

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
PATRICIA ARSENAULT

ÉTUDE DE L'INTENTION DE MODIFIER LES HABITUDES DE VIE SUITE À LA
COMMUNICATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

AVRIL 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

Le risque de développer une maladie cardiovasculaire peut être réduit si de saines habitudes de vie sont observées. Malgré cela, de nombreux patients maintiennent des habitudes de vie néfastes. Cela est encore plus préoccupant chez les jeunes adultes. Le syndrome métabolique est reconnu comme un composite de plusieurs anomalies métaboliques qui, combinées, amplifient ce risque cardiovasculaire. Par ailleurs, plusieurs outils de calcul du risque cardiovasculaire permettent son évaluation et aide à l'identification de certains facteurs de risque modifiables. La communication du risque cardiovasculaire au patient à haut risque vise une prise de conscience de sa part et peut susciter un désir d'améliorer ses habitudes de vie. Plusieurs stratégies de communication existent afin de faciliter la transmission de cette information au patient. Suite à un examen de la littérature scientifique publiée dans ce domaine, il appert que la plupart des études ont été conduites avec des scénarios fictifs de risque cardiovasculaire et qu'aucune étude n'a ciblé exclusivement les patients plus jeunes. Une intervention infirmière a été développée dans le cadre de la présente étude afin de communiquer le risque cardiovasculaire aux patients âgés de 30 à 55 ans, atteints du syndrome métabolique et à risque cardiovasculaire modéré ou élevé. Une application utilisée sur une tablette électronique a servi de support à cette intervention. Un questionnaire a aussi été construit selon la théorie du comportement planifié d'Ajzen afin de mesurer l'intention de modifier les habitudes de vie et les croyances associées à ce changement. Un devis de recherche post test avec un seul groupe expérimental a été utilisé. Des

analyses descriptives univariées du concept de l'intention ont permis de déterminer que les patients ont l'intention de modifier leurs habitudes de vie suite à la communication de leur risque cardiovasculaire. Les 3 autres concepts directs, soient l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle, ont tous obtenu des scores légèrement positifs. L'analyse corrélationnelle, en l'occurrence le test de Kendall, n'a pas permis d'identifier de corrélations significatives entre l'intention et les 3 autres concepts directs de la théorie du comportement planifié. L'étude des croyances révèle que les patients reconnaissent les bénéfices associés à l'adoption de saines habitudes de vie et qu'ils croient que leur entourage les supporterait dans cette démarche. Par ailleurs, la motivation, le soutien de l'entourage et de bonnes connaissances sur le sujet ressortent comme des éléments jugés importants pour atteindre cet objectif. Ces données ont conduit à des recommandations en pratique clinique, en recherche et en formation dans le domaine des sciences infirmières.

Mots-clés: « communication », « risque cardiovasculaire », « évaluation », « maladie cardiovasculaire » et « syndrome métabolique ».

Abstract

The risk of developing these diseases can be reduced if a healthy lifestyle is adopted. Despite these well publicised recommendations, many patients maintain harmful lifestyle habits. This is even more worrisome amongst young adults. Metabolic syndrome is recognized as a composite of several metabolic abnormalities that, put together, amplify this cardiovascular risk. Furthermore, several cardiovascular risk calculation tools allow its evaluation and can help to identify modifiable risk factors. The communication of cardiovascular risk to a high risk patient can be used for awareness and to stimulate a desire to improve his lifestyle. Several communication strategies exist to facilitate the transmission of this information to the patient. Following a review of the scientific literature published in this area, it appears that most studies were conducted with fictional scenarios of cardiovascular risk and no studies have been exclusively targeted younger patients. A nursing intervention was developed in this study to communicate the cardiovascular risk in patients aged 30 to 55 years, with metabolic syndrome and moderate or high cardiovascular risk. An application used on an electronic table helped to support this intervention. A questionnaire has also been developed and validated according to Ajzen's theory of planned behavior to measure the intention to modify lifestyle and beliefs associated with this change. A post-test only research design with a single experimental group was used. Descriptive analyses of the concept of behavioral intention have permitted to determine that the patients have the intention to modify their living habits following the communication of their

cardiovascular risk. Positive scores were also found for attitude toward the comportment, perception of control and the subjective norm, which are the three direct concepts link with behavioral intention. Kendall rank correlation results are not significant between the intention and the 3 other direct concepts of the planned behavior theory. Further analysis of the beliefs revealed that patients recognise the benefits associated with the adoption of a healthier behavior and they believe that their entourage would encourage them to do so. It also revealed that motivation emerges as an element considered important to achieve this goal. These data have led to recommendations in clinical practice, research and training in the field of nursing.

Keywords: “Communication”, “Cardiovascular risk”, “Evaluation”, “Cardiovascular disease” and “Metabolic syndrome”.

Table des matières

Sommaire	ii
Abstract	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Abréviations	xii
Remerciements	1
Chapitre 1: Problématique	2
Chapitre 2: Recension des écrits	9
Évaluation du risque cardiovasculaire	10
Outils de calcul du RCV	15
Syndrome métabolique	22
Relations entre le risque cardiovasculaire et le syndrome métabolique	27
Éducation à la santé	28
Résultats de la recension des écrits	33
Cadre théorique	41
Hypothèse de recherche et objectifs secondaires	46
Chapitre 3: Méthodologie	48
Choix du type de devis et de l'instrument de mesure	49
Population et échantillon	51

Élaboration de l'instrument de mesure	54
Élaboration et description de l'intervention.....	66
Éthique	73
Déroulement.....	77
Analyse statistique des données.....	78
Biais méthodologiques.....	82
Chapitre 4: Résultats	87
Données sociodémographiques.....	88
Données métaboliques	92
Facteurs de risque et RCV	95
Habitudes de vie.....	100
Résultats de chacun des items du questionnaire relatifs aux concepts indirects.....	120
Résultats des analyses corrélationnelles	128
Chapitre 5: Discussion	103
Caractéristiques des patients	139
Concepts directs	141
Croyances vis-à-vis le comportement	148
Forces et limites de l'étude	153
Chapitre 6: Conclusion	135
Références	163
Appendice A: Guide pour le recrutement	175

Appendice B : Questionnaire de l'étude préliminaire.....	180
Appendice C : Questionnaire d'évaluation du questionnaire final	184
Appendice D: Questionnaire final	186
Appendice E : Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.....	195
Appendice F : Dépliants remis au patient	197
Appendice G: Questionnaire d'évaluation de l'intervention	209
Appendice H: Certificats d'éthique et Formulaires d'information et de consentement	213

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux outils d'évaluation du RCV	16
Tableau 2 : Différentes définitions du SM	23
Tableau 3 : Comparaison des critères du score de Framingham et du SM	25
Tableau 4 : Stratégies de communication du RCV	30
Tableau 5 : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon	53
Tableau 6 : Associations entre les concepts et les questions	65
Tableau 7 : Améliorations possibles des facteurs de risque modifiables	71
Tableau 8 : Données sociodémographiques	89
Tableau 9 : Données métaboliques	93
Tableau 10 : RCV global et facteurs de risque	96
Tableau 11 : Mobilisation possible du RCV	98
Tableau 12 : Activité physique, santé physique et tabagisme	101
Tableau 13 : Alimentation	105
Tableau 14 : Intention de départ et impact de la rencontre sur la motivation	109
Tableau 15 : Scores des concepts directs	110
Tableau 16 : Scores des concepts indirects	115
Tableau 17 : Réponses reliées aux croyances de l'attitude envers le comportement	122
Tableau 18 : Réponses reliées aux croyances de la norme subjective	124
Tableau 19 : Réponses reliées aux croyances de la perception de contrôle	126
Tableau 20 : Test de normalité	130

Liste des figures

Figure 1. Exemple de diagramme en barres verticales.	31
Figure 2. Exemple de diagramme en pointes de tarte.	32
Figure 3. Adaptation de la théorie du comportement planifié d'Ajzen.	42
Figure 4. Relations entre les croyances, les concepts indirects et les concepts directs .	148

Abréviations

AVC : Accident vasculaire cérébral

CHAUR : Centre hospitalier affilié universitaire régional

C-HDL : Cholestérol des lipoprotéines de haute densité

C-LDL : Cholestérol des lipoprotéines de basse densité

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

GMF : Groupe de médecine familial

HTA : Hypertension artérielle

MCV : Maladie cardiovasculaire

PA : Pression artérielle

RCV : Risque cardiovasculaire

SM : Syndrome métabolique

TCP : Théorie du comportement planifié

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Merci à monsieur François Boudreau et madame Julie Houle pour leur travail d'analyse et de correction du questionnaire. Vos conseils avisés ont été fort appréciés et aidants. Merci à Liette St-Pierre qui, par son écoute et son ouverture, a su me donner le goût de persévérer dans mes études à la maîtrise.

Merci à Sabrina Béland, amie et coordonnatrice de la gestion intégrée des maladies chroniques au CSSS de Trois-Rivières, pour avoir répondu à mes nombreuses interrogations. Merci à Annie Fiset, chef du département des soins courants du CSSS de Trois-Rivières, pour toutes les démarches faites afin de faciliter la réalisation du projet de recherche entre les murs du CSSS de Trois-Rivières.

Merci aux infirmières et infirmier qui ont agi à titre de recruteurs pour le projet de recherche: Julie Charette, Katerine Michaud, Andréanne Therrien, Sabrina Béland, Martin Courchesne, France Bussière, Virginie Carrier et Caroline Donaldson. Votre collaboration a été précieuse.

Merci à tous ceux et celles qui ont accepté de participer à mon projet de recherche. Ils et elles se sont tous prêtés au jeu avec beaucoup de gentillesse et de bonne volonté.

Merci à mon conjoint pour son support et ses encouragements. Bizous à mes 2 trésors, Alexis et Olivia, nés durant mes études à la maîtrise.

Finalement, un merci bien spécial à ma directrice, Lyne Cloutier, pour sa (très) grande patience, son ouverture et son écoute. Elle a su me pousser au-delà de mes limites, et je sais que je conserverai désormais cette confiance en mes propres capacités.

Chapitre 1: Problématique

Tous s'entendent sur l'importance d'être en bonne santé et souhaitent y parvenir le plus longtemps possible. Parallèlement, bon nombre de maladies sont évitables ou du moins, leurs apparitions peuvent être repoussées dans le temps. C'est le cas notamment des maladies du cœur et des maladies cérébrovasculaires qui pourtant, figurent respectivement au deuxième et troisième rang des causes les plus fréquentes de décès au Canada en 2011 (Statistique Canada, 2011b). Elles incluent les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (Agence de la santé publique du Canada, 2009). L'apparition des maladies cardiovasculaires (MCV), chez la majorité des personnes, est reliée à la présence de facteurs de risque modifiables et par le fait même, aux habitudes de vie (Haskell, 2003). Le risque d'incidence de ces maladies est donc amoindri si la personne réduit le nombre de facteurs de risque modifiables en adoptant de saines habitudes de vie telles une alimentation riche en fruits et légumes, la pratique régulière d'activités physiques et l'absence de tabagisme (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Yusuf et al., 2004). Pourtant, en 2009-2010, 22,9 % des Québécois fumaient quotidiennement, seulement 39,1% se disaient actifs physiquement et près de la moitié des Québécois ne consommaient pas encore cinq portions quotidiennes de légumes et de fruits (Statistique Canada, 2012).

L'évaluation du risque cardiovasculaire (RCV) permet de déterminer la probabilité de développer une MCV à partir de divers facteurs qui, en interagissant ensemble, déterminent le RCV global (Grover & Lowenstein, 2011). Le calcul du RCV s'effectue à l'aide d'outils de calcul élaborés avec de grandes cohortes de population. Bien qu'il existe une multitude d'outils de calcul du RCV, les plus couramment cités dans la littérature sont le score de Framingham, le modèle SCORE et l'âge cardiovasculaire (Cooney, Dudina, & Graham, 2009). Ces trois outils de calcul tiennent compte de plusieurs facteurs de RCV notamment l'âge, le sexe, le tabagisme ou encore la pression artérielle (PA). L'évaluation du RCV a pour objectif l'initiation et l'ajustement d'un traitement médicamenteux afin de diminuer l'impact d'un facteur de risque particulier (Genest et al., 2009). Il sert également à rassurer les patients à faible risque et à une potentielle prise de conscience des patients à risque modéré ou élevé (Grover & Lowenstein, 2011).

Par ailleurs, les patients présentant un haut RCV sont particulièrement susceptibles d'être atteints du syndrome métabolique (SM) puisqu'ils cumulent plusieurs facteurs de risque communs aux deux définitions (Galassi, Reynolds, & He, 2006; Mottillo et al., 2010). Le SM est défini comme étant l'association de plusieurs anomalies métaboliques incluant une hyperglycémie, une hypertension artérielle (HTA), une dyslipidémie, particulièrement un taux élevé de triglycérides et un faible taux de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL) ainsi qu'une obésité abdominale

(Genest et al., 2009). En plus d'amplifier le risque de MCV, le SM favorise la mortalité de cause cardiovasculaire (Galassi et al., 2006). On retrouve plusieurs définitions du SM dans la littérature. Bien que le SM ne soit pas à proprement parler un diagnostic médical, sa présence suppose tout de même une susceptibilité à développer une MCV ou le diabète (Mottillo et al., 2010). La clientèle atteinte est fortement diversifiée pour ce qui est de la tranche d'âge touchée. En effet, puisque l'âge n'est pas un critère nécessaire à la déclaration du SM, les jeunes adultes comme les gens très âgés peuvent en être atteints.

Bien qu'il est utile pour l'infirmière de calculer le RCV, cela demeure insuffisant pour engendrer une prise de conscience chez le patient à risque modéré ou élevé si cette information ne lui est pas communiquée. L'infirmière possède les compétences requises pour renseigner adéquatement la personne sur les déterminants de sa santé, leur influence et les mesures à prendre pour se protéger d'un risque potentiel (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009). De plus, des dispositions légales confèrent au patient le droit à l'information afin de favoriser un consentement libre et éclairé dans ses prises de décisions (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, 2015). Une communication déficiente mène non seulement à l'échec de la transmission de l'information, mais peut également entraîner une faible adhésion aux recommandations et à l'insatisfaction du patient (Iihara et al., 2014). Dans cette optique, l'infirmière se doit donc de communiquer le résultat de son évaluation au patient autant

pour respecter les droits de ce dernier que pour s'assurer d'une collaboration dans un contexte de partenariat.

Les stratégies de communication du RCV ont fait l'objet de nombreuses recherches. La multiplicité des devis de recherche et des analyses utilisées ont contribué à l'hétérogénéité des études qui ont été recensées. La perception du risque, l'impact émotionnel, l'anxiété et la compréhension sont autant de variables ayant été mesurées par le biais d'études qualitatives et quantitatives (Goldman et al., 2006; Hill et al., 2010; Waldron, van der Weijden, Ludt, Gallacher, & Elwyn, 2011). Une revue de la littérature actuelle permet de constater que peu de recherches ont été menées sur l'intention de modifier les comportements de santé suite à l'utilisation de stratégies de communication du RCV. L'intention est pourtant l'élément précurseur à l'adoption d'un nouveau comportement (Ajzen, 2005). Aucune étude recensée ne cible particulièrement les jeunes adultes dans la force de l'âge à RCV modéré ou élevé.

Seules quatre études primaires ont comparé des stratégies de communication du RCV en termes d'intention de modifier le comportement. Une d'entre elles a conclu que l'intention du patient de modifier ses habitudes de vie était favorisée lorsque l'on présentait son RCV sous forme de ratios (Fair, Murray, Thomas, & Cobain, 2008). Une autre étude a démontré que l'intention de modifier les habitudes de vie n'était pas influencée par le type de stratégie de communication employé (Soureti, Hurling, Murray, van Mechelen, & Cobain, 2010). L'intention était plutôt augmentée lorsque le

RCV était élevé. Cette dernière conclusion est similaire à celle de l'étude de Frileux, Muñoz Sastre, Mullet et Sorum (2004) puisque celle-ci a conclu que l'intention de changer le mode de vie est favorisée par une probabilité élevée de développer la maladie et par la perception, chez le patient, de détenir un contrôle de ses facteurs de risque. Par ailleurs, une étude effectuée auprès de patients diabétiques a conclu que l'intention de modifier les habitudes de vie n'était pas augmentée suite à la communication du RCV (Welschen et al., 2012). Une revue de la littérature a comparé différentes stratégies de communication du RCV en rassemblant 15 études sur le sujet (Waldron et al., 2011). Les auteurs ont conclu que bien que d'autres recherches doivent être menées dans ce domaine, les stratégies de communication les plus efficaces pour le patient semblent être l'utilisation de pourcentages, de graphiques et la projection du risque à court terme.

Malgré l'utilisation de stratégies de communication, il peut être difficile pour le patient de conceptualiser son RCV puisque la maladie n'est pas encore présente et par conséquent, ne cause aucun symptôme désagréable. Cette situation peut mener le patient à poser une autoévaluation erronée de son état de santé. Par ailleurs, les patients plus jeunes présentent moins de problèmes de santé chroniques que les patients plus âgés (Institut de la statistique du Québec, 2014). Or, les principaux éléments prédicteurs d'une consultation médicale sont la présence d'un problème de santé chronique et l'autoévaluation de sa santé (Nabalamba & Wayne, 2007). Par conséquent, les patients jeunes et sans problème de santé chronique peuvent ignorer la présence de facteurs de risque néfastes pour leur santé future s'ils ne consultent pas de professionnel de la santé.

Qui plus est, même si le patient connaît son RCV et ses facteurs de risque, il peut en sous-estimer la gravité. Cette situation tend à favoriser un manque d'assiduité à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie ainsi qu'une faible adhésion au traitement médicamenteux. Le patient qui doit apporter des changements à son mode de vie doit donc être fortement convaincu du bien-fondé des nouveaux comportements visés. Or, les taux d'abandon sont élevés concernant, par exemple, le traitement médicamenteux de la dyslipidémie (Ma, Vaillancourt, & Bennett, 2008). Ces données prouvent qu'il y a encore beaucoup à faire pour favoriser l'adhésion aux recommandations en matière de prévention et de traitement de la MCV. Pourtant, il serait profitable et logique de réduire l'incidence de facteurs de risque de MCV chez ceux qui sont les plus susceptibles de les développer. Les patients âgés de 30 à 55 ans bénéficient d'une espérance de vie encore très longue, ce qui les prédisposent à développer une MCV s'ils accumulent plusieurs facteurs de risque (Lloyd-Jones et al., 2004). Par ailleurs, à la connaissance de l'auteure, aucune étude ne s'est penchée sur l'intention de modifier les habitudes de vie chez une clientèle composée uniquement de patients de cette tranche d'âge, ayant un RCV modéré ou élevé et présentant un SM.

La présente étude vise donc cette population afin de connaître l'impact d'une intervention infirmière en prévention primaire de la MCV sur l'intention de modifier les comportements de santé. L'intervention consiste à communiquer et expliquer au patient son propre RCV, les facteurs de risque qu'il présente et les moyens possibles d'améliorer son RCV global. Les objectifs secondaires de l'étude visent à évaluer les

concepts directs de la TCP soient l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle ainsi que de définir les croyances de cette population à l'égard de l'adoption de saines habitudes de vie.

Chapitre 2: Recension des écrits

Ce chapitre se divise en sept parties. La première partie définit ce qu'est l'évaluation du RCV. La seconde partie décrit ce qu'est le SM, ses critères d'identification et ses principales définitions. La troisième partie explique les relations entre le RCV et le SM. La quatrième partie expose les principes d'éducation à la santé dans un contexte d'intervention infirmière. La cinquième partie relate les différents écrits recensés dans la littérature concernant la communication du RCV. Finalement, la sixième partie présente la théorie du comportement planifié d'Ajzen (TCP) qui se veut le cadre théorique qui supporte la présente étude. La septième et dernière partie présente l'hypothèse de recherche et les objectifs secondaires de l'étude.

Évaluation du risque cardiovasculaire

Un risque est défini comme étant la probabilité d'une personne exposée à certains facteurs de développer la maladie (Carroll, Couturier, & St-Pierre, 2015). Il a donc un caractère incertain et réfère à une probabilité plutôt qu'à une certitude. Dans un contexte médical, on distingue le risque relatif du risque absolu. Le risque relatif se définit comme étant le risque d'un individu ou d'une population donnée comparé au risque d'un individu ou d'une population de référence (Haïat & Leroy, 2007). Le risque

absolu est la probabilité de survenue d'un évènement sur une période donnée, sans comparaison à un groupe de référence (Crooke, 2007). Le calcul du RCV permet d'identifier les individus les plus susceptibles de développer une MCV dans une période de temps donnée, souvent un délai de 10 ans (Grover & Lowenstein, 2011). Par contre, le RCV demeure une mesure imparfaite et il doit être réévalué aux trois ans (Genest et al., 2009).

Les MCV sont des maladies chroniques permanentes causées par l'interaction de prédispositions génétiques, de comportements liés à la santé et de l'environnement (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Elles arrivent au second rang des causes les plus fréquentes de décès au Canada en 2008, ce qui représente plus de 64 000 Canadiens (Statistique Canada, 2011b). Les MCV comprennent les cardiopathies ischémiques, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires cérébrales telles l'ischémie cérébrale et l'hémorragie cérébrale (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Leur apparition est favorisée par la présence de facteurs de RCV. Un facteur de risque est une caractéristique présente chez une personne qui augmente le risque de développer une maladie (Carroll, Couturier, & St-Pierre, 2015; Cooney et al., 2009). Ceux-ci peuvent être modifiables, c'est-à-dire qu'il s'agit de facteurs sur lesquels le patient détient un contrôle (Yusuf et al., 2004). C'est le cas notamment du tabagisme et de l'HTA. Ils peuvent aussi être non modifiables, c'est-à-dire que ce sont des facteurs qui ne peuvent être contrôlés par le patient, comme dans le cas du sexe et de l'origine ethnique (Yusuf et al., 2004). Il a été maintes fois démontré

qu'il est plus profitable de contrôler plusieurs facteurs de risque plutôt qu'un seul afin de réduire l'incidence de MCV (Anderson, Odell, Wilson, & Kannel, 1991; Cooney et al., 2009; Haskell, 2003).

Le RCV d'un patient peut être calculé au moyen d'un outil d'évaluation qui tient compte de divers facteurs de RCV afin de guider le professionnel de la santé dans ses décisions face au traitement médical (Cooney et al., 2009). Il est recommandé de procéder à l'évaluation du RCV après 45 ans chez l'homme et 55 ans chez la femme en l'absence de symptômes ou de facteurs de risque connus (Crooke, 2007). La méthode de calcul se résume à allouer une cote pour chaque facteur de risque répertorié. Le pointage final confère un niveau de risque au patient (Anderson et al., 1991). Chaque facteur de risque rencontré vient « alourdir » le risque global du patient; par contre, certains critères allègent ce risque en soustrayant des points. C'est le cas, par exemple, d'un taux élevé de C-HDL, aussi appelé « bon cholestérol », qui peut retrancher un ou deux points lors du calcul du score de Framingham (Genest et al., 2009). L'étude de Framingham est à l'origine de nombreux outils permettant l'évaluation du RCV (Feinleib, Kannel, Garrison, McNamara, & Castelli, 1975). Par ailleurs, les lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour le diagnostic et le traitement de la dyslipidémie et pour la prévention des maladies cardiovasculaires chez l'adulte ainsi que les lignes directrices 2015 de l'hypertension artérielle suggèrent d'évaluer le RCV des patients (Genest et al., 2009; Daskalopoulou et al., 2015). Il n'y a pas, par contre, de lignes directrices canadiennes guidant l'évaluation et la gestion du RCV en tant que tel.

L'avantage premier de calculer le RCV est qu'il dresse un portrait global et élargi de l'état de santé cardiovasculaire du patient. Ce constat permet le réconfort du patient à faible RCV et la motivation de ceux à haut RCV à modifier les habitudes de vie ou adhérer au traitement pharmacologique. L'évaluation du RCV permet aussi de suivre les progrès du patient qui améliore le contrôle de ses facteurs de RCV (Grover & Lowenstein, 2011). Le calcul du RCV peut également être utilisé pour initier ou ajuster une médication ayant des retombées sur les facteurs de risque comme dans le cas des hypolipidémiants qui permettent de contrôler le taux de cholestérol sanguin (Genest et al., 2009). En agissant sur un facteur de risque individuel, il devient ainsi possible de réduire le RCV global (Grover, Paquet, Levinton, Coupal, & Zowall, 1998). L'inconvénient principal relié au calcul du RCV est qu'il nécessite plusieurs minutes, ce qui peut dissuader ceux et celles qui sont surchargés et dont le temps est précieux, ce qui constitue la réalité de nombreux cliniciens. De surcroît, l'explication au patient du résultat obtenu de son calcul de RCV exige du temps additionnel (Grover & Lowenstein, 2011).

Les outils d'évaluation du RCV comportent certaines limites qui obligent le clinicien à demeurer rationnel dans son utilisation. L'évaluation du RCV ne constitue pas une méthode infaillible de détection des patients à haut risque puisqu'il est impossible de développer une méthode détenant une parfaite calibration et discrimination (Diamond, 1992). Or, d'autres auteurs maintiennent que la qualité principale d'un outil d'évaluation du RCV réside dans son habileté à classifier le patient

dans la catégorie de risque appropriée (Jackson, 2008). Une autre considération à apporter est reliée à l'instabilité de l'incidence de MCV dans le temps pour un même pays (Cooney et al., 2009). Cela laisse supposer une variation dans l'exactitude de la calibration des outils d'évaluation. Par exemple, dans un pays où le taux d'incidence de MCV est croissant, les outils d'évaluation peuvent sous-estimer le risque relatif d'un patient, puisque le risque relatif compare le risque de l'individu avec le risque de la population du pays dans lequel cet individu se situe (Cooney et al., 2009). À l'opposé, si le taux d'incidence de MCV est décroissant dans un pays donné, l'outil tendra à surestimer le risque relatif de l'individu. Une revue systématique de la littérature s'est penchée sur la justesse de prédiction d'un événement cardiovasculaire à l'aide du score de Framingham (Brindle, Beswick, Fahey, & Ebrahim, 2006). Les conclusions de cette étude soulignent le manque de précision du score de Framingham dans certains pays ayant une faible ou une forte incidence de MCV. Par contre, d'autres études soutiennent la justesse du score de Framingham lorsqu'il est utilisé pour des populations américaines (D'Agostino, Grundy, Sullivan, & Wilson, 2001) et européennes (Haq, Ramsay, Yeo, Jackson, & Wallis, 1999). Cette contradiction souligne à tout le moins l'importance de choisir un outil d'évaluation du RCV qui tient compte des données du pays dans lequel il est utilisé. Bien que la performance d'un outil cardiovasculaire est souhaitable dans un contexte d'utilisation quotidienne, peu d'études ont évalué les bénéfices de son introduction en clinique (Brindle et al., 2006; Cooney et al., 2009). L'étude de Grover (2007) a démontré que l'atteinte des cibles lipidiques n'était que faiblement améliorée par l'explication du RCV (Grover et al., 2007). D'autres recherches en ce sens sont

nécessaires pour confirmer son utilité et son efficacité (Grover, Hemmelgarn, Joseph, Milot, & Tremblay, 2006). Finalement, une autre limitation de l'évaluation du RCV réside dans le fait qu'il est impossible d'englober la totalité des facteurs de RCV dans un même outil d'évaluation. Cela s'explique par la multitude de facteurs qui contribuent à précipiter un évènement cardiovasculaire et par la difficulté à mesurer précisément certains d'entre eux, les facteurs psychosociaux par exemple (Yusuf et al., 2004).

Outils de calcul du RCV

Il existe plusieurs outils servant à calculer le RCV d'un patient. Le score de Framingham, le modèle SCORE et l'âge cardiovasculaire comptent parmi les outils les plus répandus. Ces trois outils visent à prédire le RCV du patient sur 10 ans, c'est-à-dire les probabilités que le patient développe un évènement cardiovasculaire dans les 10 prochaines années. Le score de Framingham évalue la probabilité de développer une MCV, tandis que le modèle SCORE et l'âge cardiovasculaire évaluent la probabilité de décéder d'un évènement de cause cardiovasculaire. Le Tableau 1 résume les principales caractéristiques de ces trois outils.

Tableau 1
Principaux outils d'évaluation du RCV

	Facteurs considérés		Objectifs de l'outil
	Facteurs communs aux 3 outils	Facteurs distincts	
Score de Framingham	Âge, sexe, PAS, tabagisme, CT et C-HDL ou ratio CT/C-HDL ou C-LDL/C-HDL	Diabète	Prédire le risque de maladie coronarienne sur 10 ans chez les personnes de 30 à 74 ans Les dernières versions calculent le risque de MCV
Modèle SCORE	Âge, sexe, PAS, tabagisme, CT ou ratio CT/C-HDL	Aucun	Prédire le risque de décès de cause cardiovasculaire sur 10 ans chez les patients non-diabétiques de 40 à 65 ans
Âge cardiovasculaire	Âge, sexe, PAS et PAD, tabagisme, ratio CT/C-HDL ou C-LDL/C-HDL	Diabète, ATCD personnel de MCV, ATCD familiaux de MCV (optionnel)	Prédire le risque de décès de cause coronarienne sur 10 ans par le calcul de l'âge en fonction de l'espérance de vie restante du patient de 35 à 79 ans Les dernières versions calculent le risque de MCV

Note. RCV = Risque cardiovasculaire; PAS = Pression artérielle systolique; CT = Cholestérol total; C-HDL = Cholestérol des lipoprotéines de haute densité; C-LDL = Cholestérol des lipoprotéines de faible densité; MCV = Maladie cardiovasculaire; PAD = Pression artérielle diastolique; ATCD = Antécédent(s).

Le score de Framingham. Le score de Framingham est le fruit d'une étude longitudinale menée dans la ville du même nom au Massachusetts (États-Unis) (Dawber, Kannel, & Lyell, 1963). Échelonnée sur une période de 13 ans, elle a calculé l'incidence de MCV en regard des caractéristiques physiologiques présentées par la population à l'étude. Les descendants des sujets de l'échantillon original ont aussi été impliqués dans le processus de recherche, ce qui a conduit au Framingham Offspring Study (Feinleib et al., 1975). Après avoir compilé les données liées à la mortalité et la morbidité cardiovasculaires, les auteurs ont développé la grille d'évaluation du score de Framingham. Le procédé veut que l'on alloue des points selon certains paramètres : le sexe, l'âge, le cholestérol total, le C-HDL, la pression artérielle (PA), le tabagisme et la présence de diabète (Lloyd-Jones et al., 2004). Le total des points est alloué à un pourcentage de risque. La présence d'antécédents familiaux de coronaropathie précoce double ce risque chez l'homme et multiplie de 1,7 fois le risque chez la femme. Un pourcentage inférieur à 10% est associé à un risque faible, un pourcentage entre 10 et 19% est associé à un risque modéré et un pourcentage supérieur ou égal à 20% est considéré comme étant un risque élevé (Genest et al., 2009).

L'utilisation du score de Framingham comporte plusieurs avantages mais également quelques inconvénients. Un des avantages du score de Framingham est qu'il démontre une grande capacité discriminante et une bonne calibration (D'Agostino et al., 2008). La facilité et la rapidité avec laquelle la grille peut être complétée constitue un autre point positif dans son application clinique. Plusieurs versions papier ou

électroniques sont disponibles, ce qui augmente son accessibilité. Le fait que son usage soit répandu permet d'adopter un langage commun pour l'ensemble des professionnels de la santé. Une des faiblesses du score de Framingham est qu'il sous-estime le risque de certaines catégories de patients, particulièrement les jeunes et les femmes (Crooke, 2007; Galassi et al., 2006). En fait, l'âge est le facteur de risque le plus important dans le calcul du RCV selon le score de Framingham, ce qui fait que les très jeunes ont d'emblée un score faible peu importe les autres critères rencontrés. Par exemple, une femme de 30 ans fumeuse, diabétique, ayant un taux de cholestérol total de 4,5 mmol/L, un taux de C-HDL de 1,2 mmol/L et une PA systolique à 150 mmHg obtient un risque faible au score de Framingham et ce, malgré la présence de trois facteurs de RCV. À l'opposé, un patient âgé présentera un risque élevé même si tous ses autres paramètres sont normaux. Par exemple, un homme de 75 ans non diabétique, non-fumeur, ayant un taux de cholestérol total de 4,5 mmol/L, un taux de C-HDL de 1,2 mmol/L et une PA systolique à 120 mmHg a tout de même un risque élevé au score de Framingham. Par conséquent, il est recommandé de faire preuve de jugement clinique avant d'initier un traitement médicamenteux relié à un RCV élevé au score de Framingham chez la personne âgée (Grundy et al., 2004). Une autre lacune du score de Framingham réside dans la rigidité des bornes de chacune des catégories de risque. Ainsi, un patient ayant un risque de 9% sera traité différemment d'un autre ayant un risque de 11%. Pourtant, un changement dans les paramètres de la PA, aussi minimes soient-ils, peut modifier le total des points dans la grille et ainsi, faire basculer le risque d'une catégorie à l'autre (Grover & Lowenstein, 2011). Cette subtilité peut mener à prescrire un traitement

médicamenteux inutilement à un patient ou, à l'inverse, omettre d'en prescrire à quelqu'un qui a un risque plus élevé que ce que le calcul du RCV laisse sous-entendre.

La grille du score de Framingham est disponible à l'Appendice A.

Le modèle SCORE. Certaines études ont démontré que le score de Framingham surestimaient le RCV dans certains pays d'Europe, tels le Danemark et l'Allemagne (Hense, Schulte, Löwel, Assmann, & Keil, 2003; Thomsen, McGee, Davidsen, & Jørgensen, 2002) ou encore chez des populations américaines d'origine japonaise ou espagnole (D'Agostino et al., 2001). De plus, les recherches ayant conduit à l'élaboration du score de Framingham incluaient les événements cardiovasculaires fatals et non fatals, telle l'angine, pour calculer le RCV. Ces deux caractéristiques du score de Framingham ont engendré le désir de développer un outil de calcul du RCV répondant davantage à la réalité des populations européennes. L'European Society of Cardiology and the Second Joint Task Force a élaboré un système répondant à la grande diversité des pays européens et incluant seulement des données reliées aux taux de décès de cause cardiovasculaire (Conroy et al., 2003).

Le modèle SCORE (*Systematic COronary Risk Evaluation*) a été réalisé à partir d'études de cohorte provenant de 12 pays européens (Conroy et al., 2003). Il prédit le risque de décès de cause cardiovasculaire sur 10 ans et stratifie le risque en trois catégories : faible, modéré ou élevé. Les auteurs ont tenu compte des taux de décès par maladies coronariennes et athérosclérotiques non-coronariennes. Le modèle SCORE, qui

découle d'une vaste étude ayant compté 205 178 participants, possède la particularité de considérer le temps d'exposition au facteur de RCV plutôt qu'à la présence seule dudit facteur de risque. Il comporte deux types de grille : une pour les populations à faible RCV, l'autre pour celles à RCV élevé. Le RCV peut être estimé avec le taux de cholestérol total ou encore le ratio cholestérol total/C-HDL (Conroy et al., 2003). Les autres facteurs de RCV retrouvés sont le sexe, l'âge, le tabagisme et la PA systolique. Peu de littérature a été publiée sur le modèle SCORE. Le modèle SCORE CANADA a par la suite été développé selon les recommandations de la Coalition vasculaire canadienne afin que le modèle soit élaboré selon des données épidémiologiques canadiennes (www.score-canada.ca).

Le modèle SCORE, avec ses tableaux colorés, a l'avantage d'offrir une présentation visuelle très claire et représentative du RCV du patient et ce, au premier coup d'œil. Il est simple et rapide d'utilisation. Le principal inconvénient du modèle SCORE est qu'il ne peut être utilisé chez les patients atteints de MCV, diabétiques avec atteinte d'organes cibles, les patients avec un facteur de risque très anormal nécessitant une intervention médicale ou chez les patients de 65 ans et plus. Pour les patients de moins de 40 ans, la technique d'évaluation du risque relatif doit être utilisée. Toutes ces restrictions limitent grandement son utilisation en clinique, ce qui constitue un inconvénient de taille.

L'âge cardiovasculaire. L'âge cardiovasculaire est une technique de calcul du RCV qui prédit le risque de décès de cause coronarienne sur 10 ans. Elle a été élaborée à partir des données issues d'une étude américaine conduite entre 1972 et 1976, nommée Lipid Research Clinics, qui visait à déterminer l'efficacité de la réduction des taux de cholestérol sur le risque de maladie coronarienne (Central Patient Registry and Coordinating Centre for the Lipid Research Clinics, 1974). Ce calcul s'effectue en fonction de l'espérance de vie restante du patient comparativement à l'espérance de vie d'un patient du même âge, du même sexe et habitant le même pays, en l'occurrence le Canada ou les États-Unis. Au final, ce type de calcul donne une estimation de l'âge du patient. Par exemple, pour un patient âgé de 55 ans mais avec une espérance de vie de 20 ans (25 ans pour la moyenne d'un patient du même sexe, même âge et habitant le même pays), il obtiendra un âge cardiovasculaire estimé à 60 ans. Le calcul de l'âge cardiovasculaire s'applique pour les patients âgés entre 35 à 79 ans.

L'âge cardiovasculaire, tout comme le modèle SCORE, est élaboré sur l'incidence de décès de cause cardiovasculaire plutôt que sur l'incidence de MCV (Grover et al., 1998). Les facteurs de risque considérés dans le calcul sont l'âge, le sexe, la PA systolique et diastolique, l'utilisation de médicaments antihypertenseurs, l'indice de masse corporelle, le tabagisme, la consommation d'alcool, le taux de cholestérol, le diabète, les antécédents personnels de MCV, d'hypertrophie ventriculaire gauche et de façon optionnelle, les antécédents familiaux de MCV (Grover et al., 1998). Les lignes directrices 2015 en regard de la prise en charge de l'hypertension artérielle

recommandent d'utiliser un outil « comparatif » de risque tel l'âge cardiovasculaire pour informer leur patient de leur degré de risque (Daskalopoulou et al., 2015). On peut faire le calcul de son âge cardiovasculaire à partir du site web monbilansante.com.

Syndrome métabolique

Le SM est une autre approche visant à évaluer le potentiel de développement de MCV d'un patient. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie en soi, sa présence n'est pas souhaitable puisqu'elle double le risque de MCV et augmente d'une fois et demi le risque de décès toutes causes confondues (Mottillo et al., 2010). Le SM est l'association de plusieurs anomalies métaboliques incluant une hyperglycémie, une HTA, une dyslipidémie, particulièrement un taux élevé de triglycérides et un faible taux de C-HDL ainsi qu'une obésité abdominale (Arsenault, Cloutier, & Longpré, 2012). Il existe plusieurs définitions différentes du SM de par ses critères d'identification. De même, pour un critère commun, les définitions peuvent proposer des valeurs différentes. Le Tableau 2 présente les définitions du SM les plus fréquemment rencontrées dans la littérature tandis que le Tableau 3 met en comparaison les différences et similitudes entre les critères d'identification du score de Framingham et du SM.

Tableau 2

Différentes définitions du SM

	FID (2006)	NCEP ATP III (2004)	OMS (1998)
Critères d'identification obligatoires	Obésité abdominale + au moins 2 autres critères	Au moins 3 critères	Anomalies de la régulation du glucose (diabète, AGJ, IG et/ou insulinorésistance) + au moins 2 autres critères
GJ	$\geq 5,6$ mmol/L ou diabète de type 2	$\geq 5,6$ mmol/L	Voir critères d'identification
PA	PAS ≥ 130 mmHg ou PAD ≥ 85 mmHg ou traitement antihypertenseur	PAS ≥ 130 mmHg et PAD ≥ 85 mmHg ou traitement antihypertenseur	PAS ≥ 140 mmHg et PAD ≥ 90 mmHg
TG	$\geq 1,7$ mmol/L ou traitement contre l'hypertriglycéridémie	$\geq 1,7$ mmol/L	$\geq 1,7$ mmol/L
C-HDL	$\text{♂: } < 1,03$ mmol/L $\text{♀: } < 1,29$ mmol/L ou traitement pour une anomalie du C-HDL	$\text{♂: } < 1,0$ mmol/L $\text{♀: } < 1,3$ mmol/L	$\text{♂: } < 0,9$ mmol/L $\text{♀: } < 1,0$ mmol/L

Différentes définitions du SM

Obésité abdominale	Europoïdes, Africains subsahariens, Méditerranéens de l'Est et Moyen-Orientaux :	$\text{♂: TT} > 102 \text{ cm}$ $\text{♀: TT} > 88 \text{ cm}$	$\text{♂: RTH} > 0,90$ $\text{♀: RTH} > 0,85$
	Membres des Premières Nations, Asiatiques et Sud-Asiatiques, Sud ou Centraux Américains :	$\text{♂: TT} \geq 94 \text{ cm}$ $\text{♀: TT} \geq 80 \text{ cm}$	
Fonction rénale	Nil	Nil	Excréition urinaire d'albumine $> 20 \mu\text{g}/\text{min}$ ou $\text{RAC} \geq 30 \text{ mg}/\text{mmol}$

Note. FID = Fédération internationale du diabète; NCEP ATP III = National Cholesterol Program Adult Treatment Panel III Education; OMS = Organisation mondiale de la santé; AGJ = Anomalie de la glycémie à jeun; IG = Intolérance au glucose; GJ = Glycémie à jeun; PA = Pression artérielle; PAS = Pression artérielle systolique; PAD = Pression artérielle diastolique; TG = Triglycérides; C-HDL = Cholestérol des lipoprotéines de haute densité; ♂ = Homme; ♀ = Femme; TT = Tour de taille; RTH = Ratio taille/hanche; RAC = Rapport albumine/créatinine.

Tableau 3

Comparaison des critères du score de Framingham et du SM

Critères propres au score de Framingham	Critères communs au score de Framingham et au SM	Critères propres au SM
Âge	PA	Obésité abdominale
Diabète	C-HDL	GJ
Tabagisme		TG
CT		
ATCD familiaux de MCV avant 60 ans		

Note. SM = Syndrome métabolique; PA = Pression artérielle; C-HDL = Cholestérol des lipoprotéines de haute densité; GJ = Glycémie à jeun; TG = Triglycérides; CT = Cholestérol total; ATCD = Antécédent (s); MCV = Maladie cardiovasculaire.

Seuls la PA et le C-HDL sont des critères communs aux deux méthodes. Cela explique pourquoi un patient peut être atteint du SM et présenter tout de même un risque faible au score de Framingham. L'inverse est aussi possible : un patient peut, sans être atteint du SM, présenter un risque modéré ou élevé au score de Framingham. Par ailleurs, les patients d'âge avancé détiennent inévitablement un risque modéré ou élevé au score de Framingham puisque l'âge est le critère dominant dans l'ensemble du pointage. Le SM ne reconnaît pas, par ses critères d'identification, que l'âge est un facteur puissant dans la probabilité de développer une MCV. L'insulinorésistance serait la composante majeure du SM, bien que son rôle ne soit pas encore clairement établi et que des études plus poussées devront être réalisées afin d'établir ce fait avec certitude (Mottillo et al., 2010). Par ailleurs, tous les critères d'identification du SM sont des

facteurs de risque modifiables à la différence du calcul du RCV, qui incluent, en plus des facteurs de risques modifiables, des facteurs non modifiables tels l'âge et les antécédents familiaux de MCV.

Un autre point divergent entre les deux méthodes se traduit par les complications potentielles qu'elles évaluent. Le RCV prédit le développement de MCV seulement. Le SM, quant à lui, prédit l'apparition de diabète de type 2 et de coronaropathie résultant de l'athérosclérose (Grimaldi, 2009). Par ailleurs, le diabète de type 2 constitue lui-même un facteur de risque de MCV et fait partie des facteurs de risque reconnus par le score de Framingham, à l'instar du modèle SCORE (Grover & Lowenstein, 2011; Yusuf et al., 2004). Une autre nuance entre le calcul du RCV et la définition du SM réside dans la période de temps à l'intérieur de laquelle le risque est projeté. Le score de Framingham, le modèle SCORE et l'âge cardiovasculaire projettent tous le risque sur 10 ans; le SM n'établit aucune précision à ce sujet (Grover & Lowenstein, 2011). Finalement, l'usage du score de Framingham est reconnu en clinique pour l'introduction ou l'ajustement d'une statine par le médecin afin de diminuer le taux sérique de C-LDL, ce que le dépistage du SM ne permet pas de faire (Genest et al., 2009).

Relations entre le risque cardiovasculaire et le syndrome métabolique

Bien que les méthodes de calcul du RCV et le dépistage du SM puissent parfois cibler des clientèles distinctes, elles visent plus souvent un bassin de population commun. De plus, les deux approches sont étroitement liées par leurs objectifs de dépistage des patients ayant un haut potentiel de développement de MCV. Par ailleurs, le SM est fortement relié aux MCV (Crooke, 2007). Il est peu probable que les patients atteints du SM présentent véritablement un risque minime de MCV, la plupart étant exposés à un risque modéré ou élevé (Genest et al., 2009). Les lignes directrices du *National Cholesterol Program Adult Treatment Panel III Education* (NCEP ATPIII) reconnaissent que pour ces patients à RCV modéré ou élevé, le fait d'être porteur du SM est considéré comme un facteur qui contribue à maintenir un haut risque (Grundy et al., 2004).

Il existe toutefois une controverse à l'effet que le SM augmente le RCV plutôt que chacune de ses composantes considérées individuellement (Kahn, Buse, Ferrannini, & Stern, 2005; Mottillo et al., 2010; Reaven, 2006). Des études plus poussées sont souhaitables afin d'établir la réelle portée de l'ensemble des critères du SM sur le RCV. Néanmoins, certains auteurs suggèrent d'utiliser le SM comme outil pour identifier les patients à risque de MCV (Mottillo et al., 2010). D'autres considèrent que le SM confère un niveau de risque différent du score de Framingham à cause de ses critères d'identification (Girman et al., 2004). Bien que le score de Framingham soit un meilleur

prédateur de risque à court terme que le SM, ce dernier permet d'identifier les patients qui sont à haut risque à long terme mais actuellement à faible risque, ce qui est particulièrement le cas des personnes plus jeunes (Chew, Gan, & Watts, 2006).

Éducation à la santé

L'éducation à la santé se définit comme l'application de techniques visant à influencer volontairement et positivement la santé d'une personne en modifiant des éléments influençant un comportement tels les connaissances, les habiletés et les croyances (Sharma & Romas, 2008). Elle est un moyen d'aider les personnes à faire des choix éclairés, à avoir davantage de contrôle sur leur vie et sur leur qualité de vie (Carroll, Couturier, & St-Pierre, 2015). On retrouve l'éducation à la santé à l'intérieur du champ de compétences de l'infirmière : « L'infirmière connaît et applique les principes et les stratégies sur lesquels repose l'éducation pour la santé » (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009). Le Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec, quant à lui, stipule dans l'article 39.4 que « l'infirmière doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins, traitements et autres services professionnels qu'elle lui prodigue » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Par ailleurs, la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec reconnaît au patient le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être de manière à connaître [...] les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options

[...] (Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, 1991). Il est donc juste d'affirmer que non seulement il incombe à l'infirmière d'échanger avec son patient les informations relatives à sa santé, mais également que ce dernier a le droit de recevoir ces renseignements.

L'éducation à la santé implique l'échange d'information relative à la santé par le biais d'une stratégie de communication (Carroll, Couturier, & St-Pierre, 2015). Une stratégie de communication est définie comme étant l'art d'informer, à l'aide de différentes techniques, les individus et les communautés dans le but d'influencer leurs décisions en matière de santé (Hagan & Bujold, 2010). Le Tableau 4 montre quelques exemples de stratégies de communication du RCV couramment utilisées.

Tableau 4
Stratégies de communication du RCV

Formes numériques	Formes graphiques	Formulations du message
Pourcentage	Diagramme en barres (verticales ou horizontales)	Risque absolu
Ratio	Diagramme en pointe de tarte	Risque relatif
Nb de patients à traiter avant de percevoir un bénéfice	Pictogramme	Réduction du risque
Nb de patients à traiter avant de percevoir une complication		Perspective négative et positive

Note. Nb = Nombre.

Afin de comprendre comment ces différentes stratégies de communication s'appliquent, la mise en situation suivante sera utilisée: une infirmière désire expliquer à son patient son RCV calculé à 21% sur 10 ans au score de Framingham, ce qui en fait un RCV élevé. Si elle utilise les formes numériques pour communiquer le RCV, elle pourrait expliquer au patient qu'il a 21% de chances de développer une MCV dans 10 ans (pourcentage) ou qu'il a 21 chances sur 100 de développer une MCV (ratio). Si un traitement médicamenteux doit être instauré pour faire baisser ce RCV, elle pourrait lui en expliquer l'efficacité en lui disant qu'il faut compter 20 patients traités avant qu'un seul puisse bénéficier d'un gain (nombre de patients à traiter avant de percevoir un bénéfice) ou encore qu'il faut compter 80 patients traités avant qu'un seul développe un

effet secondaire du traitement (nombre de patients à traiter avant de percevoir une complication).

Si l'infirmière fait le choix d'utiliser les formes graphiques pour expliquer le RCV à son patient, elle peut, par exemple, choisir le diagramme en barre ou encore le diagramme en pointes de tarte, tel que démontré aux Figures 1 et 2 respectivement.

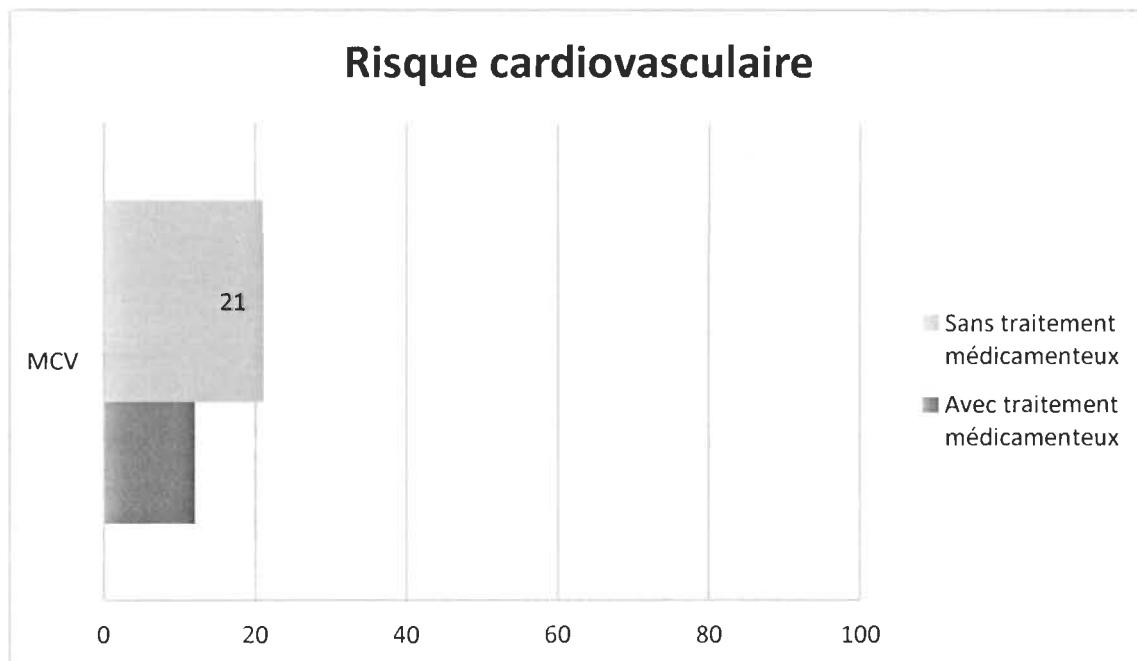


Figure 1. Exemple de diagramme en barres verticales. Note. MCV = Maladie cardiovasculaire.

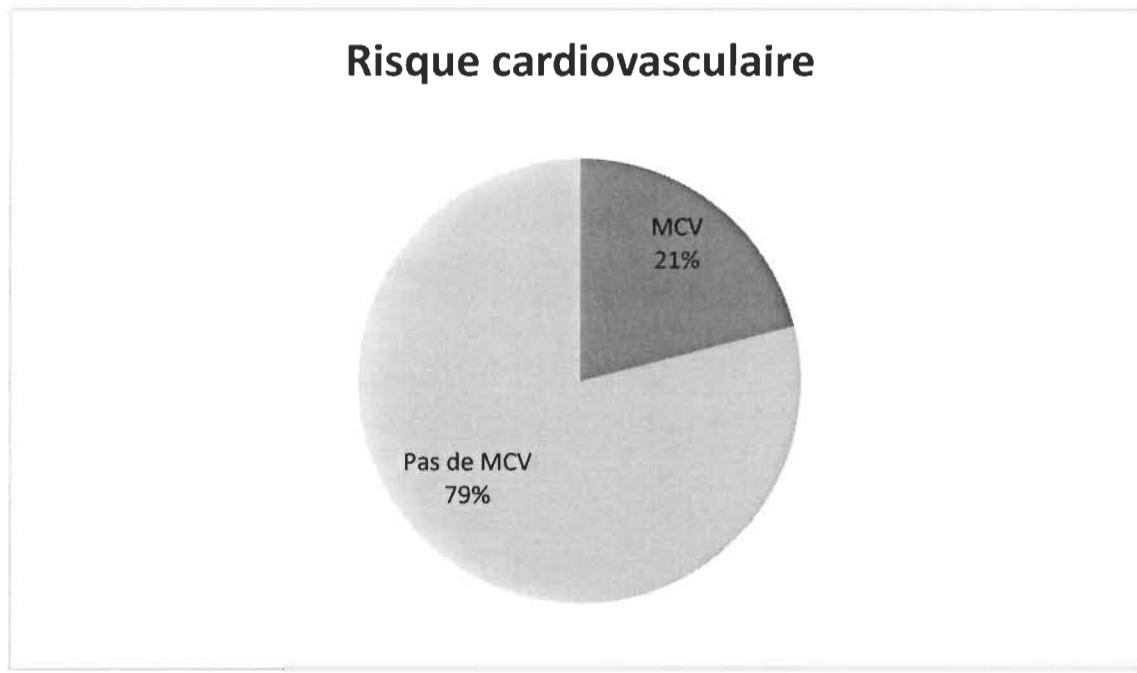


Figure 2. Exemple de diagramme en pointes de tarte. Note. MCV = Maladie cardiovasculaire.

L'infirmière peut également communiquer verbalement le RCV à son patient en utilisant différentes formulations de son message. Ainsi, le risque relatif étant le risque du patient comparé à la moyenne d'un groupe de patients similaires, l'infirmière pourrait utiliser cette stratégie en lui mentionnant que son RCV est deux fois plus élevé que la moyenne des hommes de 50 ans. Le risque absolu est le risque individuel du patient sans comparaison à un groupe de référence: il peut se transmettre par une stratégie numérique telle le pourcentage en mentionnant au patient qu'il a 20% de risque de développer une MCV. La réduction du risque pourrait être exprimée en disant au patient que « le traitement médicamenteux pourrait réduire de près de la moitié son RCV initial ». Cette

formulation du risque ainsi exprimée est comparable à un autre type de stratégie appelée «la perspective positive». Si l'infirmière optait pour un message à perspective positive, elle mentionnerait au patient que selon son RCV initial, il a quatre chances sur cinq de ne pas développer de MCV dans les 10 prochaines années. Finalement, un message à perspective négative irait dans le sens opposé, et l'infirmière lui dirait qu'il a une chance sur cinq de développer une MCV dans les 10 prochaines années.

Résultats de la recension des écrits

Une recension des écrits a été effectuée sur le sujet de la communication du RCV au patient. Pour ce faire, les bases de données CINAHL et Medline ont été interrogées à l'aide des mots-clés suivants : communicat*, risk*, assessment*, cardiovascular* et cardiovascular disease*. Après l'évaluation des articles recensés, six d'entre eux ont été retenus, soit cinq articles primaires et une revue de la littérature.

L'étude de Frileux, Muñoz Sastre, Mullet et Sorum (2004) avait pour but d'évaluer l'intention d'adopter un comportement de santé suite à la distribution de 64 scénarios fictifs de RCV. Ces comportements de santé sont la prise de médication, les changements dans l'alimentation et la pratique d'exercice physique. L'étude a été menée auprès de 150 Français qui ont été divisés en 2 groupes d'âge : 86 patients âgés entre 20 et 30 ans et 64 patients âgés entre 60 et 80 ans. Les scénarios fictifs ont été distribués à chacun des patients. Une question, au bas de chacun des scénarios, interrogeait le patient

sur sa décision d'adopter ou non le comportement ciblé. Une échelle visuelle analogue ayant à son extrémité gauche la mention « Complètement certain que non » et à son extrémité droite « Complètement certain que oui » a permis de calculer les réponses des patients. Le contenu des scénarios de RCV présentés aux patients variait selon 4 facteurs: la projection du risque dans le temps, la probabilité du risque, le niveau de contrôle du risque et la sévérité des conséquences. On mesurait par la suite l'intention de comportement. Tous les facteurs utilisés pour présenter les scénarios ont suscité une intention d'adopter le comportement visé. La sévérité des conséquences sur la santé influence positivement l'intention, puisque la menace de survenue d'une crise cardiaque suscite davantage l'intention que celle suscitée par l'angine. La probabilité de survenue d'une maladie influence aussi l'intention : plus cette probabilité est élevée, plus l'intention l'est aussi. Les scénarios présentant le risque à court terme augmentent l'intention de passer à l'action davantage que les scénarios utilisant une projection de temps à long terme. Il en est de même pour le niveau de contrôle du RCV : si le scénario suggère un fort contrôle sur le risque, l'intention est plus grande d'adopter le comportement contrairement au scénario dans lequel le patient détient peu de contrôle sur le risque. En résumé, l'intention est accrue lorsque la probabilité de l'évènement augmente, lorsque la projection du risque est calculée à court terme, lorsque la sévérité des conséquences est élevée et lorsque l'on suggère un grand contrôle sur le risque.

La seconde étude, celle de Fair, Murray, Thomas et Cobain (2008) a été réalisée en Angleterre auprès de 740 participants. Les auteurs ont voulu déterminer si les patients

évaluaient de façon plus élevée leur risque de maladie coronarienne selon la stratégie de communication utilisée pour leur communiquer ce risque. Pour ce faire, les patients devaient lire un scénario fictif dans lequel on leur attribuait un niveau de RCV calculé selon le score de Framingham. Ce risque pouvait être présenté de trois façons : en utilisant un ratio, en utilisant le risque relatif en comparant avec un groupe équivalent ou en modifiant la projection de temps sur lequel de risque est calculé. Les patients ayant des antécédents personnels de maladie cardiaque étaient exclus. Ils avaient tous entre 30 et 70 ans, mais plus de 91% d'entre eux avaient entre 30 et 59 ans. Ils ont répondu à un questionnaire auto-administré immédiatement après la lecture du scénario fictif. Ce questionnaire mesurait leur perception du risque, l'aspect émotionnel suite à l'annonce du RCV et l'intention de changer les habitudes de vie. L'intention était favorisée lorsque le risque était communiqué à l'aide de ratios. Bien que, chez l'ensemble des patients, la puissance statistique ne permette pas de conclure que l'intention était augmentée lorsqu'un parallèle de leur risque était fait avec celui d'un individu de groupe équivalent, les résultats ont tout de même démontré que chez les 30 à 39 ans, cette stratégie augmentait l'intention de modifier leurs habitudes de vie.

L'étude de Soureti, Hurling, Murray, van Mechelen et Cobain (2010) a comparé l'impact de deux stratégies de communication du RCV, soit le pourcentage du risque et l'âge cardiovasculaire, sur la perception de ce risque et l'intention de modifier les habitudes de vie. L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer si l'impact émotionnel engendré par la communication du RCV influence la relation entre la

perception du risque et l'intention de modifier ses habitudes de vie. Cette étude randomisée à laquelle 413 patients ont participé a été menée au Royaume-Uni. Les patients atteints de cancer ou ayant des antécédents de maladie cardiaque ont été exclus. Le recrutement des patients s'est fait par internet. Leur RCV était évalué en ligne après qu'ils aient fourni les données nécessaires à son calcul, puis un lien électronique les dirigeait vers l'une ou l'autre des pages contenant une des deux stratégies de communication, à savoir la présentation du risque sous forme de pourcentage ou en utilisant l'âge cardiovasculaire. Une fois leur RCV présenté, les patients recevaient un bref avis sur les changements à apporter dans leurs habitudes de vie pour réduire leur RCV. Ils devaient par la suite répondre à un questionnaire. La perception du risque, c'est-à-dire l'estimation du patient de son propre risque, a été mesurée avec deux questions. Ces questions interrogeaient le patient sur sa perception de son RCV absolu et relatif. L'impact émotionnel a été évalué en questionnant le patient sur la crédibilité et la confiance qu'il attribuait à l'information reçue. Les résultats ont démontré qu'il n'y a pas de différence significative dans la perception du RCV pour l'ensemble des patients selon la méthode de communication utilisée. Par contre, il a été observé, pour les patients chez lesquels la méthode de l'âge cardiovasculaire était utilisée, que plus le RCV est élevé, plus la perception du risque l'est aussi. Les patients des deux groupes ont considéré l'information donnée comme étant crédible et ce, peu importe sous quelle forme elle était présentée. Par contre, chez les patients plus jeunes et à haut risque, l'utilisation de l'âge cardiovasculaire a engendré plus d'inquiétude que la méthode du pourcentage de risque. Un plus grand sentiment d'inquiétude augmentait aussi du même

coup la probabilité de percevoir son risque comme un « signal d'alarme » chez ces patients. Par ailleurs, les auteurs ont conclu que l'impact émotionnel engendré par la communication du risque était positivement associé à l'intention de changer les habitudes de vie. Il en est de même pour la relation entre la perception du risque et l'intention : plus le patient se considère à haut RCV, plus son intention de modifier ses habitudes de vie est grande. Les résultats n'ont, par contre, pas démontré de différence significative entre les deux stratégies de communication sur l'intention.

L'étude de Welschen et ses collègues avait pour objectif de mesurer les effets de la communication du RCV chez les patients atteints de diabète de type 2 (Welschen et al., 2012). Des adultes entre 18 et 74 ans étaient inclus dans l'étude. Les patients ont été divisés en deux groupes. Les patients du groupe intervention, en plus de recevoir le traitement usuel, bénéficiaient d'une intervention supplémentaire d'environ cinq minutes. Cette intervention consistait à expliquer ce qu'est le RCV, à calculer le RCV du patient selon la méthode de l'*UK Prospective Diabetes Study (UKPDS)*, à lui communiquer le risque relatif ainsi calculé avec un outil visuel (diagramme de population), à lui transmettre un message à connotation positive décrivant comment il peut améliorer son risque, à lui demander de fournir une rétroaction de l'intervention et finalement, à lui demander d'expliquer ce qu'est le RCV dans ses propres mots. Le groupe contrôle recevait le traitement usuel, soit une rencontre d'une demi-heure avec l'infirmière et d'une autre demi-heure avec la nutritionniste. Le RCV n'était pas calculé pour le groupe contrôle; le patient recevant plutôt de l'information générale sur le

diabète et ses complications. Un questionnaire a été distribué aux patients des deux groupes. Plusieurs variables ont été mesurées: il s'agit de la perception du risque, de la perception de la maladie, de l'attitude et de l'intention d'adopter un meilleur comportement, de la satisfaction, de l'anxiété et de l'inquiétude engendrée par l'annonce du RCV. Des mesures ont été effectuées au temps 0, 2 et 12 semaines après l'intervention. Seule la variable de la perception du risque a obtenu des résultats significatifs : il s'agit en fait de l'évaluation que le patient se fait de son RCV après l'intervention. Cela signifie que le patient ayant bénéficié de l'intervention est capable de se rappeler de l'évaluation faite de son RCV deux semaines après l'intervention, mais cet effet disparaît aux données de 12 semaines. Ni l'intention, ni aucune des autres variables mesurées n'ont obtenu de différences statistiques significatives entre les deux groupes. Les auteurs suggèrent que cette absence de différence significative des autres variables mesurées peut être attribuable au fait que l'intervention ait été de courte durée, soit environ cinq minutes.

L'étude de Bonner et ses collègues visait à comparer la méthode de « l'âge cardiovasculaire » avec celle du « risque absolu sur 5 ans » (Bonner et al., 2015). Cinq cent soixante-dix patients âgés entre 45 et 64 ans ont complété l'évaluation de leur propre RCV sur internet avec ces 2 méthodes. Leur RCV était présenté à l'aide de 3 stratégies de communication : sous forme de texte seulement, diagramme en barres accompagné de texte et graphique linéaire. Un questionnaire complété immédiatement après le calcul du RCV a permis de mesurer l'intention d'améliorer les habitudes de vie

(améliorer l'alimentation, pratique de l'activité physique et cesser de fumer) ainsi que le rappel du risque (se souvenir de son RCV après l'intervention), la perception du risque, l'impact émotionnel, la crédibilité du message et le changement de comportement. Les données ont également été recueillies 2 semaines après l'intervention : par contre, seuls le rappel du risque, le comportement (avoir amélioré son alimentation, pratiquer de l'activité physique ou avoir cessé de fumer) et la prise de rendez-vous avec son médecin étaient évalués. Les résultats ont démontré qu'aucune des deux méthodes employées pour évaluer le RCV n'a apporté de différences significatives sur l'intention d'adopter de meilleures habitudes de vie. D'ailleurs, les scores de l'intention étaient plutôt neutres après l'intervention, particulièrement celui de consulter son médecin suite au calcul du RCV.

Somme toute, on constate que près de la moitié des études ont utilisé des scénarios fictifs de RCV; les autres ont utilisé le RCV réel du patient. Par ailleurs, trois des cinq articles primaires ont conclu à une influence positive de la communication du RCV sur l'intention d'adopter le comportement. Les autres études n'ont pas obtenu de résultats statistiquement significatifs. Par ailleurs, dans le cas de l'étude de Soureti (2010) et de Welschen (2012), un enseignement a été prodigué au patient suite à la communication de son RCV. Ce n'est pas le cas des deux autres études, qui ont mesuré l'intention immédiatement après la communication du RCV, sans qu'un enseignement sur les saines habitudes de vie ne soit fait. Il semble que l'omission d'un enseignement n'ait pas engendré de différences majeures puisqu'au final, les conclusions sont les

mêmes et l'intention est positive. D'ailleurs, une des études n'ayant pas obtenu de résultats significatifs pour l'intention avait offert un enseignement au patient sur les habitudes de vie après la communication du RCV. Aucune étude n'a inclus exclusivement que des patients atteints du SM.

Une revue de la littérature a aussi fait l'objet d'une attention particulière. Elle a comparé différentes stratégies de communication du RCV en rassemblant 15 études sur le sujet (Waldron et al., 2011). Les études recensées datent de 1980 à 2008 et peu d'entre elles ont mesuré l'intention : c'est pourquoi cette revue de la littérature n'a pas été retenue. Elle est par contre présentée brièvement puisqu'elle donne des pistes intéressantes sur l'efficacité des stratégies de communication du risque sur la perception du risque, la compréhension, l'impact émotionnel, l'amélioration d'un facteur de risque ou encore la décision finale du patient d'accepter ou de refuser un traitement. Seulement quatre d'entre elles ont mesuré le RCV réel des patients; les autres études ont utilisé des scénarios fictifs de RCV. Les stratégies de communication utilisées dans ces études sont les formats numériques, les graphiques, la présentation du risque (absolu, comparatif, relatif ou la réduction du risque) ainsi que la projection du risque dans le temps. Seules trois études ont mesuré l'intention, et deux d'entre elles avaient été retenues dans la recension des écrits de la présente étude, la troisième étant jugée trop ancienne pour être retenue. Waldron et ses collègues (2011) ont conclu que, bien que d'autres recherches doivent être menées pour confirmer ces conclusions, les stratégies de communication les

plus efficaces sont l'utilisation de pourcentages, de graphiques et la projection du risque à court terme.

Cadre théorique

Il existe plusieurs modèles théoriques visant à expliquer d'adoption d'un comportement telles la théorie des comportements interpersonnels de Triandis et la théorie sociale cognitive de Bandura (Godin, 2012). L'intention d'adopter un comportement peut être expliquée et prédict par la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié (TCP). La TCP est une variante de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (Fishbein & Ajzen, 1975). Elle inclut, à l'instar de la théorie de l'action raisonnée, la perception de contrôle du comportement dans ses concepts. L'auteur de la TCP reconnaît par cet ajout que le comportement n'est pas totalement sous le contrôle du patient; ainsi, il peut n'être que partiellement volontaire (Ajzen, 2005). Plusieurs études ont démontré que la TCP est préférable à la théorie de l'action raisonnée puisqu'elle prédit le comportement avec davantage de précision (Furnham & Lovett, 2001; Notani, 1998). La TCP a été utilisée dans de nombreuses recherches touchant divers domaines de la santé tels l'exercice physique (Blanchard, Courneya, Rodgers, & Murnaghan, 2002; Zhang, Yang, Janz, Snetselaar, & Eckler, 2015), le port du condom (Davis et al., 2016), le lavage des mains chez les travailleurs de la santé (Alp et al., 2011; McLaws, Maharlouei, Yousefi, & Askarian, 2012) et

l'observance du traitement médicamenteux (Desmarais, 2006). La Figure 3 illustre le schéma de la TCP d'Ajzen.

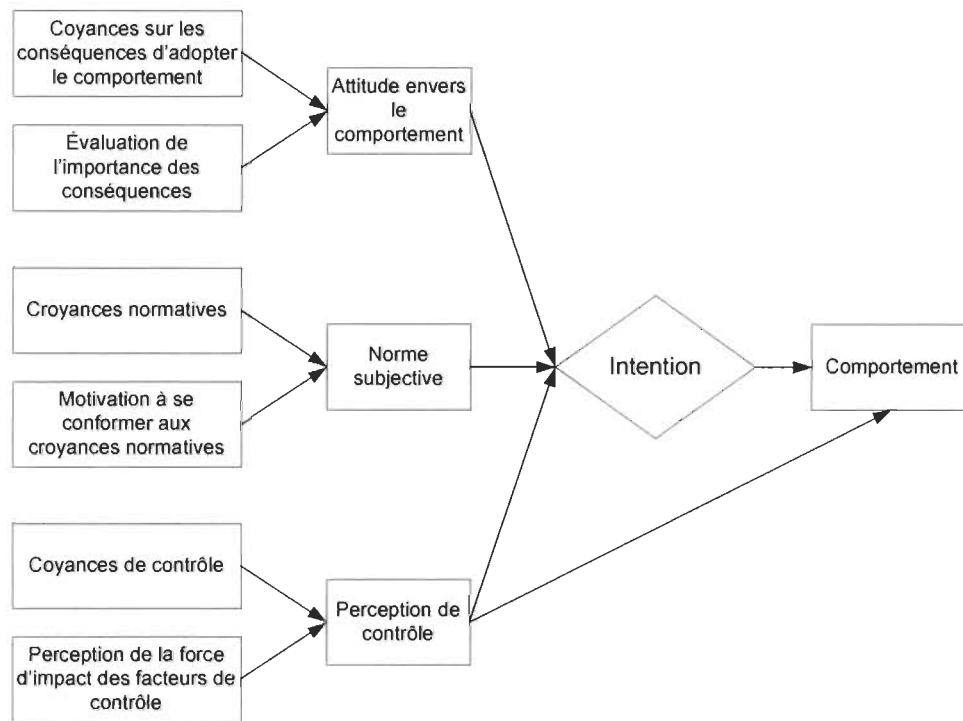


Figure 3 Adaptation de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (Ajzen, 2005).

La TCP suppose que le comportement est précédé par l'intention de s'y conformer. Cette intention est elle-même influencée par trois concepts directs: il s'agit de l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle. Enfin, les trois concepts directs sont eux-mêmes modulés par leurs propres concepts indirects (Gagné & Godin, 1999). Ainsi, les croyances comportementales et l'évaluation des conséquences du comportement sont précurseurs de l'attitude envers le comportement, les croyances normatives et la motivation à se conformer sont

précurseurs de la norme subjective et les croyances de contrôle et le pouvoir perçu sont précurseurs de la perception de contrôle. Selon Ajzen (2005), dans certaines situations, seulement un ou deux concepts directs sont nécessaires pour influencer l'intention alors que dans d'autres cas, les trois concepts doivent être présents pour mener à l'intention. Par contre, l'attitude envers le comportement et la perception de contrôle sont des concepts directs plus influents que la norme subjective pour prédire le comportement (Armitage & Conner, 2001). Par ailleurs, la TCP suggère que le comportement peut être directement déterminé par la perception de contrôle, sans pour autant nécessiter la présence d'une intention de produire ledit comportement. Le comportement devient alors relié à la perception de contrôle au même titre que l'intention (Ajzen, 2005).

L'intention est précurseur de l'adoption du comportement et est très efficace pour en faire la prédiction (Ajzen, 1991). Une méta-analyse incluant 185 études a démontré la relation entre ces deux variables : les auteurs ont établi une corrélation de 0,47 entre l'intention et l'adoption du comportement (Armitage & Conner, 2001). Une autre méta-analyse rassemblant 56 études a conclu que la TCP offrait une variance comportementale de 0,34 et une variance de l'intention de 0,41 (Godin & Kok, 1996). L'intention se définit comme une prédisposition à adopter un comportement visé et se transforme en action au temps et au moment opportun (Ajzen, 2005). L'objet de l'intention concerne le patient lui-même et la finalité de cette intention est le comportement visé, ce qui place l'intention au cœur d'une relation entre le patient et

l'action (Fishbein & Ajzen, 1975). La corrélation entre l'intention et le comportement reste plus forte que celle qui relie l'intention et ses trois concepts directs (Ajzen, 2005).

Concepts directs et indirects

Il existe plusieurs définitions de l'attitude envers le comportement sans pour autant mener à un consensus chez les auteurs. Néanmoins, elle peut être définie comme étant une prédisposition à répondre de manière favorable ou défavorable à un objet ou une situation donnée. L'attitude est une notion acquise suite aux expériences antérieures, qui prédispose à une ou des actions, et ces actions sont en accord avec le jugement favorable ou défavorable du patient (Fishbein & Ajzen, 1975). Si un patient juge que les avantages d'un comportement l'emportent sur les inconvénients, l'attitude envers ce comportement sera positive. À l'inverse, s'il évalue qu'il y a davantage d'inconvénients que de bénéfices, il en résultera une attitude négative. L'attitude est influencée par les croyances reliées aux conséquences d'adopter un comportement donné et par l'évaluation de l'importance qu'accorde le patient à ces conséquences. Dans le contexte de la présente étude, une attitude positive sera produite si le patient croit qu'améliorer ses habitudes de vie réduit le RCV et que la réduction du RCV est une situation souhaitable. Par contre, s'il croit que l'amélioration de ses habitudes de vie aura peu ou pas d'impact sur son RCV ou encore que l'amélioration du RCV n'est pas quelque chose d'important à ses yeux, il présentera une attitude négative envers le comportement.

La norme subjective réfère aux croyances détenues par des gens importants ou influents qui gravitent autour du patient et qui désirent voir celui-ci adopter un comportement souhaité (Fishbein & Ajzen, 1975). En d'autres mots, il s'agit de la considération et du jugement que portent les personnes significatives envers l'adoption d'un comportement. La norme subjective est influencée par les croyances normatives et la motivation à se conformer aux croyances normatives. Par exemple, si les gens importants aux yeux du patient approuvent l'amélioration de ses habitudes de vie et que cette reconnaissance est un facteur primordial dans sa décision, cela conduira à une norme subjective favorable à l'adoption du comportement. À l'opposé, si les gens importants aux yeux du patient désapprouvent l'amélioration de ses habitudes de vie ou encore que l'opinion de ces mêmes personnes lui importe peu, cela entraînera une norme subjective défavorable à l'adoption du comportement.

La perception de contrôle de la TCP est le concept qui le distingue de la théorie de l'action raisonnée. Il se définit comme étant le résultat de l'opposition entre deux forces : le contrôle exercé par le patient lui-même et le contrôle exercé par des facteurs externes tels le pouvoir d'un tiers ou encore le hasard (Ajzen, 2005). La perception de contrôle est modulée par les croyances de contrôle du patient et par la perception de la force d'impact de ces facteurs de contrôle. Ce troisième concept influence le comportement selon 2 scénarios distincts : soit en influençant l'intention, qui à son tour influence le comportement ou encore en influençant directement le comportement. Selon le premier scénario, la perception de contrôle influence directement l'intention. La

perception de contrôle exerce alors son pouvoir de la même façon que l'attitude envers le comportement et la norme subjective. Selon le second scénario, la perception de contrôle agit directement sur le comportement, sans engendrer l'intention d'agir. Ce scénario est envisageable lorsque le patient a peu ou pas de contrôle sur les facteurs internes et externes qui l'entourent, comme c'est le cas pour le hasard, l'hérédité ou les conditions climatiques, par exemple.

Hypothèse de recherche et objectifs secondaires

Cette étude vise à déterminer si l'intention d'adopter un comportement, en l'occurrence de saines habitudes de vie, est suscitée lorsque l'infirmière communique au patient son RCV. Un outil visuel, soit une application sur une tablette électronique, permettra d'appuyer l'infirmière dans ses explications lors de la communication du RCV. En plus de la communication du RCV, l'intervention prévoit aussi un enseignement sur les façons de réduire ce risque par l'adoption de saines habitudes de vie. L'intention, les concepts de l'attitude envers le comportement, la norme subjective, la perception de contrôle et les croyances reliées à ces concepts seront mesurés à l'aide d'un questionnaire. L'analyse des croyances vise à outiller tout professionnel de la santé qui désire susciter une prise de conscience chez les patients à haut RCV face à leur santé ou encore, à bien accompagner les patients qui souhaitent améliorer leurs habitudes de

vie. La conduite de cette étude permettra donc de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse principale de recherche, en plus de réaliser les objectifs secondaires :

Hypothèse principale : L'intention d'améliorer les habitudes de vie des patients jeunes, atteints du SM et à RCV modéré ou élevé est influencée positivement par la communication du RCV par une infirmière.

Objectif secondaire #1 : Décrire spécifiquement les croyances comportementales, normatives et de contrôle à l'égard de l'amélioration des habitudes de vie des patients âgés de 30 à 55 ans, atteints du SM et à RCV modéré ou élevé.

Objectif secondaire #2 : Vérifier la relation entre l'intention d'adopter de saines habitudes de vie et chacun des 3 autres concepts directs de la TCP, soit l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle.

Objectif secondaire #3 : Vérifier la relation entre l'intention d'adopter de saines habitudes de vie et chacun des 6 concepts indirects de la TCP, soit les croyances comportementales, l'évaluation des conséquences du comportement, les croyances normatives, la motivation à se conformer, les croyances de contrôle et le pouvoir perçu.

Chapitre 3: Méthodologie

Ce chapitre présente la démarche méthodologique de l'étude. Le choix du type de devis et de l'instrument de mesure, la population cible et l'échantillon, l'élaboration de l'instrument de mesure, l'élaboration et la description de l'intervention, l'éthique, le déroulement, l'analyse statistique des données et les biais méthodologiques seront les éléments abordés.

Choix du type de devis et de l'instrument de mesure

La variable principale mesurée dans le cadre de cette étude est l'intention d'améliorer les habitudes de vie. Les croyances et les concepts directs et indirects sont aussi décrits afin de réaliser les objectifs secondaires. L'auteure a opté pour un questionnaire auto-administré afin de mesurer l'intention, les concepts directs de l'attitude envers le comportement, la norme subjective, la perception de contrôle et les concepts indirects qui sont les croyances comportementales, l'évaluation de l'importance des conséquences du comportement, les croyances normatives, la motivation à se conformer, les croyances de contrôle et le pouvoir perçu. La démarche d'élaboration du questionnaire est abordée plus loin dans ce chapitre.

Un devis quasi-expérimental, soit un devis post-test à groupe unique, a été utilisé pour mener cette étude (Fortin & Gagnon, 2016). Il y a donc absence de groupe contrôle et de mesure avant l'introduction de l'intervention. La principale raison qui a conduit l'auteure à opter pour ce type de devis réside dans la faisabilité de son application. En effet, ce devis nécessite un moins grand nombre de participants et peut être réalisé sur une plus courte période de temps, ce qui constitue des arguments de choix pour conduire d'un projet d'étude de maîtrise universitaire. Par ailleurs, bien qu'il n'y ait ni randomisation des sujets ni groupe contrôle, il y a manipulation de la variable indépendante, en l'occurrence l'intervention infirmière. Les mesures obtenues sur la variable dépendante principale, l'intention, peuvent donc être reliées à l'intervention, bien qu'il faille demeurer prudent face à cette conclusion dans un contexte où le devis a une moins grande validité expérimentale.

Une des limitations associées à ce devis est l'absence de groupe contrôle, ce qui empêche de comparer les résultats issus du groupe expérimental avec un groupe équivalent n'ayant pas subi l'intervention (Fortin & Gagnon, 2016). Il devient donc difficile de conclure que les résultats mesurés après l'intervention infirmière sont exclusivement reliés à celle-ci. Une autre limitation d'un devis post test seulement sans groupe contrôle réside dans l'absence de prétest, ce qui empêche d'établir si le patient avait déjà l'intention, avant sa rencontre avec l'infirmière, d'améliorer ses habitudes de vie. Il est logique de penser qu'un patient qui présentait une intention d'améliorer ses

habitudes de vie avant l'intervention a encore cette même intention après avoir rencontré l'infirmière.

Pour pallier aux limitations du devis de recherche, les deux premières questions du questionnaire ont été insérées afin de déterminer plus spécifiquement si l'intervention a réellement engendré une intention d'améliorer les habitudes de vie. La première question interroge le patient sur son intention d'améliorer ses habitudes de vie avant la rencontre avec l'infirmière. La seconde question permet d'évaluer si la rencontre infirmière a été déterminante dans sa motivation à améliorer ses habitudes de vie. Bien que ces questions n'aient pas la même valeur qu'un pré-test, elles fournissent une orientation générale sur le désir du patient d'améliorer ses habitudes de vie avant que l'infirmière lui explique son RCV.

Population et échantillon

Le projet de recherche cible les patients âgés de 30 à 55 ans inclusivement, atteints du SM et à RCV modéré ou élevé au score de Framingham. Le choix de ces critères d'inclusion s'explique par le souhait de déterminer l'impact d'une intervention infirmière chez les patients jeunes mais qui présentent un profil les mettant à haut risque de MCV. L'auteure a choisi de ne pas inclure dans sa population les patients ayant des antécédents personnels de MCV tels l'infarctus du myocarde, l'ischémie vasculaire cérébrale, l'accident vasculaire cérébral, l'angine et l'insuffisance cardiaque. Le retrait

de ces patients s'explique par le fait qu'une expérience personnelle antérieure de MCV pourrait susciter à elle seule une intention de modifier ses habitudes de vie. La définition utilisée par la Fédération internationale du diabète (2006) est celle qui a été retenue pour dépister les patients atteints du SM. La version du score de Framingham utilisée est celle citée dans les lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie (Genest et al., 2009). Les grilles d'identification du SM et du score de Framingham sont disponibles à l'Appendice A. Le Tableau 5 résume les critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon.

Tableau 5

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Être âgé(e) de 30 à 55 ans	Présenter un ATCD personnel de MCV ponctuelle (IM, AVC et ICT)
Être atteint(e) du SM	Être atteint(e) d'une MCV chronique (angine, insuffisance cardiaque)
Présenter un RCV modéré ou élevé	
Être capable de lire, d'écrire et de comprendre le français	

Note. ATCD = Antécédent; MCV = Maladie cardiovasculaire; IM = Infarctus du myocarde; AVC = Accident vasculaire cérébral; ICT = Ischémie cérébrale transitoire; SM = Syndrome métabolique; RCV = Risque cardiovasculaire.

Il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste, par choix raisonné, puisqu'il est techniquement impossible d'avoir accès à l'entièvre population correspondant aux critères recherchés (Fortin & Gagnon., 2016). L'auteure a visé un échantillon d'au moins 30 patients pour s'assurer d'une meilleure représentativité statistique. Deux modalités de recrutement ont été utilisées pour constituer l'échantillon : un recrutement par des infirmières recruteuses et un recrutement par la chercheuse principale. Toutes les infirmières recruteuses ont été formées par la chercheuse afin mieux cibler les patients pouvant potentiellement participer à l'étude. La section « Recrutement » abordée plus loin dans le présent chapitre détaille le processus de recrutement qui a créé l'échantillonnage de l'étude.

Élaboration de l'instrument de mesure

Des démarches ont été entreprises auprès des auteurs de deux études publiées sur la communication du RCV et qui ont mesuré l'intention afin de réutiliser leurs instruments de mesure. Une auteure a accepté de partager son questionnaire (Soureti et al., 2010). Cependant, suite à la lecture de ce dernier, il a paru inapproprié au contexte de l'étude actuelle et à la vérification de l'hypothèse de recherche. L'élaboration d'un nouveau questionnaire a donc été nécessaire.

Le questionnaire a été élaboré selon la TCP d'Ajzen (Ajzen, 1991). Cette théorie est largement utilisée dans plusieurs études en santé afin de prédire l'adoption d'un comportement (Alp et al., 2011; Hashim, Jawis, Wahat, & Grove, 2014; Lavoie et al., 2015). Deux guides portant sur le développement d'un questionnaire basé sur la TCP ont été consultés afin de respecter toutes les étapes requises et ainsi maximiser la validité du questionnaire (Francis et al., 2004; Gagné & Godin, 1999).

Étude préliminaire

Tel que suggéré par Francis et al. (2004) et Gagné & Godin (1999), une étude préliminaire a été d'abord été conduite afin de définir les croyances saillantes de la population-cible sur le comportement visé, en l'occurrence l'amélioration des habitudes

de vie dans un contexte de diminution du RCV. Les croyances saillantes sont définies comme étant les croyances réelles des individus, déterminées par ces mêmes individus et non par le chercheur lui-même, et qui concernent les croyances comportementales, normatives et de contrôle (Godin & Kok, 1996). Elles déterminent l'intention et le comportement. L'objectif de définir ainsi les croyances saillantes de la population à l'étude réside dans le souci d'adapter la formulation et le contenu des questions qui constitueront le questionnaire final. Ce procédé permet de s'assurer d'une plus grande sensibilité des questions (Gagné & Godin, 1999). Afin d'identifier les croyances saillantes de la population cible, un court questionnaire a été élaboré pour conduire l'étude préliminaire. Il est disponible à l'Appendice B.

Ce questionnaire préliminaire comporte 8 questions. Pour les besoins du questionnaire, le RCV a été défini comme étant la probabilité de développer une MCV (infarctus/crise de cœur ou accident vasculaire cérébral/attaque cérébrale) dans le futur. Les habitudes de vie ont été définies comme étant les comportements adoptés par une personne dans sa vie quotidienne en ce qui concerne par exemple l'alimentation, l'exercice physique et le tabagisme. Les six premières questions explorent les croyances du patient quant aux concepts directs de la TCP (attitude envers le comportement, norme subjective et perception de contrôle) et exigent une réponse ouverte de la part du patient. Elles interrogent ce dernier sur les avantages et inconvénients d'améliorer ses habitudes de vie, sur les personnes qui y seraient favorables ou défavorables et sur les éléments

pouvant faciliter ou nuire à l'amélioration des habitudes de vie. Les deux dernières questions concernent des données sociodémographiques soient l'âge et le sexe du patient.

Quatre patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude ont répondu au questionnaire de l'étude préliminaire, soit deux hommes et deux femmes ayant en moyenne 53 ans. Ces questionnaires ont été distribués du 5 juin au 11 juillet 2012. Les patients étaient libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et ont été assurés de la confidentialité des réponses. L'extraction et l'analyse des réponses ont été effectuées par l'auteure.

L'analyse des données issues du questionnaire préliminaire a permis de relever les croyances saillantes des patients. L'exploration des croyances saillantes des patients permettent de conclure que l'amélioration des habitudes de vie permet de "se sentir mieux" et de maintenir l'autonomie. Trois patients sur quatre ont affirmé qu'il n'y avait aucun inconvénient à améliorer ses habitudes de vie et un patient a rapporté que l'inconvénient était associé au risque de blessure inhérent à l'activité physique. Tous les patients ont estimé que le conjoint ou la conjointe, les enfants et les amis seraient favorables à l'adoption de ce comportement. Trois patients sur quatre ont mentionné que personne ne serait défavorable à l'adoption de ce comportement; un seul patient a rapporté que son compagnon de golf, lui, serait défavorable. Concernant les questions

reliées à la perception de contrôle, les réponses sont toutes différentes. Parmi les éléments facilitant l'amélioration des habitudes de vie, notons : un travail moins exigeant, une meilleure discipline personnelle et une prise de conscience sur sa situation personnelle. Les blessures, les responsabilités, une surcharge d'activités et le travail comptent parmi les obstacles à l'amélioration des habitudes de vie mentionnés par l'ensemble des patients.

Première ébauche du questionnaire

Une fois l'étude préliminaire terminée, une première ébauche du questionnaire a été élaborée. Les croyances saillantes relevées suite à l'étude préliminaire ont permis la construction des items du questionnaire principal avec une meilleure représentativité de la réalité des patients. Encore une fois, les deux guides portant sur le développement de questionnaire basé sur la TCP ont été consultés pour en respecter les fondements (Francis et al., 2004; Gagné & Godin, 1999).

Une échelle de réponse de type Likert a été choisie pour répondre aux items du questionnaire traitant de la TCP. Cette échelle est dite additive, puisqu'elle accorde d'emblée un poids identique à chaque item (Godin & Kok, 1996). Il s'agit d'une échelle de choix pour évaluer les items d'un questionnaire fondé sur la TCP (Godin & Kok,

1996). L'échelle de Likert créée pour les besoins du questionnaire est unipolaire puisqu'elle attribue un score essentiellement positif (1 à 7). Or, il y a possibilité pour le patient d'opter pour une réponse neutre, qui porte la mention « Ni l'un, ni l'autre », ce qui attribue alors un score de 4. Toutes les échelles de réponse comportent des termes (exemple : « Approuverait fortement ») auxquels des scores ont été attribués par l'auteure lors de l'analyse statistique des résultats.

Au fil du questionnaire, on retrouve des échelles de réponse alternées, c'est-à-dire que certaines échelles de réponse commencent par une connotation positive et d'autres échelles de réponse commencent par une connotation négative. Par exemple, à une question, l'échelle de réponse peut débuter par le terme « Complètement en accord » alors qu'à la question suivante, l'échelle de réponse peut débuter par le terme « Complètement en désaccord ». Cette méthode permet d'éviter que le patient réponde de façon systématique au questionnaire en répondant d'emblée, par exemple, à toutes les questions par le premier élément de l'échelle de réponse. Les échelles de réponses inversées permettent de remédier à ce problème puisque le patient doit s'efforcer de porter attention à la question pour y répondre adéquatement. Cette méthode est suggérée par Francis et al. (2004) dans son guide de construction de questionnaire basé sur la TCP. Cette première ébauche du questionnaire présente trois sections distinctes et comporte 51 questions.

Analyse du questionnaire par des experts

Afin de respecter les recommandations émises par Francis et al. (2004) et Godin et Kok (1996), la première ébauche du questionnaire a été soumise à l'avis de trois experts. L'un d'entre eux détenait une expertise sur la TCP et la promotion de la santé, tandis que les deux autres détenaient une expérience chez les clientèles à haut RCV et les comportements de santé. Leur mandat a été d'évaluer le questionnaire sur sa longueur, le vocabulaire, la syntaxe et la compréhensibilité des directives, des définitions et des questions, sur le choix des échelles de réponse, sur la façon de mesurer chacun des concepts et sur la justification des questions sociodémographiques. Somme toute, les recommandations des experts ont été les suivantes :

Recommandations quant à la forme générale du questionnaire :

- Modifier le titre du questionnaire afin qu'il reflète davantage son contenu
- Ajouter un exemple de question et de réponse en début de questionnaire
- Améliorer la définition du comportement visé, en ajoutant notamment le contexte du comportement
- Maintenir la même formulation du comportement tout au long du questionnaire
- Faire des sections pour chaque variable et mettre des textes explicatifs au début de chaque section pour préciser l'objectif visé par les questions

- Maintenir une constance au niveau des échelles de mesure (éviter d’alterner des échelles qui passent du positif au négatif avec des échelles qui passent du négatif au positif)

Recommandations quant à la section des questions sociodémographiques :

- Ajouter une question explorant le revenu familial
- Explorer davantage les habitudes de vie des patients en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique
- Ajouter une ou des questions explorant la perception du patient de son état de santé
- Consulter les questionnaires sociodémographiques des « Enquêtes de santé sur les collectivités canadiennes » pour élaborer l'ensemble des questions sociodémographiques
- Consulter le questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ) et le test « Mangez-vous santé » du programme santé « Acti-menu » pour élaborer les questions reliées à l'alimentation et à l'activité physique

Suite à cette première analyse, des correctifs ont été adoptés. Toutes les recommandations des experts ont été appliquées à la correction du questionnaire à l'exception de deux recommandations. En effet, afin d'éviter d'alourdir le questionnaire, l'auteure a préféré ne pas diviser le questionnaire en sections selon chacune des

variables tel que recommandé par l'un des experts. De plus, les échelles de réponses alternées ont été gardées telles quelles puisqu'il s'agit d'une méthode préconisée dans un des guides de développement de questionnaire selon la TCP (Francis et al., 2004). Cette version corrigée du questionnaire a été soumise une seconde fois aux mêmes experts et ils ont approuvé les correctifs appliqués.

Évaluation du questionnaire par les patients

Cette approbation des experts a permis de passer à l'étape de l'évaluation du questionnaire par des patients représentatifs de l'échantillon à l'étude. Cette démarche, recommandée par Godin et Francis, vise à s'assurer que le questionnaire soit facilement compréhensible par le patient (Francis et al., 2004; Godin & Kok, 1996). Le questionnaire a donc été distribué à trois patients, un homme et deux femmes, dans la catégorie d'âge ciblée par l'étude. Leurs commentaires ont été unanimes sur la facilité de compréhension des items du questionnaire. Ils ont tous répondu à l'ensemble des questions dans un délai d'environ 15 minutes. Le formulaire d'évaluation du questionnaire par les patients est disponible à l'Appendice C. L'unanimité des patients au sujet de la convivialité et de la bonne compréhension du questionnaire a mené à son approbation finale et aucune autre modification n'a été apportée.

Questionnaire final

Le titre du questionnaire final est « Facteurs d'influence du comportement en regard des habitudes de vie ». Il comporte 51 questions. Le questionnaire compte 4 pages recto-verso et est présenté sous forme de « livret » afin de le rendre attrayant pour le patient. D'entrée de jeu, des directives générales sont émises au patient ainsi que deux exemples sur la façon de répondre au questionnaire, selon que la question soit associée à une échelle de réponse de type Likert ou encore à un choix de réponse à encercler. Le questionnaire final est disponible à l'Appendice D.

Section 1. La section 1 ne comporte que trois questions. Les 2 premières questions visent à déterminer si le patient avait déjà l'intention d'améliorer ses habitudes de vie avant la rencontre avec l'infirmière et si cette rencontre a été déterminante dans sa motivation à améliorer ses habitudes de vie. Ce ne sont pas des questions reliées aux concepts de la TCP. Tel qu'expliqué au début du chapitre, l'initiative d'insérer ces questions au début du questionnaire réside dans le désir d'évaluer si l'intervention infirmière a été réellement déterminante dans l'intention d'améliorer les habitudes de vie.

La troisième question de la section 1 concerne le comportement que le patient souhaite améliorer. Cette question vise à répondre à une exigence des guides

d'élaboration de questionnaire selon la TCP (Francis et al., 2004; Gagné & Godin, 1999). En effet, la TCP stipule qu'un comportement doit être décrit selon 4 éléments. Ces éléments sont l'action, le temps, le contexte et l'objet. La particularité de la présente étude est que le comportement ciblé varie selon la situation personnelle du patient: certains sont fumeurs, d'autres ont des améliorations à apporter à leur alimentation, d'autres encore sont sédentaires. Ce constat complique la définition du comportement en termes d'objet et d'action. La question 3 permet de contourner ce problème en demandant au patient de choisir un comportement parmi ceux suggérés. Le patient répond par la suite aux questions de la section 2 en gardant à l'esprit le comportement ciblé au début du questionnaire. Une définition de l'expression « améliorer un comportement concernant mes habitudes de vie» introduite en début de questionnaire permet de spécifier le contexte du comportement visé, en l'occurrence un contexte de vie quotidienne. L'élément « temps » est défini comme étant un comportement adopté au cours du prochain mois.

Section 2. La section 2 du questionnaire, qui comporte les questions 4 à 33, permet de mesurer les concepts directs et indirects de la théorie du comportement planifié. Les concepts directs de la théorie sont l'intention, l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle. Les concepts indirects sont les croyances comportementales, l'évaluation de l'importance des conséquences du comportement, les croyances normatives, la motivation à se conformer, les croyances de

contrôle et le pouvoir perçu. Le Tableau 6 présente les associations entre les questions de la section 2 et les concepts de la TCP.

Tableau 6

Associations entre les concepts et les questions

Concept	Numéro de la question
Intention	4, 5, 6
Attitude envers le comportement	7, 8, 9
Croyances comportementales	10 a, b, c, d, e, f
Évaluation de l'importance des conséquences du comportement	11 a, b, c, d, e, f
Norme subjective	12, 13, 14
Croyances normatives	15, 16, 17, 18, 19
Motivation à se conformer	20 a, b, c, d, e
Perception de contrôle	21, 22, 23
Croyances de contrôle	24 a, b, c, d, e, f, g, h, i
Pouvoir perçu	25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Section 3. Finalement, la section 3 concerne les données sociodémographiques du patient, à savoir le sexe, l'âge, le statut civil, le niveau de scolarité, le type d'emploi, le revenu, le nombre d'enfants vivant avec le patient, la présence ou non de tabagisme, l'activité physique, l'état de santé perçu, les limitations physiques et l'alimentation. Les questions et définitions sur les niveaux d'activité physique retrouvées dans cette section sont inspirées des enquêtes de Statistiques Canada, du questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ) et du test « Mangez-vous santé » du programme

santé « Acti-menu » (Organisation mondiale de la santé; Programme santé Acti-menu; Statistique Canada, 2011a).

Élaboration et description de l'intervention

Bon nombre d'études sur l'impact de la communication du RCV sont basées sur des scénarios fictifs de RCV (Fair et al., 2008; Frileux, Muñoz Sastre, Mullet, & Sorum, 2004; Goldman et al., 2006; Hux & Naylor, 1995; Misselbrook & Armstrong, 2001). Ce type de méthodologie comporte son lot d'inconvénients, dont celui de biaiser la réaction du patient qui peut se sentir moins interpellé personnellement par le scénario présenté. Cela peut ainsi altérer son intention de changer ses comportements de santé. Cet inconvénient a mené l'auteure à choisir une intervention qui serait appliquée auprès de vrais patients et impliquant leur réel RCV. Les données sont cueillies une fois seulement et ce, immédiatement après l'intervention. Plusieurs éléments ont été développés dans le but de standardiser cette intervention.

Cette intervention vise d'abord à expliquer au patient ce qu'est le RCV et les facteurs de risque modifiables et non modifiables. Le RCV est défini au patient comme étant son risque de développer une MCV tels un infarctus (ou communément appelé une crise cardiaque) ou encore un AVC (accident vasculaire cérébral) dans les 10 prochaines

années. On lui mentionne qu'il existe trois niveaux de risque soit faible, modéré ou élevé. Un facteur de risque lui est présenté comme étant une caractéristique retrouvée chez une personne qui augmente ses chances de développer un problème. Un facteur de risque modifiable est défini comme étant un facteur de risque sur lequel on a un certain contrôle, et les facteurs de risque non modifiables, ceux sur lesquels on ne peut exercer de contrôle. Afin d'appuyer ses explications, l'infirmière a utilisé une affiche spécifiquement créée pour les besoins de l'étude. Il s'agit d'un tableau scindé en deux : d'un côté, en vert, sont présentés les facteurs de risque modifiables tels le tabagisme, le taux sérique de cholestérol total, le taux sérique de C-HDL (bon cholestérol) et la PA; de l'autre côté, en rouge, sont présentés les facteurs de risque non modifiables tels l'âge, le sexe, la présence de diabète et les antécédents familiaux de MCV. Il s'agit des facteurs de risque qui sont considérés lors du calcul du RCV selon le score de Framingham (Genest et al., 2009). Cette affiche, nommée « Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire », est disponible à l'Appendice E. L'objectif de l'utilisation de cet outil est de supporter les explications de l'infirmière puisque le concept de facteur de risque peut sembler abstrait pour certains.

Parmi les nombreuses stratégies de communication existantes, les outils de communication visuels sont en effet davantage appréciés des patients (Goodyear-Smith, Kenealy, Wells, Arroll, & Horsburgh, 2011; Hill et al., 2010; Price et al., 2009). Le choix de l'auteure s'est donc arrêté sur un outil de support visuel pour calculer et

expliquer le RCV au patient. Étant donné le développement fulgurant et l'intérêt grandissant pour les tablettes électroniques, une application électronique animée a été retenue. Il s'agit de la version 1.5.0 de l'application « CCS Lipid Guidelines », disponible sur les plateformes Apple et Android à l'été 2013. Cette application électronique est suggérée par la Société canadienne de cardiologie et est disponible sur son site internet au www.ccsguidelineprograms.ca.

Cette application électronique calcule de RCV selon le score de Framingham. Pour l'utiliser, il faut donc connaître certains paramètres du patient dont l'âge, le sexe, le taux de cholestérol total, le taux de C-HDL, la PA systolique, la présence ou l'absence de traitement antihypertenseur, de diabète et de tabagisme. L'utilisateur doit entrer ces paramètres un à un tel que demandé lorsque l'on ouvre l'application électronique. En bas de l'écran, une échelle, dont la couleur varie du vert au rouge aux extrémités en passant par l'orangé, représente le RCV qui peut ainsi passer de « faible » à « élevé » en passant par « modéré ». Lorsque les paramètres sont insérés, un curseur se déplace progressivement sur cette échelle afin d'illustrer l'impact de chacun des facteurs de risque sur le RCV global. Ainsi, le patient peut visualiser l'impact important du tabagisme, par exemple, sur son RCV puisque le curseur se déplace de façon significative vers le rouge (risque « élevé ») lorsque ce facteur de risque est inséré. Lorsque tous les paramètres sont entrés, le RCV est exprimé en pourcentage. Il faut par contre modifier ce pourcentage selon la présence ou non d'antécédents familiaux de

MCV puisque cette donnée n'est prise en compte dans l'application électronique. Ainsi, si le patient est un homme, que son calcul du RCV est de 15,6% (risque modéré) mais qu'il présente des antécédents familiaux de MCV, l'infirmière lui rappelle qu'il doit doubler ce risque et considérer celui-ci à 31,2%, ce qui revient à un RCV élevé.

L'infirmière explique d'abord le fonctionnement de l'application électronique au patient, tout en lui précisant de porter une attention particulière au bas de l'écran afin de voir progresser le curseur sur l'échelle de risque. Elle calcule par la suite le RCV du patient avec l'application électronique à partir de ses données personnelles. Ces paramètres ont été insérés dans l'ordre suivant: l'âge, le sexe, le taux de cholestérol total, le taux de C-HDL, la PA systolique, la présence ou l'absence de traitement antihypertenseur, la présence ou l'absence de diabète et le tabagisme. Les paramètres sont entrés un à un en laissant le temps au patient de bien visualiser le curseur qui se déplace sur l'échelle de couleur au bas de l'écran. L'infirmière rappelle au patient présentant des antécédents familiaux de MCV qu'il faut multiplier par 1,7 ou 2 le RCV obtenu, selon si le patient est un homme ou une femme, afin d'obtenir le RCV final.

Une fois le calcul complété et le RCV annoncé à l'aide de l'application électronique, l'infirmière mentionne au patient quels sont ses facteurs de risque modifiables, ceux-là même qui peuvent être possiblement améliorés. Une fois ceux-ci identifiés, elle explique au patient qu'il peut améliorer son RCV global en abolissant ou

en améliorant les paramètres de ses facteurs de risque modifiables. Elle corrige donc le RCV du patient sur la tablette électronique en ramenant un à un ses facteurs de risque modifiables à des paramètres plus souhaitables. À mesure que les facteurs de risque modifiables sont corrigés, le patient peut visualiser l'amélioration de son RCV en regardant le curseur en bas de l'écran se déplacer vers la section verte de l'échelle, et en voyant le pourcentage de risque diminuer. Le Tableau 7 présente les améliorations possibles selon les facteurs de risque modifiables présentés par le patient.

Tableau 7

Améliorations possibles des facteurs de risque modifiables

Si le patient...	Il y a amélioration de son RCV si...
Fume	Il cesse de fumer
A une PAS \geq 130 mmHg	Sa PAS baisse à 120 mmHg
A un taux sérique élevé de CT ($>4,0$ mmol/L)	Son taux sérique de CT baisse à 4,0 mmol/L
A un taux sérique bas de C-HDL ($<1,3$ mmol/L)	Son taux sérique de C-HDL augmente à 1,3 mmol/L

Note. PAS = Pression artérielle systolique; CT = Cholestérol total; C-HDL = Cholestérol des lipoprotéines de haute densité.

Les paramètres « améliorés » des facteurs de risque modifiables présentés dans le Tableau 7 sont basés sur la grille du score de Framingham (Genest et al., 2009). Il s'agit de l'amélioration « minimale » qu'un patient puisse porter à son paramètre pour apporter une modification à la grille de pointage et ainsi, diminuer théoriquement son RCV. Bien sûr, si l'amélioration de son paramètre va au-delà de l'amélioration « minimale » suggérée dans le Tableau 7, l'amélioration du RCV est encore plus importante.

Une fois la démonstration de l'amélioration du RCV effectuée, un court enseignement est prodigué au patient sur les façons d'intervenir sur ses facteurs de risque modifiables. Cet enseignement se base uniquement sur les facteurs de risque modifiables présentés par le patient : la durée de l'enseignement peut donc varier selon

le nombre de facteurs de risque modifiables impliqués. Ainsi, pour le patient fumeur, l'infirmière lui conseille de se fixer une date où arrêter de fumer et d'utiliser au besoin une médication de remplacement de nicotine tels les timbres ou la gomme de nicotine disponibles avec ou sans ordonnance. Le dépliant « Écraser... Je peux y arriver! » lui est alors remis. Ce dépliant est disponible à l'Appendice F.

Pour le patient souffrant d'HTA, l'infirmière lui mentionne que les principales méthodes non pharmacologiques pour réduire la PA sont la pratique régulière d'exercice physique, la réduction de la consommation de sel par une meilleure alimentation, l'atteinte et le maintien d'un poids santé et la cessation tabagique chez les fumeurs. La prise régulière de la médication antihypertensive chez ceux utilisant un traitement pharmacologique est un autre élément important dans le contrôle de l'HTA. Pour ces patients, les dépliants « Hypertension artérielle. Questions. Réponses », « L'activité physique dans la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle », « Les aliments influencent votre pression artérielle... » et « Le sel : élément de haute pression » sont remis. Tous ces dépliants sont disponibles à l'Appendice F.

Finalement, pour les patients présentant des anomalies au niveau du cholestérol sanguin, que ce soit un taux sérique élevé de cholestérol total et/ou taux sérique bas de C-HDL, le dépliant « Le cholestérol, trop, c'est trop » leur est remis. Il est disponible à l'Appendice F. L'infirmière leur explique aussi que pour améliorer les valeurs de

cholestérol, il est conseillé de bien s'alimenter, de faire au moins 30 minutes d'exercice physique la plupart des jours, de maintenir ou de réduire son poids et de cesser de fumer si le patient est fumeur. L'infirmière termine l'intervention en demandant au patient s'il a des questions et en y répondant, le cas échéant. Pour les patients n'ayant pas de médecin de famille ou n'ayant pas fréquenté l'une des cliniques d'enseignement en prévention de maladie chronique du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de leur territoire, l'infirmière leur propose de les référer, s'ils le désirent.

Cette intervention infirmière, avant d'être appliquée auprès des patients participant à l'étude, a d'abord été expérimentée auprès de deux patients correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Un questionnaire a permis d'évaluer la compréhension de l'explication du RCV, la clarté du support visuel, la prestation de l'infirmière et la durée de l'intervention. Les patients ont été unanimes et ont attribué les mentions « très bien » ou « bien » à chacun des critères évalués. Ce questionnaire d'évaluation de l'intervention est disponible à l'Appendice G.

Éthique

Des démarches ont été entreprises auprès des deux comités d'éthique concernés, soit le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et le Comité d'éthique de la recherche du Centre de

santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR)/Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) afin d'obtenir un certificat d'approbation pour conduire la recherche. Ces demandes ont été approuvées et ont mené à l'obtention de deux certificats d'éthique: celui du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR porte le numéro CER-13-187-06.15 et celui du CSSSTR/CHAUR porte le numéro CER-2012-022-00. Les certificats d'éthique et les formulaires d'information et de consentement se retrouvent à l'Appendice H.

Des difficultés reliées au recrutement ont obligé l'auteure à ajouter un nouveau site de recrutement, en l'occurrence le Groupe de médecine familiale (GMF) de Trois-Rivières. Des demandes en ce sens ont été formulées à l'endroit des 2 comités d'éthique et ce, pendant la période de recrutement. Le Comité d'éthique de l'UQTR a donc décerné un nouveau certificat d'éthique portant le numéro CER-13-191-07-02.04. Le Comité d'éthique du CSSSTR/CHAUR a maintenu le même numéro de certificat d'éthique, mais a demandé à ce que leur logo et toute référence à leur comité d'éthique soit retiré sur le formulaire d'information et de consentement lorsque le patient recruté provenait du GMF de Trois-Rivières, l'établissement étant dissocié du CSSSTR/CHAUR. C'est la raison pour laquelle on retrouve deux versions du formulaire d'information et de consentement à l'Appendice H.

Bénéfices

Les patients participant à l'étude ont reçu une somme de 10,00\$ en argent le jour de l'intervention afin de couvrir les coûts reliés au déplacement et au stationnement. Ce montant a été tiré du budget de la directrice de recherche Mme Lyne Cloutier, professeure au département des sciences infirmières et directrice du Laboratoire de recherche en santé cardiovasculaire et métabolique de l'UQTR. Le fait de connaître son RCV est un autre bénéfice relié à la participation à l'étude puisque cette information ainsi connue du patient lui permet de prendre les moyens pour améliorer sa situation de santé.

Risques, inconforts et inconvénients

L'inconvénient relié à la participation au projet de recherche réside dans le risque de susciter de l'inquiétude et de l'angoisse chez le patient une fois son RCV dévoilé. En effet, puisque plusieurs ignorent leur grande susceptibilité à développer une MCV, cette annonce pourrait induire un certain traumatisme. L'explication des mesures visant à réduire ce RCV, la remise de documents contenant des ressources pertinentes et l'offre de référence au CSSS pour assurer une continuité des services comptent parmi les

dispositions prises afin d'atténuer la portée de cet inconvénient. Par ailleurs, l'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Consentement éclairé

Afin de s'assurer d'un consentement libre et éclairé de la part des patients, de nombreuses précautions ont été observées. L'auteure s'est assurée n'avoir aucun lien de dépendance avec le patient, c'est-à-dire qu'il y avait absence de relation patient-professionnel. La première approche auprès de tout participant potentiel a été réalisée par une infirmière recruteuse afin de minimiser toute pression pour le patient à participer à l'étude. Le patient était libre de se désister en tout temps et de refuser de participer au projet de recherche. Finalement, un formulaire d'information et de consentement a été signé par le patient et la chercheuse afin d'éliminer toute ambiguïté sur les rôles et droits de chacun. Ce formulaire est disponible à l'Appendice H.

Confidentialité

Les formulaires d'information et de consentement, les « Guides de recrutement » des patients et les questionnaires remplis ont été mis sous clé au Laboratoire de recherche en santé cardiovasculaire et métabolique de l'UQTR. Seules la chercheuse et

la directrice de recherche ont accès à ces documents. De plus, chacun des patients s'est vu attribuer un numéro identifiant les documents le concernant, de sorte qu'il est impossible d'y relier l'identité du patient.

Déroulement

Recrutement

Le recrutement a nécessité l'implication d'infirmières travaillant dans l'une des cliniques ciblées. Elles ont eu pour mandat de recruter des sujets parmi les patients qu'elles côtoyaient dans le cadre de leur travail. Elles ont présenté le projet de recherche aux patients correspondant aux critères d'inclusion de l'étude et pour ceux intéressés à participer, elles ont remis leurs coordonnées à la chercheuse. La chercheuse est ensuite entrée en contact par téléphone avec ces patients pour répondre aux questions si nécessaire et fixer une rencontre.

Pour ce faire, les huit infirmières recruteuses ont été formées par la chercheuse afin de les outiller pour réaliser le recrutement. La formation, d'une durée de 30 minutes, visait à réviser les principales notions de dépistage du SM, de mesure du tour de taille, de calcul du RCV ainsi que de les informer sur les objectifs principaux du projet de recherche et des critères de sélection des patients. Les infirmières ayant participé au

recrutement provenaient de l'une ou l'autre des quatre cliniques suivantes: clinique ambulatoire du site Cloutier du CSSSTR, clinique de diabète du site St-Joseph du CSSSTR, clinique de gestion des facteurs de risque du CSSSTR et le GMF de Trois-Rivières.

Phase d'expérimentation

Les patients recrutés ont été rencontrés dans les locaux du site St-Joseph du CSSSTR, du site Cloutier-du-Rivage du CSSSTR et du GMF de Trois-Rivières. Après la présentation du déroulement de la rencontre et la signature du formulaire d'information et de consentement, la chercheuse a appliqué l'intervention tel que décrite précédemment dans ce chapitre. Le patient a ensuite été invité à répondre au questionnaire dans une pièce isolée et en l'absence de la chercheuse. Une fois le questionnaire complété, la somme de 10,00\$ en argent lui a été remise.

Analyse statistique des données

Au total, trente-deux personnes ont participé à l'étude. La taille de l'échantillon s'explique d'une part par des difficultés de recrutement, d'autre part, parce que l'étude devait respecter une certaine faisabilité reliée au contexte d'un projet d'étude de 2^e cycle

universitaire. En moyenne, l'intervention infirmière a duré 23 minutes et les questionnaires ont été complétés par les patients en 17 minutes.

Afin de permettre l'analyse des données, le logiciel informatique IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 20 a été utilisé. Les données ont été compilées et insérées dans la base de données du logiciel par l'auteure en août 2013. Ces données sont issues des sections 1 à 3 du questionnaire final ainsi que des « Guides de recrutement » complétés par l'infirmière recruteuse.

Rappelons que le questionnaire utilisé dans cette étude comporte des échelles de réponse de type Likert. Il a été décidé d'attribuer aux réponses obtenues des scores essentiellement positifs variant de 1 à 7. Le score minimal de « 1 » a été attribué aux réponses à connotation fortement négative vis-à-vis l'objet de la question : par exemple, si le patient répondait « Fortement en désaccord », le score de 1 lui était attribué. Dans le même ordre d'idée, le score maximal de « 7 » a été attribué aux réponses à connotation fortement positive : par exemple, si le patient répondait « Fortement en accord », le score de 7 était attribué à sa réponse. Il faut garder à l'esprit cette réalité et considérer ainsi qu'un score entre 1 et 3 est associé à un score négatif dans le sens où ce n'est pas favorable vis-à-vis l'objet de la question, un score de 4 correspond à une neutralité et un score entre 5 et 7 correspond à un score positif dans le sens où le patient est favorable à l'objet de la question.

Par ailleurs, au fil du questionnaire, on retrouve des échelles de réponse qui commencent par une connotation positive et d'autres échelles de réponse commençant par une connotation négative. Par exemple, l'échelle de réponse proposée à la question 7 débute par le choix de réponse « Très en accord » alors que l'échelle de réponse de la question 8 débute par le choix de réponse « Très en désaccord ». Cette méthode a nécessité un recodage des échelles inversées, c'est-à-dire celles débutant par un choix de réponse à connotation négative. Seize échelles de réponse ont donc été recodées, soient celles des questions 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 20, 23, 25, 28, 30, 31 et 32.

Une fois ces échelles de réponse recodées, une dernière manipulation a été effectuée avant d'utiliser les données à des fins d'analyse. En effet, les questions n'ayant pas obtenu de réponse de la part du patient se sont vues attribuer un score de 777. Ces variables manquantes ont ensuite été substituées par la moyenne de la série et ce, pour chacune des questions.

Une fois ces deux opérations complétées, soit le recodage et la substitution des données manquantes, les analyses statistiques ont été appliquées. Dans un premier temps, des analyses descriptives de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type, minimum, maximum) ont été effectuées pour les quatre concepts directs de la TCP. Comme expliqué au chapitre 2 dans la section « Cadre théorique », ces concepts directs sont l'intention, l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception

de contrôle. Or, une attention particulière est portée au score de l'intention, puisque cette donnée permet de vérifier l'hypothèse principale de recherche, qui stipule que la communication du RCV au patient par l'utilisation d'un support visuel influence positivement l'intention de modifier les habitudes de vie. L'étude des scores des autres concepts directs permettent de déterminer ceux étant plus dominants et leur potentielle influence sur l'intention. De plus, des tests de normalité de Kolmogorov-Smirnov et de Shapiro-Wilk ont été effectués afin de déterminer si les données des concepts directs et indirects suivent la courbe normale de distribution de Gauss (Simard, 2010). Des analyses de corrélation, en l'occurrence le tau-B de Kendall, ont été réalisées entre l'intention et les trois autres concepts directs et entre l'intention et les six concepts indirects. La confirmation de l'existence d'une corrélation significative au test de Kendall démontrerait, le cas échéant, qu'il existe un lien entre l'intention et ces concepts. L'analyse corrélationnelle permet de réaliser deux des objectifs secondaires de recherche, qui sont, dans un premier temps, de vérifier la relation entre l'intention d'adopter de saines habitudes de vie et les trois concepts directs et, dans un deuxième temps, de vérifier la relation entre l'intention d'adopter de saines habitudes de vie et les six concepts indirects.

Finalement, l'analyse des concepts indirects permet de déterminer les croyances et par le fait même, contribue à réaliser l'un des objectifs secondaires de l'étude, qui est de décrire les croyances des gens âgés entre 30 et 55 ans, atteints de SM et à RCV

modéré ou élevé. Tout comme pour les concepts directs, des analyses descriptives de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type, minimum et maximum) ont été effectuées pour les six concepts indirects que sont les croyances comportementales, l'évaluation des conséquences du comportement, les croyances normatives, la motivation à se conformer, les croyances de contrôle et le pouvoir perçu. Ces mêmes analyses descriptives ont aussi été appliquées à chaque question qui compose les six concepts indirects. On obtient donc des scores pour chacune des questions relatives aux concepts indirects, en plus des scores des concepts indirects eux-mêmes. Les résultats de ces analyses permettent de mieux cerner les croyances de cette population et ainsi, outiller tout professionnel de la santé désirant influencer le patient dans ses choix de santé ou le motiver dans sa démarche d'adoption de saines habitudes de vie.

Biais méthodologiques

Toute démarche en recherche risque d'inclure la présence de biais méthodologiques (Fortin & Gagnon, 2016). Bien que toutes les prédispositions aient été prises afin d'en diminuer la portée, il est nécessaire de les reconnaître afin de demeurer objectif quant aux conclusions de l'étude.

Biais de validité interne

Sélection des patients. Lors du recrutement, il est possible qu'un patient ait senti une quelconque incitation à participer à l'étude et qu'il ait accepté pour ne pas déplaire à celui ou celle qui l'a approché. Par ailleurs, ce biais de sélection a été réduit par le fait qu'un intermédiaire ait été impliqué pour approcher chaque patient recruté et qu'en aucun temps la chercheuse n'ait établi le premier contact avec un patient.

Intervention infirmière. Certains facteurs ont pu faire fluctuer l'intervention infirmière : une meilleure performance de l'infirmière qui a gagné de l'expérience et de l'assurance au fil du temps, la variation du temps passé avec chacun des patients ou encore le fait que certains patients aient posé plus de questions que d'autres. Malgré que l'infirmière se soit efforcée de bien respecter un plan de rencontre standardisé pour tous les patients, une variation des caractéristiques de l'intervention peut avoir été produite. Cette situation peut avoir influencé l'intention du patient de modifier ses habitudes de vie.

Biais de validité externe

Effet Hawthorne. Certains patients, sachant qu'ils participent à une étude, ont pu, consciemment ou non, avoir répondu au questionnaire de façon positive afin de plaire à la chercheuse ou répondre à un phénomène de désirabilité sociale et ce, malgré en engagement de confidentialité des réponses de la part de la chercheuse.

Manque de représentativité des patients. Il s'agit d'une étude réalisée avec un échantillon de convenance : les patients qui ont accepté de participer l'ont fait volontairement. Ils démontraient alors du même coup un intérêt pour leur santé et une certaine ouverture d'esprit à l'idée de rencontrer une infirmière. On peut donc penser que ces patients avaient déjà une intention ou du moins un intérêt à améliorer leurs habitudes de vie. Ce n'est pas nécessairement le reflet de la population de référence, puisque l'échantillon à l'étude risque de ne pas inclure ceux étant moins motivés ou intéressés par leur état de santé.

Biais de validité des concepts

Instrument de mesure. Il s'agit d'une première utilisation du questionnaire. Il n'a donc pas été utilisé dans d'autres contextes, ce qui aurait permis de le raffiner. La chercheuse a tout de même pris plusieurs dispositions afin d'augmenter sa validité interne. Le recours à des experts pour l'analyse et l'ajustement des items du questionnaire et l'évaluation de celui-ci par des patients ont permis de maximiser la validité de contenu. De plus, deux guides portant sur la construction de questionnaire selon la TCP d'Ajzen ont été consultés afin de minimiser les biais reliés à l'instrument de mesure (Francis et al., 2004; Godin & Kok, 1996).

Biais de validité statistique

Petit échantillon. Le fait que l'étude ne soit réalisée qu'avec 32 patients rend difficile la généralisation des résultats. La raison principale du choix de mener l'étude avec un petit échantillon en est une de faisabilité.

Devis de recherche utilisé. L'absence de prétest fait en sorte que l'on ignore si le patient avait déjà l'intention de modifier ses habitudes de vie avant la rencontre avec l'infirmière. On ne peut donc affirmer avec certitude que l'intention mesurée en post test est directement attribuable à l'intervention. Pour pallier à ce biais, deux questions ont été insérées en début du questionnaire pour estimer l'intention de départ des patients. Un autre biais lié au devis de recherche est l'absence de groupe contrôle. L'utilisation d'un groupe contrôle aurait aussi contribué à démontrer la relation de cause à effet entre l'intervention et l'intention. Des raisons de faisabilité ont mené l'auteure à ne pas recourir à l'utilisation d'un groupe contrôle.

Chapitre 4: Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. La description de l'échantillon rapporte les caractéristiques sociodémographiques, métaboliques, les facteurs de risque et RCV ainsi que les habitudes de vie des patients recrutés. Les résultats relatifs à l'analyse descriptive des concepts directs et indirects, les résultats de chaque item du questionnaire relatifs aux concepts indirects et les résultats des analyses corrélationnelles sont présentés.

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des patients qui sont présentées sont le sexe, le statut civil, la scolarité, l'emploi, la source de revenu, le revenu du ménage et le nombre d'enfants à charge. Le Tableau 8 illustre ces données.

Tableau 8

Données sociodémographiques

	N (%)
Sexe (n = 32)	
♂	21 (65,6)
♀	11 (34,4)
Statut civil (n = 31)	
En couple	22 (71,0)
Séparé ou divorcé	2 (6,5)
Célibataire	7 (22,6)
Scolarité (n = 32)	
Primaire	1 (3,1)
Secondaire	21 (65,6)
Collégial (ou équivalent)	7 (21,9)
Universitaire	3 (9,4)
Emploi (n = 32)	
Temps complet	15 (46,9)
Temps partiel	5 (15,6)
Retraité(e)	2 (6,3)
Sans emploi	7 (21,9)
Arrêt de travail actuellement	3 (9,4)

Données sociodémographiques

Source de revenu (n = 32)	
Salaires et traitements	13 (40,6)
Revenus d'un travail autonome	7 (21,9)
Prestations d'assurance-emploi	4 (12,5)
Prestations du régime du Canada ou de Rentes du Québec/ Sécurité de la vieillesse/ régime de retraite	2 (6,3)
Alloc. municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être	3 (9,4)
Autres (ex: loyer, bourse d'étude)	3 (9,4)
Revenu du ménage (n = 32)	
Moins de 50 000\$	13 (40,6)
50 000\$ à moins de 60 000\$	8 (25,0)
60 000\$ à moins de 80 000\$	6 (18,8)
80 000\$ ou plus	5 (15,6)
Nb d'enfants vivant sous le même toit (n = 32)	
1	8 (25,0)
2 ou 3	7 (21,9)
4 ou plus	2 (6,3)
Je n'ai pas d'enfants/ mes enfants ne vivent plus avec moi	15 (46,9)

Note. ♂ = Homme; ♀ = Femme; Nb = Nombre.

Les critères d'inclusion de l'étude stipulaient que les patients soient atteints du SM et âgés de 30 à 55 ans inclusivement. Les patients recrutés sont âgés en moyenne de 49 ans. Le patient le plus jeune a 37 ans et le plus âgé, 55 ans. Les hommes sont majoritaires et composent près de 66% de l'échantillon. Plus de 70% des patients sont en couple, les autres étant célibataires, séparés ou divorcés. C'est une proportion plus élevée que la moyenne provinciale établie en 2011, où 56,3% des personnes étaient mariées ou en union libre (Institut de la statistique du Québec, 2016). Les patients à l'étude possèdent un diplôme d'études postsecondaires dans une proportion de 31,3%. Ils sont donc beaucoup moins scolarisés que la moyenne régionale, qui indique que 61,5% des 25 à 54 ans possèdent un diplôme d'études postsecondaires (Statistique Canada, 2013). Il faut par contre rappeler que les patients à l'étude n'appartiennent pas exactement au même groupe d'âge que celui utilisé pour les fins des statistiques régionales, ce qui peut expliquer les différences constatées.

Tel qu'indiqué dans le Tableau 8, près de 22% des patients de cette étude ont déclaré être sans emploi et 12,5% ont affirmé être prestataires de l'assurance-emploi. Cela excède grandement le taux de chômage en Mauricie-Centre-du-Québec qui est établi à 7,5% selon les données de 2006-2010 (Statistique Canada, 2013). Par ailleurs, 62,5% des patients occupent un emploi, c'est-à-dire qu'ils sont soit salariés ou encore travailleurs autonomes. Près de 41% des patients déclarent un revenu familial de moins de 50 000\$ annuellement et le quart d'entre eux, entre 50 000 et 60 000\$. Les statistiques

régionales stipulent qu'en Mauricie en 2010, le revenu avant impôts des familles est évalué à 58 880\$ en moyenne (Statistique Canada, 2013). Une grande partie des patients gagne donc un salaire en-deçà de la moyenne régionale. Plus de 53% des patients vivaient avec au moins un enfant à la maison. En résumé, les patients à l'étude sont moins scolarisés et présentent un plus fort taux de chômage que la moyenne établie dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec. La moyenne du salaire des patients suit cette tendance et est inférieure à celle évaluée pour l'ensemble de la région. Bien que les patients à l'étude soient différents de la population régionale, ils sont similaires aux Canadiens et Canadiennes atteints du SM (Riediger & Clara, 2011).

Données métaboliques

Le Tableau 9 présente les données métaboliques qui incluent le tour de taille, la PA systolique, le taux sérique de cholestérol total, de C-HDL et de triglycérides, la présence de diabète, l'usage d'un traitement médicamenteux antihypertenseur et la présence d'antécédents familiaux de MCV.

Tableau 9

Données métaboliques

	M (\pm ET.) / N (%)	Min - max
TT (cm)		
♂ (n = 20)	117,8 (\pm 13,7)	98,0 - 145,0
♀ (n = 11)	113,4 (\pm 16,4)	92,0 - 144,0
PAS sans tx antihypertenseur (mmHg) (n = 12)	137,0 (\pm 17,9)	112,0 - 180,0
PAS avec tx antihypertenseur (mmHg) (n = 20)	128,7 (\pm 16,4)	90,0 - 155,0
Patient ayant un tx antihypertenseur	20 (62,5)	
CT (mmol/L) (n = 32)	4,5 (\pm 1,1)	2,9 - 7,6
C-HDL (mmol/L)		
♂ (n = 21)	1,0 (\pm 0,3)	0,6 - 1,6
♀ (n = 11)	1,2 (\pm 0,3)	0,8 - 1,7
TG (mmol/L) (n = 21)	2,6 (\pm 1,2)	0,7 - 5,2
Présence de diabète	22 (68,8)	
Présence d'ATCD familiaux de MCV	15 (46,9)	

Note. TT = Tour de taille; ♂ = Homme; ♀ = Femme; PAS = Pression artérielle systolique; tx = Traitement; CT = Cholestérol total; C-HDL = Cholestérol des lipoprotéines de haute densité; TG = Triglycérides; ATCD = Antécédent(s); MCV = Maladie cardiovasculaire.

La moyenne de mesure du tour de taille chez les hommes est de 117,8 ($\pm 13,7$) cm et de 113,4 ($\pm 16,4$) cm chez les femmes. Ces résultats excèdent largement les recommandations actuelles concernant la mesure du tour de taille (Fédération internationale du diabète, 2006). Par contre, un tel constat est attendu chez les patients puisque la définition de la Fédération internationale de diabète (2006) a été utilisée pour dépister le SM et que celle-ci comprend obligatoirement un tour de taille élevé.

La moyenne des valeurs de PA systolique chez les patients ne recevant pas de traitement antihypertenseur est de 137,0 ($\pm 17,9$) mmHg et se chiffre à 128,7 ($\pm 16,4$) mmHg chez ceux recevant ce type de traitement. Ainsi, il faut prendre en considération que 62,5% des patients sont déjà traités pour une HTA par un traitement médicamenteux. On peut donc conclure que cette portion de l'échantillon a déjà un diagnostic d'HTA, qui constitue en soi un facteur de RCV (Genest et al., 2009).

La moyenne du taux de cholestérol total des patients est calculée à 4,5 ($\pm 1,1$) mmol/L. Or, selon le score de Framingham, le calcul du risque augmente dès que le taux de cholestérol total dépasse 4,0 mmol/L (Genest et al., 2009). Le taux de triglycérides varie de 0,7 à 5,2 mmol/L pour une moyenne de 2,6 ($\pm 1,2$) mmol/L. Ce taux dépasse sensiblement le seuil maximal fixé par les Lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie qui est de 1,7 mmol/L (Genest et al., 2009). La plupart des patients sont diabétiques, soit 68,8%. Près de la moitié des patients présentent des

antécédents familiaux de MCV, ce qui augmente très considérablement le RCV: cela le double s'il s'agit d'un homme, ou encore le multiplie par 1,7 s'il s'agit d'une femme.

Facteurs de risque et RCV

Le Tableau 10 présente le RCV global des patients et la nature des facteurs de RCV, c'est-à-dire s'il s'agit de facteurs de risque modifiables ou non.

Tableau 10

RCV global et facteurs de risque

	M (\pm ÉT.) / N (%)
Niveau RCV	
Modéré	14 (43,8)
Élevé	18 (56,3)
Nb FR total	3,7 (\pm 0,8)
Un	0
Deux	3 (9,4)
Trois	8 (25,0)
Quatre	17 (53,1)
Cinq	4 (12,5)
Nb FR modifiables	2,5 (\pm 0,7)
Un	2 (6,3)
Deux	13 (40,6)
Trois	15 (46,9)
Quatre	2 (6,3)
Nb FR non modifiables	1,2 (\pm 0,6)
Aucun	3 (9,4)
Un	21 (65,6)
Deux	8 (25,0)

Note. RCV = Risque cardiovasculaire; Nb = Nombre; FR = Facteur de risque.

Plus de la moitié des patients, soit 56,3%, présentent au départ un RCV élevé; les autres patients présentent un RCV modéré. Ce sont des résultats attendus puisqu'ils correspondent aux critères d'inclusion. En moyenne, les patients présentaient 3,7 facteurs de risque autant modifiables que non modifiables. La majorité des patients, soit plus de 65%, présentait un seul facteur de risque non modifiable. Par contre, tous les patients présentaient au moins 1 facteur de risque modifiable, ce qui signifie que tous

présentaient un potentiel d'amélioration du RCV. On peut donc en déduire que dans l'ensemble, les patients présentaient davantage de facteurs de risque modifiables que de facteurs de risque non modifiables.

Suite à ce constat, certains calculs ont été faits pour informer le patient sur la mobilisation possible de son RCV si de meilleurs comportements de santé étaient adoptés. Ainsi, lors de l'intervention, l'infirmière "corrigeait" de façon fictive avec l'application électronique tous les facteurs de risque modifiables présentés par le patient, ce qui créait un nouveau RCV ici appelé "risque corrigé". Le Tableau 11 présente le RCV de départ et le RCV corrigé.

Tableau 11
Mobilisation possible du RCV

	M (\pm ÉT.)
RCV de départ (%)	21,4 (\pm 6,6)
RCV corrigé (%)	12,3 (\pm 6,2)
Différence entre le RCV de départ et le RCV corrigé	9,1 (\pm 5,3)
Proportion d'amélioration du RCV de départ (%)	42,9 (\pm 18,2)

Note. N = 32

RCV = Risque cardiovasculaire.

La moyenne du RCV lors du recrutement des patients était de 21,4% et ce, toute catégorie de risque confondue (modéré ou élevé). Après correction des facteurs de risque modifiables, la moyenne du RCV des patients qui était évaluée au départ à 21,4% baisse alors à 12,3%. Cette baisse considérable du RCV est attribuable au fait que la majorité des patients présentent plusieurs facteurs de risque modifiables, soit 3 facteurs de risque modifiables pour la plupart. Pour chaque patient, cet écart entre le RCV de départ et le RCV corrigé a été calculé: les statistiques tirées de ce calcul apparaissent dans le tableau à la ligne « Différence entre le risque de départ et le risque corrigé ». Individuellement, les patients baissent en moyenne de 9,1% leur RCV de départ.

Par la suite, un autre calcul a été effectué en divisant la différence obtenue entre le RCV de départ et le risque corrigé par le risque de départ afin de démontrer la proportion d'amélioration possible du RCV de départ. Par exemple, si un patient présentait un RCV au départ de 20% et que son risque corrigé est évalué à 10%, la

proportion d'amélioration du RCV de départ est évaluée à 50%. Dans cette étude, les patients présentent, en moyenne, un potentiel d'amélioration du RCV de départ de 42,9%, ce qui est prometteur d'une meilleure santé cardiovasculaire si des changements aux habitudes de vie sont effectués.

Par contre, certains patients conservent théoriquement le même RCV après l'amélioration de leurs facteurs de risque modifiables. Cela est attribuable au fait que le RCV a été plafonné à 30% lors de la compilation des données, tel que suggéré par la grille de cotation du score de Framingham (Genest et al., 2009). En effet, selon le score de Framingham, dès que le risque excède 30%, le patient est considéré comme étant à RCV élevé. Ainsi, même si le RCV du patient s'améliore par la correction de ses facteurs de risque modifiables, cela n'est pas pris en compte dans nos statistiques et le risque "corrigé" demeure supérieur à 30%.

En résumé, les patients ont tous au moins un facteur de RCV modifiable. Si les facteurs de risque étaient atténués par de meilleures habitudes de vie, les patients pourraient abaisser en moyenne leur RCV de 9,1%, ce qui constitue une amélioration de 42,9% de leur risque de départ.

Habitudes de vie

Le Tableau 12 présente les habitudes de vie relatives à l'activité physique, la santé physique et le tabagisme.

Tableau 12
Activité physique, santé physique et tabagisme

	N (%)
Fréquence d'activité physique par semaine	
Intensité modérée	
Jamais	12 (37,5)
1 fois	7 (21,9)
2 fois	3 (9,4)
3 fois	4 (12,5)
4 fois ou plus	6 (18,8)
Fréquence d'activité physique par semaine	
Intensité élevée	
Moins d'une fois	30 (93,8)
Une fois	0
2 fois	0
3 fois	0
4 fois ou plus	2 (6,3)
État de santé perçu	
Excellent	4 (12,5)
Très bonne	1 (3,1)
Bonne	14 (43,8)
Moyenne	9 (28,1)
Mauvaise	4 (12,5)

Activité physique, santé physique et tabagisme

Limitations physiques/douleurs	
Oui	18 (56,3)
Non	14 (43,8)
Tabagisme	
Fumeur	9 (28,1)
Non-fumeur	23 (71,9)

La fréquence d'activité physique d'intensité modérée est très variable parmi les patients, même que 37,5% disent ne jamais en faire. De plus, une très grande majorité, soit 93,8% des patients, ne pratique aucune activité physique d'intensité élevée. On remarque, par contre, que plus de la moitié des patients, soit 56,3%, rapportent des limitations d'ordre physique et/ou douleurs, ce qui peut expliquer en partie le faible taux d'activité physique des patients. Le taux de limitations physiques excède grandement celui issu des statistiques canadiennes de 2007 où 29,3% des répondants déclaraient des limitations aux activités quotidiennes (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Malgré cela, près de 44% des patients se perçoivent comme étant en bonne santé.

Près du tiers des patients sont fumeurs comparativement à 15,3% en 2007 à l'échelle canadienne (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Sur les 9 fumeurs, seulement 4 ont visé l'arrêt tabagique comme comportement à améliorer, ce qui suggère que la moitié des fumeurs ne priorisait pas l'arrêt tabagique comme comportement à améliorer pour conserver une meilleure santé. Le tabagisme est également un des critères évalués au score de Framingham (Genest et al, 2009). Sa présence augmente significativement le RCV (Setayeshgar, Whiting, & Vatanparast, 2013).

Finalement, parmi les choix de comportements à améliorer qui ont été proposés à la question 3, l'alimentation a été le comportement le plus fréquemment choisi par les patients avec une moyenne de 54,8% tandis que 32,3% ont ciblé la pratique d'activité

physique.

Le Tableau 13 présente les données relatives à l'alimentation des patients.

Tableau 13

Alimentation

	N (%)
Consommation de fastfood	
Presque tous les jours	1 (3,1)
2 à 3 fois par semaine	17 (53,1)
À l'occasion seulement	14 (43,8)
Consommation de pâtisseries	
Presque tous les jours	1 (3,2)
2 à 3 fois par semaine	3 (9,7)
À l'occasion seulement	27 (87,1)
Portion de viande	
Un paquet de cartes ou moins	8 (25,0)
Deux paquets de cartes ou plus	18 (56,3)
Entre 1 ou 2 paquets de cartes	6 (18,8)
Portion de légumes	
Bonne portions midi et souper	8 (25,0)
1 ou 2 portions par jour	19 (59,4)
Pas vraiment	5 (15,6)

Alimentation

Portion de fruits

Presque toujours aux repas et souvent à la collation	1 (3,2)
1 ou 2 portions par jour	18 (58,1)
Rarement	12 (38,7)

La plupart des patients à l'étude déclarent consommer 1 ou 2 portions de fruits par jour. Les statistiques sont comparables concernant les légumes: la plupart des patients, soit 59,4% disent consommer 1 ou 2 portions quotidiennement. Le Guide alimentaire canadien recommande aux adultes de 19 à 50 ans de consommer 7 à 10 portions de fruits et légumes quotidiennement (Santé Canada). On peut donc déduire que bon nombre de patients n'atteignent pas les cibles de portions de fruits et légumes recommandées. Plus de 53% des patients ont déclaré consommer du fastfood 2 à 3 fois par semaine alors que presque 44% disent en consommer à l'occasion seulement. Cela signifie que la majorité des patients sont des consommateurs réguliers de malbouffe. La plupart des patients, soit 87% affirment ne consommer des pâtisseries qu'à l'occasion seulement.

Intention avant l'intervention

La section 1 du questionnaire a permis d'évaluer indirectement l'intention du patient de modifier ses habitudes de vie avant l'intervention. Il ne s'agit pas d'items ayant servi au calcul du score de l'intention tel que suggéré dans la TCP; il s'agit plutôt d'un indice sommaire servant à estimer grossièrement l'intention avant l'intervention. Ainsi, la question 1 interroge le patient sur son intention d'améliorer ses habitudes de vie avant même sa rencontre avec l'infirmière. L'impact de cette rencontre sur son intention

de faire des changements a été exploré à la question 2.

Le Tableau 14 présente les résultats sur les mesures d'intention.

Tableau 14

Intention de départ et impact de la rencontre sur la motivation

	M (\pm ÉT.)	Min - max
Déjà l'intention (N=32)	6,31 (\pm 0,78)	4,0 - 7,0
Impact de la rencontre (N=32)	6,22 (\pm 1,01)	4,0 - 7,0

Le score moyen de la question 1 est de 6,31, ce qui signifie que les patients avaient fortement l'intention d'améliorer leurs habitudes de vie avant même de rencontrer l'infirmière. Ce sont donc des patients très motivés qui ont répondu au questionnaire. Or, le score de la question 2 a été calculé à 6,22, ce qui révèle que les patients ont jugé que la rencontre avec l'infirmière a été déterminante dans leur motivation à améliorer les habitudes de vie.

Résultats de l'analyse descriptive des concepts directs

Le Tableau 15 présente les résultats des analyses descriptives des scores des concepts directs.

Tableau 15
Scores des concepts directs

Concept	$M \pm \text{ÉT.}$	Min - Max
Intention	6,42 ($\pm 0,59$)	4,67 - 7,00
Attitude envers le comportement	4,99 ($\pm 1,36$)	3,00 - 7,00
Norme subjective	5,01 ($\pm 1,70$)	3,00 - 7,00
Perception de contrôle	5,21 ($\pm 1,27$)	2,33 - 7,00

Intention

Le concept de l'intention tel qu'abordé dans la TCP d'Ajzen a été mesuré avec les questions 4, 5 et 6 du questionnaire. L'alpha de Cronbach relié à ce concept a été calculé à 0,88, ce qui suggère une forte consistance interne du concept (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Il s'agit donc d'un concept qui a été évalué de façon très homogène au questionnaire.

Le score moyen obtenu est de 6,42, ce qui correspond à une valeur très «positive» en ce sens où l'intention d'améliorer le comportement visé est très forte. Le score minimal de l'intention ainsi calculé se situe à 4,67, ce qui se rapproche d'une réponse neutre (correspondant à un score de 4,00). On peut donc affirmer qu'aucun patient n'était fermé à l'idée de modifier ses habitudes de vie suite à la rencontre avec l'infirmière. Par ailleurs, l'écart-type calculé à 0,59 confirme l'homogénéité des

données, donc que les scores des patients se rapprochent de la moyenne.

Attitude envers le comportement

Afin d'évaluer le concept de l'attitude envers le comportement, les patients devaient se prononcer sur l'aspect « positif » du comportement visé, c'est-à-dire s'ils considéraient que ce comportement était bénéfique pour eux. L'alpha de Cronbach a été calculé à 0,51, ce qui signifie que le concept a une validité interne moyenne (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007).

Le score moyen calculé pour le concept de l'attitude envers le comportement s'est établi à 4,99, ce qui correspond à une valeur légèrement favorable, considérant que le niveau de neutralité se situe à 4,00. Cela indique donc que les patients sont légèrement d'accord sur les avantages et le bien-fondé d'adopter le comportement visé. Le score minimum obtenu pour ce concept est de 3,00 et le score maximum à 7,00. Cela signifie qu'il y a au moins un patient qui a été légèrement en désaccord avec le fait qu'adopter de meilleures habitudes de vie lui serait bénéfique. Les patients qui, au contraire, en étaient fortement convaincus ont produit un score de 7,00.

Norme subjective

L'alpha de Cronbach calculé pour le concept de la norme subjective a été calculé à 0,69, ce qui est tout de même satisfaisant puisqu'un coefficient de fidélité satisfaisant est supérieur à 0,70 (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Le score moyen calculé pour le concept de la norme subjective a été mesuré à 5,01 ce qui correspond à une valeur légèrement positive, puisque le niveau de neutralité se situe à 4,00. Par contre, l'écart-type mesuré à 1,70 révèle que les données sont plutôt étendues de part et d'autre de la moyenne, ce qui signifie que l'opinion de l'entourage n'a pas la même importance pour l'ensemble des patients lorsque vient le temps d'adopter de saines habitudes de vie. Le score minimum a été calculé à 3,00 ce qui veut dire que pour au moins un patient, l'opinion de son entourage a peu d'importance sur les choix qu'il fait quant à ses habitudes de vie. Le score maximal a été calculé à 7,00, ce qui signifie que pour au moins un patient, l'opinion de l'entourage a une forte influence sur les habitudes de vie qu'il adopte.

Perception de contrôle

L'alpha de Cronbach du concept de la perception de contrôle a été calculé à 0,10, ce qui signifie que ce concept ainsi mesuré a une très faible fidélité (Loiselle & Profetto-

Mcgrath, 2007). On peut donc déduire que les items impliqués dans le calcul du concept ne mesurent pas les mêmes attributs, ce qui rend la consistance interne plutôt faible. Le faible nombre de questions associées au calcul de la perception de contrôle peut aussi être une explication puisque les instruments plus « courts » sont moins fidèles que les instruments dits « longs » (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007).

Le score moyen pour la perception de contrôle a été calculé à 5,21, ce qui correspond à une valeur légèrement positive, en ce sens où le patient se sent légèrement en mesure d'adopter de saines habitudes de vie. Le score minimum de ce concept a été calculé à 2,33 et le score maximum à 7,00. Cela signifie qu'il y a au moins un patient qui a été assez en désaccord face à sa perception de contrôle pour adopter le comportement visé. Les patients qui, au contraire, se sentaient en pleine possession de leurs moyens dans l'adoption du comportement souhaité ont produit un score de 7,00. Rappelons par contre que la validité interne du concept de la perception de contrôle est très faible et qu'il se peut que les questions impliquées ne mesurent pas correctement ce concept. Il faut donc demeurer prudent face aux résultats obtenus du concept de la perception de contrôle.

Résultats de l'analyse descriptive des concepts indirects

Les concepts indirects reliés à l'attitude envers le comportement sont les croyances comportementales et l'évaluation des conséquences du comportement; les concepts indirects reliés à la norme subjective sont les croyances normatives et la motivation à se conformer et les concepts indirects reliés à la perception de contrôle sont les croyances de contrôle et le pouvoir perçu. Le Tableau 16 présente les scores des concepts indirects.

Tableau 16

Scores des concepts indirects

Concepts	M ± ÉT.	Min - max
Attitude envers le comportement		
Croyances comportementales	6,36 ($\pm 0,76$)	4,00 - 7,00
Évaluation des conséquences du comportement	6,65 ($\pm 0,60$)	4,00 - 7,00
Norme subjective		
Croyances normatives	6,14 ($\pm 0,84$)	2,28 - 7,00
Motivation à se conformer	5,74 ($\pm 1,11$)	1,00 - 7,00
Perception de contrôle		
Croyances de contrôle	2,98 ($\pm 1,44$)	1,00 - 7,00
Pouvoir perçu	5,14 ($\pm 0,99$)	3,56 - 7,00

Croyances comportementales

L'alpha de Cronbach du concept des croyances comportementales a été calculé à 0,86, ce qui signifie que ce concept a une forte consistance interne (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Le score moyen pour le concept des croyances comportementales a été calculé à 6,36, ce qui correspond à une valeur très positive, considérant que le niveau de neutralité se situe à 4,00. Cela indique donc que les patients sont grandement d'accord sur l'efficacité de l'adoption du comportement visé en termes d'amélioration de l'état de santé. Le score le plus faible obtenu par les patients est de 4,00 et le score maximum à 7,00. Cela signifie qu'il y a au moins un patient qui s'est dit neutre, c'est-à-dire qu'il ne

croyait pas qu'une amélioration de ses habitudes de vie aurait un réel impact sur son état de santé. Il y a au moins un patient qui, au contraire, était fortement convaincu qu'adopter de bonnes habitudes de vie améliorerait son état de santé puisque le score maximum produit est de 7,00.

Évaluation des conséquences du comportement

L'alpha de Cronbach du concept de l'évaluation des conséquences du comportement a été calculé à 0,86, ce qui signifie que le concept a une forte consistance interne et que les questions associées à ce concept mesurent adéquatement celui-ci (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Le score moyen du concept de l'évaluation des conséquences du comportement a été calculé à 6,65, ce qui correspond à une valeur très positive en ce sens où les patients y accordent une grande importance et qu'ils ont le désir d'être en santé. Le score minimum mesuré pour ce concept est de 4,00 et le score maximum est de 7,00. Cela signifie qu'il y a au moins un patient qui était neutre face à l'importance d'être en bonne santé. Les patients qui ont obtenu un score de 7,00 étaient, au contraire, fortement convaincus de l'importance d'être en bonne santé.

En résumé, les scores des concepts indirects reliés à l'attitude envers le comportement démontrent que l'ensemble des patients croient qu'une amélioration des

habitudes de vie améliorera du même coup la santé. Or, ils accordent une grande importance au fait d'être en bonne santé. Ces considérations sont un allié de choix pour tout intervenant voulant suggérer au patient de changer ses habitudes de vie.

Croyances normatives

L'alpha de Cronbach a été calculé à 0,83, ce qui signifie que le concept a une forte fidélité (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Le score moyen a été calculé à 6,14 : il s'agit donc d'un résultat fortement positif, dans le sens où les patients perçoivent que leur entourage approuverait fortement toute amélioration de leurs habitudes de vie. Étonnamment, au moins un patient a produit un score minimum de 2,28, ce qui signifie que celui-ci perçoit que la plupart des membres de son entourage désapprouveraient une amélioration de ses habitudes de vie. Le score maximum est de 7,00 : cela révèle qu'au moins un patient considère que son entourage approuverait fortement l'amélioration de ses habitudes de vie.

Motivation à se conformer

Ce concept présente une forte fidélité puisque l'alpha de Cronbach a été mesuré à

0,88 (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Le score moyen du concept de la motivation à se conformer a été calculé à 5,74, ce qui est un peu inférieur au score du concept des croyances normatives. Il s'agit tout de même d'un indicateur révélant que le patient considère l'opinion de son entourage comme étant un facteur assez important dans sa décision de modifier ses habitudes de vie. Le score minimum pour ce concept a été calculé à 1,00 : cela signifie donc que pour au moins un patient, l'opinion de l'entourage n'a aucune importance et n'influence nullement ses choix quant à ses habitudes de vie. À l'opposé, le score maximal de 7,00 révèle que pour au moins un patient, l'opinion de l'entourage est un facteur primordial quand vient le temps de prendre une décision quant à ses habitudes de vie.

Somme toute, les patients estiment que les gens de leur entourage appuieraient une démarche d'amélioration de leurs habitudes de vie. Par ailleurs, ils considèrent assez important de répondre aux attentes de leur entourage, quoique cette importance soit plus mitigée. Ces constatations sont encourageantes puisqu'il s'agit d'une aide précieuse pour persuader le patient à adopter de meilleurs comportements de santé.

Croyances de contrôle

L'alpha de Cronbach du concept des croyances de contrôle a été calculé à 0,92,

ce qui est très satisfaisant puisque la consistance interne est grande (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Par ailleurs, le score obtenu pour ce concept est de 2,98. Un score aussi faible signifie que les patients ont considéré qu'il était essentiel de posséder ces ressources ou caractéristiques personnelles pour atteindre les objectifs visés en termes d'habitudes de vie. Ils reconnaissent donc que la présence de plusieurs éléments aide grandement à l'adoption de meilleurs comportements de santé. Par ailleurs, il est à noter que l'écart type est plutôt élevé à 1,44 : il y a donc une grande variabilité dans les réponses obtenues. Le score minimum de 1,00 révèle qu'au moins un patient est très en accord avec le fait que l'on doit disposer d'une abondance de ressources et de caractéristiques personnelles pour adopter de saines habitudes de vie. À l'opposé, au moins un patient a obtenu le score maximal de 7,00, ce qui signifie qu'il ne considérait pas essentiel de posséder toutes ces ressources et caractéristiques personnelles pour atteindre l'objectif visé.

Pouvoir perçu

L'alpha de Cronbach de ce concept a été calculé à 0,70, ce qui rend sa fidélité moins satisfaisante (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). L'analyse du score du concept du pouvoir perçu a généré un résultat de 5,14, ce qui signifie que les patients étaient légèrement en accord sur le fait qu'ils disposent les ressources et les caractéristiques

personnelles nécessaires à l'adoption de saines habitudes de vie. Le score minimum relevé est de 3,56 : il y a donc au moins un patient qui était légèrement en désaccord avec cet énoncé. Par contre, au moins un patient considérait avoir toutes les ressources et caractéristiques personnelles pour atteindre son objectif puis le score maximal produit est de 7,00.

En résumé, les patients jugent qu'il est très facilitant de détenir certains éléments pour adopter de saines habitudes de vie, telles de bonnes ressources financières, environnementales, matérielles et professionnelles, d'assez de temps personnel, d'un bon état de santé, de la motivation, du support de l'entourage et de bonnes connaissances sur le sujet. Or, ils sont légèrement en accord avec le fait qu'ils disposent de ces éléments, ceux-là même qu'ils considèrent nécessaires pour adopter de meilleures habitudes de vie. Il s'agit donc d'un frein pour convaincre le patient d'entreprendre une démarche pour améliorer ses comportements de santé. Cela illustre l'importance pour l'infirmière d'évaluer la présence de ces ressources auprès du patient afin d'intervenir, dans la mesure du possible, dans le but de les lui rendre accessibles.

Résultats de chacun des items du questionnaire relatifs aux concepts indirects

Une attention particulière a été portée à chacun des items du questionnaire reliés

aux concepts indirects afin de documenter plus spécifiquement les croyances des patients. Autrement dit, ces questions ont été analysées individuellement afin de déterminer ce qui explique les croyances des patients. Une meilleure connaissance de ces croyances vise à mieux connaître la réalité de la clientèle jeune, atteinte du SM et à haut RCV et à orienter les interventions en communication du RCV. Cet examen plus approfondi des croyances répond à un des objectifs secondaires de cette étude. Le Tableau 17 affiche les scores obtenus pour les réponses aux questions 10 et 11 associées aux croyances de l'attitude envers le comportement.

Tableau 17

Réponses reliées aux croyances de l'attitude envers le comportement

	Croyance (Q10)	Importance attribuée à la croyance (Q11)
	$M \pm ET$	$M \pm ET$
Être en meilleure forme physique	6,55 (0,84)	6,61 (0,79)
Être en meilleure forme mentale	5,97 (1,09)	6,48 (0,91)
Diminuer le risque de développer une MCV	6,74 (0,62)	6,74 (0,62)
Être autonome physiquement plus longtemps	6,39 (0,94)	6,77 (0,61)
Être fier(ère) de soi	6,53 (1,05)	6,56 (1,01)
Retirer du plaisir	6,00 (1,30)	6,74 (0,67)

Note. Q = Question. MCV = Maladie cardiovaskulaire.

Les réponses aux questions relatives aux croyances de l'attitude envers le comportement sont assez similaires. Il en est de même pour les scores reliés à l'importance attribuée à cette croyance. Cela signifie que les patients reconnaissent les bénéfices d'adopter de saines habitudes de vie et accordent une grande importance à la forme physique et mentale, la diminution du RCV, l'autonomie, la fierté et le plaisir. Il est également intéressant de constater que la croyance reliée à la diminution du risque de développer une MCV est la plus élevée, avec un écart-type plutôt faible : ces données

laissent présager que les patients ont bien intégré l'enseignement de l'infirmière et reconnaissent, suite à son intervention, que l'adoption de saines habitudes de vie engendre une diminution du RCV.

Le Tableau 18 présente les scores obtenus des réponses aux questions associées à la norme subjective.

Tableau 18

Réponses reliées aux croyances de la norme subjective

	Croyance (Q15 à 19)	Importance attribuée à la croyance (Q20)
	M ± ÉT	M ± ÉT
Opinion du conjoint ou de la conjointe	6,38 (0,91)	6,30 (1,15)
Opinion des amis (es)	5,93 (1,24)	5,29 (1,35)
Opinion des collègues de travail	5,38 (1,06)	4,71 (1,62)
Opinion du médecin de famille	6,72 (0,95)	6,31 (1,30)
Opinion du ou des enfant(s)	6,30 (1,23)	6,09 (1,27)

Note. Q = Question.

Les patients considèrent que l'ensemble des personnes significatives auraient une opinion plutôt favorable s'ils décidaient d'améliorer leurs habitudes de vie. Cela est particulièrement vrai concernant l'opinion du médecin de famille puisque le patient croit que ce dernier approuverait l'adoption de meilleurs comportements de santé. Ils accordent justement une grande importance à l'opinion de leur médecin de famille. L'opinion des collègues de travail a le score le moins élevé; or, il s'agit justement de la croyance pour laquelle le patient accorde le moins d'importance.

Le Tableau 19 présente les réponses des questions reliées aux croyances de la perception de contrôle.

Tableau 19

Réponses reliées aux croyances de la perception de contrôle

	Croyance (Q24)	Possession (Q25 à 33)
	M ± ÉT	M ± ÉT
Ressources financières	3,69 (2,09)	5,50 (1,80)
Ressources environnementales	3,75 (2,14)	4,34 (2,27)
Ressources matérielles	4,03 (1,94)	4,41 (2,26)
Ressources professionnelles	3,35 (1,91)	5,69 (1,47)
Assez de temps personnel	2,78 (1,88)	4,09 (2,18)
Bon état de santé actuel	2,84 (1,85)	6,16 (0,81)
Motivation nécessaire	1,63 (1,45)	5,87 (1,21)
Support de l'entourage	2,34 (1,56)	6,13 (1,13)
Bonnes connaissances sur le sujet	2,38 (1,70)	4,06 (2,47)

Note. Q = Question.

À la question 24, qui demandait : « Pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois, il faut disposer... », le score le plus faible était associé à la réponse « Très en accord ». En effet, si le patient est très en accord avec le fait que l'on doit, par exemple, posséder de bonnes ressources financières pour atteindre son objectif, cela peut constituer une limite difficile à franchir pour

effectuer le changement. À l'opposé, un patient qui ne considère pas nécessaire d'avoir de bonnes ressources financières pour adopter de saines habitudes de vie, et qui obtient ainsi un score élevé, traduit une certaine indépendance, ce qui augmente son autonomie dans la concrétisation de son changement. Cette façon d'attribuer les scores expliquent pourquoi ceux-ci sont beaucoup plus bas que ceux obtenus pour les croyances de l'attitude envers le comportement et la norme subjective.

Qui plus est, les scores des croyances reliées à la perception de contrôle sont celles présentant le plus de variabilité. Globalement, les patients croient qu'il est nécessaire de disposer d'assez de temps personnel, d'un bon état de santé, de la motivation, du support de l'entourage et de bonnes connaissances sur le sujet pour adopter de meilleures habitudes de vie. La motivation ressort comme un élément le plus fortement aidant dans l'adoption du comportement visé avec un score de 1,63 et le plus faible écart-type. Par ailleurs, les patients sont plus neutres quant à la nécessité de disposer des ressources financières, environnementales, matérielles et professionnelles.

Parallèlement, les patients sont un peu plus optimistes quant à la disponibilité de leurs propres ressources. Le support de l'entourage et un bon état de santé ressortent comme des éléments dont les patients croient disposer. Ils ont une opinion plus neutre quant à leur accessibilité à des ressources environnementales et matérielles et à la disposition de temps personnel et de bonnes connaissances sur le sujet. Par ailleurs, les

patients ont répondu être assez en accord avec le fait d'avoir la motivation nécessaire à l'adoption du comportement, ce qui est encourageant considérant que cela a été jugé comme d'un élément quasi incontournable pour réussir à adopter le comportement visé.

Résultats des analyses corrélationnelles

Des analyses statistiques de corrélation ont été effectuées entre l'intention et les concepts directs de l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle ainsi que les concepts indirects qui sont les croyances comportementales, l'évaluation des conséquences du comportement, les croyances normatives, la motivation à se conformer, les croyances de contrôle et le pouvoir perçu. Cette démarche vise à réaliser un des objectifs secondaires de l'étude qui est de déterminer s'il y a existence d'une relation significative entre l'intention et les concepts directs et indirects.

Tests de normalité des distributions

Des tests de normalité ont d'abord été effectués afin d'établir si les données obtenues suivent la courbe normale de distribution de Gauss (Simard, 2010). Étant

donné la taille de l'échantillon ($n < 50$), les tests de normalité de Shapiro-Wilk a été appliqué aux quatre concepts directs et aux 6 concepts indirects. Le Tableau 20 présente les résultats de ces tests.

Tableau 20

Tests de normalité

	Shapiro-Wilk <i>p</i>
Intention	0,000
Attitude envers le comportement	0,007
Norme subjective	0,000
Perception de contrôle	0,021
Croyances comportementales	0,000
Évaluation des conséquences du comportement	0,000
Croyances normatives	0,000
Motivation à se conformer	0,000
Croyances de contrôle	0,066
Pouvoir perçu	0,037

p < 0,05

Puisque la normalité des distributions est violée dans la plupart des cas (à l'exception des croyances de contrôle), nous avons procédé à des analyses corrélationnelles non-paramétriques, en l'occurrence un test de Kendall.

Corrélation du Tau-B de Kendall

Le Tableau 21 présente les analyses corrélationnelles du tau-B de Kendall entre l'intention, les trois autres concepts directs et les concepts indirects.

Tableau 21

Tau-B de Kendall

	Coefficient de corrélation	<i>p</i>
Intention - Attitude envers le comportement	-0,110	0,439
Intention - Norme subjective	0,010	0,944
Intention - Perception de contrôle	0,005	0,972
Intention – Croyances comportementales	0,475*	0,001
Intention - Évaluation des conséquences du comportement	0,278	0,063
Intention – Croyances normatives	0,322**	0,019
Intention – Motivation à se conformer	0,211	0,124
Intention – Croyances de contrôle	-0,480*	0,000
Intention – Pouvoir perçu	-0,224	0,105

p* < 0,01; *p* < 0,05

Concernant les analyses entre l'intention et les autres concepts directs, aucun résultat n'est statistiquement significatif au seuil prédéterminé de *p* < 0,05. Il n'y a donc pas de corrélation significative entre l'intention et ses prédicteurs directs. Il en est de même pour les analyses entre l'intention et certains concepts indirects, notamment l'évaluation des conséquences du comportement, la motivation à se conformer et le pouvoir perçu.

Concernant les analyses entre l'intention et les croyances comportementales,

normatives et de contrôle, elles se sont avérées significatives au seuil $p < 0,05$. Les coefficients de corrélations sont de 0,475 et 0,322 pour les croyances comportementales et normatives, respectivement. Ce sont des coefficients de corrélation qui, bien que significatifs, sont plutôt modérés, puisqu'un coefficient de corrélation est considéré comme étant moyen lorsque sa valeur se situe entre 0,50 et 0,70 et élevé lorsqu'il se situe entre 0,70 et 0,90 (Fortin & Gagnon, 2016).

Par ailleurs, le coefficient de corrélation entre l'intention et les croyances de contrôle est de -0,480 ($p < 0,05$). Quoique significatif, il s'agit d'un coefficient plutôt modéré (Fortin et Gagnon, 2016). Par contre, le fait d'obtenir un coefficient négatif est étonnant, puisque cette donnée va à l'encontre de ce qui est habituellement reconnu dans la TCP. Il faut par contre souligner que les scores des six concepts indirects n'ont pas été obtenus par la multiplication des scores des items du questionnaire, comme le veut la méthode traditionnelle suggérée par la TCP d'Ajzen (Gagné & Godin, 1999). Les scores des concepts indirects ont plutôt été obtenus en faisant la moyenne des items du questionnaire relatifs à chaque concept indirect pris individuellement. D'autres hypothèses pourraient expliquer un coefficient négatif : le score très haut de l'intention de 6,42, un petit échantillon de 32 participants, le faible nombre d'items mesurant ce concept, soit 3 items, ou encore, le faible score des croyances de contrôle, qui est de 2,98. De plus, on ne peut écarter la possibilité qu'un patient ayant eu des valeurs hors normes, par exemple des croyances de contrôle très élevées, ait pu faire varier ainsi le

coefficient de corrélation.

Chapitre 5: Discussion

Ce chapitre présente la discussion des résultats issus de cette étude. Il reprend et synthétise les éléments principaux ayant conduit à la vérification de l'hypothèse de recherche et à la réalisation des objectifs secondaires, rapporte la littérature sur le sujet pour des fins de comparaison avec l'étude actuelle, présente les forces et limites de l'étude ainsi que les recommandations pour la pratique, la gestion, la formation et la recherche.

Cette étude a été réalisée suite à un constat de l'auteure d'un paradoxe rencontré fréquemment en clinique de médecine familiale. Ce paradoxe expose la grande vulnérabilité de certains patients de développer des complications cardiovasculaires et l'ignorance de ceux-ci quant à leur situation de santé. Ils étaient d'autant plus à risque qu'ils présentaient aussi parfois un SM, cette condition fortement reliée aux MCV et considérée comme un facteur maintenant le risque élevé (Crooke 2007; Grundy et al., 2004). Qui plus est, ces mêmes patients pouvaient présenter un grand potentiel d'amélioration du RCV et de réduction du risque de complications qui en découle. Ils n'étaient par contre pas toujours informés de leur RCV personnel, et certains d'entre eux n'avaient reçu que des informations sommaires et approximatives sur le sujet, de sorte que leur prise de conscience face à la situation était incomplète.

Le défi consistait alors à trouver un outil de communication éloquent et compréhensible pour ces patients permettant de leur expliquer leur RCV, leurs facteurs de risque et le potentiel d'amélioration de ce risque. Les patients plus jeunes, soit âgés entre 30 et 55 ans, ont paru comme une clientèle à cibler puisque ceux-ci ont encore une espérance de vie très longue et qu'ils pouvaient ainsi maximiser les bénéfices d'une diminution du RCV (Lloyd-Jones et al., 2004).

La recension des écrits a démontré qu'il existe une abondance d'outils de communication du RCV tels les formes graphiques (pictogrammes, diagrammes), les formes numériques (pourcentages, ratios) et différentes formulations du message (risque absolu, risque relatif, réduction du risque) (Lipkus, 2007; Paling, 2003; Waldron et al., 2011). Qui plus est, il existe également plusieurs définitions du SM (Alberti & Zimmet, 1998; Fédération internationale du diabète, 2006; Grundy et al., 2004) ainsi que plusieurs méthodes de calcul du RCV (Central Patient Registry and Coordinating Centre for the Lipid Research Clinics, 1974; Conroy et al., 2003; Grover & Lowenstein, 2011). Par ailleurs, aucune étude n'a ciblé exclusivement des patients dans la tranche d'âge souhaitée et plusieurs études impliquaient l'utilisation de scénarios fictifs présentés aux patients (Fair et al., 2008; Frileux et al., 2004; Goldman et al., 2006; Hux & Naylor, 1995; Misselbrook & Armstrong, 2001). Le projet de recherche est donc issu d'un intérêt de créer une intervention applicable en clinique, impliquant le réel RCV de

patients âgés entre 30 et 55 ans et de mesurer l'impact de cette communication du RCV sur l'intention d'améliorer les habitudes de vie.

L'étude avait pour but premier de vérifier l'hypothèse principale de recherche en plus de réaliser les objectifs secondaires :

Hypothèse principale : L'intention d'améliorer les habitudes de vie des patients jeunes, atteints du SM et à RCV modéré ou élevé est influencée positivement par la communication du RCV par une infirmière.

Objectif secondaire #1 : Décrire spécifiquement les croyances comportementales, normatives et de contrôle à l'égard de l'amélioration des habitudes de vie des patients âgés de 30 à 55 ans, atteints du SM et à RCV modéré ou élevé.

Objectif secondaire #2 : Vérifier la relation entre l'intention d'adopter de saines habitudes de vie et chacun des 3 autres concepts directs de la TCP, soit l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle.

Objectif secondaire #3 : Vérifier la relation entre l'intention d'adopter de saines habitudes de vie et chacun des 6 concepts indirects de la TCP, soit les croyances

comportementales, l'évaluation des conséquences du comportement, les croyances normatives, la motivation à se conformer, les croyances de contrôle et le pouvoir perçu.

Élaboration de l'instrument de mesure

Afin de vérifier l'hypothèse de recherche et de réaliser les objectifs secondaires, la construction et la validation d'un instrument de mesure a été nécessaire. Un questionnaire a donc été élaboré selon les standards suggérés dans les guides de construction de questionnaire de la TCP (Francis et al., 2004; Gagné & Godin, 1999). Le respect rigoureux de toutes les étapes de la construction du questionnaire maximise grandement sa validité de contenu. D'ailleurs, le score de l'intention a présenté une valeur d'alpha de Cronbach assez élevée de 0,88, ce qui signifie que le questionnaire a su bien mesurer ce concept (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007). Les concepts de l'attitude envers le comportement et la norme subjective ont eux aussi obtenu des valeurs d'alpha de Cronbach assez satisfaisants de 0,51 et 0,69 respectivement. Seul le concept de la perception de contrôle a obtenu une validité plus faible avec un alpha de Cronbach de 0,10. Le fait que seulement trois items mesurent le concept de la perception de contrôle, la grande diversité de ces items et une faible corrélation inter-items sont autant d'hypothèses pouvant expliquer un alpha de Cronbach aussi faible.

Caractéristiques des patients

L'étude ciblait les gens âgés de 30 à 55 ans. Ce critère d'inclusion peut expliquer quelques différences entre les données de l'échantillon et celles issues des statistiques tirées de la population en général. Les patients à l'étude sont moins scolarisés et présentent un plus fort taux de chômage que la moyenne établie dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec (Statistiques Canada, 2013). La moyenne du salaire des patients suit cette tendance et est inférieure à celle évaluée pour l'ensemble de la région. Sur ces aspects, les patients à l'étude sont différents de la population générale. Par contre, ils sont similaires aux Canadiens et Canadiennes qui sont eux aussi atteints du SM (Riediger & Clara, 2011). Par ailleurs, un faible niveau de scolarité, tel que constaté chez les patients recrutés, est associé à un RCV plus élevé (Riediger & Clara, 2011).

La plupart des patients à l'étude présentaient 4 facteurs de RCV. Au Canada, 90% des personnes âgées de 20 ans ou plus ont au moins un facteur de risque de MCV (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Par contre, les statistiques canadiennes peuvent être difficilement comparables à celles tirées de la présente étude puisque nos critères d'inclusion ciblaient les personnes atteintes de SM et avec un RCV modéré ou élevé. Par ailleurs, tous les patients présentaient au moins 1 facteur de risque modifiable, ce qui signifie qu'ils pouvaient tous réduire leur RCV global. Ce risque pourrait ainsi, dans le meilleur des scénarios, diminuer en moyenne de 9,1%, ce qui constitue une

amélioration de 42,9% du RCV de départ. Ce sont donc des patients ayant un grand potentiel d'amélioration du RCV qui ont participé à l'étude.

La plupart des patients se perçoivent en bonne, très bonne ou en excellente santé avec une proportion de 59,4% et ce, malgré qu'ils présentent tous un haut RCV. Cette perception ressemble à celle d'hommes ayant participé à une étude conduite également en Mauricie, qui a démontré chez ces hommes hypertendus une certaine banalisation de la maladie (Leclerc, 2013). Ils déclarent également être inactifs physiquement puisque 37,5% d'entre eux estiment faire moins d'une activité physique d'intensité modérée par semaine et 93,8% calculent faire moins d'une activité physique d'intensité élevée par semaine. Cette statistique reflète la réalité de la sédentarité au Canada puisqu'en 2007, 49,5% des répondants se déclaraient inactifs physiquement (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Ils ont aussi estimé ne consommer que 1 ou 2 portions de fruits et 1 ou 2 portions de légumes par jour. Cette statistique est loin d'atteindre les recommandations du Guide alimentaire canadien qui suggère de consommer 7 à 10 portions de fruits et de légumes quotidiennement (Santé Canada). Somme toute, la plupart des patients à l'étude n'atteignent pas les recommandations formulées en regard de l'exercice physique et de l'alimentation et ont par conséquent un potentiel d'amélioration de ces habitudes de vie.

Concepts directs

Intention

La mesure de l'intention permet de vérifier l'hypothèse de recherche. Le score élevé d'intention signifie que les patients avaient, suite à l'intervention, une forte intention d'améliorer leurs habitudes de vie. Rappelons qu'un devis post test seulement a été utilisé : il n'est donc pas impossible que les patients aient déjà l'intention d'améliorer leurs habitudes de vie avant l'intervention et que cela demeure inchangé malgré la rencontre avec l'infirmière.

Pour remédier à ce problème et explorer l'intention du patient avant l'intervention, 2 questions ont été insérées en début de questionnaire. La première visait à déterminer si le patient avait l'intention de modifier ses habitudes de vie avant l'intervention. La 2^e question interrogeait le patient sur l'impact de la rencontre avec l'infirmière sur sa motivation à améliorer ses habitudes de vie. La question 2 a obtenu un score fortement positif de 6,22, ce qui signifie que le patient prétend que la rencontre avec l'infirmière a été déterminante dans sa motivation à améliorer ses habitudes de vie. Toutefois, les résultats obtenus à la question 1 viennent nuancer la réelle portée de l'intervention sur l'intention, puisque les patients ont répondu à cette question avoir déjà

l'intention d'améliorer leurs habitudes de vie avant même la rencontre avec l'infirmière. Le score très élevé à la question 1 de 6,31 laisse donc présager que ce sont des patients déjà très motivés à améliorer leurs habitudes de vie qui ont accepté de participer à l'étude.

Bien que les questions 1 et 2 renseignent sommairement sur l'intention de départ, elles ne peuvent toutefois égaler la valeur d'un réel prétest. La conduite d'un prétest aurait permis de mesurer plus exactement la portée de l'intervention sur l'intention puisque celle-ci aurait été mesurée avant l'intervention. Toutefois, pour des questions de faisabilité dans un contexte de poursuite d'études de deuxième cycle universitaire, l'auteure a préféré ne pas utiliser de prétest. Les scores obtenus à un prétest auraient peut-être démontré que malgré que les patients aient déjà l'intention d'améliorer leurs habitudes de vie avant l'intervention, il y a une différence appréciable entre les scores du prétest et du post test. Ce scénario demeure hypothétique, et la conduite d'une étude similaire mais avec l'usage d'un prétest permettrait de clarifier ce doute. Quoiqu'il en soit, les données recueillies dans le cadre du projet actuel confirment l'hypothèse de recherche, c'est-à-dire que les gens âgés entre 30 et 55 ans, atteints du SM et à RCV modéré ou élevé ont l'intention d'améliorer leurs habitudes de vie suite à la communication de leur RCV.

La recension des écrits rapporte la même tendance. L'étude de Fair et ses collègues (2008) a obtenu des conclusions similaires et ce, malgré le fait que ce soit des scénarios hypothétiques qui aient été utilisés pour conduire l'étude. L'intention de modifier les habitudes de vie était favorisée lorsque l'on présentait le risque sous forme de ratios. Chez les 30 à 39 ans, le fait de comparer leur haut RCV avec celui habituellement calculé chez un patient du même groupe d'âge suscite particulièrement l'intention.

L'étude de Soureti, Hurling, Murray, van Mechelen et Cobain (2010) a aussi conclu qu'il existait une intention de modifier les habitudes de vie chez les patients lorsque leur RCV leur était communiqué. Par ailleurs, un bref enseignement au patient était offert sur les habitudes de vie à améliorer pour réduire le RCV. À la différence de notre étude, celle de Soureti et ses collègues s'est déroulée sur Internet, de sorte que les patients n'ont pas été rencontrés personnellement pour la communication de leur RCV.

L'étude de Frileux, Muñoz Sastre, Mullet et Sorum et al. (2004) a elle aussi démontré que la communication du RCV suscite l'intention. Les auteurs ont par contre utilisé des scénarios hypothétiques pour conduire leur étude. Aucun enseignement sur les habitudes de vie n'a été prodigué après la communication du RCV. Les scénarios présentés aux patients ont engendré une intention d'améliorer leurs habitudes de vie.

L'étude de Welschen et al. (2012) n'a par contre obtenu aucun résultat significatif permettant d'affirmer que la communication du RCV suscite l'intention d'améliorer les habitudes de vie. Rappelons qu'ils ont comparé les résultats d'un groupe témoin et d'un groupe expérimental, ce dernier recevant, contrairement au groupe témoin, une explication de son RCV. Les auteurs ont par contre suggéré que cette absence de différence significative peut être attribuable au fait que la communication du RCV n'a duré en moyenne que cinq minutes, contrairement à la présente étude où l'intervention a duré en moyenne 23 minutes. Bonner et ses collègues n'ont pas non plus obtenu de scores d'intention élevés suite à l'évaluation du RCV et ce, que le RCV soit présenté avec la méthode de l'« âge cardiovasculaire » ou celle du « risque absolu sur 5 ans » (Bonner et al., 2015).

En somme, trois études sur cinq ont obtenus des conclusions qui adhèrent aux résultats de la présente recherche, c'est-à-dire que la communication du RCV au patient semble susciter l'intention de modifier les habitudes de vie ou du moins, qu'elle y est associée de façon significative. Cette similitude quant aux résultats de l'intention est présente malgré la variation des devis de recherche, de l'âge des patients et de l'utilisation de scénarios de RCV fictifs ou réels.

Attitude envers le comportement

Les questions qui ont servi à mesurer l'attitude envers le comportement visaient à évaluer si le patient accordait un aspect positif à l'adoption du nouveau comportement ciblé, si cela lui semblait facile et si c'était la bonne chose à faire. Or, le score de l'attitude envers le comportement a été mesuré à 4,99. Cela signifie que les patients ont répondu être légèrement en accord avec les avantages que l'adoption de meilleures habitudes de vie pourrait procurer. En d'autres mots, ils considèrent qu'adopter ce comportement serait bénéfique pour eux, mais cette affirmation n'est pas faite avec une grande conviction. Bien que le score de l'attitude envers le comportement s'avère positif, il demeure néanmoins qu'il n'est pas aussi élevé que celui de l'intention. L'écart-type de 1,36 indique également une assez grande dispersion des réponses des patients. Il semble donc que l'opinion des patients varie et que certains sont plus convaincus que d'autres qu'améliorer les habitudes de vie apporte des bénéfices pour la santé. Les efforts d'éducation à la santé doivent donc être maintenus, au mieux amplifiés afin de convaincre les patients qu'adopter de meilleures habitudes de vie serait profitable pour eux.

Norme subjective

Les questions reliées à la norme subjective visaient à déterminer si, selon l'opinion du patient, son entourage serait favorable à ce qu'il adopte de meilleures habitudes de vie. Le calcul du score de ce concept a engendré un résultat de 5,01, ce qui est très similaire au score de l'attitude envers le comportement. Il s'agit donc d'un score légèrement positif. Le score de 5,01 laisse penser que les personnes significatives pour le patient approuveraient légèrement sa démarche. Il faut par contre tenir compte du fait qu'il s'agit de la perception du patient de l'opinion de son entourage; la réelle opinion de ces personnes diffère peut-être de celle du patient. Dans l'éventualité où l'entourage aurait réellement une opinion faiblement positive, deux approches semblent envisageables. La première consiste à inclure les personnes significatives pour le patient dans la démarche de communication du RCV et de changement des habitudes de vie. Qui plus est, cette solution pourrait avoir le double avantage de sensibiliser aussi les proches du patient à leur propre situation de santé. La seconde approche, si l'entourage se montre peu collaboratif, serait d'encourager le patient à faire ses propres choix et à agir de façon autonome, sans recourir à tout prix à l'approbation de ses proches. La qualité des relations que le patient entretient avec ses proches modifie nécessairement le score de la norme subjective puisque cela influence l'importance que le patient accorde à l'opinion de l'entourage.

Perception de contrôle

Le score de la perception de contrôle a été calculé à 5,21 ce qui légèrement positif, tout comme pour les concepts de l'attitude envers le comportement et la norme subjective. Les patients sont donc légèrement confiants dans leur capacité d'adopter de meilleures habitudes de vie. En effet, les questions ayant servi à mesurer la perception de contrôle évaluaient son sentiment de capacité d'atteindre le comportement visé et sa maîtrise des éléments facilitant ce changement. Ce score laisse présager que le patient perçoit un certain contrôle de ses habitudes de vie, mais que ce contrôle demeure sous optimal. La section des croyances de contrôle, présentée plus loin dans ce chapitre, présente quels sont les éléments sur lesquels les efforts pourraient être concentrés pour augmenter la perception de contrôle du patient et ainsi, favoriser l'intention. Il se peut par contre que les items du questionnaire n'aient pas mesuré de façon représentative le concept de la perception de contrôle puisque l'alpha de Cronbach s'est révélé très faible à 0,10. Cette situation toutefois s'expliquer par le faible nombre d'items ayant servi à mesurer le concept de la perception de contrôle, qui s'avère être trois questions.

Croyances vis-à-vis le comportement

Les croyances des patients ont fait l'objet d'une analyse descriptive plus poussée afin d'informer et de guider les cliniciens dans leurs interventions en promotion de la santé et prévention de la MCV. La figure 4 illustre le cheminement des croyances du patient jusqu'à l'objectif souhaité, ainsi que les scores des concepts directs et indirects.

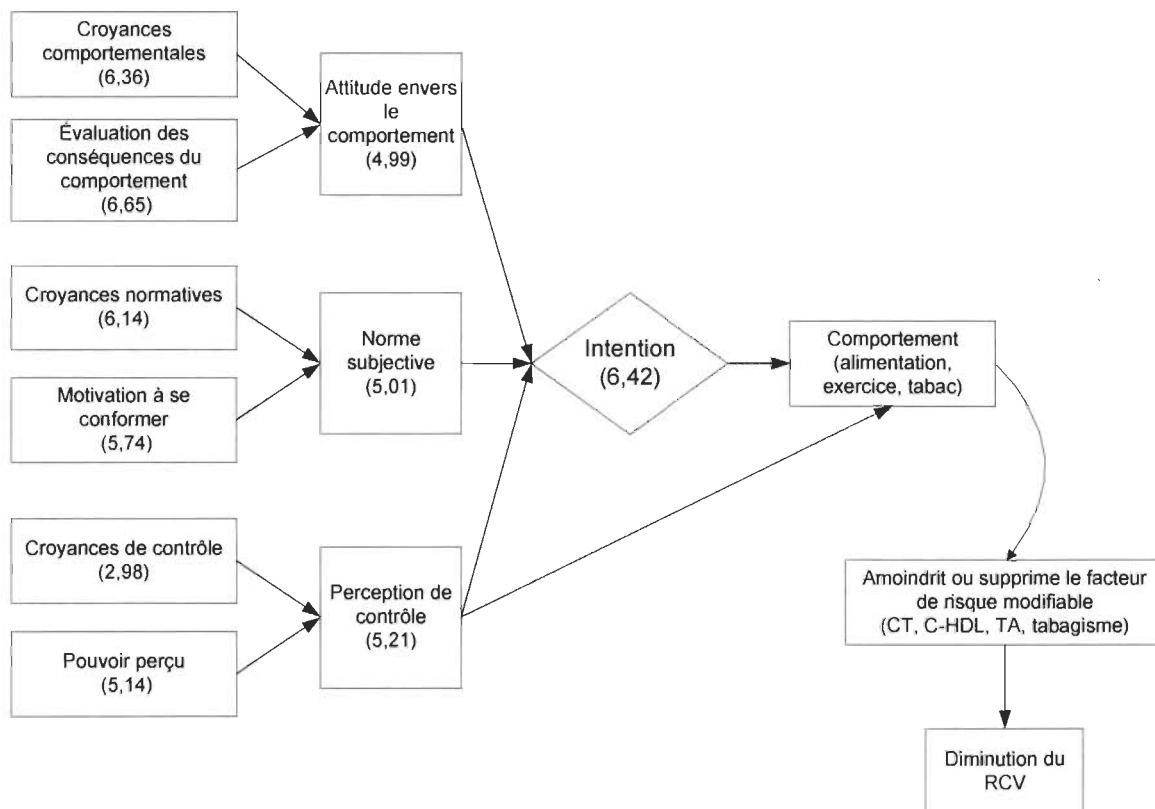


Figure 4 Relations entre les croyances, les concepts indirects et les concepts directs.
 Note. CT = Cholestérol total; C-HDL = Cholestérol des lipoprotéines de haute densité; TA = Tension artérielle; RCV = Risque cardiovasculaire.

Sommairement, les patients sont d'accord avec le fait que l'adoption de meilleures habitudes de vie améliorerait certains aspects de leur vie personnelle, soient être en meilleure forme physiquement et mentalement, diminuer le RCV, être autonome physiquement plus longtemps, être fier(ère) de soi et de retirer du plaisir. Il est particulièrement intéressant de constater que les patients ont reconnu que l'amélioration des habitudes de vie diminuerait le RCV puisque l'intervention infirmière a été élaborée pour expliquer cette relation. On peut donc considérer que ce but a été atteint. Les patients attachent une grande importance à la forme physique et mentale, à la diminution du RCV, au fait d'être autonome physiquement plus longtemps, d'être fier de soi et de retirer du plaisir. D'ailleurs, tous les scores associés aux croyances de l'attitude envers le comportement sont plutôt positifs.

L'examen des croyances relatives à la norme subjective indique que les personnes significatives aux yeux du patient, telles le conjoint ou la conjointe, les amis, les collègues de travail, le médecin de famille et les enfants, ont une opinion somme toute favorable à l'idée que le patient adopte de saines habitudes de vie. C'est du moins ce que croit ce dernier puisque les proches n'ont pas été questionnés. Les scores relatifs à la motivation à se conformer sont tous légèrement inférieurs à ceux des croyances normatives : cela signifie que bien que l'entourage du patient approuve toute amélioration reliée à ses habitudes de vie, cela influence moins fortement sa décision. Cela est particulièrement vrai pour l'opinion des collègues de travail.

Les croyances de contrôle ont tous obtenu de faibles scores, ce qui signifie que pour les patients, il est nécessaire de posséder certains biens ou acquis pour adopter de saines habitudes de vie telles de bonnes ressources financières, environnementales, matérielles et professionnelles, d'assez de temps personnel, d'un bon état de santé, de la motivation nécessaire, du support de l'entourage et de bonnes connaissances sur le sujet. Cette croyance n'est évidemment pas surprenante, mais elle se présente comme un frein important chez les clientèles plus défavorisées. La motivation est l'élément le plus important dont les patients doivent disposer afin d'atteindre l'objectif visé. Or, ils sont plus neutres ou légèrement positifs quant au pouvoir qu'ils détiennent sur ces mêmes éléments. Le manque de temps personnel et de connaissances ressortent comme ceux échappant le plus au contrôle des patients. À l'opposé, ils considèrent avoir la motivation et l'état de santé nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs.

L'examen des résultats obtenus mènent au constat que certains scores de croyances sont supérieurs à ceux des concepts directs qui y sont associés. Par exemple, le score du concept direct de l'attitude envers le comportement est de 4,99, ce qui est légèrement positif. Par contre, tous les scores des croyances associées à l'attitude envers le comportement sont égaux ou supérieurs à 5,97. Le même phénomène est présent pour la norme subjective. Or, l'inverse est observé pour la perception de contrôle: le score direct a été mesuré à 5,21, ce qui en fait le score direct le plus élevé excluant celui de l'intention. Les patients ont donc répondu détenir un certain contrôle sur leurs habitudes

de vie. Par contre, les croyances de contrôle sont faibles, particulièrement parce que les patients ont évalué ne pas disposer du maximum de ressources nécessaires à l'atteinte de leur objectif.

Cette contradiction entre les scores des concepts directs et les scores des croyances est questionnable. Les questions relatives aux croyances sont plus pointues : peut-être cette caractéristique les rendent-elles plus suggestives et amènent le patient à porter un regard différent sur sa situation personnelle. Les questions associées aux croyances sont également plus nombreuses, ce qui influence le calcul du score final. La très faible validité interne du score du concept direct de la perception de contrôle peut expliquer à elle seule les différences observées entre son score et celui des croyances qui lui sont attachées.

Relations entre l'intention et les autres concepts de la TCP

Afin de réaliser les objectifs secondaires de l'étude, des analyses de corrélation ont été effectuées. Nos résultats n'ont pas démontré de corrélation significative entre l'intention et chacun des concepts directs de la TCP (attitude envers le comportement, norme subjective et perception de contrôle). Il y a par contre des corrélations significatives qui ont été obtenues entre l'intention et les croyances comportementales,

les croyances normatives et les croyances de contrôle. Par contre, le coefficient de corrélation entre l'intention et les croyances de contrôle s'est avéré négatif. Ce constat surprenant expose que, du moins, des études plus approfondies entre l'intention et les croyances de contrôle contribueraient à expliquer le lien unissant ces deux concepts. Il faut préciser ici que les scores d'intention très élevés limitent l'interprétation des coefficients de corrélations entre les intentions et leurs prédicteurs. La corrélation peut donc s'être vue affectée de façon importante avec des valeurs extrêmes provenant d'un ou deux patients. Par ailleurs, les faibles corrélations obtenues peuvent être explicables au fait que ce soit l'intention qui ait été mesurée, et non le comportement lui-même. Les résultats de l'analyse corrélationnelle auraient peut-être été différents si l'on avait comparé les concepts directs et indirects avec le comportement.

Nous ne pouvons donc pas affirmer que l'intention est reliée aux autres concepts directs que sont l'attitude envers le comportement, la norme subjective ou la perception de contrôle, du moins selon les résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Seules les croyances comportementales, normatives et de contrôle ont démontré une corrélation avec l'intention. Le fait que l'échantillon soit de petite taille, soit 32 patients, pourrait peut-être expliquer qu'il n'y ait pas de relation significative entre l'intention et ses prédicteurs directs. Or, certaines études ont pu prouver qu'il existe une corrélation entre l'intention et l'attitude envers le comportement (Middleton & Smith, 2011; Nehl et al., 2009; Shi et al., 2014), entre l'intention et la norme subjective (Hunt & Gross, 2009;

Nehl et al., 2009; Topa & Moriano, 2010) et entre l'intention et la perception de contrôle (Armitage, 2005; Gardner & Hausenblas, 2005; Godin & Kok, 1996). La perception de contrôle ressort cependant comme le prédicteur le plus important de l'intention dans de nombreuses recherches en santé (Armitage, 2005; Godin & Kok, 1996; Hunt & Gross, 2009; Topa & Moriano, 2010). Une étude similaire à la nôtre mais avec un échantillon de plus grande taille pourrait peut-être prouver les mêmes corrélations.

Forces et limites de l'étude

Forces

Le fait que le projet de recherche se soit déroulé avec de vrais patients impliquant leur RCV réel constitue une des grandes forces de cette étude, puisque la recension des écrits a dévoilé que bon nombre de recherches sur le même sujet ont utilisé des scénarios fictifs de RCV. Les résultats ont donc plus de chances de refléter la réaction et le vécu des patients rencontrés en clinique.

L'utilisation de la technologie constitue sans aucun doute une autre force de l'étude. Par ailleurs, la multiplicité des applications électroniques disponibles touchant le domaine de la santé rend l'information interactive, accessible et attrayante pour tous ceux

utilisant la technologie. Il s'agit là d'une source supplémentaire d'information pour le patient, particulièrement lorsque l'information qui est véhiculée est reliée à une référence sérieuse et crédible.

L'analyse statistique des données sociodémographiques de l'échantillon a par ailleurs révélé que celui-ci ressemble en plusieurs points aux Canadiens et Canadiennes atteints du SM. Les données issues de cette étude enrichissent les connaissances actuelles sur les caractéristiques de cette clientèle vulnérable. Rappelons qu'aucune étude recensée n'a ciblé exclusivement des patients atteints du SM. Les résultats de cette étude pourront permettre d'ajuster certaines interventions en prévention de la maladie chronique réalisées auprès des patients jeunes et atteints du SM, notamment grâce à l'analyse détaillée des croyances des patients.

Par ailleurs, le questionnaire a été construit selon les croyances saillantes de cette clientèle. La démarche d'élaboration du questionnaire a respecté rigoureusement toutes les étapes suggérées par les experts (Francis et al., 2004; Gagné & Godin, 1999). Il est donc adapté aux besoins d'une clientèle jeune, atteinte du SM et à haut RCV. Les mesures d'alpha de Cronbach des concepts directs ont démontré que trois d'entre eux présentent une validité interne qualifiée de bonne ou d'excellente.

Le cadre conceptuel de l'étude, en l'occurrence la TCP d'Ajzen, est reconnu comme étant une théorie prédisant efficacement l'intention (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996; Jones et al., 2006) et le comportement (Armitage & Conner, 2001; Hunt & Gross, 2009; Karvinen et al., 2009). Cette théorie a été utilisée maintes fois pour expliquer l'intention et le comportement dans différentes branches de la santé.

Limites

L'absence de pré-test et de groupe contrôle constitue une limite méthodologique qui est reconnue par l'auteure. Ce sont principalement des questions de faisabilité qui avaient guidé le choix de ce devis de recherche. L'inconvénient d'utiliser un devis de recherche post test seulement sans groupe contrôle réside dans le fait que d'autres facteurs extérieurs aient pu faire fluctuer les résultats, de sorte que la causalité et le contrôle des variables sont amoindris.

L'utilisation d'un échantillon de petite taille, soit 32 patients, est une autre limite à considérer puisque cela rend difficile la généralisation des résultats de recherche.

L'absence de corrélation entre l'intention et les 3 autres concepts principaux laisse planer un doute sur la validité des résultats. Notons par contre que cette lacune peut être explicable par le faible nombre d'items ayant servi à la mesure des concepts.

Les biais reliés à la méthodologie de recherche ont été présentés au chapitre 3.

Recommandations

Ces conclusions pourront notamment servir de prémisses à la réalisation de d'autres recherches sur le sujet et ainsi, justifier des changements dans la pratique des infirmières telle qu'on la connaît actuellement.

Pratique

La communication du RCV permet au patient d'entamer une réflexion sur son état de santé actuel et futur. Cela le place dans une position où il a l'opportunité d'exprimer son leadership et appliquer son autonomie par la prise de décision. Or, les résultats de cette étude démontrent que la communication du RCV suscite l'intention d'apporter des changements à ses habitudes de vie. Les cliniciens devraient donc prendre les dispositions nécessaires pour expliquer au patient son RCV et ses facteurs de risque afin de maximiser les chances que le patient se prenne en main et entame un processus de changement. Par ailleurs, la recension des écrits a conclu que les stratégies de communication du RCV les plus efficaces sont l'utilisation de pourcentages, de graphiques et la projection du risque à court terme.

Les croyances émergeant de cette étude permettent de penser qu'il faudrait miser surtout sur l'aspect de la perception de contrôle afin de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie chez les patients. La communication au patient de son RCV et la transmission de connaissances à ce sujet pourrait être des éléments grandement facilitateurs dans leur démarche pour atteindre le comportement souhaité.

Gestion

Cette étude prouve qu'il est gagnant de prendre le temps d'expliquer au patient son RCV et les façons de le diminuer. Or, il faut pour ce faire que l'infirmière dispose du temps nécessaire pour transmettre cette information et répondre aux questions du patient. Augmenter le temps de rencontre avec le patient peut être nécessaire pour y parvenir. Il serait également souhaitable que les infirmières soient encouragées à amorcer un dialogue avec leurs patients en matière de saines habitudes de vie, et qu'elles s'efforcent d'évaluer les croyances de leurs patients en regard de l'adoption de meilleurs comportements de santé.

Formation

Les résultats de cette étude démontrent l'importance de la promotion de saines habitudes de vie afin d'améliorer la santé de la population à moyen et long terme et de prévenir les complications et comorbidités évitables. Les programmes de formation collégiale et universitaire en sciences infirmières pourraient bonifier leurs programmes de formation en insistant davantage sur le dépistage des patients à haut RCV, l'évaluation des habitudes de vie et l'approche et le soutien à ceux qui souhaitent entamer une démarche d'adoption de meilleurs comportements de santé. Par ailleurs, l'offre de formation continue sur le sujet pourrait enrichir les connaissances des infirmières sur le sujet et les outiller dans leur pratique.

Recherche

Il serait intéressant de mener une étude similaire chez une clientèle plus jeune, voire même des adolescents, et atteinte du SM afin de comparer les résultats, particulièrement en ce qui a trait aux croyances.

La conduite d'une recherche similaire, mais avec un devis de recherche incluant un groupe témoin et un groupe contrôle permettrait de vérifier si l'intervention

infirmière a une réelle portée sur l'intention de modifier les habitudes de vie. Une mesure de l'intention en prétest et en post test ainsi qu'un échantillon de plus grande taille permettrait aussi d'apporter ces éclaircissements.

Finalement, il serait très enrichissant de savoir si l'intention perdure dans le temps. Des mesures effectuées à des intervalles réguliers permettraient de répondre à cette question. Certaines études ont en effet conclu que l'intention varie au fil du temps (Gardner & Hausenblas, 2005). Si tel est le cas, il faudrait repenser les interventions en prévention de la MCV de façon à ce que les suivis soient plus fréquents, ce qui pourrait favoriser la persistance de l'intention et maximiser les chances de réussite d'adoption du comportement.

Chapitre 6: Conclusion

Les résultats confirment que les patients ont l'intention de modifier leurs habitudes de vie suite à la communication de leur RCV par l'infirmière. D'ailleurs, presque la totalité des études recensées qui mesurent l'intention vont dans le même sens. Or, les statistiques canadiennes démontrent que la plupart des gens n'atteignent même pas les cibles recommandées pour la consommation de fruits et de légumes ou d'activité physique, par exemple. Cela est également vrai pour les patients composant notre échantillon. On peut donc se demander si l'intention d'adopter de saines habitudes de vie perdure dans le temps. Une perte de l'intention au fil du temps expliquerait pourquoi il est si difficile pour la population d'adhérer aux recommandations des professionnels de la santé et expliquerait en partie le tableau actuel du taux élevé de MCV. On constate également que, tout comme notre étude, la majorité des études recensées mesurent l'intention immédiatement après l'intervention. D'autres recherches devront explorer la fluctuation de l'intention dans le temps. Or, si celles-ci confirment que l'intention s'effrite au fil du temps, il faudra se questionner sur les raisons causant cette situation et ajuster les interventions auprès de la clientèle à haut RCV.

Par ailleurs, notre étude a également mis en lumière les croyances des patients. Ils s'accordent pour dire que l'adoption de saines habitudes de vie serait avantageuse pour eux et qu'ils en retireraient des bienfaits. Ils reconnaissent aussi que cela

diminuerait leur RCV. Ils accordent une grande importance au fait d'être en bonne santé mais une importance un peu moins forte quant à l'opinion des personnes significatives concernant leurs habitudes de vie. Par contre, les patients considèrent qu'il faut disposer de plusieurs types de ressources pour atteindre cet objectif, particulièrement une motivation élevée. Parallèlement, ils considèrent disposer la motivation nécessaire à l'adoption du comportement visé, mais ils considèrent du même coup que leurs connaissances à ce sujet pourraient être meilleures. Finalement, la relation entre l'intention et les croyances comportementales, normatives et de contrôle a été démontrée dans cette étude.

Ces conclusions peuvent orienter les interventions infirmières dans un contexte de promotion de la santé et de prévention de la maladie chronique chez les jeunes adultes atteints du SM ou à haut RCV. Le calcul et la communication de leur RCV est souhaitable afin d'amorcer un dialogue sur les habitudes de vie. Avec l'autonomie professionnelle grandissante de l'infirmière et l'actualisation constante de ses connaissances, elle se trouve dans une position avantageuse pour répondre aux besoins de cette clientèle spécifique. Malheureusement, le contexte actuel des soins de santé et la faible répartition des infirmières dans des postes-clés en première ligne ne favorisent pas le dépistage et le suivi des patients apparemment en bonne santé, mais à potentiel élevé de développer des maladies chroniques à long terme.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision processes*, 50(2) pp. 179-211.
- Ajzen, I. (2005). Attitudes, personality and behavior. Second edition. *Maidenhead, Berkshire, England ; New York : Open University Press*.
- Alberti, K. G., & Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Medicine: A Journal of The British Diabetic Association*, 15(7), 539-553.
- Alp, E., Ozturk, A., Guven, M., Celik, I., Doganay, M., & Voss, A. (2011). Importance of structured training programs and good role models in hand hygiene in developing countries. *Journal of Infection And Public Health*, 4(2), 80-90.
- Anderson, K. M., Odell, P. M., Wilson, P. W., & Kannel, W. B. (1991). Cardiovascular disease risk profiles. *American Heart Journal*, 121(1 Pt 2), 293-298.
- Armitage, C. J. (2005). Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology: Official Journal of The Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(3), 235-245.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology / The British Psychological Society*, 40(Pt 4), 471-499.
- Arsenault, P., Cloutier, L., & Longpré, S. (2012). Le syndrome métabolique : précurseur de diabète et de maladies chroniques. *Perspective Infirmière*, 9(3), 30-34.

- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., Rodgers, W. M., & Murnaghan, D. M. (2002). Determinants of exercise intention and behavior in survivors of breast and prostate cancer: an application of the theory of planned behavior. *Cancer Nursing*, 25(2), 88-95.
- Bonner, C., Jansen, J., Newell, B. R., Irwig, L., Teixeira-Pinto, A., Glasziou, P... McCaffery, K. (2015). Is the "Heart Age" Concept Helpful or Harmful Compared to Absolute Cardiovascular Disease Risk? An Experimental Study. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society For Medical Decision Making*, 35(8), 967-978. doi: 10.1177/0272989x15597224
- Brindle, P., Beswick, A., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2006). Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Heart (British Cardiac Society)*, 92(12), 1752-1759.
- Carroll, G., Couturier, L., & St-Pierre, I. (2015). *Pratiques en santé communautaire*. 2^e édition. Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Central Patient Registry and Coordinating Centre for the Lipid Research Clinics. (1974). *Reference Manual for the Lipid Research Clinics Prevalence Study*. Chapel Hill: University of the North Carolina, Vols. 1 and 2.
- Chew, G. T., Gan, S. K., & Watts, G. F. (2006). Revisiting the metabolic syndrome. *The Medical Journal of Australia*, 185(8), 445-449.
- Conroy, R. M., Pyörälä, K., Fitzgerald, A. P., Sans, S., Menotti, A., De Backer, G., De Bacquer, D., ...Graham, I.M. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*, 24(11), 987-1003.
- Cooney, M. T., Dudina, A. L., & Graham, I. M. (2009). Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for clinicians. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(14), 1209-1227.
- Crooke, M. (2007). New Zealand cardiovascular guidelines: best practice evidence-based guideline: the assessment and management of cardiovascular risk December 2003. *The Clinical Biochemist. Reviews / Australian Association of Clinical Biochemists*, 28(1), 19-29.
- D'Agostino, R. B., Sr., Grundy, S., Sullivan, L. M., & Wilson, P. (2001). Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple

- ethnic groups investigation. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(2), 180-187.
- D'Agostino, R. B., Sr., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., ... Kannel, W. B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*, 117(6), 743-753.
- Daskolopoulou, S. S., Rabi, D. M., Zarnke, K. B., Dasgupta, K., Nerenberg, K., Cloutier, L., Gelfer, ... Padwal, R. S. (2015) The 2015 Canadian Hypertension Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology* 31 (2015) 549-568.
- Davis, K.C., Jacques-Tiura, A.J., Stappenbeck, C.A., Danube, CL., Morrison, D.M., Norris, J., & George, W.H. (2016). Men's Condom Use Resistance: Alcohol Effects on Theory of Planned Behavior Constructs. *Health Psychology* 35(2): 178-186.
- Dawber, T. R., Kannel, W. B., & Lyell, L. P. (1963). An approach to longitudinal studies in a community: the Framingham Study. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 107, 539-556.
- Desmarais, A. (2006). *Déterminants associés à l'intention d'observer le traitement médicamenteux chez les personnes atteintes de diabète de type 2 et présentant une maladie cardiovasculaire* (Essai de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Diamond, G. A. (1992). What price perfection? Calibration and discrimination of clinical prediction models. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(1), 85-89.
- Fair, A. K. I., Murray, P. G., Thomas, A., & Cobain, M. R. (2008). Using hypothetical data to assess the effect of numerical format and context on the perception of coronary heart disease risk. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 22(4), 291-296.
- Fédération internationale du diabète. (2006). The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome. *Bruxelles: IDF Communications*.
- Feinleib, M., Kannel, W. B., Garrison, R. J., McNamara, P. M., & Castelli, W. P. (1975). The Framingham Offspring Study. Design and preliminary data. *Preventive Medicine*, 4(4), 518-525.

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Don Mills, Ontario: Addison-Wesley Publishing Company.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. 3^e édition. Montréal : Chenelière éducation.
- Francis, J., Eccles, M., Johnson, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, E., ... Bonetti, D. (2004). *Constructing Questionnaire Based on The Theory of Planned Behaviour: A Manual for Health Services Researchers*. Newcastle upon Tyne: Centre for Health Services Research, University of Newcastle.
- Frileux, S., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2004). The impact of the preventive medical message on intention to change behavior. *Patient Education And Counseling*, 52(1), 79-88.
- Furnham, A., & Lovett, J. (2001). Predicting the use of complementary medicine: A test of the theories of reasonned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 2588-2620.
- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives: Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé., Québec: École des sciences infirmières, Université Laval.
- Galassi, A., Reynolds, K., & He, J. (2006). Metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 119(10), 812-819.
- Gardner, R. E., & Hausenblas, H. A. (2005). Exercise and diet determinants of overweight women participating in an exercise and diet program: a prospective examination of the theory of planned behavior. *Women & Health*, 42(4), 37-62.
- Genest, J., McPherson, R., Frohlich, J., Anderson, T., Campbell, N., Carpentier, A., Couture, P., ... Ur, E. (2009). Lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte. Recommandations de 2009 *Can J Cardiol*, 25 (10), 567-579.

- Girman, C. J., Rhodes, T., Mercuri, M., Pyörälä, K., Kjekshus, J., Pedersen, T. R., Beere, ... Clearfield, M. (2004). The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS). *The American Journal of Cardiology*, 93(2), 136-141.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 11(2), 87-98.
- Goldman, R. E., Parker, D. R., Eaton, C. B., Borkan, J. M., Gramling, R., Cover, R. T., & Ahern, D. K. (2006). Patients' perceptions of cholesterol, cardiovascular disease risk, and risk communication strategies. *Annals of Family Medicine*, 4(3), 205-212.
- Goodyear-Smith, F., Kenealy, T., Wells, S., Arroll, B., & Horsburgh, M. (2011). Patients' preferences for ways to communicate benefits of cardiovascular medication. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 121-127.
- Grimaldi, A. (2009). *Traité de diabétologie. 2e édition*. Paris: Flammarion médecine-science, 289-301.
- Grover, S. A., Hemmelgarn, B., Joseph, L., Milot, A., & Tremblay, G. (2006). The role of global risk assessment in hypertension therapy. *The Canadian Journal of Cardiology*, 22(7), 606-613.
- Grover, S. A., & Lowenstein, I. (2011). The challenges and benefits of cardiovascular risk assessment in clinical practice. *The Canadian Journal of Cardiology*, 27(4), 481-487.
- Grover, S. A., Lowenstein, I., Joseph, L., Kaouache, M., Marchand, S., Coupal, L., & Boudreau, G. (2007). Patient knowledge of coronary risk profile improves the effectiveness of dyslipidemia therapy: the CHECK-UP study: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 167(21), 2296-2303.
- Grover, S. A., Paquet, S., Levinton, C., Coupal, L., & Zowall, H. (1998). Estimating the benefits of modifying risk factors of cardiovascular disease: a comparison of

- primary vs secondary prevention. *Archives of Internal Medicine*, 158(6), 655-662.
- Grundy, S. M., Cleeman, J. L., Merz, C. N. B., Brewer, H. B., Jr., Clark, L. T., Hunninghake, D. B., . . . Stone, N. J. (2004). Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 24(8), e149-e161.
- Hagan, L., & Bujold, L. (2010). *Éduquer à la santé: l'essentiel de la théorie et des méthodes: manuel de formation*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Haiat, R. & Leroy, G. (2007). *Facteurs de risque cardiovasculaire*. Paris : Frison-Roche.
- Haq, I. U., Ramsay, L. E., Yeo, W. W., Jackson, P. R., & Wallis, E. J. (1999). Is the Framingham risk function valid for northern European populations? A comparison of methods for estimating absolute coronary risk in high risk men. *Heart (British Cardiac Society)*, 81(1), 40-46.
- Hashim, H. A., Jawis, M. N., Wahat, A., & Grove, J. R. (2014). Children's exercise behavior: the moderating role of habit processes within the theory of planned behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 335-343.
- Haskell, W. L. (2003). Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions: effectiveness and efficacy. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 245-255.
- Hense, H.-W., Schulte, H., Löwel, H., Assmann, G., & Keil, U. (2003). Framingham risk function overestimates risk of coronary heart disease in men and women from Germany--results from the MONICA Augsburg and the PROCAM cohorts. *European Heart Journal*, 24(10), 937-945.
- Hill, S., Spink, J., Cadilhac, D., Edwards, A., Kaufman, C., Rogers, S., Ryan, R., . . . Tonkin, A. (2010). Absolute risk representation in cardiovascular disease prevention: comprehension and preferences of health care consumers and general practitioners involved in a focus group study. *BMC Public Health*, 10, 108-108.
- Hunt, H. R., & Gross, A. M. (2009). Prediction of exercise in patients across various stages of bariatric surgery: a comparison of the merits of the theory of reasoned action versus the theory of planned behavior. *Behavior Modification*, 33(6), 795-817. doi: 10.1177/0145445509348055

- Hux, J. E., & Naylor, C. D. (1995). Communicating the benefits of chronic preventive therapy: does the format of efficacy data determine patients' acceptance of treatment? *Medical Decision Making: An International Journal of The Society For Medical Decision Making*, 15(2), 152-157.
- Iihara, N., Nishio, T., Okura, M., Anzai, H., Kagawa, M., Houchi, H., & Kirino, Y. (2014). Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(1), 45-52.
- Institut de la statistique du Québec. (2014). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée. Volume 4. Janvier 2014. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-probleme-sante-longue.pdf>.
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Le Québec chiffres en main*. Édition 2016. Mars 2016.
- Jackson, R. (2008). Cardiovascular risk prediction: are we there yet? *Heart (British Cardiac Society)*, 94(1), 1-3.
- Jones, L. W., Courneya, K. S., Vallance, J. K. H., Ladha, A. B., Mant, M. J., Belch, A. R., & Reiman, T. (2006). Understanding the determinants of exercise intentions in multiple myeloma cancer survivors: an application of the theory of planned behavior. *Cancer Nursing*, 29(3), 167-175.
- Kahn, R., Buse, J., Ferrannini, E., Stern, M. (2005). The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia*, 48, 1684-1699.
- Karvinen, K. H., Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C., Spence, J. C., Venner, P. M., & North, S. (2009). A prospective study of the determinants of exercise in bladder cancer survivors using the Theory of Planned Behavior. *Supportive Care In Cancer: Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care In Cancer*, 17(2), 171-179.

- Lavoie, M., Godin, G., Vézina-Im, L.-A., Blondeau, D., Martineau, I., & Roy, L. (2015). Psychosocial determinants of physicians' intention to practice euthanasia in palliative care. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 6-6.
- Leclerc, A.-M. (2013). *L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lee, H. (2011). The role of descriptive norm within the theory of planned behavior in predicting Korean Americans' exercise behavior. *Psychological Reports*, 109(1), 208-218.
- Leprohon, J., Lessard, L.-M., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Lipkus, I. M. (2007). Numeric, verbal, and visual formats of conveying health risks: suggested best practices and future recommendations. *Medical Decision Making: an International Journal of The Society For Medical Decision Making*, 27(5), 696-713.
- Lloyd-Jones, D. M., Wilson, P. W. F., Larson, M. G., Beiser, A., Leip, E. P., D'Agostino, R. B., & Levy, D. (2004). Framingham risk score and prediction of lifetime risk for coronary heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 94(1), 20-24.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (1991). Publications du Québec. 1991, c. 42, a. 8; 2002, c. 71, a. 4. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html.
- Loiselle G., C., & Profetto-Mcgrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. St-Laurent, Québec : Éditions du renouveau pédagogique.
- Ma, J., Vaillancourt, R., & Bennett, C. (2008). Adherence to lipid-lowering drug therapy among members of the Canadian Forces. *Military Medicine*, 173(7), 666-670.
- McLaw, M.-L., Maharlouei, N., Yousefi, F., & Askarian, M. (2012). Predicting hand hygiene among Iranian health care workers using the theory of planned behavior. *American Journal of Infection Control*, 40(4), 336-339.

- Middleton, C., & Smith, S. (2011). Purchasing habits of senior farmers' market shoppers: utilizing the theory of planned behavior. *Journal of Nutrition In Gerontology And Geriatrics*, 30(3), 248-260.
- Misselbrook, D., & Armstrong, D. (2001). Patients' responses to risk information about the benefits of treating hypertension. *The British Journal of General Practice: The Journal of The Royal College of General Practitioners*, 51(465), 276-279.
- Mottillo, S., Filion, K. B., Genest, J., Joseph, L., Pilote, L., Poirier, P., Rinfret, S., ... Eisenberg, M. J. (2010). The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and meta-analysis. *Journal of The American College of Cardiology*, 56(14), 1113-1132.
- Nabalamba, N., & Wayne J, M. (2007). Aller chez le médecin. *Rapports sur la santé* 18 (1), 25-39. (Statistique Canada, n°82-003-XIF au catalogue).
- Nehl, E. J., Blanchard, C. M., Peng, C.-Y. J., Rhodes, R. E., Kupperman, J., Sparling, P. B., Courneya, K., ... Baker, F. (2009). Understanding nonsmoking in African American and Caucasian college students: an application of the theory of planned behavior. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 35(1), 23-29.
- Notani, A., S. (1998). Moderators of perceived behavioral control's predictiveness in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Journal of Consumer Psychology*, 7, 247-271.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2015). Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf.
- Organisation mondiale de la santé. *Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ). Guide pour l'analyse*. Repéré à http://www.who.int/chp/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf
- Paling, J. (2003). Strategies to help patients understand risks. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7417), 745-748.
- Price, H. C., Dudley, C., Barrow, B., Kennedy, I., Griffin, S. J., & Holman, R. R. (2009). Use of focus groups to develop methods to communicate cardiovascular disease risk and potential for risk reduction to people with type 2 diabetes. *Family Practice*, 26(5), 351-358.

Programme santé Acti-menu Test *Mangez-vous santé?* www.actimenu.ca.

Projet de loi n° 90. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec: éditeur officiel du Québec.

Rabi, D. M., Daskalopoulou, S. S., Padwal, R. S., Khan, N. A., Grover, S. A., Hackam, D. G., Hackam, D. D. W., ... Tobe, S. W. (2011). The 2011 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *The Canadian Journal of Cardiology*, 27(4), 415-433.e411-412.

Reaven, G. M. (2006). The metabolic syndrome: is this diagnosis necessary? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(6), 1237-1247.

Riediger, N. D., & Clara, I. (2011). Prevalence of metabolic syndrome in the Canadian adult population. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(15).

Santé Canada. *Guide alimentaire canadien*. Consulté le 31 mars 2014. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/index-fra.php#a2>.

Setayeshgar, S., Whiting, S. J., & Vatanparast, H. (2013). Prevalence of 10-year risk of cardiovascular diseases and associated risks in Canadian adults: the contribution of cardiometabolic risk assessment introduction. *International Journal of Hypertension*. pp. 276564.

Sharma, M., & Romas, J. A. (2008). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Sudbury, Mass. : Jones and Bartlett Publishers.

Shi, Y., Ehlers, S., & Warner, D. O. (2014). The theory of planned behavior as applied to preoperative smoking abstinence. *Plos One*, 9(7) pp. e103064.

Simard, C. (2010). *Notions de statistiques. 2e édition*. Montréal, Québec : Modulo.

Soureti, A., Hurling, R., Murray, P., van Mechelen, W., & Cobain, M. (2010). Evaluation of a cardiovascular disease risk assessment tool for the promotion of healthier lifestyles. *European Journal of Cardiovascular Prevention And Rehabilitation: Official Journal of The European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation And Exercise Physiology*, 17(5), 519-523.

- Statistique Canada (2011a). Enquête sociale générale - 2010. Aperçu sur l'emploi du temps des Canadiens. N° 89-647-X. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-647-x/89-647-x2011001-fra.pdf>.
- Statistique Canada (2011b). Les 10 principales causes de décès, 2011. *Statistique de l'état civil: base de données sur les décès, tableau CANSIM102-0561*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/11896-fra.htm>.
- Statistique Canada (2012). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). *Tiré du rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec*, Mise à jour de l'indicateur de 1er mai 2012.
- Statistique Canada (2013). Tableau statistique "Revenu médian avant impôt des familles, selon le type de famille, Mauricie et ensemble du Québec, 2006-2010". *Compilation: Institut de la statistique du Québec*, 27 mai 2013.
- Thomsen, T. F., McGee, D., Davidsen, M., & Jørgensen, T. (2002). A cross-validation of risk-scores for coronary heart disease mortality based on data from the Glostrup Population Studies and Framingham Heart Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 817-822.
- Topa, G., & Moriano, J. A. (2010). Theory of planned behavior and smoking: meta-analysis and SEM model. *Substance Abuse And Rehabilitation*, 1, 23-33. doi: 10.2147/sar.s15168.
- Waldron, C.-A., Gallacher, J., van der Weijden, T., Newcombe, R., & Elwyn, G. (2010). The effect of different cardiovascular risk presentation formats on intentions, understanding and emotional affect: a randomised controlled trial using a web-based risk formatter (protocol). *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10, 41-41.
- Waldron, C.-A., van der Weijden, T., Lutd, S., Gallacher, J., & Elwyn, G. (2011). What are effective strategies to communicate cardiovascular risk information to patients? A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 169-181.
- Welschen, L. M. C., Bot, S. D. M., Kostense, P. J., Dekker, J. M., Timmermans, D. R. M., van der Weijden, T., & Nijpels, G. (2012). Effects of cardiovascular disease risk communication for patients with type 2 diabetes on risk perception in a

- randomized controlled trial: the @RISK study. *Diabetes Care*, 35(12), 2485-2492. doi: 10.2337/dc11-2130.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., ... Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937-952.
- Zhang, N., Campo, S., Yang, J., Janz, K.F., Snetselaar, L.G., & Eckler, P. (2015). Effects of Social Support About Physical Activity on Social Networking Sites: Applying the Theory of Planned Behavior. *Health Communication* 30(12): 1277-1285.

Appendice A: Guide pour le recrutement



Guide pour le recrutement

Projet de recherche:

Effets de la communication du risque cardiovasculaire par l'infirmière sur l'intention de modifier les habitudes de vie

Responsable du projet:

Patricia Arsenault, inf., B. Sc.
 Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
 Université du Québec à Trois-Rivières
 Tél.: 819 376-5011 poste 3450
 Courriel: patricia.arsenault@uqtr.ca

Les critères d'inclusion sont:

Cochez √

	Être âgé entre 30 et 55 ans inclusivement
	Être atteint du syndrome métabolique (<i>se référer au document: "Évaluation du risque de coronaropathie sur 10 ans"</i>)
	Présenter un risque cardiovasculaire modéré ou élevé au score de Framingham (<i>se référer au document: "Évaluation du risque de coronaropathie sur 10 ans"</i>)
	Ne pas présenter d'antécédents personnels de maladie cardiovasculaire ponctuelle dans le passé (AVC, ischémie cérébrale transitoire, infarctus)
	Ne pas présenter de maladie cardiovasculaire chronique (angine ou insuffisance cardiaque)
	Parler, écrire et comprendre le français
Coordonnées du patient	

Nom: _____		
Prénom: _____		
Numéro de téléphone:		
Jour: _____	Soir: _____	
Meilleur moment pour le joindre:		
Jour <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> _____

Je confirme que le patient cité ci-haut accepte que ses coordonnées personnelles soient communiquées à Madame Patricia Arsenault, responsable du projet de recherche.

Nom de l'infirmière:

Signature:

Date: _____

Visez les valeurs cibles

Nom : _____

GBF. Hormone ovale et l'hypoglycémie. 23 octobre 2003. L'art. 20.
La Longue A-Vaule (49) comprend les patients qui présentent une consommation des signes d'hypoglycémie dans un environnement social, alors que les formes auto-évidentes de l'AV sont essentiellement individuelles. L'évaluation des patients à AV peut montrer également sur la présence d'antécédents familiaux et un taux élevé de l'AV.
Les personnes doivent comprendre leur parution de diabète pour éviter l'instillation prémature ou maladie d'un traitement hypoglycémiant ou d'un médicament visual. L'adaptation du système hydrologique de vie entraîne d'importantes répercussions à long terme sur la santé et les effets. Il y a toute de la pharmacothérapie doivent être soumises par l'absence à tous les effets indésirables, potentielle ou être présente.

AstraZeneca 

Le budget de l'Administration est, pour maintenir le fonctionnement du système administratif

www.C-13.com

SOMMAIRE DE CÉDÉRAN

1000000000

130

Visez les valeurs cibles



EVALUATION DU RISQUE DE CORONAROPATHIE SUR 10 ANS

Le risque de coronaropathie sur 10 ans dépend de plusieurs facteurs : l'âge, le sexe, les facteurs de risque (cholestérol, triglycérides, pression artérielle, tabagisme, diabète, etc.) et les facteurs de protection (cholestérol HDL, anticoagulants, etc.).

Date : _____

Nom : _____

Points de risque	0	2	4	5	7	8	9	10	11	12	13	Points
Sexe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Age (ans)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Tabagisme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Diabète	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Cholestérol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Triglycérides	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Pression artérielle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Anticoagulant	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Cholestérol HDL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Triglycérides	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Anticoagulant	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points
Total des points	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Points

Facteur	Age	CI	Tabagisme	Diabète	Ch. HDL	Pression artérielle	Anticoagulant
Points de risque	0	1	2	3	4	5	6
Total des points	0	1	2	3	4	5	6

Total des points de risque	Risque sur 10 ans (%)	Total des points de risque	Risque sur 10 ans (%)	Niveau de risque	Risque de coronaropathie sur 10 ans (SRF)	Instaurer un traitement dans les cas suivants :	Valeurs cibles principales : Ch-LDL
21+	> 30	9	5,3	Élevé*	> 20 %	Envisager le traitement chez tous les patients	Soit : < 2,0 mmol/L ou Réduction > 50 %
20	27,5	8	4,8				
19	24,8	7	3,9				
18	21,5	6	3,3	Modéré†	10-19 %	En présence de l'un ou l'autre des facteurs suivants : Soit : - Ratio Ch. C-HDL > 5,0 - Triglycérides > 2 mg/L (chez les femmes > 60 ans)	
17	18,51	5	2,8				
16	15,9	4	2,4	Faible	< 10 %	Ch-LDL > 5,0 mmol/L	Réduction > 50 %
15	13,7	3	2,0				
14	11,7	2	1,7				
13	10,0	1	1,5				
12	8,6	0	1,2				
11	7,1	-1	1,0				
10	6,1	-2 ou moins	< 1				

* Un risque de coronaropathie élevé chez une femme peut entraîner une intervention alors qu'il existe des facteurs de risque de 50 %.

† Patients chez lesquels une maladie réactive également sur la présence d'anormalités tissulaires et d'un taux élevé de Ch-LDL.

Les cliniciens doivent cependant faire preuve de discrépance pour éviter l'instauration prématrice ou inutile d'un traitement hypolipémiant. Les interventions visant l'adoption de saines habitudes de vie aident d'importantes répercussions à long terme sur la santé et les effets à long terme de la pharmacothérapie doivent être saupoudrés par rapport aux effets thérapeutiques sur vie de l'homme.

Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce du groupe AstraZeneca.



VOUS RÉAGISSEZ AU CHOLESTÉROL

Votre Ch-LDL cible est de : _____

Votre taux de Ch-LDL actuel

Date : _____ Taux : _____ Date : _____ Taux : _____

Date : _____ Taux : _____ Date : _____ Taux : _____

VOUS RÉAGISSEZ AU BÉNÉFICE

Élevé

Modéré

Faible

Appendice B : Questionnaire de l'étude préliminaire



30 mai 2012

Le présent questionnaire est utilisé dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce projet porte sur la communication du risque cardiovasculaire. Il est mené par Patricia Arsenault, inf., BSc. sous la direction de Mme Lyne Cloutier inf., Ph.D.

- Prenez votre temps. Il n'y a pas de limite de temps pour répondre au questionnaire.
- Vous pouvez en tout temps refuser d'entamer ce questionnaire ou vous retirer si vous avez commencé à le compléter.
- Une fois complété, remettez le questionnaire à la secrétaire de la réception.



QUESTIONNAIRE # _____

Le **risque cardiovasculaire** se définit comme étant la probabilité de développer une maladie cardiovasculaire (infarctus/crise de cœur ou accident vasculaire cérébral/attaque cérébrale) dans le futur.

Les **habitudes de vie** se définissent comme étant les comportements adoptés par une personne dans sa vie quotidienne en ce qui concerne par exemple l'alimentation, l'exercice physique et le tabagisme.

En tenant compte des définitions présentées concernant le risque cardiovasculaire et les habitudes de vie...

1- Pour vous, quels sont les avantages que vous voyez à améliorer vos habitudes de vie afin de diminuer le risque d'être malade?

2- Pour vous, quels sont les inconvénients à améliorer vos habitudes de vie afin de diminuer le risque d'être malade?

3- Qui sont les personnes qui seraient favorables à vous voir améliorer vos habitudes de vie afin de diminuer le risque d'être malade?

4- Qui sont les personnes qui seraient défavorables à vous voir améliorer vos habitudes de vie afin de diminuer le risque d'être malade?

5- Quels sont les éléments qui pourraient faciliter l'amélioration de vos habitudes de vie?

6- Quels sont les obstacles qui pourraient nuire à l'amélioration de vos habitudes de vie?

7- Votre sexe :

a) Masculin ____ b) Féminin ____

8- Votre âge :

____ ans

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Appendice C : Questionnaire d'évaluation du questionnaire final

Évaluation de l'intention de changer un comportement
en regard des habitudes de vie
Patricia Arsenault, inf., B.Sc. & Lyne Cloutier, inf. Ph.D. 2012 ©



Évaluation du questionnaire

Est-ce que vous comprenez bien le sens des questions (s'il y a des questions qui vous semblent plus difficiles à comprendre, spécifiez le numéro de ces questions)?

Est-ce que les phrases sont correctement formulées (s'il y a des questions qui vous semblent mal formulées, spécifiez le numéro de ces questions)?

Encerclez la bonne réponse.

Est que le questionnaire vous semble...

- a) trop long
- b) trop court
- c) ni trop long, ni trop court

Inscrivez, s'il y a lieu, tout autre commentaire pertinent.

*** SECTION RÉSERVÉE. NE PAS RÉPONDRE ***

Sujet # _____

Date : _____

Temps requis pour compléter le questionnaire : _____ min

Appendice D: Questionnaire final

Facteurs d'influence du comportement
en regard des habitudes de vie



Patricia Arsenault, inf., B.Sc. & Lyne Cloutier, inf., Ph.D. 2012 ©

Directives générales

- 1- Il est très important de répondre à toutes les questions contenues dans le présent questionnaire.
- 2- Choisir la réponse qui vous semble la plus appropriée. Il n'y a pas de bonne, ni de mauvaise réponse. Répondez le plus spontanément possible.
- 3- Il n'y a pas de temps limite pour répondre au questionnaire. Vous avez donc le loisir d'y accorder tout le temps nécessaire. Par ailleurs, le temps requis pour répondre à ce questionnaire est estimé à 15minutes.

Exemples sur la façon de répondre

Exemple 1

COCHEZ (✓) LA CASE APPROPRIÉE

Au cours du prochain mois, j'ai l'intention d'améliorer au moins un aspect de mes habitudes de vie.

✓	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Si vous avez l'intention d'améliorer au moins un aspect de vos habitudes de vie et que vous êtes << très en accord >> avec cette affirmation, mettez un (✓) au dessus de la réponse << très en accord >>.

Exemple 2

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Quel est votre statut civil?

- a) En couple
- b) Séparé(e) ou divorcé(e)
- c) Veuf / veuve
- d) Célibataire

Si vous êtes veuf ou veuve, encerclez la réponse c).

Je vous rappelle que toutes vos réponses demeureront confidentielles. Vous pouvez en tout temps vous retirer de l'étude en refusant de répondre au présent questionnaire.

Section 1

L'expression « améliorer un comportement concernant mes habitudes de vie » réfère soit à l'amélioration de l'alimentation, soit à l'augmentation du temps consacré à l'activité physique, soit à la diminution ou l'arrêt tabagique, ou encore une combinaison de ces comportements et ce, dans votre vie quotidienne.

1) Avant de rencontrer l'infirmière, j'avais déjà l'intention d'améliorer mes habitudes de vie.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

2) Pour moi, la rencontre avec l'infirmière a été déterminante dans ma motivation à améliorer mes habitudes de vie.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

3) Lequel des comportements suivants concernant vos habitudes de vie avez-vous le plus l'intention d'améliorer au cours du prochain mois (ne choisissez qu'une seule réponse)?

- a) Améliorer mon alimentation (consommer plus de fruits et de légumes, diminuer le sel, etc.)
- b) Faire plus d'activité physique
- c) Cesser de fumer
- d) Aucun de ces comportements → passez directement à la SECTION 3 du questionnaire

Section 2

Directives sur la façon de répondre aux questions de la section 2

Pour répondre à chacune des questions, vous devez garder en tête le comportement ciblé à la question 1. Par exemple, si vous avez répondu *c) Cesser de fumer* à la question 3, la phrase :

« Au cours du prochain mois, je prendrai des moyens concrets pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie »

devrait se lire comme suit :

« Au cours du prochain mois, je prendrai des moyens concrets pour cesser de fumer ».

Répondez par la réponse qui vous semble la plus appropriée en cochant la case.

4) Au cours du prochain mois, j'ai l'intention d'adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

5) Au cours du prochain mois, j'ai l'intention de me fixer et d'atteindre un objectif réaliste afin d'adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

6) Au cours du prochain mois, je prendrai des moyens concrets pour **adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

7) **Adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois me permettrait de faire quelque chose de positif pour moi-même.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

8) **Adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois serait facile.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
-------------------	--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------

9) **Adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois est la bonne chose à faire.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
-------------------	--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------

10) Au cours du prochain mois, si j'**adoptais ce comportement** concernant mes habitudes de vie ... (cochez la case appropriée) :

	Très peu importe	Assez peu importe	Légerement importe	Peu importe	Assez importe	Très importe
a) je serais en meilleure forme physiquement	<input type="checkbox"/>					
b) je serais en meilleure forme mentalement	<input type="checkbox"/>					
c) je diminuerais mon risque de développer une maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>					
d) je serais autonome physiquement plus longtemps	<input type="checkbox"/>					
e) je serais fier(ère) de moi	<input type="checkbox"/>					
f) j'en retirerais du plaisir	<input type="checkbox"/>					

11) Quelle importance accordez-vous aux énoncés suivants (cochez la bonne réponse)?

	Très peu importe	Assez peu importe	Légerement importe	Peu importe	Assez importe	Très importe
a) être en meilleure forme physiquement	<input type="checkbox"/>					
b) être en meilleure forme mentalement	<input type="checkbox"/>					
c) diminuer mon risque de développer une maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>					
d) être autonome physiquement plus longtemps	<input type="checkbox"/>					
e) être fier(ère) de moi	<input type="checkbox"/>					
f) retirer du plaisir	<input type="checkbox"/>					

12) Les personnes qui sont importantes pour moi pensent que je devrais adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.

Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

13) Au cours du prochain mois, les personnes qui sont importantes pour moi seraient heureuses que j'adopte ce comportement concernant mes habitudes de vie.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
-------------------	--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------

14) Les personnes qui sont importantes pour moi s'attendent à ce que j'adopte ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
-------------------	--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------

Avez-vous un conjoint ou une conjointe?

Si oui → passez à la question 15

Si non → passez à la question 16

15) Au cours du prochain mois, si j'adoptais ce comportement concernant mes habitudes de vie, mon conjoint ou ma conjointe... (cochez la case appropriée)

Déapprouverait fortement	Déapprouverait assez	Déapprouverait légerement	Ni l'un, ni l'autre	Approuverait légerement	Approuverait assez	Approuverait fortement
--------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	------------------------

16) Au cours du prochain mois, si j'adoptais ce comportement concernant mes habitudes de vie, mes amie(s) ... (cochez la case appropriée)

Déapprouveraient fortement	Déapprouveraient assez	Déapprouveraient légerement	Ni l'un, ni l'autre	Approuveraient légerement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement
----------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------	---------------------------	----------------------	--------------------------

Avez-vous un ou des collègues de travail?

Si oui → passez à la question 17

Si non → passez à la question 18

17) Au cours du prochain mois, si j'adoptais ce comportement concernant mes habitudes de vie, mon (mes) collègue(s) de travail... (cochez la case appropriée)

Déapprouveraient fortement	Déapprouveraient assez	Déapprouveraient légerement	Ni l'un, ni l'autre	Approuveraient légerement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement
----------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------	---------------------------	----------------------	--------------------------

18) Avez-vous un médecin de famille?

Si oui → répondez à la question ci-dessous

Si non → passez à la question 17

Au cours du prochain mois, si j'adoptais ce comportement concernant mes habitudes de vie, mon médecin de famille... (cochez la case appropriée)

Déapprouverait fortement	Déapprouverait assez	Déapprouverait légerement	Ni l'un, ni l'autre	Approuverait légerement	Approuverait assez	Approuverait fortement
--------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	------------------------

19) Avez-vous un ou des enfants de 12 ans et plus?

Si oui → répondez à la question ci-dessous
 Si non → passez à la question 20

Au cours du prochain mois, si j'adoptais ce comportement concernant mes habitudes de vie, mon ou mes enfants... (cochez la case appropriée)

Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient légèrement	Ni l'un, ni l'autre	Approuveraient légèrement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement
-----------------------------	-------------------------	------------------------------	---------------------	---------------------------	----------------------	--------------------------

20) Quelle importance accordez-vous à l'opinion des personnes suivantes quant à l'**adoption de ce comportement** concernant vos habitudes de vie au cours du prochain mois (cochez la bonne réponse)?

	Tres important	Assez important	Légèrement important	Neutre	Peu important	Très peu important	Pas du tout important	Ne s'applique pas
a) mon conjoint ou ma conjointe	<input type="checkbox"/>							
b) mes ami(e)s	<input type="checkbox"/>							
c) mon ou mes collègues de travail	<input type="checkbox"/>							
d) mon médecin de famille	<input type="checkbox"/>							
e) mon ou mes enfants	<input type="checkbox"/>							

21) Il n'en tient qu'à moi d'**adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord
-------------------	--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------

22) Je me sens capable d'**adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord
-------------------	--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------

23) J'ai tout ce dont j'ai besoin pour **adopter ce comportement** concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.

Très en accord	Assez en accord	Légèrement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

24) Pour **adopter ce comportement** concernant ses habitudes de vie au cours du prochain mois, il faut disposer (cochez la bonne réponse)

a) de bonnes ressources financières	<input type="checkbox"/>					
b) de ressources environnementales (ex : piste cyclable à proximité)	<input type="checkbox"/>					
c) de ressources matérielles (ex : accès à un gym)	<input type="checkbox"/>					

d) de ressources professionnelles (ex : infirmière, nutritionniste)	<input type="checkbox"/>						
e) d'assez de temps personnel	<input type="checkbox"/>						
f) d'un bon état de santé général	<input type="checkbox"/>						
g) de la motivation nécessaire	<input type="checkbox"/>						
h) du support de son entourage	<input type="checkbox"/>						
i) de bonnes connaissances sur le sujet	<input type="checkbox"/>						
25) Je dispose des ressources financières nécessaires pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
26) Je dispose des ressources environnementales nécessaires pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
27) Je dispose des ressources matérielles nécessaires pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
28) Je dispose des ressources professionnelles nécessaires pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
29) Je dispose d'assez de temps personnel pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en désaccord	Assez en désaccord	Légerement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en accord	Assez en accord	Très en accord
30) Mon état de santé actuel me permet d'adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
31) J'ai la motivation nécessaire pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord
32) Je dispose du support de mon entourage pour adopter ce comportement concernant mes habitudes de vie au cours du prochain mois.	Très en accord	Assez en accord	Légerement en accord	Ni l'un, ni l'autre	Légerement en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.¹

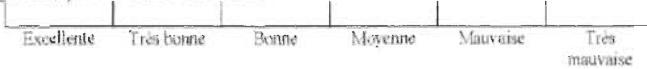
43) Combien de fois par semaine pratiquez-vous des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée comme la marche rapide (faire du vélo, nager, jouer au volley) pendant au moins dix minutes d'affilée?

- | | |
|-------------|-------------------|
| a) Jamais | d) 3 fois |
| b) une fois | e) 4 fois ou plus |
| c) 2 fois | |

44) Combien de fois par semaine pratiquez-vous des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité (comme courir et jouer au football) pendant au moins dix minutes d'affilée?

- | | |
|---------------------|-------------------|
| a) moins d'une fois | d) 3 fois |
| b) une fois | e) 4 fois ou plus |
| c) 2 fois | |

45) En général, quel est votre état de santé?



46) Avez-vous des limitations physiques et/ou douleurs pouvant limiter la pratique d'activité physique?

- | | |
|--------|--------|
| a) Oui | b) Non |
|--------|--------|

47) Êtes-vous un amateur de *fast-food* (frites, poutine, pizza, hot dog, hamburger, croquettes, poulet frit, etc.)?

- | |
|--|
| a) Oui, j'en mange presque tous les jours |
| b) Plus ou moins, j'en mange 2 ou 3 fois par semaine |
| c) Non, j'en mange à l'occasion seulement |

48) À quelle fréquence consommez-vous des croissants, des beignets, des danoises ou des muffins du commerce?
(Exclure les muffins réduits en gras et les petits muffins maison)

- | |
|----------------------------|
| a) Presque tous les jours |
| b) 2 ou 3 fois par semaine |
| c) À l'occasion |

49) Habituellement, dans l'assiette, la grosseur de votre portion de viande équivaut à...

- | |
|-----------------------------------|
| a) Un paquet de cartes ou moins |
| b) Deux paquets de cartes ou plus |
| c) Une portion entre a) et b) |

50) Les légumes ont-ils une place dans votre assiette? (Inclure les légumes crus, cuits ou en purée, les salades, les soupes, etc.)

- | |
|--|
| a) J'adore les légumes, j'en mange de bonnes portions le midi et le soir |
| b) Un peu, j'en mange en moyenne 1 ou 2 par jour |
| c) Pas vraiment |

51) Les fruits et les jus de fruits font-ils partie de vos menus?

- | |
|---|
| a) J'en raffole, j'en prends presque toujours aux repas et souvent à la collation |
| b) Un peu, j'en prends en moyenne 1 ou 2 par jour |
| c) Rarement |

¹ Cf. http://www.sante.mcgill.ca/epi/epi/EP4Q_Analysis_Guide_FR.pdf. Texte « Mangez-vous santé? » x programme santé Actu-nomix.

Appendice E : Facteurs de risque de maladie cardiovaseulaire



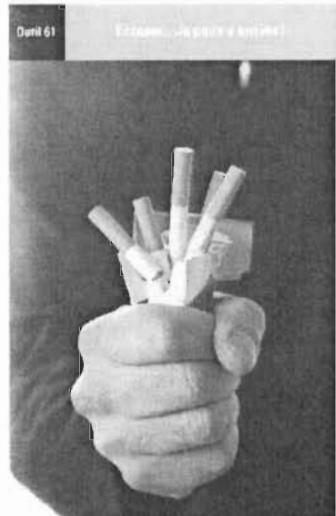
Facteurs de risque de maladie cardiovaseulaire*

Non modifiables	Modifiables
• Âge	• Tabagisme
• Sexe	• Pression artérielle
• Diabète	• Taux sérique de cholestérol total
• Antécédents familiaux de maladie cardiovaseulaire	• Taux sérique de C-HDL** (bon cholestérol)

* Selon le score de Framingham (Genest, 2009)
 **C-HDL : Cholestérol des lipoprotéines de haute densité ou *high density lipoprotein*

12-10-2012

Appendice F : Dépliants remis au patient



Davit 61

Véronique, 26 ans, fumeuse d'assaut

Je fume
Je veux cesser de fumer
Je sais que je devrais cesser de fumer
J'ai besoin d'aide pour cesser de fumer

Le tabac, l'addiction à la nicotine

Si vous décidez de cesser fumer, différents bénéfices, souvent immédiats, sont décris :

• Le tabac, le cigarette électronique et l'e-cigarrillo peuvent diminuer en 3 mois :
Le tabac peut sans diminuer en quelques mois.
Ce risque de maladies cardiaques est réduit de 50% en 1 an et d'au moins 15 ans.
Le risque de cancer dépendant est réduit de 50 à 90% en 10 ans.

• De plus, la sensation d'inspiration :

• Gains d'un meilleur état de santé et de bien-être :
Gains d'un meilleur état physique et mental.
Gains d'un meilleur état physique et mental.

Le tabac, l'addiction à la nicotine

La consommation tabagique a été associée à différents symptômes non tabagiques liés au tabagisme et à l'abstention :

• Gain de poids, cependant il n'est pas démontré que les patients comme une raison de recommander le tabagisme.

• Insomnie, troubles

• Insomnie ou insomnie

• Troubles de l'attention

• Réaction de dépendance, anxiété

Quelques effets secondaires peuvent apparaître

De plus un plus de fumeurs décident et réussissent à cesser de fumer la cigarette. Fumer développe une dépendance à la nicotine et les humeurs continuent de fumer parce qu'il co-développe cette dépendance physique et psychologique à la cigarette qui est la cause de nombreuses maladies.

Fumer des cigarettes, un plus détruit rapidement et maladroit, est associé à plusieurs maladies :

- bronchite et pneumonie
- maladie pulmonaire chronique et emphysème
- de nombreux cancers, entre autres :

 - poumons
 - bronches
 - larynx
 - yeux
 - vessie

- maladie cardiaque
- maladies de l'enfant par fumée secondaire
- problèmes de fertilité

Dans le tabagisme, la nicotine crée la dépendance au tabac, mais il y a de nombreuses autres substances (plus de 50) qui créent des dommages à d'autres tissus.

Ces substances, très chaudes à haute température, ont été associées à différents dommages tissulaires.

Le tabac a des effets physiologiques et physiopathologiques importants.

Differentes raisons sont couramment déclarées :

• « Je fume pas beaucoup (10 cigarettes)... »
Sachez qu'il peut poser des complications de tous les systèmes si 1 ou 2 cigarettes par jour. Si vous fumez peu, cessez donc.

• « J'ai tout le temps d'arrêter... »
Le temps d'arrêter est assez court si on fait dormir et le sommeil s'installe rapidement pour les risques de cancers et de maladies cardiaques. Vous êtes moins en forme et vous ne pouvez faire autant d'activité physique, fumer c'est être fatigué et lourd des activités.

• « J'en suis pas capable... »
On en faites capable si on réalise les détails nécessaires et si on va chercher de l'aide.

• « Mon grand-père n'en est pas mort... »
Il a peut probablement mort s'il avait vécu plus longtemps. Si il a vécu le même temps généralement, le même environnement social et le même rythme de vie qu'aujourd'hui. Votre grand-père aurait été en meilleure santé s'il n'avait pas fumé.

• « Il faut bien mourir de quelque chose... »
Il sera toujours le temps de mourir d'une chose. Mort ou cancer du poumon n'est pas très agréable.

Tous les tabagiques, ou le gérant d'un tabac sont dans une situation difficile. Votre médecine ou votre pharmacie pourra vous conseiller quant à leur utilisation.

Les tabagiques et la gérance de tabac sont disponibles, si pharmacocanale présentation et sans prescription par le médecin d'assurance.

Il existe aussi d'autres thérapies sur prescription qui peuvent être prescrites par votre médecin.

Il existe aussi des aides pour arrêter de fumer :
- faire le tabac

• Arrêter votre tabac, soit avec votre collègue, soit avec quelqu'un d'autre, pour le faire.

• Des consultations pour arrêter de fumer, ou quelques séances de thérapie.

• Il faut arrêter d'arrêter de fumer, et évidemment de faire pour arrêter de fumer.

TRUCS POUR ARRÊTER DE FUMER :

• Faire une liste

• Informez votre famille, vos amis, vos collègues, etc. que vous allez cesser de fumer.

• Limitez les concentrations ou les stimulants envoient l'envie

• Arrêtez, arrêtez, arrêtez et laissez les amputées les 3

• Arrêtez les pauses fumeuses à l'extérieur

• Arrêtez immédiatement le nombre de cigarettes

• Arrêtez votre cigarette électronique, au moins de 5 à 15 minutes.

• Arrêtez aussi une autre forme de tabac.

• Arrêtez les activités avec des non-fumeurs

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

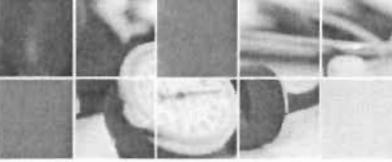
• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

• Arrêtez les situations où vous fumez que vous fumez, ou que vous n'en fumez pas.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?





Qu'est-ce que la pression artérielle ?

La pression artérielle correspond à la pression exercée par le sang contre les parois des artères. Cette pression est exprimée par deux valeurs : 120/80 millimètres de mercure, mm Hg. L' valeur la plus élevée correspond à la pression lorsque le cœur bat (systole) alors que la valeur la plus basse correspond à celle où le cœur se repose entre deux battements (diastole). Tout un matin entier, la pression a tendance à fluctuer d'un moment à l'autre au cours de la journée. De plus, la pression matinale est plus basse durant la nuit.

Qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par une pression artérielle de 140/90 mm Hg et plus dans la population générale, ou de 130/80 mm Hg et plus chez les adultes avec diabète. Au-delà de ces valeurs, il existe de complications cardiovasculaires augmentant progressivement.

Au Canada, un adulte sur trois souffre d'HTA. Le risque de développer cette maladie augmente avec l'âge. Nos personnes âgées, âgées de 50 à 65 ans, qui ne souffrent pas d'hyper-tension, le démontrent si elles vivent jusqu'à 80 ans, une personne sur six souffre d'HTA qui hyper-tension, alors qu'il suffit de faire mesurer sa pression artérielle pour le savoir.

Contrairement à la majorité des autres problèmes de santé, l'HTA n'a souvent aucun symptomé. L'HTA est une maladie silencieuse qui en soi même n'a pas de « symptômes ».

Complications de l'hypertension artérielle

- Accès d'insuffisance cardiaque
- Accès d'infarctus
- Accès d'ictus
- Accès d'insuffisance rénale

Complications pulmonaires

- Maladie des artères pulmonaires
- Maladie des artères pulmonaires obstruante
- Maladie des artères pulmonaires obstruante chronique

Complications neurologiques

- Maladie de la circulation cérébrale
- Maladie de la circulation cérébrale obstruante
- Maladie de la circulation cérébrale obstruante chronique

Complications artérielles

- Maladie des artères périphériques
- Maladie des artères périphériques obstruante
- Maladie des artères périphériques obstruante chronique

Pourquoi est-il important de traiter l'hypertension artérielle ?

Quand l'hypertension artérielle n'est pas traitée, sans complications de l'HTA, il existe : risques de maladie cardiaque, maladie cerebro-vasculaire, maladie pulmonaire, maladie rénale, maladie artérielle périphérique, maladie de l'œil, etc.



Source : Canadian Society of Hypertension
www.hypertension.ca

En quoi consiste le traitement de l'hypertension artérielle ?

On ne peut habituellement pas guérir l'HTA, mais les modifications des habitudes de vie et les médicaments peuvent aider à la prévenir ou à la traiter.

LES MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE

- Limiter le nombre de consommations par semaine à 14 chez l'homme et 8 chez la femme.
- Arrêter ou réduire un peu par jour.
- Réduire la consommation de sel à moins de 2 000 mg de sodium par jour (en moyenne, le T.C. à l'HTA inclut le sel dans les aliments préparés).
- faire de l'exercice régulièrement (l'intensité modérée, la plupart des jours, par le matin).
- Si nécessaire, arrêter de fumer.

LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Les médicaments sont souvent nécessaires pour traiter l'HTA, en plus des modifications des habitudes de vie. Comme pour d'autres médicaments (par exemple les anti-insectiques), les antihypertenseurs ne sont pas à prendre au hasard. Par conséquent, les médicaments doivent être pris à long terme, sous surveillance. Si on augmente la prise de ses médicaments, la pression artérielle n'élèvera pas. Pour revenir au moyen présentant la prise de médicaments ou même d'ajouter des médicaments plus élevés, demandez à votre médecin.

Pour maîtriser l'HTA, plus d'un médicament seront souvent nécessaires. Plusieurs familles de médicaments sont disponibles et plusieurs d'entre eux agissent à des actions différentes et complémentaires : dilatation des artères, diminution du rythme, ralentissement du cœur, etc.

Quelles sont les valeurs cibles de pression artérielle ?

Les bénéfices de traitements sont meilleurs lorsque la pression artérielle est bien maîtrisée. Le tableau suivant montre les valeurs cibles de pression artérielle.

Conditions	Cibles PAS / PAP systolique
Hypertension systolique diastolique	< 140/90
Haute telle PAS diastolique antihypertenseur pris dans la journée	< 130/80
Saines	< 120/80
Appliquer lorsque la pression telle PAS (10 minutes)	< 125/80

PAS : pression artérielle systolique. PAS : pression artérielle diastolique.

Décrivez-vous pour renforcer vos connaissances pour réduire et maîtriser votre pression artérielle ?

Autres documents disponibles



Les guides d'auto-formation de la Société québécoise d'hypertension artérielle
www.hypertension.qc.ca

Éditeur : Paul St-Onge, éditeur en chef et rédacteur en chef
Concept et rédaction : Hélène Leduc

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle

La pratique régulière d'activités physiques prévient l'hypertension artérielle. Une amélioration de la pression est visible chez les personnes ayant une pression normale. Elle est encore plus importante chez celles hypertendues.

Est-ce que l'exercice doit me faire perdre du poids pour être efficace ?

Le premier fait baisser la pression artérielle. Toutefois, son effet sur la tension artérielle dépend de la personne et de l'effort.

RÉLATION ENTRE LA DUREÉ HEBOUDIAIRE DE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET LES BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ

Graph showing the relationship between exercise duration and health benefits. The Y-axis is 'Nombre de personnes' (0 to 1000) and the X-axis is 'Durée hebdomadaire en minutes' (0 to 1000). The curve shows that the number of people reporting health benefits increases rapidly from 0 to 300 minutes and then levels off, reaching a plateau around 800-900 people at 1000 minutes.

Quelques personnes ont le problème qui n'est pas chez les personnes sedentaires qui commencent à faire de l'exercice que les bénéfices sont les plus importants.

COMMENT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AMÉLIORE-T-ELLE MA PRESSION ARTÉRIELLE ?

- Diminue le système nerveux autonome
- Diminue les hormones sanguines
- Diminue les hormones malpighes dans l'hypertension artérielle

Vous devrez avoir fait faire pour votre hypertension. Votre professionnel de la santé, après avoir examiné, vous dira que la meilleure voie est la diététique.

La pression artérielle moyenne est plus sûrement lorsque la pression au repos est inférieure à 160/100 mm Hg. Si vous n'êtes pas atteint d'arthrite, arthrose, ou de diabète, de préférence à la grande échelle des personnes des deux sexes et donc, devriez prendre un programme d'exercice aérobie d'intensité moyenne.

Cependant, au-delà des 160/100 mm Hg, en présence de maladies, de symptômes, ou avant de pratiquer une activité physique, il est nécessaire à votre médecin, conseiller votre médecin.

Votre médecin va vous accompagner dans le programme de la maladie, mais il en revient à vous de passer à l'action pour préserver votre santé. Les bénéfices associés à la pratique d'une activité physique d'intensité moyenne surpassent de loin les risques !

Comment évaluer l'intensité de mes activités physiques ?

LES ALIMENTS

que nous mangeons influencent l'apparition et le traitement de l'hypertension artérielle...





Pour prévenir ou maîtriser l'hypertension artérielle, il faut faire:

- Manger à base de légumes et de fruits (45%)
- Limiter les graisses (40%)
- Boire peu (15%)
- Manger sans sel (10%)
- Boire de l'eau (5%)
- Consommer du poisson

Est-ce que je sais comment bien manger?

- Manger à base de légumes et de fruits (45%)
- Limiter les graisses (40%)
- Boire peu (15%)
- Manger sans sel (10%)
- Boire de l'eau (5%)
- Consommer du poisson
- Boire de l'eau (5%)
- Consommer du poisson

Bien évidemment, pour être longtemps en bonne santé, il faut faire beaucoup d'exercice.

Et le sel dans tout ça?

• Réduire l'apport en sodium (un comprimé de sel) peut réduire la pression artérielle.

Il est préférable de réduire la consommation de sodium à moins de 1700 mg par jour (ou plus moins de 1 c. à thé), incluant le sel contenu dans les préparations préparées.

• Le sodium est omniprésent dans notre alimentation, non seulement par le sel qu'on ajoute à nos aliments (général), mais surtout par l'ajout abusif du sodium par l'industrie alimentaire lors de la préparation et de la transformation des aliments.

• Bien lire les étiquettes, consulter le tableau de valeur nutritionnelle de commerce, faire le tour en sodium d'une portion ou bien la liste des ingrédients des produits alimentaires.

Osez comparer!
(Teneur en mg de sodium)

Boisson à point du commerce (200 ml)	800 mg de sodium
Boisson au pot en lait (250 ml)	62 mg
Plat préparé au sachet (250 ml)	800 mg
Plat à l'évap., cuits sans sel (250 ml)	0
Plat à l'évap., cuits avec sel (250 ml)	1 465 mg
Plat à la sauce tomate maison (250 ml)	125 mg
Plat restaurant, format moyen	660 mg
Fromage à la fromage au four	0
Alles à soupe au poulet (112 grammes)	2 560 mg
Fromage à la poulet (100 g)	50 mg
Jambon râpé (100 g)	1 200 mg
Plat de poisson (100 g)	65 mg
Salé de table ou de mer (1 c. à thé)	2 300 mg
Mélange de fines herbes, sans sel	0

Qu'est-ce qu'un régime type DASH?

Une équipe de chercheurs a démontré récemment que nous alimentons notre corps en légumes et fruits, évitant des graisses, du sel et des produits à grande teneur des légumineuses, quelques portions de viandes maigres et très peu de fromage, peut abaisser la pression artérielle.

Qu'est-ce que la restriction au sel à ce modèle alimentaire permet d'en augmenter l'efficacité?

LE SEL
ÉLÉMENT DE HAUTE PRÉSSION

BONNE NOUVELLE!

La consommation de sel dans les aliments préparés et transformés a diminué de 10% au cours des dernières années. Cela signifie que nous mangeons moins de sel que dans les années 1980.

La réduction de la consommation de sel dans les aliments préparés et transformés est due à une meilleure connaissance des risques pour la santé et à une meilleure volonté des fabricants et des restaurateurs de proposer des aliments moins salés. Cependant, il y a encore beaucoup à faire.

Pourquoi est-il important de maîtriser la pression artérielle?

Une élévation chronique de la pression artérielle est responsable de plusieurs autres problèmes de santé majeurs : plus de 50% des cas d'AVC, l'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance cardiaque, ainsi que 75% des maladies cardio-vasculaires, infarctus, maladie et des malades du rein. L'HTA représente le **premier facteur de risque de décès dans le monde**.

Le trajet pas de sel dans les aliments préparés n'en préoccupera pas.

Paté que la grande majorité du sel (sodium) se cache dans les aliments que nous consommons. Les Canadiens consomment en moyenne plus de 3 000 mg de sodium par jour, soit deux fois plus que l'apport recommandé et ce, sans compter le sel ajouté à la table ou durant la cuisson. La surconsommation de sel consomme 10% dans la vie, les habitudes et les pratiques consommatrices depuis le double de l'apport recommandé pour leur groupe d'âge respectif.

Alors, tous prennent toute cette quantité de sel?

Près de 80% des adultes canadiens prennent principalement des aliments transformés et des mets de restaurant comme les pizzas, sandwichs, soups, salades, fast-foods, les repas de commerce et les plats alimentaires en sachet. Le sel ajouté à la cuisson ou à la table complète pour 15% et le sel naturellement présent dans les aliments pour environ 12% de nos apports.

Combien est la teneur en sodium de quelques aliments fréquemment consommés?

	mg	Nombre de sel*
Boisson énergétique sucrée, 200 ml	796	7
Boisson énergétique sucrée, 500 ml	984	15
Boisson à lait énergétique, 250 ml	1236	2
Boisson gazeuse, 350 ml	1	1
Boisson gazeuse, 500 ml	1236	1
Boisson gazeuse, 700 ml	15	1
Boisson gazeuse, 700 ml	48	1
Boissons énergétiques sucrées, 300 ml	1164	6
Tout autre boisson	30	0

Apports en sodium recommandés par jour

Il est préférable de réduire la consommation de sodium à 1 200 mg par jour au lieu de moins de 1 c. à thé. Le sel naturellement présent dans les aliments préparés.

Or les plus grands contributeurs de sodium, une réduction de 1 000 mg par jour peut tout de même améliorer la pression artérielle. même si les apports recommandés ne sont pas atteints.

* 2 000 mg de sodium = 2 cuillères de sel



VIEILLEZ-VOUS DES ALIMENTS QUI NE GOUTENT PAS SALES?

Malgré la vaisselle et l'assiette de vaisselle qui ont été lavées, peut-être que ces vôtres réagissent à vos papilles gustatives.

selon vous, lequel de ces choix est le plus salé?

1 — 45 biscuits roses salés ou 80 chips au cheddar au fromage de fromage? 2 — 100 g de croustilles au cheddar instantané ou 100 g de crudités séchées? 3 — 100 g de chips au fromage ou 100 g de micros? 4 — 125 ml de jus de légumes ou 125 ml de jus d'orange?

REPONSES Les réponses:

1. 45 biscuits roses salés, 80 chips au cheddar au fromage.
2. 100 g de croustilles au cheddar instantané.
3. 100 g de chips au fromage.
4. 125 ml de jus de légumes.

Saviez-vous que l'assiette du déjeuner n'est pas toujours l'assiette qui plaira le plus à vos papilles gustatives? Par exemple, la bâtonnette de saucisses n'est pas à l'assiette du pour 75% d'entre eux, alors que les croustilles, les pop-corn, toutes les variétés de chips et les céréales au fromage, à 75% de ceux qui ont pour deux plats de choix. Des aliments si courts, mais également salés, font également également le meilleur travail à la fois.

Il est possible de choisir des mets de restaurant réduits en sucre, en gras et en calories... Malgré tout, ces choix représentent des aliments salés.

PAR DÉBUTER?

1. **Réglez le contenu en « sodium » sur les étiquettes alimentaires.**

Voici quelques trucs pour choisir des aliments moins salés:

- Évitez les aliments contenant moins de 220 mg de sodium ou moins de 10% de la valeur quotidienne par portion.
- Les aliments offrant la quantité la plus élevée de sodium par portion sont généralement de très mauvais choix; si vous respectez la portion et le régime:

 - Mélangez vos aliments contenant plus de 40% de sodium sur portion.

2. **Réduisez l'omniprésence des aliments transformés, même ceux qui ne gouttent pas salé.**

3. **Limitez les repas au restaurant! Ils occupent une place importante dans notre quotidien.**

4. **Optez pour les plus petits formats!**

Plus les portions sont généreuses, plus l'écart en sel est important.

INGRÉDIENTS

PLATS

SAUCES ET DÉGUSTATIONS

5. **Votre alimentation souffre-t-elle de votre manque de temps pour cuisiner?** Voici quelques suggestions vous permettent d'économiser bien du temps:

- Consommez des légumes surgelés ou frais pré-coupés et cuisez-les prélevées, dans chaque plat, à la poêle ou au four.
- Pour remplir les assiettes en conserve pour 2006, préparez une soupe à la tomate en boîte non préparée de 2005.
- Pour de savoureuses garnitures à sandwichs, remplacez les chaux avec des sandwichs à l'herbe ou en cuisez-en un non de légumes.
- Cuissez les œufs de coquilles dans l'assiette pour déjeuner au travail ou au bureau, et préparez des bâtonnets à comment à l'oeuf en gel.
- Préparez à l'avance la viande hachée maison, les salades et l'entremet aux légumes.
- Évitez les sortes de pâté, de légumes qui sont souvent au sel de table.
- Pour donner du goût à vos aliments, ajoutez de l'huile de girofle, du sucre ou de la cassonade sucre, zesté d'orange, piment jalapeño, gombo, oignons, carottes, carottes, miel et sucre, vinaigre, accompagnement, herbes séchées, pourpre d'ail, de céleri et d'épices, etc.

6. **Vous avez des papilles gustatives qui besoin de temps pour s'ajuster à des aliments moins salés.** Si pourtant dans vos assiettes, vous le forcez à apprécier les aliments réduits en sel. Pour ce faire, nous devons nous aider de nos amis « végétal-marinés »: enlaidir les œufs en salade, nos préférances de sel, ou encore utiliser la moitié de la dose de légumes régulier et compléter avec la version réduite en sodium.

7. **VOUS ET VOTRE SAINTE**

Une suggestion de nos internets, notamment pour ceux qui ont difficile en apprenant en seulement temps que nécessite pour la carte.

INFORMATIONS Des résultats de la Société canadienne d'hypertension peuvent être trouvés sur www.hypertension.qc.ca

Cholestérol

Le cholestérol, trop, c'est trop !

Environ **40 %** des adultes
au Canada

ont un niveau de cholestérol trop élevé dans le sang. Plusieurs d'entre eux ne le savent pas, parce qu'ils ne se sentent pas malades.

S'il n'est pas traité, ce problème augmente les risques de souffrir de maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et des vaisseaux sanguins) qui sont la cause du décès de 3 individus sur 10 au Canada.

Heureusement, des habitudes de vie avantageuses et, dans certains cas, des médicaments peuvent nous aider à contrôler notre niveau de cholestérol.

Le cholestérol, c'est quoi ?

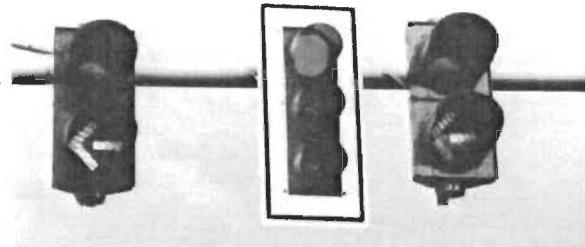
Le cholestérol est une matière grasse fabriquée naturellement par notre organisme. Il est essentiel à une bonne santé. Le problème, c'est quand il y en a trop. C'est ce qu'on appelle l'hypercholestérolémie.

Le cholestérol en excès dans le sang tend à se déposer sur les parois à l'intérieur des artères : c'est l'athérosclérose. En s'accumulant, les dépôts peuvent, peu à peu, bloquer les artères.

Lorsque l'accumulation des dépôts de cholestérol se fait dans les artères qui amènent le sang vers le cœur, elle peut causer l'angine ou l'infarctus (crise cardiaque). Si les dépôts se situent au niveau des artères du cou ou de la tête, ils peuvent provoquer un accident vasculaire cérébral (AVC) et entraîner une paralysie.

Et les triglycérides ?

Les triglycérides sont une autre sorte de matière grasse utile au bon fonctionnement du corps. Le risque de maladies cardiovasculaires est aussi augmenté lorsqu'il y en a une trop grande quantité dans le sang. Ceci est encore plus vrai en présence d'un niveau de LDL trop élevé, de HDL trop bas ou encore d'un tour de taille important.



Le « bon » et le « mauvais » cholestérol

Quand on parle de « bon » et de « mauvais » cholestérol, on ne parle pas du cholestérol des aliments, mais du cholestérol dans le sang. En fait, on devrait plutôt parler de « bons » et de « mauvais » transporteurs de cholestérol.

Comme l'eau et les graisses ne se mélangent pas, il en est de même du sang et du cholestérol. Le cholestérol doit donc utiliser des transporteurs pour pouvoir voyager dans le sang. Il y a les bons transporteurs de cholestérol (HDL) et les mauvais transporteurs de cholestérol (LDL).

Les bons transporteurs (HDL) amènent le cholestérol vers le foie pour qu'il soit transformé en substances utiles pour le corps. Ils jouent un rôle de nettoyeur des artères. Par contre, les mauvais transporteurs (LDL) favorisent plutôt le dépôt du cholestérol à l'intérieur des artères.

Pour augmenter notre protection contre les maladies cardiovasculaires, on gagne à ne pas avoir trop de LDL et davantage de HDL.



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTREAL**
Direction de la prévention

Avec l'appui de :

Association
des cardiologues
du Québec

Collège québécois
des médecins
de famille

Fédération des
médecins omnipraticiens
du Québec

Fondation des
malades du cœur
du Canada

Groupe de
recherche sur les
hyperlipidémies
et l'athérosclérose
de l'Institut de
recherches cliniques
de Montréal

Médecins
francophones
du Canada

Ordre des
infirmières
et infirmiers
du Québec

Collège
des médecins
du Québec

Diabète
Québec

Fédération des
médecins spécialistes
du Québec

La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de :

AstraZeneca

Pour contrôler son niveau de cholestérol

Même si les niveaux de cholestérol et de triglycérides dépendent en bonne partie de notre héritérité, il est possible de les améliorer en adoptant les « 4 stratégies gagnantes ».



1 Bien manger

FAITES DES « CHOIX GAGNANTS » DANS LES 4 GROUPES

Légumes et fruits

MANGEZ-EN ENTRE 7 ET 10 PORTIONS PAR JOUR.

- CONSUMMEZ au moins un légume vert foncé et un légume orangé chaque jour.
- SAVOUREZ-LES de mille et une façons, aux repas et lors des collations !

Produits céréaliers

FAITES RIMER PRODUITS CÉRÉALIERS AVEC GRAINS ENTIERS !

- OPTEZ pour des pains, des biscuits et des pâtes faits avec de la farine de blé entier ou d'autres grains entiers.
- CHOISISSEZ des céréales avec au moins 2 g de fibres par portion de 30 g (ou 4 g par 55 g). Consultez les emballages. Celles qui contiennent plus de l'avoine ou du psyllium sont d'excellents choix, car ces ingrédients aideraient à réduire le cholestérol dans le sang.

Lait et substituts

PRIVILÉGIEZ LES CHOIX MOINS GRAS.

- PRIVILÉGIEZ le lait, les breuvages laitiers et les yogurts à 2 % ou moins de M.G. (matières grasses).
- CONSOMMEZ aussi des boissons de soja enrichies.
- SURVEILLEZ votre consommation de fromage en privilégiant les choix à 20 % ou moins de M.G.

Viandes et substituts

VARIEZ LES SOURCES DE PROTÉINES.

- PENSEZ à prendre au moins de 2 à 3 repas de poisson par semaine.
- DÉCOUVREZ les légumineuses (ex. : pois, fèves, haricots, lentilles, etc.), le tofu et les substituts de viande à base de soja.
- CONSOMMEZ le poulet et la dinde sans la peau.
- CHOISISSEZ des coupes de viandes maigres qui contiennent peu ou pas de gras visible.
- SERVEZ des petites portions de viande ou de volaille.
- FAVORISEZ les modes de cuisson exigeant peu de gras.
- PRIVILÉGIEZ les charcuteries moins grasses telles que la poitrine de dinde, le jambon et le rôti de boeuf maigres. Toutefois, ces choix sont salés.
- LIMITEZ les jaunes d'oeufs à 2 ou 3 par semaine.

GÉREZ LES GRAS

LIMITEZ

les graisses trans

les graisses saturées

le cholestérol

produits de boulangerie gras (pâtisseries, gâteaux, croissants, tartes, etc.)

fritures (frites, gougrettes, beignets, aliments panés)

margarines hydrogénées, shortening

beurre, crème et crème glacée

fromages gras

viandes grasses

charcuteries grasses (saucisses, bacon, pâtés, etc.)

abats (foie, rognons, ris, cervelle)

PRIVILÉGIEZ

les graisses insaturées (mono- et poly-insaturées)

huiles de canola* et d'olive

vinaigrettes (faites d'huile de canola ou d'olive)

margarines molles non hydrogénées*

poissons gras* (ex. : saumon, truite, maquereau, sardines, hareng)

graines de lin moulues*

noix et graines (avec modération)

*Ces aliments sont des sources d'oméga-3



2 Bouger la plupart des jours

Les effets positifs de l'activité physique sont nombreux ! Bouger suffisamment aide, entre autres, à augmenter le « bon cholestérol » (HDL), à diminuer les triglycérides et à contrôler le poids.

Pour profiter des bienfaits de l'activité physique, on gagne à être actif régulièrement durant toutes les saisons. **Faire la plupart des jours au moins 30 minutes d'activité à une intensité qui essouffle légèrement, que ce soit en continu ou en blocs de 10 à 15 minutes, est un excellent objectif.** Pratiquez les sports que vous aimez ou marchez simplement d'un bon pas, montez les escaliers, jouez avec les enfants, dansez avec entrain, allez au dépanneur à vélo, tondez le gazon... Allez-y à votre goût et à votre rythme. L'important est de bouger aussi souvent que possible.

Si vous n'avez pas l'habitude de faire de l'activité physique, commencez doucement et augmentez graduellement le nombre de minutes par jour, le nombre de jours par semaine et l'intensité de vos activités. Pour vous motiver à marcher davantage, pourquoi ne pas porter un podomètre durant quelques semaines ?



3 Maintenir ou réduire son poids

Un surplus de poids s'accompagne souvent d'un niveau élevé de cholestérol et de triglycérides dans le sang. Si le surplus de poids se situe **autour de la taille** plutôt qu'au niveau des hanches et des cuisses, le **risque de maladies cardiovasculaires est plus grand.**

Si vous avez du poids en trop, maigrir vous aidera à contrôler votre niveau de cholestérol. On note souvent une amélioration dès les premiers kilos perdus.

Pour contrôler votre poids, ne vous lancez surtout pas dans un régime miracle ! L'approche la plus sécuritaire et la plus efficace est de bien manger, de limiter la grosseur des portions, d'écouter sa « vraie faim », d'éviter le grignotage et de mettre l'activité physique au menu de la journée.

4 Ne pas fumer

Fumer endommage les vaisseaux sanguins et favorise l'accumulation de gras à l'intérieur des artères, augmentant ainsi les risques de maladies cardio-vasculaires. Le niveau de cholestérol semble d'ailleurs proportionnel au nombre de cigarettes fumées par jour. **Cesser de fumer contribue à diminuer les mauvais transporteurs de cholestérol (LDL), tout en augmentant les bons transporteurs de cholestérol (HDL) dans le sang.**

Cesser de fumer n'est pas chose facile. Par contre, il existe maintenant plusieurs méthodes et de nombreuses ressources pour aider les fumeurs qui désirent se libérer de la cigarette. L'important, c'est d'être décidé. Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Le seul échec est de cesser d'essayer !

Pour changer en plusieurs étapes

Lorsqu'on décide de s'y mettre, on peut avoir tendance à tout vouloir changer en même temps. Dans bien des cas, les chances de succès seront plus grandes, si on y va graduellement.

- Concentrez-vous sur un seul changement à la fois.
- Fixez-vous des objectifs réalistes.
- Félicitez-vous et récompensez-vous pour les objectifs atteints, sans pour autant vous sentir coupable si vous n'y arrivez pas à l'occasion.
- Sachez apprécier le côté positif des changements que vous faites (prendre soin de vous, vous sentir mieux, etc.).
- Demandez à votre entourage de vous encourager.

Je prends le contrôle

Comprendre ses valeurs

On suggère habituellement aux hommes de 40 ans et plus et aux femmes de 50 ans et plus ou ménopausées d'avoir un premier bilan lipidique. Si vous êtes plus jeune et que vous présentez certains signes ou facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (par exemple : histoire familiale, diabète, hypertension artérielle, obésité abdominale, tabagisme), un bilan lipidique est aussi indiqué.

Le bilan lipidique est obtenu à partir d'une prise de sang à jeun. Il renseigne non seulement sur le cholestérol total, mais également sur les valeurs de cholestérol HDL, de cholestérol LDL et de triglycérides.

Quelles sont les valeurs?

Cholestérol total (CT)	moins de 5,2 mmol/L
Cholestérol HDL (C-HDL)	1,04 mmol/L ou plus
Ratio CT / C-HDL	moins de 5,0
Cholestérol LDL	moins de 3,4 mmol/L
Triglycérides	moins de 1,7 mmol/L

Il est possible que votre médecin considère d'autres valeurs souhaitables pour vous selon l'ensemble de vos facteurs de risque tels que votre âge, votre sexe, votre héritéité, vos habitudes de vie, la présence ou non de diabète ou d'hypertension.

*Selon l'rapport du NCEP-ATP III, National Institutes of Health, Etats-Unis, 2001.

Besoin de médicaments?

Certaines personnes ont besoin de médicaments pour les aider à contrôler leur tension artérielle, ou encore leurs niveaux de cholestérol, de triglycérides ou de glucose dans le sang. Si c'est votre cas, il est important de rester fidèle au traitement prescrit par votre médecin et de bien suivre ses recommandations, même si vous ne vous sentez pas malade.

Si les médicaments vous causent des effets indésirables, n'abandonnez surtout pas votre traitement.

Les renseignements contenus dans cette publication sont présentés à titre informatif et ne remplacent pas les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

La série sur la santé du cœur a été élaborée par ACTI-MENU.

Nous tenons à remercier les experts suivants qui ont été consultés : Beth Adamson, infirmière, cardiologue, St. Michael's Hospital, Toronto; Philip Barter, cardiologue, Heart Research Institute, Sydney, Australie; Huguette Bélanger, médecin-conseil, Direction de santé publique de la Montérégie; Johanne Bilodeau, médecin, CIUQ, Hôpital Saint-François d'Assise, Québec; Greg Bondy et Jim Hollis, médecins biochimistes, St. Paul's Hospital, Vancouver; W. Virgil Brown, cardiologue, WAMC, George, États-Unis; Jean Bélanger, infirmière, Robert Dufour, médecin et Chantal Lalancette, Institut de recherches cliniques de Montréal; Jean-Pierre Després, docteur en physiologie de l'Université, Institut de cardiologie de Québec; George Judd et Robb McPhee, infirmières, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa; Jacques Genest et Alain Saltzman, cardiologues, Hôpital Royal Victoria, Montréal; Gaston Godin, docteur en sciences du comportement, Université Laval; Pavel Jilka et André Laroche, endocrinologues, Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Martin Jutteau et Yves André Lavoie, cardiologues et Élise Labou, diététiste, Institut de cardiologie de Montréal; Gilles Paradis, médecin épidémiologiste clinique, Institut de santé publique de Montréal; Raymond de Pére, médecin, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale; George Stébier, endocrinologue, Centre General Hospital; James Stein, cardiologue, University of Calgary; Guy Tremblay, cardiologue, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

Les professionnels et les entreprises peuvent commander ce document sur le site Web www.actimenu.ca/publications.php ou auprès de leur représentant AstraZeneca.

Références disponibles sur demande à actimenu@actimenu.ca

© ACTI-MENU - 2004 pour la première publication

© ACTI-MENU - 2011 pour la présente publication. Tous droits réservés. Utilisation commerciale non permise.

Améliorer ses valeurs

Pour augmenter le bon cholestérol (HDL)

- Réduire son poids, si nécessaire

- Bouger

- Cesser de fumer

Certaines études montrent que l'alcool, pris en quantité modérée, peut augmenter le bon cholestérol. Attention toutefois, car l'alcool peut faire augmenter la tension artérielle, les triglycérides, le poids et même mener à l'alcoolisme et ses méfaits. Il peut aussi interagir avec certains médicaments. Parlez-en à votre médecin. Et si vous ne consommez pas d'alcool, vous n'avez évidemment pas à vous mettre à boire pour avoir un cœur en santé !

Pour diminuer le mauvais cholestérol (LDL)

- Réduire son poids, si nécessaire

- Bien manger, en gérant particulièrement sa consommation de matières grasses

Pour diminuer les triglycérides

- Réduire son poids, si nécessaire

- Bouger

- Bien manger, en limitant particulièrement sa consommation d'aliments et de boissons sucrées, de produits à base de farine blanche ainsi que d'alcool

Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Et n'oubliez surtout pas les « 4 stratégies gagnantes ». Elles peuvent vous aider à limiter la quantité de médicaments que vous devez prendre.

ET LES PRODUITS NATURELS?

Consultez toujours votre pharmacien ou votre médecin avant d'en prendre. Certains de ces produits peuvent interagir et même nuire à votre traitement ou avoir des effets indésirables sur votre santé.

CR1106F

107-2_2012F

Appendice G: Questionnaire d'évaluation de l'intervention



Questions de validation de l'intervention infirmière auprès du patient

Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque cardiovasculaire

Patricia Arsenault, inf., B.Sc.
 Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
 Université du Québec à Trois-Rivières

SVP cochez la réponse qui selon vous, s'applique le mieux concernant l'intervention qui a été réalisée par l'infirmière.

Éléments portant sur la communication et l'explication du risque cardiovasculaire

	Très bien	Bien	Acceptable	À revoir
Présentation du plan de la rencontre				
Clarté des explications sur le risque cardiovasculaire				
Facilité de compréhension de l'outil visuel (IPad)				
Utilité de l'outil visuel pour l'intervention (IPad)				
Facilité de compréhension du support visuel "Facteurs de risque cardiovasculaire" (format papier)				
Utilité du support visuel "Facteurs de risque cardiovasculaire" (format papier)				
Clarté des explications sur les facteurs de risque personnels du patient				
Intérêt des dépliants remis au patient				

*Commentaires:

Questions portant sur la prestation de l'infirmière

	Très bien	Bien	Acceptable	À revoir
Présentation de l'infirmière en début de rencontre				
Débit du discours				
Contact visuel avec le patient				
Interactions avec le patient				
Aisance générale				
Disponibilité à répondre aux questions du patient				

*Commentaires:

Questions portant sur l'ensemble de l'intervention

	Très bien	Bien	Acceptable	À revoir
Durée totale de l'intervention				
Disposition de l'environnement physique (positionnement patient-infirmière)				
Aisance de l'infirmière à manipuler les outils				

*Commentaires:

Merci d'avoir pris le temps d'évaluer mon intervention.

**Appendice H: Certificats d'éthique et Formulaires d'information et de
consentement**

<p>Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières Centre hospitalier affilié universitaire régional</p>	<p>COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE</p>	<p>No d'approbation éthique CSSSTR : CÉR-2012-022-00</p>		
<p>APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE</p>				
<p>DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE:</p> <p>Titre : « Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque cardiovasculaire »</p> <p>Chercheur : Madame Patricia Arsenault</p> <p>Provenance des fonds : Budget Mme Lyne Cloutier, UQTR</p>				
<p>DOCUMENTS APPROUVÉS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE À UTILISER POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocole de recherche daté du 13 février 2013; • Formulaire d'information et de consentement daté du 14 février 2013; • Guide pour le recrutement daté du 2 février 2013; • Annexe au guide de recrutement « Visez les valeurs cibles – femmes », non-daté; • Annexe au guide de recrutement « Visez les valeurs cibles – hommes », non-daté; • Questionnaire « Facteurs d'influence du comportement en regard des habitudes de vie », daté du 13 février 2013. 				
<p>APPROBATION ÉTHIQUE:</p> <p>Étude initiale du projet par le comité : 6 décembre 2012</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Raison de l'émission du présent certificat :</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Acceptation finale</p> </td> </tr> </table> <p>Période de validité du présent certificat : du 14 février 2013 au 14 février 2014</p> <p><i>François Lemire</i> François Lemire Président du comité d'éthique de la recherche</p>			<p>Raison de l'émission du présent certificat :</p>	<p>Acceptation finale</p>
<p>Raison de l'émission du présent certificat :</p>	<p>Acceptation finale</p>			
				
<p>N.B. : Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.</p>				

Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Effets de la communication du risque cardiovasculaire par l'infirmière sur l'intention de modifier les habitudes de vie

Chercheurs : Patricia Arsenault
 Département des sciences infirmières

Organismes :

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 05 février 2013

Date de fin : 05 février 2014

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique;
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Date d'émission : 05 février 2013

N° du certificat : CER-13-187-06.15
 DECSR

 Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

ANNEXE

Votre projet de recherche «**Effets de la communication du risque cardiovasculaire par l'infirmière sur l'intention de modifier les habitudes de vie**» se termine le **01 décembre 2014**, votre certificat portant le numéro **CER-13-187-06.15** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**05 février 2014**)
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.

Centre de santé et de services sociaux
de Trois-Rivières
Centre hospitalier affilié à l'université régionale



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque cardiovaskulaire

CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

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

Lyne Cloutier, directrice de recherche
Professeure, département des Sciences Infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières



PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche s'intéresse aux habitudes de vie des personnes. L'objectif de ce projet est d'évaluer si une rencontre avec une infirmière concernant votre santé cardiovaskulaire peut influencer votre intention de modifier vos habitudes de vie.

Vous avez été approché pour participer à ce projet de recherche puisque vous êtes âgé(e) entre 30 et 55 ans et présentez des caractéristiques qui augmentent le risque de développer des maladies cardiovaskulaires.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet implique une rencontre de vingt minutes avec une infirmière, qui est également la chercheuse responsable du projet. Celle-ci vous expliquera ce qu'est le risque cardiovasculaire et évaluera votre propre risque cardiovasculaire à partir de vos facteurs de risque personnels. Tout de suite après la rencontre, vous aurez à répondre à un questionnaire d'une durée de quinze minutes. Le temps total consacré à votre participation est donc de 35 minutes. La rencontre et la passation du questionnaire se dérouleront au site St-Joseph du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) situé au 731 rue Ste-Julie à Trois-Rivières.

Votre dossier médical pourrait être consulté par la chercheuse afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

COLLABORATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Vous pourrez être accompagné lors de la rencontre avec l'infirmière. Cependant, vous devrez répondre seul au questionnaire.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Le fait de participer à ce projet de recherche pourrait engendrer de l'inquiétude quant à votre état de santé. Pour pallier à ce risque, vous recevrez à la fin de la rencontre avec l'infirmière un ou des dépliants explicatifs dans lesquels des ressources appropriées seront mentionnées.

INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Les frais de déplacement et de stationnement sont les seuls inconvénients associés au projet de recherche. Par contre, vous recevrez un montant de 10,00\$ lors de la rencontre avec l'infirmière afin de couvrir ces frais.

AVANTAGES

Vous pourriez retirer un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, en l'occurrence connaître votre risque cardiovasculaire personnel et les facteurs de risque qui y sont associés. Par ailleurs, les résultats obtenus suite à ce projet de recherche contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et ce, sans avoir à donner de raison.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit. Par ailleurs, le fait d'accepter de participer au projet de recherche ne permettra pas un accès plus facile ou plus rapide à des soins et services de santé.

Le chercheur responsable du projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières / Centre hospitalier universitaire régional ou le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières peuvent mettre fin à votre participation s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans vos dossiers médicaux concernant votre état de santé passé et présent ainsi que vos habitudes de vie. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable. Votre dossier de recherche sera conservé sous clé au Laboratoire de recherche en santé cardiovasculaire et métabolique de l'Université du Québec à Trois-Rivières situé au local 4862, Pavillon de la santé, 3351 Boulevard des Forges à Trois-Rivières.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières / Centre hospitalier universitaire régional ou le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Toutes ces personnes et ses organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant deux ans après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche au numéro suivant:

Patricia Arsenault, inf., B.Sc.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
(819) 376-5011 poste 3450

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Trois-Rivières au numéro suivant: 819-370-2200 poste 42210.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières a approuvé ce projet de recherche en date du 14 février 2013 en décernant un certificat d'éthique portant le numéro CER-2012-022-00. Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a également approuvé ce projet de recherche en date du 5 février 2013 en décernant un certificat d'éthique portant le numéro CER-13-187-06.15. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche du CSSS de Trois-Rivières au (819) 697-3333 poste 64399.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

CONSENTEMENT

I. Consentement du sujet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnaiss qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens donc à participer au projet de recherche "Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque cardiovasculaire" aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de recherche	Date
--	------

II. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

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

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

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche	Date
--	------

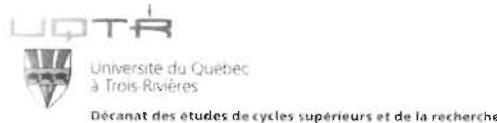
Numéro du certificat (CSSSTR): CER-2012-022-00
Certificat émis le 13 février 2013

Numéro du certificat (UQTR): CER-13-187-06-15
Certificat émis le 5 février 2013

Version datée du 14 février 2013 Initiales : _____



Page 5 de 5



Le 7 mai 2013

Mme Patricia Arseneault
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque** (CER-13-187-06.15) en date du 2 mai 2013.

Lors de sa 191^e réunion qui aura lieu le 17 mai 2013, le comité entérinera l'acceptation des modifications consistant à l'ajout d'un site de recrutement de votre protocole de recherche mentionné ci-haut. Cette décision porte le numéro CER-13-191-07-02.04.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE



FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/sb

c. c. M^{me} Lyne Cloutier, professeure au Département des sciences infirmières



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque cardiovasculaire

CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

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

Lyne Cloutier, directrice de recherche
Professeure, département des Sciences Infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche s'intéresse aux habitudes de vie des personnes. L'objectif de ce projet est d'évaluer si une rencontre avec une infirmière concernant votre santé cardiovasculaire peut influencer votre intention de modifier vos habitudes de vie.

Page 1 de 5

Version datée du 14 février 2013

Initiales : _____

Vous avez été approché pour participer à ce projet de recherche puisque vous êtes âgé(e) entre 30 et 55 ans et présentez des caractéristiques qui augmentent le risque de développer des maladies cardiovasculaires.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet implique une rencontre de vingt minutes avec une infirmière, qui est également la chercheuse responsable du projet. Celle-ci vous expliquera ce qu'est le risque cardiovasculaire et évaluera votre propre risque cardiovasculaire à partir de vos facteurs de risque personnels. Tout de suite après la rencontre, vous aurez à répondre à un questionnaire d'une durée de quinze minutes. Le temps total consacré à votre participation est donc de 35 minutes. La rencontre et la passation du questionnaire se dérouleront au site St-Joseph du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) situé au 731 rue Ste-Julie à Trois-Rivières, au site Cloutier du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières situé au 155 rue Toupin à Trois-Rivières ou encore au GMF de Trois-Rivières situé au 1900 boulevard des RÉCOLLETS à Trois-Rivières.

Votre dossier médical pourrait être consulté par la chercheuse afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

COLLABORATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Vous pourrez être accompagné lors de la rencontre avec l'infirmière. Cependant, vous devrez répondre seul au questionnaire.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Le fait de participer à ce projet de recherche pourrait engendrer de l'inquiétude quant à votre état de santé. Pour pallier à ce risque, vous recevrez à la fin de la rencontre avec l'infirmière un ou des dépliants explicatifs dans lesquels des ressources appropriées seront mentionnées.

INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Les frais de déplacement et de stationnement sont les seuls inconvénients associés au projet de recherche. Par contre, vous recevrez un montant de 10.00\$ lors de la rencontre avec l'infirmière afin de couvrir ces frais.

AVANTAGES

Vous pourriez retirer un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, en l'occurrence connaître votre risque cardiovasculaire personnel et les facteurs de risque qui y sont associés. Par ailleurs, les résultats obtenus suite à ce projet de recherche contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Page 2 de 5

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et ce, sans avoir à donner de raison.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit. Par ailleurs, le fait d'accepter de participer au projet de recherche ne permettra pas un accès plus facile ou plus rapide à des soins et services de santé.

Le chercheur responsable du projet de recherche ou le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières peuvent mettre fin à votre participation s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans vos dossiers médicaux concernant votre état de santé passé et présent ainsi que vos habitudes de vie. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable. Votre dossier de recherche sera conservé sous clé au Laboratoire de recherche en santé cardiovasculaire et métabolique de l'Université du Québec à Trois-Rivières situé au local 4862, Pavillon de la santé, 3351 Boulevard des Forges à Trois-Rivières.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette personne et son organisme adhèrent à une politique de confidentialité.

Page 3 de 5

À des fins de protection, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant deux ans après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche au numéro suivant:

Patricia Arsenault, inf., B.Sc.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
(819) 376-5011 poste 3450

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la secrétaire du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec la secrétaire du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a approuvé ce projet de recherche en date du 5 février 2013 en décernant un certificat d'éthique portant le numéro CER-13-187-06.15. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Page 4 de 5



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

CONSENTEMENT

I. Consentement du sujet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnaiss qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens donc à participer au projet de recherche "Étude de l'intention de modifier les habitudes de vie suite à la communication du risque cardiovasculaire" aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de recherche	Date
--	------

II. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

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

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

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche	Date
--	------

Numéro du certificat (UQTR): CER-13-187-06.15
 Certificat émis le 5 février 2013

Page 5 de 5

Version datée du 14 février 2013

Initiales : _____