu le caractère unidimensionnel du GHQ-12, nous avons soumis les items du questionnaire à une analyse en composantes principales avec extraction d'un seul facteur (voir annexe 5.1.3.). Les résultats de l'analyse font ressortir deux axes de valeur propre supérieure à 1, dont le premier explique 43% de la variance totale et le second 11% de la variance totale. Cette première constatation témoigne de la structure unifactorielle du questionnaire. De plus, les saturations des items sur l'unique axe étaient toutes supérieures à ,500. La consistance interne de l'échelle est élevée puisque l'alpha de Cronbach est égal à 0,86. Le score moyen aux items du GHQ dans notre échantillon (obtenu en utilisant la

cotation CGHQ qui fait varier les scores entre 0 et 1) est de 0,37 et l'écart-type de 0,23. Un score élevé témoigne d'un taux élevé de détresse psychologique⁷.

4.3.5. Evaluation d'un but de santé et des variables de régulation motivationnelle de ce but : Goals And Processes Inventory – Health Version(GAPI-H) :

4.3.5.1. Introduction : base théorique du GAPI-H :

Pour évaluer le but de santé que poursuit un individu, la progression vers l'atteinte de ce but ainsi que les variables de régulation motivationnelle de ce but, Maes, Pomaki, Joeke, Boersma, Gebhardt, & Huisman (2003) ont développé le GAPI-H⁸ (Goals And Processes Inventory – Health Version). Cet outil est issu des travaux sur l'autorégulation du comportement et particulièrement sur la Théorie des Systèmes Motivationnels (MST : Motivational systems Theory) de M.E. Ford (1992) et de la Structure des Systèmes Vivants (LSF : Living Systems Framework) de D.H. Ford (1987) qui est la théorie à l'origine de la MST.

4.3.5.2. Evaluation d'un but de santé :

Le but du GAPI est de permettre, dans un premier temps, l'identification du but de santé le plus important poursuivi par un individu. Une procédure d'énumération des buts de santé de la personne est provoquée en donnant des exemples de buts de santé dans trois catégories : (1) les comportements à atteindre (par exemple, *perdre du poids, faire de l'exercice physique...*), (2) les comportements à éviter (par exemple, *éviter de grignoter entre les repas, éviter de consommer de l'alcool...*), et (3) les comportements à maintenir (par exemple, *continuer à faire de l'exercice physique, ne pas recommencer à fumer...*). Dans notre recherche, deux possibilités de réponse pour chaque catégorie étaient offertes aux participants. La consigne pour le participant était d'essayer de nommer au moins un but personnel de santé auquel il songeait depuis quelques temps et qu'il désirerait atteindre dans les mois à venir pour chacune des trois catégories. A l'étape suivante, les participants devaient désigner le but de santé le plus important parmi ceux décrits précédemment.

⁷ Toutes les analyses effectuées sur le GHQ-12 (analyse en composantes principales, consistance interne, calcul des moyennes et écart-types) ont été faites à partir de 11 items, une erreur dans l'édition de cahier de passation ayant conduit à la suppression de l'item 10 du GHQ-12 (i.e. : *Avez-vous perdu confiance en vous-même ?*)

⁸ Par commodité, nous nous référerons désormais à cet instrument en le nommant simplement GAPI, l'attribut "H" n'étant pas nécessaire puisqu'il s'oppose à une autre version du GAPI réservée au domaine du travail (GAPI-W pour Work) que nous n'utilisons pas dans ce travail.

Cette procédure d'évaluation d'un but de santé n'a pas été mise en œuvre auprès des participants hypertendus de la recherche. En effet, notre but était de déterminer la progression ainsi que les processus liés à la poursuite d'un but spécifique que devrait poursuivre toute personne atteinte de cette affection cardio-vasculaire. Ainsi, pour l'échantillon de personnes hypertendues, il était rappelé l'importance dans leur situation de respecter la prise de leur traitement anti-hypertenseur comme prescrit par le médecin. Ces participants complétaient alors le GAPI en fonction de ce but.

Enfin, dans les deux versions d'utilisation du GAPI, le premier item consistait à évaluer la durée de la poursuite du but. Les participants devaient donc préciser depuis combien de temps ils poursuivaient leur but. Deux modalités de réponse étaient proposées : moins d'un mois et plus d'un mois.

4.3.5.3. Evaluation de la progression vers l'atteinte du but :

Le GAPI permet en deuxième lieu d'évaluer la progression vers le but de santé poursuivi par la personne. Une échelle de Likert en 10 points (*1 = début de la poursuite du but à 10 = atteinte du but*) permettait à chaque participant d'évaluer sa progression vers le but de santé ciblé (Item 2).

4.3.5.4. Evaluation des variables de régulation motivationnelle du but de santé :

A partir d'une analyse de la littérature sur les théories de l'autorégulation du comportement, Maes et ses collègues (2003) ont énuméré un ensemble de facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement la poursuite d'un but de santé (voir table 4.2.) et ont développé une banque d'items représentant ces facteurs sous forme d'affirmation⁹.

Les participants à notre recherche donnaient leur degré d'accord avec les 34 items en complétant une échelle de Likert en 5 points s'étendant de *1 = pas du tout d'accord* à *5 = tout à fait d'accord*. Cinq items concernaient le rôle du partenaire dans la poursuite du but. Prenant en compte la possibilité d'un célibat du participant, une consigne supplémentaire était intégrée au questionnaire avant la présentation de ces items, recommandant à la personne célibataire de remplacer le terme partenaire par la personne qui lui était la plus proche dans sa vie.

⁹ Afin de rendre la lecture de la description de l'instrument plus aisée, nous ne présentons pas ici les items du GAPI. Ils sont décrits dans les pages suivantes lors de la présentation de la validation de l'outil, ainsi qu'en annexe 2.

Table 4.2. : Identification des facteurs d'autorégulation d'un but, nombre d'items du GAPI par facteur et localisation des items dans l'inventaire.

Attribution causale	4 items	(items 3 à 6)
FONCTIONS COGNITIVES		
Cognitions directives : 9 items au total		
Possibilité d'atteinte du but	2 items	(items 7 et 8)
Contrôle du but	3 items	(items 9 à 11)
Engagement dans le but	1 item	(item 12)
Alignement du but avec les autres buts de la personne	1 item	(item 13)
Conflit du but avec les autres buts de la personne	1 item	(item 14)
Clarté du but	1 item	(item 15)
Cognitions de régulation du but : 11 items au total		
Croyances dans les capacités	3 items	(items 16 à 18)
Croyances sur le contexte	4 items	(items 32 à 35)
Evaluations des moyens	2 items	(items 19 et 36)
Evaluation de la performance	2 items	(items 20 et 21)
Cognitions de contrôle : 2 items au total		
Anticipation et résolution des problèmes	2 items	(items 22 et 23)
FONCTIONS D'EVEIL		
Emotions liées à la poursuite du but	5 items	(items 24 à 28)
FONCTIONS TRANSACTIONNELLES		
Actions sensori-perceptives	1 item	(item 29)
Actions de communication	2 items	(items 30 et 31)

Bien que des versions abrégées du GAPI aient été utilisées dans des recherches (par exemple, Boersma, Maes, Joekes, Dusserdorp, in press ; Joekes et al., in press), aucune validation de l'ensemble du questionnaire n'a été publiée à notre connaissance. Nous proposons alors une étude de la structure factorielle et de la consistance interne du GAPI dans sa version Française.

4.3.5.5. Validation du GAPI sur une population française : Analyse de la structure factorielle et de la consistance interne du GAPI :

Nous avons procédé à une analyse en composantes principales pour déterminer la structure factorielle du GAPI. Etant donné le côté exploratoire de cette démarche, nous retenons uniquement les composantes dont la valeur propre est supérieure au seuil de 1. La solution factorielle obtenue (voir table 4.3.) présente 10 axes qui expliquent 64,76 % de la variance totale. C'est une solution assez "propre" puisque seulement quatre items contribuent de manière élevée (>,350) à plus d'un facteur : l'item 25 (facteurs 2 et 3), l'item 32 (facteurs 3, 4 et 10), l'item 08 (facteurs 3 et 8), et l'item 14 (facteurs 9 et 10).

Table 4.3. : Validité et fidélité du GAPI.

Facteur 1 : Efficacité personnelle liée à la poursuite du but	Variance expliquée par le facteur : 18,62%	$\alpha = ,789$
Item 17 : J'ai les compétences nécessaires pour atteindre ce but	sat = ,825	$\alpha = ,709$
Item 16 : Je suis sûr de pouvoir atteindre ce but	sat = ,801	$\alpha = ,707$
Item 15 : J'ai une idée précise de ce qu'il faut faire pour atteindre ce but	sat = ,739	$\alpha = ,750$
Item 18 : J'ai l'énergie nécessaire pour atteindre ce but	sat = ,680	$\alpha = ,730$
Item 20 : J'évalue régulièrement ma progression vers ce but	sat = ,370	$\alpha = ,835$
Facteur 2 : Emotions négatives liées la poursuite du but	Variance expliquée par le facteur : 11,34%	$\alpha = ,845$
Item 27 : Je me sens triste si je ne progresse pas vers ce but	sat = ,856	$\alpha = ,787$
Item 26 : Je me sens anxieux si je ne progresse pas vers ce but	sat = ,846	$\alpha = ,762$
Item 28 : Je me sens en colère si je ne progresse par vers ce but	sat = ,844	$\alpha = ,801$
Item 25 : Poursuivre ce but est stressant*	sat = ,533	$\alpha = ,857$
Facteur 3 : Aucune identification du acteur empirique	Variance expliquée par le facteur : 6,29%	$\alpha = ,762$
Item 21 : Je suis très satisfait de ma progression vers ce but	sat = ,713	$\alpha = ,702$
Item 07 : Il m'est difficile d'atteindre ce but	sat = -,675	$\alpha = ,684$
Item 23 : Je sais vers qui me tourner lorsque je rencontre un obstacle dans la poursuite de ce but	sat = ,591	$\alpha = ,769$
Item 32 : Mon partenaire me soutient dans la poursuite de ce but**	sat = ,506	$\alpha = ,758$
Item 08 : En ce moment des événements stressants de ma vie interfèrent dans l'atteinte de ce but*	sat = -,439	$\alpha = ,717$
Item 25 : Poursuivre ce but est stressant*	sat = -,393	$\alpha = ,720$
Facteur 4 : Obstacle social du partenaire dans la poursuite du but	Variance expliquée par le facteur : 5,65%	$\alpha = ,662$
Item 34 : Mon partenaire m'empêche de poursuivre ce but	sat = ,802	$\alpha = ,592$
Item 36 : Mon partenaire désapprouve la voie que j'emprunte pour atteindre ce but	sat = ,708	$\alpha = ,631$
Item 33 : Mon partenaire ne se sent pas concerné par ce but	sat = ,599	$\alpha = ,537$
Item 32 : Mon partenaire me soutient dans la poursuite de ce but**	sat = -,390	$\alpha = ,604$
Facteur 5 : Régulation autonome du but	Variance expliquée par le facteur : 4,98%	$\alpha = ,650$
Item 05 : Je poursuis ce but parce qu'il est important pour moi	sat = ,790	$\alpha = ,610$
Item 06 : Je poursuis ce but parce que je ne me sentirais pas en accord avec moi-même si je ne le faisais pas	sat = ,760	$\alpha = ,583$
Item 12 : Quoiqu'il arrive, je ne renoncerai pas à ce but	sat = ,581	$\alpha = ,577$
Item 13 : Ce but contribue à l'atteinte d'autres buts personnels	sat = ,443	$\alpha = ,604$
Item 24 : Poursuivre ce but est une source de satisfaction pour moi	sat = ,357	$\alpha = ,613$

La solution factorielle se poursuit page suivante...

Facteur 6 : Actions de communication liées à la poursuite du but		Variance expliquée par le facteur : 4,17%	$\alpha = ,673$
Item 30 : Je parle à d'autres personnes de ce but	sat = ,808		$\alpha = ,480$
Item 31 : Je demande à d'autres personnes de m'aider à atteindre ce but	sat = ,755		$\alpha = ,601$
Item 29 : Je recherche des informations qui pourraient m'aider à atteindre ce but	sat = ,587		$\alpha = ,649$
Facteur 7 : Lieu de contrôle pour la poursuite du but		Variance expliquée par le facteur : 3,72%	$\alpha = ,687$
Item 11 : L'atteinte de ce but dépend d'autres personnes	sat = ,810		$\alpha = ,502$
Item 10 : L'atteinte de ce but dépend de facteurs indépendants de moi	sat = ,769		$\alpha = ,532$
Item 09 : Il ne dépend que de moi d'atteindre ce but	sat = -,596		$\alpha = ,718$
Facteur 8 : Pensées négatives pour la poursuite du but		Variance expliquée par le facteur : 3,49%	$\alpha = ,596$
Item 19 : Je me demande si j'ai emprunté la meilleure voie pour atteindre ce but	sat = ,692		$\alpha = ,491$
Item 22 : Je pense aux obstacles potentiels qui pourraient interférer dans l'atteinte de ce but	sat = ,678		$\alpha = ,497$
Item 08 : En ce moment des événements stressants de ma vie interfèrent dans l'atteinte de ce but*	sat = ,477		$\alpha = ,501$
Facteur 9 : Régulation contrôlée du but		Variance expliquée par le facteur : 3,40%	$\alpha = ,552$
Item 03 : Je poursuis ce but parce que d'autres personnes le souhaitent	sat = ,845		$\alpha = ,351$
Item 04 : Je poursuis ce but pour éviter des conflits avec d'autres personnes	sat = ,810		$\alpha = ,204$
Item 14 : Ce but contrarie l'atteinte d'autres buts personnels*	sat = ,361		$\alpha = ,725$
Facteur 10 : Régulation contrôlée du but		Variance expliquée par le facteur : 3,09%	$\alpha = ,287$
Item 35 : Mon partenaire me met la pression pour que j'atteigne ce but	sat = ,761		$\alpha = ,107$
Item 14 : Ce but contrarie l'atteinte d'autres buts personnels*	sat = -,465		$\alpha = ,445$
Item 32 : Mon partenaire me soutient dans la poursuite de ce but**	sat = ,399		$\alpha = ,014$

Solution factorielle de l'analyse des items du GAPI : Analyse en composante principale avec extraction des facteurs de valeur propre supérieure à 1. Rotation Varimax. Les saturations inférieures à 0,35 ont été supprimées afin de permettre une meilleure lecture. Traitement des données manquantes : exclusion uniquement des composantes non valides. Les saturations de l'item sur le facteur sont indiquées à la suite de l'item. Les items suivis d'un astérisque (*) sont des items contribuant à deux composantes avec des saturations supérieures à ,35. Les items suivis de deux astérisques (**) sont des items contribuant à trois composantes avec des saturations supérieures à ,35. Les blocs d'items "grisés" sont les facteurs retenus en première intention après analyse de leur contenu, saturation, et contribution à l'alpha de l'échelle. La consistance interne a été calculée par l'alpha de Cronbach (α). L'alpha noté face à chaque facteur est l'alpha de l'échelle. L'alpha indiqué en face de chaque item correspond à l'alpha de l'échelle en cas de suppression de l'item. Les items ayant une saturation négative sur le facteur ont été recodés pour le calcul de l'alpha.

Le facteur 1 peut être interprété comme un facteur **d'efficacité personnelle liée à la poursuite du but**. Seul l'item 20, dont la saturation est très basse ($,370$) au regard des autres saturations, ne semble pas pertinent pour la constitution de ce facteur. L'analyse de la consistance interne révèle en effet que le retrait de cet item du facteur augmenterait substantiellement la valeur de l'alpha de Cronbach ($\alpha = ,83$). Nous retenons donc ce facteur en y intégrant les items 17, 16, 15, 18.

Le facteur 2 est constitué de quatre items (items 25, 26, 27 et 28) reflétant le rôle des **émotions négatives dans la régulation du but**. Toutes les saturations sont élevées, supérieures à $,500$. L'item 25 contribue également au facteur 3, mais de façon bien moins importante ($-,393$). L'alpha de l'échelle est élevé ($\alpha = ,84$) bien que légèrement affaibli par la présence de l'item 25. Toutefois, cette différence est peu importante et ne diminue pas réellement la consistance interne du facteur. Toutes ces constatations nous conduisent à retenir ce facteur dans son intégralité.

Le facteur 3 est le seul facteur non interprétable de cette solution factorielle. Il regroupe des items très hétéroclites (dont trois contribuent à au moins un autre facteur de la solution) et, bien que l'alpha de Cronbach soit relativement élevé, notre décision est de ne pas retenir ce facteur.

Le facteur 4 concerne le **rôle social du partenaire dans la poursuite du but**. Les items présents dans ce facteur évoquent l'entrave que peut constituer le partenaire dans la poursuite d'un but. Toutes les saturations sont élevées, excepté pour l'item 32. Ce dernier, qui sature deux autres facteurs (facteurs 3 et 10), contribue en fait négativement au facteur 2. Ceci s'explique par le fait qu'il exprime un soutien du partenaire a contrario des autres items reflétant le rôle du partenaire comme une entrave. Sa participation au facteur 3 ne peut être interprétée. Par contre, sa contribution au facteur 10, comme nous le verrons dans les lignes qui suivent, paraît pertinente, puisque ce dernier facteur renvoie à l'idée d'une régulation contrôlée du but. Toutefois, étant donné que le facteur 4 évoque le rôle du partenaire dans la poursuite d'un but et explique plus de variance que le facteur 10, nous décidons de retenir l'item 32 dans ce facteur. Cette décision est également étayée par l'analyse de la consistance interne. En effet, alors qu'une valeur raisonnable de l'alpha de Cronbach ($\alpha = ,66$) est obtenue en intégrant les quatre items dans l'échelle (au regard du nombre d'items et de la multidimensionnalité évoquée notamment par l'item 32 – cf. Cortina, 1993), le retrait de l'item 32 entraînerait une baisse relativement importante de l'indice de consistance interne.

Le facteur 5 implique des items faisant référence à l'importance du but, à l'intégration du but dans la structure de buts personnels de l'individu ou encore à l'engagement dans la poursuite de ce but. Cet ensemble d'items pourrait refléter un type de **régulation autonome**

du but. Les saturations sont à nouveau élevées, excepté pour l'item 24. Ce dernier est lié aux émotions positives impliquées dans la poursuite du but. Etant donné que sa contribution au facteur est acceptable, qu'aucune autre saturation dans un autre facteur n'est observée pour cet item, que son intégration dans ce facteur ne pose pas de problème dans l'explication générale du sens de la composante, et qu'il élève l'alpha à une valeur acceptable pour ce facteur ($\alpha = ,65$), nous décidons de retenir cet item dans le facteur 5. Ce dernier est ainsi composé des items 05, 06, 12, 13 et 24.

Le **facteur 6** est constitué d'items faisant référence aux **actions de communication liées à la poursuite du but**. Ce facteur peut également être interprété en partie comme une recherche de feedback pour la poursuite du but. Nous décidons de retenir les trois items dans ce facteur puisque toutes les saturations sont supérieures à ,500, et que chaque item contribue à une bonne consistance de l'échelle ($\alpha = ,67$).

Le **facteur 7** est composé de trois items reflétant les **croyances de contrôle**. Les items 10 et 11 font référence à un lieu de contrôle externe alors que l'item 09 évoque un lieu de contrôle interne. Les trois saturations sont supérieures à ,500 et, bien que l'alpha soit relativement élevé au regard du nombre d'items ($\alpha = ,69$), nous souhaitons laisser de côté ce facteur dans l'immédiat. Deux raisons nous poussent à opérer ce choix qui peut paraître arbitraire. Premièrement, l'item 09 (qui est un item recodé) retire de la consistance interne à ce facteur. Deuxièmement, une discussion personnelle avec l'auteur du GAPI (S. Maes, communication personnelle, juin 2004) a mené à l'évocation d'un probable facteur plus général reflétant les obstacles perçus susceptibles d'influencer la progression vers un but ciblé. Nous reviendrons sur les items composant ce facteur dans les lignes qui suivent.

Le **facteur 8** est composé de deux items (19 et 22) évoquant les **pensées négatives en lien avec la poursuite du but** ainsi que de l'item 08 dont la saturation est un peu moins importante ($< ,500$). Remarquons que ce dernier item contribuait également au facteur 3 avec une intensité quasi identique. La valeur affichée par l'alpha ($\alpha = ,60$) est en dessous d'un seuil acceptable, traduisant une consistance interne faible, et c'est pourquoi nous décidons de ne pas retenir ce facteur pour la solution factorielle finale du GAPI.

Le **facteur 9** est composé d'items faisant référence à un type de **régulation contrôlée du but**. Toutefois, si les items 03 et 04 saturent très fortement cet axe factoriel ($> ,800$), il faut noter que l'item 14 (qui sature également le facteur 10) contribue de manière beaucoup moins forte à ce facteur ($< ,400$). De plus, l'alpha de Cronbach estimé pour ces trois items est faible ($\alpha = ,55$). Une analyse des contributions de chaque item à l'alpha de l'échelle nous indique que l'item 14 fait chuter de façon considérable la consistance interne. Nous décidons donc de retenir ce facteur en excluant toutefois l'item 14 qui l'affaiblit.

Enfin, le dernier axe de cette solution factorielle comprend trois items évoquant de nouveau la **régulation contrôlée d'un but**. Deux items (14 et 32) ont contribué à des axes précédents et leurs saturations pour ce facteur sont inférieures à ,500. L'item 35 est le pilier principal de cette composante ce qui se traduit par un alpha extrêmement faible ($\alpha = ,29$). Nous ne retenons donc pas ce facteur.

En résumé nous avons retenu six facteurs exprimant l'efficacité personnelle liée à la poursuite du but, les émotions négatives impliquées dans la poursuite du but, le rôle social du partenaire dans la régulation du but, la régulation autonome du but, les actions de communication liées à la poursuite du but, ainsi que la régulation contrôlée du but. Nous résumerons la constitution de ces facteurs un plus loin.

A présent, nous nous intéressons aux items que nous n'avons pas retenus. Ils sont au nombre de douze. Trois items (11, 10 et 09) formaient un facteur consistant et valide que nous avons délibérément laissé de côté pour les raisons que nous avons déjà évoquées plus haut. Deux autres items saturaient deux axes de manière équivalente, ce qui traduit une indétermination (items 08 et 14). Six items appartenaient à des dimensions soit non consistantes, soit non valides sur un plan interprétatif (items 21, 07, 23, 19, 22 et 35). Enfin, l'item 20 ne contribuait qu'à un seul facteur de façon faible et peu consistante. Notre vue est que certains items pourraient partager une part de variance avec les axes sur lesquels ils saturaient et une autre part de variance avec d'autres axes. Ceci est peut-être plus particulièrement marquant pour les items ayant deux, voir trois saturations importantes. Pour comprendre ce phénomène, il suffit de se remémorer que l'estimation de la saturation sur un facteur reflète la force de l'association entre le facteur et l'item, ou en d'autres termes, la variance de l'item qui est expliquée par le facteur. La variance de l'item qui n'est pas expliquée par le facteur est l'erreur de mesure. Cette erreur de mesure comprend de l'erreur aléatoire (c'est-à-dire la part de variance due à des facteurs situationnels, à la formulation de l'item, au format de réponse, ou encore à des erreurs d'administration) et de l'erreur systématique (qui représente la variance due à des variables non considérées car a priori sans rapport avec le trait mesuré, et/ou l'erreur de mesure aléatoire). Si plusieurs items présentent des erreurs de mesure non aléatoires corrélées, alors il est possible de représenter cette erreur corrélée comme un nouveau facteur (Shevlin, Miles, Davies, & Walker, 2000). Ainsi, l'hypothèse formulée dans le cas de notre solution factorielle, est de considérer que les items non retenus lors de la première phase d'interprétation (c'est-à-dire les items ayant la plus grande erreur de mesure) possèdent dans une certaine proportion de l'erreur corrélée qui peut être interprétée comme un facteur impossible à déterminer tant que les items des autres facteurs sont présents

dans l'analyse factorielle. Dans ce cas, le calcul de la consistance interne peut permettre de faire ressortir l'existence d'un tel facteur puisque, comme le souligne Shevlin et ses collègues (2000), l'alpha est fortement lié à la fiabilité de l'échelle comme un tout. Notre démarche va donc être d'utiliser l'alpha de Cronbach comme indice de constitution d'un facteur.

Pour pouvoir calculer l'alpha de Cronbach, il doit être possible d'évaluer la valence de l'item par rapport au sens général du facteur. Si dans de nombreux cas une simple analyse du contenu est suffisante pour déterminer la valence des items, dans certains cas (comme ici), il est nécessaire de recourir à l'analyse d'une matrice de corrélation.

Nous appuyant sur le noyau le plus solide du groupe d'items restant (items 09, 10, 11, renvoyant à la notion de lieu de contrôle), nous décidons de corrélérer les items non retenus avec l'item 09, item renversé de ce noyau. Les corrélations positives avec l'item 09 mèneront à un recodage pour l'analyse de la consistance interne de ce groupe d'items (voir table 4.4.) :

Table 4.4. : Matrice de corrélations du groupe d'items non retenus pour la structure factorielle du GAPI.

	Item 07	Item 08	Item 10	Item 11	Item 14	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 35
Item 09	-,264	-,231	-,339	-,363	-,108	-,053	,144	,250	-,102	,118	,015

Nous pouvons désormais procéder à l'analyse de la consistance interne du groupe d'items non retenus en recodant les items 09, 20, 21, 23 et 35. La table 4.5. présente les différentes étapes qui mènent à la constitution d'un septième facteur.

Lors de la première étape, l'item 35 apparaît comme celui qui diminue le plus fortement l'alpha du groupe. Nous le supprimons et recommençons l'opération. A la phase 2, la même procédure est appliquée et mène à l'élimination de l'item 20 qui affaiblit la consistance du groupe. L'étape 3 nous conduit à supprimer l'item 23. Enfin, la quatrième étape se révèle être la phase finale puisque aucun item n'affaiblit la consistance interne du groupe d'items. Une analyse sémantique est alors nécessaire pour déterminer la validité de concept de cet ensemble d'items.

Les items 07, 08, 10, 11, 14, 19 et 22 font tous référence à des **obstacles potentiels dans la poursuite du but**, obstacles soit liés à des croyances, soit liés à des évaluations. Les items 09 et 21 sont deux items inversés. Le premier des deux traduit un lieu de contrôle interne, et donc, la croyance selon laquelle aucun obstacle ne peut interférer dans la poursuite du but. Il a par conséquent tout à fait sa place dans ce facteur. L'item 21 réfère par contre à des émotions positives associées à la poursuite du but. Bien que la progression soit synonyme de l'absence d'obstacles suffisamment importants pour entraver la poursuite du but, il nous paraît pertinent de ne pas intégrer cet item dans ce facteur.

Table 4.5. : Procédure d'élimination d'items par analyse de la consistance interne.

Groupes des items non retenus lors de l'analyse de la solution factorielle	,704	,729	,743	,755
Item 07 : Il m'est difficile d'atteindre ce but	,649	,675	,692	,712
Item 08 : En ce moment des événements stressants de ma vie interfèrent dans l'atteinte de ce but	,650	,680	,694	,708
Item 09 : Il ne dépend que de moi d'atteindre ce but	,676	,707	,725	,740
Item 10 : L'atteinte de ce but dépend de facteurs indépendants de moi	,674	,703	,717	,729
Item 11 : L'atteinte de ce but dépend d'autres personnes	,666	,700	,713	,725
Item 14 : Ce but contrarie l'atteinte d'autres buts personnels	,691	,720	,736	,748
Item 19 : Je me demande si j'ai emprunté la meilleure voie pour atteindre ce but	,686	,711	,724	,738
Item 20 : J'évalue régulièrement ma progression vers ce but	,713	,744	--	--
Item 21 : Je suis très satisfait de ma progression vers ce but	,662	,698	,723	,746
Item 22 : Je pense aux obstacles potentiels qui pourraient interférer dans l'atteinte de ce but	,695	,724	,735	,745
Item 23 : Je sais vers qui me tourner lorsque je rencontre un obstacle dans la poursuite de ce but	,704	,735	,755	--
Item 35 : Mon partenaire me met la pression pour que j'atteigne ce but	,738	--	--	--

Les valeurs présentées dans la première ligne de la table sont les valeurs de l'alpha de Cronbach pour le groupe d'items. Les valeurs présentées face à chaque item sont les valeurs de l'alpha de Cronbach pour le groupe d'items en cas de suppression de l'item.

La solution factorielle définitive que nous adoptons pour le GAPI est présentée en table 4.6.

Table 4.6. : Solution factorielle finale du GAPI.

Facteur 1 : Efficacité personnelle liée à la poursuite du but N = 282	$\alpha = ,83$ $\mu = 3,75$ $\sigma = ,82$
Item 17 : J'ai les compétences nécessaires pour atteindre ce but	
Item 16 : Je suis sûr de pouvoir atteindre ce but	
Item 15 : J'ai une idée précise de ce qu'il faut faire pour atteindre ce but	
Item 18 : J'ai l'énergie nécessaire pour atteindre ce but	
Facteur 2 : Emotions négatives liées la poursuite du but N = 281	$\alpha = ,84$ $\mu = 2,69$ $\sigma = 1,05$
Item 27 : Je me sens triste si je ne progresse pas vers ce but	
Item 26 : Je me sens anxieux si je ne progresse pas vers ce but	
Item 28 : Je me sens en colère si je ne progresse par vers ce but	
Item 25 : Poursuivre ce but est stressant	
Facteur 3 : Obstacle social du partenaire dans la poursuite du but N = 265	$\alpha = ,66$ $\mu = 1,81$ $\sigma = ,74$
Item 34 : Mon partenaire m'empêche de poursuivre ce but	
Item 36 : Mon partenaire désapprouve la voie que j'emprunte pour atteindre ce but	
Item 33 : Mon partenaire ne se sent pas concerné par ce but	
Item 32 : Mon partenaire me soutient dans la poursuite de ce but (item recodé)	
Facteur 4 : Régulation autonome du but N = 283	$\alpha = ,65$ $\mu = 4,07$ $\sigma = ,61$
Item 05 : Je poursuis ce but parce qu'il est important pour moi	
Item 06 : Je poursuis ce but parce que je ne me sentirais pas en accord avec moi-même si je ne le faisais pas	
Item 12 : Quoiqu'il arrive, je ne renoncerai pas à ce but	
Item 13 : Ce but contribue à l'atteinte d'autres buts personnels	
Item 24 : Poursuivre ce but est une source de satisfaction pour moi	
Facteur 5 : Actions de communication liées à la poursuite du but N = 280	$\alpha = ,67$ $\mu = 2,92$ $\sigma = ,95$
Item 30 : Je parle à d'autres personnes de ce but	
Item 31 : Je demande à d'autres personnes de m'aider à atteindre ce but	
Item 29 : Je recherche des informations qui pourraient m'aider à atteindre ce but	
Facteur 6 : Régulation contrôlée du but N = 281	$\alpha = -$ $\mu = 1,87$ $\sigma = ,99$
Item 03 : Je poursuis ce but parce que d'autres personnes le souhaitent	
Item 04 : Je poursuis ce but pour éviter des conflits avec d'autres personnes	
Facteur 7 : Obstacles dans la poursuite du but N = 283	$\alpha = ,75$ $\mu = 2,51$ $\sigma = ,74$
Item 07 : Il m'est difficile d'atteindre ce but	
Item 08 : En ce moment des événements stressants de ma vie interfèrent dans l'atteinte de ce but	
Item 09 : Il ne dépend que de moi d'atteindre ce but (item recodé)	
Item 10 : L'atteinte de ce but dépend de facteurs indépendants de moi	
Item 11 : L'atteinte de ce but dépend d'autres personnes	
Item 14 : Ce but contrarie l'atteinte d'autres buts personnels	
Item 19 : Je me demande si j'ai emprunté la meilleure voie pour atteindre ce but	
Item 22 : Je pense aux obstacles potentiels qui pourraient interférer dans l'atteinte de ce but	

L'alpha indiqué est un rappel de l'alpha de l'échelle. A la suite de l'alpha, sont indiqués la moyenne (μ) et l'écart-type (σ) de l'échelle. N est l'effectif.

Des scores élevés sur chacun des facteurs expriment :

- un niveau élevé dans l'efficacité personnelle liée à la poursuite du but (facteur 1),
- un taux élevé d'émotions négatives liées à la conduite du but (facteur 2),
- une perception du rôle du partenaire comme entravant la poursuite du but (facteur 3),
- une bonne intégration du but ciblé dans la structure de buts personnels de l'individu (facteur 4),
- une recherche de feedback active pour aider à la poursuite du but (facteur 5),
- une régulation contrôlée de la poursuite du but (facteur 6),
- un grand nombre d'obstacles entravant la bonne conduite du but (facteur 7).

4.3.6. Evaluation de l'observance thérapeutique :

4.3.6.1. Présentation de l'échelle d'observance thérapeutique :

Le GAPI offre la possibilité d'évaluer la progression vers un but de santé à travers une unique variable de mesure. Dans le cas de l'hypertension artérielle, cette variable concerne uniquement le but "*prendre son traitement antihypertenseur comme prescrit*", et non l'ensemble des comportements d'observance thérapeutique. Or, nous avons noté dans le premier chapitre que l'observance thérapeutique fait référence au degré avec lequel le patient respecte l'ensemble des recommandations médicales (sous-tendant une attitude positive envers le monde médical et son médecin en particulier), recommandations qui s'étendent de la prise des médicaments prescrits, à la recherche de soins préventifs, en passant par la simple présence aux rendez-vous médicaux de suivi. Afin d'évaluer dans une plus large mesure tous ces aspects de l'observance thérapeutique, nous avons développé une échelle d'observance thérapeutique en nous basant (1) sur les travaux de l'équipe du Laboratoire de Psychologie de la Santé et sur le développement de l'échelle d'observance thérapeutique pour personne séropositive (Tarquinio, Fischer, & Grégoire, 2000), ainsi que (2) sur un questionnaire d'observance pour personnes hypertendues mis en ligne sur le site Internet du Comité Français de Lutte contre l'hypertension artérielle (www.comitehta.org). La banque d'items que nous avons constituée est une adaptation de ces deux outils. Elle est présentée en annexe 2¹⁰. La table 4.7. résume l'organisation théorique de ces items.

¹⁰ Nous avons, à l'origine, intégré dans cette banque d'items 7 items relatifs aux modifications du style de vie qui font souvent partie des recommandations médicales. Cependant, l'intégration de ces items dans l'inventaire ne permettait pas d'obtenir une structure factorielle stable et interprétable. Nous avons par conséquent décidé de supprimer ces items.

Chaque item représentait un comportement ou une attitude vis-à-vis du respect des recommandations médicales. Les participants hypertendus étaient invités à indiquer dans quelle mesure ils développaient ces comportements ou attitudes sur une échelle de Likert en 6 points : 1 = *jamais* à 6 = *systématiquement*.

Table 4.7. : Organisation théorique des 18 items de l'échelle d'observance thérapeutique : nombre d'items et localisation des items dans l'inventaire.

OBSERVANCE GENERALE DE L'ENSEMBLE DES RECOMMANDATIONS MEDICALES 3 items au total : items 04, 25 et 22
OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE Items positifs 2 items au total : items 01 et 20 Items négatifs 3 items au total : items 12, 18 et 23
OBSERVANCE DE LA POSOLOGIE ET DES MODALITES DE PRISE DES TRAITEMENTS Items positifs 3 items au total : items 06, 08 et 11 Items négatifs 4 items au total : items 09, 13, 16, 21
OBSERVANCE DU SUIVI MEDICAL 3 items au total : 05, 19, 24

4.3.6.2. Validation de l'échelle d'observance thérapeutique :

Quatre-vingt douze personnes hypertendues ont complété l'échelle d'observance thérapeutique. Notre premier objectif a été d'explorer la structure factorielle de l'échelle afin d'en ressortir les principales composantes. Cependant, les analyses effectuées n'ont pas permis de mettre en évidence des facteurs valides sur le plan du contenu ou fidèles du point de vue de l'homogénéité. Cette difficulté a également été rencontrée par Tarquinio et ses collègues (2000) qui ne sont pas parvenus à déterminer des facteurs à la fois valides et fidèles des comportements d'observance thérapeutique chez les personnes séropositives. Ces constatations nous ont alors poussé à rechercher l'existence d'un facteur général d'observance thérapeutique (démarche également employée par Tarquinio et al., 2000). Nous avons soumis les items de notre échelle à une analyse factorielle en composantes principales avec extraction d'un unique axe. Sur les 18 items composant l'échelle, seuls quatre saturaient cet axe à un seuil inférieur à 0,350 (voir annexe 5.1.5.). Nous avons alors eu recours à l'étude de la consistance interne et à l'utilisation de l'alpha de Cronbach pour déterminer les items susceptibles d'affaiblir l'homogénéité de l'échelle (voir annexe 5.1.5.). Cette procédure nous a conduit à éliminer quatre items. Ces items étaient également ceux qui ne saturaient pas de

manière importante l'axe unique défini par l'analyse factorielle. La table 4.8. résume les items retenus à la suite de ces analyses de validation de l'échelle ($\alpha = 0,77$).

Les 14 items retenus représentent un facteur général d'observance thérapeutique dans le cadre de la maladie hypertensive et recouvrent plusieurs aspects de l'observance tels que les attitudes positives envers le corps médical et ses recommandations, les comportements d'observance du suivi médical, le respect de la prise d'un traitement médicamenteux et de la posologie associée. Un score élevé sera synonyme d'observance thérapeutique, tandis qu'un score faible répondra à une non-observance des recommandations médicales. Dans notre échantillon de personnes hypertendues, la moyenne à l'échelle est de 5,61 et l'écart-type de 0,37.

Table 4.8. : Liste des items retenus (et exclus) pour le calcul d'un score global à l'échelle d'observance thérapeutique.

Items retenus après analyses statistiques :

- Compli22 : J'accepte les propositions thérapeutiques de mon médecin
- Compli11 : Je respecte les modalités de prise des médicaments
- Compli25 : Je respecte l'ensemble des recommandations de mon médecin
- Compli16 : Il m'arrive certains jours de prendre mon traitement avec du retard (recodé)
- Compli04 : Je respecte l'ensemble des prescriptions médicales
- Compli21 : Il m'arrive de faire des erreurs dans la prise des médicaments (recodé)
- Compli24 : Je passe les examens complémentaires que l'on me prescrit
- Compli06 : Je respecte les horaires de prise des médicaments
- Compli08 : Je respecte les doses prescrites
- Compli09 : Il m'arrive d'oublier de prendre mes médicaments (recodé)
- Compli23 : Il m'arrive certaines fois de ne pas prendre mon traitement car j'ai l'impression qu'il me fait plus de mal que de bien (recodé)
- Compli18 : Il m'arrive d'interrompre sans avis médical ma prise de médicaments (recodé)
- Compli05 : Je me rends aux consultations médicales
- Compli20 : Je prends les médicaments contre l'hypertension prescrits par le médecin

Items non retenus après analyses statistiques :

- Compli01 : Je prends les traitements préventifs prescrits par le médecin
- Compli12 : Il m'arrive de penser que j'ai trop de médicaments à prendre
- Compli13 : Entre deux consultations, il m'arrive d'être en panne de médicaments
- Compli19 : Je passe des examens de surveillance

Chapitre 5 : Etude des caractéristiques de la structure de buts personnels dans l'explication de la détresse psychologique

5.1. Introduction :

Cette première étude va nous conduire à explorer le rôle des caractéristiques de la structure de buts personnels dans le phénomène de détresse psychologique. L'hypothèse sous-jacente est que la détresse psychologique pourrait être liée à des problèmes de régulation des buts, traduits au niveau de la structure générale par un niveau d'importance des buts trop élevé, une orientation négative de la structure et une perturbation générale de cette structure de buts. Si les deux premières variables peuvent être qualifiées de dispositionnelles, la troisième (perturbation de la structure de buts) se situerait plutôt à la frontière du situationnel et du dispositionnel. En effet, la variable perturbation a été mesurée par l'interaction des variables "importance" et "facilité" de la poursuite de buts de niveau d'abstraction élevé. Or, la facilité, telle qu'elle a été évaluée, pourrait renvoyer soit au degré d'efficacité personnelle, soit à des caractéristiques du contexte. Dans ce dernier cas, les perturbations de la structure de buts personnels seraient attribuées à des événements contextuels entravant la capacité de la personne à poursuivre les buts qui lui sont importants dans la vie de tous les jours. En d'autres termes, les stressors de la vie quotidienne (SVQ) pourraient être impliqués, au moins en partie, dans les perturbations de la structure de buts personnels de l'individu.

La présente étude va donc s'attacher à montrer (1) que les SVQ sont des variables explicatives de la détresse psychologique, mais que leur intervention est médiatisée par les perturbations de la structure de buts personnels et (2) que des caractéristiques de la structure de buts personnels de l'individu (i.e. : degré d'importance des buts et orientation de la structure) influent sur le niveau de détresse psychologique.

5.2. Analyses des données :

Les analyses ont été conduites en utilisant le logiciel SPSS 12.0 (2003).

Les coefficients de corrélation de Pearson ont été utilisés pour étudier les relations entre les 7 variables de l'étude. Ils ont notamment permis d'examiner le problème de multicolinéarité entre les variables indépendantes. Etant donné que le carré de la corrélation la plus importante ne dépasse pas .38 (voir table 5.1.), ce problème ne semble pas présent dans notre recherche. Cette conclusion est étayée par les statistiques de colinéarité qui ne montrent aucune valeur du facteur d'inflation de la variance (VIF – Variance Inflation Factor) supérieure à 10 (Myers, 1990 ; Bowerman & O'Connell, 1990).

Les diagrammes de dispersion des résidus pour l'analyse de régression ont permis d'évaluer la normalité, l'homoscédaticité, et la linéarité de ces résidus (Falissard, 1998). Aucune de ces hypothèses n'a été enfreinte. Enfin, les observations atypiques dans les résidus ont été testées par la distance de Cook (D de Cook). Tous les scores étaient inférieurs à 1 et aucune observation n'a été retirée de l'analyse.

5.3. Description des variables de l'étude :

Les stressés de la vie quotidienne (SVQ) sont évalués par le biais du score de quantité global de l'échelle de stressés de la vie quotidienne (ESVQ). Le nombre moyen de SVQ dans notre échantillon est de 31,56 (ce qui peut paraître particulièrement élevé puisque l'inventaire comprenait au total 43 SVQ) et l'écart-type de 7,79.

Le degré de perturbation de la structure des buts personnels a été mesuré à partir du score d'interaction de la GIFS (constitué par les évaluations importance et facilité de cet outil). En moyenne, on observe dans notre population un score de perturbation de 10,72 et un écart-type de 2,25.

L'évaluation importance de la GIFS permettra d'apprécier le degré d'importance des buts personnels ($\mu = 3,60$ et $\sigma = ,47$) et la valence de la structure des buts personnels est mesurée grâce à la soustraction des scores d'importance des buts d'approche et des buts d'évitement ($\mu = -,17$ et $\sigma = ,41$).

Enfin, la détresse psychologique a été évaluée au moyen du GHQ-12, et le score utilisé correspond au type de cotation CGHQ ($\mu = ,37$ et $\sigma = ,23$).

5.4. Méthodologie statistique employée pour le test des hypothèses :

Afin d'explorer le rôle explicatif de nos variables indépendantes sur la détresse psychologique, nous avons eu recours à une analyse de régression multiple. En effet, ce type de régression permet de déterminer (à partir du calcul du R^2) le pourcentage de variance de la variable à expliquer dont rend compte l'ensemble des variables introduites, ainsi que la signification du rôle explicatif de chacune de ces variables (p associé au β). Cependant, étant connue la sensibilité des tests de signification à la taille de l'effectif, et étant donné que ces tests ne permettent pas de juger de l'importance de l'effet observé (par exemple, Lecoutre et Poitevineau, 2000), nous nous référons aux recommandations de Bacher (1982) pour évaluer l'importance de l'effet explicatif de chacune des variables du modèle de régression. Selon cet auteur, la taille de l'effet dans un modèle de régression peut être évaluée soit par le

carré des corrélations semi-partielles des variables avec le critère dans le modèle¹¹, soit par la contribution de chacune des variables au R² du modèle. Cette contribution peut se calculer à partir de la multiplication des termes β et r qui relient les variables dépendantes à la variable critère. Nous proposerons donc en introduction de la présentation des résultats de l'étude, une matrice de corrélation de Pearson nécessaire au calcul du β_r .

Deuxièmement, la matrice de corrélation ainsi que la régression linéaire multiple permettront de répondre à la question du rôle médiateur du degré de perturbation de la structure de buts personnels sur la relation décrite entre le nombre de SVQ et la détresse psychologique. Pour déterminer un effet médiateur d'une variable M sur la relation entre une variable prédictive X et une variable critère Y, Brauer (2000) établit quatre conditions qui doivent remplies :

- (1) X a un effet sur M,
- (2) X a un effet sur Y,
- (3) M a un effet sur Y si l'on contrôle statistiquement l'effet de X sur Y,
- (4) L'effet de X sur Y disparaît si l'on contrôle statistiquement l'effet de M sur Y.

L'effet de médiation correspondant à ces quatre conditions est représenté par la figure 5.1.

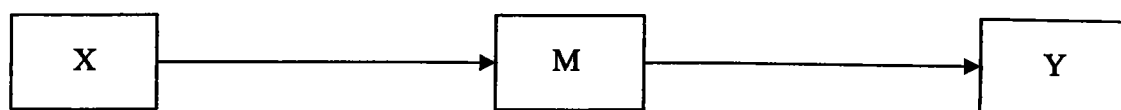


Figure 5.1. : Représentation d'un effet médiateur complet (d'après Brauer, 2000)

Toutefois, comme le note Brauer (2000, p.667), les quatre conditions mentionnées plus haut font référence à une "médiation complète où la totalité de l'effet de X sur Y est médiatisé par M... [et] il n'est pas rare qu'une variable ne médiatise que partiellement la relation entre deux autres variables". Ce type de médiation partielle est défini par les mêmes conditions que celles décrites plus haut, à l'exception du fait que la quatrième condition est réduite à : l'effet de X sur Y s'affaiblit si l'on contrôle statistiquement l'effet de M sur Y. Ce type de médiation partielle est représenté par la figure 5.2.

Dans notre étude, la première condition sera testée par l'analyse de la matrice de corrélation et les trois suivantes par la description de l'analyse de régression.

¹¹ Le carré de la corrélation semi-partielle d'une variable indépendante (VI) avec la variable dépendante du modèle correspond à la part de la variance du critère expliquée par la VI si elle était introduite en dernier dans le modèle, c'est-à-dire quand toutes les autres variables sont maintenues constantes.

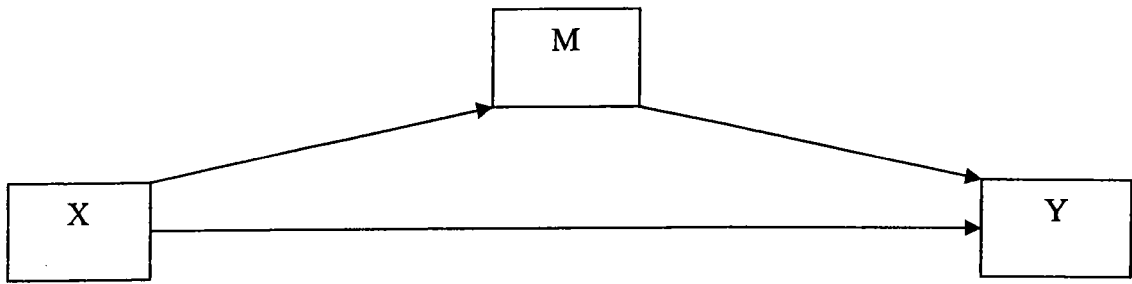


Figure 5.2. : Représentation d'un effet médiateur partiel (d'après Brauer, 2000)

5.5. Résultats :

5.5.1. Analyse des corrélations :

Les corrélations de Pearson ont été utilisées pour tester les relations entre les variables de l'étude. La table 5.1. présente les coefficients et les seuils de signification de ces corrélations. Pour juger de l'importance des effets décrits par ces coefficients, nous nous référons aux conventions établies par Corroyer et Rouanet (1994) qui décrivent trois valeurs-repères indicatives : effet faible, effet moyen et effet important. Pour les corrélations linéaires, un effet faible correspond à un coefficient minimum de 0,10 (ou 0,01 pour le r^2), un effet moyen à un coefficient minimum de 0,24 (soit $r^2 = 0,06$), et un effet important à un coefficient supérieur ou égal à 0,45 ($r^2 = 0,20$)¹².

Premièrement, la matrice de corrélations nous donne une indication sur le lien entre le nombre de SVQ et le degré de perturbation de la structure de buts personnels. Le coefficient de corrélation ($r = 0,371$) entre ces deux variables est significatif et l'effet peut être jugé entre moyen et important. Un nombre élevé de SVQ est lié à un degré élevé de perturbation. Cette conclusion est importante car elle répond à la première condition de test d'un effet médiateur du degré de perturbation sur la relation entre SVQ et détresse psychologique.

¹² Ces valeurs-repères sont rappelées dans un tableau en annexe 3.3.

Table 5.1. : Corrélations de Pearson entre les variables de l'étude et statistiques descriptives des variables (N = 310 à 331 en fonction des données manquantes)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	μ	σ
1. Genre	,153**	-,215**	-,186**	-,143**	,089	-,289**	,44	,50
2. Age	-	-,064	-,116*	,014	-,159**	-,056	48,11	13,79
3. Nombre de stressseurs de la vie quotidienne		-	,371**	,159**	-,153**	,302**	31,56	7,79
4. Degré de perturbation de la structure personnelle des buts			-	,608**	-,168**	,327**	10,72	2,25
5. Degré d'importance des buts personnels				-	-,144**	,094	3,60	,47
6. Valence de la structure des buts personnels					-	-,031	-,17	,41
7. Détresse psychologique						-	,37	,23

Note. μ est la moyenne de la variable, σ son écart-type

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ (bilatéral)

Deuxièmement, la table 5.1. nous informe sur les variables indépendantes de notre étude susceptibles d'expliquer la détresse psychologique. Les variables genre, nombre de SVQ et degré de perturbation de la structure de buts sont liées par un effet moyen significatif à la détresse psychologique : le fait d'être une femme est associé à un taux élevé de détresse ; un nombre élevé de SVQ est lié à un taux de détresse important ; et un fort degré de perturbation est associé avec un niveau élevé de détresse. Le degré d'importance des buts personnels n'est pas corrélé significativement à notre variable dépendante. Cependant, nous notons que l'association décrit tout de même un effet faible du lien entre les deux variables. Enfin, l'âge et la valence de la structure de buts personnels ne sont pas corrélés avec la détresse psychologique.

5.5.2. Analyse du modèle de régression linéaire multiple :

Une analyse de régression multiple a été conduite pour la détresse psychologique. Nous avons procédé en plusieurs étapes pour introduire les variables de notre étude dans un modèle global (méthode d'entrée par bloc successif). Cette procédure nous a permis de tester les conditions pour conclure à un effet médiateur du degré de perturbation de la structure de buts personnels sur le lien entre le nombre de SVQ et la détresse psychologique. De plus, elle permet d'observer les variations de R^2 à chaque étape d'introduction de nouvelles variables, c'est-à-dire la part de variance expliquée de la détresse psychologique attribuable à chaque nouveau bloc. Ainsi, si les variables indépendantes classiques (connues pour leur capacité explicative de la VD) sont introduites dans les premiers blocs, et les variables indépendantes à tester dans les derniers, alors, cette démarche permettra de conclure à la pertinence de l'introduction des nouvelles variables explicatives en cas d'amélioration significative du R^2 . Appliquée à cette étude, cette démarche nous a conduit à constituer le premier bloc autour des variables démographiques (genre et âge), à introduire le nombre de SVQ dans le second bloc, le degré de perturbation de la structure de buts personnels dans le troisième, et enfin à inclure dans le quatrième bloc les variables "dispositionnelles" de la structure de buts personnels (degré d'importance des buts et orientation de la structure). La table 5.2. présente les résultats de cette analyse de régression multiple.

Table 5.2. : Analyses de régression multiple de la détresse psychologique

Variables	R^2	R^2 aj.	F	ΔR^2	β	r^2	r_{sp}^2	βr
<i>Etape 1 : Variables démographiques</i>								
	,08	,08***	F(2,307)	-				
Genre					-,29***			
Age					-,01			
<i>Etape 2 : bloc 1 et nombre de stressseurs de la vie quotidienne</i>								
	,14	,14***	F(3,306)	,06***				
Genre					-,23***			
Age					-,00			
Nombre de stressseurs de la vie quotidienne					,25***			
<i>Etape 3 : blocs 1, 2 et degré de perturbation de la structure de buts</i>								
	,19	,18***	F(4,305)	,04***				
Genre					-,21***			
Age					,01			
Nombre de stressseurs de la vie quotidienne					,17**			
Degré de perturbation de la structure de buts personnels					,22***			
<i>Etape 4 : blocs 1, 2, 3 et variables de la structure de buts</i>								
	,21	,19***	F(6,303)	,02*				
Genre					-,22***	,083	,046	,065
Age					,04	,003	,001	-,002
Nombre de stressseurs de la vie quotidienne					,17**	,091	,023	,050
Degré de perturbation de la structure de buts personnels					,33***	,107	,060	,109
Degré d'importance des buts personnels					-,16*	,010	,016	-,015
Valence de la structure des buts personnels					,05	,001	,003	-,002

Note. Analyse de régression avec méthode d'entrée. R^2 exprime la part de variance de la variable critère déterminée par l'ensemble des variables explicatives. R^2 aj. est le R-deux ajusté (le F lui est associé). ΔR^2 est la variation de R^2 à chaque nouvelle étape de la régression. β est le coefficient de régression standardisé. r^2 , r_{sp}^2 et βr sont donnés à titre indicatif. r^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en premier dans le modèle ; r_{sp}^2 est la part de la contribution de chaque variable au R^2 du modèle ($\Sigma \beta r = R^2$).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Tout d'abord, alors que les variables connues pour être liées à la détresse psychologique expliquent 14% de la variance de celle-ci (Étape 2), les variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels (perturbation, importance et valence) permettent d'accroître significativement le pouvoir de prédiction du modèle (R^2 ajusté = 0,19). Cependant, la variation la plus importante entre l'étape 2 et le modèle final (étape 4) est à mettre au crédit de la variable perturbation (bloc 2 : 4% de variance supplémentaire). Ainsi, les variables dispositionnelles liées à la structure des buts personnels (importance et valence) ne permettent d'accroître que de manière légère la variance expliquée par le modèle.

L'analyse des coefficients de régression standardisés conduit à identifier quatre variables expliquant significativement un niveau élevé de détresse psychologique : le genre féminin, un nombre important de SVQ, un degré de perturbation de la structure de buts personnels élevé, ainsi qu'un faible degré d'importance des buts de cette structure. Cependant, l'analyse des β r nous permet d'apprécier la participation de chacune de ces variables au R^2 , et de conclure que seules les trois premières variables contribuent de manière substantielle à expliquer une part de la variance de la détresse psychologique. Le degré d'importance des buts personnels ne semble pas suffisamment pertinent pour expliquer la détresse psychologique comme le laissait présager sa corrélation avec la variable dépendante ($r = 0,098$, effet faible). En fait, son introduction dans le modèle à la suite de la variable perturbation, lui conférerait un rôle de variable suppressive (voir Bacher, 1982). Cette situation se produit quand deux variables inter-corrélées ($r = 0,61$ dans le cas présent) sont entrées conjointement dans un modèle de régression multiple. Leur introduction simultanée permet d'éliminer leur part de variance non liée au critère et ainsi d'améliorer leur valeur prédictive. Ceci se traduit au niveau de nos résultats par une augmentation de la valeur prédictive de la variable perturbation, ainsi que par l'apparition d'un effet significatif de la variable importance. Enfin, l'analyse des β r montre que sur l'ensemble des variables explicatives, c'est le degré de perturbation de la structure de buts personnels qui contribue le plus à la valeur du R^2 (plus de 50% à l'étape 4).

Deuxièmement, l'analyse de régression multiple que nous avons proposée nous permet de tester les trois dernières conditions concernant l'effet médiateur du degré de perturbation de la structure de buts personnels dans la relation entre le nombre de SVQ et la détresse psychologique. Premièrement, l'entrée du bloc 2 dans le modèle nous permet d'observer l'effet significatif du nombre de SVQ sur la détresse ($\beta = 0,25$). Un nombre important de SVQ explique donc un niveau élevé de détresse. Deuxièmement, la troisième condition (effet du médiateur sur le critère lorsque les autres prédicteurs sont contrôlés) est évalué par l'entrée du

bloc 3 dans le modèle. En effet, à cette étape, on peut observer qu'un degré de perturbation important explique un niveau élevé de détresse ($\beta = 0,22$), alors que les stressseurs de la vie quotidienne font partis des variables indépendantes incluses dans le bloc. A cette même étape, il est possible de répondre à la dernière condition (affaiblissement de la relation prédicteur/critère quand les médiateurs sont contrôlés). Les résultats de l'analyse montrent un affaiblissement de la relation entre le nombre de SVQ et la détresse psychologique ($\beta = 0,17$). Cette constatation nous pousse alors à nous questionner sur la valeur de cet affaiblissement. Alors que les trois premières conditions pour un effet médiateur ont été remplies sans discussion, la dernière condition, au sens le plus strict de l'effet médiateur, devrait voir un affaiblissement de l'effet du prédicteur sur le critère à un seuil non significatif (Brauer, 2000). Or, dans cette recherche, cet affaiblissement, s'il est constaté, ne permet pas de réduire l'effet du nombre de SVQ sur la détresse à un seuil non significatif. Ainsi, on pourrait conclure à un effet médiateur partiel du degré de perturbation de la structure de buts personnels sur la relation nombre de tracas / détresse psychologique (Brauer, 2000 – voir Figure 5.3.).

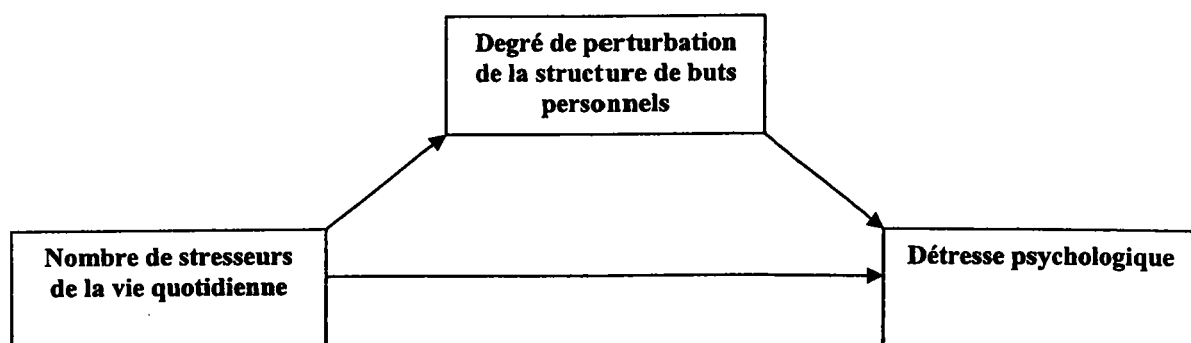


Figure 5.3. : Représentation de l'effet médiateur partiel du degré de perturbation de la structure de buts personnels sur la relation nombre de SVQ / détresse psychologique

5.6. Discussion :

L'objectif de cette étude était de déterminer le rôle des caractéristiques de la structure de buts personnels d'un individu dans son vécu de la détresse psychologique. Nous avons utilisé un modèle de régression multiple avec entrée des variables par bloc afin de permettre une évaluation du pouvoir explicatif de chacun des blocs.

Le premier bloc a consisté à introduire les variables démographiques : âge et genre. Les résultats observés (pas d'effet de l'âge, mais un effet significatif du genre féminin sur un taux élevé de détresse) concourent avec des données épidémiologiques de différents pays. Par exemple, le Site Internet des Statistiques de la Fondation Britannique du Cœur (British Heart

Foundation Statistiques Website : www.heartstats.org) présente des données récoltées en 1999 concernant le score au GHQ-12 parmi des hommes et des femmes de différentes classes d'âge. Les femmes présentent des scores plus élevés que les hommes quelles que soient les classes d'âge. Par contre, les scores varient peu chez les hommes et les femmes en fonction de l'âge. En France, il n'existe pas de telles données épidémiologiques. Cependant, une étude Lépine (1989) montre que la prévalence d'épisodes dépressifs majeurs chez les femmes est plus de 50% supérieure à celle chez les hommes. Bien que le GHQ-12 n'évalue pas directement la dépression, mais simplement la présence de pensées dépressives et seulement en partie, il est très probable que la détresse psychologique soit corrélée à des épisodes dépressifs.

La deuxième étape de l'étude nous a permis d'observer le rôle du nombre de SVQ sur la détresse psychologique. Là encore, ces résultats vont dans le sens de ceux présentés par des recherches antérieures qui observent une corrélation positive entre l'intensité du stress perçu, le nombre et l'impact des événements de vie et la symptomatologie dépressive (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983).

Les étapes 3 et 4 nous ont permis d'appréhender le rôle des caractéristiques de la structure de buts personnels sur la détresse psychologique. L'effet le plus notable a été mis en évidence avec l'introduction du bloc 3 dans le modèle. En effet, la variable liée aux perturbations du fonctionnement de la structure de buts personnels s'est avérée être le prédicteur le plus important de la détresse psychologique, médiatisant de surcroît le rôle des SVQ dans l'explication de notre variable critère. Bien que des recherches (par exemple, Boersma, Maes, & Joekes, soumis) aient montré que le degré de perturbation de la structure de buts par un événement de vie majeur (infarctus du myocarde) expliquait une part importante de la variance de diverses variables liées à la qualité de vie (par exemple, l'anxiété ou la dépression), la présente étude met en évidence que la quantité de SVQ, c'est-à-dire la prévalence d'événements "mineurs", explique un niveau élevé de détresse psychologique, en partie par le biais d'un rôle perturbateur sur le fonctionnement de la structure de buts personnels de l'individu. Nous n'avons pas, dans cette recherche, exploré plus avant et de manière qualitative la relation entre les types de SVQ et les buts perturbés. De telles études sont à envisager car elles permettraient de déterminer chez un individu quels sont les buts qu'il juge importants qui risquent d'être perturbés dans une situation de stress particulière. Dans une approche préventive, il serait alors possible de prévenir dans une certaine mesure le phénomène de détresse psychologique, en proposant des interventions ciblées basées sur un travail de redéfinition de la régulation des buts importants pour la personne.

De plus, la perturbation de la structure présente une part de variance importante qui n'est pas expliquée par le nombre de SVQ. Comme nous l'avons déjà souligné en introduction à ce chapitre, cette variable peut être liée à des aspects de l'environnement ou bien à des aspects d'autorégulation (tels que l'efficacité personnelle) inhérents à une gestion efficace de la conduite d'un but. Au niveau de l'environnement, nous avons étudié le rôle des SVQ comme variables perturbatrices. On pourrait également évoquer un contexte non propice (à travers des ressources externes insuffisantes) à la poursuite d'un but important pour la personne. Par exemple, pour une personne dont le but est d'"accumuler plus d'argent et de biens matériels", une période de récession économique pourrait entraver l'atteinte d'un tel but. Au niveau de l'autorégulation de ces buts, plusieurs aspects pourraient interférer avec un fonctionnement optimal de la structure de buts. On peut imaginer que deux buts de niveau élevé importants pour un individu se traduisent au niveau comportemental par des conflits nécessitant de rendre prioritaire un but sur l'autre. Ceci peut par exemple se produire quand une personne qui désire "*accumuler plus d'argent et de biens matériels*", désire en parallèle "*aider les autres*" (si cette aide passe par un apport financier). Comprendre et expliquer la perturbation de la structure de buts personnels est un axe de recherche très important quand il s'agit de prévenir la détresse psychologique. Ces aspects devraient être traités dans des recherches ultérieures car il est probable que des problèmes d'autorégulation des comportements soient à la base (conjointement à l'environnement) de la détresse psychologique. Il s'agirait alors de déterminer quelques buts très importants pour la personne et d'observer les mécanismes de gestion spécifiques associés à ces buts pour proposer des interventions ciblées visant à améliorer la régulation du comportement de l'individu.

Concernant le degré d'importance des buts, introduit avec le bloc 4, les résultats observés ont nécessité une attention accrue. Bien que le coefficient de régression montre un effet significatif de cette variable sur la détresse psychologique (un degré faible d'importance des buts explique un niveau élevé de détresse), des indices (r ou β_r) laissent penser que cette variable joue un rôle suppressif dans le modèle. Toutefois, si l'on peut conclure à une non-importance de l'effet observé, ce résultat demande un commentaire. En effet, notre hypothèse à son sujet (basée sur la notion d'équilibrage des buts importants dans les situations de la vie de tous les jours – Ford, 1992) postulait que le degré d'importance des buts était lié positivement avec la détresse (un niveau élevé de l'importance des buts expliquant un taux important de détresse). Or, le coefficient de régression de cette variable présentait un signe négatif : les personnes avec le degré d'importance des buts personnels le plus faible sont celles qui rapportent le plus de détresse psychologique. Un résultat similaire est rapporté par

Boersma et ses collègues (Boersma, Maes, & Joekes, soumis) : dans cette recherche, un faible taux de buts de niveau élevé importants dans la vie expliquait un score de dépression élevé chez une population ayant subi un infarctus dans les semaines précédentes. L'auteur note à ce sujet que ce résultat n'est pas surprenant étant donné que la dépression est caractérisée par la tendance à se désengager ou par la perte de ses intérêts dans la vie. Le fait que notre recherche n'ait pas permis d'observer un tel lien entre niveau d'importance des buts personnels et détresse psychologique (si l'on se réfère à la corrélation entre les deux variables), peut être attribué à la mesure utilisée, le GHQ-12, qui ne mesure pas spécifiquement la dépression, et évalue, entre autres variables, les tendances anxieuses de la personne. Or, dans la recherche de Boersma, Maes, & Joekes (soumis), le niveau d'importance des buts personnels ne permet pas d'expliquer significativement la variable anxiété, mais l'effet présenté (faible) est positif. Il est donc probable qu'en utilisant des outils spécifiques de mesure d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, de tels résultats puissent être reconduits. Pour l'heure, nous ne pouvons conclure à un effet du niveau d'importance des buts personnels sur la détresse psychologique.

Enfin, la dernière variable du modèle était liée à la valence de la structure de buts personnels et à l'hypothèse selon laquelle une valence négative des buts personnels serait liée à de l'anxiété (Emmons, 1996) ou de la dépression (Coats et al., 1996). Ce résultat n'est pas confirmé par notre propre recherche. Notre démarche méthodologique peut être à l'origine de cette constatation. En effet, l'outil que nous avons utilisé (GIFS) a été construit à partir de la taxonomie des buts humains de Ford et Nichols (1987, 1991) qui a développé deux items pour chacune des 24 catégories de buts personnels de la taxonomie : un item positif/approche et un item négatif/évitement. Si un but est jugé important pour une personne, il peut l'être sous ses deux présentations (positive et négative). Notre utilisation de la GIFS n'a donc pas réellement permis de déterminer la préférence de la personne concernant la valence du but, son évaluation étant plus centrée sur le contenu que sur l'orientation du but. Ce problème pourrait être résolu par une méthode de passation différente de l'échelle : la personne opérerait tout d'abord un choix entre les deux formulations d'items réunies par paire, et répondrait dans un second temps aux évaluations proposées (par exemple importance et facilité, comme dans notre propre recherche) pour chacun des items choisis au préalable. Cette démarche est bien sûr à préciser avant d'être opérationnalisée.

Chapitre 6 : Etude de l'implication des caractéristiques de la structure des buts personnels et des variables de régulation motivationnelle dans la progression vers l'atteinte d'un but de santé

6.1. Introduction :

L'étude que nous présentons dans ce chapitre est motivée par le fait que la plupart des recherches dans le domaine de la prévention se sont, jusqu'à présent, principalement focalisées sur les déterminants de l'intention d'adopter un comportement de santé. Or, les nouvelles orientations théoriques exposées dans les chapitres 2 et 3 nous poussent à explorer plus avant les mécanismes d'autorégulation du comportement décrivant le passage d'une intention à la mise en place effective d'un comportement de santé. Ainsi, l'objectif de ce chapitre 6 est d'étudier le processus de progression vers un but de santé au sein d'un échantillon d'individus tout venant qui se sont engagés depuis plusieurs semaines dans un nouveau comportement qu'ils jugent plus sain pour leur santé.

Le chapitre 5 nous a conduits à conclure à l'effet perturbateur de l'environnement sur le fonctionnement général de la structure des buts personnels d'un individu. Cette conclusion étaye l'assertion de Ford (1992) selon laquelle un fonctionnement efficace nécessite entre autres des conditions environnementales favorables aux développements des comportements ciblés par la personne. Il s'agit donc ici d'étudier la question de l'effet du nombre de stressseurs de la vie quotidienne (SVQ) sur la gestion d'un comportement de santé. De plus, le nombre de SVQ et le degré de perturbation de la structure de buts personnels se sont révélés être deux variables importantes dans l'explication de la détresse psychologique. Si cette dernière est en partie la conséquence de ces variables, elle peut également être à l'origine des difficultés présentes dans la gestion des comportements quotidiens, notamment les comportements de santé dont la mise en place nécessite des efforts et des ressources en quantité importante. Or, la détresse psychologique, qui s'apparente à la dépression, peut être caractérisée par une symptomatologie comprenant une perte de l'élan vital ou, dans une moindre mesure, la diminution de l'énergie émotionnelle accompagnant les actes du quotidien. Il semble donc pertinent de prendre en compte le niveau de détresse psychologique pour expliquer la progression vers un but de santé.

Ensuite, l'autorégulation du comportement étant définie par l'affirmation selon laquelle le comportement est dirigé par les buts, l'adoption d'un comportement de santé spécifique prend place dans la structure générale des buts personnels d'un individu et répond à son

fonctionnement général. (1) Le degré d'importance des buts personnels est ainsi une caractéristique de cette structure dont il convient de mesurer le rôle dans la motivation à adopter un comportement de santé. En effet, les comportements les plus motivants sont ceux qui répondent à de nombreux objectifs ou buts simultanément (Ford, 1992 ; Winell, 1987). En conséquence, nous posons l'hypothèse que plus le degré d'importance des buts de l'individu est élevé, plus le comportement de santé est susceptible de répondre à des buts importants (s'intégrant ainsi au fonctionnement de la structure des buts personnels et étant hautement motivé dans sa poursuite et son accomplissement). (2) Le rôle de la valence de la structure des buts est plus difficile à déterminer. S'il est possible de trouver dans la littérature des résultats montrant que la façon typique d'une personne à représenter ses buts dans une orientation négative a des répercussions sur son bien-être ou sur des affects dépressifs (Coats et al., 1996 ; Elliot et al., 1997), la première étude que nous avons menée n'a pas permis d'observer une telle relation. Dans le cadre de la gestion d'un comportement de santé, il est probable que la valence de la structure des buts puisse jouer un rôle en fonction du but ciblé (*faire de l'exercice physique* ou *arrêter de fumer*, par exemple) ou de sa représentation (par exemple, *faire un régime alimentaire* peut être représenté par *composer ses repas de fruits, de légumes, de protéines, ...* ou bien par *éviter les plats ou aliments trop gras, trop salés, ...*). Nous ne posons pas d'hypothèse spécifique par rapport à cette variable. Enfin, il est probable que (3) le degré de perturbation de la structure de buts de l'individu soit un indicateur de la manière dont est géré le but et de la progression vers l'atteinte de ce but. Plus la structure de buts (à un niveau d'abstraction élevé) est perturbée et plus il est difficile de mener à bien un but de santé (aux étages inférieurs de la hiérarchie des buts).

Finalement, les théories sur l'autorégulation du comportement décrivent plusieurs phases dans la gestion d'un but et plusieurs mécanismes de régulation associés à ces phases et susceptibles d'influencer substantiellement la progression vers l'atteinte de ce but. En d'autres termes, nous tenterons de déterminer quels sont les facteurs qui entravent ou au contraire facilitent l'atteinte d'un but de santé spécifique. Nous nous intéresserons particulièrement à des variables dont la présence est jugée positive pour l'atteinte du but (efficacité personnelle liée au but ciblé, recherche de feed-back à travers les actions de communication liées à la conduite du but, et type de motivation autonome pour la poursuite du but) et à d'autres jouant un rôle négatif dans la progression vers le but de santé ciblé (émotions négatives liées à la poursuite du but, perceptions négatives du rôle joué par le partenaire dans la poursuite du but, perception d'obstacles pour la poursuite du but, et type de motivation contrôlée pour la poursuite du but).

6.2. Analyse des données :

Les analyses ont été conduites en utilisant le logiciel SPSS 12.0 (2003).

Les coefficients de Pearson ont été utilisés pour étudier les relations entre les variables indépendantes (VI) de l'étude et la progression vers un but de santé ciblé. Ils ont également permis de rechercher d'éventuels problèmes de colinéarité entre VIs. Aucune corrélation n'a permis de supposer un effet de multicolinéarité entre les variables de l'étude (le carré de la corrélation la plus élevée est égal à 0,34 – voir Table 6.2.). Cette constatation est étayée par la lecture de la tolérance¹³ associée au facteur d'inflation de la variance (VIF) pour chacune des variables (voir annexe 5.2.2.4.). En effet, cette tolérance n'est dans aucun cas supérieure à 0,1 (Field, 2000).

L'analyse des diagrammes de dispersion des résidus n'a révélé aucune violation des hypothèses de normalité, linéarité et homoscedasticité de ces résidus (Field, 2000). Enfin, nous avons eu recours aux Distances de Cook pour tester la stabilité du modèle au regard d'hypothétiques observations atypiques. Tous les scores sont inférieurs à 1 (Cook & Weisberg, 1982), et aucune observation n'a été retirée des analyses.

6.3. Description des variables de l'étude :

La détresse psychologique a été évaluée au moyen du GHQ-12, et le score utilisé correspond au type de cotation CGHQ ($\mu = ,35$ et $\sigma = ,22$).

Les stressseurs de la vie quotidienne ont été évalués grâce au score global de quantité de l'ESVQ. Le nombre moyen de SVQ rapporté par les participants à cette étude est de 31,74 et l'écart-type de 7,08.

Les caractéristiques de la structure de buts personnels ont été évaluées au moyen de la GIFS : (1) le degré d'importance des buts personnels correspond au score moyen à l'évaluation *importance* ($\mu = 3,63$ et $\sigma = ,46$) ; (2) la valence de la structure des buts personnels est mesurée grâce à la soustraction des scores d'importance des buts d'approche et des buts d'évitement ($\mu = -,16$ et $\sigma = ,33$) ; enfin, (3) le degré de perturbation de la structure des buts personnels a été mesuré à partir du score d'interaction de la GIFS constitué par les évaluations *importance* et *facilité* ($\mu = 10,83$ et $\sigma = 2,22$).

Pour déterminer le but de santé que poursuit la personne depuis plusieurs semaines et mesurer les mécanismes de régulation associés à la poursuite de ce but, nous avons utilisé le GAPI.

¹³ La tolérance est égale à la division du chiffre 1 par la valeur du VIF.

Dans notre population d'étude (197), nous pouvons classer les participants en fonction du but poursuivi dans 5 catégories : [1] les personnes qui souhaitent perdre du poids (N = 57), [2] les personnes qui souhaitent pratiquer une activité physique de façon régulière (N = 42), [3] les personnes qui désirent arrêter de fumer (N = 18), [4] les personnes qui désirent améliorer leur hygiène de vie en pratiquant plus d'exercice physique, en surveillant leur régime alimentaire, en arrêtant de fumer (nous avons arbitrairement regroupé les personnes qui stipulaient textuellement vouloir adopter une hygiène de vie plus saine et celles qui désiraient atteindre plusieurs comportements de santé dans les mois à venir) (N = 53), [5] les personnes dont l'objectif est de réduire leur stress (N = 13). Pour ces cinq groupes, les statistiques descriptives aux évaluations de l'étude sont présentées en Table 6.1. Le reste de l'échantillon est réparti sur plusieurs groupes d'effectif réduit (< 10). Les buts de santé déclarés étaient relatifs au régime alimentaire, à la réduction de la consommation d'alcool, au respect des temps de sommeil, et à une désensibilisation allergique.

Le GAPI propose également un item évaluant la durée de poursuite du but de santé ciblé selon deux modalités : *moins d'un mois* et *plus d'un mois*. Dans cette étude, la moyenne de durée de poursuite du but est de 0,85 (l'écart-type est de 0,36) signifiant que 85% des personnes de l'échantillon de l'étude poursuivent le but rapporté depuis plus d'un mois.

Les mécanismes de régulation du but de santé ont été évalués au moyen des sept facteurs identifiés lors de la validation du GAPI (voir méthodologie – chapitre 4). Ont été ainsi mesurés : l'efficacité personnelle liée à la poursuite du but ($\mu = 3,66$ et $\sigma = 0,80$), les émotions négatives associées à la conduite du but ($\mu = 2,75$ et $\sigma = 1,05$), les perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but ($\mu = 1,89$ et $\sigma = 0,76$), les actions de communication liées à la conduite du but ($\mu = 2,98$ et $\sigma = 0,93$), les obstacles perçus pour la poursuite du but ($\mu = 2,62$ et $\sigma = 0,65$), et les types de motivation autonome ($\mu = 4,03$ et $\sigma = 0,62$) et contrôlée ($\mu = 1,84$ et $\sigma = 0,92$) dans la poursuite du but.

Table 6.1. : Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables de l'étude pour l'échantillon total et pour chaque sous-groupe défini en fonction du but de santé poursuivi

	Effectif total N = 197	1. N = 57	2. N = 42	3. N = 18	4. N = 53	5. N = 13
Genre	0,39 (0,49)	0,39 (0,49)	0,52 (0,51)	0,39 (0,50)	0,32 (0,47)	0,15 (0,38)
Age	42,44 (12,03)	41,42 (12,59)	42,36 (11,60)	41,33 (12,06)	43,77 (10,65)	43,62 (18,20)
Durée de poursuite du but	0,85 (0,36)	0,81 (0,40)	0,86 (0,35)	0,72 (0,46)	0,90 (0,30)	0,92 (0,28)
Détresse psychologique	0,35 (0,22)	0,34 (0,22)	0,32 (0,21)	0,35 (0,22)	0,37 (0,21)	0,47 (0,25)
Nombre de stressseurs de la vie quotidienne	31,74 (7,08)	29,71 (7,42)	31,05 (7,39)	32,94 (7,20)	33,66 (6,32)	33,62 (6,97)
Degré d'importance des buts personnels	3,63 (0,46)	3,68 (0,44)	3,60 (0,49)	3,88 (0,47)	3,51 (0,43)	3,80 (0,41)
Valence de la structure des buts personnels	-0,16 (0,33)	-0,16 (0,28)	-0,08 (0,33)	-0,07 (0,34)	-0,20 (0,35)	-0,19 (0,23)
Degré de perturbation de la structure des buts personnels	10,83 (2,22)	10,35 (1,84)	10,72 (2,42)	11,85 (3,33)	10,75 (1,98)	11,90 (1,79)
Efficacité personnelle liée à la poursuite du but	3,66 (0,80)	3,76 (0,82)	3,92 (0,67)	3,46 (0,81)	3,63 (0,80)	3,00 (0,83)
Emotions négatives liées à la poursuite du but	2,75 (1,05)	2,86 (1,10)	2,33 (0,90)	3,31 (0,95)	2,68 (1,05)	2,92 (0,96)
Perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but	1,89 (0,76)	1,93 (0,84)	1,86 (0,74)	1,79 (0,72)	1,92 (0,75)	1,98 (0,82)
Actions de communication liées à la poursuite du but	2,98 (0,93)	2,90 (0,97)	2,79 (1,00)	3,02 (0,86)	3,17 (0,78)	3,33 (1,02)
Obstacles perçus dans la poursuite du but	2,62 (0,65)	2,39 (0,57)	2,47 (0,63)	2,72 (0,50)	2,66 (0,62)	3,32 (0,71)
Motivation autonome de la poursuite du but	4,03 (0,62)	4,02 (0,64)	4,15 (0,58)	3,89 (0,81)	3,97 (0,62)	4,03 (0,52)
Motivation contrôlée de la poursuite du but	1,84 (0,92)	1,67 (0,63)	1,57 (0,92)	2,39 (1,01)	1,84 (0,81)	2,65 (1,25)
Progression vers le but de santé ciblé	4,25 (2,33)	3,91 (2,34)	4,24 (2,17)	3,35 (2,21)	5,10 (2,45)	4,31 (2,18)

Note. 1 = Perdre du poids ; 2 = Pratiquer une activité physique régulièrement ; 3 = Arrêter la consommation de tabac ; 4 = Respecter une bonne hygiène de vie (sport, régime alimentaire, ...) ; 5 = diminuer le stress.
Les nombres indiqués dans la table correspondent sur la première ligne à la moyenne et sur la seconde, entre parenthèses, à l'écart-type.

Enfin, les progrès effectués dans la poursuite du but ont été mesurés par un item du GAPI, sur une échelle de Likert en 10 points dont la valeur la plus haute correspond à l'atteinte du but. Dans notre échantillon, le score moyen de progression vers le but de santé fixé est de 4,25 ($\sigma = 2,33$). Etant donné que le score de progression n'a été évalué que par un item unique, nous avons souhaité utiliser un critère externe pour vérifier la validité concourante de cette variable. Cette opération a été effectuée pour le groupe des personnes rapportant souhaiter *pratiquer une activité physique régulière* et le groupe des personnes désirant *adopter une hygiène de vie saine*. En effet, le questionnaire que nous avons soumis aux participants à notre recherche comprenait des questions relatives au style de vie. Ainsi, deux questions portaient sur la pratique de l'exercice physique (*A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique telle que la natation, la marche, le jogging, le vélo, la danse... ?* – quatre modalités de réponse étaient proposées, allant de *jamais* à *2 fois ou plus par semaine, au moins une heure à chaque fois*) et à la consommation d'aliments gras (*A quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des repas uniquement composés de charcuterie ?* – quatre modalités de réponse étaient proposées allant de *très souvent* à *jamais*). Nous avons corrélé le score de progression de chacun des groupes à ces variables (voir annexe 5.2.2.2.). Pour le groupe des personnes souhaitant pratiquer une activité physique régulière [2], la corrélation entre le score de progression et la fréquence de la pratique d'un exercice physique est de 0,43 ($p < 0,01$). Concernant les personnes souhaitant adopter une hygiène de vie plus saine [4], le score de progression vers l'atteinte du but est corrélé avec la fréquence de pratique d'une activité physique ($r = 0,39$; $p < 0,01$) et avec la fréquence de repas riches en graisses ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Ces corrélations significatives présentant une taille d'effet moyenne permettent de conclure à la validité de la mesure proposée pour évaluer la progression vers l'atteinte des buts de santé ciblés.

La diversité des buts de santé poursuivis dans cet échantillon nous a conduits à étudier les différences de moyenne dans les scores aux variables du GAPI (mécanismes d'autorégulation et progression vers le but). Ces tests statistiques n'ont été possibles que pour les sous-groupes présentant un effectif suffisant ($N > 30$). Ainsi, seulement trois groupes ont été intégrés dans ces analyses (les groupes de personnes souhaitant : perdre du poids [1], pratiquer une activité physique régulière [2], et adopter une bonne hygiène de vie [4]). Les résultats de ces analyses sont présentés en Table 6.2 (pour rappel, les moyennes sont indiquées en Table 6.1.). Pour étudier ces différences de moyennes nous nous référons à la fois au seuil de significativité ($p < 0,05$) et à l'importance de l'effet. Pour calculer cet effet,

nous avons utilisé la formule de l'écart calibré (EC) défini par Corroyer et Rouanet (1994). Ces auteurs font part de conventions décrites autour de trois valeurs-repères indicatives pour les tests *t* de Student : un effet faible correspond à un EC de 0,20, un effet moyen à un EC de 0,50 et un effet important à un EC de 1¹⁴.

Lors de la comparaison du groupe souhaitant perdre du poids [1] à celui pratiquant une activité physique régulière [2], un seul effet est significatif (taille moyenne : EC = 0,527). Il est attribué à la différence de moyennes à l'échelle "émotions négatives liées à la poursuite du but". Dans notre échantillon, la gestion du but "perdre du poids" fait naître significativement plus d'émotions négatives que la régulation du but "pratiquer une activité physique régulière".

Concernant les différences de moyennes observées entre le groupe qui désire *perdre du poids* [1] et le groupe qui souhaite *avoir une bonne hygiène de vie* [4], deux effets sont significatifs et leurs tailles se rapprochent d'une valeur moyenne. Les personnes qui désirent *respecter une bonne hygiène de vie* perçoivent significativement plus d'obstacles liés à la poursuite de ce but que les personnes souhaitant *perdre du poids* (EC = 0,454). Par ailleurs, le groupe désirant *avoir une bonne hygiène de vie* rapporte avoir progressé significativement plus vers l'atteinte de leur but que les personnes souhaitant *perdre du poids* (EC = 0,500).

Enfin, les différences de moyennes entre les personnes souhaitant pratiquer une activité physique et les personnes désirant acquérir une bonne hygiène de vie font apparaître un seul effet significatif de taille moyenne (EC = 0,425). Les personnes qui poursuivent un but d'hygiène de vie saine communiquent significativement plus sur leur but ou sa régulation que les personnes souhaitant pratiquer une activité physique régulière.

Ces résultats laissent envisager des mécanismes de régulation différents pour chaque but de santé envisagé. Par conséquent, il sera nécessaire de tenir compte de la diversité des buts de santé poursuivis dans l'analyse et la discussion des résultats de cette étude.

¹⁴ Ces valeurs-repères sont rappelées dans un tableau en annexe 3.3.

Table 6.2. : Différences de moyennes sur les évaluations liées à la poursuite d'un but de santé.

<i>Variables</i>	Perte de poids vs Activité physique		Perte de poids vs Hygiène de vie		Activité physique vs Hygiène de vie	
	<i>t</i> de Student	EC	<i>t</i> de Student	EC	<i>t</i> de Student	EC
Efficacité personnelle liée à la poursuite du but	-,998	,206	,875	,169	1,894 [#]	,395
Emotions négatives liées à la poursuite du but	2,554*	,527	,834	,161	-1,760 [#]	,367
Perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but	,417	,088	,028	,005	-,417	,089
Actions de communication liées à la poursuite du but	,576	,118	-1,577	,305	-2,037*	,425
Obstacles perçus dans la poursuite du but	-,599	,123	-2,347*	,454	-1,510	,315
Motivation autonome de la poursuite du but	-,977	,201	,449	,087	1,430	,299
Motivation contrôlée de la poursuite du but	,587	,121	-1,147	,222	-1,505	,314
Progression vers le but de santé ciblé	-,706	,145	-2,571*	,500	-1,771 [#]	,373

Note. EC est l'écart calibré qui permet de tenir compte de l'importance de l'effet. Il a été calculé à partir de la formule donnée par Corroyer et Rouanet (1994) : $EC = [(n_1 + n_2 - 2)n_1n_2]^{-0,5} * (n_1 + n_2) * T$, où n_1 et n_2 représentent respectivement les effectifs des groupes et T la valeur de la statistique de Student.
[#] $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$

6.4. Méthodologie statistique employée pour le test des hypothèses :

Pour explorer le rôle explicatif des variables indépendantes (VI) de cette étude sur la progression vers le but de santé ciblé, nous avons eu recours à des corrélations de Pearson et à des analyses de régression multiple.

Tout d'abord, la matrice de corrélation a permis d'apprécier le lien entre les VIs et le critère de l'étude. Cette étape était nécessaire pour réduire le nombre de variables intégrées dans l'analyse de régression au regard du ratio "nombre de variables/effectif de l'échantillon". Ensuite, l'analyse de régression multiple nous a permis de déterminer le rôle des variables indépendantes dans la progression vers un but de santé spécifique.

A l'instar du chapitre 5, nous nous référerons pour cette étude à la fois au test de significativité et à l'importance de l'effet pour apprécier les résultats obtenus. Concernant les coefficients de corrélations, la taille de leur effet sera jugée à partir des valeurs-repères proposées par Corroyer et Rouanet (1994 – voir chapitre 5 et annexe 3.3.). Par contre, pour décider de l'importance des variables introduites dans le modèle de régression, les recommandations de Bacher (1982) seront à nouveau appliquées (voir chapitre 5).

6.5. Résultats :

6.5.1. Analyse des corrélations :

La Table 6.3. présente la matrice des corrélations de Pearson entre les variables de l'étude. Seules sept variables présentent une corrélation significative avec le critère, et seulement cinq ont un effet pouvant être qualifié de moyen ou proche de la valeur-repère jugeant l'effet moyen (i.e., 0,24).

Table 6.3. : Corrélations de Pearson entre les variables de l'étude (N = 183 et 197 en fonction des données manquantes)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1. Genre	,201**	-,114	-,212**	-,230**	-,120	,143*	-,148*	,086	-,244**	-,046	-,196**	-,113	-,096	,002	,052
2. Age	-	,021	-,128	-,002	-,002	-,048	-,150*	-,013	-,031	,040	,036	-,042	,060	-,008	-,016
3. Durée de poursuite du but		-	,156*	,052	,074	,081	,092	,049	,081	-,065	,124	,045	,147*	-,033	,343**
4. Détresse psychologique			-	,347**	,103	-,059	,392**	-,345**	,399**	,284**	,088	,413**	,009	,147*	-,194**
5. Nombre de stressseurs de la vie quotidienne				-	,159*	-,206**	,382**	-,185**	,385**	,173*	,087	,197**	,059	,153*	,036
6. Degré d'importance des buts personnels					-	-,061	,585**	,113	,209**	-,131	,136	-,020	,331**	,087	,062
7. Valence de la structure des buts personnels						-	-,103	,056	-,102	-,033	,154*	,044	,008	,067	,018
8. Degré de perturbation de la structure des buts							-	-,105	,386**	,048	,111	,291**	,159*	,178*	-,054
9. Efficacité personnelle liée au but								-	-,272**	-,238**	-,072	-,457**	,305**	-,158*	,331**
10. Emotions négatives liées au but									-	,101	,249**	,478**	,159*	,166*	-,147*
11. Perception négative du rôle du partenaire dans la poursuite du but										-	-,156*	,211**	-,178*	-,074	-,225**
12. Actions de communication liées à la poursuite du but											-	,250**	,246**	,120	,013
13. Obstacles perçus dans la poursuite du but												-	-,030	,179*	-,233**
14. Motivation autonome de la poursuite du but													-	-,094	,221**
15. Motivation contrôlée de la poursuite du but														-	,079
16. Progression vers le but de santé ciblé															-

Note. Afin d'offrir une meilleure lisibilité de la table, les corrélations significatives sont indiquées en gras.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ (bilatéral)

Les variables non corrélées significativement avec le critère seront abandonnées pour l'étude du modèle de régression. On trouve parmi elles les variables démographiques (genre et âge), le nombre de SVQ, les variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels (degré d'importance des buts personnels, valence de la structure et perturbation de la structure), ainsi que deux facteurs du GAPI : les actions de communication liées à la poursuite du but et le type de motivation contrôlée dans la conduite du but.

Parmi les variables retenues pour l'analyse de régression multiple, on trouve (1) la durée de poursuite du but qui est la variable la plus fortement corrélée avec le critère (une durée de poursuite du but de plus d'un mois est associée à une bonne progression vers l'atteinte du but), (2) la détresse psychologique qui est corrélée significativement avec la progression vers le but, bien que cette corrélation soit légèrement plus basse que la valeur moyenne admise (un taux élevé de détresse est associé à une faible progression vers l'atteinte du but), et cinq variables de régulation motivationnelle : (3) l'efficacité personnelle (taille de l'effet importante), (4) les émotions négatives (corrélations significatives, mais la taille de l'effet est faible), (5) les perceptions du rôle du partenaire (effet proche d'une taille moyenne), (6) les obstacles perçus (effet moyen) et (7) la motivation autonome (effet proche d'une taille moyenne). Un niveau élevé d'efficacité personnelle, peu d'émotions négatives, peu de perceptions négatives du rôle du partenaire, peu d'obstacles perçus ainsi qu'une motivation autonome élevée sont associés à une bonne progression vers l'atteinte du but.

Notons encore que les deux dimensions évaluant le type de motivation (autonome ou contrôlée) ne sont pas inter-corrélées. Cette constatation est congruente avec la théorie de l'autodétermination (cf. Ryan et Deci, 2002). Un comportement peut très bien être la conséquence d'une motivation à la fois autonome et contrôlée : il est facile d'imaginer qu'une personne souhaite arrêter de fumer parce qu'elle pense que ce comportement est délétère et qu'elle accorde une grande importance dans sa vie à protéger sa santé (motivation autonome), mais aussi, de façon parallèle, parce que son partenaire la pousse à changer son comportement ou parce que ce comportement mène à des dépenses d'argent trop importantes pour son budget (motivation contrôlée).

6.5.2. Analyse du modèle de régression de la progression vers l'atteinte d'un but de santé chez une population tout-venant:

A partir des analyses des corrélations, nous avons décidé de retenir sept variables susceptibles d'expliquer une part de la variance de la progression vers le but de santé ciblé. Nous avons opté pour une méthode d'entrée par bloc des variables dans le modèle, afin de

pouvoir apprécier les modifications du pourcentage de variance expliquée attribuables à chaque groupe de variables. Dans ce cas précis, trois blocs ont été nécessaires pour répartir les variables selon le concept auquel elles se référaient. Le premier bloc introduit dans le modèle la durée de poursuite du but. Le second bloc prend en compte le niveau de détresse psychologique de la personne. Enfin, dans le troisième bloc, nous avons intégré les cinq variables de régulation motivationnelle du but de santé (i.e. : l'efficacité personnelle, les émotions négatives, les perceptions négatives du rôle du partenaire, les obstacles perçus, le niveau de motivation autonome). La Table 6.4 présente les résultats de ces analyses.

Toutes les étapes d'entrée des variables ont permis d'expliquer une part significative de la variance de la progression vers le but de santé. Ainsi, lors de l'étape 1, la durée de poursuite du but a expliqué 12% de la variance du critère. L'entrée de la détresse psychologique dans le modèle a fait varier le R-deux de 8%. Enfin, la dernière étape de construction du modèle (entrée des variables de régulation motivationnelle du but) a également permis d'observer une augmentation substantielle de la part de variance expliquée du critère (9%). Au total, le modèle complet explique 26% de la variance de la progression vers le but de santé.

L'analyse des coefficients de régression standardisés conduit à identifier deux variables significatives au seuil de 5%. Tout d'abord, le meilleur prédicteur du modèle est la durée de poursuite du but. Une personne engagée depuis plus d'un mois dans la poursuite d'un but de santé est plus susceptible d'avoir progressé vers l'atteinte de son but qu'une personne s'étant fixé un but de santé récemment (moins d'un mois). La seconde variable ayant un effet explicatif de la progression vers un but de santé est l'efficacité personnelle. Les personnes qui se perçoivent plus efficaces dans la gestion de leur but de santé sont celles qui progressent le plus vers l'atteinte de ce but.

Table 6.4. : Analyses de régression multiple de la progression vers un but de santé

Variables	R^2	R^2 aj.		ΔR^2	β	r^2	r_{sp}^2	βr
<u>Etape 1 : Durée de poursuite du but</u>	,12	,12***	F(1,180)	-				
Durée de poursuite du but					,34***	,122	,108	,118
<u>Etape 2 : Bloc 1 et détresse psychologique</u>	,20	,19***	F(2,179)	,08***				
Détresse psychologique					-,13#	,047	,012	,029
<u>Etape 3 : Blocs 1, 2 et variables de régulation motivationnelle du but</u>	,28	,26***	F(7,174)	,09**				
Efficacité personnelle liée à la poursuite du but					,16*	,118	,018	,056
Emotions négatives liées à la poursuite du but					-,06	,024	,002	,009
Perception négative du rôle du partenaire dans la poursuite du but					-,08	,052	,006	,018
Obstacles perçus dans la poursuite du but					-,09	,067	,005	,024
Motivation autonome de la poursuite du but					-,13#	,060	,014	,033

Note. Analyse de régression avec méthode d'entrée. R^2 exprime la part de variance de la variable critère déterminée par l'ensemble des variables explicatives. R^2 aj. est le R-deux ajusté (le F lui est associé). ΔR^2 est la variation de R^2 à chaque nouvelle étape de la régression. β est le coefficient de régression standardisé du critère sur le prédicteur lors de la dernière étape. r^2 , r_{sp}^2 et βr sont donnés à titre indicatif. r^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en premier dans le modèle complet ; r_{sp}^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en dernier dans le modèle complet ; et βr est la multiplication de β et de r permettant de rendre compte de la contribution de chaque variable au R^2 du modèle complet ($\Sigma \beta r = R^2$).
 # $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

A côté de ces deux variables qui représentent plus de 50% de la variance totale expliquée par le modèle, deux autres variables retiennent l'attention. Toutes deux sont significatives à $p < 0,10$. La plus importante en terme de contribution au R^2 est la motivation autonome dans la poursuite du but ($\beta_r = 0,033$) : une personne dont la motivation à poursuivre un but est fortement autonome progressera plus vers l'atteinte de son but qu'une personne ayant peu de motivation autonome associée à la poursuite d'un but de santé. La seconde variable participant de manière appréciable au R^2 est la détresse psychologique ($\beta_r = 0,029$). Une personne qui souffre de détresse psychologique progresse moins vers l'atteinte d'un but de santé qu'une personne connaissant peu ou pas de détresse psychologique. De plus, le rôle de la détresse psychologique pourrait bien être modéré par des variables liées à la régulation motivationnelle du but. En effet, alors qu'elle apparaît être un prédicteur important de la progression vers l'atteinte du but de santé (étape 2 du modèle de régression – voir annexe 2.2.2.4.), son rôle dans le modèle diminue fortement après introduction du bloc 3. Étant donné qu'elle est fortement corrélée avec la plupart des variables du bloc 3, il se pourrait qu'elle influe directement sur la régulation motivationnelle des buts. Cependant, puisque le bloc 3 est composé de cinq variables, il reste difficile de déterminer la présence d'un tel effet médiateur et des études supplémentaires sont nécessaires pour explorer cette hypothèse.

Enfin, trois variables liées à la régulation motivationnelle d'un but de santé participent dans une moindre mesure au pouvoir de prédiction du modèle. Il s'agit des émotions négatives, de la perception négative du rôle du conjoint et des obstacles perçus. Une personne qui perçoit des obstacles dans la poursuite de son but (comme un contrôle externe de la situation, ou bien un conflit entre ce but et d'autres buts importants dans sa vie), qui ressent des émotions négatives associées à la poursuite de son but, et dont le rôle du partenaire dans la conduite du but est vécu comme inutile voire entravant, est moins susceptible de progresser vers l'atteinte de son but. Bien que ces prédicteurs ne montrent pas de lien fort avec le critère, leur présence dans le modèle contribue à améliorer la valeur du R^2 ($\Sigma\beta_r = 0,051$) et leur rôle devrait être discuté au regard de la diversité des buts de santé décrits dans cette étude.

6.6. Discussion :

6.6.1. Introduction :

L'objectif de cette étude était d'explorer le processus de poursuite d'un but de santé et de déterminer les caractéristiques de la structure de buts de vie d'un individu ainsi que les variables liées à la régulation motivationnelle de ce but influençant la progression vers son

atteinte. Notre démarche a tout d'abord consisté à étudier les liens entre les variables indépendantes de l'étude et la progression vers le but de santé. A cette étape, nous avons eu recours aux corrélations de Pearson. Nos analyses nous ont amené à exclure des analyses de régression huit variables non liées au critère : les variables démographiques (genre et âge), le nombre de SVQ, les caractéristiques de la structure de buts personnels (degré d'importance des buts personnels, valence de la structure, et degré de perturbation de la structure), et deux variables liées à la régulation du but de santé (les actions de communication, et la motivation contrôlée).

6.6.2. Discussion sur les variables non liées au critère :

Le fait que le genre et l'âge ne soient pas liés à la progression vers un but de santé ne sera pas discuté dans cette recherche. En effet, dans les cas où ces deux variables démographiques entrent en jeu dans l'explication des phénomènes psychologiques, le chercheur doit alors les interpréter comme des variables confondues et rechercher les facteurs psychologiques qu'elles recouvrent et qui n'ont pas été mesurés dans la recherche.

Dans cette étude, le nombre de stressseurs de la vie quotidienne (SVQ) n'est pas corrélé avec la progression vers l'atteinte d'un but de santé. Ce résultat est quelque peu surprenant. Alors que cette variable affecte la gestion des buts d'un niveau d'abstraction élevé (cf. chapitre 5), elle ne semble pas intervenir dans la régulation de buts de santé plus concrets. L'hypothèse selon laquelle un nombre élevé de stressseurs entourant la personne pourrait détourner ses efforts et ses ressources sur d'autres aspects que ceux liés à des préoccupations de santé n'est donc pas confirmée par cette étude. Pour expliquer cette constatation il est possible d'évoquer un problème méthodologique. Dans ce travail, nous avons souhaité nous référer à un nombre de stressseurs (score de quantité) plutôt qu'à une évaluation cognitive de l'impact de ces stressseurs (score de qualité). Il est ainsi probable que le nombre de SVQ ne représente qu'une situation environnementale que constate la personne, mais qui ne l'affecte pas forcément. Ainsi, une mesure qualitative du niveau de perturbation de ces stressseurs sur la personne serait plus propice à mesurer le degré avec lequel les stressseurs sont susceptibles de détourner la personne de ses buts de santé.

Concernant les caractéristiques de la structure de buts personnels, aucun lien n'a été établi dans cette étude avec la progression vers un but de santé. A l'instar du nombre de SVQ, ces résultats ne permettent pas de confirmer les hypothèses que nous avons formulées quant au rôle du degré d'importance des buts personnels, de la valence de la structure de buts personnels, ainsi que du niveau de perturbation de cette structure. La poursuite d'un but de

santé n'est pas liée dans cette étude aux caractéristiques et au fonctionnement de la structure de buts personnels.

Enfin, les deux dernières variables non corrélées à la progression vers l'atteinte d'un but de santé sont les actions de communication associées à la poursuite du but et le niveau de motivation contrôlée. Au départ de cette recherche, nous avons considéré les actions de communication comme une stratégie de recherche de feed-back permettant d'appuyer les décisions prises par la personne pour gérer le but qu'elle s'est fixé. Cependant, ce facteur pourrait également évaluer une incapacité de la personne à poursuivre son but et exprimer une recherche d'aide auprès d'autres personnes pour la conduite de son but (cette hypothèse peut d'ailleurs trouver une première réponse au regard de la corrélation moyenne observée entre cette variable et les obstacles perçus dans la conduite du but). Il est possible que ce facteur soit mal opérationnalisé et que ce double sens soit à l'origine de l'absence de liaison observée avec la progression vers l'atteinte du but. Concernant la très faible corrélation entre le niveau de motivation contrôlée et le critère de l'étude, ces résultats peuvent être interprétés comme une absence de variance de la variable indépendante. En effet, dans cette recherche, nous avons demandé aux participants d'exprimer le but de santé qui leur semblait le plus important à atteindre dans les mois à venir. Ainsi, il est probable que la plupart des buts cités étaient, à l'origine, déterminés par une source motivationnelle non contrôlée. Cette hypothèse est partiellement confirmée par l'examen de la distribution des effectifs pour ce facteur : 74,5% des personnes interrogées rapportaient ne pas poursuivre ce but parce que d'autres personnes le souhaitaient. Bien que la source de motivation externe ne doive pas être confondue avec le type de motivation contrôlée, ces deux conceptualisations qualifiant la motivation se recoupent au moins en partie. Ainsi, si les buts déclarés par les participants à notre recherche ne sont pas issus d'un type de motivation contrôlée, il est peu probable que cette variable soit liée à la progression vers l'atteinte d'un but de santé.

6.6.3. Discussion des modèles de régression de la progression vers l'atteinte d'un but de santé chez une population tout-venant:

Les variables retenues pour la suite de l'étude étaient au nombre de sept. Elles ont été introduites en plusieurs étapes dans le modèle de régression afin de permettre d'observer les augmentations de part de variance expliquée par des blocs thématiques. Le premier bloc consistait à contrôler l'effet de la variable "durée de poursuite du but de santé" avant l'introduction des véritables variables explicatives. Sans surprise, la durée de poursuite du but a permis d'expliquer une part importante de la progression vers l'atteinte du but. Il est en effet

facile d'envisager que le temps est une dimension importante quand il s'agit de mettre en action des intentions définies. De plus, les stratégies mises en place dans le passage à l'action peuvent parfois apparaître inefficaces, et un processus de révision est alors nécessaire. Dans un tel cas, le temps permettra de tester différentes approches avant d'en sélectionner une qui convienne particulièrement à la personne et à l'opérationnalisation du but qu'elle s'est fixée. Enfin, une fois que le comportement est mis en place de façon efficace (par exemple, la personne a réussi à trouver un(e) collègue pour pratiquer une activité physique deux soirs par semaine, chacun motivant l'autre pour tenir ses engagements), la personne ne peut véritablement évaluer sa progression vers l'atteinte du but comme totale qu'après plusieurs semaines, voire plusieurs mois de pratique régulière. Toutes ces raisons font que la durée de poursuite du but est l'un des meilleurs prédicteurs (dans cette étude, le meilleur) de la progression vers l'atteinte d'un but.

Dans un second temps, nous avons introduit la détresse psychologique dans notre modèle. A cette étape, nous avons constaté une augmentation substantielle de la part de variance expliquée du critère. Après l'introduction du bloc 3, cette variable participe également de manière non négligeable à la valeur explicative du modèle final. Cependant, comme nous l'avons noté lors de l'analyse des résultats, l'effet de la détresse psychologique sur la progression vers l'atteinte d'un but de santé pourrait être médiatisé par d'autres variables liées à la régulation motivationnelle de ce but. Si les résultats présentés dans ce chapitre n'ont pas permis d'investiguer plus avant cette piste d'un effet médiateur, il est tout de même envisageable que l'efficacité personnelle liée à la poursuite d'un but de santé constitue le principal médiateur dans la relation détresse/progression. Deux raisons nous poussent à tendre vers cette conclusion. Tout d'abord, la détresse psychologique et l'efficacité personnelle liée à la poursuite du but de santé sont assez fortement corrélées. Ensuite, parmi les variables introduites lors de la dernière étape du modèle de régression, l'efficacité personnelle constitue le prédicteur le plus important de la progression vers l'atteinte du but de santé. Ainsi, il est probable que la détresse psychologique influence les perceptions d'efficacité personnelle liées au but et que ces dernières influent à leur tour sur la régulation du but et la progression subséquente vers son atteinte. D'autres recherches seront nécessaires pour confirmer ou infirmer l'existence d'un tel effet médiateur.

Finalement, dans le dernier bloc, nous avons introduit les variables liées à la régulation motivationnelle du but : l'efficacité personnelle, les émotions négatives, les perceptions négatives du rôle du partenaire, les obstacles perçus et la motivation autonome. Cette dernière étape correspondait à la constitution du modèle complet de l'étude. Nous avons à nouveau pu

constater une augmentation significative de la part de variance du critère expliquée par le modèle.

Parmi les variables de ce bloc, seule l'efficacité personnelle permet de prédire significativement une part de variation de la progression vers l'atteinte d'un but. Ces résultats semblent confirmer l'importance de cette variable dans l'adoption des comportements de santé. De plus, alors que les principaux modèles de prévention la plaçaient comme un déterminant essentiel de l'intention de développer un comportement, cette étude confirme son implication dans la régulation du comportement une fois l'intention développée. Cette constatation concorde avec les résultats d'autres recherches (Boersma, Maes, Joekes, & Dusseldorp, soumis ; Joekes, Maes, & Gebhardt, soumis). Toutefois, une réserve doit être portée à son égard étant donné que nous avons inclus dans le modèle des mesures associées à de nombreux buts de santé différents. Or, Clark et Dodge (1999) soulignent que l'efficacité personnelle est spécifique au comportement de santé ciblé et son rôle dans l'adoption du comportement varie en fonction du but envisagé (par exemple, ce concept est peu utile pour prédire l'arrêt avec succès du tabagisme). Dans ce cas, notre étude n'a pas permis de tester l'effet de cette variable sur le critère en fonction du but décrit par le participant.

Au sein du dernier bloc, une autre variable paraît jouer un rôle important : il s'agit de la motivation autonome. Cette dernière représente le degré avec lequel le but de santé est intégré dans la structure de buts personnels de l'individu. En d'autres termes, elle illustre l'adéquation entre le but poursuivi et les valeurs essentielles de la personnalité de l'individu. Plus ce type de motivation est élevé et plus la personne s'engagera dans la poursuite active de ce but. Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que, dans cette recherche, un niveau de motivation élevé explique une bonne progression vers l'atteinte du but ciblé. Pour favoriser ce type de motivation dans le cadre de la prévention visant à sensibiliser les populations à l'adoption de comportements sains pour la santé, il apparaît nécessaire de mettre l'accent sur la concordance des comportements promus avec les valeurs des personnes visées (rappelons que lors de la validation de l'échelle des buts personnels – voir Méthodologie, la santé était une des préoccupations majeures rapportées par notre échantillon).

Enfin, les trois dernières variables du bloc 3 contribuent dans une moindre mesure à la valeur prédictive du modèle. Toutefois, dans une approche globale des processus d'autorégulation il convient de s'y intéresser. Les émotions négatives, les perceptions négatives du rôle du partenaire et les obstacles perçus, associés à la poursuite d'un but de santé, sont tous des facteurs entravant la poursuite du but. De plus, il est possible que pour certains comportements de santé, ces facteurs deviennent essentiels. Par exemple, si nous

prenons le cas d'un but de santé tel que l'arrêt du tabagisme, il est possible d'imaginer que les émotions négatives associées à ce comportement jouent un rôle plus important pour l'atteinte de ce but. De la même façon, un partenaire qui continue à fumer sans se soucier de la démarche d'abstinence tabagique de son conjoint peut être perçu comme une entrave importante pour la réussite du comportement. En d'autres termes, il s'agit ici de ne pas éliminer trop tôt des variables qui participent faiblement mais positivement à la valeur prédictive du modèle. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer le rôle exact de telles variables par rapport à des comportements de santé spécifiques.

6.6.4. Limites de l'étude et perspectives de recherche :

L'étude que nous venons de présenter est une tentative d'intégration des concepts issus des théories sur l'autorégulation du comportement pour comprendre les variations observées dans la poursuite de divers buts de santé. L'utilisation des variables de régulation motivationnelle s'est révélée pertinente pour expliquer la progression vers l'atteinte de tels buts. Ces résultats, que l'on peut considérer comme préliminaires, devraient être approfondis dans des études sur des populations tout-venant dans le cadre de la prévention primaire et par rapport à l'adoption de comportements de santé spécifiques. Ils devraient également être étudiés dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire chez des populations dont l'état de santé nécessite un changement des habitudes de vie et l'adoption de comportements plus sains (comme c'est le cas notamment dans le cadre des maladies cardiovasculaires). De plus, de futures études devraient privilégier une méthodologie longitudinale plutôt que transversale afin d'obtenir des mesures de progression plus fiables (c'est l'une des limitations de la recherche présente) et de constater l'évolution du rôle des variables explicatives dans le temps et à travers les étapes qui caractérisent la poursuite d'un but. Il est en effet envisageable que certaines variables soient plus importantes à un moment donné de la poursuite d'un but de santé. C'est actuellement une hypothèse formulée par certains auteurs qui jugent l'efficacité personnelle comme un déterminant important de l'intention de comportement, mais dont le rôle pourrait décroître dans le cadre de certains buts à mesure que d'autres variables prendraient plus d'importance (par exemple, les émotions négatives dans le cadre de l'arrêt du tabagisme). Une telle démarche scientifique devrait conduire à terme à la mise en place d'interventions spécifiques à travers un suivi personnalisé des personnes désirant changer leurs comportements en matière de santé.

Chapitre 7 : Etude de l'implication des caractéristiques des buts personnels et des variables de régulation motivationnelle dans les comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue

7.1. Introduction :

L'objectif de l'étude présentée dans ce chapitre est d'explorer les sources de variation dans les comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue. A cette fin, nous nous intéresserons particulièrement aux variables issues des théories sur l'autorégulation du comportement pour comprendre la gestion de la maladie par le patient hypertendu sous traitement médicamenteux.

Afin d'expliquer les différences individuelles en matière d'observance thérapeutique, nous avons tout d'abord souhaité tenir compte de variables médicales liées à la qualité du traitement. En effet, il est reconnu que le nombre de médicaments et la durée du traitement sont des facteurs importants pour déterminer l'observance thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques.

Ensuite, nous supposons ici que le nombre de stressors de la vie quotidienne (SVQ) pourrait affecter les comportements d'observance de la personne hypertendue. Le chapitre 5 a en effet permis de montrer que le nombre de SVQ expliquait en partie les perturbations de la structure de buts personnels. Il est donc envisageable que cette variable trouble les comportements d'observance qui prennent place au sein de cette structure de buts.

De plus, nous intégrons également la détresse psychologique dans cette étude car des résultats de recherches précédentes laissent penser que cette variable pourrait jouer un rôle dans les comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue et sur le contrôle tensionnel subséquent (Laurent, Consoli, Girerd, Thomas, Amouyel, Levy, & Pouchain, 2003).

A l'instar du chapitre 6, nous nous intéressons également aux caractéristiques de la structure de buts personnels de l'individu et à son fonctionnement. Partant de l'assertion selon laquelle le comportement est dirigé par les buts, nous évaluons l'implication (1) du degré d'importance des buts personnels, ainsi que (2) de la valence de la structure de buts personnels et (3) du degré de perturbation de cette structure. Nos hypothèses postulent (1) qu'un degré élevé d'importance des buts personnels permet d'expliquer une bonne observance thérapeutique étant donné que les comportements les plus motivants sont ceux qui répondent à de nombreux objectifs simultanément. Si l'on peut craindre que le respect des recommandations médicales puisse entrer en conflit avec d'autres buts importants pour la

personne, il est plus probable toutefois que la gestion d'un comportement de santé apparaisse comme importante pour l'individu et réponde à de nombreuses valeurs personnelles. De plus, concernant (2) l'orientation de la structure de buts personnels, nous considérons que, dans le cadre spécifique de la prise d'un traitement médicamenteux, une structure à valence négative est plus à même de répondre aux critères de l'observance. Il est en effet probable qu'une représentation liée à la prise d'un traitement médicamenteux qui est formulée selon une valence négative (par exemple, *éviter d'oublier de prendre le traitement*) soit plus à même de conduire la personne à un taux élevé d'observance qu'une représentation du même but dans une formulation positive (*prendre le traitement*). Enfin, nous faisons l'hypothèse que (3) le degré de perturbation de la structure de buts détourne l'attention nécessaire à la gestion de la maladie hypertensive et réduise les efforts d'observance thérapeutique de la personne. En effet, il est envisageable qu'une personne dont les buts les plus importants sont très perturbés concentre ses efforts sur la gestion de ces buts de vie essentiels, au détriment d'autres buts moins fondamentaux.

Finalement, comme pour l'étude présentée dans le chapitre 6, nous tenterons de déterminer quels sont les facteurs, parmi ceux décrits par la littérature sur l'autorégulation du comportement comme entravant ou facilitant l'atteinte d'un but, qui sont susceptibles d'expliquer l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue. Nous nous intéresserons particulièrement à des variables de régulation motivationnelle dont la présence est jugée positive pour l'atteinte d'un but (efficacité personnelle, recherche de feed-back à travers les actions de communication, et type de motivation autonome pour la poursuite du but) et à d'autres jouant un rôle négatif dans la progression vers un but ciblé (émotions négatives, perceptions négatives du rôle joué par le partenaire, perceptions d'obstacles, et type de motivation contrôlée pour la poursuite du but).

7.2. Analyse des données :

Les analyses ont été conduites avec le logiciel SPSS 12.0 (2003).

La multicolinéarité des variables indépendantes (VI) de l'étude a été étudiée à partir des coefficients de corrélation de Pearson. La matrice présentée en Table 7.1. fait apparaître que deux couples de variables sont fortement corrélés : le degré d'importance des buts personnels et le degré de perturbation de la structure des buts sont associés fortement ($r = 0,68$), ce qui est lié à la construction de la seconde variable à partir de la première, et les perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but sont fortement corrélées avec les obstacles perçus dans la poursuite du but ($r = 0,66$). Ainsi, la part maximum de

variance partagée entre deux VIs dans cette étude est égale à 0,46. Si cette valeur peut paraître faible pour interpréter la relation comme multicollinéaire, nous en avons tenu compte dans le choix des variables à intégrer dans les modèles de régression linéaire. Ces modèles n'ont montré aucune valeur du Facteur d'Inflation de la Variance supérieure à 10 pour les variables des modèles (Bowerman & O'Connell, 1990 ; Myers, 1990) ou aucune valeur du seuil de tolérance inférieure à 0,2 (Menard, 1995).

L'analyse visuelle des graphiques de dispersion des résidus nous pousse à conclure que les hypothèses de normalité, de linéarité et d'homoscédasticité n'ont pas été enfreintes (Falissard, 1998). Enfin, la présence d'observations atypiques susceptibles d'influencer les résultats des modèles a été étudiée grâce aux distances de Cook. L'analyse de ces distances montre qu'aucune valeur n'est supérieure à 1 (Cook & Weisberg 1982) et permet de trancher en faveur de la stabilité des modèles. En conséquence, aucune observation n'a été retirée des analyses.

7.3. Description des variables de l'étude :

Dans notre échantillon de personnes hypertendues, le nombre moyen de médicaments antihypertenseurs prescrits par le médecin traitant est de 1,49 ($\sigma = ,68$), et le nombre moyen d'années de prise d'un traitement antihypertenseur est de 9,44 ($\sigma = 8,11$).

La détresse psychologique a été évaluée au moyen du GHQ-12, et le score utilisé correspond au type de cotation CGHQ ($\mu = ,38$ et $\sigma = ,24$).

Les stressseurs de la vie quotidienne ont été évalués grâce au score global de quantité de l'ESVQ. Le nombre moyen de SVQ rapporté par les participants à cette étude est de 31,99 et l'écart-type de 8,11.

Les caractéristiques de la structure de buts personnels ont été évaluées au moyen de la GIFS : le degré d'importance des buts personnels correspond au score moyen à l'évaluation *importance* ($\mu = 3,51$ et $\sigma = ,52$) ; la valence de la structure des buts personnels est mesurée par la soustraction des scores d'importance des buts d'approche et des buts d'évitement ($\mu = -,23$ et $\sigma = ,40$) ; enfin, le degré de perturbations de la structure des buts personnels a été mesuré à partir du score d'interaction de la GIFS constitué par les évaluations *importance* et *facilité* ($\mu = 10,55$ et $\sigma = 2,24$).

Table 7.1. : Corrélations de Pearson entre les variables indépendantes de l'étude (N = 74 et 91 en fonction des données manquantes)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1. Genre	-,133	-,074	-,334**	-,372**	-,169	-,096	-,019	-,049	-,007	-,258*	-,112	-,095	-,116	-,117	,135
2. Age	-	,214*	,150	-,044	-,209	,223*	,003	-,027	-,097	-,105	-,063	-,079	-,047	,029	-,018
3. Nombre de médicaments anti-hypertenseurs		-	,389**	,107	-,155	,111	,056	,081	,044	,070	-,085	-,074	-,024	,150	-,163
4. Nombre d'années du traitement			-	,071	,083	,094	-,120	,165	,006	,115	,067	,026	-,002	,077	-,185
5. Détresse psychologique				-	,189	,026	,076	,137	-,015	,205	,145	,066	,203	,110	,099
6. Nombre de stressseurs de la vie quotidienne					-	,109	-,188	,363**	-,093	,277**	,070	,402**	,140	-,137	-,018
7. Degré d'importance des buts personnels						-	-,207	,683**	,102	,229*	-,115	,107	,033	,241*	-,073
8. Valence de la structure des buts personnels							-	-,227*	-,059	-,010	,240*	-,139	,046	-,103	,110
9. Degré de perturbation de la structure des buts								-	,004	,244*	-,100	,144	-,031	,122	-,018
10. Efficacité personnelle liée au but									-	-,020	-,436**	-,124	-,277**	,486**	,046
11. Emotions négatives liées au but										-	,366**	,549**	,477**	,036	,191
12. Perception négative du rôle du partenaire dans la poursuite du but											-	,207	,664**	-,369**	,072
13. Actions de communication liées à la poursuite du but												-	,445**	-,081	,172
14. Obstacles dans la poursuite du but													-	-,215*	,372**
15. Motivation autonome de la poursuite du but														-	,002
16. Motivation contrôlée de la poursuite du but															-

Note. Afin d'offrir une meilleure lisibilité de la table, les corrélations significatives sont indiquées en gras.
* $p < ,05$; ** $p < ,01$ (bilatéral)

Les variables décrites dans les théories sur l'autorégulation du comportement comme influençant la gestion d'un but ont été mesurées par les items du GAPI. Les participants devaient compléter ce questionnaire en référence à la prise des médicaments antihypertenseurs selon les modalités prescrites par le médecin. Étaient ainsi mesurés : l'efficacité personnelle liée à la prise du traitement ($\mu = 3,98$ et $\sigma = ,84$), les émotions négatives associées à la prise du traitement ($\mu = 2,57$ et $\sigma = 1,04$), les perceptions négatives du rôle du partenaire concernant la prise des médicaments ($\mu = 1,62$ et $\sigma = ,67$), les actions de communication concernant la prise du traitement ($\mu = 2,79$ et $\sigma = ,99$), les obstacles perçus pour la prise du traitement ($\mu = 2,28$ et $\sigma = ,88$), les niveaux de motivation autonome ($\mu = 4,17$ et $\sigma = ,56$) et contrôlée ($\mu = 1,96$ et $\sigma = 1,14$) pour la prise des médicaments.

Ces scores aux variables de régulation motivationnelle d'un but de santé décrit comme la prise d'un traitement médicamenteux ont été comparés aux scores décrits dans le chapitre 6 lorsque les buts de santé se rapportaient à des objectifs personnellement définis et non déterminés par la maladie. La Table 7.2. nous montre les t de Student ainsi que les écarts calibrés (ECs)¹⁵ permettant de juger des différences de moyennes entre les deux échantillons. Les résultats font apparaître que les moyennes diffèrent significativement et avec une taille d'effet se rapprochant d'une valeur moyenne pour trois variables liées à la conduite du but ciblé : l'efficacité personnelle ($t = 3,04$ et $p < 0,01$; $EC = 0,39$), les perceptions négatives du rôle du partenaire ($t = -2,73$ et $p < 0,01$; $EC = 0,37$), et les obstacles perçus ($t = -3,19$ et $p < 0,01$; $EC = 0,41$). On peut retenir qu'il y a significativement plus d'efficacité personnelle, moins de perceptions négatives du rôle du partenaire, et moins d'obstacles perçus associés à la poursuite d'un but d'observance thérapeutique (exclusivement médicamenteuse dans le cas présent) qu'à la conduite d'un but de santé liée à des changements dans les comportements de santé.

De plus, les participants hypertendus qui complétaient le GAPI devaient également répondre à une évaluation concernant leur sentiment de progression vers ce but (i.e., *prendre le traitement en appliquant les modalités définies par le médecin*). Une échelle de Likert était proposée à cette fin, et offrait 10 modalités de réponse dont la plus haute correspondait à l'atteinte du but, ou en d'autres termes au respect total des prescriptions médicales concernant la prise d'un traitement antihypertenseur ($\mu = 7,12$ et $\sigma = 3,02$). Dans la suite de ce chapitre, nous nous référerons à cette variable comme à une mesure d'observance médicamenteuse.

¹⁵ Pour calculer et interpréter les ECs, nous nous référons aux recommandations de Corroyer et Rouanet (1994) que nous avons exposées dans le chapitre 6. Les valeurs-repères sont rappelées dans un tableau en annexe 3.3.

Table 7.2. : Différences de moyennes sur les évaluations liées à la poursuite d'un but de santé : groupe de personnes hypertendues vs personnes tout-venant

<i>Variables</i>		Moyennes	Ecart-types	<i>t</i> de Student	EC
Efficacité personnelle liée à la poursuite du but	Groupe hypertendu	3,97	0,84	3,04*	0,39
	Groupe tout-venant	3,66	0,80		
Emotions négatives liées à la poursuite du but	Groupe hypertendu	2,57	1,04	-1,31	0,17
	Groupe tout-venant	2,75	1,05		
Perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but	Groupe hypertendu	1,62	0,67	-2,73*	0,37
	Groupe tout-venant	1,89	0,76		
Actions de communication liées à la poursuite du but	Groupe hypertendu	2,79	0,99	-1,48	0,19
	Groupe tout-venant	2,98	0,93		
Obstacles perçus dans la poursuite du but	Groupe hypertendu	2,28	0,88	-3,19*	0,41
	Groupe tout-venant	2,62	0,65		
Motivation autonome de la poursuite du but	Groupe hypertendu	4,17	0,56	1,76	0,23
	Groupe tout-venant	4,03	0,62		
Motivation contrôlée de la poursuite du but	Groupe hypertendu	1,96	1,14	0,85	0,11
	Groupe tout-venant	1,84	0,92		

Note. EC est l'écart calibré qui permet de tenir compte de l'importance de l'effet. Il a été calculé à partir de la formule donnée par Corroyer et Rouanet (1994) : $EC = [(n_1 + n_2 - 2)n_1n_2]^{-0,5} * (n_1 + n_2) * T$, où n_1 et n_2 représentent respectivement les effectifs des groupes et T la valeur de la statistique de Student.

* $p < 0,01$

Enfin, le degré d'observance thérapeutique d'un point de vue plus général était mesuré par l'échelle en 14 items que nous avons développée et validée pour cette étude. Dans cet échantillon de personnes hypertendues, le score moyen d'observance thérapeutique était de 5,61 et l'écart-type de 0,37. Par opposition à la mesure de l'observance médicamenteuse présentée dans les lignes précédentes, le score à l'échelle d'observance thérapeutique sera utilisé dans les pages suivantes sous l'expression : observance thérapeutique globale.

Nous avons étudié la liaison entre les deux mesures d'observance, médicamenteuse et thérapeutique globale. Les deux scores étaient corrélés significativement ($p < 0,05$) bien que la taille de l'effet (moyen) ait été quelque peu inférieure à ce que l'on pouvait attendre de deux variables mesurant le même concept ($r = 0,23$ – voir Table 7.3.). Ce résultat en demi teinte peut être attribué au fait que ces deux mesures ne se recoupent véritablement que sur le point spécifique de la prise du traitement antihypertenseur, l'échelle d'observance globale mesurant également d'autres aspects plus généraux tels que la présence aux rendez-vous du suivi médical. De plus, il est possible que l'échelle d'observance globale mesure plus finement le niveau d'observance de la prise du traitement médicamenteux étant donné qu'elle comporte plus d'items à cet égard et développe plus certains aspects tels que les oublis. Ainsi, il est probable que l'échelle d'observance permette de mieux appréhender son propre comportement vis-à-vis du respect des recommandations médicales.

Nous avons également corrélé chacun des deux scores d'observance thérapeutique (médicamenteuse et globale) avec les valeurs de pression artérielle systolique ($\mu = 13,72$ et $\sigma = 1,11$) et diastolique ($\mu = 7,97$ et $\sigma = 1,07$) des participants. Les résultats n'ont pas permis d'établir de lien entre le niveau d'observance thérapeutique et les valeurs de pression artérielle (corrélations non significatives proches de 0). Ce résultat, qui apparaît surprenant, peut s'expliquer par l'absence de données sur les valeurs de pression artérielle avant la prise d'un traitement antihypertenseur. En effet, l'hypertension est définie par rapport à des normes (distribution statistique de la pression artérielle dans la population générale) et peut être qualifiée de légère à sévère en passant par modérée en fonction des valeurs atteintes par les pressions artérielles (PA) systoliques et diastoliques. Il est probable que les participants à cette recherche se répartissaient dans différents groupes en fonction de la gravité des troubles présentés. Dans ce cas, il est plus difficile d'évaluer les effets de l'observance thérapeutique ou de la non-observance sur les valeurs de PA, car il est possible que des personnes avec une hypertension artérielle sévère aient plus de mal à réduire leurs valeurs de pression artérielle à des seuils acceptables (seuils établis d'après la distribution des valeurs de PA dans la

population générale) tout en étant plus observantes que des personnes avec une hypertension légère. Ainsi, dans une population de personnes hypertendues observantes mais dont le type d'hypertension est jugé sévère, les valeurs de PA pourraient être proches de celles d'une population avec hypertension légère et peu ou pas observante. D'autres études sont nécessaires pour déterminer la validité critérielle des mesures d'observance que nous avons utilisées.

7.4. Méthodologie statistique employée pour le test des hypothèses :

Pour explorer le rôle explicatif des variables indépendantes (VI) de cette étude sur la progression vers le but de santé ciblé, nous avons eu recours à des corrélations de Pearson et à des analyses de régression multiple.

Tout d'abord, la matrice de corrélation a permis d'apprécier le lien entre les VIs et les variables critère de l'étude. Cette étape était nécessaire pour réduire le nombre de variables intégrées dans l'analyse de régression au regard du ratio "nombre de variables/effectif de l'échantillon".

Ensuite, les analyses de régression multiple nous ont permis de déterminer quelles étaient les variables indépendantes qui expliquaient le mieux l'observance thérapeutique à la fois dans son aspect simple (prise du traitement antihypertenseur selon les modalités prescrites par le monde médical) et à la fois dans sa dimension générale comprenant le respect de toutes les recommandations médicales (prise du traitement médicamenteux, attitude envers le médecin, présence au rendez-vous du suivi médical, passage des examens complémentaires...).

A l'instar des chapitres 5 et 6, nous nous référerons à nouveau, dans cette étude, à la fois au test de significativité et à l'importance de l'effet pour apprécier les résultats obtenus. Concernant les coefficients de corrélations, la taille de leur effet sera jugée à partir des valeurs-repères proposées par Corroyer et Rouanet (1994 – voir chapitre 5 et annexe 3.3.). Par contre, pour décider de l'importance des variables introduites dans le modèle de régression, les recommandations de Bacher (1982) seront à nouveau appliquées (voir chap. 5).

7.5. Résultats :

7.5.1. Analyse des corrélations

La table 7.3. présente la matrice de corrélations de Pearson entre les 16 Variables indépendantes (VIs) de l'étude et les deux variables critères (observance médicamenteuse et

observance thérapeutique globale). Six VIs ne sont pas corrélées significativement avec les variables dépendantes : le genre, l'âge, le nombre de médicaments antihypertenseurs, le nombre d'années de prise du traitement médicamenteux, le nombre de stressors de la vie quotidienne, et les émotions négatives liées à la prise du traitement antihypertenseur. Parmi les dix autres VIs, seules 6 sont corrélées significativement avec les deux variables critères, les quatre autres VIs n'étant liées qu'à l'une ou l'autre des variables dépendantes. Nous détaillons ci-dessous les variables retenues pour les deux modèles de régression multiple associés à chacune des variables critères.

7.5.1.1. Analyse des corrélations entre les variables indépendantes et l'observance médicamenteuse :

Neuf variables sont corrélées significativement avec le score de progression vers l'atteinte du but "prendre le traitement antihypertenseur en appliquant les modalités définies par le médecin" : les trois variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels et les variables liées à la régulation motivationnelle du but d'observance médicamenteuse. Concernant les premières, la progression vers le but est associée avec un degré d'importance élevé des buts personnels ($r = 0,22$ et $p < 0,05$), une structure de buts personnels à valence négative ($r = -0,24$ et $p < 0,05$), et un degré de perturbation de la structure de buts élevé ($r = 0,25$ et $p < 0,05$). Concernant les variables de régulation motivationnelle du but d'observance, la progression est corrélée avec un niveau élevé d'efficacité personnelle ($r = 0,32$ et $p < 0,01$), peu de perceptions négatives du rôle du partenaire ($r = -0,28$ et $p < 0,05$), peu d'actions de communication ($r = -0,28$ et $p < 0,05$), peu d'obstacles perçus ($r = -0,33$ et $p < 0,01$), un niveau élevé de motivation autonome ($r = 0,35$ et $p < 0,01$) et un niveau faible de motivation contrôlée ($r = -0,24$ et $p < 0,05$).

Table 7.3. : Corrélations de Pearson entre les variables indépendantes de l'étude et les variables critères et statistiques descriptives des variables (N = 79 et 92 en fonction des données manquantes)

	17.	18.	μ	σ
1. Genre	,044	-,041	,54	,50
2. Age	-,048	,167	58,26	10,24
3. Nombre de médicaments anti-hypertenseurs	,085	,145	1,49	,68
4. Nombre d'années du traitement	,036	,106	9,44	8,11
5. Détresse psychologique	-,019	-,344**	,38	,24
6. Nombre de stressseurs de la vie quotidienne	-,107	-,200	31,99	8,06
7. Degré d'importance des buts personnels	,217*	,276*	3,51	,52
8. Valence de la structure des buts personnels	-,239*	-,229*	-,23	,40
9. Degré de perturbation de la structure des buts	,254*	,061	10,55	2,24
10. Efficacité personnelle liée au but	,320**	,193	3,98	,84
11. Emotions négatives liées au but	-,057	-,095	2,57	1,04
12. Perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but	-,277*	-,293*	1,62	,67
13. Actions de communication liées à la poursuite du but	-,281*	-,133	2,79	,99
14. Obstacles dans la poursuite du but	-,330**	-,331**	2,28	,88
15. Motivation autonome de la poursuite du but	,349**	,290**	4,17	,56
16. Motivation contrôlée de la poursuite du but	-,237*	-,342**	1,96	1,14
17. Observance médicamenteuse	-	,229*	7,12	3,02
18. Observance thérapeutique globale		-	5,61	,37

Note. μ est la moyenne de la variable, σ son écart-type. Afin d'offrir une meilleure lisibilité de la table, les corrélations significatives sont indiquées en gras.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ (bilatéral)

Etant donné que nous souhaitons retenir au maximum 7 variables pour l'analyse de régression de l'observance médicamenteuse (une variable pour 10 observations), nous devons réduire de deux éléments le nombre de VIs. Pour ce faire, il est possible de ne retenir que les variables les plus fortement corrélées avec le critère. Cependant, toutes les variables (à l'exception du degré d'importance des buts personnels) présentent une corrélation dont la taille peut être qualifiée de moyenne (égale ou supérieure à 0,24 – valeur moyenne décrite par Corroyer et Rouanet, 1994). Nous décidons donc de nous référer aux corrélations entre les VIs (Table 7.1.). Deux couples de variables paraissent très fortement inter-corrélées : d'une part le degré d'importance des buts personnels et le degré de perturbations de la structure de buts personnels ($r = 0,68$ et $p < 0,01$), et d'autre part les obstacles perçus dans la poursuite du but et les perceptions négatives du rôle du partenaire liées à la poursuite du but ($r = 0,66$ et $p < 0,01$). Au regard des parts de variance partagée par ces couples, il nous paraît pertinent de retirer une des deux variables du couple pour les analyses de régression : la variable du couple la moins fortement corrélée avec le critère. Nous décidons donc de retirer le degré d'importance des buts personnels et les perceptions négatives du rôle du partenaire dans la poursuite du but.

7.5.1.2. Analyse des corrélations entre les variables indépendantes et l'observance thérapeutique globale :

Sept variables présentent des corrélations significatives et de taille moyenne avec l'observance thérapeutique globale : la détresse psychologique, le degré d'importance des buts personnels, la valence de la structure de buts personnels, et quatre variables de régulation motivationnelle du comportement d'observance médicamenteuse. Toutes seront introduites dans le modèle de régression de l'observance thérapeutique globale.

Un bon niveau d'observance thérapeutique est associé avec peu de détresse psychologique ($r = -0,34$ et $p < 0,01$), un degré d'importance élevé des buts personnels ($r = 0,28$ et $p < 0,05$), une valence négative de la structure de buts personnels ($r = -0,23$ et $p < 0,05$), peu de perceptions négatives du rôle du partenaire dans la prise d'un traitement antihypertenseur ($r = -0,29$ et $p < 0,05$), peu d'obstacles perçus par rapport à l'observance du traitement médicamenteux ($r = -0,33$ et $p < 0,01$), un niveau élevé de motivation autonome pour prendre les médicaments ($r = 0,29$ et $p < 0,01$) ainsi qu'un niveau faible de motivation contrôlée ($r = -0,34$ et $p < 0,01$).

7.5.2. Analyses de régression multiple :

7.5.2.1. Etude d'un modèle explicatif de la prise d'un traitement anti-hypertenseur :

A partir des analyses des corrélations, nous avons décidé de retenir sept variables susceptibles d'expliquer une part de la variance de l'observance d'un traitement antihypertenseur. Nous avons opté pour une méthode d'entrée par bloc des variables dans le modèle complet, afin de pouvoir apprécier les modifications du pourcentage de variance expliquée attribuables à chaque groupe de variables. Dans le cas présent, deux blocs ont été nécessaires pour répartir les variables selon le thème auquel elles appartenaient. Le premier bloc introduit dans le modèle les variables en lien avec les caractéristiques de la structure de buts personnels (valence et degré de perturbation). Dans le second bloc, nous avons intégré les cinq variables évaluées par rapport à la prise du traitement antihypertenseur : l'efficacité personnelle, les actions de communication, les obstacles perçus, les niveaux de motivation autonome et contrôlée. La Table 7.4. présente les résultats de ces analyses.

Alors que le premier bloc explique une part significative de la variance de l'observance médicamenteuse (8%), c'est réellement le second bloc qui explique la part de variance la plus importante du critère. Au total, le modèle complet explique 28% de la variance de l'observance du traitement antihypertenseur.

L'analyse des coefficients de régression standardisés conduit à identifier deux variables significatives au seuil de 5%. Tout d'abord, le meilleur prédicteur du modèle est représenté par les actions de communication ($\beta = -0,25$). Plus les personnes communiquent avec autrui concernant la prise d'un traitement antihypertenseur et moins elles sont observantes du traitement. Ensuite, le degré de perturbation de la structure des buts personnels est également une variable significative pour expliquer le critère ($\beta = 0,22$). Plus la structure des buts personnels est perturbée et plus la personne est observante.

De plus, trois autres variables contribuent substantiellement à la valeur prédictive du modèle : les niveaux de motivation autonome et contrôlée, et l'efficacité personnelle liés à la prise du traitement médicamenteux. Plus le niveau de motivation autonome est élevé ($\beta = 0,18$), et plus le niveau de motivation contrôlée est bas ($\beta = -0,16$), plus la personne est observante de son traitement. De même, un niveau élevé d'efficacité personnelle liée à la prise d'un traitement permet de prédire une bonne observance de ce traitement ($\beta = 0,18$).

Enfin, bien que contribuant plus faiblement au modèle, notons encore qu'un taux élevé d'obstacles perçus pour la prise d'un traitement est un frein à l'observance médicamenteuse ($\beta = -0,06$).

Table 7.4. : Analyses de régression multiple de l'observance médicamenteuse chez la personne hypertendue

Variables	R^2	R^2 aj.	ΔR^2	β	r^2	r_{sp}^2	βr
<i><u>Etape 1 : Caractéristiques de la structure de buts personnels</u></i>	,10	,08*	F(2,77)	-			
Valence de la structure de buts personnels				-,17#	,057	,027	,041
Degré de perturbation de la structure de buts personnels				,22*	,064	,045	,057
<i><u>Etape 2 : bloc 1 et variables de régulation motivationnelle du but</u></i>	,35	,28***	F(7,72)	,25***			
Efficacité personnelle liée à la poursuite du but				,18	,102	,023	,058
Actions de communication liées à la poursuite du but				-,25*	,079	,047	,069
Obstacles dans la poursuite du but				-,06	,109	,002	,019
Motivation autonome de la poursuite du but				,18	,122	,025	,064
Motivation contrôlée de la poursuite du but				-,16	,056	,021	,038

Note. Analyse de régression avec méthode d'entrée. R^2 exprime la part de variance de la variable critère déterminée par l'ensemble des variables explicatives. R^2 aj. est le R-deux ajusté (le F lui est associé). ΔR^2 est la variation de R^2 à chaque nouvelle étape de la régression. β est le coefficient de régression standardisé du critère sur le prédicteur lors de la dernière étape. r^2 , r_{sp}^2 et βr sont donnés à titre indicatif. r^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en premier dans le modèle complet ; r_{sp}^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en dernier dans le modèle complet ; et βr est la multiplication de β et de r permettant de rendre compte de la contribution de chaque variable au R^2 du modèle complet ($\Sigma \beta r = R^2$).

$p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

7.5.2.2. Etude d'un modèle explicatif de l'observance thérapeutique globale de la personne hypertendue :

Pour expliquer l'observance thérapeutique globale des personnes hypertendues, nous avons retenu sept variables à la suite de l'analyse des corrélations. Ces variables ont été introduites successivement dans un modèle de régression construit autour de 3 blocs thématiques. Cette démarche nous a permis de constater les variations du R^2 attribuables à chaque bloc de variables. Le premier bloc comprenait la détresse psychologique. Le second bloc était construit autour des variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels (degré d'importance des buts personnels et valence de la structure de buts personnels). Enfin, le dernier bloc intégrait les variables associées à l'observance du traitement antihypertenseur (perceptions négatives du rôle du partenaire, obstacles perçus, niveaux de motivation autonome et contrôlée). Les résultats de ces analyses de régression sont donnés dans la Table 7.5.

Le modèle complet permet d'expliquer 31% de la variance de l'observance thérapeutique. Chaque nouvelle introduction de variables dans le modèle a permis d'améliorer significativement la part de variance expliquée. Ainsi, à l'étape 1, la détresse psychologique explique 11% de la variance du critère. Dans un second temps, l'introduction du bloc 2 a permis d'accroître significativement la valeur du R^2 (+ 0,10). Enfin, l'introduction des variables associées à la prise d'un traitement antihypertenseur nous a permis de constater l'augmentation la plus importante du R^2 (+ 0,16).

L'analyse des coefficients de régression standardisés conduit à identifier trois variables significatives au seuil de 5%. Tout d'abord, la détresse psychologique est le meilleur prédicteur de l'observance thérapeutique ($\beta = -0,32$). Un niveau élevé de détresse psychologique explique une mauvaise observance thérapeutique. Ensuite, les niveaux de motivation autonome ($\beta = 0,24$) et contrôlée ($\beta = -0,24$) sont également des prédicteurs importants de l'observance : un niveau important de motivation autonome ainsi qu'un niveau faible de motivation contrôlée permettent de prédire une meilleure observance thérapeutique.

Trois autres variables du modèle contribuent également de manière substantielle à la valeur du R^2 . Il s'agit des deux variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels, ainsi que des obstacles perçus dans la gestion de l'hypertension artérielle. Un degré d'importance élevé des buts personnels ($\beta = 0,19$), une structure de buts personnels à valence négative ($\beta = -0,10$), et peu de perceptions d'obstacles ($\beta = -0,11$) expliquent une bonne observance thérapeutique.

Table 7.5. : Analyses de régression multiple de l'observance thérapeutique globale chez la personne hypertendue

Variabes	R^2	R^2 aj.	ΔR^2	β	r^2	r_{sp}^2	βr
<i><u>Etape 1 : Détresse psychologique</u></i>	,12	,11**	F(1,72)	-			
Détresse psychologique				-,32**	,118	,094	,109
<i><u>Etape 2 : Bloc 1 et caractéristiques de la structure des buts</u></i>	,22	,19**	F(3,70)	,10*			
Degré d'importance des buts personnels				,19#	,076	,031	,052
Valence de la structure de buts personnels				-,10	,052	,009	,024
<i><u>Etape 3 : blocs 1, 2 et variables de régulation motivationnelle du but</u></i>	,38	,31***	F(7,66)	,16**			
Perception négative du rôle du partenaire dans la poursuite du but				-,02	,086	,000	,005
Obstacles dans la poursuite du but				-,11	,110	,005	,038
Motivation autonome de la poursuite du but				,24*	,084	,045	,069
Motivation contrôlée de la poursuite du but				-,24*	,117	,045	,083

Note. Analyse de régression avec méthode d'entrée. R^2 exprime la part de variance de la variable critère déterminée par l'ensemble des variables explicatives. R^2 aj. est le R-deux ajusté (le F lui est associé). ΔR^2 est la variation de R^2 à chaque nouvelle étape de la régression. β est le coefficient de régression standardisé du critère sur le prédictiveur lors de la dernière étape. r^2 , r_{sp}^2 et βr sont donnés à titre indicatif. r^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en premier dans le modèle ; r_{sp}^2 est la part de variance dont chaque variable rendrait compte si elle était introduite en dernier dans le modèle ; et βr est la multiplication de β et de r permettant de rendre compte de la contribution de chaque variable au R^2 du modèle ($\Sigma \beta r = R^2$).
 # $p < ,10$, * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Enfin, les perceptions négatives du rôle du partenaire dans la prise d'un traitement antihypertenseur ne semblent pas être un prédicteur pertinent de l'observance thérapeutique ($\beta = -0,02$). Il est probable que la part de variance commune avec l'observance thérapeutique exprimée par le coefficient de corrélation entre les deux variables ait été retirée après contrôle des obstacles perçus. En effet, la matrice de corrélation entre les VIs montrait une forte corrélation entre les obstacles perçus et les perceptions négatives du rôle du partenaire ($r = 0,66$).

7.6. Discussion :

L'objectif de cette recherche était d'étudier les variables issues du domaine de l'autorégulation du comportement susceptibles d'expliquer l'observance thérapeutique chez les personnes hypertendues. Dans cette optique, nous nous sommes intéressés à des variables traditionnelles telles que le nombre de médicaments antihypertenseurs prescrits ou le nombre d'années de prise de ce traitement médicamenteux, mais également à des variables contextuelles à travers le nombre de stressseurs de la vie quotidienne, et à des variables psychologiques telles que la détresse psychologique, les caractéristiques de la structure de buts personnels, ou encore les variables de régulation motivationnelle du but d'observance décrites dans la littérature comme susceptibles d'influencer le processus de gestion de ce but. Notre démarche a tout d'abord consisté à étudier les liens entre les variables indépendantes de l'étude et les deux variables critères de notre recherche : l'observance médicamenteuse, et l'observance thérapeutique globale. Cette méthode, basée sur l'analyse des corrélations de Pearson, nous a permis de dégager un nombre restreint de variables susceptibles d'expliquer les variables dépendantes. A cette étape, nos conclusions nous ont poussé à exclure six variables des modèles de régression de l'observance médicamenteuse et de l'observance thérapeutique globale : les variables démographiques (genre et âge), les variables liées au traitement médicamenteux (nombre de médicaments et durée de prise du traitement), le nombre de stressseurs de la vie quotidienne, et les émotions négatives associées à la prise des médicaments anti-hypertenseurs.

7.6.1. Discussion sur les variables non liées aux critères :

Bien qu'il soit parfois attendu que les femmes soient plus observantes que les hommes (Vaisse et al., 2000), ou encore que les personnes âgées soient moins observantes que les plus jeunes (Salthouse, 1991), les résultats présentés dans cette étude ne permettent pas de confirmer ces hypothèses, mais appuient au contraire les conclusions de Shaw et ses collègues

(1995) et de Fletcher (1989) concernant l'absence de liens entre variables démographiques et observance thérapeutique.

Concernant les variables liées aux caractéristiques du traitement, notre recherche n'a pas permis de montrer leur implication dans le phénomène d'observance thérapeutique. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce résultat à priori surprenant. Tout d'abord, la durée du traitement a principalement été étudiée pour expliquer le taux d'arrêt du suivi médicalisé de la maladie. Les résultats ont montré que l'arrêt du traitement se produisait principalement lors de la première année suivant le diagnostic d'hypertension artérielle. Or dans notre recherche, 81,4% des participants hypertendus prenaient leur traitement depuis plus d'un an. Passé ce délai, il est probable que la prise du traitement devienne une habitude et que la non-observance soit principalement liée à des oublis ponctuels pouvant être la conséquence d'événements temporaires (comme les vacances ou les événements de vie). De plus, les études portant sur le nombre de médicaments antihypertenseurs ont montré qu'il y avait significativement plus de patients hypertendus contrôlés dans le cadre des monothérapies que dans les autres types de thérapie (par exemple, Laurent, Consoli, Girerd, Thomas, Amouyel, Levy, & Pouchain, 2003). Or, dans notre étude, nous avons étudié le nombre de médicaments au regard d'une mesure de l'observance thérapeutique et non selon le critère médical de pression artérielle contrôlée. Il est possible que l'absence de résultat observé dans notre recherche soit liée à cette différence méthodologique car comme nous l'avons signalé un peu plus tôt, les mesures d'observance thérapeutique n'étaient pas liées aux valeurs de pression artérielle représentant le contrôle de la maladie hypertensive.

Dans cette recherche, le nombre de stressseurs de la vie quotidienne n'est pas lié avec l'observance thérapeutique. Ce résultat, en contradiction avec les hypothèses que nous avons formulées au commencement de la recherche, n'est cependant pas si surprenant. En effet, comme nous l'avons souligné un peu plus haut, la prise d'un traitement antihypertenseur devient semble-t-il une habitude au fil des années. Dans ce cas, il est probable que les événements stressants du quotidien n'aient pas ou peu d'impact sur la prise du traitement. D'autres événements de vie majeurs pourraient en revanche jouer un rôle plus grand sur l'observance en bouleversant les habitudes de vie de la personne hypertendue.

Enfin, la dernière variable non liée à l'observance réfère aux émotions négatives associées à la prise d'un traitement anti-hypertenseur. De nos jours, les travaux pharmaceutiques ont permis de réduire considérablement les effets indésirables des médicaments antihypertenseurs. Ainsi, il est envisageable que les personnes hypertendues ne ressentent pas d'appréhension à prendre un traitement médicamenteux par rapport aux effets

de celui-ci. Par contre, il est plus probable que les émotions négatives soient liées au sentiment d'être malade associé à la prise quotidienne d'un traitement médicamenteux. Dans ce cas, l'absence de lien entre les émotions négatives liées à la prise du traitement antihypertenseur et les comportements d'observance peut s'expliquer par le fait que d'autres émotions contrebalancent celles-ci en anticipant les conséquences d'un comportement de non observance (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...).

7.6.2. Discussion des modèles de régression de l'observance médicamenteuse et de l'observance thérapeutique globale chez la personne hypertendue :

Les variables retenues à la suite des analyses des corrélations ont été introduites dans des modèles de régression de l'observance spécifique au traitement médicamenteux et de l'observance thérapeutique globale. Certaines variables ont participé aux deux modèles alors que d'autres n'étaient liées qu'avec une seule variable dépendante, et n'ont intégré qu'un des deux modèles. Nous revenons, dans cette partie, sur les résultats de ces modèles en détaillant une à une les contributions de chacune des variables.

Tout d'abord, la détresse psychologique n'était liée qu'avec l'observance thérapeutique générale. Cette étude n'a en effet pas montré d'association entre cette variable et la prise du traitement antihypertenseur. Cette constatation peut être liée à la faiblesse du critère comme évaluation de l'observance au traitement. En effet, la mesure de la progression vers l'atteinte du but peut ne pas avoir su distinguer les personnes hypertendues qui prennent leur traitement systématiquement et celles qui considèrent être observantes alors qu'il leur arrive d'oublier parfois une prise des médicaments ou de prendre leur traitement avec du retard. En revanche, la mesure globale d'observance thérapeutique basée sur 14 items permet d'évaluer ces différents aspects (ainsi que des aspects liés à la présence aux rendez-vous médicaux, au passage d'exams complémentaires, aux attitudes envers le corps médical, les recommandations du médecin, ou le traitement) et de répondre à cette difficulté. Ainsi, dans le modèle de régression de l'observance thérapeutique générale, la détresse psychologique apparaît comme le meilleur prédicteur. Une personne ressentant de la détresse psychologique peut être focalisée sur ses problèmes et manquer d'attention pour le respect de la prise du traitement ou d'assiduité dans le suivi médical de sa pathologie hypertensive. Alors que dans le chapitre 6 nous avons évoqué un potentiel effet médiateur des variables de régulation motivationnelle d'un but de santé, il est à noter que dans le cas présent, aucune diminution de l'effet de la détresse psychologique sur les comportements d'observance n'a pu être constatée.

La détresse psychologique est donc à considérer comme un prédicteur important de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

Concernant les variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels et de son fonctionnement, deux d'entre elles (degré d'importance des buts personnels et valence de la structure de buts) étaient liées aux deux mesures de l'observance, alors que le degré de perturbations de la structure de buts n'était associé qu'à la mesure de l'observance spécifique à la prise du traitement antihypertenseur.

Le degré d'importance des buts personnels a permis d'expliquer l'observance thérapeutique globale. Ce résultat confirme l'hypothèse que nous avons formulée à l'égard de ce lien¹⁶ : la mise en place d'un comportement est plus probable s'il répond à de nombreux objectifs, ce qui nécessite un niveau élevé d'importance des buts personnels chez la personne. Il est également possible d'avancer une autre explication pour commenter ce résultat. En effet, il est probable que plus la personne poursuit de buts personnels et plus sa vie est rythmée par de nombreux repères qui permettent d'ancrer les comportements d'observance thérapeutique dans ces habitudes de vie.

La valence des buts a également permis d'expliquer les comportements d'observance spécifiques à la prise du traitement et d'observance générale. Le fait que les personnes ayant une structure de but typiquement orientée vers l'évitement soient les plus observantes n'est pas surprenant si l'on considère que dans les comportements d'observance mesurés dans cette étude, l'oubli ponctuel ou le retard dans la prise d'un traitement médicamenteux peuvent être expliqués par le fait que la personne conçoive le but lié à l'observance selon une orientation approchante (*prendre le traitement comme prescrit*) ou selon une orientation évitante (*éviter d'oublier de prendre le traitement ou de le prendre avec du retard*). Dans ce dernier cas, l'individu montrera plus d'attention à respecter la posologie prescrite pour répondre à la représentation de son but.

Enfin, le degré de perturbation de la structure de buts personnels n'est pas associé avec l'observance thérapeutique générale, mais montre un lien positif avec l'observance médicamenteuse. Ce résultat est assez surprenant. L'hypothèse que nous avons formulée au départ de cette recherche était posée dans le sens opposé. L'absence de corrélation aurait alors été un résultat plus explicable. Cependant, une interprétation possible à cette constatation pourrait trouver sa source dans le fait que le degré de perturbation de la structure de buts

¹⁶ Pour rappel, nous n'avons pu intégrer cette variable dans le modèle de régression de l'observance spécifique à la prise d'un traitement antihypertenseur pour les raisons évoquées dans la partie sur l'analyse des corrélations.

personnels est en partie la conséquence du nombre de stressseurs de la vie quotidienne (voir les résultats présentés dans le chapitre 5). En d'autres termes, il est possible que les personnes qui rapportent avoir une structure de buts personnels perturbée, soient des personnes qui perçoivent plus de stress. Or, bien que la maladie hypertensive soit une maladie asymptomatique, de nombreuses personnes souffrant de cette affection cardio-vasculaire ont une représentation de la maladie comme symptomatique : les tensions émotionnelles sont souvent associées avec la tension artérielle¹⁷. Dans un tel cas, il est compréhensible que les personnes dont la structure de buts personnels est la plus perturbée soient les plus observantes. Toutefois, d'aucuns pourront noter l'absence de liens dans cette recherche entre le nombre de stressseurs de la vie quotidienne et l'observance thérapeutique. Cette constatation peut elle aussi être expliquée. Dans le cadre des recherches présentées dans ce travail, nous avons opté pour un score de quantité des stressseurs de la vie quotidienne plutôt que pour un score de qualité. Ainsi, notre mesure ne permet d'apprécier que la quantité des stressseurs et pas le degré de perturbation cognitive de ces stressseurs. D'autres recherches sont nécessaires pour confirmer ou infirmer ces explications, d'autant plus que le degré de perturbation de la structure de buts personnels n'est pas associé avec l'observance thérapeutique mesurée dans sa dimension globale.

Les six dernières variables qui étaient corrélées avec les deux variables dépendantes de l'étude sont associées à la prise du traitement antihypertenseur. Parmi celles-ci deux n'étaient corrélées significativement qu'avec un seul des deux prédicteurs : l'observance médicamenteuse. Notons toutefois que les corrélations de ces deux variables avec l'observance thérapeutique globale étaient présentes également mais l'effet était moins puissant, inférieur à une taille moyenne. Ainsi, nous n'avons retenu ces deux variables que pour le modèle de régression de l'observance médicamenteuse. Dans ce cadre, l'efficacité personnelle et les actions de communication liées à la prise d'un traitement antihypertenseur ont permis d'expliquer chacune une part substantielle de la variance de l'observance médicamenteuse.

Les actions de communication sont apparues être la variable la plus importante du modèle en terme de prédiction. Toutefois, la valence du lien entre le prédicteur et le critère rend notre hypothèse de départ caduque puisqu'elle est opposée à la prévision qui nous avons formulée au début de la recherche. En fait, il semblerait, comme nous l'avons déjà supposé dans la discussion des résultats du chapitre 6, que cette variable soit mal opérationnalisée. En effet, nous postulions au départ que les actions de communication se conceptualisaient

¹⁷ Nous avons constaté cette confusion fréquente lors d'entretiens avec des personnes hypertendues

comme une stratégie de recherche de feed-back pour appuyer les décisions prises par la personne pour gérer son comportement (la prise du traitement antihypertenseur dans le cas présent). Or, il est concevable de penser que ce facteur réfère plutôt à une recherche d'aide auprès de personnes pour résoudre les problèmes potentiels interférant avec la bonne marche du comportement. La corrélation positive entre ce facteur et le facteur d'obstacles perçus nous poussent à conclure dans ce sens : dans l'échantillon de l'étude présentée en chapitre 6, cette corrélation pouvait être considérée de valeur moyenne, alors que dans l'échantillon de personnes hypertendues de cette étude, elle atteint une valeur que l'on peut presque qualifier d'importante. Si ces deux variables partagent une part importante de variance commune, il est pertinent de penser que les actions de communication renvoient en fait à des obstacles dans la prise du traitement antihypertenseur, et il n'est pas étonnant de constater un lien négatif entre ce prédicteur et le critère.

Concernant l'efficacité personnelle, son rôle positif par rapport à l'observance médicamenteuse n'est pas étonnant. Toutefois, il faut noter que cette variable n'est pas la plus puissante du modèle pour expliquer les variations dans la prise de médicaments antihypertenseurs. D'autres variables semblent expliquer des parts de variance plus importantes du critère. De plus, comme nous l'avons déjà signalé un peu plus haut, sa corrélation avec l'observance thérapeutique globale n'est pas significative et l'effet peut être jugé relativement faible. Ceci peut s'expliquer par le fait que la prise d'un comprimé ne paraît pas être un comportement très difficile à observer, alors que d'autres variables entrent en jeu pour expliquer la variance dans l'observance thérapeutique globale : les oublis ou les retards dans la prise du médicament (mesurés par les 14 items de l'échelle d'observance thérapeutique globale et non par la variable du GAPI concernant l'observance médicamenteuse) peuvent être attribués à des erreurs non liés à la capacité perçue de la personne à prendre son traitement. De plus, il faut garder à l'esprit que la mesure d'observance thérapeutique comprend des items relatifs à d'autres aspects non liés au traitement médicamenteux, ce qui peut expliquer la faible corrélation entre efficacité personnelle liée à la prise d'un traitement antihypertenseur et observance thérapeutique générale.

Enfin, quatre variables de régulation motivationnelle étaient corrélées de manière significative avec les deux variables critères de l'étude : les perceptions négatives du rôle du partenaire, les obstacles perçus, les niveaux de motivation autonome et contrôlée.

En premier lieu, des perceptions négatives du rôle du partenaire étaient associées à une mauvaise observance thérapeutique. Cependant, dans le modèle de régression de l'observance

thérapeutique globale, cette variable ne constituait pas un prédicteur consistant du critère¹⁸. Une explication peut être trouvée dans la corrélation très importante entre cette variable et le facteur "obstacles perçus". Il semblerait que ces deux variables partagent une part de variance importante. Cette part de variance commune peut être attribuée au fait que (1) le facteur "obstacles perçus" regroupe en partie des items se référant au contrôle externe de la situation, et que (2) les perceptions du rôle négatif du partenaire renvoient à des aspects de la situation dont le contrôle est jugé extérieur à la personne.

Par contre, le facteur obstacles perçus permet d'expliquer une part de variance de l'observance thérapeutique, surtout quand elle est évaluée dans sa dimension globale. Des obstacles internes (comme des conflits inter-buts, ou des perceptions d'un contrôle externe de la situation) et externes (comme des événements stressants de la vie) entravent l'observance thérapeutique probablement au niveau du respect strict de la posologie et du suivi médical. Des mesures distinctes de ces différentes dimensions de l'observance thérapeutique devraient être utilisées pour déterminer les aspects de l'observance thérapeutique qui sont entravés par les obstacles que perçoit la personne hypertendue dans la gestion de sa maladie.

Enfin, les deux dernières variables associées à l'observance thérapeutique sont les niveaux des deux types de motivation : autonome et contrôlée. Une motivation autonome élevée et une motivation contrôlée faible sont des prédicteurs relativement importants de l'observance médicamenteuse et de l'observance thérapeutique globale. Ces résultats vont dans le sens à la fois des hypothèses formulées et à la fois des recommandations médicales actuelles. En effet, la question est de savoir comment favoriser un type de motivation autonome et diminuer la motivation contrôlée chez la personne hypertendue dont l'intérêt est de gérer au mieux sa maladie. A la première question, il est possible de répondre qu'une meilleure information concernant la maladie permettrait de réduire les représentations erronées du problème dans la population concernée et ainsi, de favoriser l'intégration d'un but de santé lié à la maladie hypertensive à la structure de buts personnels de l'individu. En effet, dans la partie méthodologie de ce travail qui était consacrée à la validation de l'échelle évaluant les buts humains, nous avons pu observer que parmi les buts les plus importants dans une population tout-venant (dont l'échantillon de personnes hypertendues faisait partie), les buts en lien avec la santé ou le bien-être figuraient en première place. Concernant la seconde question relative à la diminution du type de motivation contrôlée, il est à envisager que le rôle de la relation médecin/patient soit primordial. C'est dans cette relation que va se construire la

¹⁸ Pour rappel, nous n'avons pu intégrer cette variable dans le modèle de régression de l'observance spécifique à la prise d'un traitement antihypertenseur pour les raisons évoquées dans la partie sur l'analyse des corrélations.

motivation du patient pour la gestion de sa maladie, et il est important que le médecin ne se place pas dans un rôle de personnage "tout puissant", mais devienne le partenaire du patient dans un problème qui concerne avant tout la personne hypertendue.

7.6.3. Limites de l'étude et perspectives de recherche :

L'étude que nous avons présentée dans ce chapitre cherchait à expliquer les différences individuelles dans le phénomène d'observance thérapeutique chez les personnes hypertendues. A cette fin, nous nous sommes basés sur une approche globale des concepts et des processus d'autorégulation pour déterminer les variables les plus consistantes dans la prédiction des comportements d'observance thérapeutique. Les résultats présentés légitiment l'utilisation d'une telle approche puisqu'ils ont montré l'importance des caractéristiques de la structure de buts personnels et de son fonctionnement ainsi que des variables de régulation motivationnelles dans l'explication du comportement. Toutefois, à la lumière de ces résultats, il apparaît que certains choix méthodologiques peuvent être discutés. Tout d'abord, en différenciant les dimensions qui composent le concept d'observance thérapeutique, il serait possible de déterminer les facteurs motivationnels qui conduisent à des comportements sains tant au regard de la prise des traitements médicamenteux que d'autres aspects tels que le respect strict de la posologie ou le respect du suivi médical. L'évaluation de l'observance des recommandations concernant les modifications de l'hygiène de vie devrait également être prise en compte, des recherches ayant montré que les personnes hypertendues dont la pression artérielle est non contrôlée sont aussi celles qui ont le plus d'habitudes de vie néfastes pour leur santé (Laurent et al., 2003). Ensuite, étant connu le biais d'évaluation de l'observance thérapeutique par questionnaire, il serait intéressant de disposer de mesures médicales permettant de juger du contrôle ou du non contrôle de la maladie.

Cependant, cette recherche reste intéressante par les conclusions qu'elle porte sur l'implication des variables en lien avec les caractéristiques de la structure de buts personnels et les processus de régulation des buts dans les différences individuelles dans les comportements d'observance. Si de tels résultats venaient à être confirmés par d'autres recherches contrôlant certains biais ici présents, il serait alors possible d'imaginer des interventions psychologiques associées au suivi médical de la personne hypertendue afin de favoriser les variables positives pour l'observance et de réduire celles néfastes pour la gestion de la maladie. Pour l'heure, c'est au médecin traitant qu'appartient le rôle de source motivationnelle pour les comportements d'observance. Par la relation privilégiée qu'il entretient avec son patient, il doit être sensible aux caractéristiques de chaque individu et

adapter son discours afin de soutenir l'émergence d'une motivation autonome et de limiter le développement d'un type de motivation contrôlée.

Chapitre 8 : Discussion générale

8.1. Introduction :

L'objectif de ce travail était d'étudier les contributions des théories sur l'autorégulation du comportement dans les conduites d'observance thérapeutique dans le cadre de l'hypertension artérielle. A cette fin, nous avons développé trois études pour explorer deux aspects du concept de but : les caractéristiques des buts personnels à travers le fonctionnement de la structure générale dans laquelle les buts s'organisent et fonctionnent, et la régulation d'un but spécifique à travers les variables de régulation motivationnelle. Dans la première étude, ce sont les caractéristiques de la structure de buts personnels qui ont été étudiées pour déterminer leur influence dans la genèse de la détresse psychologique. La deuxième étude s'est intéressée au rôle des caractéristiques de la structure de buts personnels ainsi que des variables de régulation motivationnelle dans la gestion des comportements de santé personnellement déterminés dans une population d'individus tout venant. Enfin, la dernière étude, consacrée au problème de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue, s'est attachée à déterminer, parmi les variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels et parmi les variables de régulation motivationnelle, celles susceptibles d'expliquer au mieux les différences individuelles constatées dans ce phénomène.

Il est nécessaire dès lors de synthétiser ces résultats (1) pour répondre à la question de l'intérêt d'une approche fondée sur les théories de l'autorégulation du comportement dans l'explication des conduites d'observance thérapeutique et (2) pour discuter des limites et des perspectives de recherche générées par nos conclusions concernant les concepts utilisés issus de ces théories.

8.2. Discussion sur les variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels :

Premièrement, intéressons-nous aux caractéristiques de la structure de buts personnels : les variables utilisées pour évaluer ces caractéristiques sont-elles pertinentes pour déterminer le comportement de la personne ? Nos résultats, bien que nuancés, mènent à une réflexion intéressante sur le rôle de ces variables dans les comportements d'observance thérapeutique.

Tout d'abord, l'analyse de la littérature nous a conduits à constater que de telles variables avaient principalement été utilisées pour déterminer les variations individuelles dans le bien-être (mesuré à travers l'anxiété, la dépression, les symptômes somatiques, etc.), et plus

récemment, dans le cadre du monde du travail, à travers l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation...). Cette constatation nous a poussés à déterminer l'impact de ces variables sur la détresse psychologique. Les résultats font apparaître que le niveau de perturbation de la structure des buts personnels est un prédicteur important de la détresse psychologique. Les deux autres variables, degré d'importance des buts personnels et valence de la structure des buts personnels, ne permettent pas d'expliquer la détresse psychologique. Nous avons déjà discuté ces résultats dans la présentation de la première étude.

L'hypothèse que nous avons formulée au départ de cette recherche postulait que les caractéristiques des buts personnels qui génèrent de la détresse psychologique connotent un mauvais fonctionnement général de la personne dans la gestion de ses buts ; la régulation d'un but de santé (comme un but d'observance thérapeutique) pourrait alors être affectée par ces caractéristiques de la structure de buts personnels. Les résultats présentés dans la première étude auraient donc dû nous conduire à abandonner deux de ces variables (degré d'importance des buts et valence de la structure des buts) pour les études suivantes. Cependant, d'autres hypothèses ont été formulées à cette étape de notre travail¹⁹ et nous avons continué à prendre en compte les trois variables liées aux caractéristiques de la structure de buts personnels pour les études sur la gestion du comportement.

Dans l'étude 2 qui s'est intéressée à la régulation d'un but de santé personnellement défini, les caractéristiques de la structure des buts personnels n'étaient pas liées avec la progression vers l'atteinte de ce but. Par contre, dans l'étude 3, ces mêmes caractéristiques ont montré leur pertinence dans l'explication des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue.

Ces résultats conduisent à une réflexion sur ce qui différencie les comportements dans ces deux études. Dans le premier cas, comme nous l'avons déjà signalé, le but de santé poursuivi a été personnellement choisi. Ainsi, il trouve son origine dans la structure de buts personnels de l'individu, ce qui peut expliquer que le fonctionnement de cette structure ne joue qu'un faible rôle sur sa régulation. A l'opposé, dans la troisième étude, le but de santé est fixé par une source externe (le monde médical), et il prend place dans une structure de buts dont le fonctionnement est alors plus susceptible d'affecter la régulation du comportement de

¹⁹ Nous avons en effet tenu compte de l'assertion selon laquelle les activités les plus motivantes sont celles qui répondent à de nombreux objectifs simultanément (Ford, 1992 ; Winell, 1987) et l'avons interprété comme la possibilité qu'un comportement soit hautement motivé s'il prend place dans une structure avec de nombreux buts personnels importants. De même, dans le cadre de l'observance médicamenteuse, nous avons supposé qu'une orientation typique de la structure de buts personnels selon une valence négative pourrait conduire l'individu à formuler un but d'observance sous une forme évitante, ce qui aurait pour effet de réduire les oublis et les retards dans la prise des traitements médicamenteux.

santé : l'observance thérapeutique. Dans ce cas, les résultats montrent que le degré d'importance des buts personnels ainsi que la valence de la structure des buts personnels sont deux caractéristiques dispositionnelles de la personne qui participent à l'explication du phénomène d'observance thérapeutique. Le degré de perturbation de la structure des buts personnels n'est a priori pas lié à l'observance thérapeutique bien qu'un effet ait été montré sur la variable d'observance médicamenteuse. Cet effet a déjà été discuté plus tôt : selon nos suppositions, il est spécifique aux caractéristiques de la maladie hypertensive puisqu'il pourrait être la conséquence d'une représentation erronée de l'hypertension artérielle menant à une confusion entre tension artérielle et émotionnelle. Dès lors, il apparaît peu probable que cette variable influence le degré d'observance thérapeutique dans le cadre d'autres pathologies. Des recherches supplémentaires devront confirmer cette hypothèse.

Toutefois, un autre point lié à ce propos doit être discuté ici. Alors que la première étude a mis en évidence le rôle du degré de perturbation de la structure de buts personnels dans le phénomène de détresse psychologique, les études 2 et 3 ont montré le pouvoir explicatif de la détresse dans la régulation d'un but de santé, mais sans que le degré de perturbation ne se montre un prédicteur consistant. Aucun effet médiateur de la détresse psychologique n'a pu être envisagé dans le lien entre le degré de perturbation et la régulation du but. Ce résultat assez surprenant interpelle. Il est possible d'arguer du fait que le degré de perturbation n'explique qu'une part de la variance de la détresse psychologique et que cette part n'entre pas en jeu dans la régulation d'un but de santé. Dans ce cas, il est nécessaire de se référer à d'autres facteurs explicatifs de la détresse psychologique pour déterminer en amont les facteurs susceptibles d'influencer la conduite d'un but de santé.

Afin de conclure sur le rôle des caractéristiques de la structure des buts personnels, il faut préciser que les variables dispositionnelles : degré d'importance des buts personnels et valence de la structure de buts personnels, semblent essentielles pour comprendre les phénomènes d'observance thérapeutique car ceux-ci sont établis *pour* l'individu et non *par* l'individu. Toutefois, si cette constatation s'explique dans le cadre de cette recherche et par rapport à une pathologie spécifique, il est moins évident que ces deux variables jouent le même rôle dans d'autres pathologies et par rapport à des recommandations médicales différentes, fondées sur une importance prédominante des changements de style de vie et des comportements néfastes tels que le tabagisme ou la sédentarité. Cependant, concernant la prise d'un traitement médicamenteux sur le long terme, il apparaît qu'un niveau élevé d'importance des buts personnels et une valence négative de la structure des buts personnels soient des facteurs essentiels pour lutter contre les "errances" dans la prise du traitement. La

première variable peut être conçue comme rythmant la vie quotidienne de la personne et ancrant la prise de son traitement à des moments clés de sa journée. La seconde variable est vue comme influençant le contenu du but personnel d'observance médicamenteuse vers une orientation évitante, ce qui a pour effet, selon nos hypothèses, de mieux concentrer la personne sur l'évitement des retards ou des oublis dans la prise du traitement.

Finalement, si ces variables sont décrites comme dispositionnelles, il est légitime de se poser la question des interventions possibles pour améliorer l'observance médicamenteuse à partir des conclusions portées. Au regard de la première variable (degré d'importance des buts personnels), il s'agit surtout de proposer des plans individualisés à chaque patient (par exemple, placer le médicament à côté du paquet de café pour que la personne pense à prendre son traitement au petit déjeuner), ce qui lui permettra d'ancrer ses comportements d'observance dans les situations quotidiennes de sa vie. Cette recommandation n'est toutefois pas nouvelle puisque dès les années 60, des auteurs l'ont abordée (Leventhal et al., 1965). Les médecins sont les premiers concernés par cette recommandation puisqu'ils établissent une relation privilégiée avec le patient hypertendu dans le cadre de l'entretien médical. Concernant la seconde variable (valence de la structure de buts personnels), le rôle du médecin est également essentiel. Toutefois, d'autres professionnels de la santé pourraient également travailler avec le patient hypertendu sur la représentation de la maladie et de son traitement. Ainsi, un suivi personnalisé de chaque patient devrait répondre à l'objectif d'une définition détaillée de son but d'observance thérapeutique en mettant particulièrement l'accent sur l'importance des oublis et des retards dans la prise du traitement médicamenteux. La finalité de telles interventions serait de faciliter la formulation par le patient d'un but d'observance représenté sous une valence négative afin d'améliorer la gestion de sa maladie.

8.3. Discussion sur les variables de régulation motivationnelle :

Dans un second temps, intéressons-nous aux variables de régulation motivationnelle. Les études 2 et 3 ont permis de répondre à la question de leur contribution dans l'explication de la gestion d'un but de santé. Dans ces deux études, elles ont contribué de manière significative à améliorer le pouvoir explicatif des modèles présentés. Cependant, le rôle et le poids de ces variables diffèrent notablement en fonction du but de santé ciblé.

Ainsi, dans l'étude 2, l'efficacité personnelle se révèle être un prédicteur important de la gestion d'un but de santé, de même que la motivation autonome. Dans une moindre mesure, les obstacles perçus et les perceptions négatives du rôle du partenaire sont également des prédicteurs des variations observées dans la régulation du but de santé. Quant aux émotions,

elles semblent jouer un rôle relativement faible au regard des autres variables de régulation motivationnelle citées précédemment.

Dans l'étude 3, deux modèles étaient proposés pour expliquer l'observance médicamenteuse et l'observance thérapeutique globale. Si les variables de régulation motivationnelle liées aux deux critères de l'étude diffèrent quelque peu, on peut noter que les niveaux de motivation, autonome et contrôlée, apparaissent être des prédicteurs substantiels dans les deux modèles. Les obstacles perçus sont également un prédicteur du comportement pour chacun des critères. Par contre, l'efficacité personnelle et les actions de communication interviennent uniquement dans le modèle explicatif de l'observance médicamenteuse. Ces résultats ont déjà été discutés dans leurs sections respectives (les deux modèles du chapitre 7).

On peut donc constater que les variables de régulation motivationnelle n'interviennent pas dans les mêmes proportions selon la source à l'origine de l'établissement de ce but (but personnel vs but médical) et selon le contenu du but de santé auquel elles se réfèrent (arrêt du tabagisme, perte de poids...). Par exemple, l'efficacité personnelle, qui est un prédicteur important de la mise en place d'un comportement de santé personnellement défini, apparaît comme ayant un rôle moins important dans les comportements d'observance thérapeutique. Doit-on en conclure que cette variable n'intervient que dans les comportements dont l'origine est interne ? Une telle déduction serait sans doute trop hâtive. En effet, comme l'ont noté Clark et Dodge (1999), il apparaît que l'efficacité personnelle contribue différemment à l'adoption d'un but de santé en fonction du contenu de ce but. Ainsi, son rôle pourrait être différent selon que l'on souhaite pratiquer une activité physique ou arrêter de fumer (Maes & Karoly, soumis). Dans le cadre de l'observance thérapeutique, son rôle pourrait également différer en fonction des recommandations médicales prescrites. Dans notre recherche, nous n'avons exploré que la prise de médicaments antihypertenseurs sans tenir compte, par exemple, des recommandations relatives aux changements du style de vie comme l'arrêt du tabagisme, la mise en place d'un régime alimentaire équilibré, la pratique d'une activité physique régulière... N'est-il pas possible, alors, d'envisager que l'efficacité personnelle puisse jouer un rôle plus important par rapport à ces autres comportements d'observance ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de multiplier les études et de déterminer le rôle exact des variables de régulation motivationnelle pour chaque comportement de santé que l'on cherche à promouvoir, dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et/ou tertiaire.

Par ailleurs, dans les études présentées, il transparaît que la motivation autonome et les obstacles perçus sont deux variables stables pour expliquer les comportements de santé (d'origine et de nature diverses). Toutes deux se réfèrent (au moins en partie) à la structure

hiérarchique des buts personnels. La motivation autonome est en effet définie comme l'intégration réussie du comportement dans la structure de buts personnels ou comme la concordance du but de santé avec les valeurs essentielles de la personne. Dans le cas de la variable "obstacles perçus", le caractère hétérogène du facteur (lieu de contrôle, conflit inter-buts...) ne permet pas de distinguer l'origine de ces obstacles dans la valeur prédictive de cette variable sur la gestion des comportements. Néanmoins, une mesure du conflit entre le but de santé ciblé et les autres buts importants pour la personne est introduite dans l'évaluation proposée pour ce facteur. De plus, d'autres recherches (Boersma, Maes, Joeke, & Dusseldorp, soumis) ont établi l'importance du rôle des conflits inter-buts dans la progression vers l'atteinte d'un but. Ainsi, un des objectifs futurs devrait être la promotion d'une évaluation permettant d'appréhender spécifiquement la dimension des conflits inter-buts. Cet objectif est en partie entrepris avec le développement d'une nouvelle version du GAPI évaluant de manière approfondie certaines variables de régulation motivationnelle comme les conflits inter-buts, les émotions positives ou encore le soutien positif du partenaire (Maes, Pomaki, Joeke, Boersma, Gebhardt, & Huisman, 2001), et son utilisation dans une recherche étudiant le rôle des variables de régulation motivationnelle dans l'observance d'un régime alimentaire chez des personnes en surpoids (Spitz, 2004, non publié).

Enfin, le rôle des émotions négatives dans la régulation d'un but doit être discuté. Dans la littérature, cette variable est présentée comme une source motivationnelle fondamentale dans l'autorégulation du comportement. Or, dans notre recherche, les modèles proposés n'ont pas permis de mettre en évidence un tel rôle. Cependant, cette variable pourrait être impliquée dans la gestion de comportements spécifiques tels que l'arrêt du tabagisme. De plus, les émotions positives n'ont pas été prises en compte et il est possible qu'elles jouent un rôle important dans la motivation de la personne. Ces remarques devraient être intégrées dans le développement de recherches à venir sur l'autorégulation du comportement dans le domaine de la santé.

8.4. Conclusion et perspectives :

Si cette recherche permet de conclure à l'utilité d'une approche intégrative des théories et concepts issus de la littérature sur l'autorégulation du comportement dans l'explication des conduites d'observance thérapeutique, des recherches futures devraient notamment être menées dans plusieurs directions :

- (1) De telles recherches devraient tout d'abord prendre en compte la gestion des comportements dès le départ, c'est-à-dire lors de l'établissement d'un but de santé, et

étudier la régulation des buts à la fois de manière transversale et longitudinale. Il est en effet possible que certains facteurs jouent un rôle durant toute la période qui mène de l'établissement d'un but à son atteinte, mais également que d'autres ne soient impliqués qu'à une période limitée de la poursuite d'un but (par exemple, certaines variables pourraient être essentielles dans le changement de comportement mais moins dans le maintien sur le long terme, et d'autres fonctionneraient de manière opposée) ;

(2) Deuxièmement, de telles études devraient s'intéresser à des comportements d'observance thérapeutique spécifiques et déterminer, pour chaque comportement mis en jeu, les variables les plus importantes pour prédire la régulation efficace du comportement ;

(3) Ensuite, un aspect du fonctionnement global décrit dans les théories sur l'autorégulation du comportement n'a pas été pris en compte dans cette recherche bien qu'il présente des implications pratiques essentielles : il s'agit des aptitudes de la personne en matière d'autorégulation du comportement. Pour Ford (1992), les aptitudes sont tout aussi importantes qu'un environnement favorable ou une motivation élevée. Par exemple, la planification ou la résolution des problèmes potentiels évoqués dans le chapitre 2 sont déterminants pour un fonctionnement efficace de la personne dans un contexte donné. De telles aptitudes devraient donc pouvoir être évaluées par rapport à un but de santé spécifique. A cette fin, Maes et De Gucht (2004) ont développé l'échelle des aptitudes d'autorégulation (Self-Regulation Skills Scale) pour, à terme, pouvoir proposer des interventions visant à améliorer le fonctionnement de la personne dans le cadre de la prévention des comportements à risque pour la santé.

(4) Enfin, des interventions psychologiques fondées sur les théories et concepts décrits dans la littérature sur l'autorégulation du comportement devraient être proposées afin d'améliorer les comportements d'observance thérapeutique. En effet, l'essence de la psychologie de la santé réside dans l'application au domaine de la santé des savoirs issus de la psychologie. Dans la recherche présente, nous nous sommes attachés à explorer le rôle de variables psychologiques dans les changements de comportements de santé et dans l'observance thérapeutique. Cependant, ces recherches seraient vaines si elles ne conduisaient pas à terme à l'élaboration d'un certain nombre de principes permettant de guider des interventions dans la perspective de la gestion des maladies chroniques et de la prévention dans le domaine de la santé. De tels principes ont été décrits par Maes et Karoly (soumis). Nous reprenons quelques uns de ces principes en lien avec le thème de notre recherche. Des interventions visant à promouvoir des

comportements d'observance thérapeutique devraient : (a) Explorer chez le patient les représentations de la maladie et de son traitement et travailler sur leurs modifications si elles sont en décalage avec la réalité (par exemple, si la personne ne prend son traitement antihypertenseur que lorsqu'elle se sent sous pression) ; (b) Encourager le patient à poser des buts spécifiques et personnellement investis concernant la gestion de sa maladie (par exemple, n'oublier aucune prise médicamenteuse durant la prochaine semaine) ; (c) Aider le patient à développer des plans d'action précis permettant de spécifier où, quand et comment il doit agir (par exemple, prendre deux cachets le matin au moment du petit déjeuner avec le café) ; (d) Informer le patient qu'il peut reformuler les plans d'action, et de quelle manière, s'il se rend compte que les plans initiaux ne permettent pas une gestion convenable du comportement (par exemple, si la personne saute fréquemment le petit déjeuner parce qu'elle est en retard, mais qu'elle prend systématiquement un café en arrivant sur son lieu de travail. Dans ce cas, la prise du traitement peut se faire au bureau) ; (e) Informer le patient que quelques oublis dans la prise du traitement ou dans la présence aux rendez-vous médicaux de suivi ne doivent pas signifier un abandon du traitement médical de la maladie, et l'aviser des comportements à suivre dans de telles situations ; (f) Demander au patient de rapporter les autres buts entrant en compétition avec le but d'observance thérapeutique et essayer de l'aider à gérer ces différents buts pour que chacun puisse être poursuivi efficacement (par exemple, dans le cas où la personne annule souvent ses rendez-vous médicaux de suivi parce qu'elle préfère pratiquer une activité sportive ou passer du temps avec sa famille, il est possible de proposer des rendez-vous toujours fixés le jour de la semaine où la personne a le moins d'activité concurrente) ; (g) Renforcer l'efficacité personnelle du patient par la persuasion verbale par exemple ; (h) Explorer les perceptions du patient concernant son environnement social et lui demander de lister toutes les sources de soutien ou de contrainte, ainsi que ses attentes en terme de soutien pour réussir à gérer son but et l'encourager également à demander le soutien des professionnels de santé ou de son entourage social.

Références bibliographiques :

- Ajzen, I. (1985). From intentions to Action : A theory of planned behavior. In Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds), *Action-control : From cognition to behavior*. New York : Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits and actions : Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In Berkowitz, L. (Ed), *Advances in Experimental Social Psychology*. San Diego, CA, Academic Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago : Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Special issue : Theories of cognitive self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002a). Residual effects of past on later behavior : Habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107-122.
- Ajzen, I. (2002b). Perceived behavioural control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior : Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.
- Andrejak , M., Genes, N., Vaur, L., Poncelet, P., Clerson, P., & Carre, A. (2000). Electronic pill-boxes in the evaluation of antihypertensive treatment compliance : comparison of once daily versus twice daily regimen. *American Journal of Hypertension*, 13(2), 184-190.
- Andreoli, K.G. (1981). Self-concept and Health Beliefs in compliant and noncompliant hypertensive patients. *Nursing Research*, 30(6), 323-326.
- Armstrong, D., Glanville, T., Bailey, E., & O'Keefe, G. (1990). Doctor-initiated consultations: A study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *The British Journal of General Practice*, 40(335), 241-242.
- Ashford, S.J., & Cummings, L.L. (1983). Feedback as an individual ressource : Personal strategies of creating information. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32, 370-398.
- Ashford, S.J., & Tsui, A.S. (1991). Self-regulation for managerial effectiveness : The role of active feedback seeking. *Academy of Management Journal*, 34, 251-280.
- Austin, T.A., & Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology : Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 120(3), 338-375.
- Bacher, F. (1982). *Les enquêtes en psychologie : Explication (2)*. Lille : Presse Universitaire de Lille.

- Badoux-Levy A., & Robin M. (2002). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de "stresseurs de la vie quotidienne" : version française révisée de l'Hassless scale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 56, 64-73.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84(2), 191, 215.
- Bandura, A. (1986). *Social Fondation of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). The concept of agency in social-cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercice of control*. New York, Freeman.
- Battersby, C., Hartley, K., Fletcher, A.F., Markowe, H.J., Styles, W., Sapper, H., & Bulpitt, C.J. (1995). Quality of life in treated hypertension : A case-control community based study. *Journal of Human Hypertension*, 9(12), 981-986.
- Beach, L.R. (1990). *Image theory : Decision making in personal and organizational contexts*. New York : Wiley.
- Beck, K.H., & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quaterly*, 44(3), 204-217.
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28(1), 19-28.
- Belsley, D.A., Kuh, E., & Welsch, R. (1980). *Regression diagnostics : identifying influential data and sources of collinearity*. New York : Wiley.
- Berry, D.C., Michas, I.C., & Bersellini, E. (2002). Communicating information about medication side effects : effects on satisfaction, perceived risk to health and intention to comply. *Psychology and Health*, 17(3), 247-267.
- Berry, D.C., Michas, I.C., & Bersellini, E. (2003). Communicating information about medication : the benefits of making it personal. *Psychology and Health*, 18(1), 127-139.
- Berry, D.C., Michas, I.C., & DeRosis, F. (1998). Evaluating explanations about drug prescriptions : effects of varying the nature of information about side effects and its relative position in explanations. *Psychology and Health*, 13(5), 767-784.

- Berry, D.C., Michas, I.C., Gillie, T., & Forster, M. (1997). What do patients want to know about their medicines and what do doctors want to tell them ? A comparative study. *Psychology and Health*, 12(4), 467-480.
- Blackwell, B. (1973). Drug therapy : Patient compliance. *The New England Journal of Medicine*, 289(5), 249-252.
- Bloom, B.S. (1998). Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clinical Therapeutics*, 20(4), 671-681.
- Bloom, B.S. (2001). Daily regime and compliance with treatment. *British Medical Journal*, 323(7314), 647.
- Boersma, S.N., Maes, S., & Joeke, K. (Soumis). Goal disturbance and health-related quality in life in survivors of a myocardial infarction. *Quality of Life Research*.
- Boersma, S.N., Maes, S., & Van Elderen, T. (soumis). Goal disturbance predicts health-related quality of life and depression four months after myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*.
- Boersma, S.N., Maes, S., Joeke, K., & Dusseldorp, E. (soumis). Goal processes in relation to goal attainment : Predicting health-related quality of life in MI patients. *Psychology and Health*.
- Bond, C.A., & Monson, R. (1984). Sustained improvement in drug documentation, compliance, and disease control : A four-year analysis of an ambulatory care model. *Archives of Internal Medicine*, 144(6), 1159-1162.
- Botha, K.F.H., Du Plessis, W.F., Van Rooyen, J.M., & Wissing, M.P. (2002). Biopsychosocial determinants of self-managed in culturally diverse South African patients with essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 7(5), 519-531.
- Bowerman, B.L., & O'Connell, R.T. (1990). *Linear statistical models : an applied approach* (2nd edition). Belmont : Sage.
- Brauer, M. (2000). L'identification des processus médiateurs dans la recherche en psychologie. *L'Année Psychologique*, 100, 661-681.
- Brown, C.M., & Segal, R. (1996). The effects of health and treatment perceptions on the use of prescribed medication and home remedies among African American and White American hypertensives. *Social Science and Medicine*, 43(6), 903-917.
- Brown, L.K., DiClemente, R.J., & Reynolds, L.A. (1991). HIV preventions for adolescents : Utility of the health belief model. *AIDS Education and Prevention*, 3(1), 50-59.
- Burke, L.E., Dunbar-Jacob, J.M., & Hill, M.N. (1997). Compliance with cardiovascular disease prevention strategies : a review of the research. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(3), 239-263.

- Burke, L.E., Dunbar-Jacob, J.M., Sereika, S., & Rohay, J.M. (1996). Outcome expectation versus self-efficacy as predictive of dietary adherence in cardiac rehabilitation patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 18 (Suppl.), S088.
- Caro, J.J., Salas, M., Speckman, J.L., Raggio, G., & Jackson, J.D. (1999). Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*, 160(1), 31-37.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect : A control process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998). *On the self regulation of behavior*. New York : Cambridge University Press.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L. Jr., Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S., Wright, J.T. Jr., & Roccella, E.J. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.
- Clark, N.M., & Dodge, J.A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education and behavior*, 26(1), 72-89.
- Coats, E.K., Janoff-Bulman, R., & Alpert, N. (1996). Approach versus avoidance goals : Differences in self-evaluation and well being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1057-1067.
- Cockburn, J., Gibberd, R.W., Reid, A.L., & Sanson-Fisher, R.W. (1987). Determinants of non-compliance with short-term antibiotic regimens. *British Medical Journal*, 295(6602), 814-818.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Collier, J. (1994). Rights of patients to information [letter]. *Lancet*, 343(8910), 1435.
- Conditte, M.M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal in Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 648-658.
- Conner, M., & Armitage, C.J. (1998). Extending the theory of planned behaviour : A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464.
- Connett, J.E., & Stamler, J. (1984). Responses of black and white males to the special intervention program of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *American Heart Journal*, 108 (3 Pt 2), 839-848.
- Consoli, S.M. (2003). Aspects psychologiques de la résistance au traitement. Paris, France. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux : Résumés. XXIIIes Journées de l'hypertension artérielle*, 14.

- Consoli, S.M., & Safar, M.E. (1988). Valeur prédictive du profil psychologique du patient et du style de relation médecin-malade vis-à-vis de l'observance d'un traitement antihypertenseur. *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, 81 (suppl. HTA), 145-150.
- Consoli, S.M., Laurent, S., Girerd, X., Thomas, D., Amouyel, P., Levy, A., & Pouchain, D. (2004). Can physicians be classified according to their conception of hypertensive disease ? Relationships with blood pressure control. *Abstract Book of the 25th European Conference on Psychosomatic Research*.
- Cook, R.D., & Weisberg, S. (1987). *Residuals and influence in regression*. New York : Chapman & Hall.
- Corroyer, D., & Rouanet, H. (1994). Sur l'importance des effets et ses indicateurs dans l'analyse statistique des données. *L'Année Psychologique*, 94, 607-624.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient Alpha ? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Courneya, K.S., Bobick, T.M., & Schinke, R.J. (1999). Does the theory of planned behaviour mediate the relations between personality and exercise behaviour ? *Basic and Applied Social Psychology*, 21(4), 317-324.
- Coyne, K.S., Davis, D., Frech, F., & Hill, M.N. (2002). Health-related quality of life in patients treated for hypertension : A review of the litterature from 1990 to 2000. *Clinical Therapeutics*, 24(1), 142-169.
- Cronin, S.N. (1986). Health Beliefs in compliant and noncompliant hypertensive clients. *Journal of Community Health Nursing*, 3(2), 87-97.
- Cummings, K.M., Jette, A.M., & Rosenstock, I.M. (1978). Construct validation of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 6(4), 394-405.
- Davis, M.S. (1966). Variations in patients' compliance with doctors' advice : Analysis of congruence between survey responses and results of empirical observations. *Journal of Medical Education*, 41(11), 1037-1048.
- De Lalil, P. (1957). *Thinking by machine : A study of cybernetics*. Boston : Houghton Mifflin.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits : Human need and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Ressources, personal strivings and subjective well-being : A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935.

- DiMatteo, M.R., Hays, R.D., & Prince, L.M. (1986). Relationship of physicians' non-verbal communication skills to patient satisfaction, appointment non-compliance, and physician workload. *Health Psychology*, 5(6), 581-594.
- DiMatteo, M.R., Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Ordway, L., Kravitz, R.L., McGlynn, E.A., Kaplan, S., & Rogers, W.H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment : results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12(2), 93-102.
- Eisen , M., Zellman, G.L., & McAlister, A.L. (1992). A health belief model-social learning theory approach to adolescents' fertility control : Findings from a controlled field trial. *Health Education Quaterly*, 19(2), 249-262.
- Elliot, A.J., & Church, M.A. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 218-232.
- Emmons, R.A. (1986). Personal strivings : An approach to personality and subjectif well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Emmons, R.A. (1989). The personal striving approach to personality. In Pervin, L.A. (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Emmons, R.A. (1991). Personal strivings, daily life events, and psychological and physical well-being. *Journal of Personality*, 59, 453-472.
- Emmons, R.A. (1996). Striving and Feeling : Personal goals and subjectof well being. In Gollwitzer, P.M. & Bargh, J.A. (Eds), *The Psychology of Action : Linking cognition and motivation to behavior*. New York : Guilford.
- Emmons, R.A., & King, L.A. (1988). Conflict among personal strivings : Immediate and long-term implications for psychological and physical well being. *Journal of Personality and social psychology*, 54, 1040-1048.
- Epstein, R.M., Campell, T.L., Cohen-Cole, S.A., McWhinney, I.R., & Smilkstein, G. (1993). Perspectives on patient-doctor communication. *The Journal of Family Practice*, 37(4), 377-388.
- Ewart, C.K., & Taylor, C.B. (1985). The effects of early postmyocardial infarction exercise testing on subsequent quality-of-life. *Qualitative Life of Cardiovascular Care*, 1, 162-165.
- Ewart, C.K., Stewart, K.J., Gilligan, R.E., & Kelemen, M.H. (1986). Self-efficacy mediates strength gains during circuit weight training in men with coronary artery disease. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 18(5), 531-540.
- Fabrega, H. Jr (1975). The need for an ethnomedical science. *Science*, 189(4207), 969-975.
- Falissard, B. (1998). *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie* (2^{ème} édition). Paris : Masson.

- Field, A. (2000). *Discovering Statistics : Using SPSS for Windows*. London : Sage.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-178.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. Reading, Mass. : Addison-Wesley.
- Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M., & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions. *Psychology, Health and Medicine*, 8(1), 3-18.
- Fletcher, R.H. (1989). Patient compliance with therapeutic advice : a modern view. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 56(6), 453-458.
- Ford, D.H. (1987). *Humans as self-constructing systems : A developmental perspective on personality and behavior*. Hillsdale, N.J. : Erlbaum.
- Ford, M.E. (1992). *Motivating humans : Goals, emotions and personal agency beliefs*. Newbury Park : Sage Publications.
- Ford, M.E., & Nichols, C.W. (1987). A taxonomy of human goals and some possible applications. In M.E. Ford, & D.H. Ford (Eds.), *Humans as self-constructing living systems : Putting the framework to work*. Hillsdale, New Jersey : Laurence Erlbaum.
- Ford, M.E., & Nichols, C.W. (1991). Using goal assessments to identify motivational patterns and facilitate behavioral regulation. In Maehr M. & Pintrich P. (Eds), *Advances in motivation and achievement, Vol. 7: Goals and self-regulatory processes*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Francis, V., Korsch, B.M., & Morris, M.J. (1969). Gaps in doctor-patient communication : patients' responses to medical advice. *The New England Journal of Medicine*, 280(10), 535-540.
- Freeborn, D.K., & Greenlick, M.R. (1973). Evaluation of the performance of ambulatory care systems : Research requirements and opportunities. *Medical Care Supplement*, 11(2), 68-75.
- Freemon, B., Negrete, V., Davis, M., & Korsch, B. (1971). Gaps in doctor-patient communication : Doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.
- Frese, M., & Zapf, D. (1994). Action as the core of work psychology : A German Approach. In Triandis, H.C., Dunnette, M.D. & Hough, L.M. (Eds), *Handbook of industrial and organizational psychology (2nd ed., Vol. 4)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, England : Cambridge University Press.
- Frijda, N. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.

- Gann, R. (1995). Consumer Health information : information for the public, patients and carers. In Carmel, M. (Ed). *Health Care Librarianship and Information Work*. Library Association Publishing, London.
- Gebhardt, W.A. (1997). *The Health Behavior Goal Model : towards a theoretical framework for health behavior change*. (Health Psychology Series No. 2). Leiden, Netherlands : Leiden University.
- Gebhardt, W.A., & Maes, S. (2001). Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *American Journal of Health Behavior*, 25(6), 528-536.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, 9(1), 67-94.
- Godin, G. (1996). Le non-usage du tabac. Une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé. *Alcoologie*, 18(3), 137-142.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In Fischer, G.-N. (Ed), *Traité de Psychologie de la Santé*, Paris, Dunod.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior : A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal for Health Promotion*, 11(2), 87-98.
- Godin, G., Maticka-Tyndale, E., Adrien, A., Manson-Singer, S., Willms, D., & Cappon, P. (1996). Cross-cultural testing of three social cognitive theories : An application to condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(17), 1556-1586.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley monograph, n°21, Oxford, Oxford University Press.
- Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Gollwitzer, P.M. & Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement : The role of intentions. In Hewstone, M. & Stroebe, W. (Eds), *European review of social psychology (Vol. 4)*. Chichester, England : Wiley.
- Goodchild, M.E., & Duncan-Jones, P. (1985). Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146, 55-61.
- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J.E. Jr (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of internal Medicine*, 102(4), 520-528.

- Grimm, R.H. Jr, Grandits, G.A., Cutler, J.A., Stewart, A.L., McDonald, R.H., Svendsen, K., Prineas, R.J., & Liebson, P.R. (1997). Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study. *Archive of Internal Medicine*, 157(6), 638-648.
- Grol, R., Mokkink, H., Smits, A., Van Eijk, J., Beek, M., Mesker, P., & Mesker-Niesten, J. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*, 2(3), 128-135.
- Grueninger, U.J. (1995). Arterial hypertension : Lessons from patient education. *Patient Education and Counseling*, 26(1-3), 37-55.
- Hagger, M., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hall, J.A., & Roter, D.L. (1988). Physicians' knowledge and self-reported compliance promotion as predictors of performance with simulated lung disease patients. *Evaluation and the Health Professions*, 11(3), 306-317.
- Hall, J.A., Roter, D.L., & Katz, N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.
- Hamilton, G.A., Roberts, S.J., Johnson, J.M., Tropp, J.R., Anthony-Odgren, D., & Johnson, B.F. (1993). Increasing adherence in patients with primary hypertension : An intervention. *Health Values*, 17(1), 3-11.
- 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*, 7(1), 107-116.
- Hart, S.G. (1986). Theory and measurement of human workload. In Zeidner, J. (Ed.), *Human productivity enhancement*, New York : Praeger.
- Hausenblas, H., Carron, A.V., & Mack, D.E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior : A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19(1), 36-51.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L., Gibson, E.S., Taylor, D.W., Hackett, B.C., Roberts, R.S., & Johnson, A.L. (1976). Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet*, 1(7972), 1265-1268.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York : Wiley.
- Hjemdahl, P., & Wiklund, I.K. (1992). Quality of life on hypertensive drug therapy : Scientific end-point or marketing exercise ? *Journal of hypertension*, 10(12), 1437-1446.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Hurtado, A., Greenlick, M., & Columbo, T. (1973). Determinants of medical care utilization : Failure to keep appointments. *Medical Care*, 11(6), 189-198.
- Hyland, M.E. (1988). Motivational control theory : An integrative framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 642-651.
- Inui, T.S., Yourtee, E.L., & Williamson, J.W. (1976). Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 84(6), 646-651.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model : A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jehn, K.A. (1993). *The impact of intragroup conflict on effectiveness*. Atlanta, United States of America. Paper presented at the 53rd annual meeting of the Academy of Management.
- Joekes, K., Maes, S., Boersma, S.N., & Van Elderen, T. (in press). Goal disturbance, coping and psychological distress in partners of myocardial infarction patients. Taking account of the dyad. *Anxiety, Stress, & Coping*.
- Joekes, K., & Maes, S., & Gebhardt, W.A. (sournis). Health goals after myocardial infarction. The role of self-regulatory processes for quality of life and psychological well-being in the dyad.
- Johnson, J.E. (1999). Self-regulation theory and coping with illness. *Research in Nursing and Health*, 22(6), 435-448.
- Jones, E.E., & Davis, K. (1965). From acts to dispositions : The attribution process in person perception. In Berkowitz, L. (Ed), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 2. New York : Academic Press.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaeffer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement : daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation : A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Karoly, P., & Ruchman, L.S. (1995). Goal cognition and its clinical implications : development and preliminary validation of four motivational assessment instruments. *Assessment*, 2(2), 113-129.
- Karoly, P., & Ruchman, L.S. (1995). Motivational implications of pain : chronicity, psychological distress, and work goal construal in a national sample of adults. *Health Psychology*, 15(5), 383-390.
- Kasser, T., & Ryan, R.M. (1993). A dark sire of the american dream : Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.

- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In Lévine, D. (Ed), *Nebraska Symposium on Motivation, vol. 15*. Lincoln, NE : University of Nebraska Press.
- Kjellgren, K.I., Svensson, S., Ahlner, J., & Saljo, R. (2000). Antihypertensive treatment and patient autonomy : The follow-up appointment as a resource for care. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 39-49.
- Klein, L.E. (1988). Compliance and blood pressure control. *Hypertension*, 11(3 pt 2), II61-64.
- Klinger, E. (1987). Current concerns and disengagement from incentives. In Halisch, F. & Kuhl, J. (Eds), *Motivation, intention, and volition*. Heidelberg, Germany : Springer-Verlag.
- Korsch, B.M., & Negrete, V.F. (1972). Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227(2), 66-74.
- Kuhl, J. (1994). Motivation and volition. In Ydewalle, G., Eelen, P. & Bertelson, P. (Eds), *International perspectives on psychological science (Vol. 2)*. Howe, England : Erlbaum.
- Kullman, S., & Svardsudd, K. (1990). Differences in perceived symptoms/quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement*, 1, 47-53.
- Lamb, G., Green, S.S., & Heron, J. (1994). Can physicians warn patients of potential side effects without fear of causing those side effects ? *Archives of Internal Medicine*, 154(23), 2753-2756.
- Larsen, R.J. (1989). A process approach to personality psychology : Utilizing time as a facet of data. In Buss, A.R. & Cantor, N. (Eds), *Personality psychology : Recent Trends and emerging directions*. New York : Springer-Verlag.
- Laurent, S., Consoli, S., Girerd, X., Thomas, D., Amouyel, P., Levy, A., & Pouchain, D. (2003). Causes de non contrôle de l'hypertension artérielle : Enquête DUO-HTA. *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, 96(9), 823-831.
- Lecoutre, B., & Poitevineau, J. (2000). Aller au-delà des tests de signification traditionnels : vers de nouvelles normes de publication. *L'Année Psychologique*, 100, 683-713.
- Leventhal, H, Brissette, I., & Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In Cameron, L.D., & Leventhal, H. (Eds), *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In Berkowitz, L. (Ed). *Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 5*. New York : Academic Press.

- Leventhal, H. (1993). Theories of compliance and turning necessities into preferences : Application to adolescent health action. In Krasnegor, N.A., Epstein, L., Bennett-Johnson, S. & Yaffe, S.J. (Eds), *Development Aspects of Health Compliance Behavior*, Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10(2), 117-138.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Contrada, R.J. (1998). Self-regulation, health and behaviour : A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-733.
- Leventhal, H., Singer, R., & Jones, S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendations upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(1), 20-29.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutmann, M. (1984). Compliance : A self-regulation perspective. In Gentry, D. (Ed). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York : Pergamon Press.
- Ley, P. (1977). Psychological studies of doctor-patient communication. In Rachman, S. (Ed). *Contributions to Medical Psychology, Vol. 1*. Oxford : Pergamon Press.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients : Improving communication, satisfaction and compliance*. Croom Helm, London.
- Ley, P., & Spelman, M.S. (1965). Communication in an outpatient setting. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(2), 114-116.
- Linn, L.S., Brook, R.H., Clark, V.A., Davies, A.R., Fink, A., & Kosecoff, J. (1985). Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Medical Care*, 23(10), 1171-1178.
- Lisper, L., Isacson, D., Sjoeden, P.O., & Bingefors, K. (1997). Medicated hypertensive patients' views and experience of information and communication concerning antihypertensive drugs. *Patient Education and Counseling*, 32(3), 147-155.
- Little, B.R. (1999). Personality and motivation : Personal action and the conative evolution. In Pervin, L.A., & John, O.P. (Eds.), *Handbook of personality : Theory and Research* (2de edition). New York : Guilford Press.
- Lunde, I.M. (1993). Patients' perceptions – a shift in medical perspective. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(2), 98-104.
- Madden, T.J., Ellen, P.S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of action reasoned. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.
- Maddux, J.E., & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy : A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.

- Maes, S., & De Gucht, V. (2004). *The Self-Regulation Skills Scale (SRSS)*. Leiden : Leiden University, Health Psychology Section.
- Maes, S., & Gebhardt, W. (2000). Self-regulation and health behavior : The health behavior goal model. In Boekaerts, M., Pintrich, P. & Zeidner, M. (Eds), *Handbook of self-regulation*. San diego : Academic Press.
- Maes, S., & Karoly, P. (soumis). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness : A review.
- Maes, S., Pomaki, G., Joekes, K., Boersma, S.N., Gebhardt, W.A., Huisman, S. (2003). *Goals and Processes Inventory – Health Version (GAPI-H)*. Unpublished manuscript. Leiden University, The Netherlands.
- Maes, S., Ter Doest, L., & Gebhardt, W.A. (2002). *The goal facilitation inventory : Factor structure and psychometric properties*. Unpublished manuscript : Leiden University, Clinical and Health Psychology Section; The Netherlands.
- Maheux, B., Dufort, F., Béland, F., Jacques, A., & Lévesque, A. (1990). Female medical practioners : More preventive and patient-oriented ? *Medical Care*, 28(1), 87-92.
- Mallion, J.M., & Schmitt, D. (2001). Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. *European Society of Hypertension Scientific Newsletter : Update on Hypertension Management*, 2(7).
- Manstead, A.S.R., & Parker, D. (1995). Evaluating and extending the theory of planned behaviour. In Stroebe, W. & Hewstone, M. (Eds), *European Review of Social Psychology*, Vol. 6. Chichester : John Wiley.
- Markus, H., Cross, S., & Wurf, E. (1990). The role of the self-system in competence. In Sternberg, R.J. & Kolligian, J. Jr (Eds), *Competence considered*. New Haven, CT : Yale University Press.
- Martin, A.J. (1999). Assessing the multidimensionality of the 12-item general health questionnaire. *Psychological Reports*, 84, 927-935.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York : Harper & Row.
- McAuley, E., Blissmer, B., & Marquez, D.X. (2001). L'efficacité personnelle : un antécédent et une conséquence de l'activité physique. In Cury, F. & Sarrazin P. (Eds), *Théories de la motivation et pratiques sportives : Etat des recherches*. Presses Universitaires de France : Paris.
- McCann, B.S., Bjovberg, V.E., & Brief, D.J. (1995). Relationship of self-efficacy to cholesterol lowering and dietary change in hyperlipidemia. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(3), 221-226.
- McCann, B.S., Follette, W.C., Driver, J.L., Brief, D.J., & Knopp, R.H. (1988). Self-efficacy and adherence in the dietary treatment of hyperlipidemia. *The 96th Annual Convention of the American Psychological Association*. Atlanta, GA : August.

- McCann, S., & Weinman, J. (1996). Empowering the patient in the consultation : a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 27(3), 227-234.
- McDougall, W. (1923). *Outline of psychology*. New York : Scribner.
- McGlynn, E. (1988). *Physician Job Satisfaction : It measurement and use as an indication of system performance*. Unpublished doctoral dissertation, RAND Graduate School, Santa Monica, CA.
- McGuire, W.J. (1980). The communication-persuasion model and health-risk labelling. In Morris, L.A., Mazis, M.B. & Barofsky, I. (Eds). *Product Labelling and Health Risks*. New York : Banbury.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In Lindzey, G. & Aronson, E. (Eds). *Handbook of Social Psychology : Vol. II, 3rd edition*. New York : Random House.
- McKeeman, D., & Karoly, P. (1991). Interpersonal and intrapsychic goal-related conflict reported by cigarette smokers, unaided quitters, and relapsers. *Addictive behaviors*, 16, 543-548.
- Meeuwesen, L., Schaap, C., & Van der Staak, C. (1991). Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science and Medicine*, 32(10), 1143-1150.
- Menard, S. (1995). Applied logistic regression analysis. *Sage university paper series on quantitative applications in social sciences*, 07-106. Thousand Oaks : Sage.
- Mento, A., Steel, R.P., & Karren, R.J. (1987). A meta-analytic study of the effects of goal setting on task performance : 1966-1984. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 39, 52-83.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense model of illness : The example of hypertension. *Health Psychology*, 4(2), 115-135.
- Miller, G.A., Galanter, E., & Pribram, K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York : Holt.
- Miller, P., Wikoff, R., & Hiatt, A. (1992). Fishbein's model of reasoned action and compliance behaviour of hypertensive patients. *Nursing Research*, 41(2), 104-109.
- Moffitt, K.H., & Singer, J.A. (1994). Continuity in the life story : Self defining memories, affect, and approach/avoidance personal strivings. *Journal of Personality*, 62, 21-43.
- Montgomery, A.A., Harding, J., & Fahey, T. (2001). Shared decision making in hypertension : The impact of patient preferences on treatment choice. *Family Practice*, 18(3), 309-313.
- Morell, R.W., Park, D.C., Kidder D.P., & Martin, M. (1997). Adherence to antihypertensive medications across the life span. *Gérontologist*, 37(5), 609-619.

- Mottram, D.R., & Reed, C. (1997). Comparative evaluation of patient information leaflets by pharmacists, doctors and the general public. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 22(2), 127-134.
- Muller, A., Montoya, P., Schandry, R., & Hartl, L. (1994). Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over 30 days. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 593-603.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in Personality*. New York : Oxford University Press.
- Myers, R. (1990). *Classical and modern regression with applications* (2nd edition). Boston : Duxbury.
- Nagy, V., & Wolfe, G.R. (1984). Cognitive predictors of compliance in chronic diseases patients. *Medical Care*, 22(10), 912-921.
- Naylor, J.C., Pritchard, R.D., & Ilgen, D.R. (1980). *A theory of behavior in organizations*. New York : Academic Press.
- Nelson, E.C., Stason, W.B., Neutra, R.R., & Solomon, H.S. (1980). Identification of the noncompliant hypertensive patient. *Preventive Medicine*, 9(4), 504-517.
- Newton, L., Newton, D., Clark, J., Kenny, T., Moseley, D., Purves, I., & Wilson, R. (1998). Patient information leaflets : producing understandable PILs. *Journal of Information Science*, 24(3), 167-181.
- Nuesch, R., Schroeder, K., Dieterle, T., Martina, B., & Battegay, E. (2001). Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *British Medical Journal*, 323(7305), 142-146.
- Ouellette, J.A., & Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life : The multiple processes by which past behaviour predicts future behaviour. *Psychological Bulletin*, 124(1), 54-74.
- Pennebaker, J.W., & Watson, D. (1988). Blood pressure estimation and beliefs among normotensives and hypertensives. *Health Psychology*, 7(4), 309-328.
- Pervin, L.A. (1991). Self-regulation and the problem of volition. In Maehr, M.L. & Pintrich, P.R. (Eds), *Advances in motivation and achievement, Vol. 7 : Goals and self regulatory processes*. Greenwich, CT : JAI.
- Pomaki, G., Maes, S., & Ter Doest, L. (2004). Work conditions and employees' self-set goals : Goal processes enhance prediction of psychological distress and well-being. *Personality and Social Psychology*, 30(6), 685-694
- Postel-Vinay, N., & Corvol, P. (2000). *Le retour du Dr Knock : essai sur le risque cardiovasculaire*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Powers, W.T. (1973). *Behavior : The control of perception*. Chicago: Aldine.

- Powers, W.T. (1989). *Living control systems*. Gravel Switch, KY : Control Systems Group.
- Powers, W.T. (1992). *Living control systems II*. Gravel Switch, KY : Control Systems Group.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller, W.R., & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors*. New York : Plenum.
- Raynor, D.K. (1992). Patient compliance : The pharmacist's role. *International Journal of Pharmacy Practice*, 1, 126-135.
- Reker, G., Peacock, E., & Wong, P. (1987). Meaning and purpose of life and well-being : A life span perspective. *Journal of Gerontology*, 42, 44-49.
- Richardson, M.A., Simons-Morton, B., & Annegers, J.F. (1993). Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Education Quarterly*, 20(4), 489-503.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- 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.
- Roter, D., Lipkin, M. Jr, & Korsgaard, A. (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29(11), 1083-1093.
- Roter, D.L., Hall, J.A., & Katz, N.R. (1988). Patient-physician communication : a descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12(2), 99-119.
- Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioural maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), Ensemble n°609.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2002). An overview of self-determination theory : An organismic-dialectical perspective. In Deci, E.L., & Ryan, R.M. (Eds.), *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester : The University of Rochester Press.
- Ryan, R.M., Plant, R.W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment : relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Salicrù, R. (1997). Compliance ou adhésion? *Le journal du Sida*, 101, 18-20.
- Salthouse, T.A. (1991). *Theoretical perspectives in cognitive aging*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.

- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (2003). Goals and confidences as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. In Cameron, L.D. & Leventhal, H. (Eds), *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Schlenker, B.R., & Weigold, M.F. (1992). Interpersonal processes involving impression regulation and management. *Annual Review of Psychology*, 43, 133-168.
- Schwarz, N. (1990). Feelings as information : Informational and motivational functions of affect. In Higgins, E.T. & Sorrentino, R.M. (Eds), *Handbook of motivation and cognition : Foundations of social behavior (Vol. 2)*. New York : Guilford.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours : theoretical approaches and a new model. In Schwarzer, R. (Ed), *Self-efficacy : Thought control of action*. New York : Hemisphere.
- Scisney-Matlock, M. (1998). Development and psychometric evaluation of cognitive representations of hypertension scales. *Journal of Theory Construction and Testing*, 2, 5-12.
- Shah, J.Y., & Kruglanski, A.W. (2000). Aspects of goal networks : Implications for self-regulation. In Boekaerts, M., Pintrich, P.R. & Zeidner, M. (Eds), *Handbook of self-regulation*. San diego : Academic Press.
- Sharkness, C.M., & Snow, D.A. (1992). The patient's view of hypertension and compliance. *American Journal of preventive Medicine*, 8(3), 141-146.
- Shaw, E., Anderson, J.G., Maloney, M., Jay, S.J., & Fagan, D. (1995). Factors associated with non compliance of patient taking antihypertensive medications. *Hospital Pharmacy*, 30(3), 201-203, 206-207.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(1), 90-132.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T.L., & Gollwitzer, P.M. (à paraître). Implementation intentions and health behaviours. In Conner, M., & Norman, P. (Eds.). *Predicting health behaviour : research and practice with social cognition models (2nd ed.)*. Buckingham, UK : Open University Press.
- Shevlin, M., Miles, J.N.V., Davies, M.N.O., & Walker, S. (2000). Coefficient alpha : a useful indicator of reliability ? *Personality and Individual Differences*, 28, 229-237.
- Shulman, N., Cutter, G., Daugherty, R., Sexton, M., Pauk, G., Taylor, M.J., & Tyler, M. (1982). Correlates of attendance and compliance in the hypertension detection and follow-up program. *Controlled Clinical Trials*, 3(1), 13-27.
- Shye, D., Javetz, R., & Shuval, J.T. (1990). Patient initiatives and physician-challenging behaviours : The views of Israeli Health professionals. *Social Science and Medicine*, 31(7), 719-727.

- Skinner, E. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Sparks, P., & Guthrie, C.A. (1998). Self-identity in the theory of planned behaviour : a useful addition or an unhelpful artifice ? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1393-1410.
- Spitz, E. (2004). *Etude des variables de régulation motivationnelle dans l'observance d'un régime alimentaire chez des personnes en surpoids pondéral*. Metz : Université de Metz, Laboratoire de Psychologie de la Santé.
- Strull, T.K., & Wyer, R.S. (1986). The role of chronic and temporary goals in social information processing. In Sorrentino, R.M. & Higgins, E.T. (Eds), *Handbook of motivation and cognition (Vol. 1)*. New York : Guilford Press.
- Stanton, A. (1987). Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(4), 377-394.
- Stein, N.L., & Levine, L.J. (1991). Making sense out of emotion : The representation and use of goal structured knowledge. In Kesses, W., Ortony, A. & Craig, F. (Eds), *Memories, thoughts, and emotions*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Stewart, M.A. (1984). What is a successful doctor-patient interview ? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine*, 19(2), 167-175.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Stimson, G. (1974). Obeying doctor's orders : A view from the other side. *Social Science and Medicine*, 8(2), 97-104.
- Street, R.L. (1990). Communication in medical consultations: a review essay. *Quarterly Journal of Speech*, 76, 315-332.
- Strull, W.M., Lo, B., & Charles, G. (1984). Do patients want to participate in medical decision making ? *Journal of the American Medical Association*, 252(21), 2990-2994.
- Sutton, S. (1994). The past predicts the future : Interpreting behaviour-behaviour relationships in social psychological models of health behaviour. In Rutter, D.R. & Quine, L. (Eds), *Social Psychology and Health : European perspectives*. Aldershot : Avebury.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behaviour : How well are we doing ? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1317-1338.
- Svarstad, B. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic, D. (Ed). *The Growth of Bureaucratic Medicine*. New York : Wiley.

- Tarquinio, C., & Fischer, G.-N. (2001). Therapeutic compliance methodologies in HIV-infection treatment : a comparative study. *Swiss Journal of Psychology*, 60(3), 136-160.
- Tarquinio, C., Fischer, G.-N., & Barracho, C. (2002). Le patient face aux traitements : compliance et relation médecin-patient. In Fischer, G.-N. (Ed), *Traité de Psychologie de la Santé*, Paris, Dunod.
- Tarquinio, C., Fischer, G.N., & Grégoire, A. (2000). La compliance chez des patients atteints par le VIH: Validation d'une échelle française et mesure de variables psychosociales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 13(2), 61-91.
- Taylor, C.B., Houston-Miller, N., Killen, J.D., & DeBusk, R.F. (1990). Smoking cessation after acute myocardial infarction : Effect of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine*, 113(2), 118-123.
- Taylor, S.D., Bagozzi, R.P., & Gaither, C.A. (2001). Gender differences in the self-regulation of hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(5), 469-487.
- Ter Doest, L., Maes, S., & Gebhardt, W.A. (soumis). Personal goals and employee well-being : Goal facilitation at work. *Journal of Behavior*.
- The Six Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (1997). *Archive of Internal Medicine*, 157, 2413-2446.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K.A. (2002). Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct : perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41(1), 101-122.
- Trevino, D., Young, E.G., Groff, J., & Jono, R.T. (1990). The association between marital adjustment and compliance with antihypertension regimens. *The Journal of the American Board Family Practice*, 3(1), 17-25.
- Tschann, J.M., Adamson, T.E., Coats, T.J., & Guillion, D.S. (1988). Behaviors of treated hypertensive patients and patient demographic characteristics. *Journal of Community Health*, 13(1), 19-32.
- Tubbs, M.E. (1986). Goal-setting : A review of the meta-analytic evidence. *Journal of Applied Psychology*, 71, 474-483.
- Turk, D.C., Rudy, T.E., & Salovey, P. (1986). Implicit model of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(5), 453-474.
- Vaisse, B., Silhol, F., & Bouchlaghem, K. (2000). Observance et hypertension artérielle. *Réalités Cardiologiques*, 161.
- Vallotton, M., & Schmidt, C. (1994). Traitement de l'hypertension artérielle : leçons à tirer de l'éducation du patient. Rapport coût-bénéfice. In Assal, J.P. & Golay, A. (Eds). *Patient Education 2000 : Treatment of chronic diseases*. Geneva: UTED HCUG.

- Van der Hofstadt, C.J., Rodriguez-Mari, J., Quiles, M.J., Mir, J.J., & Sitges, E. (2003). Illness representation of arterial hypertension in a sample of health professionals and the general public. *Psychology, Health and Medicine*, 8(1), 81-87.
- Van der Pligt, J., & De Vries, N. (1998). Expectancy-value models of health behaviour : The role of salience and anticipated affect. *Psychology and Health*, 13, 289-305.
- Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York : Wiley.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Weinberger, J., & McClelland, D.C. (1990). Cognitive versus traditional motivational models : Irreconcilable or contemplary ? In Higgins, E.T. & Sorrentino, R.M. (Eds), *Handbook of motivation and cognition (Vol. 2)*. New York : Guildford Press.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71(1), 3-25.
- Weinman, J. (1990). Providing written information for patients : psychological consequences. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(3), 303-305.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire : A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.
- Wiklund, I., Halling, K., Ryden-Bergsten, T., & Fletcher, A. (1997). Does lowering the blood pressure improve the mood ? Quality of life results from the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *Blood Pressure*, 6(6), 357-364.
- Williams, G.C. (2002). Improving patients' health throught supporting the autonomy of patients and providers. In Deci, E.L., & Ryan, R.M. (Eds.), *Handbook of Self-determination Research*. Rochester : The University of Rochester Press.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.
- Williams, G.C., Rodin, G.C., Ryan, R.M., Grolnick, W.S., & Deci, E.L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 268-276.
- Wilson, J. (1986). Patients' wants versus patients' interests. *Journal of Medical Ethics*, 12(3), 127-130.
- Winell, M. (1987). Personal goals : The key to self-direction in adulthood. In Ford, M.E. & Ford D.H. (Eds.) *Humans as self-constructing systems : Putting a framework to work..* Hillsdale, N.J. : Erlbaum.

- Wofford, J.C., Goodwin, V.L., & Premack, S. (1992). Meta-analysis of the antecedents of personal goal level and of the antecedents and consequences of goal commitment. *Journal of Management*, 18, 595-615.
- Wrosch, C., Scheier, M.F., Carver, C.S., & Schultz, R. (2003). The importance of goal disengagement in adaptative self-regulation : when giving up is beneficial. *Self and Identity*, 2, 1-20.
- Yodfat, Y., Bar-On, D., Amir, M., & Cristal, N. (1996). Quality of life in normotensives compared to hypertensive men treated with isradipine or methyldopa as monotherapy or in combination with captopril : The LOMIR-MCT-IL study. *Journal of Human Hypertension*, 10(2), 117-122.

Liste des Annexes

ANNEXE 1 : Description de l'hypertension artérielle essentielle

ANNEXE 2 : Présentation du questionnaire général et des échelles

ANNEXE 3 : Rappels statistiques

ANNEXE 4 : Bible de codifications des variables dans le fichier de données SPSS

(voir Volume 2)

ANNEXE 5 : Sorties statistiques du logiciel SPSS (voir Volume 2)

ANNEXE 1

Description de l'hypertension artérielle essentielle

1. Description de l'hypertension artérielle essentielle :

1.1. Qu'est-ce que la pression artérielle ?

La pression artérielle correspond à la pression (ou poussée) exercée par le sang contre les parois des artères. L'existence de cette pression permet la circulation du sang, et donc des globules rouges, jusqu'aux différents tissus de l'organisme afin d'en assurer l'oxygénation.

Pour comprendre les différents modes d'expression de cette pression, il est nécessaire de connaître quelques éléments du mode de circulation du sang dans l'organisme. Le moteur de la circulation sanguine est le cœur, qui éjecte le sang dans l'ensemble du corps, via l'aorte, artère d'environ 3 cm de diamètre. Lors de la contraction cardiaque, appelée systole, la pression dans l'aorte atteint son maximum (pression systolique), du fait de l'éjection de sang en provenance du cœur. Puis, le cœur se remplit à nouveau (phase appelée diastole) et les valves de l'aorte se referment de manière à éviter le reflux de sang dans le cœur. La pression résiduelle dans l'aorte atteint alors sa valeur minimale (pression diastolique).

Lorsque l'on mesure la pression artérielle, elle est exprimée, en millimètres de mercure, par 2 valeurs correspondant à la pression systolique et à la pression diastolique, par exemple : 140/90 millimètres de mercure. Dans le langage courant, ce résultat serait traduit par 14/9.

Chez un même individu, la pression artérielle subit des variations normales au cours de l'année, d'un jour à l'autre, et fluctue d'un moment à l'autre au cours de la journée. Ainsi, les valeurs baissent généralement dans la nuit, remontent à l'inverse au petit matin et augmentent par à-coups sous l'effet de certaines émotions (colère, peur, douleur, excitation). Lorsque les valeurs restent trop élevées de façon permanente, on parle d'hypertension artérielle.

1.2. Où commence l'hypertension ?

Bien que la pression artérielle puisse varier pour une même personne comme évoqué précédemment, des valeurs limites de l'hypertension ont été définies. Il s'agit de recommandations générales, éditées en juin 2003 au niveau européen :

Catégories de P.A.	P.A. systolique (mmHg)	P.A. diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	85-89
Hypertension : grade 1 (légère)	140-159	90-99
Hypertension : grade 2 (modérée)	160-179	100-109
Hypertension : grade 3 (sévère)	> 180	> 110
Hypertension : systolique isolée	> 140	< 90

D'après ces recommandations, on commence à parler d'hypertension à partir d'une tension de 14/9 (ou 140/90 mm Hg). Cette valeur limite est basée sur l'estimation des risques cardiovasculaires associés. En effet, il a été établi par des études statistiques qu'une pression artérielle de 14/9 conduisait déjà à une réduction de l'espérance de vie du fait des risques cardiovasculaires. Plus la pression artérielle est élevée, plus le risque s'accroît.

Il faut signaler cependant que les valeurs limites sont légèrement différentes si l'on parle d'une personne diabétique (il est alors recommandé de ne pas dépasser 13/8) ou d'une personne de plus de 65 ans (des valeurs jusqu'à 15/9 sont alors tolérées).

L'hypertension systolique isolée est un type particulier d'hypertension, qui correspond à une diminution de la souplesse des artères liée à l'âge. On observe alors une augmentation progressive de la pression systolique, tandis que la pression diastolique n'évolue pas.

Bien que particulière, cette hypertension doit être traitée, car elle augmente également le risque d'hémorragie cérébrale ou d'accident cardiaque.

1.3. Quels sont les risques associés ?

L'une des caractéristiques de l'hypertension est l'absence de symptômes, au moins dans un premier temps. Pourtant, cette pathologie représente un certain nombre de risques à plus ou moins long terme pour l'organisme :

- rigidification des parois des artères
- insuffisance rénale pouvant aller jusqu'à la nécessité de dialyse

et, parmi les effets les plus graves :

- défaillance cardiaque ou infarctus du myocarde
- hémorragie cérébrale

Plutôt qu'une maladie, l'hypertension artérielle peut donc être considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire. En effet, de nombreuses personnes hypertendues ne se

sentent pas malades, car elles ne ressentent pas de symptômes. Il peut donc être difficile de les amener à suivre un traitement de manière permanente.

1.4. Quelle est la population concernée ?

En France, en fonction des estimations, environ 10 % de la population est hypertendue, ce qui représente entre 5 et 7 millions de personnes. La proportion d'hypertendus augmente avec l'âge : au-delà de 70 ans, 1 Français sur 2 est hypertendu.

En dehors de l'âge, un certain nombre de facteurs favorisent l'hypertension :

- *l'hérédité*
- *le sexe* : parmi les hypertendus de moins de 60 ans, les hommes sont majoritaires, tandis que la proportion de femmes est plus importante au delà de 60 ans (du fait de la plus grande longévité des femmes).
- *le régime alimentaire* : le surpoids ou l'obésité, ainsi qu'une alimentation trop riche en sel ou en réglisse favorisent le développement d'une hypertension ou peuvent la majorer lorsqu'elle existe.
- *l'alcool*
- *certains médicaments* (cortisone, pilule...)
- *le stress* : bien que les études sur la question ne permettent pas de conclure que le stress est à l'origine du développement d'une pathologie hypertensive, sa présence entretient l'hypertension artérielle existante.
- *l'origine ethnique* : la proportion d'hypertendus est plus élevée parmi la population noire que parmi la population blanche.

1.5. Quelles sont les causes de l'hypertension ?

Bien que les facteurs cités ci-dessus puissent favoriser le développement de l'hypertension, dans 95 % des cas, la cause physiologique n'est pas déterminée. On parle alors d'hypertension artérielle « essentielle ». Dans les 5 % de cas restants, l'hypertension est liée à une autre pathologie, comme une atteinte des artères, des reins ou des glandes surrénales. On parle alors d'hypertension secondaire.

Il existe aujourd'hui des traitements efficaces permettant de contrôler la pression artérielle et de la ramener à un niveau acceptable. Ceci permet de réduire les risques associés à l'hypertension, évoqués précédemment. Cependant, étant donné le caractère asymptomatique de cette pathologie, il est possible que la personne hypertendue ne soit pas

identifiée comme telle, ou encore qu'elle ne comprenne pas la nécessité de suivre rigoureusement le traitement qui lui a été prescrit.

Les renseignements présentés dans cette annexe sont issus de plusieurs sources :

- Des ouvrages :

Postel-Vinay, N., & Corvol, P. (2000). *Le retour du Dc Knock : Essai sur le risque cardiovasculaire*. Paris : Odile Jacob.

Froment, A. (1982). *De l'hypertension artérielle à l'hypertendu : Tome I*. Paris : Editions Boeringer-Ingelheim.

- Des sites Internet :

www.comite-hta.org

www.hypertension-online.com

ANNEXE 2

Présentation du questionnaire général et des échelles

2. Présentation du questionnaire général et des échelles :

2.1. Le questionnaire anamnestique :

2.1.1. Les données sociodémographiques :

1. *Quel est votre sexe ?*

- masculin
- féminin

2. *Quel est votre âge ? _____*

3. *Quel est votre secteur d'activité ? (si vous êtes retraité ou momentanément au chômage, indiquez votre activité professionnelle antérieure)*

- agriculteur exploitant
- artisan, commerçant, chef d'entreprise
- cadre et profession intellectuelle supérieure (cadre supérieur, profession libérale...)
- professions intermédiaires (de la santé, de l'enseignement, de la fonction publique, technicien, contremaître...)
- employé (de la fonction publique, administratif, de commerce...)
- ouvrier

2.1.2. Les données médicales :

3. *Avez-vous de l'hypertension artérielle ?*

- oui
- non
- je ne sais pas

4. *Depuis quand êtes-vous hypertendu(e), ou depuis quand vous a-t-on appris que vous aviez de l'hypertension artérielle ? Indiquez depuis combien d'années : _____*

5. *Suivez-vous un traitement médicamenteux pour l'hypertension artérielle ?*

- oui
- non

6. *Indiquez le nombre de médicaments contre l'hypertension artérielle que vous prescrivez le médecin : _____*

7. *Depuis combien de temps prenez-vous un traitement contre l'hypertension artérielle ?*

8. *Si vous la connaissez, indiquez la mesure de pression artérielle que vous donne habituellement votre médecin traitant : _____*

2.1.3. Les données relatives aux habitudes de vie :

9. *Fumez-vous actuellement ?*

- oui
- non

10. *Si oui, indiquez :*

- depuis combien d'années : _____
- le nombre de cigarettes : _____

11. *Dans le passé, avez-vous fumé ?*

- oui
- non

12. *Si oui, indiquez :*

- depuis combien d'années : _____
- le nombre de cigarettes : _____

13. *Buvez-vous du café ?*

- oui
- non

14. *Si oui, indiquez le nombre de tasses par jour ? _____*

15. *Consommez-vous de l'alcool ? Répondez à chaque variété d'alcool présentée ci-dessous en cochant la case appropriée par les choix suivants : 1 = jamais, 2 = de temps en temps, 3 = un verre par jour, 4 = deux ou trois verres par jour, 5 = plus de trois verres par jour*

- vin
- bière
- apéritifs doux
- alcools forts

16. *A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique (natation, marche, jogging, vélo, danse, ou tout autre forme d'effort physique) ?*

- jamais
- 2 fois par semaine, au moins 20 minutes à chaque fois
- 1 fois par semaine, au moins une heure
- 2 fois par semaine, au moins une heure à chaque fois

17. *Vous arrive-t-il de sauter des repas ?*

- jamais
- 1 ou 2 repas par semaine
- plus de 2 repas par semaine

18. *Resalez-vous les plats que vous mangez ?*

- systématiquement
- souvent
- de temps en temps
- jamais

19. *A quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des repas uniquement composés de charcuterie ?*

- très souvent
- de temps en temps
- rarement
- jamais

2.2. Les échelles :

2.2.3. L'échelle de stressseurs de la vie quotidienne :

Consigne : Les propositions qui suivent constituent un répertoire des situations habituellement perçues comme stressantes dans la vie quotidienne. Nous vous demandons d'indiquer dans quel impact ces types de stress ont sur vous en cochant la case appropriée.

Modalités de réponse : 0 = Pas d'impact ou pas produit ; 1 = un peu perturbant ; 2 = assez perturbant ; 3 = très perturbant.

Items :

1. Vivre des problèmes de santé d'un membre de votre famille
2. Connaître des problèmes d'argent
3. Avoir trop de responsabilités
4. Connaître des problèmes avec vos collègues
5. Etre préoccupé(e) par les risques d'accident
6. Avoir des responsabilités pour quelqu'un qui ne vit pas avec vous
7. Etre concerné(e) par la détérioration de votre environnement
8. Planifier ou préparer vos repas
9. Etre interrompu(e) sans arrêt
10. Etre préoccupé(e) par la sécurité de l'emploi
11. Faire des fautes d'étourderie dans le quotidien
12. Etre préoccupé(e) par le financement de l'éducation de vos enfants
13. Connaître des difficultés avec vos amis
14. Veillez à l'entretien de votre maison
15. Manquer de repos ou de sommeil
16. Etre préoccupé(e) par l'idée de changer de travail
17. Connaître des problèmes physiques mineurs
18. Connaître des problèmes à cause de vis parents âgés
19. Etre affecté(e) par les problèmes de circulation automobile
20. Remplir les formulaires administratifs ou autres
21. Avoir trop de choses à faire
22. Etre exploité(e) par les autres
23. Etre tracassé(e) par votre apparence physique
24. Connaître des problèmes avec vos enfants
25. Connaître des tracasseries venant de votre patron
26. Manquer d'argent pour vos loisirs et vos vacances
27. Avoir trop de réunions
28. Avoir un travail où vous ne pouvez pas faire vos preuves
29. Etre préoccupé(e) par la santé en général
30. Connaître des problèmes avec votre conjoint(e) ou ami(e)
31. Etre affecté(e) par les informations quotidiennes
32. Avoir à faire les courses
33. Manquer de temps pour vos loisir ou vos vacances
34. Ne pas vous sentir à la hauteur d'un travail
35. Manquer d'énergie
36. Etre débordé(e) par vos responsabilités familiales
37. Etre affecté(e) par le bruit
38. Tenir les comptes du ménage
39. Etre préoccupé(e) par la criminalité
40. Connaître la déception dans votre travail
41. Etre affecté(e) par la pollution
42. Vivre des problèmes occasionnés par un divorce ou une séparation
43. Etre harcelé(e) au travail

2.2.4. L'inventaire des buts personnels (GIFS) :

Consigne : Voici une liste de buts personnels qui sont souvent considérés comme importants dans la vie d'une personne. Nous vous demandons d'indiquer en cochant la case appropriée dans la colonne de gauche dans un premier temps, puis dans la colonne de droite ensuite, (1) dans quelle mesure vous trouvez chacun de ces buts facile à poursuivre dans votre vie de tous les jours, et (2) le degré d'importance de ces buts dans votre vie.

Modalités de réponse pour l'évaluation "Facilité" : 1 = Très difficile ; 2 = difficile ; 3 = ni facile, ni difficile ; 4 = facile ; 5 = très facile.

Modalités de réponse pour l'évaluation "Importance" : 1 = pas important ; 2 = un peu important ; 3 = assez important ; 4 = important ; 5 = très important.

Items :

1. Développer des activités créatives
2. Organiser ses activités quotidiennes de façon efficace
3. Se comporter de façon équitable avec les autres
4. Aspirer à un fonctionnement optimal, à ses idéaux
5. Comprendre le sens des choses
6. Se sentir libre dans ses actes et dans ses choix
7. Désirer l'approbation d'autrui
8. Accumuler plus d'argent ou de biens matériels
9. Chercher une unité spirituelle (une harmonie avec une force supérieure ou avec Dieu)
10. Affirmer sa propre identité, ses croyances, ses valeurs
11. Ressentir du plaisir physique
12. Se valoriser par rapport aux autres
13. Accomplir son devoir envers les autres
14. Adopter des comportements sains pour la santé
15. Aider les autres
16. Recherche le bien-être émotionnel
17. Avoir des idées novatrices
18. Croire en soi
19. Appartenir à un groupe
20. Se protéger des situations hasardeuses
21. Se sentir détendu(e)
22. Satisfaire sa curiosité intellectuelle
23. Vivre des expériences excitantes
24. Améliorer ses performances dans ses activités
25. Eviter d'être submergé(e) par ses activités quotidiennes
26. Eviter les sensations physiques désagréables
27. Eviter les contraintes imposées par les autres
28. Eviter de manquer d'information (de rester dans l'ignorance)
29. Eviter d'être stressé(e)
30. Eviter de douter de soi
31. Eviter d'être médiocre dans ses activités
32. Eviter d'être malade
33. Eviter d'être socialement isolé(e)
34. Eviter d'être indifférent(e) aux autres
35. Eviter les comparaisons défavorables avec autrui
36. Eviter de s'ennuyer
37. Eviter la désapprobation d'autrui
38. Eviter de penser de façon banale
39. Eviter de rester dans l'incompréhension
40. Eviter de transgresser les règles sociales
41. Eviter les pertes financières ou matérielles
42. Eviter de n'accomplir que des activités banales ou sans créativité
43. Eviter d'être comme tout le monde
44. Eviter les situations périlleuses
45. Eviter les états émotionnels négatifs
46. Eviter de concevoir la vie comme une expérience ordinaire, une routine quotidienne
47. Eviter de perdre son unité spirituelle
48. Eviter de se comporter de façon injuste avec les autres

2.2.5. Le questionnaire de santé général (GHQ-12 – évaluation de la détresse psychologique) :

Consigne : Nous aimerions savoir comment, d'une manière générale, vous vous êtes porté(e) ces dernières semaines. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez ou avez ressenti. Récemment :

Modalités de réponse pour les items 1, 3, 5, 7, 8, 12 : 1 = Plus que d'habitude ; 2 = comme d'habitude ; 3 = Moins bien que d'habitude ; 4 = Beaucoup moins bien que d'habitude.

Modalités de réponse pour les items 2, 4, 6, 9, 10, 11 : 1 = Pas du tout ; 2 = Pas plus que d'habitude ; 3 = Un peu plus que d'habitude ; 4 = Beaucoup plus que d'habitude

Items :

1. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?
2. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?
3. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?
4. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou stressé(e) ?
5. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?
6. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?
7. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?
8. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?
9. Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?
10. Avez-vous perdu confiance en vous-même ?*
11. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?
12. Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?

* Suite à une erreur dans l'édition du cahier de passation, cet item n'est pas apparu dans le questionnaire auquel répondaient les participants à la recherche. Toutes les analyses ont été effectuées sur les onze autres items.

2.2.6. Inventaire des variables de régulation motivationnelle (GAPI) :

Consigne pour les personnes tout-venant : Ce questionnaire s'intéresse aux objectifs de santé que vous atteindre dans les mois à venir et auxquels vous songez déjà depuis quelques temps (par exemple : faire une demi-heure de marche chaque jour)

Nous distinguons trois sortes de buts relatifs à la santé :

- A. *Les comportements à atteindre* : par exemple, perdre du poids, faire de l'exercice physique.
- B. *Les comportements à éviter* : par exemple, éviter d'être stressé(e), de grignoter entre les repas, de consommer de l'alcool.
- C. *Les comportements à maintenir* : par exemple, continuer à faire de l'exercice physique, ne pas recommencer à fumer.

Prenez un moment pour identifier vos buts personnels de santé les plus importants pour les mois à venir. Veuillez citer quelques buts personnels de santé (si possible, un par catégorie) :

A. *Les comportements à atteindre* : _____

B. *Les comportements à éviter* : _____

C. *Les comportements à maintenir* : _____

Maintenant, décrivez le but de santé qui vous paraît le plus important actuellement et que vous souhaiteriez atteindre dans les mois à venir (parmi ceux cités plus haut) :

Les questions qui suivent concernent ce but principal uniquement.

Consigne pour les personnes hypertendues : Votre médecin vous a probablement donné des conseils concernant votre santé, et ce, afin de contrôler vos problèmes de tension artérielle. Parmi ces conseils, il est possible qu'il vous ait proposé de prendre des médicaments, de réduire votre consommation de sel, de perdre du poids, de faire de l'exercice physique, d'éviter les situations stressantes...

Respecter la prise de médicaments telle que prescrite par votre médecin devrait constituer un but de santé important pour une personne hypertendue. Pourtant, comme tout objectif, il est parfois dur à atteindre, et la prise de médicaments n'est pas toujours respectée.

Veuillez répondre aux questions suivantes en considérant ce but de santé (prendre les médicaments contre l'hypertension artérielle comme vous l'a prescrit votre médecin traitant).

Modalités de réponse pour l'item 1 : 1 = Moins d'un mois ; 2 = plus d'un mois

Modalités de réponse pour l'item 2 : 1 = début de la poursuite du but à 10 = Atteinte du but

Modalités de réponse pour les items 3 à 36 : 1 = pas du tout d'accord ; 2 = pas d'accord ; 3 = ni en désaccord, ni d'accord ; 4 = d'accord ; 5 = tout à fait d'accord

Items :

1. Depuis combien de temps poursuivez-vous ce but de santé ?
2. A quel niveau vous situez-vous en terme de progression vers ce but ?
3. Je poursuis ce but parce que d'autres personnes le souhaitent
4. Je poursuis ce but pour éviter des conflits avec d'autres personnes
5. Je poursuis ce but parce qu'il est important pour moi
6. Je poursuis ce but parce que je ne me sentirais pas en accord avec moi-même si je ne le faisais pas
7. Il m'est difficile d'atteindre ce but
8. En ce moment des événements stressants de ma vie interfèrent dans l'atteinte de ce but
9. Il ne dépend que de moi d'atteindre ce but
10. L'atteinte de ce but dépend de facteurs indépendants de moi
11. L'atteinte de ce but dépend d'autres personnes
12. Quoiqu'il arrive, je ne renoncerai pas à ce but
13. Ce but contribue à l'atteinte d'autres buts personnels
14. Ce but contrarie l'atteinte d'autres buts personnels
15. J'ai une idée précise de ce qu'il faut faire pour atteindre ce but
16. Je suis sûr de pouvoir atteindre ce but
17. J'ai les compétences nécessaires pour atteindre ce but
18. J'ai l'énergie nécessaire pour atteindre ce but
19. Je me demande si j'ai emprunté la meilleure voie pour poursuivre ce but
20. J'évalue régulièrement ma progression vers ce but
21. Je suis très satisfait de ma progression vers ce but
22. Je pense aux obstacles potentiels qui pourraient interférer dans l'atteinte de ce but
23. Je sais vers qui me tourner lorsque je rencontre un obstacle dans la poursuite de ce but
24. Poursuivre ce but est une source de satisfaction pour moi
25. Poursuivre ce but est stressant
26. Je me sens anxieux si je ne progresse pas vers ce but
27. Je me sens triste si je ne progresse pas vers ce but
28. Je me sens en colère si je ne progresse pas vers ce but
29. Je recherche des informations qui pourraient m'aider à atteindre ce but
30. Je parle à d'autres personnes de ce but
31. Je demande à d'autres personnes de m'aider à atteindre ce but

Les questions suivantes concernent le rôle que joue votre partenaire dans la poursuite de ce but de santé. Si vous n'avez pas de partenaire, mais s'il y a une autre personne importante vers laquelle vous pouvez vous tourner (mère, père, enfant, amis...), répondez aux questions suivantes en pensant à cette personne.

32. Mon partenaire me soutient dans la poursuite de ce but
33. Mon partenaire ne se sent pas concerné par ce but
34. Mon partenaire m'empêche de poursuivre ce but
35. Mon partenaire me met la pression pour que j'atteigne ce but
36. Mon partenaire désapprouve la voie que j'emprunte pour atteindre ce but

2.2.7. Echelle d'observance thérapeutique :

Consigne : Seules les personnes qui prennent un traitement médicamenteux pour l'hypertension artérielle complètent ce questionnaire. Vous répondrez aux affirmations suivantes en cochant pour chacune d'entre elles la case correspondant à votre réponse.

Modalités de réponse : 1 = jamais ; 2 = rarement ; 3 = de temps en temps ; 4 = quelquefois ; 5 = souvent ; 7 = systématiquement.

Items :

1. Je prends les traitements préventifs prescrits par le médecin
2. Je modère ma consommation d'alcool #
3. Je m'accorde des périodes de repos régulières #
4. Je respecte l'ensemble des prescriptions médicales
5. Je me rends aux consultations médicales
6. Je respecte les horaires de prise des médicaments
7. Je prends mes repas à heure régulière #
8. Je respecte les doses prescrites
9. Il m'arrive d'oublier de prendre mes médicaments
10. J'entretiens ma forme physique #
11. Je respecte les modalités de prise des médicaments (à jeun, avant les repas, pendant les repas)
12. Il m'arrive de penser que j'ai trop de médicaments à prendre
13. Entre deux consultations, il m'arrive d'être en panne de médicaments
14. Je prends des repas réguliers (trois repas par jour) #
15. Je fume #
16. Il m'arrive certains jours de prendre mon traitement avec du retard
17. Je suis les conseils nutritionnels que l'on me donne #
18. Il m'arrive d'interrompre sans avis médical ma prise de médicaments
19. Je passe des examens de surveillance
20. Je prends les médicaments contre l'hypertension prescrits par le médecin
21. Il m'arrive de faire des erreurs dans la prise de médicaments
22. J'accepte les propositions thérapeutiques de mon médecin
23. Il m'arrive certaines de ne pas prendre mon traitement car j'ai l'impression qu'il me fait plus de mal que de bien
24. Je passe les examens complémentaires que l'on me prescrit
25. Je respecte l'ensemble des recommandations de mon médecin

Ces items liés au style de vie de la personne n'ont pas permis d'obtenir une structure factorielle du questionnaire stable et interprétable. Par conséquent, ils ont été supprimés des calculs statistiques de cette recherche.

ANNEXE 3

Rappels statistiques

3. Rappels statistiques :

Cette section est destinée à rappeler les principes fondamentaux sur lesquels se basent deux des principales méthodes statistiques utilisées dans ce travail : l'Analyse en Composantes Principales (ACP) et la régression linéaire. De plus, nous rappellerons, sous forme d'un tableau abrégé, les différentes valeurs-repères proposées par Corroyer et Rouanet (1994) pour juger de la taille d'un effet statistique.

3.1. L'analyse en composantes principales :

La technique de l'analyse factorielle en composante principale consiste à reproduire avec parcimonie la variance totale d'un grand nombre de variables en un nombre sensiblement plus restreint de dimensions.

3.1.3. L'extraction des dimensions :

L'analyse opère une réduction des données de départ, ce qui implique une certaine perte d'informations par rapport aux réponses des participants. Elle fournit en contrepartie une vision bien structurée et immédiatement accessible de la manière dont les variables covarient, s'opposent, ou sont entre elles indépendantes. L'algorithme procède par extraction de dimensions orthogonales entre elles (appelées aussi facteurs ou variables principales) qui prennent une part de moins en moins importante de la variance totale. Cette variance prise en compte est quantifiable à travers les "valeurs propres".

3.1.4. Les saturations :

La saturation de chaque variable sur chaque dimension, définie comme une corrélation entre la variable et cette dimension, indique la contribution de la variable à la dimension. Le carré d'une saturation fournit la proportion de variance commune de la variable correspondante qui est expliquée par la dimension (ainsi, une saturation de 0,80 indique 64% de la variation de la variable est expliquée par la dimension).

Le signe de la saturation est un élément important, tout comme il l'est dans l'examen des corrélations entre deux variables. Deux variables ayant des saturations de même signe (positif ou négatif) sur une dimension, covarient sur cette dimension. Si les saturations sont de signes opposés, elles contribuent de manière opposée à la signification de la dimension.

3.1.5. L'interprétation des dimensions :

Elle se fait à partir des variables qui ont les saturations les plus élevées (au moins supérieures à 0,30, et de préférence supérieures à 0,35) sur la dimension considérée, en observant quelles variables covarient entre elles, ou s'opposent, suivant le signe de la saturation.

Afin de faciliter cette interprétation, des rotations, visant à simplifier la structure des saturations sur les différentes dimensions extraites, peuvent être entreprises. Dans notre étude, nous avons utilisé la technique de rotation orthogonale appelée "varimax" (variance maximum). Cette technique produit les effets suivants sur les dimensions extraites :

- chaque variable aura des corrélations proches de zéro sur toutes les dimensions sauf une ;
- chaque dimension ne comportera qu'un nombre restreint de variables avec des corrélations élevées.

3.2. La régression linéaire :

3.2.3. Quand fait-on une régression ?

La régression permet de détecter et de quantifier l'effet d'une variable indépendante (VI, encore appelée "prédicteur") sur une variable dépendante (VD ou "critère"). Lorsqu'on applique une analyse de régression, on suppose que la VI est responsable d'une partie de la variation de la VD, mais que la VD n'affecte pas la VI.

Les régressions sont couramment utilisées. Non seulement elles permettent d'effectuer des tests d'hypothèse quant à l'effet d'une variable sur une autre, mais elles permettent également de prédire les valeurs de la VD dans certaines conditions et donc de quantifier l'effet de la VI.

3.2.4. Régression et corrélation :

Les analyses de régression et de corrélation sont proches parentes.

Plusieurs des calculs sont les mêmes, ainsi que plusieurs des statistiques calculées. Il existe toutefois des différences très importantes et ces deux analyses ne doivent pas être confondues. La corrélation mesure le degré d'association entre deux variables. La régression mesure l'intensité de l'effet d'une variable sur une autre. En régression, il y a une cause et un effet implicite, et le but est de prédire la valeur de la VD. En corrélation, il n'y a pas de cause et d'effet présumé, et le but est de quantifier le degré d'association entre deux variables.

3.2.5. Diagnostic de régression : vérification des conditions de validité de la régression linéaire :

Comme tout test statistique, la régression linéaire répond à des conditions de validité qui s'expriment sous la forme de trois hypothèses sous-jacentes concernant les résidus :

- La normalité des résidus : Dans une analyse de régression, les écarts que l'on constate entre les valeurs prédites et les valeurs observées sont entièrement imputables à des erreurs de mesure. De ce fait, ces écarts (ou résidus) doivent posséder les propriétés classiques d'une distribution normale (courbe gaussienne dite "en cloche", symétrique autour de la valeur prédite, avec un aplatissement régulier des extrémités). En cas de violation de cette hypothèse, les tests de signification risquent d'être biaisés. Pour tester la normalité des résidus, un examen visuel de l'histogramme de la distribution statistique de ces résidus ou du tracé normalisé de la droite de Henry est suffisant dans la plupart des cas.

- L'homoscédaticité des résidus : La dispersion des résidus doit être homogène sur tout le spectre des valeurs de la VI : puisque les résidus correspondent idéalement à des aléas de mesure, il n'y a pas de raison que la dispersion de ces résidus change en fonction des valeurs de la prédiction. Si la dispersion des résidus n'est pas homogène, on parle d'hétéroscédaticité. La vérification de l'homoscédaticité des résidus se fait graphiquement par l'analyse visuelle d'un graphique de dispersion des résidus standardisés en fonction des valeurs prédites de la VD.

- La linéarité des résidus : Il ne doit pas exister de relation visible entre les résidus et les valeurs prédites de la variable dépendante. On peut répondre à cette hypothèse par la visualisation du graphique de dispersion des résidus standardisés en fonction des valeurs prédites de la VD.

3.2.6. L'influence des valeurs extrêmes en régression :

Il arrive fréquemment qu'on obtienne des valeurs extrêmes qui semblent être très différentes du reste des données récoltées au cours d'une expérience. Ces valeurs extrêmes peuvent être dues à des erreurs de mesure ou de retranscription, ou peuvent être le fait d'une observation atypique. L'analyse des valeurs extrêmes renvoie à deux aspects : la détection de telles valeurs, et l'influence de ces valeurs sur les résultats de l'analyse. La distance de Cook prend en compte ces deux aspects et permet donc de mesurer l'influence réelle qu'exerce un point sur la droite de régression. Les observations pour lesquelles la distance de Cook est supérieure à 1 méritent une attention particulière car il est probable qu'elles affectent les estimations de la régression.

3.2.7. Rappel sur les indicateurs dans la régression :

Dans un modèle de régression linéaire, la qualité de l'ajustement est mesurée par le R^2 . Cet indicateur varie entre 0 et 1. Plus il est proche de 1, meilleur est l'ajustement. Multiplié par 100, il représente en pourcentage la part de variance expliquée de la VD par les VIs du modèle.

Pour prendre en compte les degrés de liberté dans le modèle, on utilise la valeur R^2 ajustée en fonction du nombre de variables explicatives introduites dans le modèle.

β est le coefficient de régression de la VD sur la VI. Pour pouvoir l'interpréter, il convient de le standardiser. Dans ce cas, il varie comme une corrélation entre -1 et 1. Une valeur proche de 0 est à interpréter comme une prédiction faible de la VD par la VI. Plus ce

coefficient s'approche de 1 (de manière positive ou de négative), plus la VI est un prédicteur important de la VD. Quand se coefficient est négatif, le sens de la relation est renversé.

Dans le cadre d'une régression linéaire simple, $\beta = r$, et $R^2 = \beta^2$.

Par contre, dans le cas d'une régression multiple comprenant 2 VIs ou plus, les coefficients de régression calculés sont des coefficients de régression partielle, ce qui signifie qu'ils mesurent l'effet de chaque VI une fois les autres prédicteurs du modèle contrôlés.

Comment interpréter ces coefficients de régression standardisés ? Techniquement, un coefficient de régression standardisé associé à une VI exprime de combien d'écart type la VD augmentera lorsque cette VI augmentera elle-même d'un écart type, les autres variables étant tenues constantes. Cependant, on est en droit de se poser la question de savoir à partir de quel moment on peut parler d'un effet de prédiction important. Si on peut se référer au test de significativité classique, il faut tenir compte de sa sensibilité à la taille de l'échantillon. Une autre façon de procéder est de calculer pour chaque prédicteur sa contribution au R^2 , c'est-à-dire au pouvoir de prédiction du modèle. Etant donné que $R^2 = \sum \beta r$, cette contribution est exprimée pour chacun des prédicteurs du modèle par la multiplication de son coefficient de corrélation avec le critère (r) avec son coefficient de régression de la VD (β). Une autre manière d'évaluer l'importance d'un prédicteur, est d'utiliser la corrélation semi-partielle (r_{sp}) entre le prédicteur et le critère élevé au carré. Dans ce cas, r_{sp}^2 représente la part de variance de la VD expliquée par la VI, si cette VI était introduite en dernier dans le modèle (en d'autres termes, cela correspond à la part de variance minimale de la VD que peut expliquer la VI). Pour information, la somme des carrés des corrélations semi-partielles est égale au R^2 du modèle moins la part de variance attribuée au système.

3.2.8. Le facteur d'inflation de la variance comme diagnostic de colinéarité :

Dans une régression linéaire, nous souhaitons une variance expliquée élevée (R^2). Plus il y a de variance expliquée, meilleur sera le modèle. Toutefois, dans certains cas, tous les paramètres de la régression peuvent être artificiellement "dopés". Ceci se produit quand les variables explicatives sont fortement corrélées entre elles (on parlera de multicollinéarité). Les variables liées sont linéairement dépendantes entre elles parce qu'on peut facilement ajuster une droite de régression linéaire passant par les points de ces variables. Dans un tel cas, la non indépendance des prédicteurs permettra d'observer une part de variance élevée, mais le modèle sera mal spécifié et les VIs seront mutuellement dépendantes et ainsi redondantes.

Le Facteur d'Inflation de la Variance (VIF – Variance Inflation Factor) est un moyen pour détecter la multicollinéarité. Il est donné pour chacun des prédicteurs du modèle et son

analyse permet de décider quelles sont les variables à retirer du modèle pour cause de multicolinéarité. Une règle admise pour prendre cette décision est de considérer la valeur seuil de 10. Un prédicteur montrant un VIF > 10 devrait être retiré du modèle.

Lecture conseillée :

Cette présentation succincte de la régression linéaire peut être complétée par la lecture de l'ouvrage suivant :

Hardy, M., & Bryman, A. (2004). *Handbook of Data Analysis*. London: SAGE Publications.

3.3. Rappel des valeurs-repères permettant de juger la taille d'un effet statistique :

Nous rappelons ici les valeurs-repères proposées par Corroyer et Rouanet (1994) qui permettent de juger de l'importance (1) d'une différence de moyenne dans le cas de groupes indépendants et (2) d'une corrélation. On trouvera dans l'article cité un tableau plus complet appréhendant d'autres tests statistiques, ainsi que des explications méthodologiques.

SITUATIONS	INDICATEURS	VALEURS-REPERES		
		Effet faible	Effet moyen	Effet important
Comparaison des moyennes de 2 groupes indépendants	EC (Ecart calibré)	0,20	0,50	1,00
Corrélation linéaire	R	0,10	0,24	0,45
	R ²	0,01	0,06	0,20

ANNEXE 4

Bible de codifications des variables dans le fichier de données SPSS

4. Bible de codifications des variables dans le fichier de données SPSS

Dans cette partie, nous présentons une bible de codification qui permet de lire l'annexe 5 relative aux sorties statistiques de logiciel SPSS.

Variable démographique :

Genre = genre des participants

- 0 = féminin
- 1 = masculin

Variables liées aux habitudes de vie :

CHARCUT : A quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des repas uniquement composés de charcuterie ?

- 1 = très souvent
- 2 = de temps en temps
- 3 = rarement
- 4 = jamais

freqSPOR : A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique (natation, marche, jogging, vélo, danse, ou tout autre forme d'effort physique) ?

- 1 = jamais
- 2 = deux fois par semaine, au moins 20 minutes à chaque fois
- 3 = une fois par semaine, au moins une heure
- 4 = deux fois ou plus par semaine, au moins une heure à chaque fois

Echelle des stressseurs de la vie quotidienne :

[Trac01c – Trac43c] = Score de quantité aux 43 items de l'échelle des stressseurs de la vie quotidienne

- 0 = pas d'impact, pas produit
- 1 = un peu perturbant, assez perturbant et très perturbant

Tracnb = Σ [Trac01c – Trac43c] → Somme des items de l'échelle des stressseurs de la vie quotidienne

Echelle des buts personnels (GIFS) :

[Gifimp01 – Gifimp48] = Score d'importance que 48 items de la GIFS

- 1 = pas important
- 2 = un peu important
- 3 = assez important
- 4 = important
- 5 = très important

[Gifcon01 – Gifcon48] = Score de perturbation aux 48 items de la GIFS (varie de 1 à 25)

Gifimpto = MEAN [Gifomp01 – Gifimp48] → Somme du score d'importance des 48 buts personnels de la GIFS

Gifimpor = (MEAN [Gifimp01 – Gifimp24]) - (MEAN [Gifimp24 – Gifimp48])

→ Orientation de la structure des buts personnels : soustraction de la moyenne du score d'importance des 24 buts personnels d'approche de la moyenne du score d'importance des 24 buts d'évitement

Gifconto = (Σ [Gifcon01 – Gifcon48]) → Moyenne des scores de perturbation aux 48 buts personnels de la GIFS

Questionnaire Général de Santé (GHQ) : évaluation de la détresse psychologique :

[GHQ01c – GHQ12c] = Score aux 12 items du GHQ selon la cotation CGHQ

Pour les items GHQ01c, GHQ03c, GHQ05c, GHQ07c, GHQ08c, GHQ12c :

0 = plus que d'habitude et comme d'habitude

1 = moins bien que d'habitude, beaucoup moins bien que d'habitude

Pour les items GHQ02c, GHQ04c, GHQ06c, GHQ09c, GHQ10c, GHQ11c :

0 = pas du tout

1 = pas plus que d'habitude, un peu plus que d'habitude et beaucoup plus que d'habitude

GHQtotc = MEAN [GHQ01c – GHQ12c] → Moyenne des 12 items de détresse psychologique (à l'exception de l'item 10 pour les raisons exposées dans le chapitre Méthodologie)

Évaluation des buts de santé et des variables de régulation motivationnelle : GAPI :

ProbutNT = Score de progression vers l'atteinte du but dans une population de personnes tout-venant (Item 1 du GAPI : A quel niveau vous situez-vous en terme de progression vers ce but ?)

ProbutHT = Score de progression vers l'atteinte du but dans une population de personnes hypertendues (Item 1 du GAPI : A quel niveau vous situez-vous en terme de progression vers ce but ?)

Pour ces deux variables, évaluation sur une échelle en dix points :

[1 = début de la poursuite du but à 10 = Atteinte du but]

DatbutNT = Durée de la poursuite du but dans une population de personnes tout-venant (Item 2 du GAPI : Depuis combien de temps poursuivez-vous ce but ?)

0 = moins d'un mois

1 = plus d'un mois

[GAPI03 – GAPI36] = Score aux 34 derniers items du GAPI (variables de régulation motivationnelle)

1 = pas du tout d'accord

2 = pas d'accord

3 = ni en désaccord, ni d'accord

4 = d'accord

5 = tout à fait d'accord

Gapeff = MEAN [GAPI15, GAPI16, GAPI17, GAPI18]

→ Score moyen d'efficacité personnelle

Gapem = MEAN [GAPI25, GAPI26, GAPI27, GAPI28]

→ Score moyen d'émotions négatives

Gappart = MEAN [GAPI32b, GAPI33, GAPI34, GAPI36]

→ Score moyen de perceptions négatives du rôle du partenaire

Gapcom = MEAN [GAPI29, GAPI30, GAPI31]

→ Score moyen d'actions de communication

Gapobs = MEAN [GAPI07, GAPI08, GAPI09b, GAPI10, GAPI11, GAPI14, GAPI 19, GAPI22]

→ Score moyen d'obstacles perçus

Gapauto = MEAN [GAPI05, GAPI06, GAPI12, GAPI13, GAPI24]

→ Score moyen de la motivation autonome

Gapcont = MEAN [GAPI03, GAPI04]

→ Score moyen de la motivation contrôlée

Les items dont le nom est suivi d'un "b" sont des items renversés.

Evaluation de l'observance thérapeutique globale :

[Compli01 – Compli25] = Score aux 25 items de l'échelle d'observance thérapeutique globale

1 = jamais

2 = rarement

3 = de temps en temps

4 = quelquefois

5 = souvent

6 = systématiquement

Obstotal = MEAN [Compli04, Compli05, Compli06, Compli08, Compli09b, Compli11, Compli16b, Compli18b, Compli20, Compli21b, Compli22, Compli23b, Compli24, Compli25]

Les items dont le nom est suivi d'un "b" sont des items renversés.

ANNEXE 5

Sorties statistiques du logiciel SPSS

5. Sorties statistiques du logiciel SPSS :

5.1. Etudes de validation des échelles :

5.1.3. Etudes de validation de l'ESVQ :

5.1.3.1. Etude de la structure factorielle de l'ESVQ :

5.1.3.1.1. Variance totale expliquée :

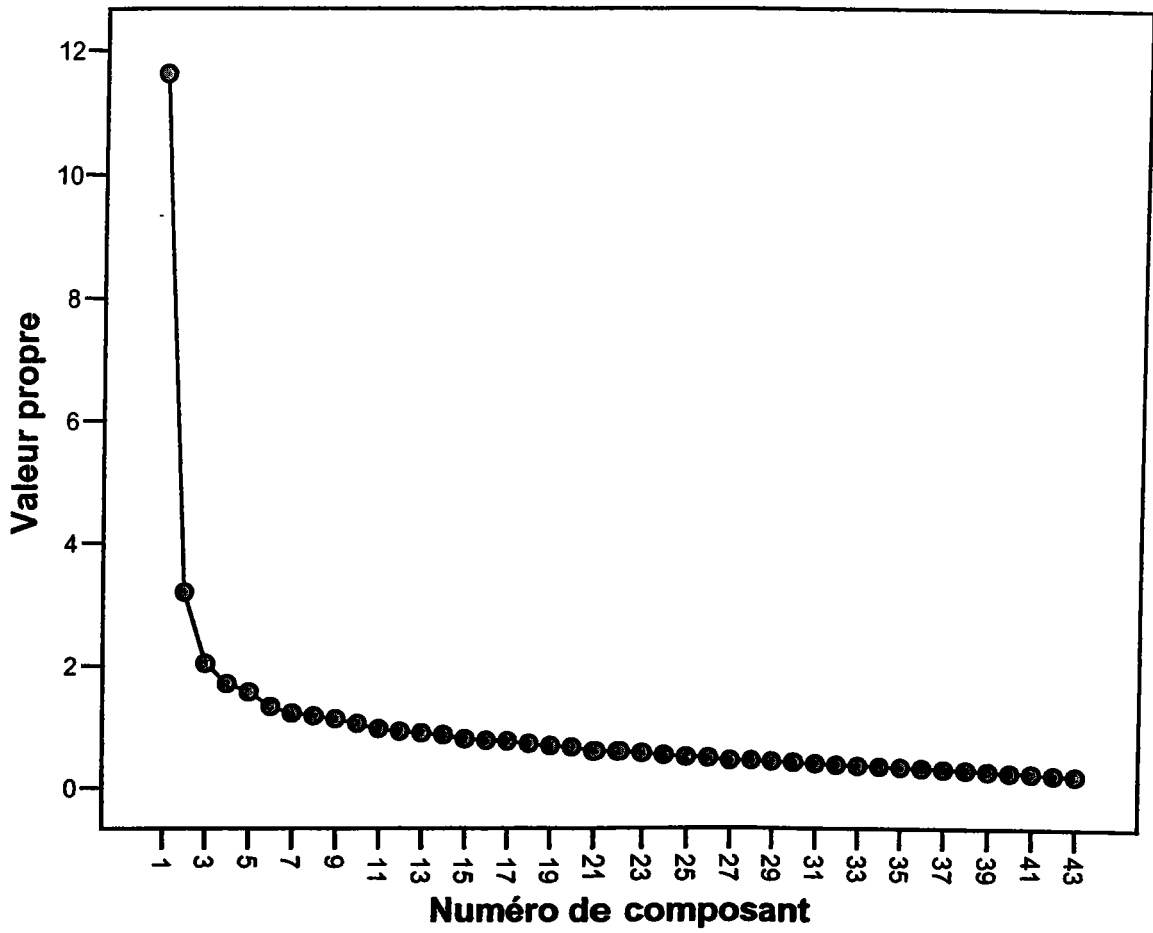
Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	11,625	27,034	27,034	11,625	27,034	27,034
2	3,202	7,447	34,481			
3	2,040	4,745	39,226			
4	1,705	3,966	43,192			
5	1,567	3,645	46,837			
6	1,330	3,094	49,931			
7	1,223	2,843	52,774			
8	1,175	2,732	55,506			
9	1,127	2,622	58,128			
10	1,050	2,442	60,570			
11	,962	2,238	62,808			
12	,923	2,146	64,954			
13	,894	2,079	67,033			
14	,863	2,006	69,039			
15	,799	1,858	70,897			
16	,773	1,798	72,696			
17	,760	1,768	74,464			
18	,719	1,672	76,136			
19	,681	1,584	77,719			
20	,665	1,546	79,265			
21	,598	1,391	80,656			
22	,592	1,378	82,034			
23	,565	1,315	83,349			
24	,535	1,245	84,593			
25	,504	1,173	85,767			
26	,490	1,139	86,906			
27	,444	1,033	87,939			
28	,440	1,024	88,962			
29	,430	1,000	89,963			
30	,413	,961	90,924			
31	,393	,913	91,837			
32	,375	,872	92,709			
33	,360	,838	93,547			
34	,346	,805	94,352			
35	,336	,782	95,134			
36	,319	,742	95,876			
37	,303	,704	96,580			
38	,290	,673	97,253			
39	,270	,628	97,882			
40	,250	,582	98,464			
41	,240	,559	99,022			
42	,217	,504	99,527			
43	,204	,473	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

5.1.3.1.2. Graphique des valeurs propres :

Graphique des valeurs propres



5.1.3.1.3. Solution factorielle sans rotation :

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
trac36b	,663
trac35b	,661
trac22b	,633
trac40b	,626
trac16b	,623
trac15b	,622
trac34b	,621
trac27b	,615
trac12b	,597
trac37b	,588
trac25b	,586
trac21b	,575
trac43b	,574
trac28b	,568
trac30b	,544
trac23b	,544
trac26b	,540
trac13b	,540
trac10b	,540
trac29b	,531
trac24b	,524
trac18b	,517
trac31b	,509
trac38b	,505
trac42b	,502
trac17b	,499
trac11b	,498
trac14b	,482
trac05b	,480
trac06b	,479
trac02b	,458
trac20b	,446
trac39b	,439
trac03b	,429
trac04b	,419
trac41b	,418
trac09b	,415
trac19b	,411
trac33b	,398
trac32b	,395
trac07b	,378
trac08b	,376
trac01b	,263

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

5.1.3.2. Etude de la consistance interne de l'ESVQ :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	273	82,2
	Exclus ^a	59	17,8
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,937	43

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
trac01b	56,1722	465,606	,250	,937
trac02b	56,6300	456,013	,451	,936
trac03b	57,1062	458,816	,398	,936
trac04b	56,9780	458,955	,387	,936
trac05b	57,2747	453,825	,457	,936
trac06b	57,3663	454,726	,455	,936
trac07b	56,9853	457,213	,420	,936
trac08b	58,1099	462,370	,345	,936
trac09b	57,1465	457,074	,396	,936
trac10b	57,1905	447,897	,515	,935
trac11b	57,4249	455,054	,471	,935
trac12b	57,1062	446,132	,562	,935
trac13b	57,0330	451,481	,537	,935
trac14b	57,8388	456,503	,473	,935
trac15b	56,8681	447,210	,577	,935
trac16b	57,2015	444,684	,593	,934
trac17b	57,4359	455,622	,502	,935
trac18b	56,8608	451,407	,485	,935
trac19b	57,6337	457,968	,387	,936
trac20b	57,9670	457,576	,411	,936
trac21b	57,3443	452,874	,539	,935
trac22b	56,8168	444,738	,601	,934
trac23b	57,5678	449,710	,520	,935
trac24b	56,6007	448,366	,510	,935
trac25b	57,0806	447,177	,576	,935
trac26b	57,3077	449,898	,538	,935
trac27b	57,5824	449,428	,583	,935
trac28b	57,1941	448,216	,534	,935
trac29b	57,0440	453,255	,478	,935
trac30b	56,3700	450,881	,509	,935
trac31b	57,5421	456,551	,466	,936
trac32b	58,1429	462,910	,357	,936
trac33b	57,4982	457,920	,376	,936
trac34b	56,9927	447,478	,573	,935
trac35b	56,9451	446,765	,602	,934
trac36b	57,3956	444,821	,627	,934
trac37b	57,0330	446,657	,562	,935
trac38b	57,9267	454,465	,470	,935
trac39b	57,4139	455,721	,420	,936
trac40b	56,9194	448,479	,567	,935
trac41b	57,1612	456,092	,401	,936
trac42b	56,8681	446,777	,484	,936
trac43b	56,9231	442,527	,562	,935

5.1.3.3. Statistiques descriptives de l'ESVQ:

5.1.3.3.1. Statistiques descriptives (Moyenne et Ecart-type) de l'ESVQ :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
tracnb	325	31,5600	7,78850
N valide (listwise)	325		

5.1.3.3.2. Classement des items de l'ESVQ en fonction de leur fréquence d'évocation :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne
Vivre des problèmes de santé d'un membre de votre famille	325	,9877
Connaître des problèmes d'argent	325	,9477
Etre concerné(e) par la détérioration de votre environnement	321	,9003
Connaître des problèmes avec vos collègues	317	,8959
Connaître des problèmes avec votre conjoint(e) ou ami(e)	320	,8906
Avoir trop de responsabilités	324	,8827
Connaître des difficultés avec vos amis	324	,8704
Etre préoccupé(e) par la santé en général	320	,8687
Manquer de repos ou de sommeil	323	,8576
Manquer d'énergie	322	,8540
Etre interrompu(e) sans arrêt	321	,8505
Connaître des problèmes à cause de vos parents âgés	316	,8449
Connaître la déception dans votre travail	315	,8413
Connaître des problèmes avec vos enfants	318	,8239
Ne pas vous sentir à la hauteur d'un travail	321	,8224
Etre affecté(e) par la pollution	324	,8210
Etre exploité(e) par les autres	320	,8188
Connaître des problèmes physiques mineurs	321	,8006
Etre affecté(e) par le bruit	323	,7895
Avoir trop de choses à faire	322	,7857
Connaître des tracasseries venant de votre patron	315	,7810
Etre préoccupé(e) par les risques d'accident	321	,7757
Avoir des responsabilités pour quelqu'un qui ne vit pas avec vous	323	,7647
Manquer d'argent pour vos loisirs ou vos vacances	321	,7601
Faire des fautes d'étourderie dans le quotidien	324	,7438
Etre affecté(e) par les informations quotidiennes	325	,7415
Vivre des problèmes occasionnés par un divorce ou une séparation	315	,7270
Etre préoccupée par la criminalité	322	,7267
Etre préoccupé(e) par le financement de l'éducation de vos enfants	314	,7261
Avoir un travail où vous ne pouvez pas faire vos preuves	314	,7166
Etre préoccupé(e) par l'idée de changer de travail	316	,7057
Etre harcelé(e) au travail	315	,7016
Etre préoccupé(e) par la sécurité de l'emploi	319	,6897
Manquer de temps pour vos loisirs ou vacances	317	,6877
Etre débordé(e) par vos responsabilités familiales	319	,6708
Avoir trop de réunions	316	,6487
Etre affecté(e) par les problèmes de circulation automobile	324	,6420
Etre tracassé(e) par votre apparence physique	323	,5944
Veillez à l'entretien de votre maison	323	,5232
Remplir des formulaires administratifs ou autres	324	,4321
Tenir les comptes du ménage	321	,4143
Avoir à faire les courses	323	,3437
Planifier ou préparer vos repas	322	,3416
N Valide (listwise)	273	

5.1.4. Etudes de validation de la GIFS :

5.1.4.1. Etude de validation de l'évaluation importance de la GIFS :

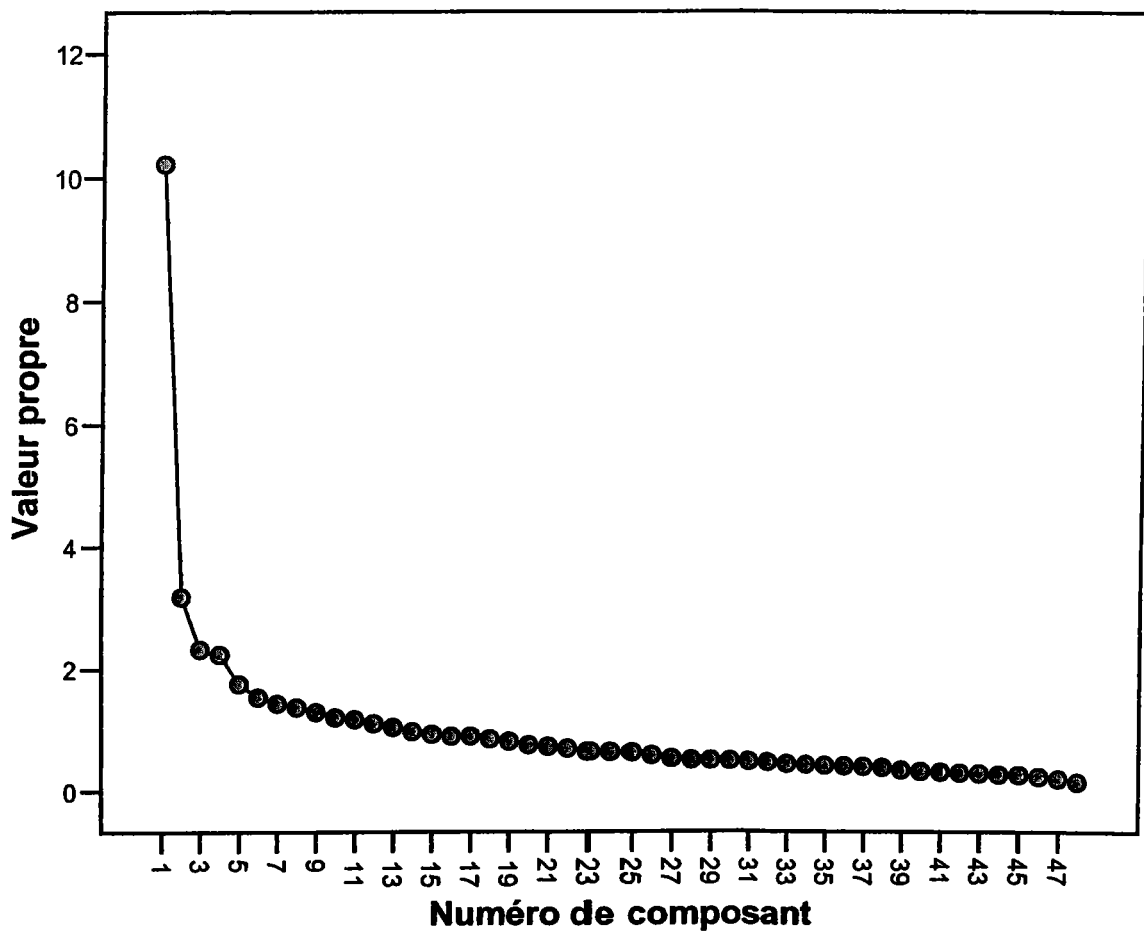
5.1.4.1.1. Etude de la structure factorielle de l'évaluation importance de la GIFS avec extraction d'un seul facteur :

5.1.4.1.1.1. Variance totale expliquée :

composantes	Valeurs propres initiales			Extract. Sommes carrés fact. retenus		
	Total	% var.	% cum.	Total	% var.	% cum.
1	10,217	21,286	21,286	10,217	21,286	21,286
2	3,175	6,615	27,902			
3	2,316	4,825	32,726			
4	2,233	4,651	37,378			
5	1,755	3,656	41,034			
6	1,534	3,196	44,230			
7	1,433	2,985	47,215			
8	1,369	2,851	50,066			
9	1,291	2,690	52,756			
10	1,204	2,509	55,265			
11	1,173	2,443	57,708			
12	1,104	2,300	60,008			
13	1,045	2,176	62,184			
14	,973	2,027	64,211			
15	,929	1,935	66,146			
16	,901	1,877	68,023			
17	,899	1,872	69,895			
18	,852	1,775	71,670			
19	,815	1,697	73,367			
20	,753	1,568	74,935			
21	,729	1,519	76,454			
22	,695	1,447	77,902			
23	,649	1,351	79,253			
24	,640	1,334	80,587			
25	,630	1,313	81,900			
26	,585	1,218	83,118			
27	,534	1,112	84,230			
28	,508	1,059	85,289			
29	,500	1,041	86,330			
30	,492	1,025	87,355			
31	,479	,998	88,353			
32	,462	,963	89,316			
33	,439	,915	90,231			
34	,427	,890	91,121			
35	,414	,863	91,984			
36	,405	,843	92,827			
37	,398	,830	93,657			
38	,385	,802	94,459			
39	,341	,711	95,170			
40	,320	,667	95,837			
41	,313	,652	96,489			
42	,292	,609	97,098			
43	,283	,590	97,688			
44	,270	,563	98,251			
45	,263	,548	98,799			
46	,232	,484	99,283			
47	,198	,412	99,695			
48	,146	,305	100,000			

5.1.4.1.1.2. Graphique des valeurs propres :

Graphique des valeurs propres



5.1.4.1.1.3. Solution factorielle sans rotation :

	Composante
	1
gifimp46	,597
gifimp39	,592
gifimp38	,582
gifimp21	,569
gifimp33	,567
gifimp30	,562
gifimp34	,562
gifimp29	,561
gifimp35	,560
gifimp28	,540
gifimp26	,536
gifimp25	,531
gifimp18	,529
gifimp17	,526
gifimp31	,525
gifimp45	,521
gifimp42	,519
gifimp22	,519
gifimp44	,506
gifimp27	,498
gifimp36	,494
gifimp37	,494
gifimp14	,484
gifimp20	,466
gifimp24	,462
gifimp16	,456
gifimp15	,442
gifimp06	,433
gifimp13	,423
gifimp43	,423
gifimp11	,420
gifimp07	,419
gifimp32	,413
gifimp48	,403
gifimp04	,391
gifimp23	,388
gifimp05	,379
gifimp40	,369
gifimp10	,365
gifimp19	,360
gifimp03	,354
gifimp41	,338
gifimp01	,293
gifimp12	,288
gifimp02	,285
gifimp47	,234
gifimp09	,216
gifimp08	,189

5.1.4.1.2. Etude de la consistance interne de l'évaluation importance de la GIFS :

Récapitulatif des observations traitées

	N	%
Observations Valide	276	83,1
Exclus ^a	56	16,9
Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,908	48

	Moy. de l'échelle en cas de suppres. d'un élément	Var. de l'échelle en cas de suppres. d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppres. de l'élément
gifimp01	169,62	429,684	,293	,908
gifimp02	168,83	434,040	,260	,908
gifimp03	168,45	434,343	,306	,907
gifimp04	169,00	427,433	,406	,906
gifimp05	168,58	432,885	,315	,907
gifimp06	168,32	433,259	,348	,907
gifimp07	169,70	425,797	,372	,907
gifimp08	170,10	434,190	,185	,909
gifimp09	170,29	426,252	,287	,908
gifimp10	169,11	426,203	,379	,906
gifimp11	168,99	429,480	,350	,907
gifimp12	170,18	429,473	,299	,907
gifimp13	168,93	428,134	,411	,906
gifimp14	168,45	429,020	,431	,906
gifimp15	168,85	429,220	,387	,906
gifimp16	169,09	426,330	,400	,906
gifimp17	169,57	421,773	,474	,905
gifimp18	168,51	427,153	,487	,905
gifimp19	169,83	427,085	,331	,907
gifimp20	169,07	425,981	,408	,906
gifimp21	168,54	428,089	,484	,906
gifimp22	168,63	425,420	,492	,905
gifimp23	169,70	425,955	,350	,907
gifimp24	169,15	428,304	,394	,906
gifimp25	168,89	428,449	,427	,906
gifimp26	169,03	425,748	,448	,906
gifimp27	168,91	427,222	,442	,906
gifimp28	168,67	425,508	,470	,905
gifimp29	168,44	428,618	,462	,906
gifimp30	168,56	428,000	,466	,906
gifimp31	168,62	428,397	,454	,906
gifimp32	168,28	431,942	,349	,907
gifimp33	168,60	425,084	,466	,905
gifimp34	168,95	423,681	,488	,905
gifimp35	169,58	418,637	,503	,905
gifimp36	168,87	424,540	,429	,906
gifimp37	169,82	423,320	,446	,906
gifimp38	169,53	420,439	,508	,905
gifimp39	168,80	423,680	,532	,905
gifimp40	168,72	431,709	,292	,907
gifimp41	168,99	432,902	,254	,908
gifimp42	169,27	422,924	,475	,905
gifimp43	169,79	422,899	,409	,906
gifimp44	169,07	423,995	,460	,905
gifimp45	168,88	425,757	,449	,906
gifimp46	168,96	420,544	,546	,904
gifimp47	170,07	424,518	,301	,908
gifimp48	168,51	433,320	,330	,907

5.1.4.2. Etude de validation de l'évaluation interaction importance/facilité de la GIFS :

5.1.4.2.1. Etude de la structure factorielle de l'évaluation interaction importance/facilité de la GIFS avec extraction d'un seul facteur :

5.1.4.2.1.1. Variance totale expliquée :

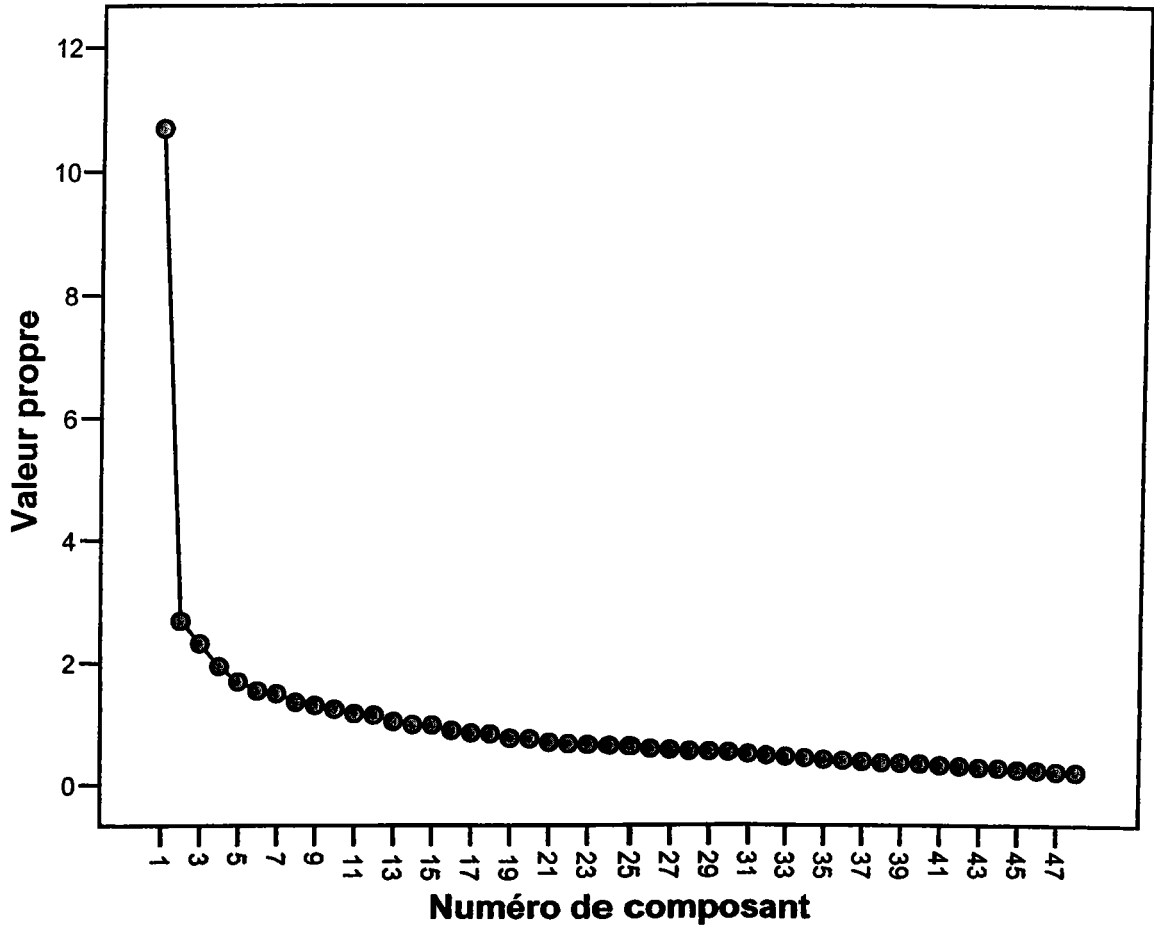
Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	10,695	22,281	22,281	10,695	22,281	22,281
2	2,687	5,597	27,878			
3	2,315	4,822	32,700			
4	1,944	4,049	36,749			
5	1,691	3,524	40,273			
6	1,541	3,211	43,484			
7	1,496	3,116	46,600			
8	1,355	2,823	49,423			
9	1,300	2,709	52,132			
10	1,241	2,585	54,716			
11	1,166	2,430	57,146			
12	1,140	2,375	59,521			
13	1,040	2,167	61,688			
14	,985	2,052	63,741			
15	,979	2,040	65,781			
16	,896	1,866	67,647			
17	,852	1,775	69,422			
18	,839	1,748	71,169			
19	,764	1,591	72,760			
20	,753	1,569	74,329			
21	,697	1,452	75,781			
22	,674	1,404	77,184			
23	,663	1,382	78,566			
24	,647	1,348	79,914			
25	,633	1,319	81,233			
26	,587	1,224	82,457			
27	,575	1,198	83,655			
28	,550	1,146	84,801			
29	,543	1,132	85,933			
30	,531	1,106	87,039			
31	,499	1,039	88,078			
32	,477	,995	89,073			
33	,458	,955	90,027			
34	,440	,916	90,944			
35	,414	,863	91,806			
36	,396	,824	92,630			
37	,384	,800	93,430			
38	,363	,757	94,187			
39	,357	,744	94,931			
40	,344	,716	95,648			
41	,319	,665	96,313			
42	,305	,635	96,947			
43	,285	,593	97,540			
44	,276	,575	98,115			
45	,249	,520	98,635			
46	,236	,492	99,127			
47	,215	,447	99,574			
48	,204	,426	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

5.1.4.2.1.2. Graphique des valeurs propres :

Graphique des valeurs propres



5.1.4.2.1.3. Solution factorielle sans rotation :

Matrice des composantes ^a

	Composante
	1
gifcon33	,609
gifcon30	,605
gifcon18	,584
gifcon29	,581
gifcon21	,578
gifcon10	,558
gifcon25	,557
gifcon46	,557
gifcon27	,557
gifcon39	,555
gifcon11	,554
gifcon31	,550
gifcon16	,531
gifcon26	,529
gifcon45	,526
gifcon36	,518
gifcon37	,518
gifcon05	,516
gifcon06	,515
gifcon38	,510
gifcon13	,505
gifcon48	,498
gifcon42	,494
gifcon35	,484
gifcon04	,464
gifcon44	,457
gifcon34	,454
gifcon07	,454
gifcon24	,454
gifcon12	,447
gifcon19	,442
gifcon22	,441
gifcon14	,441
gifcon43	,433
gifcon03	,428
gifcon15	,411
gifcon20	,408
gifcon17	,401
gifcon41	,351
gifcon23	,333
gifcon28	,329
gifcon02	,323
gifcon32	,314
gifcon08	,304
gifcon09	,297
gifcon40	,295
gifcon01	,259
gifcon47	,253

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

5.1.4.2.2. Etude de la consistance interne de l'évaluation interaction importance/facilité de la GIFS :

Récapitulatif des observations traitées

	N	%
Observations Valide	263	79,2
Exclus ^a	69	20,8
Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,922	48

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gifcon01	494,0380	10056,411	,249	,922
gifcon02	493,2586	10003,628	,312	,922
gifcon03	491,6160	9916,734	,380	,921
gifcon04	490,2776	9792,308	,460	,920
gifcon05	491,4639	9852,128	,464	,920
gifcon06	489,6768	9734,006	,480	,920
gifcon07	493,6540	9903,403	,409	,921
gifcon08	493,3802	9927,343	,304	,922
gifcon09	495,1027	9967,718	,282	,922
gifcon10	492,3422	9705,928	,559	,919
gifcon11	493,5475	9867,088	,526	,920
gifcon12	495,0076	9858,137	,442	,920
gifcon13	492,4943	9903,656	,469	,920
gifcon14	490,7034	9835,950	,418	,921
gifcon15	492,7262	9961,406	,368	,921
gifcon16	490,8479	9765,450	,485	,920
gifcon17	492,8213	9967,384	,358	,921
gifcon18	490,2700	9683,205	,554	,919
gifcon19	495,0989	9937,013	,423	,921
gifcon20	492,0114	9906,332	,389	,921
gifcon21	489,2966	9673,255	,557	,919
gifcon22	492,9316	9927,262	,404	,921
gifcon23	493,6388	9977,064	,314	,922
gifcon24	491,6996	9901,448	,429	,921
gifcon25	490,2662	9731,677	,512	,920
gifcon26	491,8365	9859,580	,459	,920
gifcon27	490,0380	9775,060	,503	,920
gifcon28	492,6996	9980,898	,307	,922
gifcon29	487,2890	9626,504	,560	,919
gifcon30	488,4411	9662,163	,572	,919
gifcon31	490,9202	9796,165	,533	,920
gifcon32	487,9163	9922,199	,296	,922
gifcon33	491,8099	9744,162	,563	,919
gifcon34	493,4753	9964,365	,390	,921
gifcon35	494,1483	9902,516	,431	,921
gifcon36	494,2928	9853,658	,462	,920
gifcon37	494,0913	9878,923	,458	,920
gifcon38	493,9886	9912,721	,434	,921
gifcon39	491,9848	9840,549	,500	,920
gifcon40	494,0798	10071,097	,245	,922
gifcon41	491,8479	9942,763	,331	,922
gifcon42	493,2167	9866,583	,455	,920
gifcon43	494,4259	9867,077	,413	,921
gifcon44	493,0951	9911,583	,424	,921
gifcon45	489,6502	9751,015	,465	,920
gifcon46	491,5970	9772,654	,508	,920
gifcon47	494,9354	10002,267	,239	,923
gifcon48	491,5019	9865,587	,442	,920

5.1.4.3. Statistiques descriptives :

5.1.4.3.1. Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables degré d'importance des buts personnels, orientation générale de la structure de buts personnels, et perturbation de la structure de buts personnels :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
gifimpto	328	3,5978	,46720
gifimpor	325	-,1743	,40968
gifconto	320	10,7203	2,25079
N valide (listwise)	318		

5.1.4.3.2. Classement des items de la GIFS en fonction des moyennes décroissantes sur le score d'importance (premier tableau) et sur le score de perturbation (second tableau) :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne
gifimp32 : Eviter d'être malade	323	4,39
gifimp06 : Se sentir libre dans ses actes et dans ses choix	323	4,32
gifimp29 : Eviter d'être stressé(e)	324	4,26
gifimp03 : Se comporter de façon équitable avec les autres	322	4,21
gifimp14 : Adopter des comportements sains pour la santé	324	4,21
gifimp48 : Eviter de se comporter de façon injuste avec les autres	326	4,19
gifimp18 : Croire en soi	326	4,15
gifimp21 : Se sentir détendu(e)	326	4,14
gifimp30 : Eviter de douter de soi	325	4,12
gifimp05 : Comprendre le sens des choses	322	4,10
gifimp33 : Eviter d'être socialement isolé(e)	326	4,07
gifimp22 : Satisfaire sa curiosité intellectuelle	325	4,06
gifimp31 : Eviter d'être médiocre dans ses activités	324	4,04
gifimp28 : Eviter de manquer d'information (de rester dans l'ignorance)	324	4,00
gifimp40 : Eviter de transgresser les règles sociales	323	3,96
gifimp39 : Eviter de rester dans l'incompréhension (du sens des choses)	323	3,88
gifimp15 : Aider les autres	325	3,87
gifimp36 : Eviter de s'ennuyer	323	3,84
gifimp02 : Organiser ses activités quotidiennes de façon efficace	323	3,84
gifimp45 : Eviter les états émotionnels négatifs	320	3,80
gifimp13 : Accomplir son devoir envers les autres	324	3,77
gifimp34 : Eviter d'être indifférent(e) aux autres	323	3,76
gifimp25 : Eviter d'être submergé(e) par ses activités quotidiennes	325	3,76
gifimp27 : Eviter les contraintes imposées par les autres	322	3,75
gifimp46 : Eviter de concevoir la vie comme une expérience ordinaire, une routine quotidienne	322	3,69
gifimp41 : Eviter les pertes financières ou matérielles	323	3,68
gifimp04 : Aspirer à un fonctionnement optimal, à ses idéaux	319	3,67
gifimp11 : Ressentir du plaisir physique	321	3,64
gifimp26 : Eviter les sensations physiques désagréables	323	3,64
gifimp20 : Se protéger des situations hasardeuses	321	3,60
gifimp44 : Eviter les situations périlleuses	322	3,59
gifimp16 : Rechercher le bien être émotionnel	324	3,56
gifimp10 : Affirmer sa propre identité, ses croyances, ses valeurs	324	3,53
gifimp24 : Améliorer ses performances dans ses activités	324	3,50
gifimp42 : Eviter de n'accomplir que des activités banales ou sans créativité	322	3,41
gifimp38 : Eviter de penser de façon banale	324	3,17
gifimp17 : Avoir des idées novatrices	325	3,13
gifimp35 : Eviter les comparaisons défavorables avec autrui	324	3,09
gifimp01 : Développer des activités créatives	322	3,08
gifimp07 : Désirer l'approbation d'autrui	322	2,99
gifimp23 : Vivre des expériences excitantes	321	2,93
gifimp37 : Eviter la désapprobation d'autrui	322	2,92
gifimp43 : Eviter d'être comme tout le monde	325	2,84
gifimp19 : Appartenir à un groupe	323	2,80
gifimp47 : Eviter de perdre son unité spirituelle (éviter de s'éloigner de Dieu)	321	2,63
gifimp08 : Accumuler plus d'argent et de biens matériels	323	2,59
gifimp12 : Se valoriser par rapport aux autres	323	2,47
gifimp09 : Chercher une unité spirituelle (une harmonie avec une force supérieure ou avec Dieu)	321	2,40
N valide (listwise)	276	

Statistiques descriptives

	N	Moyenne
gifcon29 : Eviter d'être stressé(e)	318	15,8270
gifcon32 : Eviter d'être malade	316	14,6392
gifcon30 : Eviter de douter de soi	318	14,2484
gifcon21 : Se sentir détendu(e)	318	13,6069
gifcon45 : Eviter les états émotionnels négatifs	313	13,0735
gifcon06 : Se sentir libre dans ses actes et dans ses choix	317	12,9905
gifcon27 : Eviter les contraintes imposées par les autres	316	12,6519
gifcon18 : Croire en soi	318	12,5472
gifcon04 : Aspirer à un fonctionnement optimal, à ses idéaux	313	12,4217
gifcon25 : Eviter d'être submergé(e) par ses activités quotidiennes	318	12,4088
gifcon14 : Adopter des comportements sains pour la santé	318	12,1164
gifcon16 : Rechercher le bien-être émotionnel	317	11,8423
gifcon31 : Eviter d'être médiocre dans ses activités	314	11,6465
gifcon05 : Comprendre le sens des choses	318	11,2767
gifcon48 : Eviter de se comporter de façon injuste avec les autres	316	11,1329
gifcon46 : Eviter de concevoir la vie comme une expérience ordinaire, une routine quotidienne	314	11,0924
gifcon24 : Améliorer ses performances dans ses activités	317	11,0000
gifcon41 : Eviter les pertes financières ou matérielles	315	10,9873
gifcon26 : Eviter les sensations physiques désagréables	315	10,9365
gifcon33 : Eviter d'être socialement isolé(e)	316	10,9272
gifcon03 : Se comporter de façon équitable avec les autres	318	10,9245
gifcon39 : Eviter de rester dans l'incompréhension (du sens des choses)	316	10,7247
gifcon20 : Se protéger des situations hasardeuses	314	10,6592
gifcon10 : Affirmer sa propre identité, ses croyances, ses valeurs	318	10,2956
gifcon13 : Accomplir son devoir envers les autres	318	10,2642
gifcon15 : Aider les autres	318	10,0849
gifcon28 : Eviter de manquer d'information (de rester dans l'ignorance)	318	9,9088
gifcon17 : Avoir des idées novatrices	317	9,8297
gifcon22 : Satisfaire sa curiosité intellectuelle	317	9,7508
gifcon44 : Eviter les situations périlleuses	314	9,6592
gifcon42 : Eviter de n'accomplir que des activités banales ou sans créativité	316	9,5222
gifcon08 : Accumuler plus d'argent ou de biens matériels	316	9,5127
gifcon02 : Organiser ses activités quotidiennes de façon efficace	319	9,4138
gifcon34 : Eviter d'être indifférent(e) aux autres	315	9,3651
gifcon11 : Ressentir du plaisir physique	315	9,2286
gifcon07 : Désirer l'approbation d'autrui	318	9,1164
gifcon23 : Vivre des expériences excitantes	314	8,9331
gifcon37 : Eviter la désapprobation d'autrui	314	8,8471
gifcon38 : Eviter de penser de façon banale	315	8,7778
gifcon40 : Eviter de transgresser les règles sociales	316	8,7310
gifcon01 : Développer des activités créatives	318	8,5943
gifcon35 : Eviter les comparaisons défavorables avec autrui	314	8,5828
gifcon36 : Eviter de s'ennuyer	316	8,3323
gifcon43 : Eviter d'être comme tout le monde	314	8,0064
gifcon47 : Eviter de perdre son unité spirituelle (éviter de s'éloigner de Dieu)	311	7,9486
gifcon09 : Chercher une unité spirituelle (une harmonie avec une force supérieure ou avec Dieu)	311	7,7878
gifcon12 : Se valoriser par rapport aux autres	316	7,7627
gifcon19 : Appartenir à un groupe	316	7,4842
N valide (listwise)	263	

5.1.5. Etudes de validation du GHQ-12 :

5.1.5.1. Etude de la structure factorielle du GHQ-12 avec extraction d'un seul facteur :

5.1.5.1.1. Variance totale expliquée :

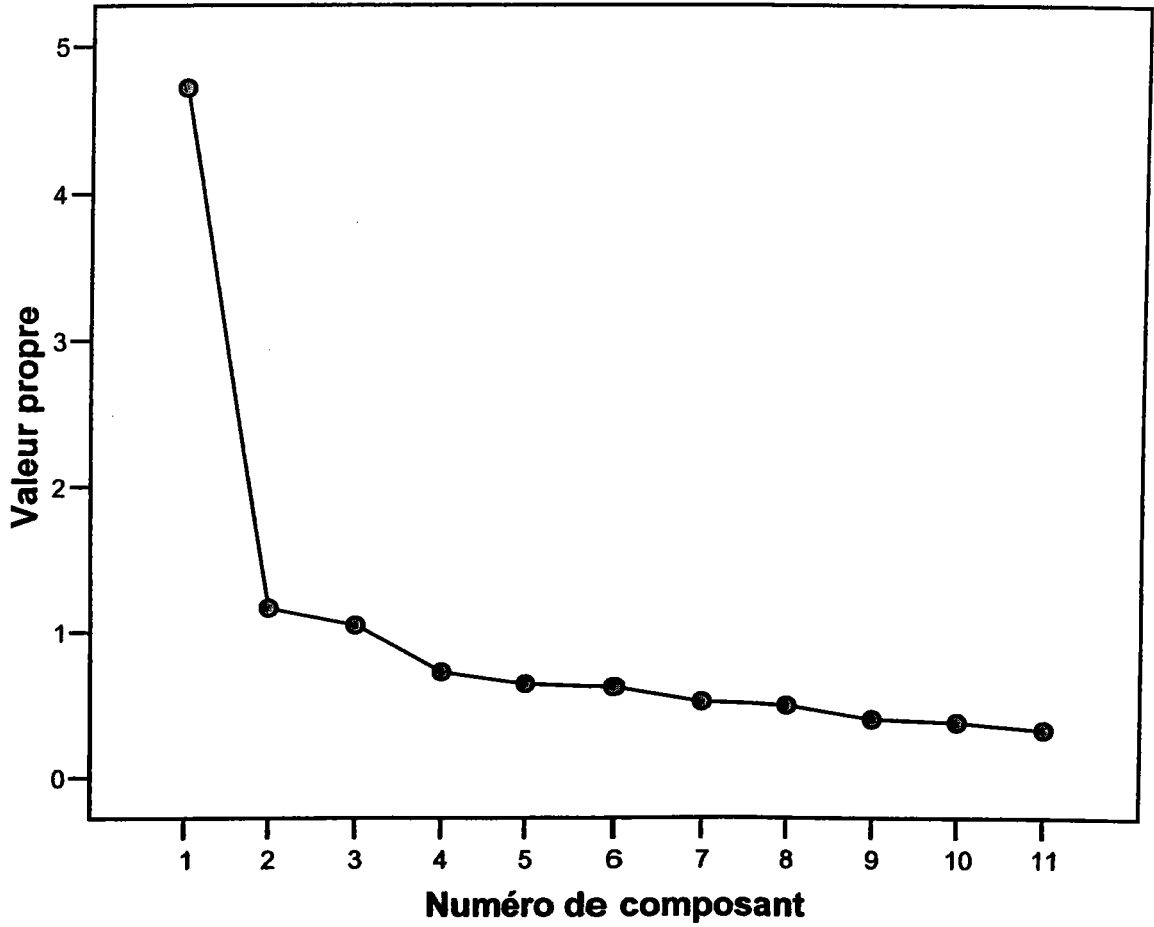
Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	4,718	42,887	42,887	4,718	42,887	42,887
2	1,165	10,589	53,476			
3	1,046	9,511	62,986			
4	,722	6,561	69,547			
5	,638	5,804	75,351			
6	,616	5,603	80,954			
7	,515	4,682	85,636			
8	,490	4,456	90,092			
9	,395	3,587	93,680			
10	,373	3,395	97,075			
11	,322	2,925	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

5.1.5.1.2. Graphique des valeurs propres :

Graphique des valeurs propres



5.1.5.1.3. Solution factorielle sans rotation :

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
GHQ9	,772
GHQ4	,721
GHQ8	,701
GHQ6	,696
GHQ12	,665
GHQ11	,641
GHQ1	,637
GHQ7	,628
GHQ2	,599
GHQ3	,573
GHQ5	,534

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

5.1.5.2. Etude de la consistance interne du GHQ-12 :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	316	95,2
	Exclus ^a	16	4,8
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,857	11

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
GHQ1	19,89	19,011	,517	,848
GHQ2	19,93	17,179	,544	,848
GHQ3	20,00	19,978	,451	,853
GHQ4	19,79	16,932	,644	,837
GHQ5	20,05	19,734	,421	,854
GHQ6	20,06	17,206	,613	,840
GHQ7	19,90	19,094	,524	,847
GHQ8	19,95	18,941	,588	,844
GHQ9	20,20	16,228	,699	,832
GHQ11	20,60	18,208	,537	,846
GHQ12	19,98	18,606	,564	,844

5.1.5.3. Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) du GHQ-12 :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
ghqtotc	320	,3684	,23083
N valide (listwise)	320		

5.1.6. Etudes de validation du GAPI :

5.1.6.1. Analyse de la structure factorielle du GAPI – extraction des composantes de valeur propre supérieure à 1 :

5.1.6.1.1. Variance totale expliquée :

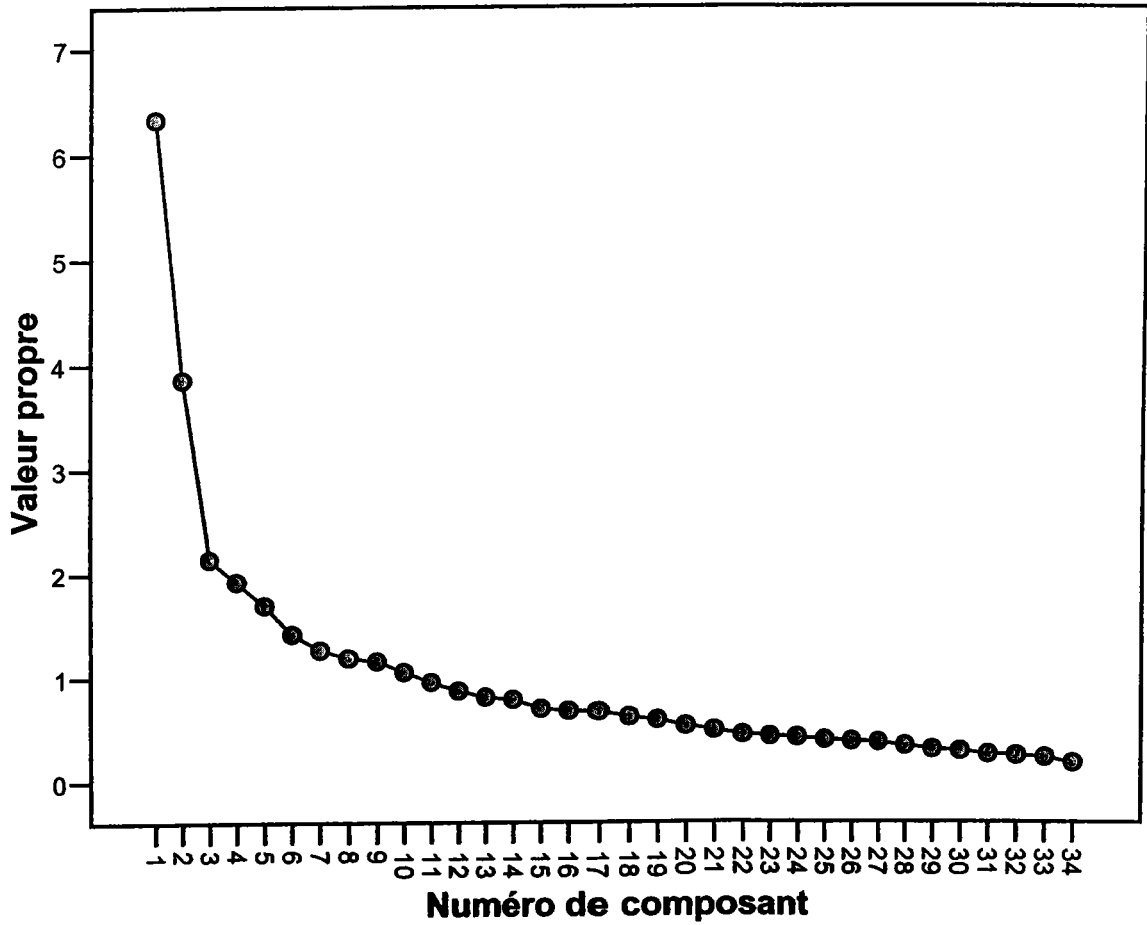
Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	6,332	18,624	18,624	3,156	9,283	9,283
2	3,857	11,343	29,967	2,860	8,412	17,695
3	2,138	6,288	36,255	2,485	7,310	25,004
4	1,921	5,650	41,905	2,173	6,391	31,395
5	1,695	4,985	46,890	2,089	6,144	37,539
6	1,417	4,167	51,057	2,085	6,134	43,673
7	1,263	3,716	54,772	1,970	5,794	49,467
8	1,187	3,492	58,265	1,940	5,705	55,172
9	1,156	3,400	61,665	1,912	5,623	60,796
10	1,051	3,091	64,756	1,347	3,961	64,756
11	,955	2,809	67,565			
12	,870	2,559	70,124			
13	,809	2,380	72,503			
14	,786	2,310	74,814			
15	,698	2,054	76,867			
16	,676	1,988	78,856			
17	,671	1,973	80,829			
18	,618	1,818	82,647			
19	,589	1,733	84,380			
20	,533	1,567	85,947			
21	,489	1,438	87,385			
22	,444	1,306	88,692			
23	,430	1,264	89,955			
24	,419	1,233	91,189			
25	,395	1,161	92,350			
26	,382	1,123	93,472			
27	,371	1,092	94,565			
28	,340	,999	95,564			
29	,305	,898	96,462			
30	,291	,855	97,317			
31	,259	,762	98,079			
32	,247	,727	98,806			
33	,229	,674	99,480			
34	,177	,520	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

5.1.6.1.2. Graphique des valeurs propres :

Graphique des valeurs propres



5.1.6.1.3. Solution factorielle après rotation Varimax :

Matrice des composantes après rotation^a

	Composante									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gapi15	,739									
gapi16	,801									
gapi17	,825									
gapi18	,680									
gapi20	,370									
gapi25		,533	-,393							
gapi26		,846								
gapi27		,856								
gapi28		,844								
gapi21			,713							
gapi23			,591							
gapi07			-,675							
gapi08			-,439					,477		
gapi32			,506	-,390						,399
gapi33				,599						
gapi34				,802						
gapi36				,708						
gapi05					,790					
gapi06					,760					
gapi12					,581					
gapi13					,443					
gapi24					,357					
gapi29						,587				
gapi30						,808				
gapi31						,755				
gapi09							-,596			
gapi10							,769			
gapi11							,810			
gapi19								,692		
gapi22								,678		
gapi14									,361	-,465
gapi03									,845	
gapi04									,810	
gapi35										,761

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

a. La rotation a convergé en 7 itérations.

5.1.6.2. Analyse de la consistance interne des facteurs du GAPI :

5.1.6.2.1. Analyse des facteurs issus de la solution factorielle avec extraction des facteurs de valeur propre supérieure à 1 :

5.1.6.2.1.1. Analyse du premier facteur :

Récapitulatif des observations traitées

	N	%
Observations Valide	267	80,4
Exclus ^a	65	19,6
Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,789	5

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi17	14,69	8,636	,695	,709
gapi16	14,88	8,316	,690	,707
gapi15	14,64	8,900	,567	,750
gapi18	14,71	8,883	,630	,730
gapi20	15,10	10,384	,296	,835

5.1.6.2.1.2. Analyse du second facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	273	82,2
	Exclus ^a	59	17,8
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,845	4

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi27	7,93	10,040	,718	,787
gapi26	7,95	9,737	,775	,762
gapi28	8,08	10,277	,685	,801
gapi25	8,18	11,008	,554	,857

5.1.6.2.1.3. Analyse du troisième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	258	77,7
	Exclus ^a	74	22,3
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,762	6

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi21	16,6085	19,150	,612	,702
gapi07b	16,7868	17,281	,649	,684
gapi23	16,4457	21,135	,336	,769
gapi32	15,7132	21,419	,371	,758
gapi08b	16,5233	18,064	,542	,717
gapi25b	16,2171	19,097	,528	,720

5.1.6.2.1.4. Analyse du quatrième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	261	78,6
	Exclus ^a	71	21,4
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,662	4

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi34	5,7280	5,845	,470	,592
gapi36	5,5709	5,761	,384	,631
gapi33	5,0805	4,205	,522	,537
gapi32b	5,1264	4,880	,433	,604

5.1.6.2.1.5. Analyse du cinquième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	271	81,6
	Exclus ^a	61	18,4
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,650	5

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi05	15,59	7,591	,447	,610
gapi06	16,15	6,282	,434	,583
gapi12	16,29	6,126	,445	,577
gapi13	16,86	5,257	,421	,604
gapi24	16,35	6,630	,371	,613

5.1.6.2.1.6. Analyse du sixième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	274	82,5
	Exclus ^a	58	17,5
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,673	3

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi30	5,68	3,986	,560	,480
gapi31	6,30	4,401	,469	,601
gapi29	5,59	4,265	,434	,649

5.1.6.2.1.7. Analyse du septième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	279	84,0
	Exclus ^a	53	16,0
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,687	3

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi11	4,3943	4,024	,579	,502
gapi10	3,8459	3,411	,551	,532
gapi09b	4,5556	4,759	,396	,718

5.1.6.2.1.8. Analyse du huitième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	273	82,2
	Exclus ^a	59	17,8
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,596	3

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi19	5,84	4,516	,411	,491
gapi22	5,58	4,443	,406	,497
gapi08	5,66	3,555	,411	,501

5.1.6.2.1.9. Analyse du neuvième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	273	82,2
	Exclus ^a	59	17,8
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,552	3

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi03	3,66	2,665	,421	,351
gapi04	4,09	3,154	,550	,204
gapi14	3,74	3,805	,178	,725

5.1.6.2.1.10. Analyse du dixième facteur :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	256	77,1
	Exclus ^a	76	22,9
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,287	3

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi35	7,9297	2,740	,201	,107
gapi14b	6,1797	3,811	,037	,445
gapi32	6,1875	3,071	,254	,014

5.1.6.2.2. Analyse de la consistance interne du groupe d'items non retenus lors de la première solution factorielle :

5.1.6.2.2.1. Première phase :

Récapitulatif des observations traitées

	N	%
Observations Valide	246	74,1
Exclus ^a	86	25,9
Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,704	12

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi07	28,9634	38,468	,554	,649
gapi08	29,2114	38,298	,542	,650
gapi09b	30,2276	42,862	,412	,676
gapi10	29,5325	41,221	,413	,674
gapi11	30,0325	41,713	,482	,666
gapi14	30,0366	44,125	,296	,691
gapi19	29,3943	43,693	,331	,686
gapi20b	29,4309	47,283	,106	,713
gapi21b	29,1260	41,098	,503	,662
gapi22	29,1220	44,344	,268	,695
gapi23b	29,2480	44,791	,208	,704
gapi35b	28,2561	48,583	-,023	,738

5.1.6.2.2.2. Seconde phase :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	261	78,6
	Exclus ^a	71	21,4
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,729	11

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi07	25,2107	36,121	,585	,675
gapi08	25,4559	36,141	,552	,680
gapi09b	26,4981	40,951	,401	,707
gapi10	25,7816	39,094	,419	,703
gapi11	26,2874	40,013	,448	,700
gapi14	26,3142	42,101	,300	,720
gapi19	25,6398	41,124	,368	,711
gapi20b	25,6935	45,367	,089	,744
gapi21b	25,4023	39,680	,464	,698
gapi22	25,3602	42,162	,271	,724
gapi23b	25,4981	42,705	,203	,735

5.1.6.2.2.3. Troisième phase :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	262	78,9
	Exclus ^a	70	21,1
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,743	10

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi07	22,6183	34,168	,580	,692
gapi08	22,8702	33,891	,566	,694
gapi09b	23,9046	38,976	,387	,725
gapi10	23,1794	36,638	,439	,717
gapi11	23,6870	37,565	,470	,713
gapi14	23,7099	39,739	,306	,736
gapi19	23,0420	38,646	,392	,724
gapi21b	22,8092	38,377	,402	,723
gapi22	22,7634	39,361	,314	,735
gapi23b	22,9084	40,850	,180	,755

5.1.6.2.2.4. Quatrième phase :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	262	78,9
	Exclus ^a	70	21,1
	Total	332	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,755	9

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
gapi07	19,8053	30,541	,553	,712
gapi08	20,0573	29,870	,569	,708
gapi09b	21,0916	34,743	,385	,740
gapi10	20,3664	32,233	,458	,729
gapi11	20,8740	33,206	,485	,725
gapi14	20,8969	35,097	,333	,748
gapi19	20,2290	34,269	,403	,738
gapi21b	19,9962	34,831	,348	,746
gapi22	19,9504	34,576	,352	,745

5.1.6.3. Matrice de corrélations des items non retenus lors de la première solution factorielle :

Corrélations

		gapi09
gapi09	Corrélation de Pearson	1
	N	280
gapi07	Corrélation de Pearson	-,264**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	277
gapi08	Corrélation de Pearson	-,231**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	277
gapi10	Corrélation de Pearson	-,339**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	280
gapi11	Corrélation de Pearson	-,363**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	279
gapi14	Corrélation de Pearson	-,108
	Sig. (bilatérale)	,074
	N	273
gapi19	Corrélation de Pearson	-,053
	Sig. (bilatérale)	,377
	N	277
gapi20	Corrélation de Pearson	,144*
	Sig. (bilatérale)	,016
	N	277
gapi21	Corrélation de Pearson	,250**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	279
gapi22	Corrélation de Pearson	-,102
	Sig. (bilatérale)	,090
	N	275
gapi23	Corrélation de Pearson	,118*
	Sig. (bilatérale)	,049
	N	276
gapi35	Corrélation de Pearson	,015
	Sig. (bilatérale)	,815
	N	260

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

5.1.6.4. Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des échelles du GAPI :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
gapeff	282	3,7541	,82363
gapem	281	2,6937	1,04812
gappart	265	1,8097	,74535
gapcom	280	2,9214	,95163
gapobs	283	2,5123	,74520
gapauto	283	4,0706	,60885
gapcont	281	1,8754	,99398
N valide (listwise)	261		

5.1.7. Etudes de validation de l'échelle d'observance thérapeutique :

5.1.7.1. Analyse de la structure factorielle de l'échelle d'observance thérapeutique – extraction d'une seule composante sans rotation:

5.1.7.1.1. Variance totale expliquée :

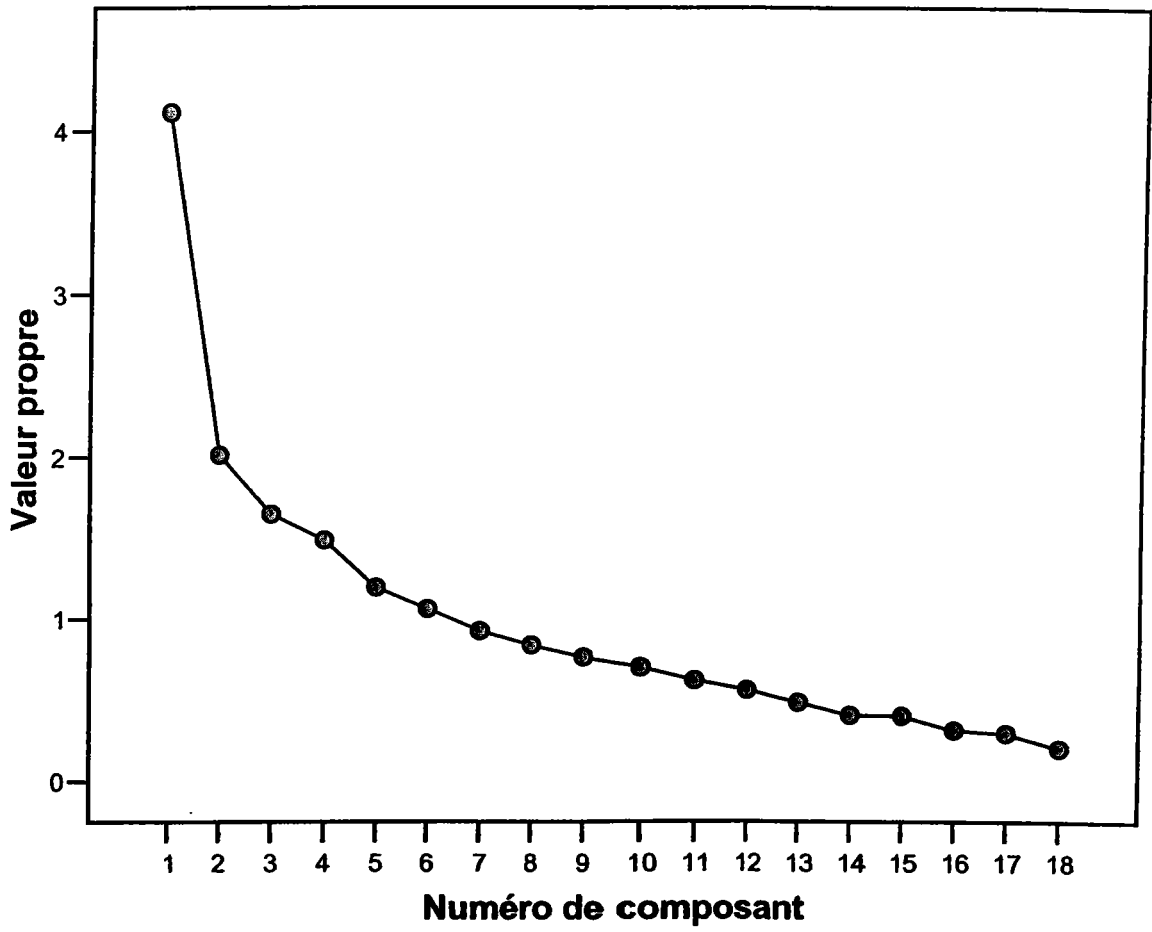
Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	4,114	22,856	22,856	4,114	22,856	22,856
2	2,013	11,185	34,041			
3	1,650	9,166	43,207			
4	1,488	8,265	51,472			
5	1,192	6,621	58,093			
6	1,061	5,894	63,987			
7	,924	5,135	69,123			
8	,836	4,644	73,767			
9	,761	4,228	77,994			
10	,698	3,879	81,873			
11	,618	3,435	85,308			
12	,558	3,099	88,407			
13	,482	2,677	91,084			
14	,403	2,238	93,322			
15	,399	2,214	95,536			
16	,311	1,726	97,262			
17	,292	1,621	98,883			
18	,201	1,117	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

5.1.7.1.2. Graphique des valeurs propres :

Graphique des valeurs propres



5.1.7.1.3. Solution factorielle sans rotation :

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
compli22	,622
compli11	,613
compli25	,591
compli16	-,587
compli04	,564
compli21	-,556
compli06	,525
compli23	-,511
compli24	,510
compli08	,502
compli09	-,494
compli18	-,438
compli05	,404
compli20	,390
compli13	-,319
compli12	-,265
compli19	,237
compli01	,051

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

5.1.7.2. Etude de la consistance interne du facteur général de l'échelle d'observance thérapeutique :

5.1.7.2.1. Première étape :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	86	93,5
	Exclus ^a	6	6,5
	Total	92	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,728	18

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
compli22	93,5465	34,345	,480	,700
compli11	93,1744	36,993	,405	,713
compli25	93,3488	36,630	,430	,710
compl16b	94,0000	34,729	,397	,708
compli04	93,3372	35,944	,420	,708
compl21b	93,2907	35,315	,495	,702
compli06	93,2907	36,915	,444	,711
compl23b	93,2791	36,886	,432	,711
compli24	93,3721	35,413	,375	,710
compli08	93,0581	38,832	,395	,722
compl09b	93,9186	34,029	,381	,709
compl18b	93,5233	34,464	,353	,713
compli05	93,2674	37,422	,321	,717
compli20	93,0349	39,093	,299	,724
compl12b	94,6860	34,594	,182	,748
compl13b	93,6628	36,556	,224	,726
compli19	94,0116	35,894	,194	,734
compli01	93,1977	39,196	,041	,737

5.1.7.2.2. Deuxième étape :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	86	93,5
	Exclus ^a	6	6,5
	Total	92	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,771	15

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
compli22	78,4419	24,508	,525	,743
compli11	78,0698	26,560	,516	,750
compli25	78,2442	26,516	,490	,751
compl16b	78,8953	24,518	,472	,749
compli04	78,2326	26,439	,394	,757
compl21b	78,1860	25,706	,497	,748
compli06	78,1860	27,189	,430	,757
compl23b	78,1744	27,016	,445	,755
compli24	78,2674	25,751	,378	,759
compli08	77,9535	28,751	,408	,766
compl09b	78,8140	24,341	,402	,759
compl18b	78,4186	25,282	,316	,770
compli05	78,1628	27,950	,251	,768
compli20	77,9302	29,101	,262	,770
compl13b	78,5581	26,602	,236	,775

5.1.7.2.3. Troisième étape :

Récapitulatif des observations traitées

		N	%
Observations	Valide	86	93,5
	Exclus ^a	6	6,5
	Total	92	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,775	14

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
compli22	73,1047	21,389	,548	,745
compli11	72,7326	23,492	,518	,754
compli25	72,9070	23,356	,509	,754
compl16b	73,5581	21,450	,486	,752
compli04	72,8953	23,365	,396	,761
compl21b	72,8488	22,930	,460	,755
compli06	72,8488	24,200	,408	,762
compl23b	72,8372	24,067	,418	,761
compli24	72,9302	22,677	,383	,763
compli08	72,6163	25,510	,436	,769
compl09b	73,4767	21,547	,384	,768
compl18b	73,0814	22,052	,338	,773
compli05	72,8256	24,781	,256	,772
compli20	72,5930	25,868	,277	,774

5.1.7.3. Statistiques descriptives (moyenne et écart-type) du facteur général de l'échelle d'observance thérapeutique pour les personnes hypertendues :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
obstotal	87	5,6096	,36661
N valide (listwise)	87		

5.2. Statistiques des recherches :

5.2.3. Etude des variables explicatives de la détresse psychologique :

5.2.3.1. Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables de l'étude :

Statistiques

		genre	AGE	tracnb	gifconto	gifimpto	gifimpor	ghqtotc
N	Valide	332	331	325	320	328	325	320
	Manquante	0	1	7	12	4	7	12
Moyenne		,44	48,11	31,5600	10,7203	3,5978	-,1743	,3684
Ecart-type		,497	13,794	7,78850	2,25079	,46720	,40968	,23083

5.2.3.2. Matrice de corrélations des variables de l'étude :

Corrélations

		genre	AGE	tracnb	gifconto	gifimpto	gifimpor	ghqtotc
genre	Corrélation de Pears	1	,153**	-,215**	-,186**	-,143**	,089	-,289**
	Sig. (bilatérale)		,005	,000	,001	,010	,110	,000
	N	332	331	325	320	328	325	320
AGE	Corrélation de Pears	,153**	1	-,064	-,116*	,014	-,159**	-,056
	Sig. (bilatérale)	,005		,249	,038	,795	,004	,322
	N	331	331	324	319	327	325	319
tracnb	Corrélation de Pears	-,215**	-,064	1	,371**	,159**	-,153**	,302**
	Sig. (bilatérale)	,000	,249		,000	,004	,006	,000
	N	325	324	325	314	322	319	318
gifconto	Corrélation de Pears	-,186**	-,116*	,371**	1	,608**	-,168**	,327**
	Sig. (bilatérale)	,001	,038	,000		,000	,003	,000
	N	320	319	314	320	320	318	310
gifimpto	Corrélation de Pears	-,143**	,014	,159**	,608**	1	-,144**	,094
	Sig. (bilatérale)	,010	,795	,004	,000		,009	,094
	N	328	327	322	320	328	325	317
gifimpor	Corrélation de Pears	,089	-,159**	-,153**	-,168**	-,144**	1	-,031
	Sig. (bilatérale)	,110	,004	,006	,003	,009		,587
	N	325	325	319	318	325	325	314
ghqtotc	Corrélation de Pears	-,289**	-,056	,302**	,327**	,094	-,031	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,322	,000	,000	,094	,587	
	N	320	319	318	310	317	314	320

** .La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* .La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

5.2.3.3. Analyse de régression :

Récapitulatif du modèle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,290 ^a	,084	,078	,22165	,084	14,066	2	307	,000
2	,380 ^b	,144	,136	,21458	,060	21,560	1	306	,000
3	,432 ^c	,187	,176	,20955	,042	15,863	1	305	,000
4	,453 ^d	,206	,190	,20778	,019	3,619	2	303	,028

a. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre

b. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre, tracnb

c. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre, tracnb, gifconto

d. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre, tracnb, gifconto, gifimpor, gifimpto

e. Variable dépendante : ghqtotc

ANOVA^e

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	1,382	2	,691	14,066	,000 ^a
	Résidu	15,082	307	,049		
	Total	16,465	309			
2	Régression	2,375	3	,792	17,191	,000 ^b
	Résidu	14,090	306	,046		
	Total	16,465	309			
3	Régression	3,071	4	,768	17,486	,000 ^c
	Résidu	13,393	305	,044		
	Total	16,465	309			
4	Régression	3,384	6	,564	13,064	,000 ^d
	Résidu	13,081	303	,043		
	Total	16,465	309			

a. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre

b. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre, tracnb

c. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre, tracnb, gifconto

d. Valeurs prédites : (constantes), AGE, genre, tracnb, gifconto, gifimpor, gifimpto

e. Variable dépendante : ghqtotc

Coefficients

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Corrélations			Statistiques de colinéarité		
	B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie	Tolérance	VIF	
1	(constante)	,437	,046		9,498	,000					
	genre	-,134	,026	-,288	-5,205	,000	-,289	-,285	-,284	,977	1,024
	AGE	,000	,001	-,012	-,211	,833	-,056	-,012	-,012	,977	1,024
2	(constante)	,184	,070		2,617	,009					
	genre	-,109	,025	-,235	-4,293	,000	-,289	-,238	-,227	,934	1,070
	AGE	6,01E-05	,001	-,004	-,067	,947	-,056	-,004	-,004	,976	1,025
	tracnb	,007	,002	,252	4,643	,000	,302	,257	,246	,953	1,050
3	(constante)	-,009	,084		-,105	,917					
	genre	-,099	,025	-,212	-3,954	,000	-,289	-,221	-,204	,924	1,082
	AGE	,000	,001	,014	,268	,789	-,056	,015	,014	,969	1,032
	tracnb	,005	,002	,174	3,095	,002	,302	,175	,160	,840	1,190
	gifconto	,023	,008	,224	3,983	,000	,327	,222	,206	,844	1,185
4	(constante)	,150	,111		1,353	,177					
	genre	-,105	,025	-,225	-4,208	,000	-,289	-,235	-,215	,916	1,092
	AGE	,001	,001	,039	,734	,463	-,056	,042	,038	,922	1,085
	tracnb	,005	,002	,166	2,948	,003	,302	,167	,151	,824	1,213
	gifconto	,034	,007	,334	4,778	,000	,327	,265	,245	,538	1,860
	gifimpto	-,079	,032	-,160	-2,451	,015	,094	-,139	-,126	,615	1,626
	gifimpor	,030	,030	,054	1,011	,313	-,031	,058	,052	,923	1,084

a. Variable dépendante : ghtotc

5.2.3.4. Etude des résidus :

5.2.3.4.1. Statistiques des résidus :

Statistiques des résidus^a

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	,0377	,6507	,3699	,10459	312
Prévision standardisée	-3,160	2,697	,014	,999	312
Erreur standard de prévision	,017	,073	,030	,008	312
Prévision corrigée	,0131	,6397	,3699	,10593	306
Résidu	-,43007	,67423	,00371	,20903	306
Résidu standardisé	-2,070	3,245	,018	1,006	306
Résidu studentisé	-2,111	3,264	,018	1,017	306
Résidu supprimé	-,44720	,68434	,00373	,21376	306
Résidu supprimé studentisé	-2,123	3,318	,019	1,021	306
Distance de Mahalanobis	1,123	36,792	5,869	3,914	312
Distance de Cook	,000	,060	,003	,006	306
Bras de levier centré	,004	,119	,019	,013	312

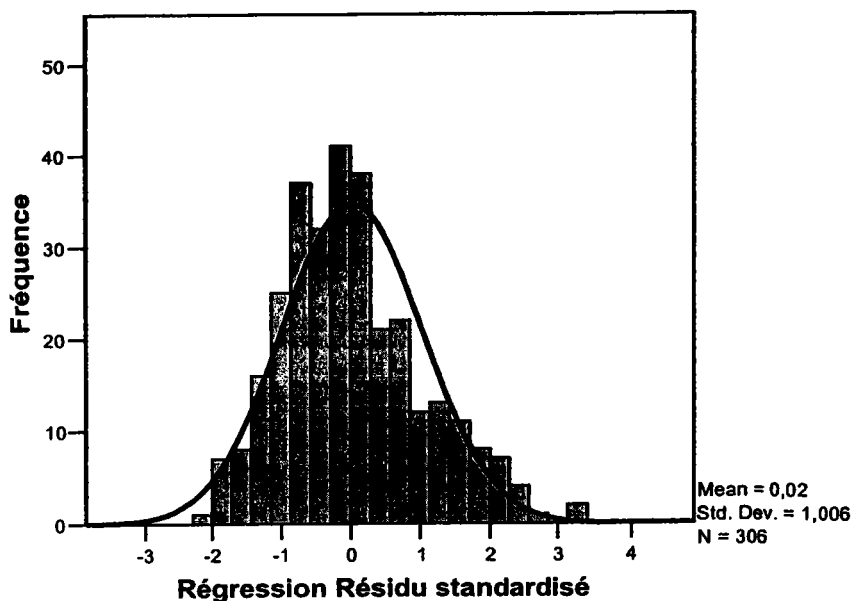
a. Variable dépendante : ghqtotc

5.2.3.4.2. Diagrammes de dispersion des résidus :

5.2.3.4.2.1. Distribution des résidus :

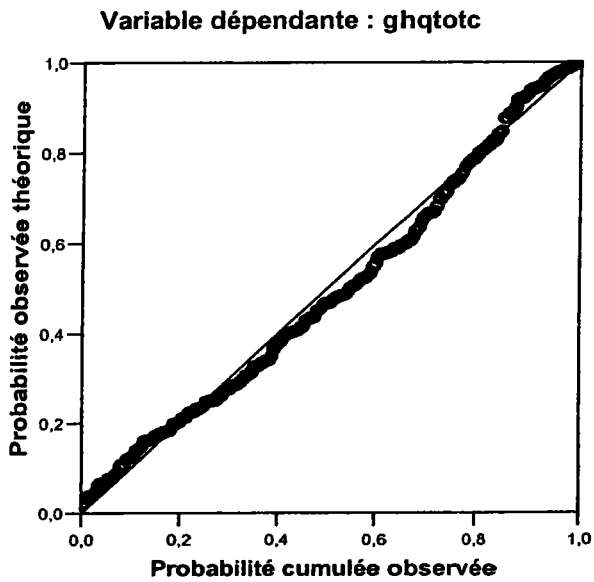
Histogramme

Variable dépendante : ghqtotc



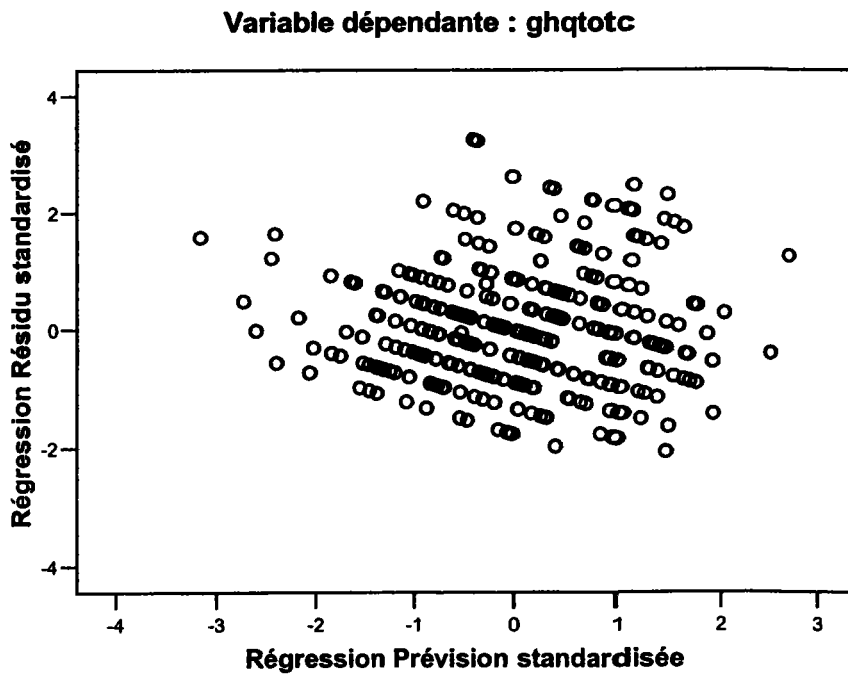
5.2.3.4.2.2. Graphique de la droite de Henry :

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



5.2.3.4.2.3. Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :

Nuage de points



5.2.4. Etude des variables explicatives de la progression vers un but de santé :

5.2.4.1. Statistiques descriptives (fréquences, moyennes et écart-types) des variables de l'étude dans l'échantillon général et dans les échantillons définis par le choix d'un but de santé spécifique :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
proBUTnt	194	4,25	2,330
genre	197	,39	,488
AGE	197	42,44	12,035
datBUTnt	195	,85	,357
ghqtotc	196	,3545	,21653
tracnb	195	31,7385	7,08405
gifimpto	197	3,6348	,45714
gifimpor	197	-,1587	,32913
gifconto	193	10,8334	2,21989
gapeff	195	3,6560	,79755
gapem	195	2,7479	1,04880
gappart	186	1,8902	,76411
gapcom	195	2,9769	,92914
gapobs	196	2,6158	,65139
gapauto	196	4,0283	,62524
gapcont	196	1,8393	,92178
N valide (listwise)	177		

butsan2

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Perdre du poids	57	28,9	28,9	28,9
Faire de l'exercice physique	42	21,3	21,3	50,3
Régime alimentaire	8	4,1	4,1	54,3
Arrêt tabac	18	9,1	9,1	63,5
Hygiène de vie	53	26,9	26,9	90,4
diminution alcool	1	,5	,5	90,9
diminuer le stress	13	6,6	6,6	97,5
sommeil	4	2,0	2,0	99,5
désensibilisation allergique	1	,5	,5	100,0
Total	197	100,0	100,0	

	butsan2b									
	Perte de poids		Exercice physique		Régime alimentaire		Arrêt tabac		Hygiène de vie	
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type
genre	,39	,49	,52	,51	,50	,53	,39	,50	,32	,47
AGE	41,42	12,59	42,36	11,60	44,25	13,04	41,33	12,06	43,77	10,65
datBUTnt	,81	,40	,86	,35	,88	,35	,72	,46	,90	,30
ghqtotc	,34	,22	,32	,21	,27	,11	,35	,22	,37	,21
tracnb	29,71	7,42	31,05	7,39	33,00	4,99	32,94	7,20	33,66	6,32
gifimpto	3,68	,44	3,60	,49	3,68	,38	3,88	,47	3,51	,43
gifimpor	-,16	,28	-,08	,33	-,32	,28	-,07	,34	-,20	,35
gifconto	10,35	1,94	10,72	2,42	11,55	1,84	11,85	3,33	10,75	1,98
gapeff	3,76	,82	3,92	,67	3,72	,41	3,46	,81	3,63	,80
gapem	2,86	1,10	2,33	,90	2,81	,86	3,31	,95	2,68	1,05
gappart	1,93	,84	1,86	,74	1,71	,51	1,79	,72	1,92	,75
gapcom	2,90	,97	2,79	1,00	2,75	,83	3,02	,86	3,17	,78
gapobs	2,39	,57	2,47	,63	2,57	,33	2,72	,50	2,66	,62
gapauto	4,02	,64	4,15	,58	4,00	,57	3,89	,81	3,97	,62
gapcont	1,67	,73	1,57	,92	1,88	1,06	2,39	1,01	1,84	,81
proBUTnt	3,91	2,34	4,24	2,17	4,13	2,10	3,35	2,21	5,10	2,45

	butsan2b							
	Diminution alcool		Diminution stress		Respect du sommeil		Désensibilisation allergique	
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type
genre	1,00	.	,15	,38	,00	,00	1,00	.
AGE	51,00	.	43,62	18,20	37,50	2,08	34,00	.
datBUTnt	1,00	.	,92	,28	1,00	,00	1,00	.
ghqtotc	,36	.	,47	,25	,59	,22	,27	.
tracnb	35,00	.	33,62	6,97	30,25	4,99	18,00	.
gifimpto	3,38	.	3,80	,41	3,28	,38	3,56	.
gifimpor	-,62	.	-,19	,23	-,28	,76	,00	.
gifconto	10,09	.	11,90	1,79	10,83	2,03	10,16	.
gapeff	3,50	.	3,00	,83	2,75	,61	3,25	.
gapem	3,50	.	2,92	,96	3,44	1,74	2,00	.
gappart	3,00	.	1,98	,82	1,75	,74	1,00	.
gapcom	1,00	.	3,33	1,02	2,92	,92	3,67	.
gapobs	3,00	.	3,32	,71	3,88	,00	3,00	.
gapauto	3,40	.	4,03	,52	4,50	,42	3,80	.
gapcont	1,00	.	2,65	1,25	1,75	,87	3,00	.
proBUTnt	4,00	.	4,31	2,18	2,50	1,91	3,00	.

5.2.4.2. Etude de la validité concourante de la variable critère :

5.2.4.2.1. Etude de la validité concourante de la variable critère dans une population désirant pratiquer une activité physique régulièrement :

Corrélations^a

		freqSPOR	proBUTnt
Corrélation de Pearson	freqSPOR	1,000	,430
	proBUTnt	,430	1,000
Signification (unilatérale)	freqSPOR	.	,002
	proBUTnt	,002	.
N	freqSPOR	42	42
	proBUTnt	42	42

a. Sélection exclusive des observations pour lesquelles
butsan2 = Faire de l'exercice physique

5.2.4.2.2. Etude de la validité concourante de la variable critère dans une population désirant adopter une hygiène de vie saine :

Corrélations^a

		proBUTnt	CHARCUT	freqSPOR
Corrélation de Pearson	proBUTnt	1,000	,256	,386
	CHARCUT	,256	1,000	,070
	freqSPOR	,386	,070	1,000
Signification (unilatérale)	proBUTnt	.	,035	,003
	CHARCUT	,035	.	,310
	freqSPOR	,003	,310	.
N	proBUTnt	51	51	51
	CHARCUT	51	53	53
	freqSPOR	51	53	53

a. Sélection exclusive des observations pour lesquelles butsan2 =
Hygiene de vie

5.2.4.3. Matrice de corrélations des variables de l'étude :

Corrélations

		proBUTnt	genre	AGE	datBUTnt	ghqtotc	tracnb
proBUTnt	Corrélation de Pearson	1	,052	-,016	,343**	-,194**	,036
	Sig. (bilatérale)		,471	,824	,000	,007	,621
	N	194	194	194	194	193	192
genre	Corrélation de Pearson	,052	1	,201**	-,114	-,212**	-,230**
	Sig. (bilatérale)	,471		,005	,113	,003	,001
	N	194	197	197	195	196	195
AGE	Corrélation de Pearson	-,016	,201**	1	,021	-,128	-,002
	Sig. (bilatérale)	,824	,005		,772	,074	,978
	N	194	197	197	195	196	195
datBUTnt	Corrélation de Pearson	,343**	-,114	,021	1	,156*	,052
	Sig. (bilatérale)	,000	,113	,772		,029	,474
	N	194	195	195	195	194	193
ghqtotc	Corrélation de Pearson	-,194**	-,212**	-,128	,156*	1	,347**
	Sig. (bilatérale)	,007	,003	,074	,029		,000
	N	193	196	196	194	196	194
tracnb	Corrélation de Pearson	,036	-,230**	-,002	,052	,347**	1
	Sig. (bilatérale)	,621	,001	,978	,474	,000	
	N	192	195	195	193	194	195
gifimpto	Corrélation de Pearson	,062	-,120	-,002	,074	,103	,159*
	Sig. (bilatérale)	,391	,094	,979	,306	,150	,027
	N	194	197	197	195	196	195
gifimpor	Corrélation de Pearson	,018	,143*	-,048	,081	-,059	-,206**
	Sig. (bilatérale)	,802	,045	,501	,262	,408	,004
	N	194	197	197	195	196	195
gifconto	Corrélation de Pearson	-,054	-,148*	-,150*	,092	,392**	,382**
	Sig. (bilatérale)	,459	,040	,037	,207	,000	,000
	N	190	193	193	191	193	191
gapeff	Corrélation de Pearson	,331**	,086	-,013	,049	-,345**	-,185**
	Sig. (bilatérale)	,000	,234	,857	,499	,000	,010
	N	192	195	195	193	195	193
gapem	Corrélation de Pearson	-,147*	-,244**	-,031	,081	,399**	,385**
	Sig. (bilatérale)	,042	,001	,666	,262	,000	,000
	N	192	195	195	193	195	193
gappart	Corrélation de Pearson	-,225**	-,046	,040	-,065	,284**	,173*
	Sig. (bilatérale)	,002	,537	,584	,382	,000	,019
	N	183	186	186	184	186	184
gapcom	Corrélation de Pearson	,013	-,196**	,036	,124	,088	,087
	Sig. (bilatérale)	,861	,006	,621	,086	,221	,232
	N	192	195	195	193	195	193
gapobs	Corrélation de Pearson	-,233**	-,113	-,042	,045	,413**	,197**
	Sig. (bilatérale)	,001	,114	,556	,535	,000	,006
	N	193	196	196	194	195	194
gapauto	Corrélation de Pearson	,221**	-,096	,060	,147*	,009	,059
	Sig. (bilatérale)	,002	,182	,406	,041	,905	,413
	N	193	196	196	194	195	194
gapcont	Corrélation de Pearson	-,079	,002	-,008	-,033	,147*	,153*
	Sig. (bilatérale)	,277	,973	,907	,643	,041	,033
	N	193	196	196	194	195	194

** - La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* - La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		gifimpto	gifimpor	gifconto	gapeff	gapem
proBUTnt	Corrélation de Pearson	,062	,018	-,054	,331**	-,147*
	Sig. (bilatérale)	,391	,802	,459	,000	,042
	N	194	194	190	192	192
genre	Corrélation de Pearson	-,120	,143*	-,148*	,086	-,244**
	Sig. (bilatérale)	,094	,045	,040	,234	,001
	N	197	197	193	195	195
AGE	Corrélation de Pearson	-,002	-,048	-,150*	-,013	-,031
	Sig. (bilatérale)	,979	,501	,037	,857	,666
	N	197	197	193	195	195
datBUTnt	Corrélation de Pearson	,074	,081	,092	,049	,081
	Sig. (bilatérale)	,306	,262	,207	,499	,262
	N	195	195	191	193	193
ghqtotc	Corrélation de Pearson	,103	-,059	,392**	-,345**	,399**
	Sig. (bilatérale)	,150	,408	,000	,000	,000
	N	196	196	193	195	195
tracnb	Corrélation de Pearson	,159*	-,206**	,382**	-,185**	,385**
	Sig. (bilatérale)	,027	,004	,000	,010	,000
	N	195	195	191	193	193
gifimpto	Corrélation de Pearson	1	-,061	,585**	,113	,209**
	Sig. (bilatérale)		,392	,000	,115	,003
	N	197	197	193	195	195
gifimpor	Corrélation de Pearson	-,061	1	-,103	,056	-,102
	Sig. (bilatérale)	,392		,153	,436	,157
	N	197	197	193	195	195
gifconto	Corrélation de Pearson	,585**	-,103	1	-,105	,386**
	Sig. (bilatérale)	,000	,153		,146	,000
	N	193	193	193	192	192
gapeff	Corrélation de Pearson	,113	,056	-,105	1	-,272**
	Sig. (bilatérale)	,115	,436	,146		,000
	N	195	195	192	195	195
gapem	Corrélation de Pearson	,209**	-,102	,386**	-,272**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	,157	,000	,000	
	N	195	195	192	195	195
gappart	Corrélation de Pearson	-,131	-,033	,048	-,238**	,101
	Sig. (bilatérale)	,076	,656	,522	,001	,172
	N	186	186	183	185	185
gapcom	Corrélation de Pearson	,136	,154*	,111	-,072	,249**
	Sig. (bilatérale)	,057	,032	,127	,316	,000
	N	195	195	192	195	195
gapobs	Corrélation de Pearson	-,020	,044	,291**	-,457**	,478**
	Sig. (bilatérale)	,776	,541	,000	,000	,000
	N	196	196	192	195	195
gapauto	Corrélation de Pearson	,331**	,008	,159*	,305**	,159*
	Sig. (bilatérale)	,000	,917	,027	,000	,026
	N	196	196	192	195	195
gapcont	Corrélation de Pearson	,087	,067	,178*	-,158*	,166*
	Sig. (bilatérale)	,226	,354	,013	,028	,021
	N	196	196	192	195	195

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		gappart	gapcom	gapobs	gapauto	gapcont
proBUTnt	Corrélation de Pearson	-,225**	,013	-,233**	,221**	-,079
	Sig. (bilatérale)	,002	,861	,001	,002	,277
	N	183	192	193	193	193
genre	Corrélation de Pearson	-,046	-,196**	-,113	-,096	,002
	Sig. (bilatérale)	,537	,006	,114	,182	,973
	N	186	195	196	196	196
AGE	Corrélation de Pearson	,040	,036	-,042	,060	-,008
	Sig. (bilatérale)	,584	,621	,556	,406	,907
	N	186	195	196	196	196
datBUTnt	Corrélation de Pearson	-,065	,124	,045	,147*	-,033
	Sig. (bilatérale)	,382	,086	,535	,041	,643
	N	184	193	194	194	194
ghqtotc	Corrélation de Pearson	,284**	,088	,413**	,009	,147*
	Sig. (bilatérale)	,000	,221	,000	,905	,041
	N	186	195	195	195	195
tracnb	Corrélation de Pearson	,173*	,087	,197**	,059	,153*
	Sig. (bilatérale)	,019	,232	,006	,413	,033
	N	184	193	194	194	194
gifimpto	Corrélation de Pearson	-,131	,136	-,020	,331**	,087
	Sig. (bilatérale)	,076	,057	,776	,000	,226
	N	186	195	196	196	196
gifimpor	Corrélation de Pearson	-,033	,154*	,044	,008	,067
	Sig. (bilatérale)	,656	,032	,541	,917	,354
	N	186	195	196	196	196
gifconto	Corrélation de Pearson	,048	,111	,291**	,159*	,178*
	Sig. (bilatérale)	,522	,127	,000	,027	,013
	N	183	192	192	192	192
gapeff	Corrélation de Pearson	-,238**	-,072	-,457**	,305**	-,158*
	Sig. (bilatérale)	,001	,316	,000	,000	,028
	N	185	195	195	195	195
gapem	Corrélation de Pearson	,101	,249**	,478**	,159*	,166*
	Sig. (bilatérale)	,172	,000	,000	,026	,021
	N	185	195	195	195	195
gappart	Corrélation de Pearson	1	-,156*	,211**	-,178*	-,074
	Sig. (bilatérale)		,034	,004	,015	,317
	N	186	185	185	185	185
gapcom	Corrélation de Pearson	-,156*	1	,250**	,246**	,120
	Sig. (bilatérale)	,034		,000	,001	,094
	N	185	195	195	195	195
gapobs	Corrélation de Pearson	,211**	,250**	1	-,030	,179*
	Sig. (bilatérale)	,004	,000		,680	,012
	N	185	195	196	196	196
gapauto	Corrélation de Pearson	-,178*	,246**	-,030	1	-,094
	Sig. (bilatérale)	,015	,001	,680		,192
	N	185	195	196	196	196
gapcont	Corrélation de Pearson	-,074	,120	,179*	-,094	1
	Sig. (bilatérale)	,317	,094	,012	,192	
	N	185	195	196	196	196

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

5.2.4.4. Analyse de régression :

5.2.4.4.1. Présentation du modèle :

Récapitulatif du modèle^d

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,349 ^a	,122	,117	2,186	,122	25,030	1	180	,000
2	,445 ^b	,198	,189	2,095	,076	16,971	1	179	,000
3	,536 ^c	,287	,258	2,004	,089	4,334	5	174	,001

a. Valeurs prédites : (constantes), datBUTnt

b. Valeurs prédites : (constantes), datBUTnt, ghqtotc

c. Valeurs prédites : (constantes), datBUTnt, ghqtotc, gapauto, gappart, gapobs, gapem, gapeff

d. Variable dépendante : proBUTnt

ANOVA^d

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	119,596	1	119,596	25,030	,000 ^a
	Résidu	860,052	180	4,778		
	Total	979,648	181			
2	Régression	194,077	2	97,039	22,111	,000 ^b
	Résidu	785,571	179	4,389		
	Total	979,648	181			
3	Régression	281,083	7	40,155	10,002	,000 ^c
	Résidu	698,565	174	4,015		
	Total	979,648	181			

a. Valeurs prédites : (constantes), datBUTnt

b. Valeurs prédites : (constantes), datBUTnt, ghqtotc

c. Valeurs prédites : (constantes), datBUTnt, ghqtotc, gapauto, gappart, gapobs, gapem, gapeff

d. Variable dépendante : proBUTnt

Coefficients

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		t	Signification	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta				Corrélation simple	Partielle	Partie	Tolérance	VIF
1	(constante)	2,286	,413			5,533	,000					
	datBUTnt	2,247	,449	,349		5,003	,000	,349	,349	,349	1,000	1,000
2	(constante)	3,119	,445			7,015	,000					
	datBUTnt	2,527	,436	,393		5,800	,000	,349	,398	,388	,976	1,025
	ghqtotc	-3,091	,750	-,279		-4,120	,000	-,218	-,294	-,276	,976	1,025
3	(constante)	,765	1,491			,513	,609					
	datBUTnt	2,182	,425	,339		5,131	,000	,349	,362	,328	,937	1,068
	ghqtotc	-1,448	,852	-,131		-1,698	,091	-,218	-,128	-,109	,692	1,446
	gapeff	,483	,233	,163		2,072	,040	,344	,155	,133	,660	1,516
	gapem	-,124	,172	-,057		-,725	,470	-,155	-,055	-,046	,673	1,485
	gappart	-,242	,208	-,080		-1,166	,245	-,228	-,088	-,075	,865	1,156
	gapobs	-,329	,286	-,093		-1,149	,252	-,258	-,087	-,074	,630	1,588
	gapauto	,490	,263	,133		1,864	,064	,246	,140	,119	,803	1,246

a. Variable dépendante : proBUTnt

5.2.4.4.2. Etude des résidus :

5.2.4.4.2.1. Statistiques des résidus :

Statistiques des résidus^a

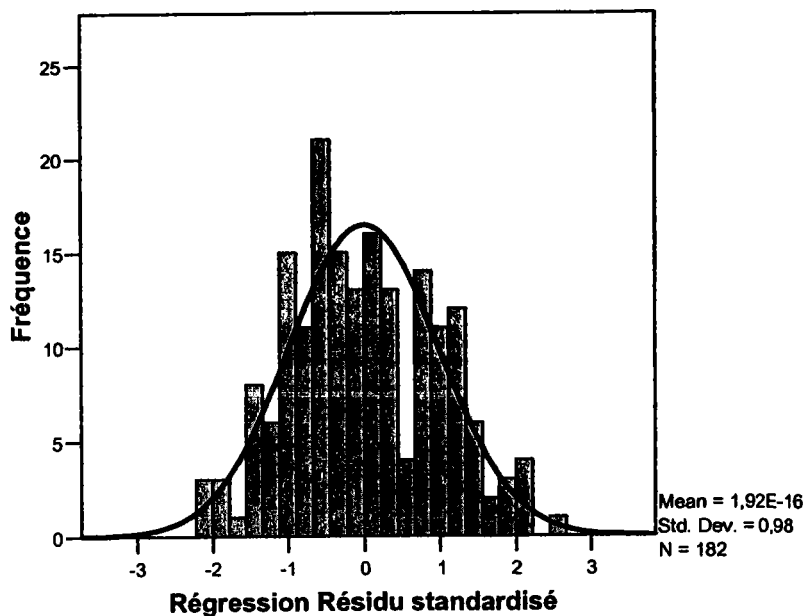
	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	1,20	6,70	4,19	1,246	182
Prévision standardisée	-2,400	2,014	,000	1,000	182
Erreur standard de prévision	,206	,731	,406	,109	182
Prévision corrigée	1,11	6,68	4,19	1,248	182
Résidu	-4,237	5,232	,000	1,965	182
Résidu standardisé	-2,115	2,611	,000	,980	182
Résidu studentisé	-2,157	2,685	-,001	1,003	182
Résidu supprimé	-4,407	5,530	-,005	2,057	182
Résidu supprimé studentisé	-2,180	2,734	-,001	1,008	182
Distance de Mahalanobis	,927	23,115	6,962	4,280	182
Distance de Cook	,000	,061	,006	,009	182
Bras de levier centré	,005	,128	,038	,024	182

a. Variable dépendante : proBUTnt

5.2.4.4.2.2. Distribution des résidus :

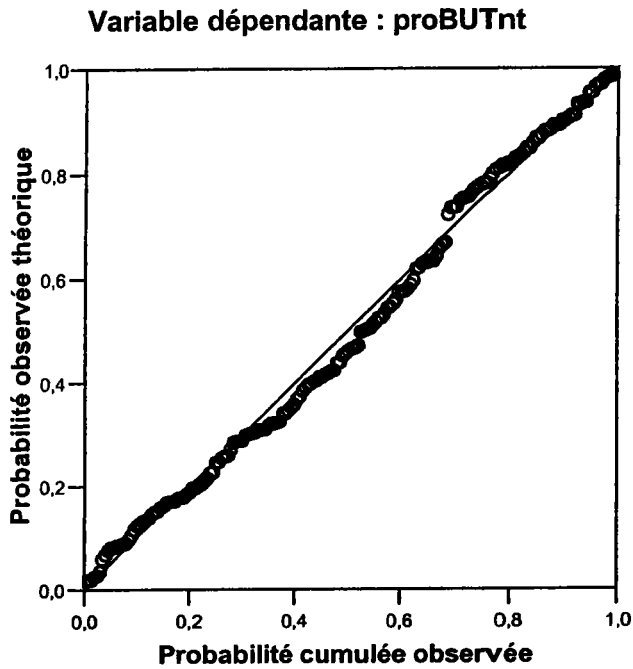
Histogramme

Variable dépendante : proBUTnt



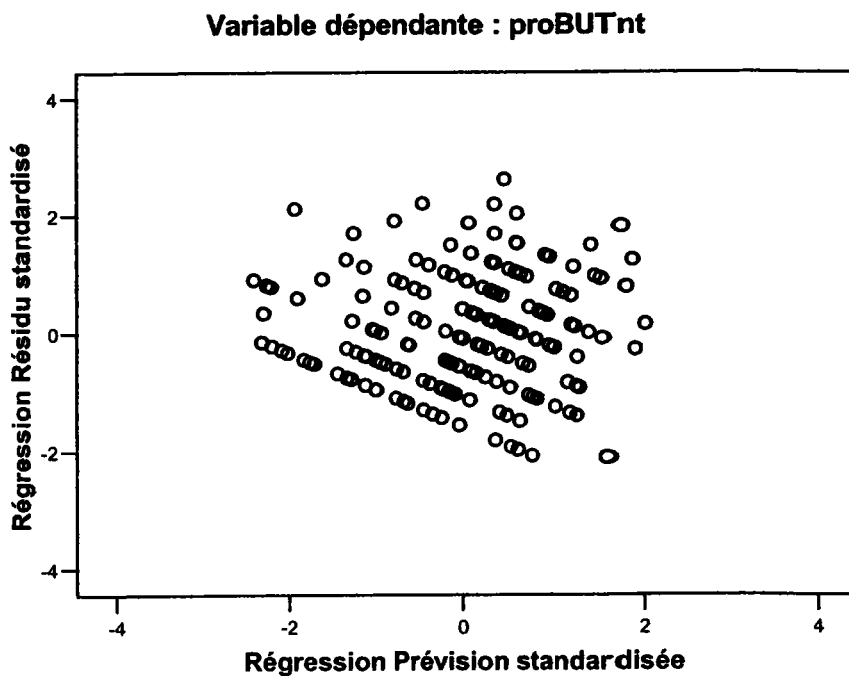
5.2.4.4.2.3. Graphique de la droite de Henry :

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



5.2.4.4.2.4. Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :

Nuage de points



5.2.5. Etude des variables explicatives de la progression vers un but de santé (prendre le traitement antihypertenseur comme prescrit) et de l'observance thérapeutique :

5.2.5.1. Statistiques descriptives (moyennes et écart-types) des variables de l'étude :

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
genre	92	,54	,501
AGE	91	58,26	10,237
nombre de médicaments hta	86	1,49	,682
nombre d'années du traitement	82	9,44	8,107
ghqtotc	83	,3762	,23472
tracnb	88	31,9886	8,06225
gifimpto	90	3,5099	,51875
gifimpor	87	-,2332	,40353
gifconto	86	10,5491	2,23692
gapeff	87	3,9741	,84309
gapem	86	2,5707	1,04221
gappart	79	1,6203	,66610
gapcom	85	2,7941	,99524
gapobs	87	2,2791	,88287
gapauto	87	4,1657	,56206
gapcont	85	1,9588	1,14489
proBUTht	85	7,12	3,021
obstotal	87	5,6096	,36661
N valide (listwise)	58		

5.2.5.2. Différences de moyennes sur les évaluations liées à la poursuite d'un but de santé :
groupes de personnes hypertendues vs groupe de personnes tout-venant :

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
gapeff	groupe hypertendu	87	3,9741	,84309	,09039
	groupe tout-venant	195	3,6560	,79755	,05711
gapem	groupe hypertendu	86	2,5707	1,04221	,11238
	groupe tout-venant	195	2,7479	1,04880	,07511
gappart	groupe hypertendu	79	1,6203	,66610	,07494
	groupe tout-venant	186	1,8902	,76411	,05603
gapcom	groupe hypertendu	85	2,7941	,99524	,10795
	groupe tout-venant	195	2,9769	,92914	,06654
gapobs	groupe hypertendu	87	2,2791	,88287	,09465
	groupe tout-venant	196	2,6158	,65139	,04653
gapauto	groupe hypertendu	87	4,1657	,56206	,06026
	groupe tout-venant	196	4,0283	,62524	,04466
gapcont	groupe hypertendu	85	1,9588	1,14489	,12418
	groupe tout-venant	196	1,8393	,92178	,06584

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
gapeff	Hypothèse de variances égales	,160	,689	3,040	280	,003	,31816	,10467	,11212	,52419
	Hypothèse de variances inégales			2,976	157,268	,003	,31816	,10692	,10697	,52934
gapem	Hypothèse de variances égales	,004	,952	-1,307	279	,192	-,17713	,13550	-,44386	,08961
	Hypothèse de variances inégales			-1,310	163,584	,192	-,17713	,13517	-,44403	,08978
gappart	Hypothèse de variances égales	,542	,462	-2,730	263	,007	-,26998	,09889	-,46470	-,07525
	Hypothèse de variances inégales			-2,885	167,498	,004	-,26998	,09357	-,45471	-,08525
gapcom	Hypothèse de variances égales	2,587	,109	-1,481	278	,140	-,18281	,12342	-,42577	,06015
	Hypothèse de variances inégales			-1,442	150,542	,151	-,18281	,12681	-,43336	,06775
gapobs	Hypothèse de variances égales	18,765	,000	-3,579	281	,000	-,33662	,09405	-,52175	-,15148
	Hypothèse de variances inégales			-3,192	129,253	,002	-,33662	,10547	-,54529	-,12794
gapauto	Hypothèse de variances égales	1,078	,300	1,758	281	,080	,13739	,07815	-,01643	,29122
	Hypothèse de variances inégales			1,832	182,183	,069	,13739	,07500	-,01060	,28538
gapcont	Hypothèse de variances égales	9,484	,002	,926	279	,355	,11954	,12912	-,13464	,37372
	Hypothèse de variances inégales			,850	133,327	,397	,11954	,14056	-,15847	,39755

5.2.5.3. Matrice de corrélations des variables de l'étude :

Corrélations

		genre	AGE	nombre de médicaments hta	nombre d'années du traitement	ghqtotc	tracnb
genre	Corrélation de Pearson	1	-,133	-,074	-,334**	-,372**	-,169
	Sig. (bilatérale)		,210	,495	,002	,001	,115
	N	92	91	88	86	83	88
AGE	Corrélation de Pearson	-,133	1	,214*	,150	-,044	-,209
	Sig. (bilatérale)	,210		,045	,168	,696	,052
	N	91	91	88	86	82	87
nombre de médicaments hta	Corrélation de Pearson	-,074	,214*	1	,389**	,107	-,155
	Sig. (bilatérale)	,495	,045		,000	,348	,158
	N	88	88	88	85	79	84
nombre d'années du traitement	Corrélation de Pearson	-,334**	,150	,389**	1	,071	,083
	Sig. (bilatérale)	,002	,168	,000		,539	,458
	N	86	86	85	86	77	82
ghqtotc	Corrélation de Pearson	-,372**	-,044	,107	,071	1	,189
	Sig. (bilatérale)	,001	,696	,348	,539		,086
	N	83	82	79	77	83	83
tracnb	Corrélation de Pearson	-,169	-,209	-,155	,083	,189	1
	Sig. (bilatérale)	,115	,052	,158	,458	,086	
	N	88	87	84	82	83	88
gifimpto	Corrélation de Pearson	-,096	,223*	,111	,094	,026	,109
	Sig. (bilatérale)	,368	,036	,309	,396	,819	,318
	N	90	89	86	84	81	86
gifimpor	Corrélation de Pearson	-,019	,003	-,056	-,120	,076	-,188
	Sig. (bilatérale)	,861	,976	,614	,280	,508	,088
	N	87	87	84	83	78	83
gifconto	Corrélation de Pearson	-,049	-,027	,081	,165	,137	,363**
	Sig. (bilatérale)	,654	,810	,468	,141	,235	,001
	N	86	85	82	81	77	82
gapeff	Corrélation de Pearson	-,007	-,097	,044	,006	-,015	-,093
	Sig. (bilatérale)	,948	,373	,693	,957	,892	,391
	N	87	86	83	81	82	87
gapem	Corrélation de Pearson	-,258*	-,105	,070	,115	,205	,277**
	Sig. (bilatérale)	,017	,340	,534	,308	,066	,010
	N	86	85	82	80	81	86
gappart	Corrélation de Pearson	-,112	-,063	-,085	,067	,145	,070
	Sig. (bilatérale)	,324	,585	,467	,571	,216	,537
	N	79	78	75	74	74	79
gapcom	Corrélation de Pearson	-,095	-,079	-,074	,026	,066	,402**
	Sig. (bilatérale)	,388	,474	,513	,818	,564	,000
	N	85	84	81	79	80	85
gapobs	Corrélation de Pearson	-,116	-,047	-,024	-,002	,203	,140
	Sig. (bilatérale)	,285	,666	,830	,988	,067	,196
	N	87	86	83	81	82	87
gapauto	Corrélation de Pearson	-,117	,029	,150	,077	,110	-,137
	Sig. (bilatérale)	,279	,789	,175	,492	,324	,206
	N	87	86	83	81	82	87
gapcont	Corrélation de Pearson	,135	-,018	-,163	-,185	,099	-,018
	Sig. (bilatérale)	,218	,871	,147	,103	,381	,868
	N	85	84	81	79	80	85
proBUTh	Corrélation de Pearson	,044	-,048	,085	,036	-,019	-,107
	Sig. (bilatérale)	,690	,666	,450	,754	,866	,331
	N	85	84	81	79	81	85
obstotal	Corrélation de Pearson	-,041	,167	,145	,106	-,344**	-,200
	Sig. (bilatérale)	,705	,124	,191	,346	,001	,063
	N	87	86	83	81	83	87

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		gifimpto	gifimpor	gifconto	gapeff	gapem	gappart
genre	Corrélation de Pearson	-,096	-,019	-,049	-,007	-,258*	-,112
	Sig. (bilatérale)	,368	,861	,654	,948	,017	,324
	N	90	87	86	87	86	79
AGE	Corrélation de Pearson	,223*	,003	-,027	-,097	-,105	-,063
	Sig. (bilatérale)	,036	,976	,810	,373	,340	,585
	N	89	87	85	86	85	78
nombre de médicaments hta	Corrélation de Pearson	,111	-,056	,081	,044	,070	-,085
	Sig. (bilatérale)	,309	,614	,468	,693	,534	,467
	N	86	84	82	83	82	75
nombre d'années du traitement	Corrélation de Pearson	,094	-,120	,165	,006	,115	,067
	Sig. (bilatérale)	,396	,280	,141	,957	,308	,571
	N	84	83	81	81	80	74
ghqtotc	Corrélation de Pearson	,026	,076	,137	-,015	,205	,145
	Sig. (bilatérale)	,819	,508	,235	,892	,066	,216
	N	81	78	77	82	81	74
tracnb	Corrélation de Pearson	,109	-,188	,363**	-,093	,277**	,070
	Sig. (bilatérale)	,318	,088	,001	,391	,010	,537
	N	86	83	82	87	86	79
gifimpto	Corrélation de Pearson	1	-,207	,683**	,102	,229*	-,115
	Sig. (bilatérale)		,054	,000	,353	,037	,318
	N	90	87	86	85	84	78
gifimpor	Corrélation de Pearson	-,207	1	-,227*	-,059	-,010	,240*
	Sig. (bilatérale)	,054		,038	,600	,928	,038
	N	87	87	84	82	81	75
gifconto	Corrélation de Pearson	,683**	-,227*	1	,004	,244*	-,100
	Sig. (bilatérale)	,000	,038		,974	,029	,396
	N	86	84	86	81	80	74
gapeff	Corrélation de Pearson	,102	-,059	,004	1	-,020	-,436**
	Sig. (bilatérale)	,353	,600	,974		,857	,000
	N	85	82	81	87	86	79
gapem	Corrélation de Pearson	,229*	-,010	,244*	-,020	1	,366**
	Sig. (bilatérale)	,037	,928	,029	,857		,001
	N	84	81	80	86	86	78
gappart	Corrélation de Pearson	-,115	,240*	-,100	-,436**	,366**	1
	Sig. (bilatérale)	,318	,038	,396	,000	,001	
	N	78	75	74	79	78	79
gapcom	Corrélation de Pearson	,107	-,139	,144	-,124	,549**	,207
	Sig. (bilatérale)	,335	,220	,203	,258	,000	,071
	N	83	80	80	85	85	77
gapobs	Corrélation de Pearson	,033	,046	-,031	-,277**	,477**	,664**
	Sig. (bilatérale)	,763	,681	,786	,009	,000	,000
	N	85	82	81	87	86	79
gapauto	Corrélation de Pearson	,241*	-,103	,122	,486**	,036	-,369**
	Sig. (bilatérale)	,026	,357	,276	,000	,741	,001
	N	85	82	81	87	86	79
gapcont	Corrélation de Pearson	-,073	,110	-,018	,046	,191	,072
	Sig. (bilatérale)	,512	,331	,872	,677	,082	,532
	N	83	80	80	85	84	77
proBUTht	Corrélation de Pearson	,217*	-,239*	,254*	,320**	-,057	-,277*
	Sig. (bilatérale)	,048	,032	,023	,003	,610	,015
	N	84	81	80	84	83	77
obstotal	Corrélation de Pearson	,276*	-,229*	,061	,193	-,095	-,293**
	Sig. (bilatérale)	,011	,039	,590	,075	,389	,009
	N	85	82	81	86	85	78

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations							
		gapcom	gapobs	gapauto	gapcont	proBUTht	obstotal
genre	Corrélation de Pearson	-,095	-,116	-,117	,135	,044	-,041
	Sig. (bilatérale)	,388	,285	,279	,218	,690	,705
	N	85	87	87	85	85	87
AGE	Corrélation de Pearson	-,079	-,047	,029	-,018	-,048	,167
	Sig. (bilatérale)	,474	,666	,789	,871	,666	,124
	N	84	86	86	84	84	86
nombre de médicaments hta	Corrélation de Pearson	-,074	-,024	,150	-,163	,085	,145
	Sig. (bilatérale)	,513	,830	,175	,147	,450	,191
	N	81	83	83	81	81	83
nombre d'années du traitement	Corrélation de Pearson	,026	-,002	,077	-,185	,036	,106
	Sig. (bilatérale)	,818	,988	,492	,103	,754	,346
	N	79	81	81	79	79	81
ghqtotc	Corrélation de Pearson	,066	,203	,110	,099	-,019	-,344**
	Sig. (bilatérale)	,564	,067	,324	,381	,866	,001
	N	80	82	82	80	81	83
tracnb	Corrélation de Pearson	,402**	,140	-,137	-,018	-,107	-,200
	Sig. (bilatérale)	,000	,196	,206	,868	,331	,063
	N	85	87	87	85	85	87
gifimpto	Corrélation de Pearson	,107	,033	,241*	-,073	,217*	,276*
	Sig. (bilatérale)	,335	,763	,026	,512	,048	,011
	N	83	85	85	83	84	85
gifimpor	Corrélation de Pearson	-,139	,046	-,103	,110	-,239*	-,229*
	Sig. (bilatérale)	,220	,681	,357	,331	,032	,039
	N	80	82	82	80	81	82
gifconto	Corrélation de Pearson	,144	-,031	,122	-,018	,254*	,061
	Sig. (bilatérale)	,203	,786	,276	,872	,023	,590
	N	80	81	81	80	80	81
gapeff	Corrélation de Pearson	-,124	-,277**	,486**	,046	,320**	,193
	Sig. (bilatérale)	,258	,009	,000	,677	,003	,075
	N	85	87	87	85	84	86
gapem	Corrélation de Pearson	,549**	,477**	,036	,191	-,057	-,095
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,741	,082	,610	,389
	N	85	86	86	84	83	85
gappart	Corrélation de Pearson	,207	,664**	-,369**	,072	-,277**	-,293**
	Sig. (bilatérale)	,071	,000	,001	,532	,015	,009
	N	77	79	79	77	77	78
gapcom	Corrélation de Pearson	1	,445**	-,081	,172	-,281*	-,133
	Sig. (bilatérale)		,000	,460	,118	,011	,229
	N	85	85	85	84	82	84
gapobs	Corrélation de Pearson	,445**	1	-,215*	,372**	-,330**	-,331**
	Sig. (bilatérale)	,000		,046	,000	,002	,002
	N	85	87	87	85	84	86
gapauto	Corrélation de Pearson	-,081	-,215*	1	,002	,349**	,290**
	Sig. (bilatérale)	,460	,046		,985	,001	,007
	N	85	87	87	85	84	86
gapcont	Corrélation de Pearson	,172	,372**	,002	1	-,237*	-,342**
	Sig. (bilatérale)	,118	,000	,985		,032	,001
	N	84	85	85	85	82	84
proBUTht	Corrélation de Pearson	-,281*	-,330**	,349**	-,237*	1	,229*
	Sig. (bilatérale)	,011	,002	,001	,032		,035
	N	82	84	84	82	85	85
obstotal	Corrélation de Pearson	-,133	-,331**	,290**	-,342**	,229*	1
	Sig. (bilatérale)	,229	,002	,007	,001	,035	
	N	84	86	86	84	85	87

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

5.2.5.4. Analyse de régression de la progression vers le but de santé :

5.2.5.4.1. Analyse du modèle :

Récapitulatif du modèle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,315 ^a	,099	,076	2,904	,099	4,244	2	77	,018
2	,588 ^b	,346	,282	2,560	,246	5,425	5	72	,000

a. Valeurs prédites : (constantes), gifconto, gifmpor

b. Valeurs prédites : (constantes), gifconto, gifmpor, gapobs, gapauto, gapcont, gapcom, gapeff

c. Variable dépendante : proBUTht

ANOVA^c

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	71,599	2	35,799	4,244	,018 ^a
	Résidu	649,581	77	8,436		
	Total	721,179	79			
2	Régression	249,351	7	35,622	5,436	,000 ^b
	Résidu	471,828	72	6,553		
	Total	721,179	79			

a. Valeurs prédites : (constantes), gifconto, gifmpor

b. Valeurs prédites : (constantes), gifconto, gifmpor, gapobs, gapauto, gapcont, gapcom, gapeff

c. Variable dépendante : proBUTht

Coefficients

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie	Tolérance	VIF
1	(constante)	3,775	1,584		2,384	,020					
	gifmpor	-1,428	,831	-,191	-1,718	,090	-,239	-,192	-,186	,949	1,054
	gifconto	,285	,150	,211	1,902	,061	,254	,212	,206	,949	1,054
2	(constante)	,308	2,845		,108	,914					
	gifmpor	-1,293	,748	-,173	-1,728	,088	-,239	-,200	-,165	,910	1,099
	gifconto	,301	,135	,223	2,238	,028	,254	,255	,213	,915	1,093
	gapeff	,646	,404	,180	1,597	,115	,320	,185	,152	,714	1,401
	gapcom	-,750	,332	-,247	-2,261	,027	-,281	-,257	-,216	,760	1,315
	gapobs	-,195	,407	-,057	-,478	,634	-,330	-,056	-,046	,641	1,560
	gapauto	,990	,596	,184	1,662	,101	,349	,192	,158	,740	1,351
gapcont	-,419	,277	-,159	-1,513	,135	-,237	-,176	-,144	,826	1,211	

a. Variable dépendante : proBUTht

5.2.5.4.2. Analyse des résidus :

5.2.5.4.2.1. Statistiques des résidus :

Statistiques des résidus^a

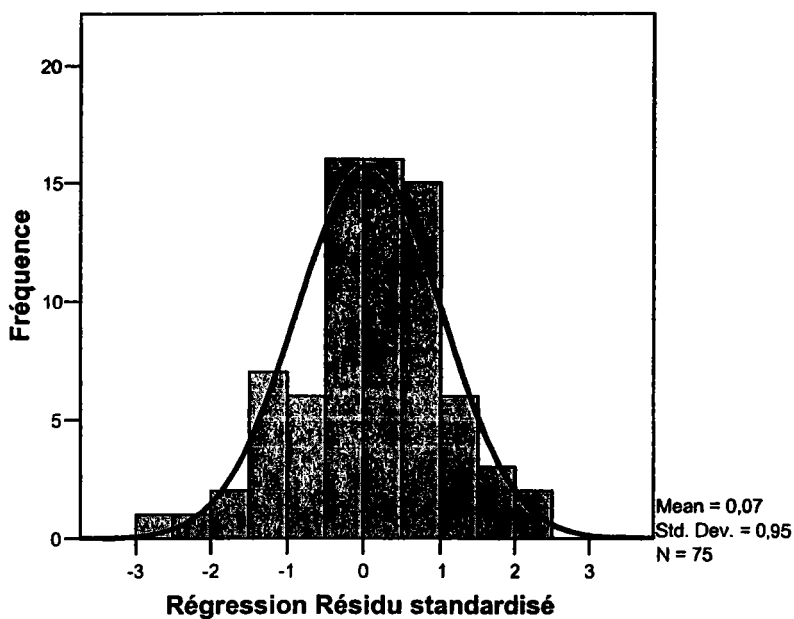
	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	3,31	11,11	7,09	1,732	77
Prévision standardisée	-2,142	2,244	-,016	,975	77
Erreur standard de prévision	,449	1,692	,763	,202	77
Prévision corrigée	3,19	11,49	7,02	1,757	75
Résidu	-7,222	5,367	,176	2,433	75
Résidu standardisé	-2,821	2,097	,069	,950	75
Résidu studentisé	-2,962	2,184	,076	,997	75
Résidu supprimé	-7,960	5,824	,215	2,685	75
Résidu supprimé studentisé	-3,139	2,244	,074	1,014	75
Distance de Mahalanobis	1,448	33,532	6,513	4,542	77
Distance de Cook	,000	,121	,013	,023	75
Bras de levier centré	,018	,424	,082	,057	77

a. Variable dépendante : proBUTht

5.2.5.4.2.2. Distribution des résidus :

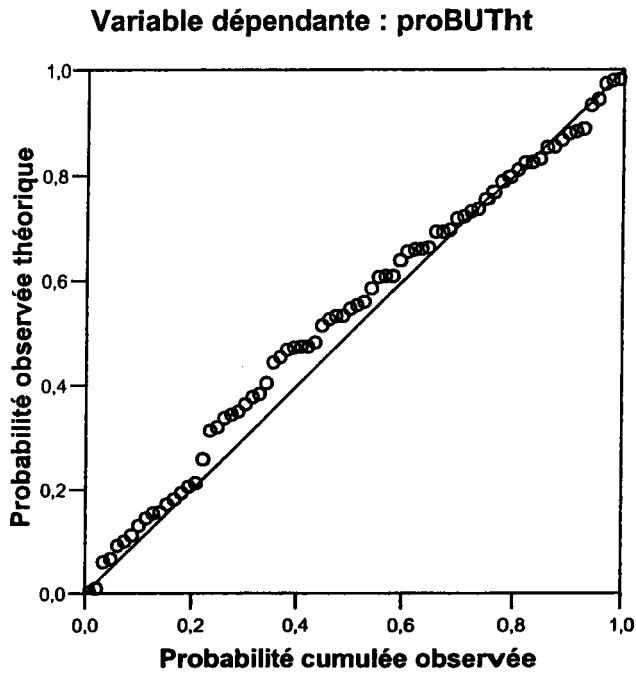
Histogramme

Variable dépendante : proBUTht



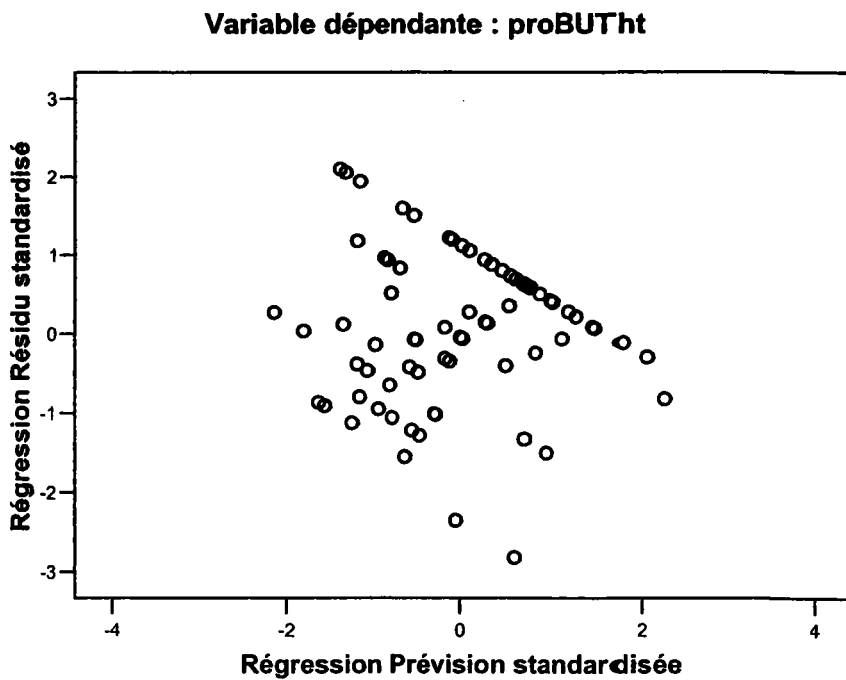
5.2.5.4.2.3. Graphique de la droite de Henry :

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



5.2.5.4.2.4. Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :

Nuage de points



5.2.5.5. Analyse de régression des comportements d'observance thérapeutique chez la personne hypertendue

5.2.5.5.1. Analyse du modèle :

Récapitulatif du modèle^d

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,344 ^a	,119	,106	,34657	,119	9,687	1	72	,003
2	,470 ^b	,221	,188	,33043	,102	4,604	2	70	,013
3	,617 ^c	,381	,315	,30347	,159	4,248	4	66	,004

a. Valeurs prédites : (constantes), ghqtotc

b. Valeurs prédites : (constantes), ghqtotc, gifimpto, gifimpor

c. Valeurs prédites : (constantes), ghqtotc, gifimpto, gifimpor, gapcont, gapauto, gappart, gapobs

d. Variable dépendante : obsttotal

ANOVA^d

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	1,163	1	1,163	9,687	,003 ^a
	Résidu	8,648	72	,120		
	Total	9,812	73			
2	Régression	2,169	3	,723	6,622	,001 ^b
	Résidu	7,643	70	,109		
	Total	9,812	73			
3	Régression	3,734	7	,533	5,792	,000 ^c
	Résidu	6,078	66	,092		
	Total	9,812	73			

a. Valeurs prédites : (constantes), ghqtotc

b. Valeurs prédites : (constantes), ghqtotc, gifimpto, gifimpor

c. Valeurs prédites : (constantes), ghqtotc, gifimpto, gifimpor, gapcont, gapauto, gappart, gapobs

d. Variable dépendante : obsttotal

Coefficients

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie	Tolérance	VIF
1	(constante)	5,812	,076		75,984	,000					
	ghqtotc	-,538	,173	-,344	-3,112	,003	-,344	-,344	-,344	1,000	1,000
2	(constante)	5,149	,272		18,955	,000					
	ghqtotc	-,530	,165	-,339	-3,206	,002	-,344	-,358	-,338	,992	1,008
	gifimpto	,179	,076	,253	2,346	,022	,276	,270	,248	,955	1,047
	gifimpor	-,136	,098	-,150	-1,388	,169	-,229	-,164	-,146	,950	1,052
3	(constante)	4,934	,386		12,771	,000					
	ghqtotc	-,496	,157	-,318	-3,153	,002	-,344	-,362	-,306	,925	1,081
	gifimpto	,133	,073	,189	1,829	,072	,276	,220	,177	,882	1,134
	gifimpor	-,095	,095	-,104	-1,003	,320	-,229	-,122	-,097	,866	1,155
	gappart	-,010	,081	-,018	-,124	,901	-,293	-,015	-,012	,428	2,336
	gapobs	-,047	,063	-,114	-,757	,452	-,331	-,093	-,073	,413	2,418
	gapauto	,156	,071	,238	2,198	,031	,290	,261	,213	,797	1,254
	gapcont	-,078	,035	-,242	-2,189	,032	-,342	-,260	-,212	,767	1,304

a. Variable dépendante : obsttotal

5.2.5.5.2. Analyse des résidus :

5.2.5.5.2.1. Statistiques des résidus :

Statistiques des résidus^a

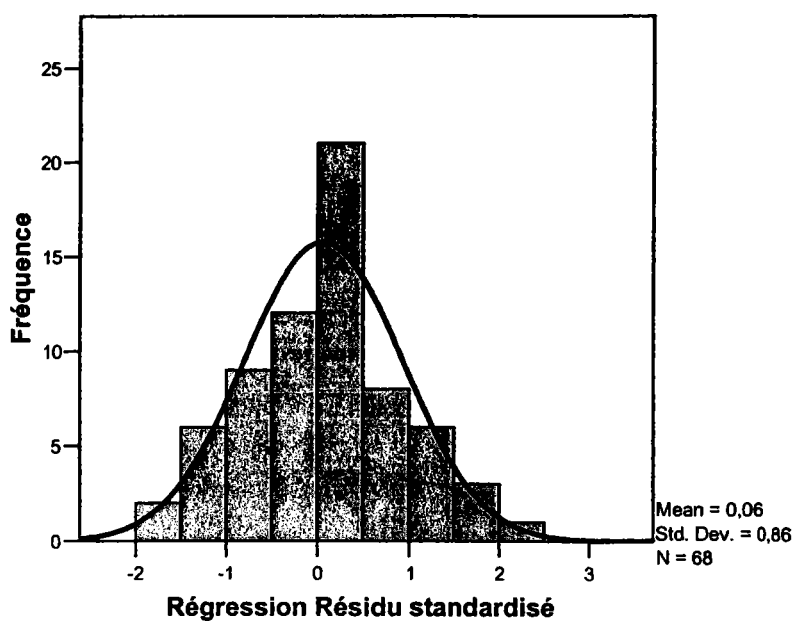
	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	5,0215	6,0709	5,6025	,22148	68
Prévision standardisée	-2,600	2,040	-,031	,979	68
Erreur standard de prévision	,060	,157	,096	,024	68
Prévision corrigée	5,0941	6,0793	5,5947	,23192	68
Résidu	-,60269	,60852	,01881	,26109	68
Résidu standardisé	-1,986	2,005	,062	,860	68
Résidu studentisé	-2,070	2,345	,074	,917	68
Résidu supprimé	-,66552	,83203	,02660	,29775	68
Résidu supprimé studentisé	-2,124	2,430	,075	,928	68
Distance de Mahalanobis	1,851	18,630	6,810	4,010	68
Distance de Cook	,000	,252	,015	,034	68
Bras de levier centré	,025	,255	,093	,055	68

a. Variable dépendante : obstotal

5.2.5.5.2.2. Distribution des résidus :

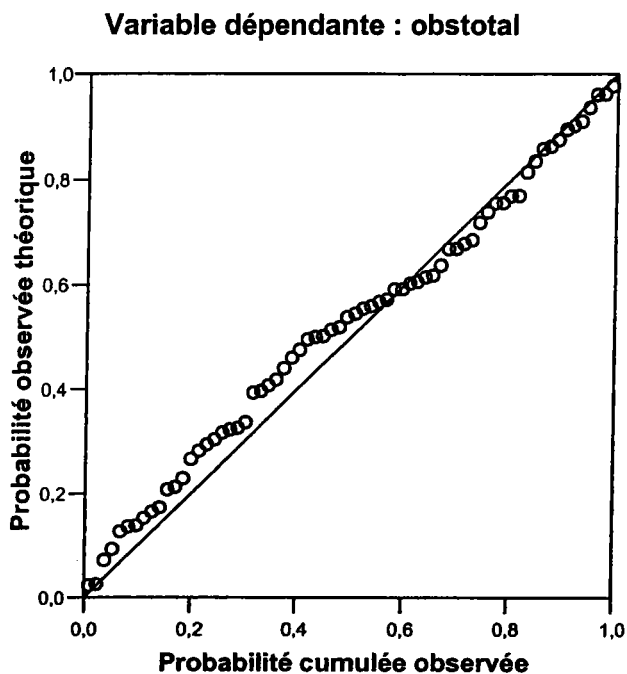
Histogramme

Variable dépendante : obstotal



5.2.5.5.2.3. Graphique de la droite de Henry :

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



5.2.5.5.2.4. Graphique des résidus par rapport aux valeurs prédites :

Nuage de points

