

Évaluation des effets du programme
Les médicaments : Oui... Non... Mais!

Direction de santé publique

Octobre 2005

**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**

Québec
Montréal



Auteurs

Christian Viens, agent de recherche sociosanitaire, DSP Montérégie
Serge Moisan, médecin-conseil, Programme adultes-personnes âgées, DSP Montérégie
François Pilote, agent de recherche sociosanitaire, DSP Montérégie
Aimé Lebeau, coordonnateur à la Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie
Gilbert Leclerc, chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Secrétariat et mise en pages

Sylvie Pichette
Nicole Robinson

Technicien de recherche

Marc Lavoie

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de la publication et de la diffusion

Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources-documentaires – Vente de publications
*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie*
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Santécom : 16-2005-014

Dépôt légal – 4^e trimestre
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-321-3

Mot de la directrice

Depuis janvier 1997, la Direction de santé publique (DSP) et l'ensemble des 19 CLSC des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montérégie déploient à l'intention des personnes de 55 ans et plus le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* avec la collaboration de la FADOQ en Montérégie.

Ce programme, jugé prometteur lors de son implantation dans la région, fait ici l'objet d'une évaluation des effets sur les comportements de santé et de soins des participants.

Les résultats obtenus démontrent que ce programme d'éducation à la santé s'avère efficace. Il accroît les connaissances des personnes exposées à l'égard de certains phénomènes physiologiques et problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement et modifie leurs attitudes quant au rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans la gestion de leur santé.

Le programme augmente le sentiment d'efficacité personnelle des participants au regard de l'autogestion de leur santé. Découlant de ce renforcement du sentiment de compétence, on observe une amélioration de la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien et l'adoption de comportements généraux et spécifiques recommandés quant à l'utilisation de moyens alternatifs ou complémentaires à la médication. Ces moyens concernent la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), la pratique de l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et une bonne hygiène du sommeil. Ces améliorations sont constatées immédiatement après l'intervention et elles sont maintenues une année plus tard.

Ces résultats nous permettent de conclure que le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* contribue à l'actualisation de certaines activités du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) et du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Montérégie. À cet égard, il aide à prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes exposées et favorise l'adoption de saines habitudes de vie contribuant ainsi à prévenir les maladies chroniques, les chutes et les intoxications accidentelles et volontaires.

Considérant les résultats positifs de cette recherche évaluative, nous invitons nos partenaires, les CSSS et la FADOQ en Montérégie, à poursuivre, à l'intention des personnes de 55 ans et plus, ce programme d'éducation à la santé portant sur les saines habitudes de vie, le bon usage des médicaments et la participation adéquate aux soins.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

Résumé

Le programme d'éducation à la santé *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* s'adresse aux personnes de 55 ans et plus vivant hors établissement sur le territoire montréalais. Ce projet d'envergure régionale a comme finalité principale la responsabilisation et le développement d'habiletés des participants par rapport à leur santé. Il vise particulièrement l'acquisition de comportements favorables à la santé et au bon usage des médicaments. Depuis les débuts du projet, en janvier 1997, près de 17 000 participants ont été rejoints en Montréal.

Ce programme a déjà fait l'objet d'évaluations qui mettaient en évidence son potentiel prometteur. Toutefois, son efficacité méritait d'être confirmée par une étude plus robuste. C'est pourquoi nous avons eu recours à une méthodologie d'évaluation plus rigoureuse de ses effets sur les comportements de santé des participants. À cette fin, nous avons utilisé un devis de recherche quasi expérimental à groupes décalés de type prétest posttest avec groupe témoin. Ce type de devis comprend un groupe expérimental et un groupe témoin observés durant une période limitée de la recherche, soit deux mois. Au cours de cette période, le groupe expérimental est soumis à l'intervention alors que le groupe témoin n'en reçoit aucune. Par la suite, le groupe témoin est à son tour exposé à l'intervention ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de participants de la cohorte expérimentale.

La planification de cette étude a exigé plusieurs opérations. Entre autres, elle a nécessité l'élaboration d'un questionnaire d'enquête et d'échelles de mesure. Le tout a fait l'objet d'une démarche de validation.

Au cours de cette enquête, un échantillon, comportant un groupe expérimental et un groupe témoin, a aussi été constitué. Les participants de ces deux groupes ont rempli le questionnaire d'enquête aux différents temps prévus au protocole, soit avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et une année suivant cette intervention. Malgré la perte de sujets éligibles pour l'analyse, les caractéristiques sociodémographiques des participants de l'échantillon final (n : 288) sont comparables à celles de l'échantillon de départ (n : 563).

Dans cette étude, nous procédons à la vérification de dix hypothèses de recherche. Ces hypothèses reposent sur un cadre conceptuel prédisant que l'intervention de type andragogique est efficace pour accroître les connaissances (le savoir), modifier les attitudes (le savoir-être) et améliorer les comportements de santé et de soins des participants (le savoir-faire). La théorie de l'efficacité personnelle constitue le modèle théorique retenu pour comprendre les motifs et le processus qui amènent une personne à entreprendre des tâches d'autogestion de sa santé.

Les résultats mesurés auprès des participants révèlent que le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* s'avère efficace sur plusieurs plans. Il améliore leurs connaissances à l'égard de certains phénomènes physiologiques et problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement et il modifie leurs attitudes quant au rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé et comme utilisateurs des services de soins.

Ce programme augmente le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'autogestion de leur santé; il améliore la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien et il favorise l'adoption de comportements généraux et spécifiques recommandés quant à l'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication. Ces moyens concernent la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), la pratique de l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et une bonne hygiène du sommeil. Ces améliorations sont constatées immédiatement après l'intervention et sont maintenues une année plus tard. Quant à la fidélité au traitement médicamenteux, la nature des questions posées aux participants ne nous permet pas de nous prononcer sur le sujet.

Enfin, les résultats de cette recherche appuient dans une large mesure la théorie de l'efficacité personnelle. En effet, le sentiment d'efficacité personnelle prédit l'acquisition, chez les participants, de comportements de soins tels que la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien et de comportements généraux et spécifiques favorisant la santé ou constituant une contribution utile à leurs soins.

Remerciements

La rédaction de ce rapport a nécessité la collaboration de nombreuses personnes à qui nous sommes redevables. En premier lieu, nous tenons à remercier les 563 participants qui ont accepté de remplir, souvent à plusieurs reprises, le questionnaire d'enquête dans le cadre de cette recherche évaluative.

La FADOQ en Montérégie nous a offert un soutien sans faille dans la réalisation de cette recherche. Nous tenons à souligner l'apport de la permanence de FADOQ en Montérégie, particulièrement mesdames Nicole Hébert, directrice générale, et Claire Ste-Marie, déléguée à la coordination du projet d'intervention, pour leur grande disponibilité afin d'assurer le support opérationnel immédiat à la formation des groupes. La FADOQ a également contribué à promouvoir le programme au sein de son organisme et plusieurs membres du conseil d'administration se sont impliqués lors du recrutement des participants à l'étape de la validation du questionnaire d'enquête.

Nous adressons aussi nos remerciements aux pairs formateurs et aux infirmières provenant des différents CLSC des centres de santé et des services sociaux (CSSS) de la Montérégie. Leur contribution, essentielle à la réalisation de cette recherche évaluative, se rapportait au recrutement des participants, à la présentation des sessions de formation et à la collecte de données par questionnaire d'enquête. Les infirmières qui ont contribué à cette collecte de données sont :

✧ Madame Carole Morin	CSSS de la Haute-Yamaska (CLSC de la Haute-Yamaska)
✧ Madame Nathalie Pelow	CSSS Jardins-Roussillon (CLSC Jardin du Québec)
✧ Madame Marie-Jeanne Trottier	CSSS Pierre-Boucher (CLSC Longueuil-Ouest)
✧ Madame Carmen Ricard	CSSS Pierre-Boucher (CLSC Longueuil-Ouest)
✧ Madame Nicole Bélanger	CSSS du Suroît (CLSC Seigneurie-de-Beauharnois)
✧ Madame Diane Ladouceur	CSSS du Suroît (CLSC Seigneurie-de-Beauharnois)
✧ Madame Mylène Vachon	CSSS Haut-Richelieu/Rouville (CLSC Champagnat de la Vallée des Forts)
✧ Madame Nancy Henry	CSSS Haut-Richelieu/Rouville (CLSC du Richelieu)
✧ Madame Pierrette Bélanger	CSSS Richelieu-Yamaska (CLSC des Maskoutains)

✧ Madame Monique Noisieux	CSSS Richelieu-Yamaska (CLSC des Maskoutains)
✧ Madame Réjeanne Lemay	CSSS Richelieu-Yamaska (CLSC de la MRC d'Acton)
✧ Madame Mariette Boucher	CSSS Richelieu-Yamaska (CLSC des Patriotes)

De plus, nous soulignons la collaboration de mesdames Luce Bordeleau de la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie pour son expertise sur la théorie de l'efficacité personnelle ainsi que celle de Sylvie Poirier de la DSP pour ses commentaires judicieux dans l'élaboration du protocole. De même, nous ne pouvons pas passer sous silence le travail de mesdames Sylvie Pichette et Nicole Robinson pour la qualité de la mise en page de ce rapport.

Enfin, nous tenons à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui, par son Programme de subventions en santé publique pour l'année 2001-2002, a rendu possible la réalisation de cette recherche évaluative.

À tous un grand merci!

Table des matières

INTRODUCTION.....	21
1. CONTEXTE ET MANDAT	23
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	25
2.1 Consommation de médicaments.....	25
2.2 Recension des interventions et des programmes.....	27
2.3 Description du programme à l'étude	29
2.4 Évaluations antérieures du programme	30
3. CADRE CONCEPTUEL	33
3.1 Finalités de l'intervention et de son approche	33
3.2 Modèle théorique retenu et hypothèses de recherche.....	35
3.3 Définition des variables à l'étude	38
3.3.1 <i>Variable indépendante</i>	39
3.3.2 <i>Variables intermédiaires</i>	39
3.3.3 <i>Variables dépendantes</i>	40
4. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	43
4.1 Stratégie d'évaluation.....	43
4.2 Population à l'étude	44
4.2.1 <i>Technique d'échantillonnage</i>	44
4.3 Qualités psychométriques des échelles de mesure	45
4.4 Procédure de collecte de données	46
4.5 Analyse de données	47
4.6 Considérations éthiques	47
4.7 Limites de l'étude	48
5. RÉSULTATS.....	49
5.1 Caractéristiques de l'échantillon d'enquête	49
5.1.1 <i>Taille de l'échantillon</i>	49
5.1.2 <i>Caractéristiques sociodémographiques des participants</i>	49
5.1.3 <i>Profil de consommation de médicaments des participants</i>	51
5.1.4 <i>Comparaison des groupes expérimental et témoin au temps 1</i>	52

5.2	Effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle, les connaissances et les attitudes des participants : vérification des hypothèses H1 à H4	52
5.2.1	<i>Sentiment général d'efficacité personnelle à l'égard de l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H1</i>	<i>53</i>
5.2.2	<i>Sentiment d'efficacité personnelle par rapport à divers comportements de santé : vérification de l'hypothèse H2</i>	<i>55</i>
5.2.3	<i>Connaissances acquises : vérification de l'hypothèse H3.....</i>	<i>61</i>
5.2.4	<i>Attitudes par rapport à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H4.....</i>	<i>62</i>
5.3	Effet prédicteur du sentiment d'efficacité personnelle sur les comportements de santé et de soins des participants : vérification des hypothèses H5 à H8	65
5.3.1	<i>Préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien : vérification de l'hypothèse H5.....</i>	<i>66</i>
5.3.2	<i>Comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H6.....</i>	<i>68</i>
5.3.3	<i>Comportements spécifiques favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H7.....</i>	<i>69</i>
5.3.4	<i>Fidélité au traitement médicamenteux : vérification de l'hypothèse H8</i>	<i>74</i>
5.4	Effets immédiats de l'intervention sur les comportements de santé et de soins des participants : vérification de l'hypothèse H9	75
5.4.1	<i>Préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien : vérification de l'hypothèse H9a</i>	<i>77</i>
5.4.2	<i>Comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H9b</i>	<i>79</i>
5.4.3	<i>Comportements spécifiques favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H9c</i>	<i>81</i>
5.5	Effets de l'intervention, après une année, sur les comportements de santé et de soins des participants : vérification de l'hypothèse H10.....	87
5.5.1	<i>Préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien : vérification de l'hypothèse H10a</i>	<i>89</i>
5.5.2	<i>Comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H10b</i>	<i>91</i>
5.5.3	<i>Comportements spécifiques favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H10c.....</i>	<i>93</i>
6.	DISCUSSION	99
6.1	Synthèse et interprétation des résultats	99
6.2	Portée des résultats	102
6.3	Pistes d'action	104
	CONCLUSION	105
	ANNEXES	
	Annexe 1.....	107
	Questionnaire d'enquête sur les comportements de santé des participants	

Annexe 2	121
Démarche de validation du questionnaire d'enquête	
Annexe 3	127
Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus aux analyses factorielles :	
■ le sentiment d'efficacité personnelle	
■ les attitudes	
■ la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien	
■ les comportements de santé	
Annexe 4	135
Témoignages	
Annexe 5	141
Formulaire de consentement	
RÉFÉRENCES.....	145

LISTE DES SCHÉMAS

SCHÉMA 1	Modèle théorique utilisé pour évaluer les effets de l'intervention <i>Les médicaments : Oui... Non... Mais!</i>	37
SCHÉMA 2	Devis de recherche	43
SCHÉMA 3	Devis de recherche – Vérification des hypothèses H1 à H4	53
SCHÉMA 4	Devis de recherche – Vérification des hypothèses H5 à H8	66
SCHÉMA 5	Devis de recherche – Vérification de l'hypothèse H9.....	76
SCHÉMA 6	Devis de recherche – Vérification de l'hypothèse H10.....	88

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'autogestion de la santé : échelle globale	54
GRAPHIQUE 2	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques.....	56
GRAPHIQUE 3	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'activité physique.....	57
GRAPHIQUE 4	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de saines habitudes alimentaires.....	58
GRAPHIQUE 5	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'hygiène du sommeil.....	59
GRAPHIQUE 6	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale.....	60
GRAPHIQUE 7	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les connaissances	62
GRAPHIQUE 8	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les attitudes vis-à-vis du rôle du médecin dans le maintien de leur santé	63

GRAPHIQUE 9	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les attitudes vis-à-vis leur rôle dans le maintien de leur santé	64
GRAPHIQUE 10	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin.....	78
GRAPHIQUE 11	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien	79
GRAPHIQUE 12	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale.....	81
GRAPHIQUE 13	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques	83
GRAPHIQUE 14	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique	84
GRAPHIQUE 15	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires	85
GRAPHIQUE 16	Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil	87
GRAPHIQUE 17	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin	90
GRAPHIQUE 18	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien.....	91
GRAPHIQUE 19	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale	92
GRAPHIQUE 20	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques.....	94
GRAPHIQUE 21	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique	95

GRAPHIQUE 22	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires 96
GRAPHIQUE 23	Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil..... 97

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Qualités psychométriques des échelles de mesure au terme de l'étude	46
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des participants	50
Tableau 3	Type et quantité de médicaments ou produits naturels différents consommés par les participants au cours de la dernière journée précédant l'enquête	51
Tableau 4	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'autogestion de la santé : échelle globale.....	54
Tableau 5	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques	55
Tableau 6	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'activité physique	56
Tableau 7	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de saines habitudes alimentaires	57
Tableau 8	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'hygiène du sommeil.....	59
Tableau 9	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale.....	60
Tableau 10	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les connaissances	61
Tableau 11	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les attitudes des participants vis-à-vis du rôle du médecin dans le maintien de leur santé.....	63
Tableau 12	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les attitudes des participants vis-à-vis leur rôle dans le maintien de leur santé	64
Tableau 13	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la préparation de l'entrevue avec le médecin pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques.....	67
Tableau 14	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la préparation de l'entrevue avec le pharmacien pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	68
Tableau 15	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'acquisition de comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	69
Tableau 16	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs : gestion des agresseurs psychologiques pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	70
Tableau 17	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs : activité physique pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	71

Tableau 18	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs : alimentation pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	72
Tableau 19	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs : hygiène du sommeil pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	73
Tableau 20	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs : situations de vie favorisant la santé mentale pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	74
Tableau 21	Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la fidélité au traitement médicamenteux pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques	75
Tableau 22	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin	77
Tableau 23	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien.....	78
Tableau 24	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale.....	80
Tableau 25	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques ...	82
Tableau 26	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique	83
Tableau 27	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires	85
Tableau 28	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil	86
Tableau 29	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin.....	89
Tableau 30	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien	90
Tableau 31	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale.....	92
Tableau 32	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques	93
Tableau 33	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique.....	94

Tableau 34	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires	95
Tableau 35	Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil	96
Tableau A.1	Résultats des analyses de fiabilité test-retest et de consistance interne après deux semaines d'intervalle	125
Tableau A.2	Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus aux analyses factorielles : le sentiment d'efficacité personnelle	129
Tableau A.3	Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus aux analyses factorielles : les attitudes	131
Tableau A.4	Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus aux analyses factorielles : les visites au médecin et à la pharmacie	132
Tableau A.5	Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus aux analyses factorielles : les comportements de santé	133

Introduction



Le présent rapport analyse les effets du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* sur les comportements de santé et de soins des personnes de 55 ans et plus participant à l'étude.

Cette recherche évaluative origine d'une décision de la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie visant à documenter l'efficacité de ce programme déployé sur tout le territoire de la Montérégie depuis janvier 1997.

Le chapitre 1 décrit le contexte de réalisation du programme et le mandat d'évaluation.

Le chapitre 2 présente la problématique de consommation médicamenteuse des personnes âgées, une description du programme à l'étude, les évaluations déjà réalisées ainsi que la justification de la présente évaluation.

Le chapitre 3 traite du modèle théorique utilisé, des hypothèses de recherche et des variables à l'étude pour évaluer les effets de l'intervention.

Le chapitre 4 précise les aspects méthodologiques de la recherche évaluative, soit la stratégie d'évaluation, la population à l'étude et la technique d'échantillonnage, les qualités psychométriques des échelles de mesure, la procédure de collecte et d'analyse des données, les considérations éthiques et les limites de l'étude.

Le chapitre 5 analyse les résultats obtenus en précisant les caractéristiques de l'échantillon d'enquête et en vérifiant chacune des hypothèses de recherche.

Le chapitre 6, discussion, présente la synthèse et l'interprétation des résultats obtenus, la portée de l'intervention et les pistes d'action.

Nous concluons par un rappel de l'approche d'éducation à la santé en tant que processus pédagogique pour développer des comportements de santé chez les personnes âgées. De plus, nous précisons l'orientation à suivre quant à la poursuite du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*.

1. Contexte et mandat

Le programme d'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* constitue un projet d'envergure régional en prévention et promotion de la santé portant sur le bon usage des médicaments et les comportements favorables à la santé chez les personnes âgées de 55 ans et plus. Depuis le début du projet, en janvier 1997 jusqu'au 31 mars 2005, environ 17 000 participants ont été rejoints en Montérégie.

Il s'agit d'une intervention d'éducation à la santé des aînés. Elle consiste en une série de six rencontres offertes à un groupe de 15 à 20 personnes coanimées par une infirmière de CLSC et un pair formateur.

Ce programme d'intervention s'inspire de celui élaboré au début des années 1990 par la Direction de santé publique de l'Outaouais. Il s'est attiré l'attention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1994) dans la stratégie d'action québécoise sur *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées*. Aujourd'hui encore, les préoccupations à l'égard de la consommation inappropriée de médicaments chez les personnes âgées sont présentes dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) et dans le *Plan stratégique 2005-2010* (MSSS, 2005). De plus, un projet de Politique du médicament est actuellement à l'étude, lequel identifie à son axe utilisation optimale du médicament la proposition suivante : « mettre en place différentes mesures de sensibilisation et d'information à l'utilisation optimale des médicaments adaptés et accessibles aux citoyens afin de favoriser l'adoption et le maintien d'un comportement responsable en regard de leur santé » (MSSS, 2005, p. 64).

Bien que le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* ait déjà fait l'objet d'évaluations et qu'il représente une intervention prometteuse, son efficacité méritait d'être confirmée par une étude plus rigoureuse. La présente évaluation a donc été réalisée afin de vérifier ses effets positifs et durables sur les comportements de santé et de soins des participants. Les résultats attendus de l'exposition à l'intervention sont notamment :

- ✎ d'améliorer les connaissances des participants par rapport aux comportements adéquats face à certains problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement;
- ✎ d'améliorer les attitudes des participants par rapport à l'autogestion de leur santé;
- ✎ de rehausser le sentiment d'efficacité personnelle des participants en ce qui a trait à l'adoption de comportements favorables à la santé;
- ✎ de développer les habiletés des participants à mieux préparer les entrevues avec leur médecin ou leur pharmacien;
- ✎ d'inciter les participants à utiliser davantage des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication;
- ✎ d'accroître la fidélité des participants au traitement médicamenteux.

Le mandat d'évaluation a été confié au secteur Planification-évaluation-recherche de la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie qui a réalisé la recherche et produit le présent rapport d'évaluation.

2. État des connaissances

Ce chapitre aborde la problématique de consommation médicamenteuse chez les personnes âgées. Nous présentons également une recension des interventions et des programmes d'éducation à la santé, une description du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, les évaluations antérieures du programme et terminons par une justification de la présente étude.

2.1 Consommation de médicaments

Les médicaments représentent une des technologies médicales les mieux évaluées et les plus efficaces lorsqu'elle est bien utilisée. Cependant, les médicaments comportent toujours un risque inhérent.

En effet, tous les médicaments peuvent avoir des effets indésirables ou adverses, particulièrement lorsqu'ils sont mal utilisés; de fait, des effets indésirables, adverses ou nocifs liés à l'usage approprié ou non de médicaments et produits naturels sont très souvent observés. La gravité de ces effets varie de légère à mortelle. C'est ce potentiel d'effets nocifs qui justifie la prudence et les précautions qui sont recommandées dans l'usage de ces produits.

Il est également connu que le potentiel d'effets indésirables ou adverses augmente avec l'âge, la qualité et le nombre de médicaments ou produits naturels consommés. De plus, la consommation d'un médicament pour faire face à un problème de santé ou un phénomène normal associé au vieillissement peut, en inspirant un sentiment de sécurité, amener un individu à négliger des solutions alternatives ou complémentaires plus appropriées ou ne comportant pas de risque.

Les particularités de la consommation médicamenteuse par la population des aînés sont de mieux en mieux documentées, y compris les problèmes associés à cette médication. Les observations qui suivent font état de certaines caractéristiques de cette consommation.

- ✦ La consommation des médicaments augmente avec l'âge (RAMQ, 1993, 2002).
- ✦ Les médicaments prescrits et non prescrits ont souvent des effets indésirables entraînant une diminution de la qualité de vie, des pertes de capacité fonctionnelle, des hospitalisations et même des décès. Pour de multiples raisons, les réactions indésirables aux médicaments s'avèrent beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (1987), les réactions indésirables aux médicaments expliqueraient de 10 à 20 % des hospitalisations gériatriques.
- ✦ L'analyse des données québécoises disponibles, en 1992, permettait d'affirmer que la consommation des médicaments chez les aînés, tant dans la communauté qu'en milieu d'hébergement, était forte et même anormalement élevée; on la qualifiait alors d'abusives et de surconsommation (MSSS, 1992). Les diverses études québécoises réalisées depuis indiquent que cette consommation connaît une progression constante.
- ✦ L'interaction médicamenteuse est un phénomène fréquemment observé. Elle se produit lorsque les propriétés d'un médicament sont modifiées par l'administration d'un ou plusieurs

autres produits. Or, le risque de telles interactions est augmenté par la sénescence, la polypathologie, la polypharmacie et l'usage inapproprié des médicaments (Grenier et Barbeau, 1997). On comprend donc aisément que la population des aînés soit particulièrement exposée au risque d'interaction médicamenteuse.

- ✧ La sous-utilisation, résultant tant de la non-fidélité au régime thérapeutique que de la non-consultation pour un problème traitable, est également préoccupante. Son étendue et ses effets sont cependant moins souvent décrits que ceux découlant d'une surconsommation (MSSS, 1994).
- ✧ Au Québec, l'Enquête sociale et de santé 1998 (Daveluy, 2000) estime à 82,5 %, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant consommé au moins un médicament au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, 51,6 % en avaient consommé trois ou plus. Pour 1987, ces données étaient respectivement de 72,4 % et 29,3 %. En Montérégie, les données sont sensiblement les mêmes.
- ✧ *Le Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées* (RAMQ, 2001) révèle que 73,9 % des personnes âgées assurées par le régime d'assurance administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) avaient une ordonnance active. Parmi ces personnes ayant une ordonnance active, dites participantes, chaque personne disposait, en moyenne, de 3,7 ordonnances actives; 30,6 % en avaient au moins 5 et 3,2 %, 10 et plus. Ces données révèlent une croissance à peu près constante de la consommation depuis 1991 et corroborent l'Enquête sociale et de santé 1998 (Daveluy, 2000).
- ✧ Selon Grenier et Barbeau (1997), le tiers des médicaments prescrits à des gens âgés vivant à domicile serait inutile ou aurait des indications douteuses.
- ✧ Selon Barbeau (1991), 36,8 % des personnes rencontrées ne seraient pas fidèles au traitement prescrit. De plus, un certain nombre de personnes utilisent d'anciennes ordonnances ou échangent des médicaments.
- ✧ L'information des patients sur la nature de leur maladie et sur les composantes du traitement est requise pour favoriser l'observance au plan de traitement et au régime médicamenteux. Il est important que le patient soit actif dans le traitement, qu'il comprenne et participe aux choix thérapeutiques; sa compréhension et sa participation renforcent sa volonté de suivre le traitement (Collège des médecins du Québec, 2000).
- ✧ Au Québec, la médication aurait un rôle social et culturel important. Elle constituerait souvent une réponse aux difficultés reliées au vieillissement. À ce titre, les professionnels de la santé, tout autant que la population, n'utiliseraient pas autant qu'ils le pourraient les approches non pharmacologiques adaptées à divers problèmes de santé (MSSS, 1994).
- ✧ Sous l'aspect du coût économique des médicaments, on constate l'accroissement rapide et constant des budgets consacrés aux médicaments, en particulier la part consacrée aux personnes âgées. En 1992, les dépenses en médicaments et services pharmaceutiques dépassaient le coût des services médicaux payés à l'acte pour cette population, soit respectivement 476,2 M et 401,3 M de dollars (MSSS, 1994).
- ✧ Une proportion importante de personnes aînées ou au seuil du troisième âge, particulièrement les femmes, manifestent un intérêt marqué pour leur santé et leur bien-être. Ce groupe offre donc une opportunité intéressante pour des interventions d'éducation sanitaire adaptées, d'autant plus qu'il se situe au seuil des changements liés à la sénescence et à celui d'une plus grande prévalence des nombreux problèmes de santé caractérisés par leur chronicité et auxquels les individus doivent s'adapter.

- ✎ De nombreuses personnes âgées et les organismes qui les représentent sont sensibilisés aux problèmes associés à la prise de médicaments au troisième âge et souhaitent que des actions soient prises à cet égard.

Bien que les médicaments soient des outils sanitaires importants, les observations décrites ci-haut permettent de réaliser qu'il faut se préoccuper de l'usage qu'on en fait et de leur mode de consommation. Ainsi, il est préoccupant de constater que ces substances peuvent parfois engendrer des effets adverses, surtout lorsque mal utilisées, et qu'elles sont souvent perçues comme des substituts à des moyens tout aussi efficaces et sans danger. De même, peut-on déplorer que certains s'abstiennent de consommer des médicaments lorsque leur condition le requiert.

Il apparaît donc pertinent d'agir auprès des consommateurs pour les informer sur la nature et les effets des médicaments, sur les motifs de les consommer, sur les moyens de favoriser une consommation rationnelle, sur les conséquences potentielles d'une consommation inappropriée ainsi que sur les alternatives pertinentes à la prise des médicaments (Vermette, 1996).

2.2 Recension des interventions et des programmes

Dans le contexte où le programme à évaluer a pour objectif la modification de comportements des personnes âgées, il apparaît opportun de décrire d'autres programmes de ce type axés sur l'éducation sanitaire et l'autogestion de la santé ainsi que leur efficacité sur la santé de la population âgée.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, «l'autogestion de la santé comprend les activités que les individus, les familles et les communautés entreprennent dans le but de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, de limiter les incapacités et de restaurer la santé. Ces activités sont guidées par les connaissances et les habiletés développées aussi bien par les professionnels que les gens de la communauté. Elles sont réalisées par ces derniers de leur propre initiative, soit de manière indépendante, soit en collaboration avec des professionnels » (OMS, 1983, traduction libre).

Les propos qui suivent présentent un survol des écrits concernant les programmes dédiés à la promotion de la santé chez les personnes âgées ainsi que les résultats des évaluations réalisées. Cette recension est tirée d'un article de Leclerc et Kouri (2002) intitulé « L'autogestion de la santé chez les personnes âgées », publié dans la revue *Vie et Vieillesse*, vol. 1, No 1.

Ainsi, selon ces auteurs, les dernières années ont été propices à l'élaboration et à l'évaluation de programmes visant l'acquisition de connaissances et d'habiletés d'autogestion de la santé, notamment dans le domaine de la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Le but des programmes dédiés à la promotion de la santé chez les personnes âgées «est généralement de maintenir un niveau optimal de santé. Les sujets les plus divers sont abordés. Certains sont orientés vers une saine alimentation, d'autres vers le sommeil ou la gestion du stress, d'autres enfin vers l'exercice.

C'est sur ce dernier thème qu'est axé par exemple le programme SMILE (So Much Improvement with a Little Exercise) qui vise l'implication directe des aînés dont la santé est fragile dans l'autogestion de l'activité physique. Constitué d'exercices de faible intensité, ce programme cherchait à répondre aux besoins des femmes âgées sédentaires (Hickey et al, 1996). Une évaluation du programme après six semaines d'intervention a enregistré une amélioration significative du temps de marche, de la longueur des pas et de la flexibilité du mouvement des mains. Le résultat le plus notable a été sans doute le fait que, trois ans après sa mise en œuvre,

le programme était toujours en vigueur grâce à l'implication de pairs, sans l'aide d'intervenants professionnels.

Un deuxième programme orienté lui aussi vers l'autogestion de l'activité physique comprenait, en plus des activités physiques, de l'information sur la nutrition et sur la sécurité au foyer et la possibilité de consulter un professionnel dans les cas de problèmes d'alcoolisme (Wallace, Buchner, Grothaus, Leveille, Tyll, Lacroix, et Wagner, 1998). Une évaluation clinique a montré que les participants avaient réduit de manière significative leurs sentiments dépressifs et leur fatigue, tandis que leur réserve d'énergie et leur fonctionnement physique et mental s'étaient améliorés. De plus, les sujets ont rapporté une augmentation significative de leur sentiment de bien-être en général.

Un autre exemple d'une intervention d'autogestion multidimensionnelle est le programme « SENIOR HEALTHTRAC », mis en place dans le but de promouvoir la santé des personnes âgées (Leigh et Fries, 1992; Fries et al, 1994). Ce programme incluait plusieurs composantes : des évaluations périodiques des risques pour la santé, des informations (brochures) sur l'autogestion de la santé, des recommandations personnalisées sur les méthodes de réduction des risques individuels ainsi qu'un renforcement régulier et un suivi sur une certaine période de temps. Fait à noter, cette intervention a été entièrement réalisée par voie postale. L'évaluation du programme a démontré une amélioration significative de l'état et des comportements de santé en plus d'une réduction significative des coûts de santé (i.e. diminution du nombre de visites aux médecins et des journées de maladie) (Fries, Bloch, Harrington, Richardson et Beck, 1993; Fries et al, 1994).

Pour déterminer l'efficacité d'un programme sur l'utilisation des soins ambulatoires préconisant une approche autogérée de la santé, une étude expérimentale a été réalisée auprès d'une population des personnes âgées bénéficiant d'un régime d'assurance-maladie (*Medicare*) au sein d'une OSIS (Organisation de Soins Intégrés de Santé ou HMO – *Health Management Organization*) (Vickery et al, 1988). Le groupe expérimental recevait par la poste une série de documents écrits valorisant la décision individuelle dans les domaines de l'autogestion de la santé, de l'utilisation des soins de santé et des habitudes de vie. Les visites ambulatoires ont chuté de manière très significative (de 15,1 %) dans le groupe expérimental. On a aussi calculé que le ratio coûts-bénéfices du programme était de 2,19 \$ pour chaque dollar dépensé dans le cadre de l'intervention.

Un dernier exemple d'un programme de promotion de la santé basé sur les principes d'autogestion de la santé appelé « SHAF » (*Staying Healthy After Fifty*) a été mis au point par le Dartmouth Institute for Better Health, l'AARP (*American Association for Retired Persons*), et l'*American Red Cross* (Benson et al, 1989). Utilisant une approche de groupe, l'intervention offrait aux participants une formation sur les connaissances cliniques, sur les habitudes de vie et sur l'utilisation de services de santé. L'évaluation du programme a démontré une amélioration significative des connaissances et des comportements en matière de santé ainsi que des connaissances quant aux coûts des soins de santé. Sauf pour cette dernière variable, les améliorations s'étaient maintenues six mois après l'intervention » (Leclerc et Kouri, 2002, pp. 79-80).

À la lumière de ce bref survol des écrits, Leclerc et Kouri (2002) mettent en évidence l'impact positif de l'autogestion de la santé sur les individus (en contribuant à améliorer leur santé) et sur la société (en diminuant le recours aux services de santé et les coûts afférents).

De plus, ces mêmes auteurs font ressortir que plusieurs programmes appliquant une approche d'autogestion de la santé « se sont avérés efficaces pour développer les connaissances et les

habiletés requises chez les participants pour bien gérer leur santé » (Leclerc et Kouri, 2002, p. 80).

Enfin, ils affirment que le sentiment « d'efficacité personnelle peut jouer un rôle prépondérant dans l'amélioration des comportements de santé et de l'aptitude de l'individu à autogérer sa santé et que ce sentiment peut être amélioré par des interventions appropriées » (Leclerc et Kouri, 2002, p. 80).

2.3 Description du programme à l'étude

Dans la perspective où l'éducation à la santé représente une des avenues à promouvoir pour favoriser un usage adéquat des médicaments chez les personnes âgées et compte tenu de l'intérêt manifesté par plusieurs CLSC de la Montérégie pour appliquer une telle stratégie, le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* a été retenu.

En 1996, le choix de ce programme d'intervention était justifié par une recommandation de la stratégie d'action québécoise sur *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées* (MSSS, 1994). Par la suite, *Les Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997) en alcoolisme et toxicomanie, ont souligné que « la surconsommation de médicaments psychotropes est un problème important chez les personnes de plus de 65 ans. » Or, l'usage des somnifères et celui des anxiolytiques est abordé dans le programme d'intervention. Plus récemment encore, le MSSS (2002) a identifié dans ses *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, l'usage inapproprié des médicaments comme problème d'importance sur lequel on devrait intervenir.

Le programme retenu, *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, représente une intervention d'éducation sanitaire qui s'adresse à la population des 55 ans et plus vivant hors établissement. Cette intervention vise à augmenter la capacité des participants à utiliser adéquatement la médication, particulièrement les psychotropes, de même que certaines alternatives propres à remplacer ou compléter la médication, afin de maintenir un état de santé optimal. Sa perspective essentielle est celle de la responsabilisation et de l'appropriation de la santé par les individus, tout en les habilitant quant aux moyens pour y parvenir. L'appellation « En santé après 50 ans », qui selon nous correspond plus justement à la nature de cette intervention, est celle qui est de plus en plus utilisée en Montérégie.

L'intervention consiste en une série de six rencontres offertes à un groupe entre 15 et 20 personnes coanimées par une infirmière et un pair préalablement formés. Ces rencontres portent respectivement sur l'information générale concernant la médication, les somnifères, les analgésiques / anti-inflammatoires, les laxatifs, les anxiolytiques et finalement, une synthèse des rencontres. Chaque rencontre comporte un bref rappel sur le vieillissement en fonction de la catégorie de médicaments dont il est question, de leurs effets dans l'organisme, des alternatives pour les remplacer ou compléter leur action, sur la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien et enfin, sur l'inventaire des ressources disponibles dans le milieu et qui peuvent être mises à profit pour solutionner le problème en cause.

Sur le territoire montréalais, le déploiement du programme implique la participation des 19 CLSC de la région, de la FADOQ en Montérégie et de la Direction de santé publique (DSP). Pour l'essentiel, c'est la déléguée à la coordination située à la FADOQ en Montérégie qui assure le support opérationnel immédiat au fonctionnement du programme. En lien fonctionnel avec le responsable du projet à la DSP, elle collabore avec les infirmières des CLSC à l'organisation concrète des sessions de groupe en sollicitant le soutien et la mobilisation des regroupements régionaux d'ainés. Dans cette perspective, les rôles de chacun des partenaires s'inscrivent dans

des responsabilités partagées par rapport au recrutement des pairs formateurs, à la formation des pairs formateurs et des infirmières, à la mobilisation et au recrutement des participants et à la tenue des sessions de groupe.

De janvier 1997 au 31 mars 2005, environ 17 000 Montérégiens ont participé au programme d'intervention. En 1996, un budget annuel récurrent de 439 852 \$ y a été consacré par la DSP.

2.4 Évaluations antérieures du programme

Le programme régional montréalais *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* est celui conçu, en 1989, par la Direction de santé publique de l'Outaouais. À l'instar de la Montérégie, cette intervention a aussi fait l'objet d'une implantation dans les régions de Laval et du Bas-Saint-Laurent, de même que dans la Municipalité régionale de comté (MRC) Memphrémagog.

L'intérêt manifesté pour ce programme dans plusieurs régions du Québec est certainement lié à la pertinence du contenu et à la qualité du matériel didactique, mais également aux résultats positifs de trois évaluations. Les deux premières évaluations mentionnées ci-après cernent l'implantation, alors que la troisième porte spécifiquement sur l'efficacité du programme à l'étude.

La première évaluation réalisée en 1990 (Olivier, 1991), portait sur le processus et le niveau de satisfaction des participants et des interventions du programme en Outaouais. Cette évaluation révèle un taux élevé de satisfaction des participants quant au déroulement et au contenu des sessions de groupe et recommande, entre autres, l'utilisation de pairs formateurs dans la stratégie d'éducation pour la santé.

La deuxième évaluation de l'implantation de l'intervention a été réalisée en Montérégie. Cette étude, produite et publiée en 1999 (Viens et Moisan, 1999), démontre une implantation satisfaisante. Au plan du contenu du programme, il est recommandé de faire tous les efforts afin que l'intervention réalisée demeure, pour ses composantes essentielles, la plus semblable possible au projet d'origine et à son guide d'animation, tant par le nombre, la durée et le contenu des rencontres que par l'approche d'animation, laquelle s'appuie sur les principes de l'andragogie. Cette recommandation était largement supportée par les résultats d'une troisième évaluation sur l'efficacité du programme menée auprès de la population exposée à l'intervention dans l'Outaouais (Rémondin et autres, 1995).

Cette dernière évaluation a été réalisée conjointement par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et la Direction de santé publique de l'Outaouais (Rémondin et autres, 1995). La première partie de cette évaluation qui est de type transversal *post-hoc* porte exclusivement sur la population cible des aînés ayant participé aux rencontres. Réalisée en octobre 1992, soit trois ans après que les participants aient été exposés au programme, elle compare un petit nombre d'individus (38) fortement exposés à l'intervention à deux groupes contrôles, l'un présumé moyennement exposé et l'autre non exposé; cette évaluation dégage, entre autres, les résultats suivants :

- ✎ le programme a bien rejoint la clientèle ciblée incluant celle identifiée dans la littérature comme la plus à risque d'une consommation problématique de benzodiazépines;
- ✎ comparativement au groupe témoin, les participants démontrent, suite au programme, un changement significatif quant à l'acquisition de connaissances et l'adoption de certains comportements favorables à leur santé, particulièrement chez les plus jeunes (55 à 69 ans). Les connaissances acquises concernent les dangers d'une dépendance aux benzodiazépines, les effets secondaires de ces médicaments et l'existence des dosettes. Du côté des compor-

tements, l'utilisation d'alternatives comme l'exercice physique, la relaxation, la prise de lait chaud et de tisane et la réduction de la prise de médicaments pour induire le sommeil, est associée à l'exposition au programme;

- ✎ les médecins du territoire pilote qui ont été interrogés ont perçu les participants comme étant plus sensibilisés qu'auparavant aux effets secondaires et à la dépendance aux benzodiazépines. Des participants leur demandaient plus fréquemment des moyens autres que les médicaments;
- ✎ l'utilisation de pairs formateurs dans la coanimation a donné plus d'impact aux rencontres. Ces pairs sont perçus comme étant plus crédibles, compte tenu qu'ils partagent une même expérience et des problèmes de santé similaires. Ils sont aussi en position de dépister et de référer des personnes à risque;
- ✎ le programme a eu également un impact positif sur l'estime de soi des pairs animateurs; leur rôle de coanimateur a été reconnu et apprécié;
- ✎ l'implantation du programme dans différentes localités de la région a donné lieu à une mobilisation des ressources du milieu au regard du problème de la consommation de médicaments et d'autres problèmes qui y sont associés.

Malgré des retombées positives observées sur certaines connaissances et certains comportements attendus des participants, l'évaluation de Rémondin et autres (1995) n'a cependant pas été en mesure de vérifier les effets du programme quant à la réduction de la consommation des benzodiazépines dans la population de 65 ans et plus du territoire expérimental. Cette facette de l'évaluation reposait sur une analyse comparative entre les populations des territoires, expérimental et témoin, à partir des données de la banque de médicaments de la RAMQ. Cette stratégie d'évaluation nous paraît non appropriée pour mesurer l'impact d'une intervention d'éducation sanitaire ayant touché un aussi petit nombre d'individus. Également, force nous est de constater qu'une étude transversale *post-hoc* ne peut pas démontrer avec certitude que les résultats observés sur les connaissances et l'adoption de certains comportements découlent de l'exposition plutôt que d'autres facteurs.

Ainsi, compte tenu des résultats obtenus et des limites de l'étude de Rémondin et autres (1995), certains intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Québec considèrent que le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* représente une intervention prometteuse dont l'efficacité reste à démontrer. Il apparaît donc requis de confirmer et de mesurer l'efficacité de l'intervention en réalisant une étude plus robuste, centrée sur les objectifs comportementaux du programme, que nous présentons dans le chapitre suivant.

3. Cadre conceptuel

Plusieurs modèles théoriques, essentiellement cognitifs, ont été élaborés pour identifier et expliquer les facteurs qui influencent les comportements des individus. Citons le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie de l'action raisonnée, la théorie des comportements interpersonnels, la théorie du comportement planifié et la théorie sociale cognitive (Godin, 1991).

Pour l'essentiel, ces modèles théoriques sont issus du domaine de la psychosociologie et, à l'exception du modèle des croyances relatives à la santé, ils n'ont pas été développés spécialement pour expliquer les comportements reliés à la santé. Selon les auteurs de ces modèles, le comportement relié à la santé représente un comportement social au même titre que tout autre comportement qui considère l'interaction de l'individu avec son environnement (Godin, 1991).

Si toutes les théories énoncées ci-haut peuvent expliquer pourquoi les individus adoptent ou non un comportement donné, on doit cependant reconnaître qu'aucune de ces théories n'est idéale et qu'elles sont toutes limitées dans leur capacité d'expliquer les comportements. Conséquemment, le choix du modèle théorique doit être établi en fonction du projet d'intervention proposée et des comportements attendus auprès de la population visée (Godin, 1991).

Ainsi, avant d'arrêter le choix du modèle théorique explicatif des comportements individuels, il semble tout indiqué de bien comprendre les finalités du programme à l'étude et son approche d'intervention.

3.1 Finalités de l'intervention et de son approche

Rappelons d'abord que l'intervention à l'étude, *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, est un programme d'éducation à la santé et non une composante d'un service curatif ou de réadaptation reçu dans le système de soins de santé. L'intervention applique les quatre principes andragogiques décrits plus bas et recourt à l'intervention d'une infirmière et d'un pair à titre d'animateurs-formateurs. Son objectif est de modifier de façon positive et durable les comportements de santé des participants, notamment l'usage qu'ils font des médicaments. Les principaux effets recherchés ont trait à la préparation des entrevues avec les médecins / pharmaciens, l'utilisation des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication et la fidélité aux traitements prescrits.

Quant à l'approche andragogique qu'utilise l'intervention, elle est réputée efficace pour modifier les connaissances (le savoir), les attitudes (le savoir-être) et les comportements (le savoir-faire). Elle tient compte du contexte d'apprentissage et des sources de motivation des adultes qui, bien sûr, se différencient de ceux des jeunes (Colette, 2001). Quatre principes généraux guident l'intervention à l'étude.

1. Une participation active de l'apprenant

L'approche andragogique met l'emphasis sur l'importance de la participation des membres du groupe durant la formation. Pour obtenir une telle dynamique, l'équipe de formation, une infirmière d'un CLSC et un pair formateur, doit valoriser le sentiment d'appartenance des participants; ce sentiment est stimulé par la participation, l'émergence de nouvelles idées et l'implication (coopération et collaboration) de chacun des membres du groupe (Colette, 2001).

Pour ce faire, il importe d'aider les participants à identifier leurs besoins de savoir et à préciser la pertinence de leur apprentissage. Ensuite, on doit veiller à répondre à leurs questions et s'assurer que les membres du groupe voient l'utilité de leurs nouvelles connaissances pour une application immédiate. Dans un tel contexte, l'équipe de formateurs a la mission de créer un climat où les membres se sentent reçus, accueillis, valorisés afin qu'ils soient à l'aise pour exposer leurs problèmes, leurs besoins et, enfin, pour pouvoir rapidement utiliser la matière acquise (Colette, 2001).

2. Une autonomie de l'apprenant dans son apprentissage

L'équipe de formateurs a pour rôle d'aider les participants à apprendre plutôt que leur enseigner ce qu'ils doivent savoir (Colette, 2001). Ainsi, les formateurs sont considérés comme des facilitateurs dont le rôle est essentiellement de fournir les ressources nécessaires à l'apprentissage, en respectant la manière de chacun d'apprendre. Selon ce principe, le participant doit se sentir autonome dans son processus d'acquisition de nouvelles connaissances, car il a plus de facilité et d'aisance à suivre une formation en ayant beaucoup de latitude et de liberté (Colette, 2001).

3. Une mise à profit des expériences personnelles et professionnelles de l'apprenant

Lors d'une démarche d'apprentissage, il est essentiel d'accepter et de respecter le participant dans son intégrité, ses valeurs personnelles, ses émotions et ses idées (Colette, 2001). Le facilitateur doit prendre en considération les expériences de chacun, les utiliser comme point de départ lors de la formation, s'en servir pour s'assurer que les apprenants soient capables d'appliquer les nouveaux acquis dans leurs situations de vie personnelle. Ainsi, le formateur rend leurs nouveaux savoirs plus compréhensibles et plus facilement assimilables parce que le participant peut se référer à ses expériences pour mieux comprendre et apprendre (Colette 2001).

4. Une utilisation des ressources du groupe

Le participant reste sensible aux expériences vécues par les autres membres du groupe; il apprend avec et par les autres. Il est donc nécessaire de planifier des activités de groupe où l'on favorise les échanges sur les savoirs et les compétences des participants. Le groupe est important, car il permet à chaque individu : 1) de confronter ses idées avec d'autres; 2) de s'ouvrir à des idées différentes des siennes et en faire émerger de nouvelles; 3) d'interagir avec d'autres participants et 4) de se sentir soutenu dans son apprentissage. Rappelons que la participation en groupe est vraiment importante pour créer un bon climat social, pour favoriser les interactions avec autrui et pour conduire à un apprentissage significatif. Ce dernier principe est le recours aux connaissances du groupe comme méthode d'enseignement (Colette, 2001).

L'examen du programme décrivant l'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* (Olivier, 1991) et ses outils d'animation permet de constater que les principes andragogiques ne sont pas explicitement énoncés. Par contre, un tel examen permet d'affirmer que ces principes sont appliqués; on doit donc les considérer comme implicites. Or, l'effet de l'application de ces

principes sur les comportements des participants est supporté par la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura (1997, 1986).

3.2 Modèle théorique retenu et hypothèses de recherche

À la lumière des connaissances sur l'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura offre une perspective intéressante pour comprendre les motifs et le processus qui amènent une personne à entreprendre des tâches d'autogestion à la santé, notamment le bon usage des médicaments (Bandura, 1997, 1986). Jeng et Braun (1995) résument la théorie de l'efficacité personnelle selon trois dimensions : l'origine, une définition et ses composantes et l'explication des comportements individuels (traduction et adaptation par Gilbert Leclerc).

1. Origine

La théorie de l'efficacité personnelle de Bandura est dérivée de la théorie sociale cognitive selon laquelle le fonctionnement humain peut être expliqué par la réciprocité des interactions entre les comportements, les facteurs cognitifs, les facteurs personnels et l'environnement. Les cinq capacités cognitives fondamentales de l'être humain sont : créer et utiliser des symboles, apprendre par l'observation, prévoir, s'autoréguler, réfléchir sur soi. L'efficacité personnelle est une composante de la réflexion sur soi qui non seulement permet de faire retour sur son expérience, mais débouche sur une introspection à caractère unique.

2. Définition et composantes

L'efficacité personnelle est définie comme le degré de confiance de la personne en sa capacité de réaliser avec succès certains comportements (Jeng et Braun, 1995). Elle comprend deux sortes d'attentes lesquelles exercent une forte influence sur le comportement : l'attente d'efficacité et l'attente de résultats. L'attente d'efficacité réfère à la capacité perçue par l'individu de pouvoir adopter tel comportement. Elle l'aide à déterminer : 1) s'il doit s'engager ou non dans ce comportement; 2) combien d'effort sera nécessaire et 3) combien de temps il persistera dans ce comportement malgré les difficultés. L'attente de résultats renvoie à la croyance que tel type de comportement produira les résultats escomptés. Parce qu'il n'y a pas de preuve démontrant clairement l'existence d'une relation entre l'attente de résultats et le choix d'un comportement, l'attente d'efficacité s'est avérée plus apte à prédire les actions individuelles que l'attente de résultats. C'est la raison pour laquelle elle a été le centre d'intérêt le plus important de la recherche sur l'efficacité personnelle.

3. Explication des comportements

La théorie de l'efficacité personnelle tente d'expliquer le lien entre la perception de soi et les actions individuelles. Selon cette théorie, les croyances de l'individu sur ses propres capacités prédisent son comportement ultérieur. Ces croyances prennent leur origine dans quatre sources d'information : la performance personnelle, l'exemple des autres, la persuasion verbale, la stimulation émotionnelle ou la rétroaction physiologique. La performance est la source d'information la plus efficace pour rehausser l'efficacité personnelle. L'échec répété affaiblit le sentiment d'efficacité tandis que le succès le renforce. L'exemple des autres influence les croyances de l'individu, en l'amenant à comparer et à contraster sa propre situation avec celle des autres. Lorsqu'il constate que d'autres personnes ayant des capacités semblables aux siennes réussissent à accomplir certaines tâches, l'individu est influencé positivement dans ses attentes d'efficacité. La

persuasion verbale est l'influence que les suggestions des autres exercent sur les croyances d'efficacité, en particulier si ces suggestions viennent de quelqu'un en autorité ayant des connaissances particulières. La rétroaction psychologique est aussi une source d'information importante. Les individus se réfèrent à des indices, tels que la fatigue, l'inconfort, la douleur pour juger de leurs capacités.

Un bilan des recherches récentes, réalisé par Kouri et Leclerc (2001) montre qu'un nombre grandissant d'études tendent à confirmer l'un des principes fondamentaux de la théorie de Bandura selon lequel le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle déterminant dans l'apparition et la gestion des comportements. Appliqué au domaine de la santé, ce principe affirme qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé prédit le maintien et l'amélioration des comportements d'autogestion de la santé lorsque ces comportements sont remis en cause par la maladie ou un accident; un sentiment d'efficacité personnelle élevé aide la personne en réadaptation à retrouver plus facilement sa capacité de s'occuper d'elle-même et de maintenir ou de découvrir les comportements qui l'amèneront à pouvoir retrouver son autonomie fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne (Kouri et Leclerc, 2001).

De plus, les résultats des études, spécialement celles qui réussissent à améliorer le sentiment d'efficacité personnelle, ont d'importantes implications sur les coûts de santé. En effet, les personnes ayant un sentiment d'efficacité personnelle élevé sont généralement en meilleure santé que celles dont le sentiment d'efficacité est peu développé. Il s'ensuit que les interventions dirigées vers l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle modifient également les comportements de santé et rendent les personnes qui en bénéficient plus aptes à autogérer leurs soins de santé et à améliorer leur état de santé. Or, nous savons qu'un meilleur état de santé diminue le nombre de visites chez le médecin et les jours d'hospitalisation. Les stratégies favorisant l'efficacité personnelle peuvent donc s'avérer un moyen très efficace de réduire la demande de services et les coûts de la santé (Kouri et Leclerc, 2001).

Enfin, les implications pratiques des recherches montrent que toute intervention capable d'aider les personnes par exemple, à se donner des buts réalistes, à graduer leur degré de difficulté, à les informer sur leurs performances, à mieux gérer leurs activités d'autogestion des soins, à créer des situations ou des environnements qui les soutiennent dans leurs comportements d'autogestion des soins, à les encourager par la persuasion verbale, à leur donner l'opportunité d'observer d'autres personnes avec des problèmes semblables à améliorer leur mobilité et leur maîtrise des activités journalières et à les guider avec compétence et expertise, permet d'acquérir une plus grande confiance dans leur efficacité personnelle et d'améliorer leur capacité personnelle dans la gestion des soins, non seulement en ce qui a trait à leur réadaptation mais dans l'ensemble de leur vie (Kouri et Leclerc, 2001).

Les considérations énoncées ci-haut nous ont amenés à faire le postulat que le programme de type andragogique *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* représente une intervention d'éducation à la santé qui a pour effets d'améliorer les connaissances (le savoir) et les attitudes (le savoir-être) des participants et de rehausser leur sentiment d'efficacité personnelle, ce qui entraîne un effet positif et durable sur les comportements (le savoir-faire) des participants, notamment en ce qui regarde le bon usage des médicaments, la préparation des entrevues avec le médecin et le pharmacien, l'utilisation des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication et la fidélité au traitement médicamenteux.

Ainsi, le modèle théorique retenu pour évaluer les effets de l'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* est présenté au schéma 1 ci-après. Ce modèle est expliqué par les dix hypothèses de recherche (H1 à H10) décrites plus bas.

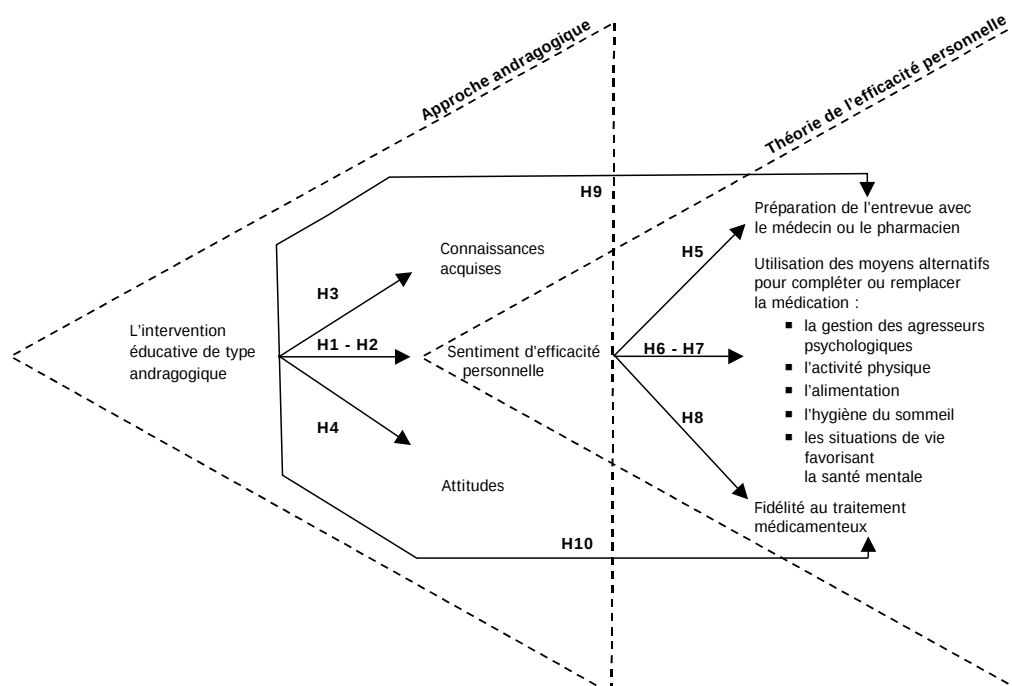


SCHÉMA 1

**Modèle théorique utilisé pour évaluer les effets de l'intervention
*Les médicaments : Oui... Non... Mais!***

D'une manière plus explicite, la présente étude entend vérifier les hypothèses suivantes :

- H1 :** L'intervention éducative de type andragogique améliore le sentiment général d'efficacité personnelle des participants à l'égard des comportements d'autogestion de leur santé.
- H2 :** L'intervention éducative de type andragogique améliore le sentiment d'efficacité personnelle des participants par rapport à l'utilisation des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication.
- H3 :** L'intervention éducative de type andragogique améliore les connaissances des participants face à certains problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement.
- H4 :** L'intervention éducative de type andragogique améliore les attitudes des participants par rapport à l'autogestion de leur santé.
- H5 :** Le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure préparation des entrevues des participants auprès de leur médecin ou de leur pharmacien.
- H6 :** Le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure autogestion de leur santé chez les participants.

H7 : Le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure utilisation des moyens alternatifs spécifiques de nature à compléter ou à remplacer la médication, notamment en ce qui concerne les sédatifs-hypnotiques, les anti-inflammatoires, les laxatifs et les tranquillisants.

H8 : Le sentiment d'efficacité personnelle prédit la fidélité des participants au traitement médicamenteux.

Conditionnellement à la démonstration des effets attendus et expliqués par l'approche andragogique (H1 et H2) et par la théorie de l'efficacité personnelle (H5, H6, H7 et H8), nous souhaitons également vérifier les hypothèses suivantes :

H9 : L'intervention éducative de type andragogique améliore à court terme, via le sentiment d'efficacité personnelle:

H9a : la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien;

H9b : les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale;

H9c : l'utilisation de moyens alternatifs spécifiques pour compléter ou remplacer la médication tels que la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale;

H9d : la fidélité au traitement médicamenteux.

H10 : L'amélioration des comportements de santé ou de soins des participants perdure, une année après l'intervention, au regard des aspects suivants :

H10a : la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien;

H10b : les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale;

H10c : l'utilisation de moyens alternatifs spécifiques pour compléter ou remplacer la médication tels que la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale;

H10d : la fidélité au traitement médicamenteux.

3.3 Définition des variables à l'étude

Il nous faut maintenant définir les variables retenues pour documenter les effets du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*. Ces variables se retrouvent dans le questionnaire d'enquête mis au point pour cette recherche évaluative (annexe 1).

Dans le modèle théorique décrit au schéma 1, trois types de variables sont mentionnés, soit la *variable indépendante* (l'intervention de type andragogique), les *variables intermédiaires* (le sentiment d'efficacité personnelle, les connaissances acquises et les attitudes) et les *variables dépendantes* (la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien, l'utilisation des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication et la fidélité au traitement médicamenteux prescrit).

3.3.1 Variable indépendante

La variable indépendante, l'intervention de type andragogique, correspond au programme à l'étude *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*. Rappelons que ce programme d'éducation à la santé comprend six rencontres d'une durée de deux heures et demi chacune, offertes à un groupe d'une vingtaine de personnes âgées de 55 ans et plus vivant hors établissement. Chacune de ces rencontres est animée par une infirmière de CLSC et un pair formateur. Ces rencontres comportent respectivement une information générale sur la médication, les sédatifs-hypnotiques, les anti-inflammatoires, les laxatifs et les tranquillisants. Chaque rencontre comprend un bref rappel sur le vieillissement en fonction de la catégorie de médicaments dont il est question et de leurs effets dans l'organisme, sur les alternatives pour les remplacer ou compléter leur action, sur la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien, sur l'importance de la fidélité au traitement prescrit et sur l'inventaire des ressources disponibles dans le milieu qui peuvent être mises à profit pour solutionner le problème en cause.

Dans cette étude, le programme d'intervention doit obligatoirement impliquer l'utilisation conjointe de pairs et d'infirmières à titre d'animateurs-formateurs. De plus, les participants retenus doivent avoir participé à au moins quatre des six rencontres prévues dans ce programme. En ce sens, la variable indépendante est traitée ici en tant que variable dichotomique (participants exposés ou non exposés).

3.3.2 Variables intermédiaires

Sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle est défini comme le degré de confiance de la personne en sa capacité d'adopter avec succès certains comportements. Il est toujours associé à une action comportant un défi dans une situation particulière. En d'autres mots, le sentiment d'efficacité personnelle n'est pas un trait de personnalité mais plutôt l'attente et la confiance d'un individu quant à l'efficacité de son action selon le type de tâche à exécuter et le contexte (Kouri et Leclerc, 2001).

Dans le cadre de cette étude, la mesure du sentiment d'efficacité personnelle se rapporte à cinq composantes concernant les alternatives ou les compléments à la médication. Il s'agit des suivantes :

- ✎ la gestion des agresseurs psychologiques¹ (onze énoncés);
- ✎ l'activité physique (six énoncés);
- ✎ l'alimentation (trois énoncés);
- ✎ l'hygiène du sommeil (cinq énoncés);
- ✎ les situations de vie favorisant la santé mentale (six énoncés).

Dans le cas particulier de la gestion des agresseurs psychologiques, nous avons retenu l'échelle de Lev et Owen (1996) que nous avons adaptée. Celle-ci aborde quatre facteurs : être capable de s'adapter, réduire le stress, prendre des décisions et jouir de la vie.

¹ Dans le questionnaire d'enquête, la variable « gestion des agresseurs psychologiques » est nommée « informations générales ».

Pour l'ensemble de ces cinq mesures, les énoncés varient de 0 à 10, c'est-à-dire de « pas du tout confiant (0) » à « très confiant (10) ». Pour faciliter la lecture des résultats, chacune des mesures a été ramenée à une échelle de 0 à 10 en procédant à la sommation des scores pour chaque énoncé et en divisant le résultat de cette sommation par le nombre d'énoncés qui les composent.

Attitudes

Les attitudes concernent la disposition de la personne et l'intensité de cette disposition à produire un comportement donné quant au rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de sa santé et au rôle que la personne devrait jouer elle-même dans le maintien de sa santé. Il s'agit ici de deux mesures adaptées des travaux de Osgood (1957). Chacune d'elles comporte sept énoncés qui varient de 1 à 7, 1 étant une attitude négative (sans importance, non souhaitable, mauvaise, inutile, secondaire, dommageable ou nuisible), 7 étant une attitude positive (importante, souhaitable, bonne, utile, essentielle, bénéfique ou aidante). Pour faciliter la lecture des résultats, chacune de ces mesures a été ramenée à une échelle de 1 à 7 en procédant à la sommation des scores pour chaque énoncé et en divisant le résultat de cette sommation par le nombre d'énoncés qui les composent.

Connaissances

Les connaissances comprennent dix énoncés relatifs à l'usage des médicaments, leurs effets et les moyens alternatifs pour remplacer ou compléter la médication. Il s'agit d'une mesure composée d'énoncés dichotomiques (vrai, faux) ou les « ne sais pas » ont été classés comme une mauvaise réponse. Cette mesure à dix énoncés varie de 0 à 10, 0 étant un score nul et 10 étant un score parfait.

3.3.3 Variables dépendantes

Préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien

La qualité de la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien est évaluée par deux échelles distinctes comprenant respectivement six et cinq énoncés reliés à des comportements souhaitables suggérés aux participants du programme. Parmi les comportements attendus des participants mentionnons les aspects suivants : prendre le temps requis avec ces professionnels pour poser toutes les questions par rapport à leurs problèmes de santé, aux médicaments prescrits, aux effets secondaires de la médication et aux autres moyens utilisés pour compléter ou remplacer la médication. Pour ces deux mesures, les énoncés varient de 1 à 7, 1 étant *jamais* et 7 étant *toujours*. À l'instar d'autres mesures, celles-ci ont été ramenées à une échelle de 1 à 7 en procédant à la sommation des scores pour chaque énoncé et en divisant le résultat de cette sommation par le nombre d'énoncés qui les composent.

Utilisation de moyens alternatifs

L'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication constitue une mesure portant sur les comportements d'autogestion de la santé des participants. À l'instar du sentiment d'efficacité personnelle, cette mesure comprend les cinq mêmes composantes décrites précédemment, à savoir :

- ✎ la gestion des agresseurs psychologiques² (onze énoncés);

² Dans le questionnaire d'enquête, la variable « gestion des agresseurs psychologiques » est nommée « informations générales ».

- ✎ l'activité physique (six énoncés);
- ✎ l'alimentation (trois énoncés);
- ✎ l'hygiène du sommeil (cinq énoncés);
- ✎ les situations de vie favorisant la santé mentale (six énoncés).

Pour l'ensemble de ces cinq mesures, les énoncés varient de 1 à 7, 1 étant *jamais* et 7 étant *toujours*. Ces mesures sont ramenées à une échelle de 1 à 7 en procédant à la sommation des scores pour chaque énoncé et en divisant le résultat de cette sommation par le nombre d'énoncés qui les composent.

Fidélité au traitement médicamenteux

Il s'agit d'une mesure de l'observance aux médicaments prescrits. Elle comporte quatre énoncés dichotomiques (oui, non) qui ont été ramenés à un seul énoncé puisque l'observance au traitement médicamenteux nécessite une réponse positive aux quatre questions posées aux participants. Cette mesure constitue une adaptation des travaux de Morisky et autres (1996).

Enfin, d'autres variables ont été prises en considération dans cette recherche évaluative :

- les caractéristiques sociodémographiques du participant (sexe, âge, état civil, années de scolarité, type de résidence);
- la perception du participant quant à son état de santé globale;
- la consommation de médicaments par le participant (nombre et type de médicaments consommés à chaque jour selon qu'il s'agit de médicaments prescrits par le médecin, de médicaments en vente libre ou de produits naturels.

En terminant, mentionnons que l'ensemble des outils de mesure utilisés ont fait l'objet d'une démarche de validation (test-retest) avant leur utilisation dans le cadre de cette étude. Les résultats de cet exercice de validation sont présentés à l'annexe 2 de ce rapport.

4. Aspects méthodologiques

Nous décrivons ici la méthodologie utilisée pour évaluer les effets du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais !*. Tout d'abord, nous présentons la stratégie d'évaluation. Par la suite, nous discutons de la population à l'étude et de la technique d'échantillonnage, des qualités psycho-métriques des échelles de mesures, de la procédure de collecte des données et de leur analyse, des considérations éthiques et des limites de l'étude.

4.1 Stratégie d'évaluation

La stratégie de recherche utilisée pour évaluer les effets de l'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais !* sur les comportements attendus des participants est « l'expérimentation provoquée ».

Cette stratégie de recherche vise à agir de façon active et intentionnelle sur la variable indépendante, l'intervention, afin de connaître ses effets sur les variables intermédiaires, les connaissances acquises, les attitudes et le sentiment d'efficacité personnelle et, conséquemment, sur les variables dépendantes, soit la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien, l'utilisation des moyens alternatifs pour remplacer ou compléter la médication et la fidélité au traitement médicamenteux.

Un devis de recherche quasi expérimental à groupes décalés de type prétest posttest avec groupe témoin a été retenu, tel que schématisé ci-après.

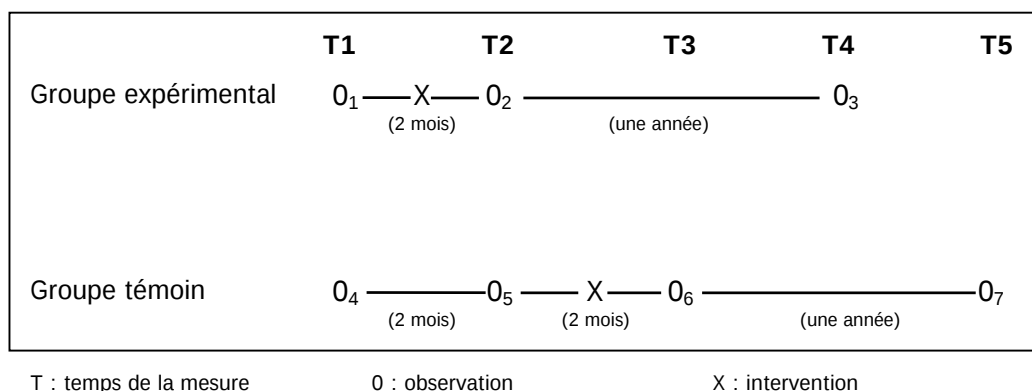


SCHÉMA 2

Devis de recherche

Le type de devis retenu comprend un groupe expérimental et un groupe témoin. Le groupe témoin joue ce rôle durant une période limitée de la recherche (2 mois) qui correspond aux temps

1 et 2 (T1, T2). Au cours de cette période, un groupe est soumis à l'intervention (groupe expérimental) alors que l'autre groupe (groupe témoin) est en attente et ne reçoit rien. À compter du temps 2 (T2), le groupe témoin est également exposé à l'intervention ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de participants de la cohorte expérimentale.

Par questionnaire d'enquête, trois observations sont réalisées dans le groupe expérimental, soit avant la réalisation de l'intervention O₁, immédiatement après l'intervention O₂ et une année suivant l'intervention O₃. Pour le groupe témoin, quatre observations sont nécessaires : les observations O₄, O₅ représentent ici la période où aucune intervention n'est réalisée dans ce groupe alors que les observations O₆ et O₇ correspondent respectivement aux prises de mesure immédiatement après l'intervention et une année suivant cette intervention.

Le but de cette recherche consiste donc à déterminer si l'intervention produit des changements significatifs dans le groupe expérimental et dans le groupe témoin (une fois que celui-ci a reçu l'intervention). Pour y arriver, l'analyse statistique compare les changements observés dans le groupe expérimental (O₂ - O₁) avec ceux du groupe témoin durant la même période (O₅ - O₄) (comparaison intergroupe), et les changements observés dans le groupe témoin après l'intervention (O₆ - O₅) par rapport à ceux du même groupe témoin durant la période où il ne recevait pas d'intervention (O₅ - O₄) (comparaison intragroupe).

4.2 Population à l'étude

La population au sein de laquelle est sélectionné l'échantillon est constituée de personnes :

- âgées de 55 ans et plus;
- habitant en milieu rural et urbain sur le territoire de la Montérégie;
- vivant hors établissement;
- parlant français;
- désirant participer au programme.

Pour faire partie de l'échantillon d'enquête, les participants sont sélectionnés selon la procédure décrite ci-dessous et doivent accepter de participer à l'étude.

4.2.1 Technique d'échantillonnage

Pour recruter les participants à l'étude, nous faisons appel à une technique d'échantillonnage non probabiliste qui est celle de l'échantillon accidentel (de convenance). Cette technique consiste à sélectionner les participants en fonction de leur présence à un endroit déterminé et à un moment précis de l'étude.

Concrètement, nous retenons tous les participants inscrits dans un groupe dont la première rencontre s'est tenue entre août et octobre 2002. La répartition des participants dans un groupe expérimental ou témoin est non aléatoire puisqu'elle n'est pas le résultat d'un tirage au sort mais plutôt de la constitution de groupes dans les milieux ciblés. Ainsi, 563 participants sont sélectionnés et 30 groupes, 18 groupes expérimentaux et 12 groupes témoins, constituent l'échantillon final.

Considérant qu'en 2002-2003, environ 2 000 personnes différentes ont été rejointes et que 90 groupes ont été formés dans le cadre des activités régulières du programme, nous considérons

que l'échantillon final ainsi constitué représente 28 % de la population à l'étude et 33 % des groupes rejoints au cours de cette année administrative.

Dans cette étude, l'équipe de recherche fait appel aux infirmières du programme ainsi qu'à la déléguée de la coordination du projet à la FADOQ en Montérégie pour effectuer le recrutement des participants de l'échantillon final. Ces personnes doivent respecter certaines consignes précises, soit :

- constituer des groupes, expérimental et témoin, sur l'ensemble du territoire de la Montérégie tant en milieu rural que urbain;
- constituer, dans la mesure du possible, au moins un groupe expérimental et un groupe témoin sur leur territoire respectif;
- faire en sorte que les groupes, expérimental et témoin, retenus dans leur territoire respectif, soient les plus semblables possibles quant aux caractéristiques des participants (sexe, âge et provenance) et à la taille des groupes (15 à 20 personnes).

Les 18 groupes expérimentaux et les 12 groupes témoins formés proviennent de différents milieux. Ces milieux sont des clubs de l'Âge d'Or, des habitations à loyers modiques (HLM), des résidences privées d'hébergement et des associations de retraités. Des groupes formés d'individus de provenances diverses sont également constitués suite à de la sollicitation dans les médias d'information et au dépôt de dépliants de recrutement dans les cliniques médicales, les pharmacies et divers lieux publics. L'attribution des groupes formés au volet expérimental ou témoin est laissée à la discrétion de l'infirmière responsable du programme sur son territoire, après approbation de l'équipe de recherche.

Quant au nombre de groupes expérimentaux formés, aucune limite n'est fixée afin d'augmenter la puissance statistique. Par contre, le nombre minimum de groupes témoins est fixé à 12 afin d'obtenir une puissance statistique suffisante.

Cette procédure d'échantillonnage minimise, selon nous, les biais associés à la sélection des sujets. D'ailleurs, la comparaison des groupes, expérimental et témoin au temps 1, présentée à la section 5.1.4 de ce rapport, révèle que l'ensemble des caractéristiques socioéconomiques des participants lesquelles ont été examinées (sexe, âge, état civil, type de résidence, années de scolarité) dans ces deux groupes sont semblables à l'exception de l'âge.

Enfin, pour réduire les biais associés à la contagion des groupes, expérimental et témoin, ceux-ci sont formés dans des municipalités ou des milieux différents.

4.3 Qualités psychométriques des échelles de mesure

L'analyse factorielle a été utilisée pour démontrer la validité factorielle de certaines mesures de l'étude, soit le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien et les comportements de santé. Cette méthode détermine le poids factoriel de chacun des énoncés sur chaque facteur obtenu. Tous les énoncés ayant une saturation supérieure à 0,30 sont retenus. Les résultats de ces analyses factorielles sont présentées à l'annexe 3, tableaux A.2 à A.5.

L'analyse de fidélité a également permis de vérifier la consistance interne des énoncés de chaque mesure appartenant à un même facteur et de déterminer la valeur de l'alpha de Cronbach. Tout énoncé diminuant, de façon significative, la consistance interne a été retranché du construit. Le tableau 1, p. 46, présente les qualités psychométriques de chacune des échelles de mesures retenues.

En terminant, il faut rappeler que ces échelles de mesure ont fait l'objet d'une démarche de validation entre février et juin 2002. Un rapport synthèse présenté à l'annexe 2 précise les étapes de réalisation concernant cette validation, une description des analyses de fidélité test-retest et de consistance interne des échelles de mesure ainsi que les résultats obtenus après deux semaines d'intervalle.

TABEAU 1
Qualités psychométriques des échelles de mesure
au terme de l'étude (n : 563)

Échelles	Nombre d'énoncés	Variance expliquée	Consistance interne ¹
Le sentiment d'efficacité personnelle			
➤ <i>L'échelle globale</i> ²	23	41,7	0,94
↳ la gestion des agresseurs psychologiques	11	53,0	0,92
↳ l'activité physique	3	56,2	0,78
↳ l'alimentation	3	43,2	0,68
↳ les situations de vie favorisant la santé mentale	6	58,3	0,89
➤ <i>L'hygiène du sommeil (variable exclue de l'échelle globale)</i>	5	36,0	0,74
Les attitudes			
➤ Le rôle du médecin dans la gestion de la santé	7	67,4	0,93
➤ Le rôle du participant dans l'autogestion de sa santé	7	66,2	0,93
La préparation de l'entrevue			
➤ La préparation de l'entrevue avec le médecin	6	47,2	0,84
➤ La préparation de l'entrevue avec le pharmacien	5	45,1	0,79
Les comportements de santé			
➤ <i>L'échelle globale</i> ²	23	38,5	0,93
↳ la gestion des agresseurs psychologiques	11	49,2	0,91
↳ l'activité physique	3	53,4	0,73
↳ l'alimentation	3	33,7	0,56
↳ les situations de vie favorisant la santé mentale	6	52,0	0,86
➤ <i>L'hygiène du sommeil (variable exclue de l'échelle globale)</i>	5	28,6	0,64

¹ α = alpha de Cronbach pour les facteurs à trois énoncés ou plus.

² L'échelle globale comprend l'ensemble des énoncés de quatre mesures. La mesure portant sur l'hygiène du sommeil n'a pas été incluse afin de ne pas réduire l'effectif des répondants pour l'échelle globale; en effet, les personnes ne souffrant pas de troubles du sommeil n'avaient pas à répondre à cette section.

4.4 Procédure de collecte de données

Dans cette recherche évaluative, l'information fournie par les participants eux-mêmes représente l'unique source de données pour apprécier les connaissances acquises, le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien, les comportements de santé et la fidélité au traitement médicamenteux. Afin de

recueillir cette information, un questionnaire à remplir par le participant a été développé et validé (annexe 1).

Ce questionnaire a été administré par les infirmières responsables de l'animation des rencontres de groupe. Ces dernières ont été dûment formées pour mener à bien cette opération.

Considérant l'âge et le niveau de scolarité des participants et la possibilité qu'il y ait parmi eux des personnes analphabètes fonctionnelles, nous avons donné aux infirmières animatrices la consigne de lire à voix haute toutes les questions et les énoncés du questionnaire lors de sa passation auprès des participants. Également, elles devaient les informer des objectifs poursuivis par la recherche, de la confidentialité des informations recueillies, du fait que leur refus de participer n'entraînerait pour eux aucune conséquence négative; ces informations transmises, les infirmières recueillaient l'attestation écrite de leur consentement à participer.

L'administration des questionnaires aux différentes périodes d'observation de l'étude a été effectuée entre août 2002 et décembre 2003.

Lors de la dernière observation, après que les participants eurent rempli le questionnaire, trois groupes ont été rencontrés. À cette occasion, une cinquantaine de participants ont eu l'opportunité, après avoir rempli le questionnaire écrit, de témoigner oralement des changements qu'ils avaient apportés dans leurs comportements de santé suite à leur participation au programme. Considérant que leurs propos permettent de mieux documenter et éclairer les effets du programme; considérant également que cette procédure n'était pas prévue dans le protocole initial de la présente évaluation, nous rapportons ces témoignages à l'annexe 4.

4.5 Analyse de données

Le traitement des données des questionnaires fait appel à plusieurs types d'analyses statistiques.

Des analyses descriptives ont été réalisées afin de vérifier la cohérence de l'ensemble des variables et de décrire l'échantillon final.

Des analyses bivariées ont été réalisées; ces analyses ont permis de comparer le groupe expérimental et le groupe témoin en ce qui a trait aux variables sociodémographiques, comportementales et psychosociales au temps 1 de l'étude. En ce qui concerne ces analyses bivariées, le test de t de Student a été utilisé pour les variables continues alors que le test du χ^2 de Pearson a été utilisé pour les variables catégorielles. Pour l'ensemble de ces tests, le seuil de signification retenu doit être égal ou inférieur à $p \leq 0,05$.

En ce qui a trait à la vérification des hypothèses, deux types d'analyses multivariées ont été utilisés. Ainsi, les hypothèses H1 à H4 et H9 et H10 ont été vérifiées à l'aide de l'analyse de variance par mesures répétées. Alors que les hypothèses H5 à H8 ont fait l'objet d'une analyse de régression multiple. Pour l'ensemble de ces analyses, le seuil de signification a été fixé à $p \leq 0,05$.

4.6 Considérations éthiques

La réalisation de cette recherche évaluative fait appel à la participation volontaire des sujets à l'étude. Le consentement libre et éclairé des participants est obtenu par les infirmières responsables de l'animation des rencontres de groupe, pour remplir le questionnaire d'enquête

aux différents temps de la recherche. Les sujets participants ont signé un formulaire de consentement à cet effet (annexe 5).

Par ailleurs, la DSP s'est engagée à traiter, en toute confidentialité, les informations obtenues des participants. Ainsi, les résultats sont présentés de manière agrégée ne permettant pas l'identification des participants.

De plus, l'ensemble des considérations éthiques de ce projet ont été étudiées et ont fait l'objet d'une approbation par les membres du comité d'éthique du Centre de recherche Hôpital Charles LeMoyne.

4.7 Limites de l'étude

En dernier lieu, il importe de préciser certaines limites de cette étude portant sur la démarche évaluative du programme : *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*. À cet égard, trois points retiennent notre attention :

- Les cas de « mortalité expérimentale » représentent 49 % de l'échantillon de départ. Bien que l'échantillon final demeure représentatif de l'échantillon de départ, il n'est pas exclu que ces abandons puissent avoir influencé les résultats obtenus.
- La passation des questionnaires d'enquête par les infirmières, elles-mêmes responsables de l'application du programme d'intervention, représente probablement une autre limite de l'étude. À cet égard, il est possible que le désir de plaire aux infirmières puisse avoir influencé les réponses de certains participants.
- Le fait que les participants aient répondu à plusieurs reprises au questionnaire d'enquête peut avoir occasionné un effet d'accoutumance au test et, conséquemment, modifié leurs réponses.

5. Résultats

La présentation des résultats de l'évaluation des effets du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* comprend deux volets. Le premier volet décrit l'échantillon d'enquête au temps 1 : sa taille, les caractéristiques sociodémographiques des participants et leur profil de consommation de médicaments ainsi que le degré de ressemblance des groupes, expérimental et témoin. Le deuxième volet rend compte des résultats obtenus dans cette étude tout en vérifiant chacune des dix hypothèses de recherche.

5.1 Caractéristiques de l'échantillon d'enquête

5.1.1 Taille de l'échantillon

Brièvement, nous précisons ici la taille de l'échantillon d'enquête des groupes, expérimental et témoin, lors des différentes prises de mesure. Nous analysons également la représentativité de l'échantillon final par rapport à l'échantillon de départ.

Dans le groupe expérimental, les participants rejoints lors des trois prises de mesure (Observations) représentent 338 (0₁), 276 (0₂) et 169 (0₃) sujets. Quand au groupe témoin, les participants rejoints lors des quatre prises de mesure (Observations) sont au nombre de 225 (0₄), 184 (0₅), 166 (0₆) et 119 (0₇) sujets.

Comme nous l'observons ici, les cas de « mortalité expérimentale » représentent 49 % de l'échantillon de départ. La perte de sujets est attribuée à leur absence lors de l'une ou l'autre des prises de mesure ou à l'arrêt de leur participation au programme.

Afin de s'assurer que l'échantillon final (n : 288) soit comparable à l'échantillon de départ (n : 563) des tests statistiques ont été réalisés sur l'ensemble des variables à l'étude présentées à la section 3.3. Les résultats de ces analyses ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes de référence sauf concernant le type de résidence et le temps écoulé depuis la dernière visite chez le médecin ou à la pharmacie. Considérant l'importance négligeable de ces trois variables dans cette étude, nous estimons que l'échantillon final demeure représentatif de l'échantillon de départ.

5.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les diverses caractéristiques sociodémographiques dégagées pour l'échantillon d'enquête (n : 563) portent sur les aspects suivants : sexe, âge, état civil, type de résidence, nombre d'années de scolarité et perception des participants à l'égard de leur état de santé globale. Le tableau 2, p. 50, présente ces caractéristiques.

TABLEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des participants (n : 563)

Classes	Catégories	n	%
Sexe (n : 562)	femmes	473	84,2
	hommes	89	15,8
Âge (n : 559)	moins de 55 ans	53	9,5
	55-64 ans	220	39,3
	65-74 ans	187	33,5
	75-84 ans	88	15,7
	85 ans et plus	11	2,0
État civil (n : 559)	célibataire (jamais marié(e))	28	5,0
	marié(e)	329	59,0
	union libre	28	5,0
	séparé(e), divorcé(e)	66	11,7
	veuf, veuve	108	19,3
Type de résidence (n : 560)	propriétaire	389	69,4
	locataire	155	27,6
	pensionnaire	11	2,0
	autre	5	1,0
Années de scolarité (n : 550)	6 ans ou moins	52	9,5
	7 à 12 ans	328	59,6
	13 ans ou plus	170	30,9
État de santé en général (n : 560)	mauvaise	12	2,1
	moyenne	88	15,7
	bonne	228	40,7
	très bonne	161	28,8
	excellente	71	12,7

Comme nous l'observons au tableau 2, l'échantillon d'enquête est constitué à 84,2 % de femmes (n : 473) et à 15,8 % d'hommes (n. 89).

L'âge moyen de ce groupe est de 65 ans. Les moins de 55 ans représentent 9,5 % (n : 53) de l'échantillon. Les plus âgés ont 85 ans et plus représentant 2,0 % (n : 11) du groupe à l'étude.

Cet échantillon d'enquête se compose majoritairement de personnes mariées ou vivant en union libre dans 64 % des cas (n : 357). De plus, elles sont propriétaires de leur résidence dans une proportion de 69,4 % (n : 389).

Sur le plan de la scolarité, 9,5 % des participants (n : 52) n'ont fréquenté que l'école primaire (six ans ou moins). Pour la majorité 59,6 % (n : 328), les participants sont allés à l'école secondaire (7 à 12 ans). Les personnes qui ont plus de 12 ans de scolarité comptent pour 30,9 % (n : 170) de l'échantillon d'enquête. Pour l'ensemble de ce groupe, le nombre moyen d'années de scolarité est de 11 ans.

Enfin, les participants se sont exprimés quant à leur état de santé en général. La grande majorité des participants (82,2 %; n : 460) disent que leur santé est, en général, bonne ou excellente. Seulement, 2,1 % des participants (n : 12) disent que leur santé est mauvaise.

5.1.3 Profil de consommation de médicaments des participants

Les participants ont été également invités à nous indiquer le type et la quantité de médicaments ou produits naturels différents qu'ils ont pris au cours de la journée précédant l'enquête. Le tableau 3 trace leur profil de consommation de médicaments.

TABLEAU 3
Type et quantité de médicaments ou produits naturels
différents consommés par les participants au cours
de la dernière journée précédant l'enquête

Type	Quantité	n	%
Médicaments prescrits ou recommandés par le médecin (n : 534)	aucun médicament	67	12,5
	un médicament	78	14,6
	deux médicaments	116	21,7
	trois médicaments	85	15,9
	quatre médicaments	71	13,3
	cinq médicaments ou plus	117	22,0
Médicaments en vente libre (n : 406)	aucun médicament	136	33,5
	un médicament	129	31,8
	deux médicaments	84	20,7
	trois médicaments	31	7,6
	quatre médicaments	12	3,0
	cinq médicaments ou plus	14	3,4
Produits naturels (n : 406)	aucun produit naturel	176	48,0
	un produit naturel	109	29,7
	deux produits naturels	40	10,9
	trois produits naturels	22	6,0
	quatre produits naturels	10	2,7
	cinq produits naturels ou plus	10	2,7

Comme nous l'indiquons au tableau 3, 87,5 % (n : 467) des participants à l'étude ont consommé au cours de la journée précédant la passation du questionnaire au moins un médicament prescrit ou recommandé par le médecin. Parmi ceux-ci, la consommation moyenne est de 3,1 médicaments prescrits ou recommandés par le médecin; 53,8 % (n : 238) consommant des médicaments pour l'hypertension artérielle, 36,4 % (n : 140) pour le cholestérol et 20,3 % (n : 70) pour le diabète.

Au regard des médicaments en vente libre (par exemple : Aspirine, Tylénol, calcium, vitamines, etc.), les deux tiers (66,5 %) des participants ayant répondu à cette question (n : 270) en avaient consommés le jour précédant l'enquête. La consommation moyenne de ceux qui ont répondu étant de 1,3 médicament.

Enfin, les produits naturels (par exemple : glucosamine, ginko biloba, échinacée, etc.) sont consommés par un peu plus de la moitié des participants (52 %, n : 191) ayant répondu à la question. La consommation moyenne chez l'ensemble des répondants (n : 367) est d'un produit naturel.

Comparativement aux données provenant du suivi de gestion 2003-2004 (DSP, 2004), l'échantillon d'enquête présente des caractéristiques sociodémographiques et un profil de consommation de médicaments comparables à la population rejointe par le programme d'intervention.

5.1.4 Comparaison des groupes expérimental et témoin au temps 1

Pour chacune des variables à l'étude, nous avons comparé les groupes, expérimental et témoin, au temps 1 de l'étude à l'aide de tests statistiques. Les variables traitées concernent les caractéristiques personnelles des participants (sexe, âge, état civil, type de résidence, années de scolarité, état de santé globale, type de médicaments consommés), les connaissances, le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes des participants concernant le rôle joué par le médecin et par eux-mêmes dans le maintien de leur santé, la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien, les comportements de santé et la fidélité au traitement médicamenteux.

Les résultats de ces analyses montrent que, sauf pour la variable âge, aucune différence n'existe entre les groupes expérimental et témoin au temps 1. À cet effet, le groupe expérimental est, en moyenne, plus âgé que le groupe témoin, soit respectivement 66,8 ans et 63,4 ans. L'âge a donc été contrôlé lors des analyses de variance par mesures répétées qui ont suivi.

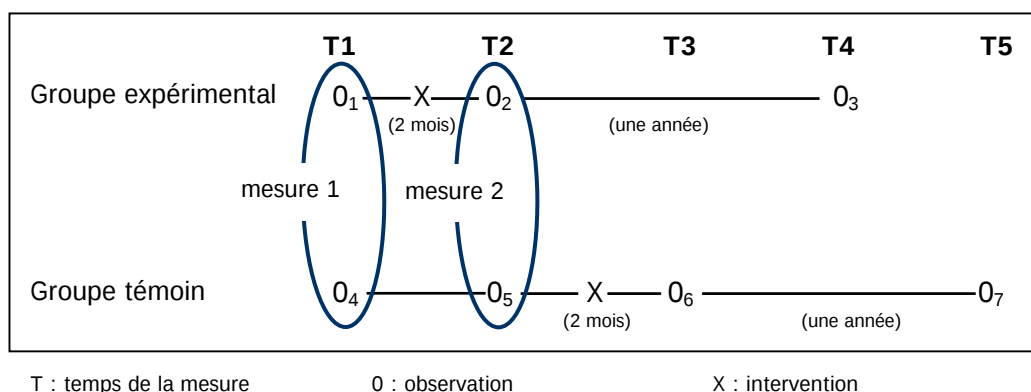
5.2 Effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle, les connaissances et les attitudes des participants : vérification des hypothèses H1 à H4

Nous abordons ici la vérification des hypothèses de recherche H1 à H4 présentées à la section 3.2 de ce rapport. Ces hypothèses se rapportent aux effets du programme d'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* sur des variables intermédiaires, soit le sentiment général d'efficacité personnelle des participants H1 et leur confiance de pouvoir réaliser certaines activités d'autogestion de la santé H2, les connaissances acquises par les participants H3 et les attitudes quant au rôle que devrait jouer le médecin ou eux-mêmes dans le maintien de leur santé H4.

Les analyses réalisées dans cette section traitent des données obtenues des groupes expérimental et témoin selon deux périodes d'observation correspondant à deux mesures de l'étude. Tel que présenté au schéma 3, p. 53, ces deux mesures sont définies comme suit :

- La mesure 1 compare les groupes expérimental et témoin avant l'intervention. Elle correspond aux observations 0₁ et 0₄;
- La mesure 2 compare le groupe expérimental, immédiatement après l'intervention et le groupe témoin immédiatement avant que ce dernier fasse l'objet de l'intervention. Cette mesure correspond aux observations 0₂ et 0₅.

La vérification des hypothèses a été effectuée à l'aide des analyses de variance par mesures répétées. Ce type d'analyse permet de vérifier l'effet des variables indépendantes (temps et groupes) et leurs interactions (groupes par temps) sur les variables dépendantes, tout en contrôlant l'effet des variables sociodémographiques significativement différentes entre les groupes expérimental et témoin à la mesure 1 de l'étude et corrélées positivement aux variables dépendantes.

**SCHÉMA 3****Devis de recherche****Vérification des hypothèses H1 à H4**

Tel qu'il a été rapporté à la section 5.1.4, la seule caractéristique démographique différente observée entre les groupes expérimental et témoin à la mesure 1 de l'étude concerne l'âge des participants. De plus, l'âge étant corrélé significativement avec deux variables dépendantes, soit les connaissances et les attitudes vis-à-vis du rôle du médecin dans le maintien de la santé, des analyses permettant de contrôler l'effet de l'âge ont donc été effectuées pour ces deux variables.

5.2.1 *Sentiment général d'efficacité personnelle à l'égard de l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H1*

La vérification de l'hypothèse H1 se rapporte aux effets de l'intervention sur le sentiment général d'efficacité personnelle des participants à l'égard de leur santé. Cette variable, le sentiment général d'efficacité personnelle, qui est constituée de quatre échelles de mesure spécifiques portant sur la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'alimentation et les conditions de vie favorisant la santé mentale, compose l'échelle globale.

Les analyses de variance effectuées sur le sentiment général d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'autogestion de leur santé révèlent, au tableau 4, p. 54, des différences significatives sur le plan du temps et de l'interaction (groupes par temps)³. Sur le plan du temps, nous constatons, au graphique 1, p. 54, que le score moyen du sentiment général d'efficacité personnelle s'est amélioré chez les participants du groupe expérimental alors qu'il a diminué chez ceux du groupe témoin entre les mesures 1 et 2 de l'étude. Sur le plan de l'interaction, tableau 4, p. 54, la différence significative observée nous révèle que, par rapport au groupe témoin, le groupe expérimental a amélioré significativement son sentiment général d'efficacité personnelle d'autogestion de la santé entre les deux mesures de l'étude.

³ Note au lecteur : tous les tableaux et les graphiques présentés dans ce chapitre fournissent des informations différentes. Les tableaux constituent un cumul d'information pour chacune des variables traitées alors que les graphiques montrent l'évolution des groupes expérimental et témoin en termes de scores moyens entre les différentes mesures de l'étude au regard de chacune de ces variables.

TABLEAU 4
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard
de l'autogestion de la santé : échelle globale

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Sentiment d'efficacité personnelle : échelle globale</i>				
Temps	—	—	4,15	0,042
Groupes	0,00	0,944	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	19,25	0,000

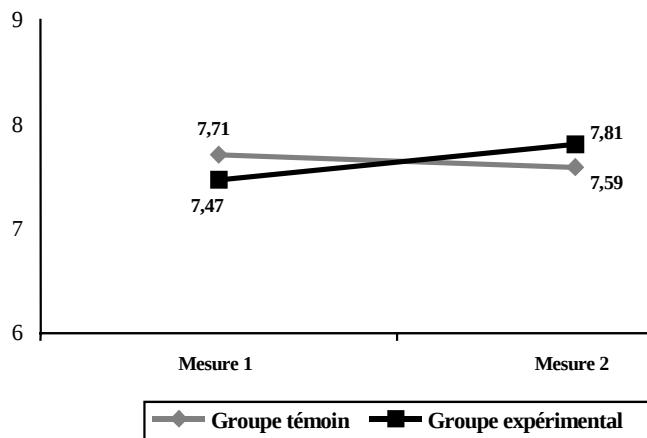
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 1
Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin,
avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental)
pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle
à l'égard de l'autogestion de la santé : échelle globale

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H1 à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, immédiatement après l'intervention, le sentiment général d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'autogestion de leur santé.

5.2.2 *Sentiment d'efficacité personnelle par rapport à divers comportements de santé : vérification de l'hypothèse H2*

La vérification de l'hypothèse H2 se rapporte aux effets de l'intervention par rapport à chacune des échelles spécifiques mesurant le sentiment d'efficacité personnelle des participants. Il s'agit de cinq échelles de mesure concernant la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale.

A) *Gestion des agresseurs psychologiques*

Le tableau 5 traite des effets de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques. Les analyses de variance montrent une différence significative sur le plan de l'interaction (groupes par temps). Cette différence, nous révèle que, par rapport au groupe témoin, le groupe expérimental améliore significativement son sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques entre les deux mesures de l'étude (graphique 2, p. 56).

TABLEAU 5
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard
de la gestion des agresseurs psychologiques

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Sentiment d'efficacité personnelle : la gestion des agresseurs psychologiques</i>				
Temps	—	—	2,24	0,135
Groupes	0,00	0,993	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	16,76	0,000

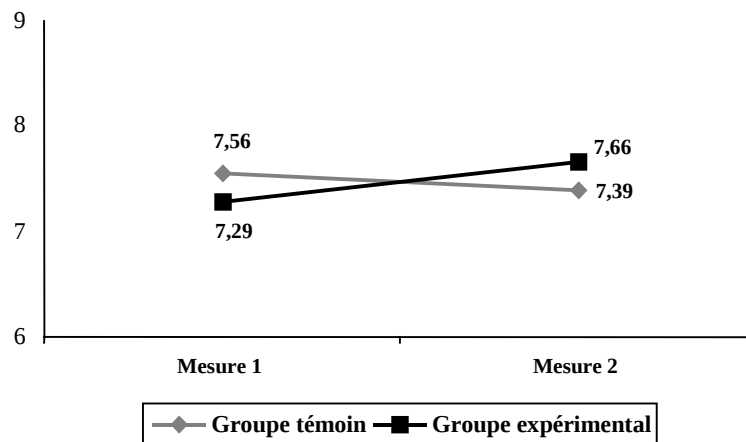
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 2

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques

B) *Activité physique*

Le tableau 6 se rapporte aux effets de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de la pratique de l'activité physique. Les analyses de variance effectuées révèlent des différences significatives sur le plan du temps et de l'interaction (groupes par temps). Ainsi, tel que nous l'observons au graphique 3, p. 57, le score moyen en rapport avec cette variable augmente dans le groupe expérimental alors qu'il se maintient dans le groupe témoin entre les mesures 1 et 2 de l'étude. La différence significative observée sur le plan de l'interaction, tableau 6, montre que, par rapport au groupe témoin, le groupe expérimental améliore significativement son sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'activité physique entre les deux mesures de l'étude.

TABEAU 6

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'activité physique

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Sentiment d'efficacité personnelle : l'activité physique</i>				
Temps	—	—	5,87	0,016
Groupes	0,48	0,488	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	7,73	0,006

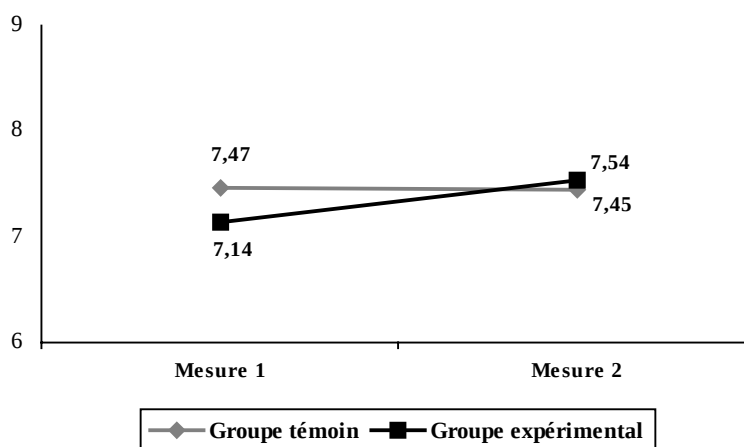
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 3

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'activité physique

C) Alimentation

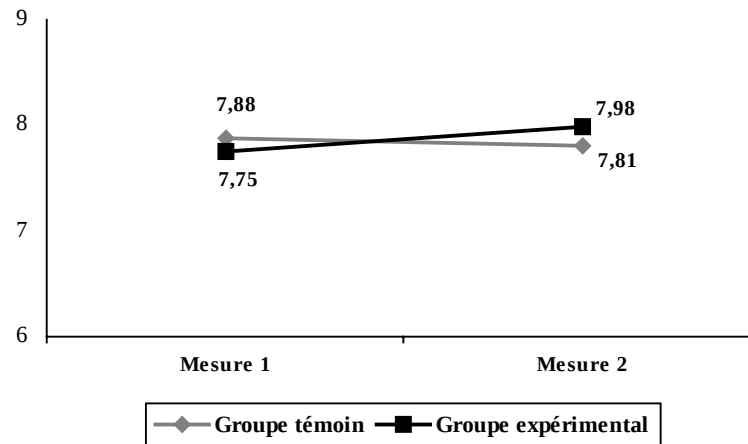
Le tableau 7 traite des effets de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de saines habitudes alimentaires. Les analyses de variance effectuées montrent une différence significative sur le plan de l'interaction (groupes par temps). Toutefois, on constate que le degré de signification est plus faible se situant à 0,047. Les scores moyens présentés au graphique 4, p. 58, pour le groupe expérimental entre les mesures 1 et 2 en témoignent, passant de 7,75 à 7,98. Il faut donc interpréter avec précaution ce résultat montrant que, par rapport au groupe témoin, le groupe expérimental améliore significativement son sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de saines habitudes alimentaires entre les deux mesures de l'étude.

TABLEAU 7

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de saines habitudes alimentaires

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Sentiment d'efficacité personnelle : l'alimentation</i>				
Temps	—	—	1,23	0,269
Groupes	0,02	0,882	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	3,98	0,047

¹ Variation entre les groupes² Variation à l'intérieur des groupes³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2⁴ F = valeur du test F (de Fisher)⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 4

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de saines habitudes alimentaires

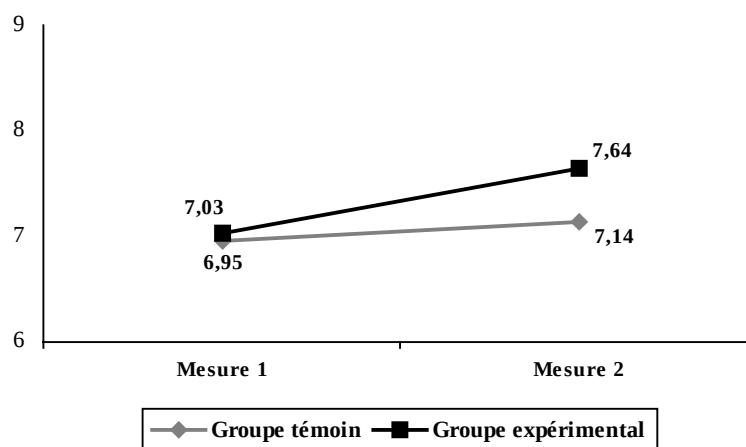
D) Hygiène du sommeil

Le tableau 8, p. 54, se rapporte aux effets de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'hygiène du sommeil. Les analyses de variance effectuées font ressortir des différences significatives sur le plan du temps et de l'interaction (groupes par temps). Par rapport au temps, nous constatons, au graphique 5, p. 59, que les scores moyens associés à cette variable augmentent entre les mesures 1 et 2 de l'étude, et ce, pour les groupes expérimental et témoin. Toutefois, la différence significative observée sur le plan de l'interaction, tableau 8, p. 54, montre que, comparativement au groupe témoin, le groupe expérimental améliore significativement son sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'hygiène du sommeil entre les deux mesures de l'étude. Le faible degré de signification observé (0,05) peut s'expliquer par l'effectif réduit⁴ des participants ayant répondu aux énoncés portant sur l'hygiène du sommeil. À cet égard, on constate, au graphique 5, p. 59, une variation assez importante des scores moyens du groupe expérimental entre les mesures 1 et 2.

⁴ Les personnes qui n'avaient pas de problèmes de sommeil n'avaient pas à répondre aux questions portant sur les habitudes associées à l'hygiène du sommeil.

TABLEAU 8
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle
à l'égard de l'hygiène du sommeil

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Sentiment d'efficacité personnelle : l'hygiène du sommeil</i>				
Temps	—	—	13,91	0,000
Groupes	2,15	0,144	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	3,86	0,050

¹ Variation entre les groupes² Variation à l'intérieur des groupes³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2⁴ F = valeur du test F (de Fisher)⁵ P = degré de signification**GRAPHIQUE 5**

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin,
avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental)
pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle
à l'égard de l'hygiène du sommeil

E) Situations de vie favorisant la santé mentale

Le tableau 9, p. 60, traite des effets de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale. Les analyses de variance effectuées ne montrent aucune différence significative entre les groupes expérimental et témoin. Comme l'indique le graphique 6, les scores en rapport avec cette variable varient peu entre les mesures 1 et 2 de l'étude, et ce, pour les groupes expérimental et témoin. Conséquemment, l'intervention n'est pas associée significativement au sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale.

TABLEAU 9

**Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard
de situations de vie favorisant la santé mentale**

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Sentiment d'efficacité personnelle : les situations de vie</i>				
Temps	—	—	0,63	0,429
Groupes	0,24	0,624	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	2,90	0,089

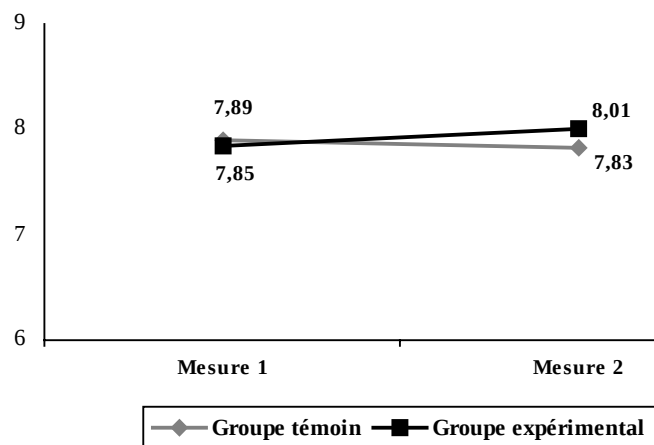
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 6

**Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin,
avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental)
pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité personnelle
à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale**

Les analyses de variance effectuées confirment, à l'exception des situations de vie favorisant la santé mentale, l'hypothèse H2 à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, le sentiment d'efficacité personnelle des participants par rapport à divers comportements de santé tels que la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, l'alimentation et l'hygiène du sommeil.

5.2.3 Connaissances acquises : vérification de l'hypothèse H3

Le tableau 10 présente les effets de l'intervention sur l'acquisition des connaissances souhaitables par les participants à l'égard de certains problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement. Les analyses de variance réalisées révèlent des différences significatives sur le plan du temps de l'interaction (groupes par temps). Par rapport au temps, cette différence est illustrée au graphique 7, p. 62, où l'on peut observer que les deux groupes d'appartenance ont amélioré leur score moyen au regard des connaissances entre les mesures 1 et 2 de l'étude. Toutefois, la différence significative observée sur le plan de l'interaction, tableau 10, montre que l'amélioration des connaissances chez les participants du groupe expérimental est significativement plus élevée que celle des participants du groupe témoin entre les deux mesures de l'étude.

En enlevant la proportion de variance de la variable dépendante (les connaissances) expliquée par la variable contrôle (l'âge), nous observons des différences significatives sur le plan de l'âge, des groupes et de l'interaction (groupes par temps). Ainsi, les groupes, expérimental et témoin, diffèrent de façon significative quant aux variables mesurant l'âge et les connaissances. Par contre, l'effet du temps observé précédemment disparaît alors que l'effet de l'interaction demeure. L'augmentation du score moyen des connaissances chez les participants du groupe expérimental est donc significativement plus élevée que celle des participants du groupe témoin entre les deux mesures de l'étude.

TABLEAU 10
Analyse de variance par mesures répétées des effets
immédiats de l'intervention sur les connaissances

Sources de variance	Intergruppes ¹		Intragruppes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Connaissances</i>				
Temps	—	—	134,22	0,000
Groupes	3,16	0,076	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	26,94	0,000
En contrôlant l'effet de l'âge				
<i>Connaissances</i>				
Temps	—	—	0,01	0,908
Âge	116,63	0,000	—	—
Interaction (âge par temps)	—	—	2,84	0,092
Groupes	14,59	0,000	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	23,14	0,000

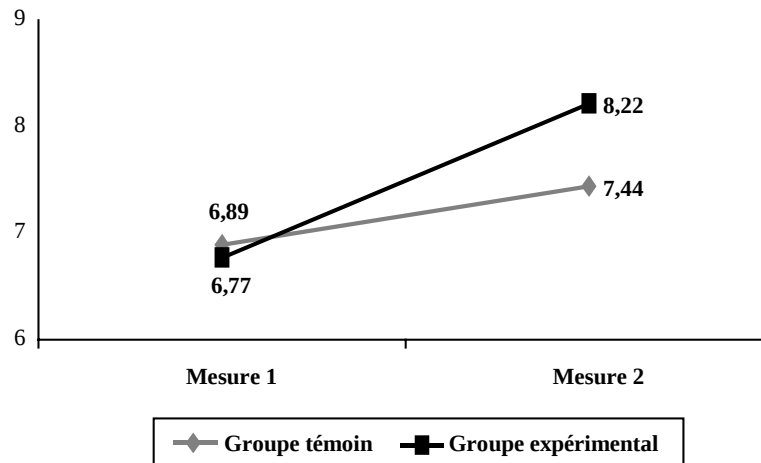
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 7

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les connaissances

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H3 à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, les connaissances des participants à l'égard de certains problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement.

5.2.4 Attitudes par rapport à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H4

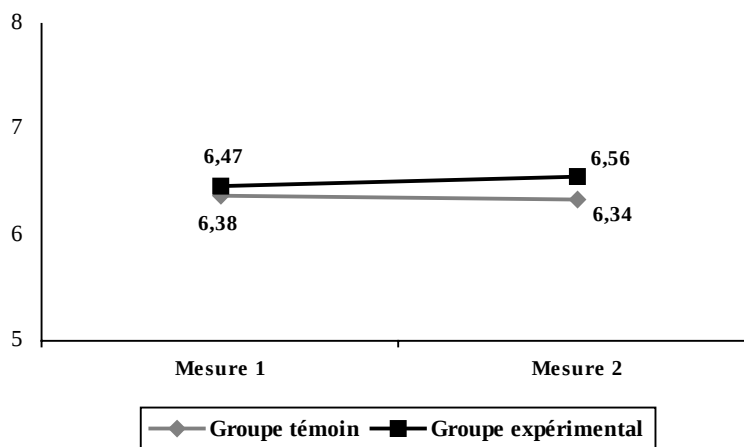
La vérification de l'hypothèse H4 se rapporte aux effets de l'intervention par rapport aux attitudes des participants. Dans le cadre de cette étude, les attitudes des participants concernent deux aspects : le rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de la santé des participants et le rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé.

A) Attitudes des participants vis-à-vis du rôle du médecin dans le maintien de leur santé

Le tableau 11 (p. 63) présente les effets de l'intervention sur les attitudes des participants vis-à-vis du rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de leur santé. Les analyses de variance effectuées ne révèlent aucune différence significative entre les groupes expérimental et témoin, même en contrôlant l'effet de l'âge des participants. Comme nous l'observons au graphique 8, p. 63, les scores moyens des attitudes chez les groupes expérimental et témoin entre les mesures 1 et 2 de l'étude présentent peu de variations. Ainsi, l'intervention n'est pas associée significativement aux attitudes des participants quant au rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de leur santé.

TABLEAU 11
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur les attitudes des participants vis-à-vis
du rôle du médecin dans le maintien de leur santé

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Attitudes vis-à-vis le rôle du médecin</i>				
Temps	—	—	0,40	0,526
Groupes	3,44	0,064	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	2,48	0,116
En contrôlant l'effet de l'âge				
<i>Attitudes vis-à-vis le rôle du médecin</i>				
Temps	—	—	0,00	0,993
Âge (âge par temps)	14,98	0,000	—	—
Interaction (âge par temps)	—	—	0,01	0,936
Groupes	1,72	0,191	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	2,29	0,131

¹ Variation entre les groupes² Variation à l'intérieur des groupes³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2⁴ F = valeur du test F (de Fisher)⁵ P = degré de signification**GRAPHIQUE 8**

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin,
avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental)
pour l'échelle mesurant les attitudes vis-à-vis du rôle du médecin
dans le maintien de leur santé

B) Attitudes des participants vis-à-vis du rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé

Le tableau 12 traite des effets de l'intervention sur les attitudes des participants vis-à-vis du rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé. Les analyses de variance effectuées révèlent une différence significative sur le plan d'interaction (groupes par temps). Cette différence significative montre que, comparativement au groupe témoin, le groupe expérimental améliore significativement ses attitudes vis-à-vis du rôle qu'il devrait jouer lui-même dans le maintien de sa santé entre les deux mesures de l'étude. Toutefois, ce résultat doit être interprété avec précaution considérant la faible variation des scores moyens entre les mesures 1 et 2 du groupe expérimental (graphique 9) et le degré de signification obtenu (0,019) considérant la taille de l'échantillon.

TABLEAU 12
Analyse de variance par mesures répétées des effets
immédiats de l'intervention sur les attitudes des participants
vis-à-vis leur rôle dans le maintien de leur santé

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Attitudes des participants vis-à-vis leur rôle</i>				
Temps	—	—	1,59	0,209
Groupes	0,57	0,451	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	5,55	0,019

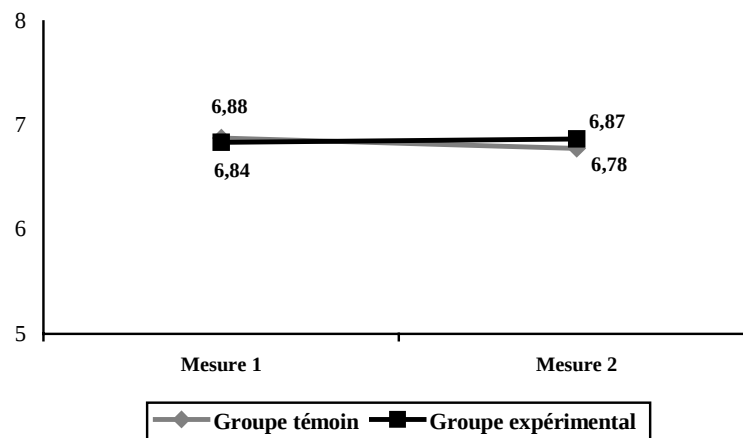
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 9

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les attitudes vis-à-vis leur rôle dans le maintien de leur santé

Les analyses de variance effectuées ne confirment pas le premier volet de l'hypothèse H4 à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, les attitudes des participants quant au rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de leur santé. Dans les faits, cette intervention ne modifie pas les attitudes des participants à l'égard du rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de leur santé. Par contre, ces analyses confirment le deuxième volet de l'hypothèse H4 à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, les attitudes des participants par rapport au rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé.

5.3 Effet prédicteur du sentiment d'efficacité personnelle sur les comportements de santé et de soins des participants : vérification des hypothèses H5 à H8

Nous abordons ici la vérification des hypothèses de recherche H5 à H8 présentées à la section 3.2 de ce rapport. Ces hypothèses se rapportent à la prédiction que le sentiment d'efficacité personnelle modifie des comportements associés à la santé ou aux soins.

Pour les hypothèses H5, H6 et H7, des analyses de régression multiple de type standard ont été réalisées. Ces hypothèses concernent les variables dépendantes relatives à la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien, à l'acquisition de comportements généraux favorable à l'autogestion de la santé et à l'utilisation des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication.

Pour l'hypothèse H8, soit la variable dépendante reliée à la fidélité au traitement médicamenteux, des analyses de régression logistique ont été effectuées en raison de la nature dichotomique (oui, non) de cette variable.

Des variables contrôles, associées aux caractéristiques sociodémographiques des participants, soit le sexe, l'âge et le nombre d'années de scolarité, ont également été incluses dans les modèles de régression.

L'ensemble de ces analyses permet d'obtenir les valeurs des coefficients de régression standardisés, ou poids bêta (β), associées au sentiment d'efficacité personnelle et aux caractéristiques sociodémographiques. Seules les variables dont le poids bêta atteint le seuil de signification ($p \leq 0,05$) sont présentées.

De plus, mentionnons que le groupe témoin devient un groupe expérimental (expérimental 2) entre les observations 05 et 06. Ainsi, les participants des deux groupes expérimental 1 et 2 sont jumelés de façon à créer trois mesures correspondant à trois périodes d'observation. Tel que présenté au schéma 4, p. 66, ces trois mesures sont définies comme suit :

- La mesure 1 regroupe les observations O1 et O5. Il s'agit de l'observation précédant immédiatement l'intervention pour les deux groupes à l'étude;
- La mesure 2 regroupe les observations O2 et O6. Elle fait référence à l'observation se situant immédiatement après l'intervention pour les deux groupes à l'étude;
- La mesure 3 regroupe les observations O3 et O7, soit l'observation réalisée une année après l'intervention pour les deux groupes à l'étude.

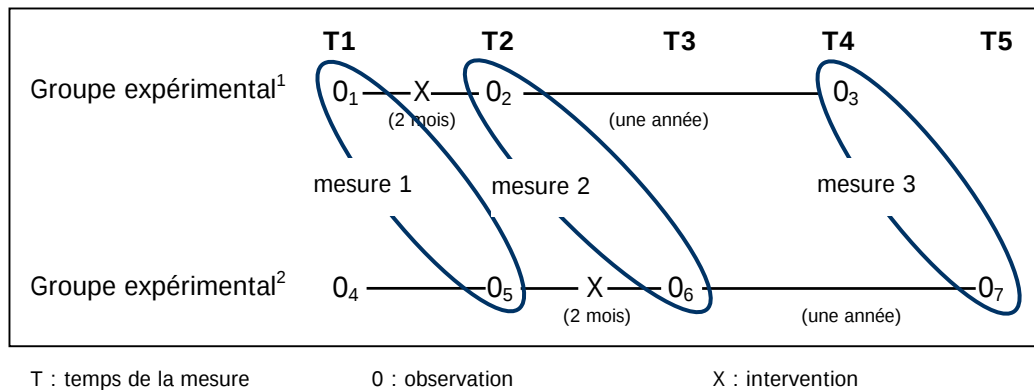


SCHÉMA 4
Devis de recherche
Vérification des hypothèses H5 à H8

5.3.1 Préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien : vérification de l'hypothèse H5

Les tableaux 13 et 14, p. 67 et 68, montrent que le sentiment d'efficacité personnelle est un prédicteur de comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien, et ce, pour les trois mesures de l'étude. Ainsi, un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est associé à une meilleure préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien.

Nous constatons également que le sexe et le nombre d'années de scolarité des participants sont des prédicteurs de comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin, pour les trois mesures de l'étude. Plus précisément, le fait d'être une femme ou d'avoir un plus grand nombre d'années de scolarité sont associés à un meilleur comportement quant à la préparation de l'entrevue avec le médecin.

Quant au pharmacien, seul le sexe du participant, en l'occurrence être une femme, est associé à un meilleur comportement à l'égard de la préparation de l'entrevue pour la mesure 1 de l'étude.

En ce qui concerne la préparation de l'entrevue avec le médecin, le coefficient de variation⁵ (R^2 ajusté) varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,13, 0,16 et 0,10 (tableau 13, p. 67).

En ce qui concerne la préparation de l'entrevue avec le pharmacien, ce coefficient de variation (R^2 ajusté) varie également pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement de 0,08, 0,08 et 0,12 (tableau 14, p. 68).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final fournissent une faible explication de la variance des variables dépendantes, soit la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien.

⁵ Le coefficient de variation mesure la proportion de la variance totale de la variable dépendante qui est expliquée par l'ensemble des prédicteurs.

TABLEAU 13

**Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la préparation de l'entrevue
avec le médecin pour les trois mesures de l'étude en contrôlant
l'effet de certaines variables sociodémographiques**

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,33 \pm 0,07$	0,001
	Sexe des participants	$-0,68 \pm 0,23$	0,003
	Années de scolarité	$0,01 \pm 0,02$	0,015
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,13$ $F_{\text{modèle}} : 12,46$ $dl : 3$ $p < 0,0001$		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,36 \pm 0,06$	0,001
	Années de scolarité	$0,01 \pm 0,02$	0,001
	Sexe des participants	$-0,44 \pm 0,20$	0,028
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,16$ $F_{\text{modèle}} : 17,51$ $dl : 3$ $p < 0,0001$		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,32 \pm 0,07$	0,001
	Années de scolarité	$0,01 \pm 0,02$	0,010
	Sexe des participants	$-0,39 \pm 0,20$	0,049
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,10$ $F_{\text{modèle}} : 10,80$ $dl : 3$ $p < 0,0001$		

TABLEAU 14

Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la préparation de l'entrevue
avec le pharmacien pour les trois mesures de l'étude en contrôlant
l'effet de certaines variables sociodémographiques

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,28 \pm 0,07$	0,001
	Sexe des participants	$-0,60 \pm 0,22$	0,008
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,08$ $F_{\text{modèle}} : 11,37$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,34 \pm 0,07$	0,001
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,08$ $F_{\text{modèle}} : 23,45$ $dl : 1$ $p < 0,0001$		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,43 \pm 0,07$	0,001
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,12$ $F_{\text{modèle}} : 37,92$ $dl : 1$ $p < 0,0001$		

Les analyses de régression effectuées nous permettent de confirmer l'hypothèse H5 à savoir que le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure préparation des entrevues des participants avec leur médecin et leur pharmacien.

5.3.2 Comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H6

Le tableau 15, p. 69, révèle qu'un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est un prédicteur de comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé pour les trois mesures de l'étude. Dans le cadre de cette étude, ces comportements généraux incluent la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression anxiété), l'activité physique, l'alimentation et les situations de vie favorisant la santé mentale.

On note également que l'âge des participants est un prédicteur de comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé pour les mesures 1 et 2 de l'étude. Plus précisément, le fait d'être plus âgé est associé à une meilleure acquisition de ces comportements.

En ce qui concerne le coefficient de variation ($R^2_{\text{ajusté}}$), nous constatons qu'il varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,57, 0,57 et 0,55 (tableau 15, p. 69).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final donnent une forte explication de la variance de la variable dépendante, soit les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé.

TABLEAU 15

Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'acquisition de comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,50 \pm 0,03$	0,001
	Âge au moment de l'étude	$0,01 \pm 0,01$	0,007
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,57$ $F_{\text{modèle}} : 159,63$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,50 \pm 0,03$	0,001
	Âge au moment de l'étude	$0,01 \pm 0,01$	0,002
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,57$ $F_{\text{modèle}} : 168,70$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,52 \pm 0,03$	0,001
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,55$ $F_{\text{modèle}} : 314,56$ $dl : 1$ $p < 0,0001$		

Les analyses de régression effectuées nous permettent de confirmer l'hypothèse H6 à savoir que, chez les participants, le sentiment d'efficacité personnelle prédit l'acquisition de comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé.

5.3.3 Comportements spécifiques favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H7

La vérification de l'hypothèse H7 concerne les analyses de régression entre le sentiment d'efficacité personnelle et les variables reliées à l'utilisation des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication notamment les sédatifs-hypnotiques, les anti-inflammatoires, les laxatifs et les tranquillisants. Ces variables se rapportent à cinq échelles de mesure qui sont : les informations générales face à la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène du sommeil, les situations de vie favorisant la santé mentale.

A) Gestion des agresseurs psychologiques

Le tableau 16, p. 70, montre que le sentiment d'efficacité personnelle est prédicteur à l'égard des comportements associés à la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), et ce, pour les trois mesures de l'étude. Ainsi, on constate qu'un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est associé à des comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques.

On note également que l'âge des participants est un prédicteur de ces comportements favorables à la mesure 2 de l'étude. Plus précisément, le fait d'être plus âgé est associé à de meilleurs comportements d'autogestion de la santé à l'égard des agresseurs psychologiques.

En ce qui concerne le coefficient de variation (R^2 ajusté), nous constatons qu'il varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,50, 0,51 et 0,45 (tableau 16).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final donnent une forte explication de la variance de la variable dépendante, soit les comportements favorables à la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété).

TABLEAU 16

**Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs :
gestion des agresseurs psychologiques pour les trois mesures de l'étude
en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques**

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	0,55 $\pm$ 0,03	0,001
	R^2 ajusté : 0,50 F modèle : 254,81 dl : 1 p<0,0001		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	0,55 $\pm$ 0,03	0,001
	Âge des participants au moment de l'étude	0,01 $\pm$ 0,01	0,026
	R^2 ajusté : 0,51 F modèle : 136,19 dl : 2 p<0,0001		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	0,54 $\pm$ 0,04	0,001
	R^2 ajusté : 0,45 F modèle : 212,35 dl : 1 p<0,0001		

B) Activité physique

Le tableau 17, p. 71, précise que le sentiment d'efficacité personnelle est un prédicteur à l'égard de comportements associés à l'activité physique pour les trois mesures de l'étude. Ainsi, un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est associé à des comportements favorables à la pratique de l'activité physique.

Nous remarquons également que le sexe des participants, en l'occurrence être un homme, est associé à l'amélioration de la pratique de l'activité physique pour les mesures 2 et 3 de l'étude.

En ce qui concerne le coefficient de variation (R^2 ajusté), nous constatons qu'il varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,24, 0,23 et 0,28 (tableau 17, p. 71).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final expliquent modérément la variance de la variable dépendante, soit les comportements favorables à l'activité physique.

TABLEAU 17

**Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs :
activité physique pour les trois mesures de l'étude en contrôlant
l'effet de certaines variables sociodémographiques**

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,45 \pm 0,05$	0,001
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,24$ $F_{\text{modèle}} : 80,69$ $dl : 1$ $p < 0,0001$		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,43 \pm 0,05$	0,001
	Sexe des participants	$0,33 \pm 0,16$	0,042
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,23$ $F_{\text{modèle}} : 39,78$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,52 \pm 0,05$	0,001
	Sexe des participants	$0,37 \pm 0,15$	0,015
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,28$ $F_{\text{modèle}} : 54,38$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		

C) *Alimentation*

Le tableau 18, p. 72, indique qu'un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est un prédicteur de l'amélioration des habitudes alimentaires pour les trois mesures de l'étude. Nous observons également que l'âge des participants est un prédicteur de comportements favorables à l'égard de saines habitudes alimentaires pour la mesure 2 de l'étude. Plus précisément, le fait d'être plus âgé est associé à de meilleures habitudes alimentaires.

En ce qui concerne le coefficient de variation ($R^2_{\text{ajusté}}$), nous constatons qu'il varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,25, 0,20 et 0,21 (tableau 18, p. 72).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final expliquent modérément la variance de la variable dépendante, soit les comportements favorables aux saines habitudes alimentaires.

TABLEAU 18

**Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs :
 alimentation pour les trois mesures de l'étude en contrôlant
 l'effet de certaines variables sociodémographiques**

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	0,44 $\pm$ 0,05	0,001
	R ² ajusté : 0,25 F _{modèle} : 84,85 dl : 1 p<0,0001		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	0,36 $\pm$ 0,05	0,001
	Âge des participants au moment de l'étude	0,01 $\pm$ 0,01	0,025
	R ² ajusté : 0,20 F _{modèle} : 33,88 dl : 2 p<0,0001		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	0,43 $\pm$ 0,05	0,001
	R ² ajusté : 0,21 F _{modèle} : 71,59 dl : 1 p<0,0001		

D) Hygiène du sommeil

Le tableau 19, p. 73, montre que le sentiment d'efficacité personnelle est un prédicteur de comportements favorables à l'égard de l'hygiène du sommeil pour les trois mesures de l'étude. Ainsi, un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est associé à l'amélioration de comportements favorisant le sommeil.

Mentionnons également que l'âge des participants est un prédicteur de comportements à l'égard de l'hygiène du sommeil à la mesure 1 de l'étude. Plus précisément, le fait d'être plus âgé est associé plus fréquemment à des comportements favorisant le sommeil.

De plus, nous observons aux mesures 2 et 3 de l'étude, que le nombre d'années de scolarité des participants est un prédicteur de comportements associés au sommeil. Ainsi, le fait d'être moins scolarisé est associé à une meilleure hygiène du sommeil.

En ce qui concerne le coefficient de variation (R² ajusté), nous constatons qu'il varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,14, 0,23 et 0,25 (tableau 19, p. 73).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final expliquent modérément la variance de la variable dépendante, soit les comportements favorables au sommeil.

TABLEAU 19

**Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs :
hygiène du sommeil pour les trois mesures de l'étude en contrôlant
l'effet de certaines variables sociodémographiques**

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,28 \pm 0,06$	0,001
	Âge des participants au moment de l'étude	$0,01 \pm 0,01$	0,014
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,14$ $F_{\text{modèle}} : 14,24$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,38 \pm 0,06$	0,001
	Années de scolarité	$-0,01 \pm 0,2$	0,013
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,23$ $F_{\text{modèle}} : 26,00$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	$0,44 \pm 0,07$	0,001
	Années de scolarité	$-0,01 \pm 0,2$	0,017
	$R^2_{\text{ajusté}} : 0,25$ $F_{\text{modèle}} : 29,05$ $dl : 2$ $p < 0,0001$		

E) *Situations de vie favorisant la santé mentale*

Le tableau 20, p. 74, montre que le sentiment d'efficacité personnelle est un prédicteur de comportements favorables à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale, et ce, pour les trois mesures de l'étude. Ainsi, un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé est associé à l'amélioration des comportements favorisant la santé mentale.

Nous observons également à la mesure 2 de l'étude que l'âge des participants est un prédicteur de comportements favorables à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale. Plus précisément, le fait d'être plus âgé est associé à de meilleurs comportements en ce qui concerne la santé mentale.

En ce qui concerne le coefficient de variation (R^2 ajusté), nous constatons qu'il varie pour les mesures 1, 2 et 3 s'établissant respectivement à 0,32, 0,48 et 0,37 (tableau 20, p. 74).

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final expliquent modérément la variance de la variable dépendante, soit les comportements favorables à l'égard de situations de vie favorisant la santé mentale.

TABLEAU 20

Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur l'utilisation de moyens alternatifs : situations de vie favorisant la santé mentale pour les trois mesures de l'étude en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques

Variables		$\beta \pm SE$	Degré de signification (p)
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	0,45 $\pm$ 0,04	0,001
	R ² ajusté : 0,32 F modèle : 116,80 dl : 1 p<0,0001		
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	0,55 $\pm$ 0,04	0,001
	Âge des participants au moment de l'étude	0,01 $\pm$ 0,01	0,003
	R ² ajusté : 0,48 F modèle : 122,68 dl : 2 p<0,0001		
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	0,53 $\pm$ 0,04	0,001
	R ² ajusté : 0,37 F modèle : 160,90 dl : 1 p<0,0001		

Les analyses de régression effectuées confirment l'hypothèse H7 à savoir que le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure utilisation chez les participants des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication notamment en ce qui concerne les sédatifs-hypnotiques, les anti-inflammatoires, les laxatifs et les tranquillisants; ces moyens se rapportent à la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale.

5.3.4 Fidélité au traitement médicamenteux : vérification de l'hypothèse H8

Le tableau 21, p. 75, présente les résultats des analyses de régression logistique concernant la fidélité au traitement médicamenteux. On constate que le sentiment d'efficacité personnelle n'est pas associé significativement à la fidélité au traitement médicamenteux pour les trois mesures de l'étude.

TABLEAU 21
Effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la fidélité au traitement
médicamenteux pour les trois mesures de l'étude en contrôlant
l'effet de certaines variables sociodémographiques

Variables		$\beta \pm SE$	P	RC
mesure 1	Sentiment d'efficacité personnelle	0,22 $\pm$ 0,14	0,13	1,24
	Ajustement du modèle : χ^2 : 7,68 dl : 4 p<0,104			
mesure 2	Sentiment d'efficacité personnelle	0,41 $\pm$ 0,79	0,60	1,51
	Ajustement du modèle : χ^2 : 10,48 dl : 4 p<0,033			
mesure 3	Sentiment d'efficacité personnelle	-0,21 $\pm$ 0,60	0,73	0,81
	Ajustement du modèle : χ^2 : 1,77 dl : 4 p<0,777			

Les analyses de régression logistiques effectuées ne confirment pas l'hypothèse H8. Ainsi contrairement à l'hypothèse formulée le sentiment d'efficacité personnelle n'est pas associé à une meilleure fidélité des participants au traitement médicamenteux.

Enfin, considérant les coefficients de variation obtenus, il s'avère que le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques inclus dans le modèle de régression final donnent des explications diversifiées de la variance des variables dépendantes relatives aux comportements de santé et de soins des participants. Cette explication est faible pour les variables qui concernent la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien; elle est modérée pour les variables comportementales à l'égard de l'activité physique, les saines habitudes alimentaires, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale, alors qu'elle est forte pour les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé et les comportements associés à la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété).

En somme, il est donc probable que d'autres variables du programme ou d'autres facteurs, non documentés dans la présente étude, ont un impact sur les changements de comportements de santé ou de soins des participants.

5.4 Effets immédiats de l'intervention sur les comportements de santé et de soins des participants : vérification de l'hypothèse H9

Nous abordons ici la vérification de l'hypothèse H9 présentée à la section 3.2 de ce rapport. Cette hypothèse, à plusieurs composantes, se rapporte aux effets immédiats du programme d'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* sur les comportements associés à la santé ou aux soins.

Rappelons que la vérification de l'hypothèse H9 était conditionnelle à la démonstration des effets attendus et expliqués par l'approche andragogique (H1 et H2) et par la théorie de l'efficacité

personnelle (H5, H6, H7 et H8). À la lumière des résultats positifs obtenus, nous sommes justifiés de vérifier les effets à court terme de l'intervention sur les comportements de santé et de soins, soit :

H9a : la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien;

H9b : les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale;

H9c : l'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication : échelles spécifiques sauf celle sur les situations de vie favorisant la santé mentale.

L'hypothèse H9d, traitant de la fidélité au traitement médicamenteux, ne sera pas vérifiée puisque les analyses de régression effectuées ne démontrent pas que le sentiment d'efficacité personnelle des participants prédit une meilleure fidélité au traitement médicamenteux.

Les analyses réalisées dans cette section présentent les données obtenues des groupes expérimental et témoin selon deux périodes d'observation. Elles correspondent à deux mesures de l'étude telles que présentées au schéma 5. Ces deux mesures sont définies comme suit :

- La mesure 1 compare les groupes expérimental et témoin avant l'intervention. Elle correspond aux observations O1 et O4.
- La mesure 2 compare le groupe expérimental, immédiatement après l'intervention et le groupe témoin avant que ce dernier fasse l'objet d'une intervention. Cette mesure correspond aux observations O2 et O5.

La vérification de l'hypothèse H9 a été effectuée à l'aide des analyses de variance par mesures répétées. Ce type d'analyse permet de vérifier l'effet des variables indépendantes (temps et groupes) et leurs interactions (groupes par temps) sur les variables dépendantes en contrôlant l'effet de certaines variables sociodémographiques significativement différentes entre les groupes expérimental et témoin à la mesure 1 de l'étude et corrélées positivement aux variables dépendantes.

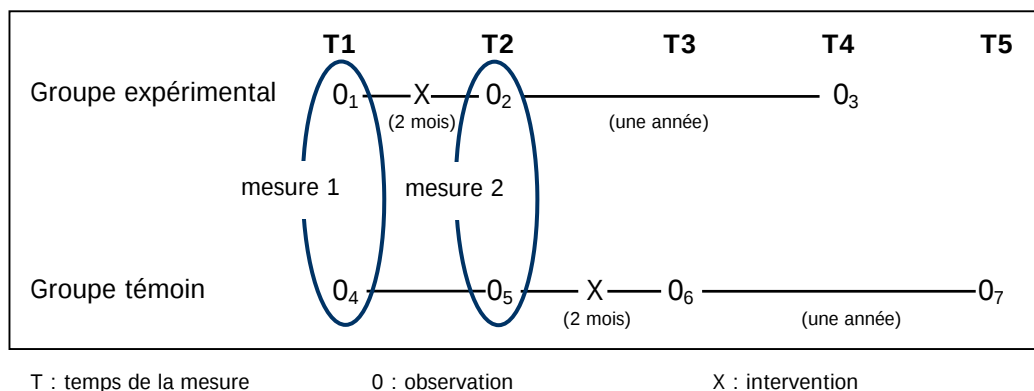


SCHÉMA 5

Devis de recherche
Vérification de l'hypothèse H9

Comme précisé à la section 5.1.4, la seule différence observée entre les groupes expérimental et témoin à la mesure 1 de l'étude concerne l'âge des participants. L'âge est corrélé significativement avec trois variables dépendantes, soit les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé et les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques et d'une bonne hygiène du sommeil. Les analyses permettant de contrôler l'effet de l'âge ont donc été effectuées pour ces trois variables.

5.4.1 Préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien : vérification de l'hypothèse H9a

La vérification de l'hypothèse H9a concerne les effets de l'intervention sur les comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien. Les propos suivants traitent séparément de la préparation de l'entrevue avec chacun de ces professionnels.

A) Préparation de l'entrevue avec le médecin

Le tableau 22 se rapporte aux effets de l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin. Les analyses de variance effectuées montrent des différences significatives sur le plan des groupes et du temps. Sur le plan des groupes, il appert que les groupes expérimental et témoin sont significativement différents. Sur le plan du temps, le graphique 10, p. 78, montre que les scores moyens en rapport avec cette variable augmentent entre les mesures 1 et 2 de l'étude, et ce, pour les deux groupes. Toutefois, il n'y a pas d'effet d'interaction (groupes par temps) démontrant une différence significative entre ces groupes à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin entre les deux mesures de l'étude (tableau 22).

Ce résultat n'est pas surprenant puisqu'il est probable que la majorité des participants du groupe expérimental n'ont pas eu l'occasion de rencontrer leur médecin au cours de la période d'activités du programme.

TABLEAU 22
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard
de la préparation de l'entrevue avec le médecin

Sources de variance	Intergruppes ¹		Intragruppes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Préparation de l'entrevue avec le médecin</i>				
Temps	—	—	6,76	0,010
Groupes	3,99	0,046	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,79	0,373

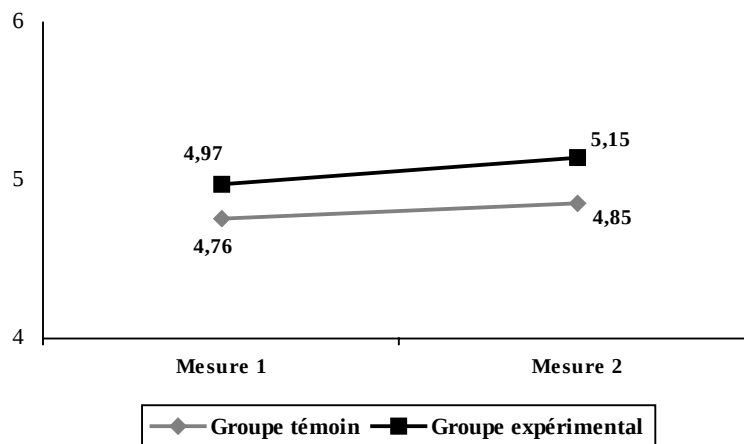
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 10

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin

B) Préparation de l'entrevue avec le pharmacien

Le tableau 23 présente les effets de l'intervention sur les comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien. Les analyses de variance effectuées révèlent des différences significatives sur le plan des groupes, du temps et de l'interaction (groupes par temps). Ainsi, nous observons une différence entre les groupes en rapport avec cette variable. Sur le plan du temps, comme l'indique le graphique 11, p. 79, les scores moyens reliés aux comportements souhaitables des participants lors de l'entrevue avec le pharmacien se sont améliorés entre les mesures 1 et 2 de l'étude, et ce, pour les deux groupes expérimental et témoin. La différence significative observée sur le plan de l'interaction, tableau 23, montre que, comparativement au groupe témoin, l'amélioration des comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien est significativement plus élevée chez le groupe expérimental entre les deux mesures de l'étude.

TABLEAU 23

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Préparation de l'entrevue avec le pharmacien</i>				
Temps	—	—	10,08	0,002
Groupes	4,37	0,037	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	5,72	0,017

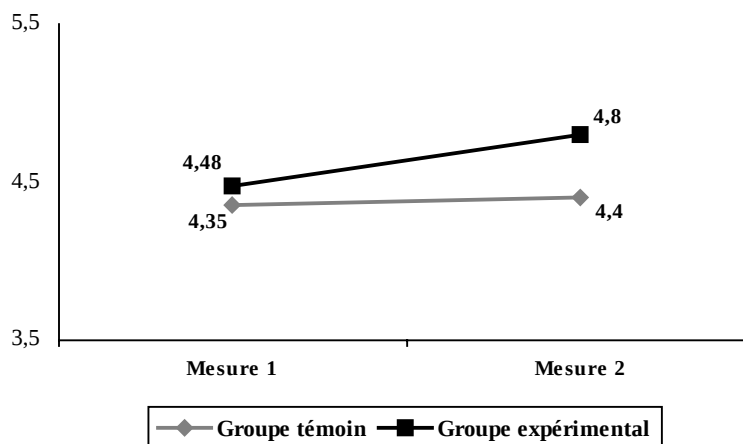
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 11

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien

Les analyses de variance effectuées confirment le premier volet de l'hypothèse H9a à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, les comportements souhaitables des participants quant à la préparation de l'entrevue avec le pharmacien. Cependant, ces mêmes analyses ne confirment pas le deuxième volet de l'hypothèse H9a à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, les comportements favorables des participants pour la préparation de l'entrevue avec le médecin. Ce résultat est probablement dû au fait que la majorité des participants du groupe expérimental n'ont pas eu l'occasion de rencontrer leur médecin au cours des six semaines que dure habituellement le programme alors qu'ils se rendent plus fréquemment à la pharmacie.

5.4.2 *Comportements généraux favorables à l'autogestion de sa santé : vérification de l'hypothèse H9b*

Le tableau 24, p. 80, traite des effets de l'intervention sur les comportements généraux des participants par rapport à l'autogestion de leur santé. Il s'agit d'une échelle globale sur l'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication; elle comprend la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'alimentation et les situations de vie favorisant la santé mentale.

Les analyses de variance effectuées révèlent des différences significatives sur le plan du temps et de l'interaction (groupes par temps). Par rapport au temps, nous constatons au graphique 12, p 81, que le score moyen relatif aux comportements généraux favorables à l'autogestion de leur santé s'est amélioré pour le groupe expérimental entre les mesures 1 et 2 de l'étude alors que celui du groupe témoin a diminué durant le même période. La différence significative observée sur le plan de l'interaction, tableau 24, p. 80, nous indique que, comparativement au groupe témoin, le groupe expérimental a modifié significativement ses comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé entre les deux mesures de l'étude.

En enlevant la proportion de variance de la variable dépendante (comportements généraux) expliquée par la variable de contrôle (l'âge), nous observons des différences significatives sur le plan de l'âge des participants et de l'interaction (groupe par temps). Ainsi, les groupes expérimental et témoin diffèrent de façon significative quant à la variable mesurant l'âge. Par contre, l'effet temps observé précédemment disparaît alors que l'effet d'interaction demeure. Donc, comparativement au groupe témoin, l'augmentation du score moyen des comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé chez le groupe expérimental est significative entre les deux mesures de l'étude.

TABLEAU 24
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur les comportements généraux favorables
à l'autogestion de la santé : échelle globale

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'échelle globale</i>				
Temps	—	—	14,47	0,000
Groupes	0,02	0,886	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	27,38	0,000
En contrôlant l'effet de l'âge				
<i>Comportements de santé : l'échelle globale</i>				
Temps	—	—	1,22	0,271
Âge	11,19	0,001	—	—
Interaction (âge par temps)	—	—	0,38	0,538
Groupes	0,40	0,527	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	26,54	0,000

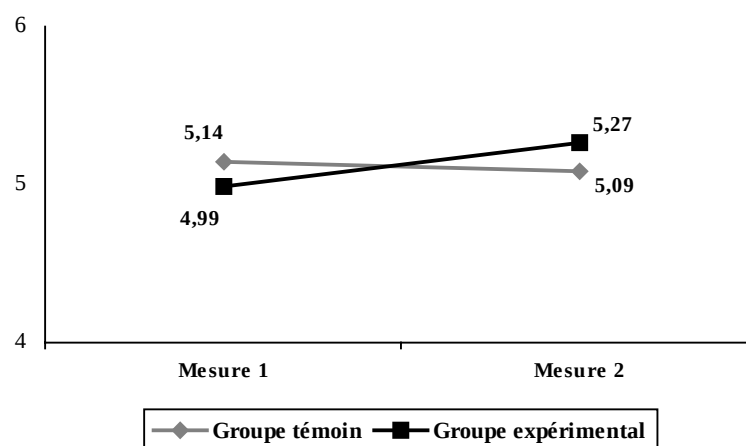
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 12

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H9b à savoir que l'intervention de type andragogique améliorent, de façon immédiate, les comportements généraux des participants par rapport à l'autogestion de leur santé, concernant l'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication.

5.4.3 Comportements spécifiques favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H9c

La vérification de l'hypothèse H9c concerne les effets de l'intervention sur l'utilisation de moyens alternatifs spécifiques pour compléter ou remplacer la médication. Ces variables se rapportent à quatre échelles de mesures à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), de l'activité physique, de l'alimentation et de l'hygiène du sommeil.

A) Gestion des agresseurs psychologiques

Le tableau 25, p. 82, présente les effets de l'intervention sur les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété). Les analyses de variance effectuées révèlent des différences significatives sur le plan du temps et de l'interaction (groupes par temps). Comme nous l'observons au graphique 13, p. 83, le score moyen des comportements favorables en rapport avec cette variable augmente pour le groupe expérimental et diminue pour le groupe témoin entre les mesures 1 et 2 de l'étude. La différence significative observée sur le plan de l'interaction, tableau 25, p. 82, montre que, comparativement au groupe témoin, le groupe expérimental a amélioré significativement les comportements favorables à l'égard d'agresseurs psychologiques entre les deux mesures de l'étude.

En enlevant, la proportion de variance de la variable dépendante (la gestion des agresseurs psychologiques) expliquée par la variable de contrôle (l'âge), nous observons des différences

significatives sur le plan de l'âge des participants et de l'interaction (groupes par temps). Ainsi l'âge des participants diffère de façon significative entre les groupes. Par contre, l'effet temps observé précédemment disparaît alors que l'effet d'interaction demeure. Donc, comparativement au groupe témoin, le score moyen des comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques chez le groupe expérimental s'est amélioré significativement entre les deux mesures de l'étude.

TABLEAU 25
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur les comportements favorables à l'égard
de la gestion des agresseurs psychologiques

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : la gestion des agresseurs psychologiques</i>				
Temps	—	—	7,89	0,005
Groupes	0,00	0,988	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	4,51	0,000
En contrôlant l'effet de l'âge				
<i>Comportements de santé : la gestion des agresseurs psychologiques</i>				
Temps	—	—	1,46	0,228
Âge	9,45	0,002	—	—
Interaction (âge par temps)	—	—	0,72	0,398
Groupes	0,43	0,510	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	24,30	0,000

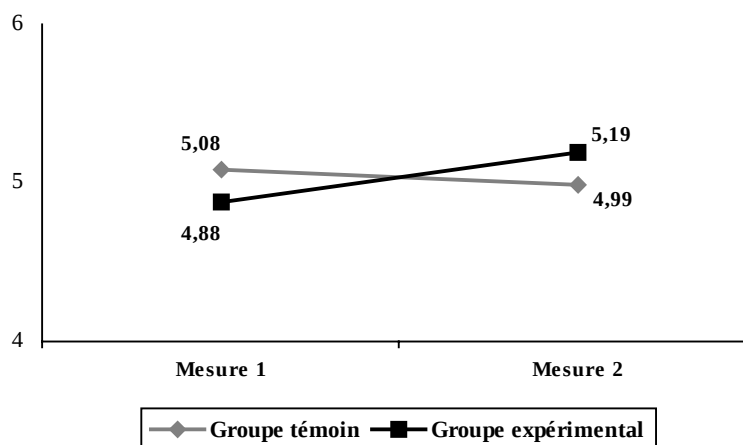
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 13

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques

B) *Activité physique*

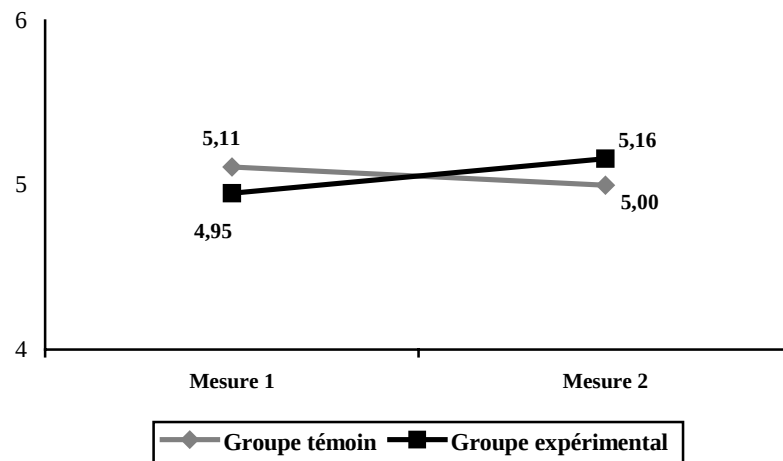
Le tableau 26 présente les effets de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique. Les analyses de variance réalisées montrent une différence significative sur le plan de l'interaction (groupes par temps). Cette différence significative démontre que, comparativement au groupe témoin, le groupe expérimental a amélioré significativement son score quant aux comportements recommandés à l'égard de l'activité physique entre les deux mesures de l'étude (graphique 14, p. 84).

TABLEAU 26

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'activité physique</i>				
Temps	—	—	1,13	0,289
Groupes	0,00	0,995	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	11,27	0,001

¹ Variation entre les groupes² Variation à l'intérieur des groupes³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2⁴ F = valeur du test F (de Fisher)⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 14

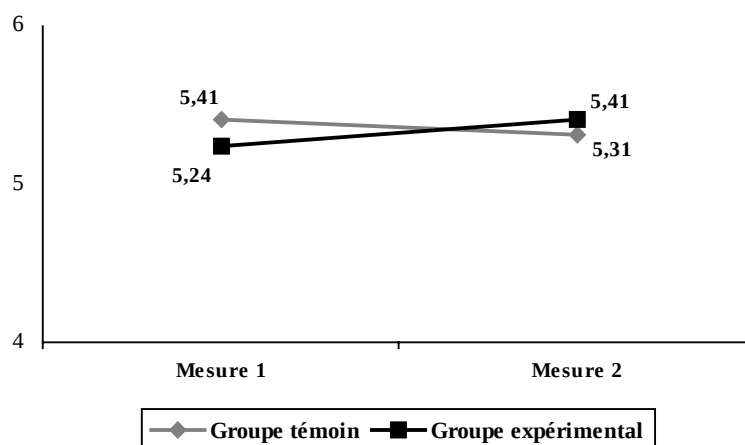
Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique

C) Alimentation

Le tableau 27, p. 85, traite des effets de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires. Les analyses de variance effectuées montrent une différence significative sur le plan de l'interaction (groupes par temps). Cette différence significative démontre que, comparativement au groupe témoin, les comportements recommandés à l'égard des saines habitudes alimentaires se sont améliorés significativement dans le groupe expérimental entre les deux mesures de l'étude (graphique 15, p. 85).

TABLEAU 27
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur les comportements recommandés
à l'égard de saines habitudes alimentaires

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'alimentation</i>				
Temps	—	—	0,69	0,408
Groupes	0,12	0,732	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	12,88	0,000

¹ Variation entre les groupes² Variation à l'intérieur des groupes³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2⁴ F = valeur du test F (de Fisher)⁵ P = degré de signification

GRAPHIQUE 15

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin,
avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental)
pour l'échelle mesurant les comportements recommandés
à l'égard de saines habitudes alimentaires

D) Hygiène du sommeil

Le tableau 28, p. 86, concerne les effets de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil. Les analyses de variance réalisées révèlent des différences significatives sur le plan des groupes, du temps et de l'interaction (groupes par temps). Ainsi, il s'avère que les groupes expérimental et témoin sont différents quant aux comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil. En ce qui concerne la différence sur le plan du temps, nous observons au graphique 16, p. 87, que les scores moyens des comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil augmentent entre les mesures 1 et 2 de l'étude, et ce, pour les deux groupes. La différence significative observée

sur le plan de l'interaction, tableau 28, montre que l'amélioration des comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil chez les participants du groupe expérimental est significativement plus élevée que chez les participants du groupe témoin entre les deux mesures de l'étude.

En enlevant la proportion de variance de la variable dépendante (la bonne hygiène du sommeil) expliquée par la variable de contrôle (l'âge), nous observons des différences significatives sur le plan de l'âge des participants, des groupes et de l'interaction (groupes par temps). Ainsi, les groupes diffèrent de façon significative quant aux variables mesurant l'âge et les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil. Par contre, l'effet temps observé précédemment disparaît alors que l'effet de l'interaction demeure. Conséquemment, l'amélioration des comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil est significativement plus élevée dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin entre les deux mesures de l'étude.

TABLEAU 28
Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
de l'intervention sur les comportements recommandés
à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'hygiène du sommeil</i>				
Temps	—	—	27,58	0,000
Groupes	10,69	0,001	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	7,70	0,006
<i>En contrôlant l'effet de l'âge</i>				
<i>Comportements de santé : l'hygiène du sommeil</i>				
Temps	—	—	1,93	0,166
Âge	8,20	0,005	—	—
Interaction (âge par temps)	—	—	0,43	0,511
Groupes	5,63	0,018	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	8,35	0,004

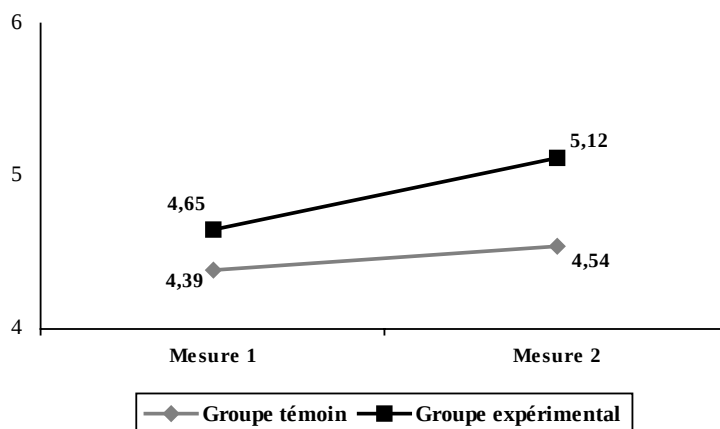
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂ = mesures 1 et 2

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 16

Scores moyens aux deux temps de mesure (avant l'intervention pour le groupe témoin, avant et immédiatement après l'intervention pour le groupe expérimental) pour l'échelle mesurant les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H9c à savoir que l'intervention de type andragogique améliore, de façon immédiate, les comportements recommandés à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques, de l'activité physique, de saines habitudes alimentaires et d'une bonne hygiène du sommeil.

5.5 Effets de l'intervention, après une année, sur les comportements de santé et de soins des participants : vérification de l'hypothèse H10

Nous abordons ici la vérification de l'hypothèse H10 présentée à la section 3.2 du rapport. Cette hypothèse, à plusieurs composantes, se rapporte aux effets du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* sur les comportements associés à la santé et aux soins une année après l'intervention.

À l'instar de l'hypothèse H9, la vérification de l'hypothèse H10 était conditionnelle à la démonstration des effets attendus et expliqués par l'approche andragogique (H1 et H2), par la théorie de l'efficacité personnelle (H5, H6, H7 et H8) et par la démonstration d'effets immédiats du programme sur les comportements associés à la santé ou aux soins (H9). À la lumière des résultats positifs obtenus, nous sommes justifiés de vérifier les effets de l'intervention, après une année, au regard des composantes suivantes :

- H10a :** la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien;
- H10b :** les comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale;
- H10c :** l'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication : échelles spécifiques sauf celle sur les situations de vie favorisant la santé mentale.

Les analyses réalisées dans cette section comparent les données obtenues des participants des groupes expérimentaux 1 et 2, une année après l'intervention. En effet, comme nous l'observons au schéma 6, le groupe témoin devient un groupe expérimental (expérimental 2) entre les observations O5 et O6.

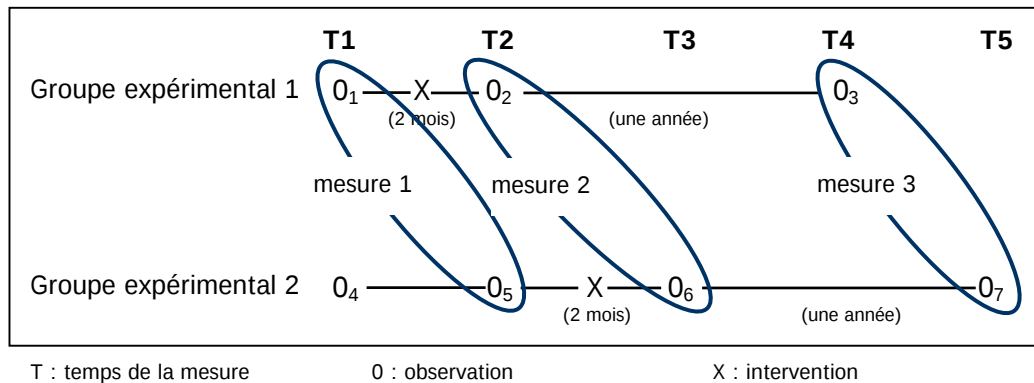


SCHÉMA 6
Devis de recherche
Vérification de l'hypothèse H10

Pour vérifier l'hypothèse H10, les analyses portent sur trois périodes d'observation correspondant à trois mesures de l'étude. Tel que présenté au schéma 6, ces trois mesures sont définies comme suit :

- La mesure 1 compare les observations O1 et O5. Il s'agit de l'observation précédant l'intervention pour les deux groupes expérimentaux.
- La mesure 2 compare les observations O2 et O6. Elle fait référence à l'observation se situant immédiatement après l'intervention pour les deux groupes expérimentaux.
- La mesure 3 compare les observations O3 et O7, soit une année après l'intervention pour les deux groupes expérimentaux.

Le fait de traiter distinctement les deux groupes expérimentaux permet de vérifier leurs comportements respectifs en matière de santé et de soins lors des trois mesures de l'étude. Advenant des comportements similaires, cette double vérification, à l'aide de deux groupes exposés différents, sera de nature à confirmer avec plus de puissance les effets observés du programme immédiatement après l'intervention et une année plus tard.

La vérification de l'hypothèse H10 est effectuée à l'aide de l'analyse de variance par mesures répétées. Ce type d'analyse permet de vérifier l'effet des variables indépendantes (temps et groupes) et leurs interactions sur les variables dépendantes (H10a, H10b, H10c). Plus précisément, l'objectif poursuivi par la vérification de l'hypothèse H10 est de savoir si les effets de l'intervention, observés à court terme, (H9), se maintiennent dans le temps, soit une année après l'intervention.

Comme le groupe témoin devient un groupe expérimental à partir de l'observation O5, les analyses devraient confirmer des différences significatives dans le temps et plus précisément entre les mesures 1 et 2 de l'étude. Toutefois, aucune différence significative ne devrait être observée entre les mesures 2 et 3 de l'étude confirmant ainsi le maintien des effets sur les

comportements de santé après une année d'intervention. Sur le plan de l'interaction (groupes par temps), aucune différence significative ne devrait être observée puisque les deux groupes ont été exposés à la même intervention. Par contre, sur le plan de la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien, l'hypothèse H10a pourrait démontrer des différences significatives entre les mesures 2 et 3 étant donné qu'une proportion importante des participants a sans doute eu le temps (un an) de consulter ces professionnels de la santé ce qui n'était pas le cas lors de l'observation réalisée immédiatement après l'exposition (voir vérification de l'hypothèse H9a).

5.5.1 Préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien : vérification de l'hypothèse H10a

La vérification de l'hypothèse H10a concerne les effets du programme, une année après l'intervention, sur les comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien. Les propos suivants traitent distinctement ces deux variables.

A) Préparation de l'entrevue avec le médecin

Le tableau 29 présente les effets de l'intervention sur les comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin. Les analyses de variance effectuées révèlent une différence significative sur le plan du temps. Comme nous l'observons au graphique 17, p. 90, les scores moyens des comportements souhaitables des participants en rapport avec cette variable se sont améliorés dans le temps, et ce, pour les deux groupes de l'étude. Le tableau 29 montre que cette différence significative se situe entre les mesures 1 et 2 et les mesures 2 et 3 de l'étude confirmant ainsi une amélioration des comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin, immédiatement après l'intervention et que cette amélioration s'est encore accrue un an plus tard.

TABLEAU 29
Analyse de variance par mesures répétées des effets
immédiats et une année après l'intervention sur les comportements
souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Préparation de l'entrevue avec le médecin</i>				
Temps	—	—	33,98	0,000
Groupes	0,65	0,421	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,12	0,887
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	12,92	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	24,82	0,000

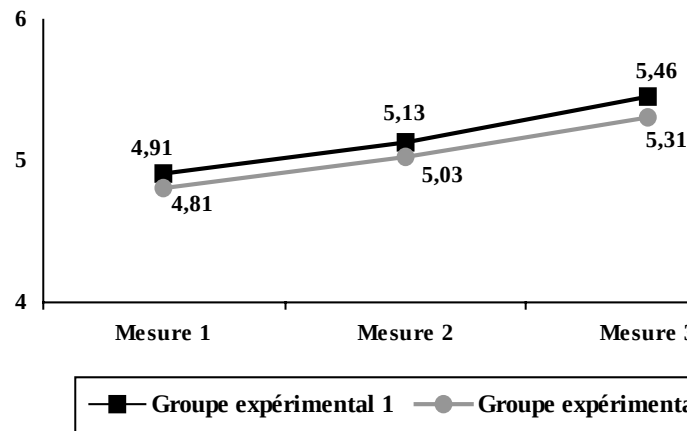
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 17

Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin

B) Préparation de l'entrevue avec le pharmacien

Le tableau 30 traite des effets de l'intervention sur les comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien. Les analyses de variance effectuées révèlent une différence significative sur le plan du temps. L'observation du graphique 18, p. 91, nous indique que les scores moyens en rapport avec cette variable se sont améliorés dans le temps et ce, pour les deux groupes de l'étude. L'examen du tableau 30 nous indique que cette différence significative se situe à la fois entre les mesures 1 et 2 et les mesures 2 et 3 de l'étude confirmant ainsi une amélioration des comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien, immédiatement après l'intervention et que cette amélioration s'est encore accrue un an plus tard.

TABLEAU 30

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
et une année après l'intervention sur les comportements souhaitables
à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Préparation de l'entrevue avec le pharmacien</i>				
Temps	—	—	34,63	0,000
Groupes	0,00	0,971	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,12	0,885
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	35,27	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	7,32	0,007

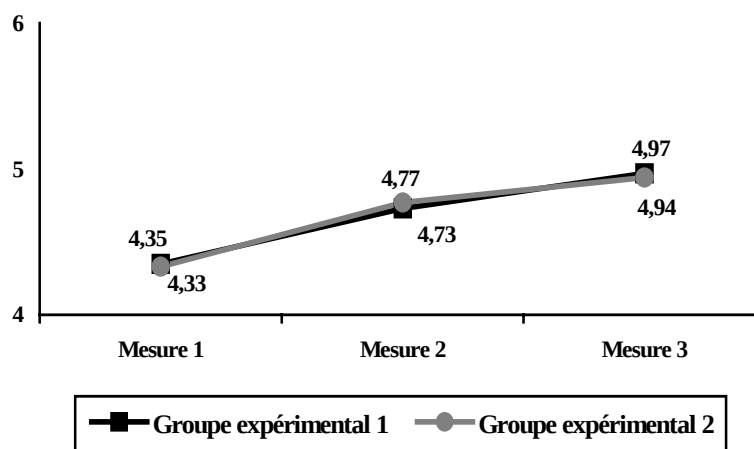
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 18

Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements souhaitables à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le pharmacien

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H10a à savoir que l'intervention de type andragogique améliore les comportements souhaitables des participants à l'égard de la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien, immédiatement après l'intervention et une année plus tard.

5.5.2 Comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H10b

Le tableau 31, p. 92, se rapporte aux effets de l'intervention sur les comportements généraux favorables des participants par rapport à l'autogestion de leur santé. Cette échelle comprend la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, l'alimentation et les situations de vie favorisant la santé mentale.

Les analyses de variance effectuées révèlent une différence significative sur le plan du temps. Comme nous l'observons au graphique 19, p. 92, les scores moyens en rapport avec cette variable se sont améliorés dans le temps, et ce, pour les deux groupes de l'étude. L'examen du tableau 31, p. 92, fait ressortir que cette différence significative se situe entre les mesures 1 et 2, soit immédiatement après l'intervention. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les mesures 2 et 3 de l'étude ce qui nous confirme le maintien, après une année, de l'effet de l'intervention sur l'amélioration de comportements généraux favorables par rapport à l'autogestion de la santé.

TABEAU 31

**Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
et une année après de l'intervention sur les comportements généraux
favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale**

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'échelle globale</i>				
Temps	—	—	38,75	0,000
Groupes	0,40	0,530	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,54	0,577
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	66,89	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	0,34	0,562

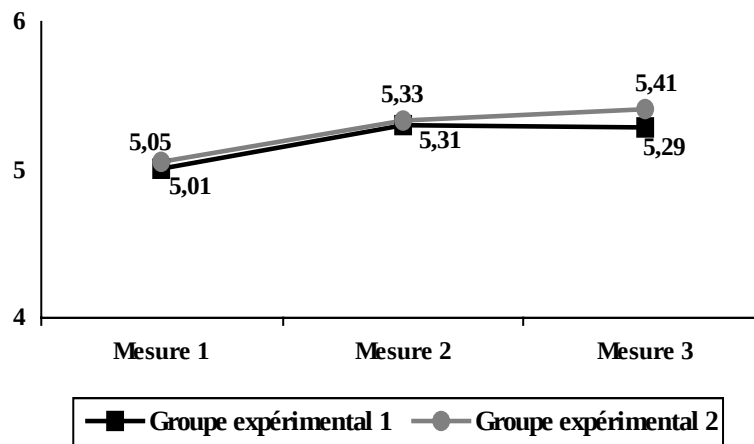
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 19

**Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant,
immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements
généraux favorables à l'autogestion de la santé : échelle globale**

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H10b à savoir que l'intervention de type andragogique améliore les comportements généraux d'autogestion de la santé des participants immédiatement après l'intervention et que cette amélioration est maintenue une année plus tard.

5.5.3 Comportements spécifiques favorables à l'autogestion de la santé : vérification de l'hypothèse H10c

La vérification de l'hypothèse H10c concerne les effets de l'intervention sur l'utilisation des moyens alternatifs spécifiques pour compléter ou remplacer la médication. Les analyses de variance effectuées se rapportent à quatre échelles de mesure qui sont : la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'alimentation et l'hygiène du sommeil.

A) Gestion des agresseurs psychologiques

Le tableau 32 présente les effets de l'intervention sur les comportements des participants à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété). Les analyses effectuées montrent une différence significative sur le plan du temps. Le graphique 20, p. 94, nous indique que les scores moyens en rapport avec cette variable se sont améliorés dans le temps, et ce, pour les deux groupes de l'étude. L'examen du tableau 32 montre que cette différence significative se situe entre les mesures 1 et 2, soit immédiatement après l'intervention. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les mesures 2 et 3 de l'étude ce qui confirme le maintien, après une année, de l'effet de l'intervention sur l'amélioration des comportements des participants à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques.

TABLEAU 32
**Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
et une année après l'intervention sur les comportements favorables
à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques**

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : la gestion des agresseurs psychologiques</i>				
Temps	—	—	31,71	0,000
Groupes	0,23	0,634	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,40	0,666
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	49,75	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	0,45	0,502

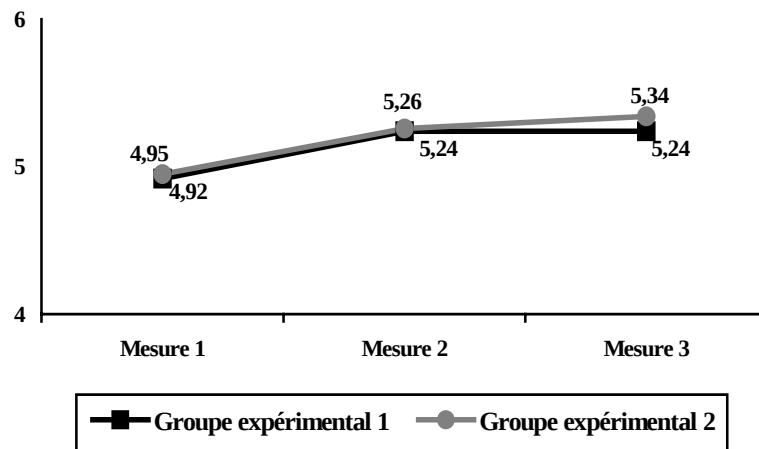
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 20

Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements favorables à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques

B) *Activité physique*

Le tableau 33 présente les effets de l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique. Les analyses de variance effectuées montrent une différence significative sur le plan du temps. Le graphique 21, p. 95, permet de comprendre que les scores moyens en rapport avec cette variable se sont améliorés dans le temps, et ce, pour les deux groupes de l'étude. Comme le montre le tableau 33, cette différence significative se situe entre les mesures 1 et 2 de l'étude, soit immédiatement après l'intervention. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les mesures 2 et 3 de l'étude ce qui confirme le maintien, après une année, de l'effet de l'intervention sur l'amélioration des comportements des participants à l'égard de l'activité physique.

TABLEAU 33

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats
et une année après l'intervention sur les comportements recommandés
à l'égard de l'activité physique

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'activité physique</i>				
Temps	—	—	8,48	0,000
Groupes	0,09	0,771	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,22	0,805
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	12,67	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	0,14	0,706

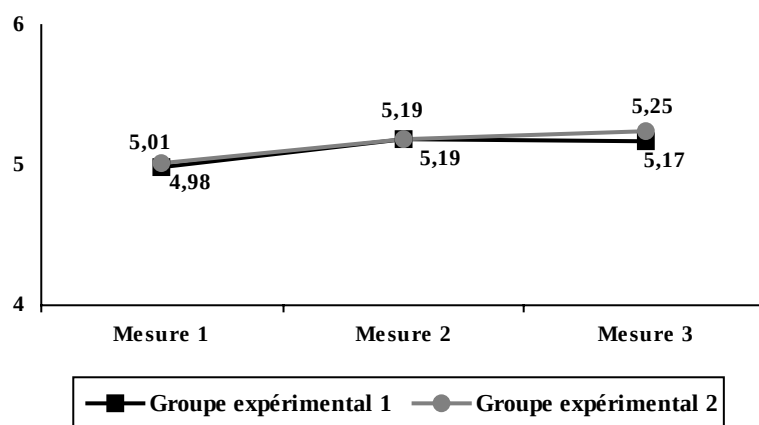
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 21

Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements recommandés à l'égard de l'activité physique

C) Alimentation

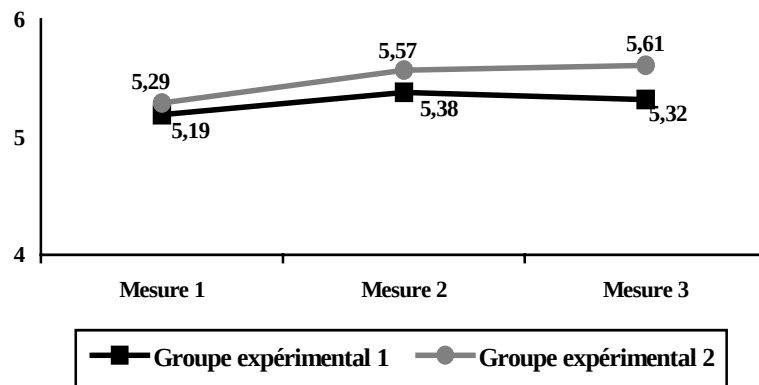
Le tableau 34 traite des résultats des effets de l'intervention sur les comportements recommandés aux participants à l'égard de saines habitudes alimentaires. Les analyses de variance démontrent une différence significative sur le plan du temps. Le graphique 22, p. 96, permet d'observer que les scores moyens de ces comportements sont améliorés dans le temps, et ce, pour les deux groupes de l'étude. Comme l'indique le tableau 34 cette différence significative se situe entre les mesures 1 et 2 de l'étude, soit immédiatement après l'intervention. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les mesures 2 et 3 de l'étude ce qui confirme le maintien, après une année, de l'effet de l'intervention sur l'amélioration des comportements alimentaires des participants.

TABLEAU 34

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires

Sources de variance	Intergroupes ¹		Intragroupes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'alimentation</i>				
Temps	—	—	16,17	0,000
Groupes	2,75	0,099	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	2,24	0,107
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	27,09	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	0,08	0,774

¹ Variation entre les groupes² Variation à l'intérieur des groupes³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3⁴ F = valeur du test F (de Fisher)⁵ P = degré de signification



GRAPHIQUE 22

Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements recommandés à l'égard de saines habitudes alimentaires

D) Hygiène du sommeil

Le tableau 35 présente les effets de l'intervention sur les comportements recommandés aux participants à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil. Les analyses de variance effectuées montrent une différence significative sur le plan du temps. Le graphique 23, p. 97, permet d'observer que les scores moyens en rapport avec cette variable se sont améliorés dans le temps, et ce, pour les deux groupes de l'étude. Comme l'indique le tableau 35, cette différence significative se situe entre les mesures 1 et 2 de l'étude, soit immédiatement après l'intervention. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les mesures 2 et 3 de l'étude ce qui confirme le maintien, après une année, de l'effet de l'intervention sur l'amélioration des comportements recommandés aux participants à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil.

TABLEAU 35

Analyse de variance par mesures répétées des effets immédiats et une année après l'intervention sur les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil

Sources de variance	Intergruppes ¹		Intragruppes ² (M ₁ , M ₂ , M ₃) ³	
	F ⁴	P ⁵	F ⁴	P ⁵
<i>Comportements de santé : l'hygiène du sommeil</i>				
Temps	—	—	19,96	0,000
Groupes	1,55	0,216	—	—
Interaction (groupes par temps)	—	—	0,16	0,849
Temps mesure 1 vs mesure 2	—	—	33,65	0,000
mesure 2 vs mesure 3	—	—	1,58	0,211

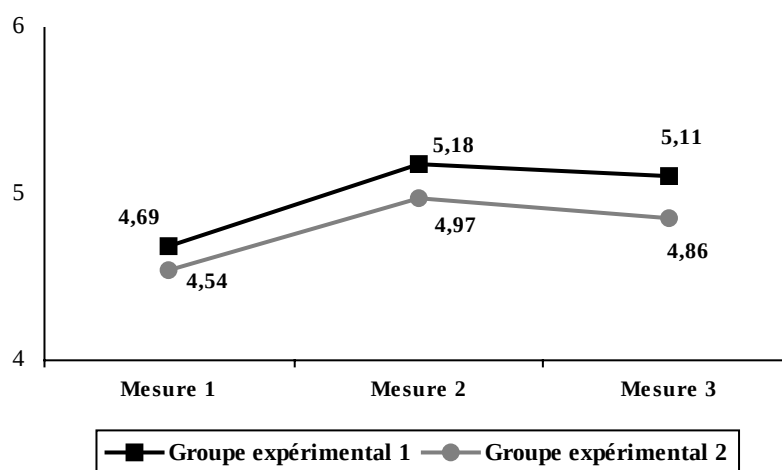
¹ Variation entre les groupes

² Variation à l'intérieur des groupes

³ M₁, M₂, M₃ = mesures 1, 2 et 3

⁴ F = valeur du test F (de Fisher)

⁵ P = degré de signification

**GRAPHIQUE 23**

Scores moyens des groupes expérimentaux 1 et 2 pour l'échelle mesurant, avant, immédiatement après l'intervention et une année plus tard, les comportements recommandés à l'égard d'une bonne hygiène du sommeil

Les analyses de variance effectuées confirment l'hypothèse H10c à savoir que l'intervention de type andragogique améliore les comportements recommandés aux participants à l'égard de la gestion des agresseurs psychologiques, de l'activité physique, de l'alimentation et d'une bonne hygiène du sommeil immédiatement après l'intervention et que cette amélioration est maintenue une année plus tard.

6. Discussion

Afin de dégager le plus possible la richesse de cette étude, nous discutons ici des résultats obtenus, de leur portée ainsi que des pistes d'action envisagées pour y donner suite.

6.1 Synthèse et interprétation des résultats

Cette étude documente les effets du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* mis en application sur le territoire montréalais. Son angle d'analyse repose sur le postulat que ce programme a des effets positifs et durables sur les comportements de santé ou de soins des participants notamment en ce qui regarde le bon usage des médicaments, leurs alternatives et compléments.

Le postulat d'un effet favorable est appuyé par un cadre conceptuel illustrant que l'intervention de type andragogique est réputée efficace pour améliorer les connaissances (le savoir), les attitudes (le savoir-être) et les comportements des participants (le savoir-faire) et rehausser leur sentiment d'efficacité personnelle. La théorie de l'efficacité personnelle constitue le modèle théorique retenu pour comprendre les motifs et le processus qui amènent une personne à réaliser des tâches d'autogestion de sa santé.

Pour confirmer la présence de ces effets, la présente étude vérifie dix hypothèses de recherche. Les résultats obtenus auprès de 563 participants (temps 1), soumis à plusieurs observations dans le cadre d'une recherche quasi expérimentale à groupes décalés de type prétest posttest avec groupe témoin, sont les suivants :

L'impact du programme sur le sentiment d'efficacité personnelle

L'étude confirme que l'intervention de type andragogique améliore le sentiment général d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'autogestion de leur santé et, plus particulièrement, à l'égard de comportements tels que la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, la saine alimentation et l'hygiène du sommeil (H1 et H2).

Rappelons ici que l'efficacité personnelle est définie comme le degré de confiance de la personne en sa capacité de réaliser avec succès certains comportements. Selon la théorie, la confiance de l'individu en ses propres capacités prédit son comportement ultérieur. Cette confiance prend son origine dans quatre sources d'information : la performance personnelle, l'exemple des autres, la persuasion verbale, la stimulation émotionnelle ou rétroaction psychologique.

Dans le cadre de l'intervention, l'amélioration de la performance personnelle s'inscrit dans la réalisation de tâches successives comportant un niveau croissant de difficulté ou suscitant de l'appréhension (ex. : faire de l'exercice physique et accroître progressivement la durée des entraînements; développer des habitudes compatibles avec l'hygiène du sommeil).

L'exemple des autres par l'observation des personnes accomplissant avec succès une activité difficile permet également d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'un individu est mis en présence de personnes qui ont une capacité semblable à

la sienne mais qui peuvent accomplir avec succès les tâches à réaliser (ex. : consommer chaque jour une alimentation contenant une proportion importante de fruits, de légumes et de céréales).

La persuasion verbale peut aussi expliquer l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle des participants. À cet effet, le recours à des professionnels de la santé, dans ce cas-ci des infirmières de CLSC responsables de l'animation des rencontres, peut influencer le sentiment d'efficacité personnelle par des suggestions ou des incitations verbales ou en diffusant de l'information écrite. Cette stratégie est particulièrement efficace lorsque ces professionnelles prennent le temps d'informer les participants et de les encourager à persévérer dans leur effort pour changer leur comportement.

Enfin, la peur et l'anxiété interfèrent avec le sentiment d'efficacité personnelle. Ce faisant, le recours à différentes techniques pour réduire le stress (ex. : technique de relaxation) concourt à l'amélioration de l'état physiologique et affectif des participants ainsi que de leur sentiment d'efficacité personnelle.

Cependant, l'étude ne confirme pas que l'intervention de type andragogique améliore le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard des situations de vie favorisant la santé mentale. Selon nous, cette situation peut s'expliquer par le fait que les indicateurs retenus dans le questionnaire d'enquête sont abordés de façon trop générale ou qu'ils ne sont pas traités spécifiquement lors de l'intervention (ex. : pouvoir être à l'écoute de mes besoins; pouvoir faire de bons choix, etc.).

L'impact du programme sur les connaissances

L'étude confirme également que l'intervention de type andragogique améliore les connaissances des participants à l'égard de certains phénomènes physiologiques et problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement (H3). Les enseignements prodigués dans le cadre de cette intervention portent sur les modifications physiologiques et les morbidités les plus caractéristiques du 3^e et du 4^e âge, lesquelles concernent le système musculo-squelettique, le sommeil, la nutrition et la gestion du stress (angoisse, anxiété).

L'impact du programme sur les attitudes

Il semble que l'intervention de type andragogique n'améliore pas les attitudes des participants quant au rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de leur santé (H4). Par contre, elle améliore les attitudes des participants par rapport au rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé.

Globalement, les résultats obtenus ici sont rassurants. En effet, le rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de la santé des participants est élevé avant et après l'intervention. À leurs yeux, ce type de professionnel demeure important dans le maintien de leur santé. L'intervention de type andragogique a cependant permis aux participants de prendre conscience qu'ils ont une responsabilité personnelle dans le maintien de leur santé et que cette responsabilité s'accroît suite à leur participation au programme.

L'effet prédicteur du sentiment d'efficacité personnelle sur la préparation des entrevues avec le médecin et le pharmacien

L'examen des données montre également que le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure préparation des entrevues des participants avec leur médecin et leur pharmacien (H5). Ces comportements souhaitables s'expriment notamment par une meilleure préparation des rencontres avec ces professionnels (ex. : faire une liste des questions à poser sur une feuille de papier) ou lors des visites elles-mêmes (ex. : poser toutes les questions qui les préoccupent

concernant les problèmes, les symptômes qu'ils ressentent ainsi que sur les médicaments qu'ils doivent prendre).

Ces comportements souhaitables s'inscrivent bien dans une démarche d'autogestion de la santé qui implique une responsabilité de la personne dans le maintien de sa santé.

L'effet prédicteur du sentiment d'efficacité personnelle sur l'acquisition de comportements favorables à la santé

L'étude confirme aussi que le sentiment d'efficacité personnelle prédit l'acquisition, par les participants, de comportements généraux favorables à l'autogestion de la santé (H6) de même que de comportements alternatifs pour compléter ou remplacer la médication. Ces comportements alternatifs concernent la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale (H7).

Par contre, l'hypothèse 8 (H8), prédisant que le sentiment d'efficacité personnelle est associé à une meilleure fidélité des participants au traitement médicamenteux, n'est pas confirmée. L'analyse des données relatives à cette hypothèse démontre que les comportements des participants demeurent constants en raison d'un effet de plafonnement ne permettant pas une amélioration de la fidélité au traitement médicamenteux. Il se peut qu'en posant des questions plus précises et spécifiques, nous aurions pu obtenir une différence significative.

L'impact à court terme du programme sur les comportements de santé et de soins personnels

L'étude confirme que l'intervention de type andragogique améliore, à court terme, certains comportements de santé et de soins chez les participants, à savoir :

- la préparation de l'entrevue avec le pharmacien (mais non la préparation de l'entrevue avec le médecin). Pour ce dernier, la non amélioration de la préparation de l'entrevue s'explique sans doute par le fait que la majorité des participants n'a pas eu l'occasion, au cours des six semaines que dure habituellement le programme, d'appliquer l'enseignement reçu (H9a);
- les comportements généraux d'autogestion de la santé (H9b);
- les comportements spécifiques tels que la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et l'hygiène du sommeil (H9c).

L'impact à long terme du programme sur les comportements de santé et de soins personnels

Les analyses révèlent enfin que l'amélioration des comportements de santé ou de soins personnels des participants se maintient un an après la fin de l'intervention (H10) au regard des aspects suivants :

- la préparation de l'entrevue avec le pharmacien. On note que la préparation de l'entrevue avec le médecin s'est également améliorée une année après l'intervention (H10a);
- les comportements généraux d'autogestion de la santé (H10b);
- les comportements spécifiques tels que la gestion des agresseurs psychologiques, l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et l'hygiène du sommeil (H10c).

En résumé, les résultats obtenus auprès des participants révèlent que le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* s'avère efficace sur plusieurs plans. Il améliore leurs

connaissances à l'égard de certains phénomènes physiologiques et problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement; il modifie leurs attitudes quant au rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé. Par contre, ce programme ne modifie pas les attitudes des participants quant au rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de leur santé, ce rôle demeurant constant.

Ce programme augmente le sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'autogestion de leur santé; ce changement entraîne une amélioration de la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien et il favorise l'adoption de comportements généraux et spécifiques recommandés quant à l'utilisation de moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication. Ces moyens alternatifs ou complémentaires concernent la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), la pratique de l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et une bonne hygiène du sommeil. Ces améliorations sont constatées immédiatement après l'intervention et perdurent une année plus tard. Cependant, le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard des situations de vie favorisant la santé mentale demeure constant.

Enfin, sauf pour la fidélité des participants au traitement médicamenteux, les résultats obtenus appuient la théorie de l'efficacité personnelle. En effet, le rehaussement du sentiment d'efficacité personnelle prédit l'acquisition, chez les participants, de comportements souhaitables de santé et de soins tels que la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien de même que l'acquisition de comportements favorables, généraux et spécifiques, d'autogestion de la santé.

6.2 Portée des résultats

Cette étude a une portée considérable à la fois sur les plans scientifique, individuel, social et socioéconomique.

Sur le plan scientifique, l'étude vient confirmer ce que d'autres études ont démontré, à savoir que ce type de programme d'éducation à la santé réalisé auprès de personnes âgées de 55 ans et plus et vivant hors établissement est efficace, en ce sens qu'il améliore de manière significative les comportements favorables à la santé. Elle confirme également une autre hypothèse, plus rarement vérifiée, prédisant que les nouveaux comportements de santé acquis grâce à ce type de programme se maintiennent un an après la fin de l'intervention. Mentionnons également que nos résultats confirment ceux publiés par Rémondin et autres dans l'évaluation post-hoc qu'ils ont publiée sur ce programme en 1995.

Ces résultats confèrent à ce programme une valeur particulière puisqu'ils signifient que les nouveaux comportements de santé ont acquis une bonne permanence et que leurs effets sur l'individu, sur la population et sur les coûts de la santé ont de fortes chances de se faire sentir à long terme.

De plus, l'étude met bien en évidence que l'impact du programme sur les comportements de santé s'explique par une modification d'une variable intermédiaire très importante : le sentiment d'efficacité personnelle. Cette dernière démonstration confirme une théorie importante dans le domaine de l'étude du comportement à savoir que les programmes d'éducation à la santé ont de meilleures chances d'atteindre leurs objectifs s'ils concentrent leurs efforts sur le rehaussement du sentiment d'efficacité personnelle et s'ils s'efforcent de mettre en œuvre les stratégies reconnues pour renforcer ce sentiment.

En ce qui regarde l'individu, l'étude démontre qu'il est possible, par une intervention de type andragogique, d'amener une personne de 55 ans ou plus à développer de nouvelles connaissances, à adopter des attitudes positives quant au rôle qu'elle devrait jouer dans le maintien de sa santé et à améliorer ses comportements de santé ou de soins. Plus largement, elle indique qu'on peut améliorer chez des personnes de ce groupe d'âge le sentiment d'efficacité personnelle en ce qui a trait à des comportements de prise en charge personnelle et d'autogestion responsable de la santé.

Conséquemment, cette approche d'autogestion de la santé apparaît comme une solution originale et des plus prometteuses. « En plus d'être à la portée de tous, elle favorise le développement chez les individus d'une plus grande autonomie et d'un meilleur contrôle sur la santé (empowerment) ». (Leclerc et Kouri, 2002, p. 75).

Par ailleurs, rappelons que les résultats positifs obtenus dans cette étude confirment ce que d'autres études ont démontré, à savoir que des programmes appliquant une approche d'autogestion de la santé se sont avérés efficaces pour développer les connaissances et les habiletés requises chez les participants pour bien gérer leur santé.

Sur le plan social, le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, à l'instar d'autres programmes d'éducation à la santé, ouvre des perspectives intéressantes d'amélioration de la santé de la population âgée.

Les domaines de compétences évaluées concernent les comportements souhaitables lors de la consultation des professionnels de la santé, médecins et pharmaciens, ainsi que la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), la pratique de l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et la bonne hygiène du sommeil. Une autre compétence est aussi promue, soit celle des habiletés des participants en tant qu'utilisateurs de ressources communautaires et de soins de leur milieu.

Ainsi, ce programme peut minimiser les risques de contracter des maladies et traumatismes dont les chutes et les intoxications médicamenteuses. Certaines maladies particulièrement visées par le programme sont le diabète, les accidents cérébraux vasculaires, les problèmes cardiaques, les problèmes de santé mentale, les problèmes musculo-squelettiques, certains problèmes digestifs et même certains cancers. Toutes ces conditions, dont plusieurs ont un caractère ou des conséquences chroniques, sont particulièrement prévalentes chez les aînés, entraînant souffrance et perte d'autonomie, sans parler des coûts économiques très importants qui leur sont imputables.

Dans un autre ordre d'idée, signalons que nos résultats viennent corroborer les recommandations des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la santé à l'effet qu'il faut maintenir la vie durant, et donc même au grand âge, les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé (Nations Unies, 2002; OMS, 1986).

Sur le plan socioéconomique, la réalisation du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* semble justifier un financement public. En effet, ce programme améliore, de façon significative, les connaissances, les attitudes, le sentiment d'efficacité personnelle et les comportements d'autogestion et de prise en charge de la santé par les personnes âgées. Par le fait même, il augmente la qualité de vie de ces personnes et entraîne sans doute des économies importantes dans le domaine de la santé pour ce groupe d'âge. Nous croyons donc, en conséquence, que les sommes investies dans ce programme sont amplement justifiées (249 \$ par individu rencontré).

Certains auteurs affirment qu'il est économiquement rentable d'investir en promotion de la santé chez les personnes âgées (Fries et autres, 1989). À cet effet, ils considèrent que « c'est dans la population des aînés et des pré-aînés que se trouve la plus grande efficience des interventions

de promotion de la santé à l'égard des maladies chroniques et dégénératives » (Fries et autres, 1989, p. 483). Selon ces mêmes auteurs, c'est dans ce groupe d'âge que ces maladies, qu'on souhaite prévenir, sont prévisibles dans un avenir rapproché ainsi que les coûts associés à leur traitement.

6.3 Pistes d'action

Plusieurs pistes d'action peuvent être envisagées pour donner suite à cette étude. Certaines touchent directement le déploiement du programme en Montérégie, d'autres à son extension à d'autres régions du Québec et d'autres encore à la diffusion de ses résultats auprès du public et des intervenants, à savoir :

- ✦ **Continuer à offrir le programme en Montérégie** en l'inscrivant dans le prochain plan d'action régional de santé publique 2007-2012, car il contribue à l'atteinte de plusieurs cibles du plan régional, à savoir : les cibles touchant les habitudes de vie et les maladies chroniques, la prévention des chutes chez les personnes âgées, la prévention des problèmes de santé mentale et le suicide, la diminution de l'utilisation des médicaments psychotropes par les personnes âgées.
- ✦ **Promouvoir le programme et ses résultats au plan national** auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans une perspective de généralisation de l'intervention.
- ✦ **Diffuser les résultats auprès du public** (ex. : articles dans les journaux régionaux et le magazine *Virage* de la FADOQ – Mouvement des Aînés du Québec).
- ✦ **Diffuser les résultats auprès des professionnels de la santé et des intervenants sociaux**, particulièrement ceux de la Montérégie (ex. : rédaction d'un rapport synthèse sous la forme de faits saillants, article dans une revue professionnelle, conférences dans le cadre de colloques, lettre d'information aux médecins et aux pharmaciens ainsi qu'aux groupes de médecines familiales (GMF) de la Montérégie).

Conclusion



Le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* est une intervention éducative visant le développement chez les aînés d'aptitudes individuelles favorisant l'acquisition et le maintien de comportements favorables à la santé.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986), l'acquisition d'aptitudes individuelles en promotion de la santé constitue un des champs d'intervention retenu dans la stratégie globale la plus appropriée pour atteindre la « Santé pour tous » en l'an 2000 et au-delà. Les interventions dites d'éducation à la santé incitent les individus à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent pour conserver la santé et à recourir à une aide en cas de besoin (OMS, 1985).

L'éducation à la santé vise à développer chez les individus un ensemble de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes dans le but de leur donner les moyens de développer des comportements plus efficaces dans le maintien, la protection ou la restauration de leur santé (Cornillot, 1992). Elle ne se limite pas à une simple transmission de connaissances mais vise à développer une vision plus critique de la réalité et à susciter des comportements plus efficaces dans la prévention des problèmes de santé (Castillo, 1987).

Parce qu'elle voit chaque individu comme le principal artisan de sa santé, l'approche andragogique du programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* s'inscrit bien dans cette perspective de prise en main de leur santé par les individus et rejoint aussi les objectifs fondamentaux de toute éducation à la santé.

Considérant les résultats obtenus par la présente évaluation, les auteurs de ce rapport estiment que le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* constitue une intervention de santé publique très importante non seulement pour la Montérégie mais pour l'ensemble du Québec; ils considèrent que la Direction de santé publique de la Montérégie devrait, en plus d'en assurer la continuité dans sa région, s'en faire le promoteur sur l'ensemble du territoire québécois au cours des prochaines années.

Annexe 1

**Questionnaire d'enquête sur les comportements
de santé des participants**



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION

Réservé au CLSC	
Nom de l'infirmière : _____	
No. d'identification du participant(e) : _____	
Groupe :	☐ Expérimental ☐ Témoin
Identification de l'observation :	
☐ observation 1	☐ observation 3
☐ observation 2	☐ observation 4
Date : _____ / _____ / _____	☐ a.m.
J M A	☐ p.m.

LES MÉDICAMENTS : Oui... Non... Mais!

**Programme régional d'éducation
pour la santé**

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ DES PARTICIPANTS(ES)

Juin 2002

Consignes

Présentation générale

Ce questionnaire nous renseigne sur vos connaissances, vos attitudes et vos comportements par rapport à **la gestion** de votre santé. **Votre participation et vos réponses sont importantes.**

Notez qu'il **n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse**. Ce que nous désirons connaître c'est **votre opinion**.

Une fois que vous avez commencé à remplir le questionnaire, nous ne pouvons pas répondre aux demandes de clarification. Vous devez répondre au meilleur de votre connaissance.

Procédure à suivre

- Je vais lire chacune des questions et vous aurez quelques secondes pour répondre.
- Identifiez la réponse qui décrit le mieux ce que vous pensez ou faites.
- Faites un crochet « ✓ » dans la case ou encerclez le chiffre approprié selon le cas.
- Ne changez pas de page avant que je vous le dise.

Notez bien

- Utilisez un stylo rouge ou bleu.
 - Répondez avec le plus de sincérité possible par rapport à ce que vous pensez ou faites habituellement.
 - Il est important de répondre à toutes les questions.
 - Les réponses spontanées sont les meilleures.
 - Évitez de revenir en arrière pour changer vos réponses.
 - Toutes les informations fournies seront traitées en toute confidentialité par l'équipe de recherche en dépersonnalisant les questionnaires lors de la saisie des données.
 - Votre participation est volontaire.
-

Section 1**Renseignements personnels**

En premier lieu, je vais vous demander des informations générales concernant votre identité, votre situation résidentielle et votre état de santé incluant votre consommation de médicaments. Cochez « ✓ » la case qui correspond à votre réponse.

1. Quel est votre sexe?

☐ féminin ☐ masculin

2. Quel âge avez-vous? _____**3. Quel est votre état civil?**

☐ célibataire (jamais marié(e)) ☐ séparé(e), divorcé(e)
☐ actuellement marié(e) ☐ veuf (veuve)
☐ partenaires en union libre ☐ autre, précisez : _____

4. Combien d'années de scolarité avez-vous? _____ **nombre d'années****5. Êtes-vous (type de résidence) ...**

☐ propriétaire ☐ pensionnaire
☐ locataire ☐ autre, précisez : _____

6. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

☐ excellente ☐ moyenne
☐ très bonne ☐ mauvaise
☐ bonne

7. Combien de sortes de médicaments ou produits naturels différents avez-vous pris hier au cours de la journée? (Indiquez 0 si vous n'en avez pris aucun)

- médicaments prescrits ou recommandés par le médecin _____ nombre
- médicaments en vente libre par exemple : Aspirine, Tylenol, calcium, vitamines, etc. _____ nombre
- produits naturels par exemple : Glucosamine, Gingko biloba, Échinacée, etc. _____ nombre

**SI VOUS NE PRENEZ AUCUN MÉDICAMENT PRESCRIT OU RECOMMANDÉ PAR LE MÉDECIN
COCHEZ ICI ☐ ET PASSEZ À LA SECTION 2, PAGE SUIVANTE.**

8. Parmi les médicaments prescrits ou recommandés par le médecin que vous avez consommés au cours des derniers jours avez-vous pris des médicaments pour...

• L'hypertension artérielle (haute pression) ☐ oui ☐ non
 • Le cholestérol ou le gras dans le sang ☐ oui ☐ non
 • Le diabète ☐ oui ☐ non
 • Autre ☐ oui ☐ non

Section 2

Connaissances

Je vais maintenant vous demander de répondre au meilleur de vos connaissances sur les sujets suivants. Cochez « ✓ » la case qui correspond à votre réponse.

1. Connaissances	Vrai	Faux	Ne sais pas
A) Il faut mettre de la chaleur lorsqu'il y a inflammation ou enflure des articulations.	☐	☐	☐
B) Il vaut mieux garder toujours la même position au cours d'une activité.	☐	☐	☐
C) Une personne qui ne va pas à la selle à tous les jours souffre de constipation.	☐	☐	☐
D) La constipation peut être causée par un manque d'exercice physique.	☐	☐	☐
E) La consommation de chocolat, d'alcool, de café, de thé ou de cola entraîne chez toutes les personnes des problèmes de sommeil.	☐	☐	☐
F) Les pilules pour dormir et pour les nerfs ne peuvent pas entraîner de la dépendance c'est-à-dire un besoin très fort de prendre le médicament.	☐	☐	☐
G) Les pilules pour dormir et pour les nerfs ne provoquent jamais des pertes de mémoire ou des chutes.	☐	☐	☐
H) En vieillissant, la phase de sommeil profond est plus longue.	☐	☐	☐
I) Contrairement aux médicaments prescrits ou recommandés par le médecin, les produits naturels ne présentent aucun danger.	☐	☐	☐
J) Les médicaments que l'on peut obtenir en vente libre sont sans danger.	☐	☐	☐

Section 3**Autogestion de la santé**

Je vais vous demander des informations concernant votre degré de confiance de pouvoir réaliser certaines activités. **Encerclez** sur l'échelle graduée de 0 à 10 à droite de chacun des énoncés le chiffre correspondant le mieux à ce que vous ressentez.

<i>1. Informations générales</i>	Pas du tout confiant(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très confiant(e)
A) Je suis confiant(e) de pouvoir profiter des plaisirs de la vie même quand j'ai des problèmes de santé.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
B) Je suis confiant(e) de pouvoir me faire plaisir pour rendre ma vie plus agréable.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
C) Je suis confiant(e) de pouvoir passer à travers les difficultés que je rencontre en ce qui a trait à ma santé.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D) Je suis confiant(e) de pouvoir me convaincre que ma santé ira bien.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
E) Je suis confiant(e) de pouvoir garder mon stress dans des limites acceptables pour ma santé.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
F) Je suis confiant(e) de pouvoir faire des exercices de réduction du stress même quand je suis malade.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
G) Je suis confiant(e) de pouvoir bien contrôler mon stress.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
H) Je suis confiant(e) de pouvoir maîtriser mon stress même dans les situations difficiles.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
I) Je suis confiant(e) de pouvoir utiliser des techniques de relaxation pour réduire mon stress.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
J) Je suis confiant(e) de pouvoir m'aider moi-même quand je suis déprimé.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
K) Je suis confiant(e) de pouvoir faire des exercices de détente pour diminuer mon anxiété.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>2. Activités physiques</i>													
A) Je suis confiant(e) de pouvoir faire régulièrement de l'exercice physique par exemple : marche, natation, danse, bicyclette, ski, entraînement physique, etc..		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
B) Je suis confiant(e) de faire certains exercices physiques même dans une situation où j'éprouverais des douleurs musculaires ou articulaires.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
C) Je suis confiant(e) de pouvoir garder en tout temps une bonne posture en position debout ou assise.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Alimentation	Pas du tout confiant(e)											Très confiant(e)	
A) Je suis confiant(e) de pouvoir boire l'équivalent d'au moins six à huit verres d'eau par jour par exemple : eau, jus de fruits ou de légumes, bouillon, boisson gazeuse, tisane, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
B) Je suis confiant(e) de pouvoir consommer chaque jour une alimentation contenant une proportion importante de fruits, de légumes ou de céréales.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
C) Je suis confiant(e) de pouvoir prendre le temps de bien mastiquer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

POUR LES PERSONNES QUI NE PRÉSENTENT PAS DE PROBLÈMES DE SOMMEIL, COCHEZ ICI ☐ ET PASSEZ AU POINT 5 Situations de vie ET ATTENDEZ-MOI POUR Y RÉPONDRE.

4. <i>Sommeil</i>	Pas du tout confiant(e)											Très confiant(e)
A) Je suis confiant(e) de pouvoir me coucher et me lever à la même heure chaque jour.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
B) Je suis confiant(e) de pouvoir utiliser des moyens naturels pour préparer mon sommeil par exemple : exercices de respiration, musique, lecture, lait chaud, tisane.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
C) Je suis confiant(e) de pouvoir restreindre ma consommation de chocolat, d'alcool, de café, de thé et de cola.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D) Je suis confiant(e) dans ma capacité de ne pas prendre de repas lourd le soir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
E) Je suis confiant(e) de pouvoir me lever de mon lit et de faire une activité calme si je n'arrive pas à m'endormir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Situations de vie	Pas du tout confiant(e)										Très confiant(e)	
A) Je suis confiant(e) de pouvoir être à l'écoute de mes besoins.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
B) Je suis confiant(e) de pouvoir respecter mes limites.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
C) Je suis confiant(e) de pouvoir faire de bons choix.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D) Je suis confiant(e) de pouvoir surmonter les difficultés.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
E) Je suis confiant(e) de pouvoir trouver quelqu'un dans mon entourage à qui me confier.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
F) Je suis confiant(e) de pouvoir utiliser les ressources d'aide de mon milieu.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Section 4**Attitudes**

Pour chacun des deux énoncés qui suivent, nous souhaitons connaître votre perception concernant le rôle joué par le médecin et par vous-même dans le maintien de votre santé.

Dans la grille qui accompagne chaque énoncé, vous trouverez des paires d'adjectifs opposés (ex. : mauvais – bon, inutile – utile). Pour chacune des paires d'adjectifs, nous vous demandons de cocher « ✓ » la case qui correspond à votre réponse sur l'échelle numérotée de 1 à 7. Situez-vous entre les contraires.

1. Le rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de ma santé, c'est...

	1	2	3	4	5	6	7	
a) Sans importance								Important
b) Non souhaitable								Souhaitable
c) Mauvais								Bon
d) Inutile								Utile
e) Secondaire								Essentiel
f) Dommageable								Bénéfique
g) Nuisible								Aidant

2. Le rôle que je devrais jouer moi-même dans le maintien de ma santé, c'est...

	1	2	3	4	5	6	7	
a) Sans importance								Important
b) Non souhaitable								Souhaitable
c) Mauvais								Bon
d) Inutile								Utile
e) Secondaire								Essentiel
f) Dommageable								Bénéfique
g) Nuisible								Aidant

Section 5

Visite au médecin et à la pharmacie

Je vais vous demander des informations sur vos habitudes lors de la visite chez votre médecin ou chez votre pharmacien(ne). Cochez « ✓ » la case qui correspond à votre réponse.

À quelle fréquence avez-vous le comportement suivant?

1. Lorsque je visite le médecin

	Jamais	Rare-ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) Je prends le temps de poser toutes mes questions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) Je fais part de tous les médicaments prescrits, non prescrits ou produits naturels que je prends.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) J'écris les questions que j'aimerais poser à mon médecin sur une feuille de papier que j'apporte avec moi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D) Je prépare avant ma visite chez le médecin une liste des problèmes ou des symptômes que j'ai ressentis ainsi que leur fréquence.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E) Je dis au médecin les moyens que j'ai utilisés pour tenter de résoudre mon problème ou mes symptômes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F) Si je crois que le problème de santé que je ressens est lié à un événement stressant ou blessant, j'en parle à mon médecin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Moins d'un mois	Moins de 6 mois	Moins d'un an	Plus d'un an	Je ne sais pas
G) Ma dernière visite chez le médecin remonte à :	☐	☐	☐	☐	☐

2. Lorsque je me rends à la pharmacie pour me procurer des médicaments ou des produits naturels

	Jamais	Rare-ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) J'écris les questions que je devrais poser lors de ma visite à la pharmacie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) Je pose à la pharmacienne ou au pharmacien toutes les questions qui me préoccupent par rapport aux médicaments prescrits, non prescrits ou produits naturels.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) Avant de quitter la pharmacie, je connais bien mes médicaments (noms, raisons de les prendre, comment les prendre).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D) Lorsque j'ai des effets indésirables que je crois reliés à mes médicaments, j'en parle à la pharmacienne ou au pharmacien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E) Avant d'acheter un médicament en vente libre ou un produit naturel, je pose des questions à la pharmacienne ou au pharmacien pour avoir ses conseils.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Moins d'un mois	Moins de 6 mois	Moins d'un an	Plus d'un an	Je ne sais pas
G) Ma dernière visite à la pharmacie pour acheter des médicaments remonte à :	☐	☐	☐	☐	☐

Section 6**Comportements de santé**

Je vais vous demander des informations sur vos comportements de santé. Cochez « ✓ » la case qui correspond à votre réponse.

À quelle fréquence faites-vous les activités suivantes?

1. Informations générales

	Jamais	Rare- ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) Je profite des plaisirs de la vie même quand j'ai des problèmes de santé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) Je sais me faire plaisir pour rendre ma vie plus agréable.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) Je passe à travers les difficultés que je rencontre en ce qui a trait à ma santé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D) Je me convaincs que ma santé ira bien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E) Je garde mon stress dans des limites acceptables pour ma santé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F) Je fais des exercices de réduction du stress même lorsque je suis malade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G) Je contrôle bien mon stress.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H) Je maîtrise mon stress même dans les situations difficiles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I) J'utilise des techniques de relaxation pour réduire mon stress.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J) Je peux m'aider moi-même quand je suis déprimé(e).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
K) Je fais des exercices de détente pour diminuer mon anxiété.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Activités physiques

	Jamais	Rare- ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) Je fais de l'exercice physique par exemple : marche, natation, danse, bicyclette, ski, entraînement physique, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) Je fais de l'exercice physique même quand j'éprouve des douleurs musculaires ou articulaires.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) Je garde une bonne posture en tout temps lorsque je suis debout ou assis(e).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Alimentation	Jamais	Rare- ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) Je bois l'équivalent d'au moins six à huit verres d'eau par jour par exemple : eau, jus de fruits ou de légumes, bouillon, boisson gazeuse, tisane, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) Je consomme chaque jour une alimentation contenant une proportion importante de fruits, de légumes ou de céréales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) Je prends le temps de bien mastiquer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
POUR LES PERSONNES QUI NE PRÉSENTENT PAS DE PROBLÈMES DE SOMMEIL, COCHEZ ICI ☐ ET PASSEZ AU POINT 5 <i>Situations de vie</i> ET ATTENDEZ-MOI POUR Y RÉPONDRE.							
4. Sommeil	Jamais	Rare- ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) Je me couche et me lève à la même heure chaque jour.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) J'utilise des moyens naturels pour me préparer au sommeil par exemple : exercices de respiration, musique, lecture, lait chaud, tisane.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) Je restreins ma consommation de chocolat, d'alcool, de café, de thé ou de cola.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D) J'évite de prendre un repas lourd le soir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E) Si je n'arrive pas à m'endormir, je me lève de mon lit et je fais une activité calme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Situations de vie	Jamais	Rare- ment	Parfois	Assez souvent	Souvent	Presque toujours	Toujours
A) Je suis à l'écoute de mes besoins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B) Je respecte mes limites.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C) Je fais de bons choix.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D) Je surmonte mes difficultés.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E) Je trouve dans mon entourage quelqu'un à qui me confier.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F) J'utilise les ressources d'aide de mon milieu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Section 7**Fidélité au traitement médicamenteux**

Enfin, je vais vous demander des informations sur vos habitudes par rapport à la fidélité au traitement médicamenteux prescrit ou recommandé par votre médecin. Cochez « ✓ » la case qui correspond à votre réponse.

POUR LES PERSONNES QUI NE PRENNENT PAS DE MÉDICAMENTS PRESCRITS OU RECOMMANDÉS PAR VOTRE MÉDECIN, COCHEZ ICI ☐ ET NE RÉPONDEZ PAS AUX QUESTIONS DE CETTE SECTION.

A quelle fréquence faites-vous les activités suivantes?

1. Par rapport à la fidélité au traitement

médicamenteux prescrit ou recommandé par votre médecin

	Oui	Non
A) Je prends fidèlement mes médicaments prescrits.	☐	☐
B) J'accorde de l'importance à prendre mes médicaments en suivant exactement les instructions qu'a données mon médecin.	☐	☐
C) Même si je me sens mieux, je continue à prendre mes médicaments conformément aux instructions de mon médecin.	☐	☐
D) Lorsque j'ai un effet indésirable que j'attribue à un médicament prescrit ou recommandé par mon médecin, avant de cesser ce médicament, j'en parle à mon pharmacien(ne) ou à mon médecin.	☐	☐

Merci de votre collaboration

Annexe 2

Démarche de validation du questionnaire d'enquête

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'évaluation du projet « Les médicaments : Oui... Non... Mais! » la validation du questionnaire d'enquête revêt une grande importance afin de s'assurer que l'instrument mesure adéquatement auprès de la clientèle visée les différentes variables à l'étude. Cette démarche est d'autant plus nécessaire compte tenu que plusieurs des énoncés et des échelles de mesure retenues ont été traduits de l'anglais au français, utilisés dans des contextes différents ou adaptés aux besoins de l'étude. La finalité de l'opération est donc d'assurer une bonne validité et fidélité de l'instrument de mesure.

Les propos qui suivent présentent succinctement les étapes de réalisation menant à la validation du questionnaire d'enquête, une description des analyses effectuées ainsi que les résultats de ces analyses.

Étapes de réalisation

La démarche de validation du questionnaire a été réalisée en trois temps entre février et juin 2002. Dans la première étape, cinq groupes de discussion comptant environ 50 personnes ont été constitués afin de connaître l'opinion des participants par rapport à différents aspects du questionnaire notamment la durée de passation, la grosseur des caractères d'imprimerie, la préférence quant au mode de passation, l'appréciation du rythme de lecture par l'animateur, la difficulté de compréhension de certains énoncés et l'identification des sections les plus problématiques.

Après avoir modifié le questionnaire d'enquête selon les commentaires reçus, la deuxième étape de validation a consisté en une opération test-retest. Cette étape consiste à faire passer, à deux reprises, un même questionnaire d'enquête aux mêmes participants dans un bref intervalle, dans ce cas-ci deux à trois semaines. Pour ce faire, onze groupes ont été rencontrés rejoignant ainsi 119 personnes aux deux temps de recherche. Afin de minimiser les biais de recherche, les échanges entre les participants et l'animateur sur les difficultés rencontrées quant à la compréhension des énoncés ont été tenus à la toute fin de la deuxième rencontre c'est à dire lors du retest.

La troisième et dernière étape de réalisation a trait à l'analyse de fidélité test-retest et de la consistance interne des échelles de mesure. Les résultats obtenus sont présentés plus loin dans cette section.

Par ailleurs, mentionnons que cette démarche de validation a été rendue possible grâce à la collaboration de la FADOQ en Montérégie. En effet, cette organisation a fait preuve de diligence en mobilisant ses secteurs pour le recrutement des participants et la constitution des groupes.

Description des analyses

➤ Fidélité test-retest

Un des moyens d'évaluer la précision d'une échelle de mesure consiste à déterminer si deux évaluations faites à deux moments différents dans un bref intervalle de temps, à l'aide de la même échelle et avec les mêmes sujets, concordent. Le coefficient de confiance test-retest (corrélation intra-classe) permet de préciser dans quelle mesure les réponses aux mêmes énoncés

sont identiques. Ainsi, chacune des échelles présentées dans le questionnaire initial, à l'exception des échelles de connaissances et de fidélité aux traitements médicamenteux, a fait l'objet d'une corrélation intra-classe entre la mesure du temps 1 et du temps 2, soit dans un intervalle de deux à trois semaines. Le seuil minimal retenu a été fixé à 0,70.

➤ Consistance interne

Un autre aspect important à considérer lors de la validation d'un questionnaire est la consistance interne des échelles utilisées. Cette notion renvoie à la cohésion des énoncés qui composent l'échelle à savoir : mesurent-ils la même cible et le même concept théorique? Le test statistique généralement utilisé pour cette mesure est le coefficient Alpha de Cronbach. La mesure de l'Alpha de Cronbach a donc été effectuée pour l'ensemble des échelles proposées dans le questionnaire initial à l'exception des échelles de connaissances et de fidélité au traitement médicamenteux⁶. Le seuil minimal retenu a été fixé à 0,60.

Résultats

Cette section présente les résultats des analyses de fidélité test-retest et de consistance interne pour les échelles finales retenues soit après avoir retiré les énoncés problématiques. Cette étape a été effectuée à l'aide de différents tests statistiques (fréquence; alpha de Cronbach; analyse factorielle; corrélation intra-classe, inter-construit et inter-items) et des commentaires émis par les participants.

Comme l'indique le tableau 1, p. 125, le sentiment d'efficacité personnelle comprend une échelle globale mesurant le sentiment général d'efficacité de l'individu vis-à-vis l'autogestion de sa santé. Cette échelle se compose de quatre sous-échelles chacune mesurant un aspect différent de l'autogestion de la santé. Les composantes mesurées sont la gestion des agresseurs psychologiques, l'alimentation, l'activité physique et les situations de vie favorisant la santé mentale. Il est à noter que la sous-échelle portant sur l'hygiène du sommeil n'a pas été incluse dans la mesure globale. Cette décision a été prise afin de ne pas réduire l'effectif des participants pour l'échelle globale puisque les personnes ne souffrant pas de troubles du sommeil n'avaient pas à répondre à cette section.

L'échelle globale mesurant le sentiment d'efficacité personnelle atteint le seuil de 0,76. En ce qui concerne les sous-échelles composant l'échelle globale, elles n'atteignent pas toutes le seuil minimal de 0,70. Cependant, il a été décidé de ne pas les retirer du questionnaire étant donné que la mesure globale du sentiment d'efficacité personnelle nous apparaît la mesure la plus importante à préserver. Cette logique est également applicable aux échelles mesurant les comportements de santé.

On constate aussi que deux autres échelles ont été maintenues malgré le fait qu'elles n'atteignent pas le seuil minimal fixé au départ. Il s'agit de l'échelle mesurant les attitudes des participants quant à leur rôle dans le maintien de leur santé qui obtient une corrélation intra-classe de 0,53. La décision de conserver cette échelle a été prise puisqu'elle est considérée comme une mesure importante de cette étude. Toutefois, afin d'améliorer la fidélité de cette échelle, la présentation de l'instrument de mesure a été simplifiée et clarifiée. La seconde échelle n'atteignant pas le seuil minimal porte sur la mesure des comportements de santé au niveau de l'hygiène du sommeil qui obtient un alpha de 0,51. Nous pensons que les problèmes de

⁶ Il n'est pas nécessaire de réaliser des analyses de fidélité test-retest et de consistance interne pour les échelles de connaissance et de fidélité au traitement médicamenteux du fait qu'il s'agit de variables dichotomiques.

consistance interne pour cette échelle sont davantage liés à la formulation d'un des énoncés la composant. En effet, l'énoncé d'une question était inversé ce qui semble avoir induit en erreur plusieurs des participants. La formulation de cet énoncé a donc été modifiée dans la version finale du questionnaire afin d'améliorer la consistance de cette échelle.

D'autres échelles ont été utilisées dans le questionnaire d'enquête. En ce qui a trait à l'échelle de connaissances, tous les énoncés pour lesquels plus de 80 % des participants ont donné la bonne réponse dès la première exposition au questionnaire ont été retirés. Pour ce qui est de l'échelle de fidélité aux traitements médicamenteux, elle a également été modifiée afin de faciliter la compréhension des énoncés et de simplifier l'échelle de mesure.

TABLEAU A.1
Résultats des analyses de fiabilité
test-retest et de consistance interne
après deux semaines d'intervalle (n : 119)

<i>Échelles :</i> () : nombres d'énoncés du questionnaire pour chacune des échelles	<i>Consistance interne</i> Alpha de Cronbach¹	<i>Fidélité épreuve test-retest</i> Corrélation intra-classe²
Le sentiment d'efficacité personnelle		
➤ L'échelle globale (23)	0,93	0,76
↪ La gestion des agresseurs psychologiques (11)	0,91	0,79
↪ L'activité physique (3)	0,53 *	0,65 *
↪ L'alimentation (3)	0,58 *	0,72
↪ Les situations de vie favorisant la santé mentale (6)	0,88	0,57 *
➤ L'hygiène du sommeil (5)	0,81	0,80
Les attitudes		
➤ Le rôle du médecin dans la gestion de la santé (7)	0,93	0,74
➤ Le rôle du participant dans l'autogestion de sa santé (7)	0,93	0,53 *
La préparation de l'entrevue		
➤ La préparation de l'entrevue avec le médecin (6)	0,85	0,83
➤ La préparation de l'entrevue avec le pharmacien (5)	0,81	0,80
Les comportements de santé		
➤ L'échelle globale (23)	0,90	0,86
↪ La gestion des agresseurs psychologiques (11)	0,90	0,76
↪ L'activité physique (3)	0,45 *	0,66 *
↪ L'alimentation (3)	0,54 *	0,79
↪ Les situations de vie favorisant la santé mentale (6)	0,81	0,70
➤ L'hygiène du sommeil (5)	0,51 *	0,77

¹ Norme de qualité utilisée : alpha supérieur à 0,60 (les énoncés portant un * ne répondent pas à la norme fixée).

² Norme de qualité utilisée : r supérieur à 0,70 (les énoncés portant un * ne répondent pas à la norme fixée).

Annexe 3

Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus aux analyses factorielles :

- le sentiment d'efficacité personnelle
 - les attitudes
 - la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien
 - les comportements de santé
-

TABLEAU A.2
Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus
aux analyses factorielles : le sentiment d'efficacité personnelle

Énoncés	Poids (coefficient de saturation)
L'autogestion de sa santé : <i>je suis confiant(e) de pouvoir...</i>	
↵ bien contrôler mon stress	0,84
↵ maîtriser mon stress même dans les situations difficiles	0,81
↵ m'aider moi-même quand je suis déprimé	0,78
↵ faire des exercices de réduction du stress même quand je suis malade	0,77
↵ utiliser des techniques de relaxation pour réduire mon stress	0,77
↵ garder mon stress dans des limites acceptables pour ma santé	0,76
↵ faire des exercices de détente pour diminuer mon anxiété	0,76
↵ passer à travers les difficultés que je rencontre en ce qui a trait à ma santé	0,68
↵ me convaincre que ma santé ira bien	0,68
↵ profiter des plaisirs de la vie même quand j'ai des problèmes de santé	0,56
↵ me faire plaisir pour rendre ma vie plus agréable	0,56
Consistance interne :	0,90
% de variance expliquée :	50,00
Les activités physiques : <i>je suis confiant(e) de pouvoir...</i>	
↵ faire certains exercices physiques même dans une situation où j'éprouverais des douleurs musculaires ou articulaires	0,83
↵ faire régulièrement de l'exercice physique	0,80
↵ garder en tout temps une bonne posture en position debout ou assise	0,59
Consistance interne :	0,78
% de variance expliquée :	56,20
L'alimentation : <i>je suis confiant(e) de pouvoir...</i>	
↵ consommer chaque jour une alimentation contenant une proportion importante de fruits, de légumes ou de céréales	0,78
↵ boire l'équivalent d'au moins six à huit verres d'eau par jour	0,59
↵ prendre le temps de bien mastiquer	0,58
Consistance interne :	0,68
% de variance expliquée :	43,20

TABLEAU A.2 (suite)

**Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus
aux analyses factorielles : le sentiment d'efficacité personnelle**

Énoncés	Poids (coefficient de saturation)
Le sommeil : je suis confiant(e) de pouvoir...	
↪ utiliser des moyens naturels pour préparer mon sommeil	0,65
↪ me lever de mon lit et de faire une activité calme si je n'arrive pas à m'endormir	0,63
↪ ne pas prendre de repas lourd le soir	0,61
↪ restreindre ma consommation de chocolat, d'alcool, de café, de thé et de cola	0,56
↪ me coucher et me lever à la même heure chaque jour	0,54
Consistance interne :	0,74
% de variance expliquée :	36,00
Les situations de vie : je suis confiant(e) de pouvoir...	
↪ faire de bons choix	0,85
↪ être à l'écoute de mes besoins	0,81
↪ respecter mes limites	0,78
↪ surmonter les difficultés	0,76
↪ utiliser les ressources d'aide de mon milieu	0,70
↪ trouver quelqu'un dans mon entourage à qui me confier	0,67
Consistance interne :	0,89
% de variance expliquée :	58,30

TABLEAU A.3
Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus
aux analyses factorielles : les attitudes

Énoncés	Poids (coefficient de saturation)
Le rôle que devrait jouer le médecin dans le maintien de ma santé, c'est...	
↳ Dommageable... Bénéfique	0,86
↳ Nuisible... Aidant	0,84
↳ Mauvais... Bon	0,84
↳ Inutile... Utile	0,83
↳ Non souhaitable... Souhaitable	0,83
↳ Secondaire... Essentiel	0,82
↳ Sans importance... Important	0,72
Consistance interne :	0,93
% de variance expliquée :	67,40
Le rôle que je devrais jouer moi-même dans le maintien de ma santé, c'est...	
↳ Inutile... Utile	0,87
↳ Dommageable... Bénéfique	0,86
↳ Nuisible... Aidant	0,86
↳ Secondaire... Essentiel	0,82
↳ Sans importance... Important	0,78
↳ Mauvais... Bon	0,78
↳ Non souhaitable... Souhaitable	0,72
Consistance interne :	0,93
% de variance expliquée :	66,20

TABLEAU A.4
Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus
aux analyses factorielles : les visites au médecin et à la pharmacie

Énoncés	Poids (coefficient de saturation)
Lorsque je visite le médecin	
☞ Je prépare avant ma visite chez le médecin une liste des problèmes ou des symptômes que j'ai ressentis ainsi que leur fréquence	0,76
☞ Je dis au médecin les moyens que j'ai utilisés pour tenter de résoudre mon problème ou mes symptômes	0,76
☞ J'écris les questions que j'aimerais poser à mon médecin sur une feuille de papier que j'apporte avec moi	0,71
☞ Je prends le temps de poser toutes mes questions	0,65
☞ Si je crois que le problème de santé que je ressens est lié à un événement stressant ou blessant, j'en parle à mon médecin	0,65
☞ Je fais part de tous les médicaments prescrits, non prescrits ou produits naturels que je prends	0,57
Consistance interne :	0,84
% de variance expliquée :	47,20
Lorsque je me rends à la pharmacie	
☞ Je pose au pharmacien toutes les questions qui me préoccupent par rapport aux médicaments prescrits, non prescrits ou produits naturels	0,80
☞ Lorsque j'ai des effets indésirables que je crois reliés à mes médicaments, j'en parle au pharmacien	0,74
☞ Avant d'acheter un médicament en vente libre ou un produit naturel, je pose des questions au pharmacien pour avoir ses conseils	0,74
☞ Avant de quitter la pharmacie, je connais bien mes médicaments	0,59
☞ J'écris les questions que je devrais poser lors de ma visite à la pharmacie	0,41
Consistance interne :	0,79
% de variance expliquée :	45,10

TABLEAU A.5
Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus
aux analyses factorielles : les comportements de santé

Énoncés	Poids (coefficient de saturation)
L'autogestion de sa santé :	
✎ Je contrôle bien mon stress	0,78
✎ Je maîtrise mon stress même dans les situations difficiles	0,78
✎ Je garde mon stress dans des limites acceptables pour ma santé	0,76
✎ Je fais des exercices de réduction du stress même quand je suis malade	0,73
✎ Je peux m'aider moi-même quand je suis déprimé(e)	0,73
✎ Je passe à travers les difficultés que je rencontre en ce qui a trait à ma santé	0,71
✎ Je sais me faire plaisir pour rendre ma vie plus agréable	0,68
✎ Je me convaincs que ma santé ira bien	0,66
✎ J'utilise des techniques de relaxation pour réduire mon stress	0,63
✎ Je fais des exercices de détente pour diminuer mon anxiété	0,63
✎ Je profite des plaisirs de la vie même quand j'ai des problèmes de santé	0,60
Consistance interne :	0,91
% de variance expliquée :	49,20
Les activités physiques :	
✎ Je fais de l'exercice physique même quand j'éprouve des douleurs musculaires ou articulaires	0,86
✎ Je fais de l'exercice physique	0,83
✎ Je garde une bonne posture en tout temps en position debout ou assis(e)	0,41
Consistance interne :	0,73
% de variance expliquée :	53,40
L'alimentation :	
✎ Je consomme chaque jour une alimentation contenant une proportion importante de fruits, de légumes ou de céréales	0,74
✎ Je bois l'équivalent d'au moins six à huit verres d'eau par jour	0,59
✎ Je prends le temps de bien mastiquer	0,35
Consistance interne :	0,56
% de variance expliquée :	33,70

TABLEAU A.5 (suite)
**Poids de chacun des énoncés sur les construits obtenus
aux analyses factorielles : les comportements de santé**

Énoncés	Poids (coefficient de saturation)
Le sommeil :	
✎ J'évite de prendre un repas lourd le soir	0,67
✎ Je restreins ma consommation de chocolat, d'alcool, de café, de thé ou de cola	0,61
✎ J'utilise des moyens naturels pour préparer mon sommeil	0,57
✎ Si je n'arrive pas à m'endormir, je me lève de mon lit et je fais une activité calme	0,48
✎ Je me couche et me lève à la même heure chaque jour	0,25
Consistance interne :	0,64
% de variance expliquée :	28,60
Les situations de vie :	
✎ Je fais de bons choix	0,81
✎ Je suis à l'écoute de mes besoins	0,80
✎ Je respecte mes limites	0,78
✎ Je surmonte mes difficultés	0,73
✎ Je trouve dans mon entourage quelqu'un à qui me confier	0,61
✎ J'utilise les ressources d'aide de mon milieu	0,56
Consistance interne :	0,86
% de variance expliquée :	52,00

Annexe 4

Témoignages

Témoignages

Il nous est apparu que les témoignages recueillis auprès des participants à cette étude évaluative pourraient constituer un complément intéressant afin de mieux documenter et éclairer les effets du programme. À cette fin, trois groupes de participants ont été rencontrés après la passation du dernier questionnaire d'enquête, soit une année suivant l'intervention. Au total, 49 personnes, 45 femmes et 4 hommes, ont accepté de participer à l'entrevue de groupe et de répondre aux questions suivantes :

1. Pourriez-vous donner des exemples personnels de changements effectués dans vos comportements de santé suite à votre participation au programme?
2. En d'autres termes, avez-vous changé vos comportements de santé? Si oui, lesquels?

Les propos qui suivent présentent les commentaires des participants. Il s'agit d'une sélection de 36 énoncés, parmi les 70 reçus, qui nous apparaissent les plus significatifs et les plus explicites. Ils sont classés sous six grands thèmes :

- apprentissage général;
- visite au médecin et au pharmacien;
- activité physique;
- hygiène du sommeil;
- médicaments et produits naturels.

Apprentissage général

« Les informations que nous avons reçues dans le cours, ça nous rassure et ça nous motive à prendre soin de sa santé. »

« Ça donne une meilleure qualité de vie. Ça nous rend plus conscient sur les médicaments. Ça nous apprend également à connaître ses limites. »

« J'ai beaucoup apprécié la documentation distribuée dans le cours. On peut s'y référer à l'occasion. »

« J'ai appris à contrôler ma pression artérielle. Je me souviens de tout ce que j'ai appris. »

« À la suite du cours, on est plus à l'écoute de notre corps. On a plus d'assurance, on a plus confiance en nos ressources personnelles. On sait aussi qu'il y a d'autres ressources à l'extérieur nous permettant de trouver des réponses à nos questions. »

Visite au médecin et au pharmacien

Médecin

« Je suis plus critique face au médecin lorsqu'il me prescrit un médicament. Je l'interroge davantage pourquoi il me prescrit, tel type de médicament plutôt que tel autre. Je questionne davantage. En fait, c'est une prise en charge de soi face à sa santé. »

« Après le cours, on pose plus de questions au médecin lorsqu'on lui rend visite. »

« On écrit maintenant nos questions qu'on souhaite poser au médecin afin de ne pas les oublier. »

« Un médicament peut avoir un effet secondaire pour un individu et pas pour un autre. Si tu n'en parles pas à ton médecin, c'est toi qui subis les conséquences. Le cours nous a sensibilisés; on est moins gênés de parler au médecin et au pharmacien. Ils sont là pour ça. »

« Lors de mes visites chez le médecin, je ne prenais pas l'habitude d'écrire mes questions avant de le rencontrer. Maintenant, je le fais. Ça me permet de ne pas les oublier. Depuis, le médecin a modifié ma médication après l'avoir informé sur mes symptômes. »

« Je questionne davantage le médecin lorsque j'ai des effets secondaires face à la médication reçue. »

« Moi, ça m'a donné une plus grande assurance face à mon médecin et aux questions que je lui pose. »

« Maintenant, lorsque je rencontre le médecin, il est habitué à ce que je lui pose des questions; il attend de connaître ce que je veux savoir. »

« Personnellement, je crains moins de poser des questions à mon médecin, de parler de tous les symptômes et de tous les malaises que je ressens. Avant, je me fiaais un peu trop sur mon médecin. »

Pharmacien

« Quand on va chercher nos médicaments, on questionne davantage le pharmacien par rapport au comment les prendre. Avant, je ne lui posais pas de questions. »

« Moi, j'ai demandé au pharmacien qu'il m'écrive tous les médicaments que je prends et pourquoi je dois les prendre. Je conserve ces informations dans mon sac à main. »

« Maintenant, à chaque fois que j'achète un médicament en vente libre, je rencontre la pharmacienne pour connaître son avis par rapport à ce que je prends déjà. »

Activité physique

« Moi, je marche à tous les matins pour prendre mon café au restaurant, soit une heure par jour. Les journées que je ne marche pas, ça me manque. J'ai commencé l'an passé, peu avant de suivre le cours. Maintenant, je suis plus consciente des effets bénéfiques de la marche. »

« Le cours m'a permis de faire un lien avec mes problèmes d'arthrose. Quand j'étais en crise, je faisais quand même une heure par jour de patin à roues alignées. Depuis ma participation au cours, je sais qu'il faut en faire moins lorsque je suis en crise. Je respecte davantage mes limites. »

« Suite au cours, je fais davantage de l'activité physique. C'est vrai que je fais partie d'un club de marche mais je me négligeais un peu. Là, je suis plus régulière. Je fais aussi de la bicyclette une heure par jour, et ce, tous les jours. J'en faisais un peu auparavant, mais là, c'est plus régulier. »

« Mon médecin était très surpris de voir à quel point j'étais en forme lors de ma dernière visite. Je lui ai dit que j'ai fait de la natation tout l'été. »

« Auparavant, j'avais des petits problèmes respiratoires (angine). À toutes les trois minutes, je devais m'arrêter de marcher. Maintenant, je marche deux heures par jour, trois fois par semaine.

De plus, j'étais porté à manger quand je ne faisais rien. Depuis que je marche, je ne pense plus à manger et j'ai perdu du poids. »

« Moi, j'ai des problèmes d'arthrite aux chevilles, aux genoux et aux coudes. Suite au cours, j'ai commencé à faire de l'aquaforme, une fois par semaine, et ce, tout l'hiver. C'était la première fois que je m'inscrivais à ce type d'activité. Maintenant, j'aime beaucoup ça. Avec les exercices qu'on me demande de faire, mes problèmes articulaires sont presque disparus. »

Alimentation

« Moi, ça m'a rendue beaucoup plus consciente : boire plus, manger plus régulièrement. Avant, je mangeais quand cela me tentait et ma pression était irrégulière. Maintenant, je m'aperçois que, si je ne fais pas attention, j'ai des problèmes de pression. Je ne mange pas trop vite. Quand je mange trop vite, je le réalise et j'essaie de manger plus lentement.

De plus, je fais attention de manger mes quatre catégories d'aliments; lait, protéines, fruits et légumes.

Ces changements font en sorte que je suis moins fatiguée. »

« Moi, j'ai confirmé certaines choses. Par exemple, si la digestion se fait mal ou que je ne dors pas la nuit, je me lève, je bois une boisson chaude. Si j'ai mal à la tête, je ne prends pas d'aspirine, je vais plutôt prendre l'air. »

Sommeil

« Le lait chaud c'est très efficace, pas pour moi, mais pour ma mère. Ma mère de 81 ans a arrêté de prendre ses médicaments pour dormir en buvant sa tasse de lait chaud. »

« J'avais des problèmes gastriques et je ne savais pas pourquoi. Depuis ma participation au cours, j'ai arrêté de prendre une collation tard le soir et je ne prends plus de café ou de jus. Depuis que je fais cela, je n'ai plus ces problèmes gastriques. »

« Pour moi, dormir cinq heures, c'est une bonne nuit. J'essaie de ne pas prendre de médicaments pour dormir. Le lendemain, je me lève et je vais marcher. »

« L'année passée, je prenais des pilules pour dormir et je m'endormais à tout moment. Depuis que j'ai suivi le programme, je ne prends plus ces pilules.

Médicaments et produits naturels

« J'ai appris dans le cours que, si on prend un médicament prescrit, il ne faut pas arrêter de le prendre. Maintenant, je suis fidèle aux ordonnances. »

« Le cours nous a permis d'être plus conscient des conséquences et des effets possibles des médicaments. En pharmacie, on est plus conscient quand on achète un médicament en vente libre. On lit davantage les étiquettes. »

« Le cours nous permet de mieux comprendre les interactions des médicaments avec certains produits notamment le jus de pamplemousse. »

« Suite au cours, je fais plus attention quant à l'utilisation des produits naturels. Je prenais ces produits pour améliorer la mémoire. Maintenant, j'ai arrêté de les prendre. »

« J'ai compris que les produits naturels sont des médicaments. Si tu prends des médicaments prescrits et que tu prends également des produits naturels sans en aviser ton médecin ou ton pharmacien, ça peut être dommageable. »

Ces témoignages permettent de constater que les participants ont apprécié le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* Ils appuient plusieurs des conclusions rapportées au chapitre 5 de la présente évaluation concernant l'amélioration des comportements de santé et de soins.

Annexe 5

Formulaire de consentement



REGROUPEMENT DES CHSLD ET
DES CLSC DE LA MONTERÉGIE



FADOQ
EN MONTERÉGIE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le programme « Les médicaments : Oui... Non... Mais! » auquel vous vous êtes inscrit est une intervention d'éducation pour la santé dont certains bénéfices ont déjà été mesurés auprès d'autres groupes ailleurs au Québec. Les CLSC de la région, la FADOQ en Montérégie et la Direction régionale de santé publique qui sont partenaires dans la réalisation de ce programme désirent confirmer ses effets par une étude plus robuste.

Votre participation consistera à remplir à trois ou quatre reprises un questionnaire d'une durée d'environ 35 minutes portant sur vos comportements de santé avant d'entreprendre le programme, à la fin de celui-ci ainsi qu'une année après y avoir participé.

Il est entendu que les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. À cet égard, un numéro est attribué à chaque participant et, après le passage du dernier questionnaire, l'équipe de recherche s'assurera que les informations nominales seront détruites.

Vous pouvez décider de ne pas participer à cette recherche ou encore interrompre votre participation en tout temps sans que cela ait quelque influence sur votre participation au programme. Au cours de cette recherche, d'une durée approximative de 18 mois, vous pouvez rejoindre les principaux responsables de l'étude, soit monsieur Christian Viens et Docteur Serge Moisan au numéro de téléphone suivant (450) 928-6777, à la Direction de santé publique de la Montérégie.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à cette étude ou en cas de dommage que vous croyez lui être attribuable, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité de déontologie de la recherche du Centre de recherche clinique de l'Hôpital Charles-LeMoine au (450) 466-5000, poste 2564, lequel a approuvé ce projet de recherche et le présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire de consentement, vous reconnaissez avoir été informé de façon satisfaisante sur la nature de la recherche à laquelle vous participerez et consentez librement à y participer.

Nom du ou de la participant(e) (en lettres moulées)	Signature du ou de la participant(e)	Date
Nom du témoin (en lettres moulées)	Signature du témoin	Date
Christian Viens Nom de l'investigateur	 Signature de l'investigateur	17 juin 2002 Date
Docteur Serge Moisan Nom du responsable du programme régional	 Signature du responsable du programme régional	17 juin 2002 Date

Références

- Bandura, A. « Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change », *Psychological Review*, vol. 84, no 2, 1997, p. 191-215.
- Bandura, A. « The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory », *Journal of Clinical and Social Psychology*, vol. 4, no 3, 1986, p. 359-373.
- Barbeau, G. *Médicaments et troisième âge*, Québec Pharmacie, vol. 38, 1991, p. 661-665.
- Benson, L., E. C. Nelson, S. E. Napps, E. Roberts, E. Kane-Williams, et Z. Travis Salisbury. « Evaluation of the Staying healthy after fifty educational programs : Impact on course participants » , *Health Education Quarterly*, 16(4), 1989, p. 485-508.
- Castillo, F. *Le chemin des écoliers : l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Bruxelles, De Boeck Université, 1987.
- Collège des médecins du Québec. « À la recherche d'une entente médecin-patient », *La Presse*, Montréal, 2000, p. C3.
- Collette, C. *Effet d'un programme de formation offert aux infirmières et infirmiers responsables de personnes incontinentes*, Mémoire présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines en vue de l'obtention du grade de maîtrise es arts (MA) en gérontologie, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2001, 175 p.
- Cornillot, J.-D. « Scoonbroadt » dans Coopé, M. *Guide pratique d'éducation pour la santé : réflexion, expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs*, Bruxelles, De Boeck Université, 1992.
- Daveluy, C. (sous la direction de) et autres. *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 642 pages, annexes en sus.
- Fries, J. F., L.W. Green, et S. Levine. « Health promotion and the compression of morbidity », dans *The Lancet*, march 4, 1989, p. 481-483.
- Fries, J. F., D. Bloch, H. Harrington, N. Richardson, et R. Beck. « Two-year results of randomized controlled trial of a health promotion program in a retiree population : The Bank of America study » , *American Journal of Medicine*, 94, 1993, p. 455-462.
- Fries, J. F., H. Harrington, R. Edwards, L.A. Kent, et N. Richardson. « Randomized controlled trial of cost reductions from a health education program : the California public employees retirement system study » , *American Journal of Health Promotion*, 8(3), 1994, p. 216-223.
- Godin, G. « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Science sociale en santé*, vol. 9, no 1, 1991, p. 66-93.
- Grégoire, J.P. et autres. « Medication Compliance In a Family Practice », *Canadian Family Physician*, vol. 38, 1992, p. 2333-2337.
- Grenier, L., et G. Barbeau. « Pharmacologie » In *Précis pratique de gériatrie*, Édisem Maloine, 1997, p. 699-713.

- Haynes, R.B. et autres. « Interventions for Helping Patients to Follow Prescriptions for Medications », *The Cochrane Database of Systematic Review* (date of most recent update 13-09-2000), Issue1, <http://gateway1.ovid.com :80/ovidweb.cgi>, 2001, 45 p.
- Hickey, T., P. A. Sharpe, F. M. Wolf, L. S. Robins, M. B. Wagner, et W. Harik. « Exercise participation in a frail elderly population », *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved*, 7(3), 1996, p. 219-231.
- Jeng, C., et L.T. Braun. « Instrument Development and Measurement of Exercise Self-Efficacy in Cardiac Rehabilitation Patients », *Progress in Cardiovascular Nursing*, vol. 10, no 2, 1995, p. 28-35.
- Kouri, K., et G. Leclerc. « Le rôle de l'efficacité personnelle et de l'autogestion de la santé dans la réadaptation gériatrique » dans *Réadaptation des personnes âgées : les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement*, Saint-Hyacinthe, Edisem, 2001, p. 289-317.
- Leclerc, C., et K. Kouri. « L'autogestion de la santé chez les personnes âgées » dans *Vie et Vieillesse*, vol. 1, no 1, 2002, p. 75-81.
- Leigh, J. P., et J. F. Fries. « Health habits, health care use and costs in a sample of retirees », *Inquiry*, 29, 1992, p. 44-54.
- Lev, L. et S.V. Owen. « A Measure of Self-Care Self-Efficacy », in *Nursing and Health*, vol. 19, 1996, p. 421-429.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan stratégique 2005-2010*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 46 pages, annexes en sus.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique du médicament*, document de travail, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2005, 70 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pour une mise en œuvre des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie – Plan d'action 2002-2007*, Québec, Direction générale des services à la population, Direction des personnes âgées, des personnes handicapées et des activités communautaires, Gouvernement du Québec, octobre 2002.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées : stratégie d'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 1994, 47 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Vers un nouvel équilibre des âges : rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées*, Québec, Gouvernement du Québec, 1992, 99 p.
- Moisan, S. et C. Viens. *Les médicaments : Oui... Non... Mais » : suivi de gestion (année financière 2000-2001)*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, 15 p.
- Moisan, S., *L'intervention « Les médicaments : Oui... Non... Mais ! » : une mesure contribuant à l'utilisation optimale des médicaments par les personnes âgées et favorisant l'adoption et le maintien d'un comportement responsable à l'égard de leur santé*, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre du projet de « Politique du médicament », Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, février 2005, 21 pages, annexes en sus.
- Morisky, D.E., L.W. Green et D.M. Levine. « Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence », *Medical Care*, vol. 24, no 1, 1996, p. 7-74.
- Nations Unies, *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*, Madrid, 8 au 12 avril 2002, 78 p.

- Olivier, C. *Description et évaluation du projet d'intervention sur « Les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus »*, Hull, Département de santé communautaire de l'Outaouais, 1991, 126 p.
- Organisation mondiale de la Santé. *La prescription médicamenteuse aux personnes âgées*, Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1987, 23 p.
- Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986, 4 p.
- Organisation mondiale de la Santé. *Les buts de la santé pour tous*, Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1985.
- Osgood, C.E., G.J. Suci et P.H. Tannenbaum. *The Measurement of Measuring*, Urbana, University of Illinois Press, 1957.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Portrait évolutif du régime public d'assurance médicaments, (version abrégée) 1998-1999-2000*, Québec, 2002.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées : les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000*, Québec, 2001, 87 p.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Rapport du comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*, Québec, 1993, 181 p.
- Rémondin, M. et autres. *Évaluation d'un programme visant la réduction de la consommation de médicaments chez les personnes âgées*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1995, 179 p.
- Santé Québec; Bellerose, C.(sous la direction de). *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995, 411 p.
- Vermette, G. *Vieillir en santé : répertoire des projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.
- Vickery, D. M., T. J. Golaszewski, E. C. Wright, et H. Kalmer. « The effect of self-care interventions on the use of medical service within a medicare population », *Medical Care*, 26(6), 1988, p. 580-588.
- Viens, C., et S. Moisan. *Les médicaments : Oui... Non... Mais! : évaluation de l'implantation d'un projet régional*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1999, 125 p.
- Wallace, J. I., D. M. Buchner, L. Grothaus, S. Leveille, L. Tyll, A. Z. LaCroix, et E. H. Wagner. « Implementation and effectiveness of a community – based health promotion program for older adults », *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 53A(4), 1998, M301-M306.
- World Health Organization. *Health education in self-care : Possibilities and limitations*, Geneva, 1983.