

Université du Québec en Outaouais

La gestion de la maladie, l'attachement amoureux, l'ajustement conjugal et les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de diabète de type 2

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par
© Marie-Ève Lapointe-Campagna

Juin 2018

Composition du jury

L'attachement amoureux, l'ajustement conjugal, les symptômes dépressifs et la gestion de la maladie chez les personnes atteintes de diabète de type 2

Par
Marie-Ève Lapointe-Campagna

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Samuel Greenman, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Michel Dugas, Ph.D., examinateur interne et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Annie Aimé, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Marie-Claude Blais, Ph.D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier Paul Greenman, mon directeur de thèse et professeur au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais. Merci de m'avoir pris sous ton aile, il y a de cela 6 ans et de m'avoir permis de m'épanouir à travers cette riche aventure qu'a été mon parcours doctoral. Merci également de m'avoir transmis ta passion pour la théorie de l'attachement et l'importance du soutien social.

Je remercie également Annie Aimé et Michel Dugas, professeurs au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais, pour avoir accepté de siéger sur mon comité à titre d'examineurs internes. Un merci spécial à Michel Dugas que j'ai également eu le privilège de côtoyer dans le cadre de ma formation clinique. Tu as su marquer mon parcours et me transmettre les bases solides nécessaires à mon épanouissement en tant que clinicienne. Merci également à Marie-Claude Blais, professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières d'avoir accepté de siéger sur mon comité à titre d'examinatrice externe.

Merci à mes parents pour votre amour et votre soutien indéfectible. Merci de m'avoir appris la persévérance, le dépassement de soi, mais surtout de m'avoir appris à croire en moi peu importe les circonstances. Merci également à mon amoureux Louis pour ton soutien à travers mes succès et mes déceptions. Merci d'avoir toujours été présent malgré la distance géographique.

Je tiens finalement à remercier toutes les merveilleuses personnes que j'ai eu la chance de croiser à travers mon parcours tant académique que clinique. Vous avez tous su à votre façon y laisser votre trace.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1. Le diabète.....	3
1.1.1. Qu'est-ce que le diabète?.....	3
1.1.2. Quelques chiffres.....	5
1.1.3. Les conséquences.....	6
1.1.3.1. Physiques.....	6
1.1.3.2. Psychologiques.....	6
1.1.3.3. Interpersonnelles.....	7
1.1.4. La prise en charge.....	8
1.2. Le soutien social.....	9
1.2.1. L'attachement amoureux.....	9
1.2.1.1. Le développement du lien d'attachement au sein du couple.....	10
1.2.1.2. Les différents styles d'attachement.....	11
1.2.2. Les enjeux du lien d'attachement au sein du couple.....	12
1.2.2.1. La régulation émotionnelle et le bien-être psychologique.....	12
1.2.2.2. Le bien-être conjugal et l'ajustement dyadique.....	13
1.2.2.3. La santé physique.....	14
1.2.3. Le soutien conjugal et la prise en charge du diabète.....	15
1.3. La dépression.....	17
1.3.1. Qu'est-ce que la dépression?.....	17
1.3.2. La prévalence de la dépression comorbide au diabète et ses conséquences sur la prise en charge.....	18
1.3.3. Les conséquences de la comorbidité diabète-dépression.....	20
1.3.4. La dépression et le couple.....	21
1.4. L'état actuel des connaissances.....	23
1.5. La présente étude.....	24

CHAPITRE 2

MÉTHODE

2.1. Devis de recherche.....	26
2.2. Échantillons.....	26
2.3. Recrutement et procédure.....	27
2.4. Instruments de mesure.....	29
2.4.1. Traduction renversée.....	29
2.4.2. Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients.....	30
2.4.3. Dyadic Adjustment Scale.....	31
2.4.4. Revised Experiences in Close Relationships questionnaire.....	32
2.4.5. Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure.....	33

2.5. Analyses statistiques.....	34
CHAPITRE 3	
RÉSULTATS	
3.1. Statistiques descriptives.....	36
3.2. Vérification des postulats statistiques.....	37
3.3. Corrélations.....	38
3.4. Analyses acheminatoires.....	39
CHAPITRE 4	
DISCUSSION	
4.1. Rappel des objectifs.....	43
4.2. Liens entre l’attachement amoureux, l’ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète.....	43
4.2.1. Hypothèse 1.....	43
4.2.2. Hypothèse 2.....	44
4.2.3. Hypothèse 3.....	45
4.2.4. Hypothèse 4.....	46
4.2.5. Hypothèse 5.....	47
4.3. Effet médiateur des symptômes dépressifs sur le lien entre les relations amoureuses et la santé physique.....	48
4.3.1. Hypothèse 6.....	48
4.4. Retombées appliquées.....	49
4.5. Forces, limites et pistes de recherches futures.....	51
4.5.1. Forces.....	51
4.5.2. Limites.....	52
4.5.3. Pistes de recherches futures.....	53
4.6. Conclusion.....	54
RÉFÉRENCES.....	56
ANNEXE.....	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

Tableau 1. <i>Statistiques descriptives</i>	36
Tableau 2. <i>Corrélations entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète</i>	39

LISTE DES FIGURES

Figures

Figure 1. <i>Associations prévues entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète.....</i>	25
Figure 2. <i>Modèle des associations entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète.....</i>	42

RÉSUMÉ

Le diabète de type 2 est une maladie chronique qui connaît une hausse effarante depuis plusieurs années, tant au Québec que partout à travers le monde. Malgré les avancements dans le domaine de la médecine, cette maladie demeure encore difficile à gérer pour plusieurs personnes qui en sont atteintes. Plusieurs facteurs peuvent venir faciliter ou compliquer la prise en charge de cette maladie chronique, notamment le soutien conjugal ainsi que la présence de symptômes dépressifs. Ce projet vise à mieux comprendre les relations existant entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la prise en charge du diabète. L'échantillon est composé de 31 participants ayant le diabète de type 2. Tous les participants ont complété un questionnaire comprenant une mesure de l'attachement amoureux, une mesure de l'ajustement dyadique, une mesure des symptômes dépressifs ainsi qu'une mesure des comportements de prise en charge du diabète. Les données ont été soumises à des corrélations et à des analyses acheminatoires par régressions bivariées et multiples. Les résultats révèlent que les personnes ayant le diabète de type 2 et présentant un attachement insécurisé ont un moins bon ajustement dyadique. Ils présentent également plus de symptômes dépressifs et une moins bonne gestion de leur maladie. Par ailleurs, le modèle acheminatoire testé démontre que les symptômes dépressifs agissent comme variable médiatrice entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète. Ces résultats sont discutés en fonction de leur contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie de la santé ainsi que de leurs retombées appliquées.

Mots-clés : diabète, attachement, ajustement dyadique, couple, soutien social, symptômes dépressifs, dépression

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Dans nos sociétés contemporaines actuelles, où la consommation excessive et la sédentarité sont devenues des normes de vie, il n'est pas étonnant de constater l'augmentation de plusieurs maux en découlant, tels que les maladies chroniques. Les maladies chroniques, qui peuvent être définies comme étant des maladies non transmissibles de longue haleine résultant d'une association de facteurs tant génétiques, physiologiques, environnementaux que comportementaux, sont en hausse constante en Amérique du Nord ainsi qu'à travers la planète entière (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Les quatre maladies chroniques les plus répandues sont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les cancers et le diabète (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Chaque année, les maladies chroniques touchent des millions de personnes et sont responsables d'environ 40 millions de décès dans le monde (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Plus près de chez nous, environ un tiers de la population québécoise âgée de 12 ans et plus présentent, selon des données recueillies en 2005, au moins une de ces quatre maladies chroniques (Institut de la statistique du Québec, 2010). Les causes des maladies non transmissibles sont à la fois complexes et variées. En effet, elles comprennent des facteurs de risque modifiables tels que le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'obésité et l'usage abusif de l'alcool ainsi que des facteurs de risque difficilement modifiables tels que l'hérédité (Organisation mondiale de la Santé, 2017). En général, elles touchent davantage les personnes plus âgées, les femmes et les personnes ayant un faible statut socio-économique (Institut de la statistique du Québec, 2010). Ces maladies imposent un lourd fardeau au système de soins de santé, mais également aux personnes atteintes tant sur les plans physique, émotionnel et social (Institut de la statistique du Québec, 2010).

Une des maladies chroniques les plus répandue au Québec est le diabète. Il semble d'ailleurs que depuis 2000 la hausse du diabète de type 2 est plus importante au Québec que partout ailleurs au Canada (Institut de la statistique du Québec, 2010). Il s'agit donc d'un problème de santé important auquel il faut s'attarder. La prise en charge du diabète de type 2 passe évidemment par un suivi médical et par la prise de médication, mais elle passe également par la modification des habitudes de vie et par la réduction des facteurs de risque. Par ailleurs, lors de l'annonce du diagnostic de diabète de type 2, les patients ont non seulement à s'adapter à l'idée qu'ils sont atteints de cette maladie chronique, mais ils doivent souvent également modifier des habitudes de vie qui font partie intégrante de leur quotidien depuis plusieurs décennies, ce qui s'avère être un défi pour la majorité de ces personnes. En effet, il a été démontré que plus de 50% des personnes atteintes de cette maladie chronique peinent à modifier leurs habitudes de vie (Franks, Lucas, Stephens, Rook et Gonzalez, 2010 ; Leeman, 2006).

Quelques facteurs permettent toutefois de faciliter les changements comportementaux et d'accroître l'adhérence au plan de traitement des personnes atteintes de diabète de type 2. Notamment, il apparaît que le soutien social est d'une importance capitale pour favoriser l'observance au traitement de ces individus (Oakes, Garmo, Bone, Longo, Segal et Bridges, 2017; Stopford, Winkley et Ismail, 2013). Dans cette optique, il est possible d'imaginer que différentes variables interpersonnelles pourraient affecter la prise en charge du diabète de type 2, y compris l'attachement amoureux, qui est un lien affectif qui unit les membres d'un couple et influence leur façon de donner et de recevoir du soutien (Zeifman et Hazan, 2016), et l'ajustement dyadique, qui est la manière dont les couples parviennent à s'adapter et à se soutenir pour gérer les sources de stress vécues (Berg et Upchurch, 2007). Les facteurs psychologiques, tels que la

présence de symptômes dépressifs, jouent également un rôle dans la gestion du diabète de type 2 (Naicker, Overland, Johnson, Manuel, Skogen, Sivertsen et Colman, 2017).

L'objectif de la présente étude est donc d'examiner les associations entre des variables de soutien conjugal, soit l'attachement amoureux et l'ajustement dyadique ; une variable psychologique, soit la dépression ; et la prise en charge du diabète. Le présent chapitre présentera le contexte théorique, qui servira à jeter les bases conceptuelles de la présente étude. Dans un premier temps, le diabète, ses conséquences et sa prise en charge seront traités. Dans un deuxième temps, le soutien social, soit l'attachement amoureux et l'ajustement dyadique, ainsi que l'impact du soutien conjugal sur la gestion du diabète de type 2 seront abordés. Dans un troisième temps, la dépression et ses impacts tant sur le diabète que sur la relation de couple seront détaillés. Dans un dernier temps, les objectifs et les hypothèses de recherche de la présente étude seront exposés.

Le diabète

Qu'est-ce que le diabète?

Le diabète est une maladie chronique du système endocrinien qui résulte d'une carence en insuline ou d'un déficit dans l'utilisation de l'insuline par l'organisme (American Diabetes Association, 2010 ; Diabète Québec, 2014 ; Organisation mondiale de la Santé, 2017). Puisque l'insuline, hormone sécrétée par le pancréas, permet de réguler la concentration de glucose sanguin, son absence ou son insuffisance au sein de l'organisme provoque une accumulation de sucre dans le sang, aussi appelée hyperglycémie (American Diabetes Association, 2010 ; Diabète

Québec, 2014 ; Organisation mondiale de la Santé, 2017). En somme, puisque le glucose provenant des aliments ingérés ne peut remplir pleinement son rôle, soit de fournir à l'organisme l'énergie dont il a besoin pour fonctionner, des atteintes graves aux différents systèmes du corps et complications surviennent (American Diabetes Association, 2010 ; Diabète Québec, 2014 ; Organisation mondiale de la Santé, 2017).

Il existe trois types de diabète, soit le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Le diabète de type 1, qui se déclare généralement durant l'enfance, touche environ 5 à 10% des personnes atteintes de diabète (American Diabetes Association, 2010). Dans ce type de diabète, le pancréas des personnes affectées ne parvient pas à produire d'insuline, ce qui nécessite une administration quotidienne d'insuline (Organisation mondiale de la Santé, 2017 ; Diabète Québec, 2014). Pour ce qui est du diabète gestationnel, il survient, comme son nom l'indique, durant la grossesse (Diabète Québec, 2014). Plus précisément, il est généralement détecté au cours du troisième trimestre et affecte à la fois la mère et son bébé (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Cette forme de diabète survient dans 4 à 6% des grossesses (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Finalement, il semble que le diabète de type 2 touche plus de 90% des personnes atteintes de diabète (Organisation mondiale de la Santé, 2017 ; Diabète Québec, 2014).

Afin de diminuer les variables confondantes et puisqu'il s'agit de la forme la plus courante de diabète, le présent essai traitera uniquement du diabète de type 2. Ce type est caractérisé par des niveaux élevés de glucose dans le sang résultant de la résistance à l'insuline des cellules de l'organisme (American Diabetes Association, 2010). Cette forme de diabète se manifeste généralement plus tardivement dans la vie (Diabète Québec, 2014). Le diabète de type 2 est le

type le plus sournois. En effet, les symptômes peuvent être minimes et passer inaperçus pendant plusieurs années, voir décennies. Malheureusement, lorsqu'il est diagnostiqué les conséquences en sont souvent irréversibles (p.ex. cécité, maladies cardiaques, etc.) (Diabète Québec, 2014).

Il ne semble pas exister de cause unique au diabète de type 2. En effet, dans bien des cas, il s'agit de la combinaison de plusieurs facteurs de risque, qui sont de mieux en mieux connus, qui déclenche l'apparition de la maladie (Diabète Québec, 2014). Par exemple, le fait d'être un homme, d'être âgé de 40 ou plus, d'être en surpoids, d'avoir un tour de taille élevé, d'être sédentaire, de souffrir d'hypertension artérielle et l'hérédité semblent tous être des facteurs de risque importants du diabète de type 2 (Diabète Québec, 2014).

Quelques chiffres

Selon Danaei et ses collègues (2011), plus de 347 millions de personnes dans le monde seraient atteintes de diabète. L'Organisation mondiale de la Santé (2017) a en effet qualifiée le phénomène de véritable épidémie mondiale, qui serait selon elle due à la hausse effarante de la sédentarité et de l'obésité dans le monde. Plus près de chez nous, selon un rapport enregistrant des données recueillies en 2015, il semblerait que 3,4 millions de Canadiens âgés de 20 ans et plus auraient un diagnostic de cette maladie chronique, ce qui représente environ 9,3% de la population du Canada (Statistique Canada, 2016). Toutefois, le nombre réel de personnes atteintes de diabète est vraisemblablement encore plus élevé, car de nombreuses personnes ayant le diabète pourraient ne pas en être conscientes (Statistique Canada, 2016). L'Organisation mondiale de la Santé (2017) prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de mortalité à travers le monde.

Les conséquences

Physiques. Le diabète est une maladie chronique ayant de multiples conséquences néfastes. En effet, cette maladie a des effets délétères sur divers systèmes et organes du corps humain, tels que le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs (Agence de la santé publique du Canada, 2009 ; Diabète Québec, 2014 ; Organisation mondiale de la Santé, 2017). Le diabète, s'il n'est pas géré ou s'il est mal contrôlé, peut conduire à des complications médicales graves comme l'amputation d'un membre, la maladie parodontale, la cécité, la neuropathie, les maladies cérébrovasculaires et l'insuffisance rénale (Gonder-Frédéric, Cox, et Ritterband, 2002 ; Kinder, Kamarck, Baum et Orchard, 2002; Lloyd, Roy, Nouwen et Chauhan, 2012). Par exemple, il semble que le diabète augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral.

Il n'est donc pas surprenant de constater que le risque de décès est plus de deux fois plus élevé chez les personnes atteintes de diabète, comparativement à leurs homologues sans diabète (Organisation mondiale de la Santé, 2017). En effet, il semble entre autre que 50% des personnes atteintes de cette pathologie grave décèdent d'une maladie cardiovasculaire (Organisation mondiale de la Santé, 2017). De plus, selon l'Organisation mondiale de la Santé (2017) environ 3,4 millions de personnes seraient décédées en 2004 à travers le monde des suites du diabète de type 2 et selon de récentes projections le nombre total de décès, dû au diabète, devrait augmenter de 50% au cours de la prochaine décennie (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

Psychologiques. Bien que le diabète de type 2 soit une maladie dite physique, le fardeau qu'elle impose aux personnes en étant atteintes peut également avoir de lourdes conséquences sur la santé psychologique de ces personnes. Il est illustré dans la littérature scientifique que la

prévalence de la dépression est accrue chez les personnes atteintes de diabète, tant du type 1 que du type 2 (Lloyd et coll., 2012). En effet, plusieurs méta-analyses ont rapporté que les probabilités globales de la dépression étaient plus élevées pour les personnes atteintes de diabète de type 1 ainsi que de type 2 par rapport aux personnes n'ayant pas le diabète (Ali, Stone, Peters, Davies et Khunti, 2006; Anderson, Freedland, Clouse et Lustman, 2001; Roy et Lloyd, 2012). La comorbidité diabète-dépression sera traitée plus longuement dans une section subséquente de cet essai. De plus, il semble également que le diabète tant du type 1 que du type 2 soit une maladie chronique qui affecte non seulement la personne atteinte, mais plutôt les deux membres d'un couple (Lister, Fox et Wilson, 2013).

Interpersonnelles. En effet, les résultats d'une étude récente mettent en évidence l'expérience des conjoints de détresse psychosociale spécifique au contexte du diabète (Franks et coll., 2010). Dans le cadre d'une étude portant sur 185 couples, dont un des deux partenaires présentait un diagnostic de diabète de type 2, les chercheurs se sont intéressés à la détresse liée spécifiquement au diabète mesurée avec le *Problem Areas in Diabetes (PAID)* (Polonsky, Anderson, Lohrer, Welch, Jacobson, Aponte et Schwartz, 1995) et à la présence de symptômes dépressifs mesurés avec le *Centers for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977). Ils ont ainsi trouvé que plus d'un quart des patients (28,6%) et environ un cinquième des conjoints (17,3%) ont obtenu des scores de dépression au niveau ou au-dessus du seuil clinique. De plus, ils ont découvert que la maladie de l'un des partenaires et sa gestion est une source de détresse spécifique de la maladie pour les deux partenaires (Franks et coll., 2010). Selon les résultats qu'ils ont rapportés la détresse des patients, due au diabète et celle de leurs conjoints était liée à leurs propres symptômes dépressifs. Ils ont également soulevé des différences dans ces tendances entre les sexes. En effet, la détresse psychologique était davantage

présente chez les conjointes de patients diabétiques masculins que chez les conjoints de patientes diabétiques de sexe féminin (Franks et coll., 2010). En outre, les résultats appuient la thèse selon laquelle la gestion des maladies chroniques représente une source de stress qui est souvent partagée par les patients et leurs conjoints (Lister et coll., 2013).

En somme, il s'agit d'une maladie qui n'affecte pas que la personne qui en est atteinte, mais également son réseau de soutien social. Il apparaît donc évident que le traitement ou la prise en charge de ces patients doit tenir compte de cet effet systémique et inclure le partenaire de vie de ceux-ci.

La prise en charge

La gestion du diabète de type 2 nécessite beaucoup de vigilance et une adhésion soutenue à un régime de traitement complexe et coordonné comportant un régime alimentaire, de l'exercice, un plan de gestion du poids, une surveillance glycémique étroite et la prise de médicaments (Diabetes Canada, 2017). La prise en charge quotidienne du diabète contribue à réduire le risque de complications graves comme les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, la neuropathie et la néphropathie (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Malgré le soutien des professionnels de la santé et les nombreuses mises en garde dispensées concernant les conséquences néfastes de la non-observance au traitement, de nombreux patients ne parviennent pas à maintenir les habitudes de vie recommandées (Franks et coll., 2010). De plus, il semble que la détresse directement liée au maintien d'un régime quotidien pour la gestion du diabète de type 2 est fréquente chez les patients (Fisher, Glasgow, Mullan, Skaff, et Polonsky, 2008). En effet, il semble que devant la menace que représente le diabète et les nombreuses modifications à

apporter au régime de vie, plusieurs patients peuvent se sentir submergés ou encore avoir l'impression de ne jamais en faire suffisamment concernant la surveillance glycémique, le régime alimentaire, le programme d'exercice, etc. Cela peut évidemment engendrer beaucoup d'anxiété, de la culpabilité et du découragement chez ces patients (Fisher et coll., 2008) et par le fait même conduire à une réduction des comportements de maintien de la santé (Lloyd et coll., 2012). Certaines personnes ayant le diabète de type 2 peuvent également se sentir extrêmement seules face à tous ces changements importants, ce qui peut engendrer de la solitude mais également un sentiment de colère ou d'injustice (Fisher et coll., 2008). De ce fait, il apparaît nécessaire de souligner que le soutien social est d'une importance capitale pour favoriser l'observance au traitement des patients et pour favoriser leur bien-être psychologique (Funnell et coll., 2008).

Le soutien social

L'attachement amoureux

Tel que mentionné précédemment, recevoir un diagnostic de diabète de type 2 peut s'avérer pour plusieurs une expérience extrêmement stressante et éprouvante. De plus, ce diagnostic s'accompagne généralement d'une multitude de recommandations et impose d'importants changements quant aux habitudes de vie, ce qui peut causer beaucoup de détresse et devenir accablant. Dans un tel contexte, il est donc important d'être bien entouré et d'avoir un bon réseau de soutien social, notamment un conjoint soutenant (Lister et coll., 2013). Une excellente façon de conceptualiser le soutien social est par le biais de la théorie de l'attachement. En effet, le soutien social peut être défini comme étant « la dispensation ou l'échange de ressources émotionnelles ou instrumentales ou d'informations » (Institut de la statistique du Québec, 2015)

ou encore comme étant l'«action de soutenir quelqu'un, quelque chose; de lui apporter appui» (Larousse, 2015, p. 1091). Ces définitions s'apparentent donc grandement à la notion d'attachement telle qu'elle sera définie subséquemment.

Le développement du lien d'attachement au sein du couple. Selon Bowlby (1969), l'attachement est défini comme étant le lien émotionnel unissant un enfant à la personne qui en prend soin. Ce lien d'attachement, auquel est associé un grand nombre de comportements, émerge d'un désir de proximité émotionnelle et de recherche de réconfort qui est apparu à travers le processus de la sélection naturelle (Cassidy, 2016). En effet, cette recherche de proximité avec les figures d'attachement confère un avantage de taille sur le plan de l'évolution en favorisant l'établissement et le maintien de liens affectifs forts avec d'autres personnes, une tendance qui offre de la protection et favorise l'autonomie (Cassidy, 2016). Durant la petite-enfance, l'enfance et l'adolescence, les êtres humains développent graduellement des attentes quant à eux-mêmes et quant à leurs figures d'attachement, basées sur leurs expériences avec celles-ci. Selon la théorie de l'attachement, leurs attentes quant à leur sensibilité et à leur disponibilité émotionnelle s'incorporent dans des «modèles internes opérants» (Feeney, 2016). Les modèles internes opérants sont définis comme étant des représentations mentales du monde social, c'est-à-dire la façon dont la personne perçoit le monde et ses relations avec autrui (Thompson, 2016). La théorie stipule que les modèles internes opérants façonnent nos réponses cognitives, émotionnelles et comportementales face aux autres et se reflètent dans nos relations ultérieures (Mikulincer et Shaver, 2015).

Une génération de recherche depuis Bowlby suggère que l'amour romantique soit un processus d'attachement, influencé en grande partie par les expériences précoces avec les

pourvoyeurs de soins (Feeney, 2016). En effet, Hazan et Shaver (1987) ont été les premiers auteurs à conceptualiser l'amour romantique comme tel (cité dans Feeney, 2016). Les études ont illustré une certaine stabilité dans les patrons d'attachement à travers le développement de la personne, ainsi il apparaît que le style d'attachement romantique découlerait du style d'attachement développé à l'enfance (Feeney, 2016). Au courant de l'adolescence et au début de l'âge adulte, les pairs et puis les partenaires amoureux deviendraient les figures d'attachement principales (Allen et Tan, 2016). De façon similaire au processus observé chez les enfants, les adultes lorsqu'ils vivent de la détresse vont rechercher la proximité et le réconfort d'une figure d'attachement, par exemple un conjoint ou un ami, pour tenter de rétablir leur bien-être émotionnel. Ces derniers réagissent alors, dans un scénario idéal, en prodiguant de la réassurance, du réconfort ou un soutien tangible (Collins et Feeney, 2010).

Les différents styles d'attachement. Tel que mentionné précédemment, l'amour romantique serait donc un processus d'attachement (Feeney, 2016 ; Hazan et Shaver, 1987). Puisqu'il existe une certaine continuité entre le style d'attachement développé à l'enfance et celui présent à l'âge adulte, il n'est pas étonnant de retrouver chez les couples les trois principaux styles décrits par Bowlby en 1969 et élaborés par Ainsworth et ses collègues en 1978 (sécurisé, évitant et anxieux-ambivalent) (Feeney, 2016). Dans leur étude publiée en 1987, Hazan et Shaver ont décrit trois styles d'attachement amoureux, soit un style d'attachement sécurisé et deux styles d'attachement insécurisés, évitant et anxieux/ambivalent. L'attachement insécurisé anxieux fait référence à une forme d'hyperactivation face à la menace, qui génère une détresse accrue face à la distance et la recherche constante de proximité et de réconfort auprès des autres (Pietromonaco, Uchino et Dunkel Schetter, 2013). L'attachement insécurisé évitant fait référence à un schéma de désactivation en réponse à une menace, qui génère une minimisation de la détresse et un grand

sentiment d'être autosuffisant et de n'avoir besoin de personne pour faire face à la menace (Pietromonaco et coll., 2013). La sécurité de l'attachement, concept clé de la théorie, fait référence à la combinaison d'une faible anxiété et d'un faible évitement, générant un sentiment de proximité et de confiance qu'un partenaire sera disponible et réceptif en cas de besoin, ainsi qu'à une tendance à chercher et à donner du soutien émotionnel (Pietromonaco et coll., 2013).

Les enjeux de l'attachement au sein du couple

La qualité du lien d'attachement amoureux semble avoir des impacts majeurs sur la capacité à réguler les émotions, sur le bien-être psychologique (Zeifman et Hazan, 2016), sur le bien-être conjugal, sur l'ajustement dyadique (Mikulincer et Shaver, 2015) et sur la santé physique (Zeifman et Hazan, 2016).

La régulation émotionnelle et le bien-être psychologique. Dans la littérature, il est accepté qu'un attachement sécurisé facilite l'adaptation émotionnelle au stress (Mikulincer et Shaver, 2007). Il semble que la sécurité de l'attachement soit associée à une meilleure résilience, à plus de stratégies d'adaptation perçues et à des attitudes de résistance au stress (Jones, Brett, Ehrlich, Lejuez et Cassidy, 2014). L'attachement sécurisé serait également associé à des attentes positives face à la capacité à réguler son humeur négative et à plus d'optimisme et d'espoir face à l'adversité (Carnelley, Hepper, Hicks et Turner, 2011). Plusieurs chercheurs ont découvert des liens entre les attachements anxieux et évitant et des difficultés de régulation émotionnelle et ont relevé des différences cérébrales quant à la réponse du cerveau à des événements stressants (Shaver et Mikulincer, 2013). Il apparaît donc que la qualité de l'attachement amoureux jouerait un rôle primordial non seulement dans la régulation émotionnelle mais également dans la capacité à faire face au stress et à l'adversité.

Le bien-être conjugal et l'ajustement dyadique. En ce qui concerne les enjeux de l'attachement sur le bien-être conjugal, de nombreuses recherches appuient le lien entre la sécurité de l'attachement et la qualité de la relation conjugale (Feeney, 2016). En effet, selon les résultats de Levy et Davis (1988) ainsi que de Simpson (1990), l'attachement sécurisé serait lié à des niveaux plus élevés de confiance, d'engagement et de satisfaction conjugale, alors que l'attachement évitant serait lié à des niveaux inférieurs d'interdépendance et d'engagement (cité dans Feeney, 2016). Il semble également qu'un attachement sécurisé serait lié à moins de sentiments de rejet et à un sentiment de soutien plus élevé lors de problèmes ou d'adversité (Kobak et Hazan, 1991, cité dans Feeney, 2016).

La qualité et l'ajustement de la relation d'un couple est souvent comprise et étudiée via le concept d'ajustement dyadique, développé par Spanier à la fin des années 1970 (Graham, Diebels et Barnow, 2011). Au courant des dernières décennies, l'ajustement dyadique est devenu un concept particulièrement pertinent et utilisé par les chercheurs explorant le rôle de certaines variables dans l'adaptation des couples à diverses problématiques (Kenny et Ledermann, 2012). Le terme d'ajustement dyadique, ou d'adaptation dyadique, réfère à une variété de façons dont les couples peuvent potentiellement agir pour gérer les sources de stress vécues (Berg et Upchurch, 2007). L'ajustement dyadique peut être défini comme étant un processus qui détermine le degré des différences problématiques dans un couple, des tensions interpersonnelles et de l'anxiété personnelle des partenaires, de la satisfaction conjugale, de la cohésion entre les partenaires et du consensus sur des questions importantes pour les interactions au sein du couple (Montesino, Gómez, Fernández et Rodríguez, 2013). Plus l'ajustement dyadique est élevé au sein du couple, moins leur niveau de détresse est élevé et plus leur sentiment de bien-être au sein du couple et en général sera élevé. De plus, un bon ajustement dyadique permettrait de faire face conjointement

plus aisément à l'adversité, notamment lors de l'annonce et de la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète de type 2. Un bon ajustement dyadique permettra donc moins de détresse et une meilleure prise en charge conjointe de la maladie.

La santé physique. Puisque les processus d'attachement sont intégralement liés à la façon dont les gens régulent leurs émotions et leurs comportements (Pietromonaco et coll., 2013), il n'est pas étonnant de constater qu'ils jouent également un rôle important dans le maintien de la santé physique. En effet, il est reconnu dans la littérature actuelle qu'un attachement sécurisé et des relations soutenantes protègent la santé (Uchino, 2009). La mauvaise qualité des relations intimes représenterait un facteur de risque égal ou supérieur aux facteurs de risque connus pour la santé tels que le tabagisme, l'indice de masse corporelle et l'activité physique (Holt-Lunstad, Smith et Layton, 2010). Il semble que les personnes qui manquent de liens sociaux de qualité connaissent des taux de mortalité plus élevés, en particulier dans un contexte de maladie chronique comme les maladies cardiovasculaires, mais aussi d'autres maladies comme le cancer (Holt-Lunstad et coll., 2010). Les résultats d'une étude portant sur l'attachement et le diabète de type 2 ont permis d'illustrer que les personnes ayant le diabète qui présentaient un attachement évitant avaient davantage recours à la distanciation cognitive, qui réfère au fait de se détacher cognitivement et émotionnellement de la situation vécue, et la résignation acquise, qui réfère à un sentiment général d'impuissance face à la situation vécue, comme stratégies d'adaptation, ce qui par le fait même était associé à une mauvaise adhérence au traitement (Turan, Osar, Turan, Ilkova et Damci, 2003). Il existe donc des preuves substantielles que l'attachement et les relations conjugales auraient un énorme impact sur la santé physique et de plus en plus de données documentent cet impact chez les patients atteints de diabète de type 2.

Le soutien conjugal et la prise en charge du diabète

Le soutien conjugal est un puissant facteur prédictif de la gestion efficace du diabète et de l'ajustement dyadique des personnes vivant avec le diabète (Lister et coll., 2013). En effet, le diagnostic d'une maladie chronique initie une période de grande détresse et d'ajustements pour les patients et pour leurs conjoints. Les couples doivent commencer à prendre des décisions difficiles concernant le traitement, réévaluer les rôles au sein du foyer et revoir la répartition des tâches ménagères ainsi que s'adapter à la menace d'une maladie de longue durée potentiellement mortelle (Berg et Upchurch, 2007). Inévitablement, les deux conjoints sont souvent activement impliqués dans la gestion quotidienne de la maladie du partenaire atteint de diabète de type 2 (Franks et coll., 2010). Ils sont en effet susceptibles d'influencer grandement les comportements de santé et le style de vie, comme l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, la consommation de cigarettes et d'alcool et l'observance aux traitements médicaux (Pietromonaco et coll., 2013). Notamment, Stephens et ses collègues (2013) se sont intéressés à savoir si l'observance au plan alimentaire et la détresse spécifique au diabète chez les adultes atteints de diabète de type 2 différaient si leur conjoint était davantage supportant ou contrôlant. Leurs données ont été recueillies auprès de 126 couples, à l'aide de journaux quotidiens. Dans cette étude, l'observance au plan alimentaire a été mesurée à l'aide du *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (Toobert, Hampson et Glasgow, 2000) et la détresse spécifique au diabète a été mesurée à l'aide du *Problem Areas in Diabetes scale*. Les résultats révèlent que lorsque les conjoints de patients diabétiques utilisaient des stratégies de contrôle négatives comme par exemple la coercition ou la persuasion, les patients étaient moins susceptibles d'avoir suivi leur régime de traitement, tandis que lorsque les conjoints ont déclaré utiliser des stratégies de contrôle plus positives (encouragements, soutien), les patients avaient davantage adhéré au traitement (Stephens Franks,

Rook, Iida, Hemphill et Salem, 2013). Les différences pouvant exister quant au genre n'ont pas été évaluées dans le cadre de cette étude. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Stephens, Rook, Franks, Khan et Iida (2010). En effet, dans leur étude portant sur 109 couples, ils ont étudié les différences entre l'utilisation par les conjoints non diabétiques de stratégies de contrôle social positif, soit l'encouragement, et de stratégies de contrôle social négatif, soit l'avertissement, sur l'adhérence au traitement du conjoint ayant le diabète de type 2. Les résultats de leur étude ont révélé une association positive entre l'usage de l'encouragement et l'adhérence au traitement ainsi qu'une association négative entre l'usage de l'avertissement et l'adhérence au traitement (Stephens et coll., 2010).

Il semble en effet que le soutien familial et conjugal soit d'une importance capitale pour favoriser l'observance au traitement chez ces patients (Funnell et coll., 2011). Dans une étude antérieure, Beverly, Penrod et Wray (2007) ont également rapporté que lorsque les couples ont une même compréhension du diabète et se soutiennent mutuellement, l'adhésion à des pratiques de gestion du diabète de type 2 a été grandement accrue. En outre, ils ont trouvé que des croyances partagées entre les conjoints concernant le diabète accroît le support quant aux comportements de gestion de la maladie (Beverly et Wray, 2010). Il semble donc sans équivoque que le diabète est une maladie chronique qui affecte considérablement l'ajustement dyadique et la qualité de vie des couples, et que le soutien conjugal affecte à son tour la prise en charge de la maladie (Lister et coll., 2013).

La dépression

Toutefois, il n'y a pas que des facteurs sociaux tels que l'attachement amoureux et l'ajustement dyadique qui semblent affecter la prise en charge du diabète de type 2, mais également des facteurs psychologiques. En effet, tel que mentionné précédemment, la présence d'une dépression, ou à tout le moins de symptômes dépressifs, comorbide au diabète de type 2 est un phénomène très commun qui peut avoir d'énormes conséquences sur la prise en charge de cette maladie. Avant de poursuivre, il importe de préciser ce qu'est la dépression et ce qu'elle implique pour les personnes qui en sont atteintes.

Qu'est-ce que la dépression?

La dépression majeure est caractérisée par un épisode distinct d'une durée d'au moins 2 semaines durant lequel le patient doit avoir vécu au moins cinq symptômes pendant une même période, tels qu'une humeur dépressive présente pratiquement tout le temps, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités, un changement significatif dans le poids, des difficultés de sommeil, une agitation ou ralentissement psychomoteur, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, etc. (American Psychiatric Association, 2013).

Ce problème de santé mentale n'est évidemment pas sans conséquences. Il semble que beaucoup des conséquences fonctionnelles de cette maladie découlent des symptômes eux-mêmes. La personne déprimée peut être incapable de prendre soin d'elle et vivre une diminution importante de son fonctionnement physique, cognitif et social (American Psychiatric Association,

2013). En plus des conséquences psychologiques et relationnelles de la dépression majeure, il est important de noter que cette maladie peut avoir des impacts négatifs sur l'état de santé général de la personne atteinte car elle mène souvent à la réduction des comportements de maintien de la santé (Knol et coll., 2007 ; Pouwer, Geelhoed-Duijvestijn, Tack, Bazelmans, Beekman, Heine et Snoek, 2010). Lorsqu'un individu est aux prises avec une maladie chronique, telle que le diabète, le fait que cette personne parvienne plus difficilement à maintenir de bonnes habitudes de vie nuit grandement à la prise en charge de sa maladie.

La prévalence de la dépression comorbide au diabète et ses effets sur la prise en charge

Il existe des preuves solides d'un risque accru de dépression chez les personnes atteintes de diabète de type 1 de même que de type 2 ainsi que d'un risque accru de développer un diabète de type 2 chez les personnes souffrant de dépression (Lloyd et coll., 2012). En effet, les données épidémiologiques suggèrent les patients atteints de diabète de type 2 souffrent de dépression à des taux au moins deux fois plus élevés que ceux observés dans la population générale (Golden et coll., 2017, Semenkovich, Brown, Svrakic et Lustman, 2015). Dans une étude réalisée dans 60 pays, Moussavi et ses collègues (2007) ont constaté que la prévalence de symptômes dépressifs chez les personnes ayant le diabète était de 9,3% comparativement à 3,2% dans la population générale. Des données semblables ont été répertoriées par Naicker et ses collègues (2017). En effet, ils ont effectué leur étude auprès de 2035 adultes atteints de diabète de type 2 afin d'explorer les associations entre les symptômes dépressifs et anxieux ainsi que le tour de taille, le cholestérol HDL, la pression artérielle systolique, les triglycérides, la protéine c-réactive, l'observance au régime alimentaire et d'exercice, la surveillance glycémique, la surveillance des

pieds et des ulcères de même que l'expérience subjective des patients. Les données ont été recueillies à l'aide du *CONOR Mental Health Index* et d'analyses sanguines. Dans leur étude, les symptômes dépressifs étaient associés aux modifications de certaines mesures clés liées au diabète, tant métaboliques que comportementales. Ces auteurs soulignent donc l'importance de la détection et de la gestion des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (Naicker et coll., 2017). Selon Roy et Lloyd (2012), le taux de prévalence de la dépression serait plus de trois fois plus élevé chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et près de deux fois plus élevé chez les personnes atteintes de diabète de type 2 comparativement aux personnes sans diabète. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Knol et ses collègues (2007). En effet, après contrôle du mode de vie (le tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique) et des variables démographiques (le sexe, l'âge, l'éducation), les patients ayant reçu un diagnostic de diabète de type 2 avaient 1,7 fois plus de risque de développer des symptômes dépressifs par rapport aux personnes sans diagnostic de diabète de type 2 (Knol et coll., 2007).

L'association entre la dépression et le diabète est ainsi reconnue depuis de nombreuses années (Anderson et coll., 2001; Renn, Feliciano et Segal, 2011). Il semble exister une relation bidirectionnelle entre la dépression et le diabète (Lloyd et coll., 2012; Renn et coll., 2011 ; Tabák, Akbaraly, Batty et Kivimäki, 2014). D'une part, il semble que la dépression puisse être une conséquence du diabète. En effet, les recherches récentes qui indiquent que les personnes atteintes de diabète sont plus susceptibles de développer une dépression que les personnes sans diabète peuvent être expliquée en partie par le fardeau perçu de cette maladie chronique ou en raison des changements biochimiques qui se produisent chez les personnes atteintes (Renn et coll., 2011 ; Roy et Lloyd, 2012). Des cognitions spécifiques liées au diabète, comme la perception d'être invalide ou moins utile, et la conscience d'avoir une maladie chronique grave,

peuvent imposer un important fardeau psychologique aux personnes atteintes de diabète, en particulier pour les personnes ayant un faible niveau de soutien social (Talbot et Nouwen, 2000). De plus, il semble que les changements biochimiques associés au diabète, tels que l'excitation du système nerveux, pourraient représenter un risque accru de dépression chez les personnes atteintes de diabète par rapport à celles qui n'en sont pas atteintes (Tabák et coll., 2014).

D'autre part, la recherche actuelle indique que les symptômes dépressifs sont un facteur de risque important pour le développement du diabète de type 2. Cette relation peut être due en grande partie à une diminution des comportements de maintien de la santé chez les personnes dépressives (Renn et coll., 2011). En effet, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que les facteurs comportementaux associés à la dépression, tels que la diminution des activités ainsi que les dérégulations de l'appétit et du sommeil, peuvent conduire au diabète de type 2 ainsi qu'à de mauvais comportements de gestion de la maladie chez les personnes atteintes de diabète (Golden et coll., 2008). Ces auteurs suggèrent en outre que les comportements associés à la dépression peuvent entraîner l'obésité et la résistance à l'insuline, ouvrant ainsi la voie au développement ou à l'aggravation du diabète de type 2 (Cherrington, Wallston et Rothman, 2010 ; Safren et coll., 2014).

Les conséquences de la comorbidité diabète-dépression

Bien que la comorbidité diabète-dépression semble être relativement fréquente, elle n'est pas à prendre à la légère puisqu'elle entraîne bien des conséquences pour les personnes qui en souffrent. Tout d'abord, il semble que les personnes atteintes de diabète de type 2 souffrant également de dépression rapportent une plus grande perception de diminution de leur santé que

celles atteintes d'autres maladies chroniques (Naicker et coll., 2017). De plus, la dépression a également été associée à une mauvaise gestion du diabète (Naicker et coll., 2017; Safren et coll., 2014) et à une moins bonne surveillance métabolique (Cherrington et coll., 2010 ; Naicker et coll., 2017). Ensuite, une méta-analyse regroupant 41 études a montré une relation significative entre la dépression et plusieurs complications du diabète, telles que la rétinopathie, la néphropathie, la neuropathie et des complications macrovasculaires (Naskar, Victor et Nath, 2017). En effet, selon les résultats de cette étude, les complications les plus fréquentes du diabète de type 2 qui ont été associées à une dépression sont la neuropathie, la néphropathie, la rétinopathie et la maladie coronarienne. Il apparaît que les chances de complications neuropathiques sont 2,57 fois plus élevées chez les personnes présentant des symptômes dépressifs que chez leurs homologues ne présentant pas de symptômes dépressifs (Naskar et coll., 2017). Enfin, il semble que les personnes atteintes de diabète et de dépression ont une qualité de vie diminuée et des taux plus élevés de mortalité (Leichsenring et Kruse, 2013; Naskar et coll., 2017; Roy et Lloyd, 2012). En somme, les données actuelles suggèrent que le pronostic du diabète de type 2 et de la dépression, en termes de sévérité de la maladie, de complications, d'observance au traitement et de mortalité, est moins bon lorsque ces conditions sont comorbides (Cherrington et coll., 2010 ; Lloyd, Pambianco et Orchard, 2010; Naskar et coll., 2017). En somme, la présence de symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de diabète de type 2 engendre une multitude de conséquences néfastes, voire mortelles, pour les personnes atteintes. Une prise en charge adéquate à la fois du diabète de type 2 et des symptômes dépressifs apparaît donc primordial.

La dépression et le couple

Il semble que le soutien conjugal soit non seulement essentiel à la prise en charge du diabète de type 2, mais également au bon fonctionnement psychologique des patients ayant le diabète. D'une part, plusieurs études ont montré qu'un attachement insécurisé au sein du couple serait associé à des taux plus élevés de dépression (Givertz et Safford, 2011). Dans leur étude publiée en 2011, Givertz et Safford ont examiné le lien entre les modèles de communication, l'attachement romantique, les symptômes dépressifs et les perceptions quant à la qualité de la relation. Dans le cadre de cette étude, ils ont fait compléter en deux temps (intervalle de 6 mois) le *Revised Experiences in Close Relationships Questionnaire* (ECR-R) (Fraley, Waller et Brennan, 2000), le *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979), le *Communication Patterns Questionnaire* (CPQ) (Christensen et Sullaway, 1984) et le *Perceived Relationship Quality Components Inventory* (PRQC) (Fletcher, Simpson et Thomas, 2000) à 63 couples hétérosexuels. Ils ont relevé des associations significatives entre les patrons de communication (constructif, évitant, etc.) et la sécurité de l'attachement. Ils ont observé des légères modifications entre les temps 1 et 2 selon les différents patrons de communication. De plus, ils ont observé plus de symptômes dépressifs et une satisfaction conjugale moindre chez les participants ayant des attachements à leur partenaire davantage insécurisés. En somme, la capacité d'avoir des relations satisfaisantes avec ses figures d'attachement semble essentielle pour permettre le bon fonctionnement psychologique de la personne (Givertz et Safford, 2011). Peu importe si l'insécurité de l'attachement a une base davantage anxieuse ou évitante, les individus ayant un attachement insécurisé ont tendance à connaître une plus grande détresse psychologique et plus de psychopathologies que les individus sécurisés (Sutin et Gillath, 2009). Certaines recherches postulent les effets différentiels des dimensions d'anxiété et d'évitement. En effet, il apparaît que l'hypersensibilité aux signaux émotionnels médie la relation entre l'attachement anxieux et la dépression (Wei, Vogel, Ku et Zakalik, 2005). De plus, le détachement et la contre-

dépendance médie la relation entre l'attachement évitant et la dépression (Wei et coll., 2005).

D'autre part, il semble exister une association transversale bien établie entre la détresse conjugale et la dépression (Proulx, Helms, et Buehler, 2007 ; Tilden, Gude et Hoffart, 2010). Plusieurs preuves indiquent que la discorde au sein d'une relation et un faible ajustement dyadique prédit un bien-être émotionnel moindre (Proulx et coll., 2007) ainsi que l'apparition de symptômes de dépression majeure (Whitton, Stanley, Markman et Baucom, 2008). Des études ont permis de trouver qu'une diminution de la qualité de la relation conjugale prédirait l'augmentation de la gravité des symptômes dépressifs (Tilden et coll., 2010 ; Whitton et coll., 2008). En effet, dans leur étude de 2008 réalisée auprès de 161 femmes, Whitton et ses collègues ont démontré une association significative entre un fonctionnement relationnel moindre et la présence de symptômes dépressifs. En effet, lorsque le fonctionnement relationnel était plus bas, les symptômes dépressifs étaient plus élevés (Whitton et coll., 2008). De plus, il semble que la diminution de la satisfaction relationnelle, composante importante de l'ajustement dyadique, semble accompagner l'augmentation des symptômes dépressifs (Whitton et coll., 2008). Ces résultats ont été corroborés par Tilden et ses collègues (2010).

L'état actuel des connaissances

Dans la littérature, il existe de nombreuses preuves de l'importance des liens sociaux et de l'attachement sur la santé physique et sur la santé psychologique (Zeifman et Hazan, 2016). En effet, l'état actuel des connaissances révèle des associations significatives entre des variables de soutien social, tels que l'attachement amoureux, l'ajustement conjugal et la dépression, ainsi qu'entre ces variables de soutien social et la prise en charge des maladies chroniques telles que le

diabète de type 2. Des associations significatives ont également été mises en lumière par plusieurs auteurs entre la dépression et la gestion du diabète. Toutefois, ces quatre variables n'ont, à notre connaissance, jamais été étudiées de façon simultanée auparavant. De plus, tel que soulevé par Pietromonaco et ses collègues (2013), bien que les liens entre les relations et la santé soient bien établis, on en sait encore peu sur les processus par lesquels les relations influent sur la santé. En effet, ces auteurs ont d'ailleurs émis l'hypothèse que l'exploration de processus médiateurs pourrait permettre de pallier cette lacune dans les connaissances actuelles liant les relations et la santé (Pietromonaco et coll., 2013). Dans le cadre de cette étude nous avons donc tenté d'éclaircir cette zone d'ombre ci-haut mentionnée, notamment en suggérant que les symptômes dépressifs agiront comme médiateurs expliquant une partie du lien observé entre les relations et la santé. Nous avons choisi de proposer les symptômes dépressifs comme variable médiatrice expliquant une partie des liens entre les relations et la santé en raison du nombre important d'études liant d'une part les relations et les symptômes dépressifs et d'autre part la santé ainsi que la prise en charge des problèmes de santé et les symptômes dépressifs.

La présente étude

L'objectif principal du présent essai doctoral était de développer et de mettre à l'épreuve un modèle qui comprend un réseau d'associations entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète de type 2. Le réseau d'associations anticipées entre ces variables est illustré à la Figure 1. Les hypothèses suivantes sont avancées :

- 1) Les variables à l'étude, soit l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion de la maladie chez les patients atteints de diabète de type 2 seront corrélées.

- 2) L'attachement amoureux insécurisé sera négativement associé à l'ajustement dyadique.
- 3) L'ajustement dyadique, qui réfère à une variété de façons dont les couples peuvent potentiellement agir pour gérer les sources de stress vécues, sera à son tour négativement associé aux symptômes dépressifs.
- 4) L'ajustement dyadique sera également positivement associé à la gestion du diabète.
- 5) La présence de symptômes dépressifs sera négativement associée à la gestion du diabète.
- 6) Les symptômes dépressifs agiront comme variable médiatrice expliquant une partie du lien observé entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète.

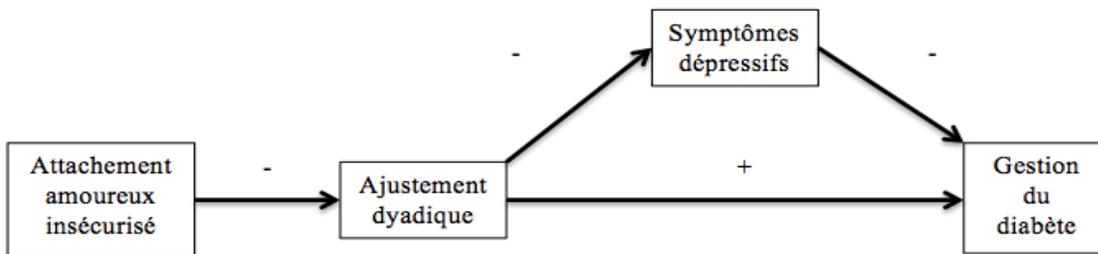


Figure 1. Associations prévues entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète.

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Devis de recherche

La présente étude a un devis quantitatif et transversal. De plus, elle est de nature descriptive-corrélacionnelle. Ce devis de recherche se définit comme étant une méthode qui permet d'explorer « [l]es relations entre des variables en vue de les décrire » (Fortin, Côté et Filion, 2006, p.194).

Échantillons

Dans le cadre de cette étude, nous cherchions à recruter des participants atteints de diabète de type 2 présentant ou non des symptômes dépressifs comorbides. Les participants de cette étude devaient être âgés de 18 ans et plus et être en couple depuis au moins six mois. Les participants ne rencontrant pas ces critères, souffrant d'un trouble de santé mental sévère et persistant tels que la schizophrénie et les troubles associés, les troubles bipolaires, etc., ou ne comprenant pas le français ou l'anglais écrit, ont été exclus de l'étude. Nous avons évalué si les participants rencontraient ces critères d'inclusion et d'exclusion à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté, soit notre questionnaire sociodémographique. Nous avons réussi à recruter au total 32 participants, toutefois 1 participant a dû être exclu en raison du grand nombre de données manquantes.

Notre échantillon final comportait donc 31 participants. Parmi ces 31 participants, 15 étaient de sexe masculin (48,4%), alors que 16 étaient de sexe féminin (51,6%). Les participants

étaient âgés entre 28 et 71 ans et l'âge moyen était de 48,55 ans ($\acute{E}.$ - $T.$ = 12,13). 26 participants (87,1%) étaient caucasiens, deux (6,5%) étaient asiatiques, un (3,2%) était hispanique et un (3,2%) était autochtone. Deux participants (6,5%) avaient complété une scolarité de niveau primaire, cinq (16,1%) avaient complété une scolarité de niveau secondaire, 13 (41,9%) avaient complété une scolarité de niveau collégial, sept (22,6%) avaient complété une scolarité de premier cycle universitaire, trois (9,7%) avaient complété une scolarité de 2^e cycle universitaire et un (3,2%) avait complété une scolarité de 3^e cycle universitaire. De plus, trois participants (9,7%) avaient un revenu annuel moyen de moins de 20 000\$, huit (25,8%) avaient un revenu annuel moyen entre 20 000\$ et 39 000\$, sept (22,6%) avaient un revenu annuel moyen entre 40 000\$ et 59 000\$, cinq (16,1%) avaient un revenu annuel moyen entre 60 000\$ et 79 000\$, quatre (12,9%) avaient un revenu annuel moyen entre 80 000\$ et 99 000\$ et quatre (12,9%) avaient un revenu annuel moyen de plus de 100 000\$. Par ailleurs, 28 participants (90,3%) étaient en couple avec leur partenaire avant de recevoir leur diagnostic de diabète, alors que trois participants (9,7%) avaient débuté leur relation amoureuse avec leur partenaire après avoir reçu leur diagnostic de diabète. Finalement, la durée moyenne de la relation actuelle des participants était de 19,94 ans ($\acute{E}.$ - $T.$ = 12,59).

Recrutement et procédure

Dans un premier temps, certains participants de cette étude ont été recrutés à la Clinique de diabète de l'Hôpital Montfort (N = 10). Les membres de l'équipe (médecins, infirmiers, diététistes, psychologues) de la Clinique de diabète ont parlé de l'étude à leurs patients. De plus, des dépliants avec des informations supplémentaires sur le projet ont été distribués aux patients de la clinique. Des affiches de recrutement contenant les informations du projet ont également été

affichées dans la Clinique de diabète de l'Hôpital Montfort. Les patients intéressés à participer pouvaient alors appeler la chercheuse principale afin de planifier un rendez-vous pour compléter les questionnaires. Également, la chercheuse principale s'est présentée directement dans la salle d'attente de la Clinique de diabète de l'Hôpital Montfort afin de parler de la présente étude aux patients. Les patients intéressés à participer pouvaient se manifester directement à la chercheuse principale, qui a révisé les formulaires de consentement avec eux et leur remis les questionnaires faisant partie de l'étude. En effet, les participants pouvaient alors compléter les versions françaises ou anglaises du *Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients* (Beck, Steer et Brown, 2000), du *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976), du *Revised Experiences in Close Relationships questionnaire* (Fraley et coll., 2000) et du *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (Toobert et coll., 2000). De plus, un questionnaire d'ordre démographique devait également être rempli, afin de s'assurer que les participants satisfassent aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Dans un deuxième temps, certains participants de cette étude ont été recrutés par Internet (N = 21). En effet, nous avons recruté une partie de nos participants via la page Facebook et le site Internet de Diabète Québec invitant les participants à compléter notre questionnaire en ligne en version française ou anglaise, composé des versions françaises ou anglaises des questionnaires mentionnés ci-haut. Pour ce faire, et pour assurer la protection des données, nous avons utilisé la plateforme Limesurvey.

Instruments de mesure

Dans le cadre de cette étude, tel que mentionné précédemment, les versions anglaises et françaises du *Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients* (Beck et coll, 2000), du *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976), du *Revised Experiences in Close Relationships questionnaire* (Fraley et coll., 2000) et du *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (Toobert et coll., 2000) ont été employées (voir Annexe).

Puisqu'une partie de la population de la présente étude est francophone et que certains instruments de mesure choisis, soient le *Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients* et le *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* n'ont pas encore été traduits et validés en français, nous avons eu recours à la traduction renversée (*back translation*). La traduction renversée de ces instruments a été réalisée par l'équipe de Dr Paul S. Greenman dans le cadre d'une autre étude (Greenman, Tassé et Argibay-Poliquin, 2015).

Traduction renversée

Pour faire la traduction renversée d'un instrument psychométrique, il suffit de traduire l'instrument de sa langue d'origine, soit dans ce cas-ci l'anglais, vers la langue désirée, soit dans ce cas-ci le français, par une personne de langue maternelle francophone. Une tierce personne, de langue maternelle anglophone, traduit ensuite la version française en anglais. On peut ainsi comparer la traduction renversée anglaise de l'instrument de mesure et l'instrument de mesure original pour vérifier s'ils concordent (Vallerand, Guay et Blanchard, 2000). Bien que ce procédé entraîne une diminution de la validité de l'instrument de mesure, l'utilisation de ce procédé est

une pratique très courante, par exemple dans l'étude de Chaperon et Dandeneau (2017) portant sur l'adaptation d'un questionnaire sur l'attachement amoureux.

Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients

Le *Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients* a été conçu par Beck et ses collègues (2000) dans le but de permettre de repérer rapidement des symptômes dépressifs sur une population ayant un trouble d'ordre médical (Benedict, Fishman, McClellan, Bakshi et Weinstock-Guttman, 2003). Dans cette version du BDI, tous les items pouvant être confondus avec des symptômes d'un trouble d'ordre médical (par exemple la modification dans l'appétit ou le poids, la modification du sommeil, etc.) ont été retirés afin de diminuer la confusion avec les symptômes appartenant à une maladie physique. Cet instrument est un questionnaire auto-rapporté comportant sept items qui évaluent la dysphorie, l'anhédonie, les idées suicidaires et les symptômes cognitifs sur une échelle en trois points. Ce court questionnaire se remplit en moins de cinq minutes. Ces scores vont de 0 à 21, les scores plus élevés indiquant une plus grande symptomatologie dépressive (Kliem, Mößle, Zenger et Brähler, 2014 ; Benedict et coll., 2003).

Le *Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients* possède de bonnes qualités psychométriques. En effet, cet instrument de mesure a une excellente cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,84 (Kliem et coll., 2014). Cette valeur est comparable à celle trouvée par les auteurs du test ($\alpha = 0,85-0,88$) (Beck et coll., 2000) ainsi qu'à celle de l'échantillon du présent essai ($\alpha = 0,81$). De plus, ce test possède une bonne validité convergente (Benedict et coll., 2003). L'équipe de Kliem et ses collègues (2014) a évalué la validité convergente de cet instrument en le comparant au *Patient Health Questionnaire* (Kroenke et Spitzer, 2002) et a trouvé un coefficient

de corrélation de 0,67. Les données de cette étude permettent également d'affirmer que cet instrument de mesure possède une validité discriminante satisfaisante (Kliem et coll., 2014). Puisque cet instrument n'a pas encore été traduit et validé en langue française, nous avons eu recours au procédé de traduction renversée pour la présente étude.

Dyadic Adjustment Scale

Le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) a été conçu par Spanier (1976) dans le but de permettre d'évaluer l'ajustement dyadique au sein du couple. Selon l'auteur du DAS, l'ajustement dyadique peut être défini comme étant un processus qui détermine le degré des différences problématiques dans un couple, des tensions interpersonnelles, de la satisfaction conjugale, de la cohésion conjugale et du consensus concernant des questions importantes pour les interactions au sein du couple (Montesino et coll., 2013). Ce questionnaire auto-rapporté est composé de 32 items divisés en quatre sous-échelles (consensus, satisfaction, cohésion et expression affective) (Graham, Liu et Jeziorski, 2006). La majorité des items de l'outil sont remplis à l'aide d'une échelle de type Likert. Les scores possibles à cet instrument vont de 0 à 151, les scores plus élevés indiquant un meilleur ajustement. Un score global supérieur à 100 est considéré comme indicateur de bon ajustement dyadique (Daspe, Sabourin, Péloquin, Lussier et Wright, 2013).

Le *Dyadic Adjustment Scale* possède d'excellentes qualités psychométriques. En effet, dans leur méta-analyse publiée en 2006, Graham et ses collègues ont rapporté que la fidélité des scores totaux du DAS variait de 0,58 à 0,96, avec une fidélité moyenne de 0,92. L'estimation de la fidélité moyenne suggère que les scores DAS aient un niveau de fidélité acceptable à travers les études, même si la fidélité moyenne était significativement inférieure à la valeur de 0,96 rapporté

par Spanier (1976). De plus, les sous-échelles de la satisfaction, du consensus et de la cohésion aient une bonne cohérence interne, avec respectivement des alphas de Cronbach moyen de 0,848, 0,872 et 0,789 (Graham et coll., 2006). La sous-échelle de l'expression affective possède également une cohérence interne acceptable ($\alpha = 0,714$), bien qu'elle se situe à la limite de l'acceptable (Graham et coll., 2006). De plus, la version française du DAS a récemment été validée par Villeneuve et ses collègues (2015) auprès d'une population canadienne francophone. Les résultats trouvés sont conformes aux recherches précédemment citées. Les alphas de Cronbach semblent satisfaisants pour chacune des sous-échelles, variant entre 0,61 et 0,87. En outre, le score total montre une forte cohérence interne ($\alpha = 0,90$) (Villeneuve et coll., 2015). La valeur pour la cohérence interne de l'échantillon du présent essai était identique à celle rapportée par Villeneuve et ses collègues ($\alpha = 0,90$).

Revised Experiences in Close Relationships questionnaire

Le *Revised Experiences in Close Relationships* (ECR-R), a été développé en 2000 par Fraley et ses collègues (Fraley et coll., 2000). Il a été conçu pour évaluer les différences individuelles en ce qui concerne l'attachement romantique, d'un point de vue de l'anxiété, c'est-à-dire dans quelle mesure l'individu est sécurisé ou non à propos de la disponibilité et de la réactivité du partenaire à ses besoins, et d'un point de vue de l'évitement, c'est-à-dire dans quelle mesure l'individu est à l'aise ou non avec le rapport de proximité envers le partenaire amoureux. Le ECR-R comporte 36 items et deux sous-échelles, soient la sous-échelle de l'évitement et la sous-échelle de l'anxiété (Sibley, Fischer et Liu, 2005). Les items peuvent être remplis à l'aide d'une échelle de type Likert en 7 points. Des scores plus élevés sur cet instrument de mesure indiquent une moindre sécurité dans l'attachement amoureux (Sibley et coll., 2005).

Le ECR-R possède de bonnes qualités psychométriques. En effet, une excellente fidélité test-retest, sur une période de trois semaines, a été trouvée dans l'étude de Sibley et ses collègues (2005) avec des coefficients de corrélation variant entre 0,90 et 0,92, ce qui est comparable à la fidélité test-retest trouvée par Fraley et ses collègues (2000) qui variait entre 0,94 et 0,95. Les sous-échelles de l'anxiété et de l'évitement du ECR-R se sont avérées positivement corrélées avec un coefficient de corrélation de 0,51 (Sibley et coll., 2005). De plus, l'ECR-R et le *Relationship Questionnaire* (RQ) (Bartholomew et Horowitz, 1991) se sont avérés positivement corrélés, avec un coefficient de corrélation de 0,69 dans l'étude de Sibley et ses collègues (2005). Les résultats de cette étude indiquent que l'ECR-R possède une validité convergente et une validité discriminante convenable. La version française du ECR-R a récemment été validée par Favez, Tissot, Ghisletta, Golay et Notari (2016) auprès d'une population francophone. Les résultats trouvés sont conformes aux recherches précédemment citées. En effet, il semble que la cohérence interne de la version française du ECR-R s'est avérée élevée avec des alphas de Cronbach de 0,89 et 0,88 pour chacune des deux sous-échelles. De plus, la validité de construit de la version française s'est également avérée bonne (Favez et coll., 2016). La valeur pour la cohérence interne de l'échantillon du présent essai était semblable, mais légèrement plus faible à celle rapportée par Favez et ses collègues ($\alpha = 0,75$).

Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

Le *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (SDSCA) a été conçu par Toobert et ses collègues (2000) dans le but d'évaluer la gestion du diabète. Il s'agit d'un bref questionnaire auto-rapporté comprenant des items sur divers aspects liés à l'adhésion au régime du diabète, soit

le régime de vie en général, le régime alimentaire spécifique, l'exercice, la surveillance glycémique, les soins des pieds et le tabagisme (Toobert et coll., 2000). Pour remplir ce questionnaire, les patients doivent signaler la fréquence à laquelle ils ont effectué diverses activités au cours des sept jours précédents (Toobert et coll., 2000). Un score plus élevé indique de meilleurs comportements de gestion du diabète (Toobert et coll., 2000).

Le SDSCA possèdent de bonnes qualités psychométriques. En effet, dans leur méta-analyse Toobert et ses collègues (2000) ont rapporté une cohérence interne acceptable ($r = 0,47$) des échelles, évaluée par la moyenne des corrélations inter-items. La seule exception était le régime spécifique, qui était somme toute assez mauvaise ($r = 0,07$ à $0,23$). De plus, des corrélations test-retest sur 3 à 4 mois ont été examinées. Ces corrélations étaient en moyenne modérées (Toobert et coll., 2000). La cohérence interne de l'échantillon du présent essai s'est avéré plus faible que pour les autres instruments de mesure, mais était toutefois similaire à ce qui a été rapporté par des études précédentes ($\alpha = 0,58$). Puisque cet instrument n'a pas encore été traduit et validé en langue française, nous avons eu recours au procédé de traduction renversée pour la présente étude.

Analyses statistiques

Afin d'analyser les données recueillies auprès des participants de notre étude, nous avons eu recours au logiciel informatique d'analyse statistique SPSS. Dans un premier temps, dans l'optique de s'assurer de la conformité des données aux postulats statistiques et de générer les statistiques descriptives des variables étudiées, nous avons effectué des analyses préliminaires. Dans un deuxième temps, afin de déterminer s'il existait un lien entre nos différentes variables

(attachement amoureux, ajustement dyadique, symptômes dépressifs, gestion du diabète), des corrélations ont été effectuées. Dans un dernier temps, le réseau d'associations multivariées entre les variables à l'étude a été testé à l'aide d'une analyse acheminatoire et de médiation par régressions bivariées et multiples. Nous avons effectué les régressions selon la méthode standard, c'est-à-dire que les variables indépendantes ont été entrées de façon simultanée afin d'évaluer la contribution unique de chaque variable indépendante sur la variable dépendante.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Statistiques descriptives

Tel que mentionné précédemment, les statistiques descriptives des variables à l'étude ont été calculées.

Le score moyen des participants quant à la mesure d'attachement amoureux indique qu'en moyenne ils présentaient un attachement sécurisé, ce qui correspond à ce qui est typiquement attendu. Quant à l'ajustement dyadique, le niveau moyen des participants illustre qu'ils ne présentaient en moyenne pas de détresse relationnelle significative. En ce qui concerne les symptômes dépressifs, les participants ont endossé en moyenne des niveaux légers de symptômes dépressifs. Finalement, en moyenne les participants démontraient une gestion modérée de leur diabète.

Tableau 1

Statistiques descriptives

	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Attachement amoureux	3,12	8,89	5,80	1,98
Ajustement dyadique	73,00	143,00	113,42	15,02
Symptômes dépressifs	0,00	10,00	3,90	3,35
Gestion du diabète	5,60	30,73	18,25	5,82

Vérification des postulats statistiques

Afin de vérifier les postulats statistiques, nous avons eu recours au protocole de Tabachnick et Fidell (2012).

Dans un premier temps, afin de détecter la présence de cas extrêmes univariés, nous avons généré les scores Z des variables suivantes : l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète. Nous avons ensuite vérifié s'il y avait présence de scores supérieurs à ± 3.29 ($p < .001$). Aucun participant ne présentait des scores supérieurs à cette valeur, nous n'avons donc éliminé aucune donnée à cette étape.

Dans un deuxième temps, afin de détecter la présence de cas extrêmes multivariés, nous avons fait une régression multiple et généré les distances de Mahalanobis. Grâce à une table de valeurs critiques de khi-carré nous avons déterminé que pour $p < .001$ avec 3 degrés de liberté, la valeur critique des distances de Mahalanobis obtenues serait de 16.27. Nous avons ensuite comparé toutes les distances de Mahalanobis à cette valeur de khi-carré. Puisqu'aucun score ne dépassait la valeur critique de 16.27, aucune donnée n'a dû être éliminée à cette étape.

Dans un troisième temps, afin de vérifier le postulat de normalité univariée, nous avons calculé les fréquences pour nos 4 variables et généré les valeurs de kurtose et d'asymétrie. Les valeurs de kurtose et d'asymétrie de ces 4 variables se situaient entre -1,00 et 1,00 ce qui signifie que ce postulat est respecté.

Dans un quatrième temps, nous avons vérifié la distribution des résiduels multivariés de la

fausse régression multiple réalisée pour évaluer les distances de Mahalanobis en produisant un histogramme, afin de vérifier le postulat de normalité multivariée. Le postulat de normalité multivariée s'est avéré respecté.

Dans un dernier temps, les postulats de linéarité et d'homoscedasticité ont été vérifiés. Pour ce faire, nous avons généré les graphiques de dispersion bivariés pour toutes les paires de variables possibles. Les postulats de linéarité et d'homoscedasticité se sont avérés également respectés. De plus, afin de vérifier l'absence de multicollinéarité, nous avons généré les corrélations pour les 4 variables étudiées. Cela a révélé une absence de multicollinéarité car il n'y a pas de valeur supérieure à .90.

Corrélations

Afin de tester notre première hypothèse et d'observer les associations entre les quatre variables, soit l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète, des corrélations de Pearson ont été réalisées. Tel qu'illustré dans le Tableau 2, les 4 variables sont corrélées de façon statistiquement significative. En effet, l'attachement amoureux insécurisé a été significativement et négativement corrélé à l'ajustement dyadique et à la gestion du diabète, ainsi que significativement et positivement corrélé aux symptômes dépressifs. Cela signifie que plus l'attachement amoureux est insécurisé, moins l'ajustement dyadique et la gestion du diabète sont adéquats et plus il y a de symptômes dépressifs. De plus, l'ajustement dyadique a été significativement et négativement corrélé aux symptômes dépressifs et significativement et positivement corrélé à la gestion du diabète. En somme, plus l'ajustement dyadique est élevé, moins il y a présence de symptômes dépressifs et meilleure est la gestion du

diabète. Enfin, les symptômes dépressifs ont été significativement et négativement corrélés à la gestion du diabète. Cela signifie que plus les symptômes dépressifs sont sévères, moins la gestion du diabète serait bonne.

Tableau 2

Corrélations entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète

	Corrélations			
	Attachement amoureux	Ajustement dyadique	Symptômes dépressifs	Gestion du diabète
Attachement amoureux	-	-0.74***	0.74***	-0.43*
Ajustement dyadique		-	-0.48**	0.36*
Symptômes dépressifs			-	-0.39*
Gestion du diabète				-

Note. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Analyses acheminatoires

Une analyse acheminatoire au moyen de séries de régressions a été utilisée afin de tester le modèle proposé (voir Figure 1). Nous cherchions donc à illustrer les associations existant entre

l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète ainsi qu'à détecter la présence d'un effet médiateur. Ces diverses associations sont présentées à la Figure 2. Comme il est possible de le constater, les résultats de la régression bivariée indiquent que l'attachement amoureux présente une association significative et négative avec l'ajustement dyadique ($\beta = -0.74, p < 0.001$; $R_a^2 = 0.54, p < 0.001$). L'attachement amoureux explique donc 54% de la variance de l'ajustement dyadique. L'ajustement dyadique s'avère à son tour significativement et négativement associée aux symptômes dépressifs ($\beta = -0.48, p < 0.01$; $R_a^2 = 0.21, p < 0.01$). L'ajustement dyadique explique donc 21% de la variance des symptômes dépressifs. De plus, les symptômes dépressifs sont également associés significativement et négativement à la gestion du diabète ($\beta = -0.40, p < 0.05$; $R_a^2 = 0.21, p < 0.05$). Cela nous indique que 21% de la variance de la gestion du diabète est expliquée par les symptômes dépressifs. Enfin, les résultats de la régression bivariée indiquent que l'ajustement dyadique est significativement et positivement associée à la gestion du diabète ($\beta = 0.36, p < 0.05$; $R_a^2 = 0.10, p < 0.05$). Cela nous indique que 10% de la variance de la gestion du diabète est expliquée par l'ajustement dyadique. Il est important de noter que les résultats des analyses de régression ci-dessus ne sont pas illustrés dans notre modèle final, car ils ne tiennent pas compte de l'analyse de médiation présenté ci-dessous.

Afin de déterminer s'il existe un effet de médiation des symptômes dépressifs dans l'association entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète, nous avons employé la méthode de Baron et Kenny (1986) en quatre étapes qui est une des méthodes les plus largement utilisées (Hayes, 2013). Premièrement, nous avons effectué une régression bivariée avec la variable indépendante, soit l'ajustement dyadique, et la variable dépendante, soit la gestion du diabète. Ces données ont été présentées précédemment et indiquaient que l'ajustement dyadique

est significativement et positivement associée à la gestion du diabète ($\beta = 0.36, p < 0.05$; $R_a^2 = 0.10, p < 0.05$). Deuxièmement, nous avons fait une régression bivariée avec la variable indépendante, soit l'ajustement dyadique, et la variable médiatrice, soit les symptômes dépressifs. Les résultats indiquent, tel qu'illustré précédemment, que l'ajustement dyadique est significativement et négativement associé aux symptômes dépressifs ($\beta = -0.48, p < 0.01$; $R_a^2 = 0.21, p < 0.01$). Troisièmement, une régression bivariée a été effectuée avec la variable médiatrice, soit les symptômes dépressifs, et la variable dépendante, soit la gestion du diabète. Les résultats illustrent que les symptômes dépressifs sont associés significativement et négativement à la gestion du diabète ($\beta = -0.39, p < 0.05$; $R_a^2 = 0.12, p < 0.05$). Puisque ces trois régressions bivariées étaient significatives, cela laisse soupçonner un effet médiateur des symptômes dépressifs sur la relation entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète. Quatrièmement, nous avons fait une régression multiple en mettant comme variables indépendantes l'ajustement dyadique et les symptômes dépressifs et en mettant comme variable dépendante la gestion du diabète. Les résultats de cette analyse statistique indiquent que l'association n'est pas significative, cela révèle donc un effet médiateur complet des symptômes dépressifs sur la relation entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète.

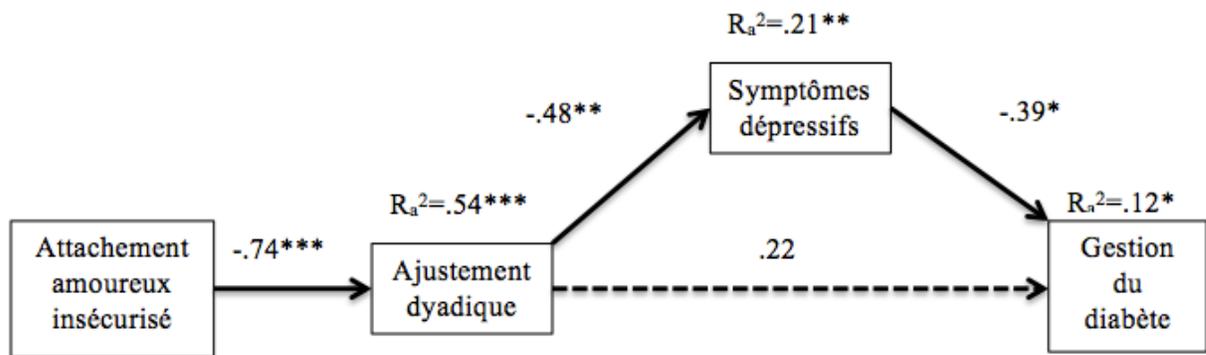


Figure 2. Modèle des associations entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète.

- * $p < 0.05$
- ** $p < 0.01$
- *** $p < 0.001$

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Dans la présente section, une discussion sera présentée. Nous commencerons par un rappel des objectifs de recherche. Ensuite, les résultats des analyses de recherche seront discutés en fonction des hypothèses et les retombées conceptuelles et appliquées seront présentées. Enfin, les forces et les vulnérabilités de la présente recherche seront soulevées ainsi que quelques orientations de recherche futures.

Rappel des objectifs

Le présent essai doctoral avait pour objectif de mieux comprendre les liens entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète de type 2. En outre, il était question de construire un modèle empirique basé sur les liens observés entre ces variables afin de mieux comprendre l'implication de processus médiateurs sur le lien entre les relations et la gestion du diabète.

Liens entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète de type 2

Hypothèse 1

Notre première hypothèse prévoyait que les variables à l'étude, soit l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion de la maladie chez les

patients atteints de diabète de type 2 seraient corrélées. Cette hypothèse s'est avérée corroborée. En effet, l'attachement amoureux insécurisé s'est avéré significativement négativement corrélé à l'ajustement dyadique et à la gestion du diabète, ainsi que significativement positivement corrélé aux symptômes dépressifs. Cela signifie que plus l'attachement était insécurisé chez nos participants, moins leur ajustement dyadique et leur gestion de la maladie était bons. De plus, l'ajustement dyadique était significativement négativement corrélé aux symptômes dépressifs et significativement positivement corrélé à la gestion du diabète. Donc, plus les participants avaient un bon ajustement dyadique, moins ils présentaient de symptômes dépressifs et meilleure était leur gestion de la maladie. Enfin, les symptômes dépressifs étaient significativement négativement corrélés à la gestion du diabète. En somme, plus nos participants présentaient des niveaux élevés de symptômes dépressifs, moins leur gestion du diabète était bonne. Bien qu'à notre connaissance, aucune étude antérieure n'a mis en relation ces quatre variables de façon simultanée, nos résultats sont cohérents avec la littérature existant sur le sujet, tel que présenté dans le contexte théorique.

Hypothèse 2

Notre seconde hypothèse anticipait que l'attachement amoureux insécurisé serait négativement associé à l'ajustement dyadique. Les résultats obtenus vont dans le sens de ce qui était attendu. En effet, il semble que l'attachement amoureux insécurisé présente une association significative et négative avec l'ajustement dyadique. En somme, les résultats de notre étude illustrent que plus l'attachement amoureux est insécurisé, moins l'ajustement dyadique est bon. Inversement, plus l'attachement amoureux est sécurisé et plus l'ajustement dyadique est élevé.

Puisque les personnes, ayant des liens d'attachement amoureux insécurisés, ont tendance soit à ne pas rechercher le réconfort du partenaire amoureux, soit à le chercher d'une façon qui n'est pas optimale en cas de détresse, il semble donc aller de soi qu'elles parviennent plus difficilement à faire face à l'adversité comme c'est le cas lorsqu'un membre du couple est atteint de diabète. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par d'autres études antérieures comme celle de Martins, Canavarro et Moreira (2016). Dans leur étude réalisée auprès de 228 participants, ils se sont intéressés au lien existant entre l'attachement amoureux et l'ajustement dyadique ainsi qu'au rôle médiateur de la honte. Pour ce faire, ils ont employé le *Experiences in Close Relationships-Relationship Structures* (Fraley, Heffernan, Vicary et Brumbaugh, 2011), le *Internal Shame Scale* (Cook, 1996), le *Other As Shamer Scale* (Allan, Gilbert et Goss, 1994) et le *Revised Dyadic Adjustment Scale* (Busby, Christensen, Crane et Larson, 1995). Ces chercheurs ont observé que des niveaux élevés d'insécurité dans l'attachement, tant d'un point de vue de l'anxiété que de l'évitement, sont associés à un ajustement dyadique plus faible, médié par des niveaux élevés de honte (Martins et coll., 2016).

Hypothèse 3

Notre troisième hypothèse proposait que l'ajustement dyadique serait négativement associé aux symptômes dépressifs. Il semble que cette hypothèse ait été confirmée. En effet, nous avons trouvé que plus l'ajustement dyadique était élevé, moins il y avait présence de symptômes dépressifs chez les patients diabétiques. À l'inverse, moins l'ajustement dyadique était bon et plus ces patients présentaient de symptômes dépressifs.

Ces résultats illustrent donc que lorsque les couples parviennent plus difficilement à faire

face conjointement aux sources de stress vécues et à l'adversité, cela semble fragiliser leur santé mentale et ils seraient ainsi plus sujets à développer des symptômes dépressifs. Nos résultats corroborent ceux trouvés par certains auteurs notamment Tilden et ses collègues (2010). En effet, dans le cadre de leur étude réalisée auprès de 122 participants à l'aide du *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976), du *Beck Depression Inventory* (Beck, Steer et Brown, 1996), du *Symptom Check List 90* (Derogatis et Cleary, 1977), de l'*Inventory of Interpersonal Problems* (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño et Villaseñor, 1988), du *Young Schema Questionnaire* (Young et Brown, 1994) et du *Global Assessment of Functioning*, cette équipe a trouvé des corrélations dans le changement entre les scores d'ajustement dyadique et de symptômes dépressifs avant et après un traitement conjugal (Tilden et coll., 2010).

Hypothèse 4

Selon notre quatrième hypothèse, il était prévu que l'ajustement dyadique serait positivement associé à la gestion du diabète. Nos résultats illustrent que l'ajustement dyadique était effectivement positivement associé à la gestion du diabète. Cela signifie que plus l'ajustement dyadique était élevé, meilleure était la gestion du diabète chez nos participants ayant le diabète de type 2. Ces résultats ne sont toutefois pas étonnant si l'on se réfère à la définition de l'ajustement dyadique telle qu'apportée par Berg et Upchurch (2007). Selon cette définition, l'ajustement dyadique est la manière dont les couples interagissent pour gérer les sources de stress vécues, par exemple lorsqu'un des membres d'un couple est atteint d'une maladie chronique comme le diabète de type 2. Il apparaît donc évident que si les couples parviennent conjointement à faire équipe pour gérer leurs difficultés, il leur sera plus facile de s'offrir mutuellement du soutien tangible et émotionnel quant à la gestion du diabète du partenaire

atteint. En somme, nos résultats semblent avoir corroboré notre quatrième hypothèse. À notre connaissance, aucune étude antérieure n'avait encore étudié directement le lien existant entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète. Ces résultats semblent donc novateurs et permettent de mieux comprendre le lien entre les relations conjugales et la gestion du diabète.

Hypothèse 5

Notre cinquième hypothèse prévoyait que les symptômes dépressifs seraient négativement associés à la gestion du diabète. En outre, nous avons prévu que plus l'intensité des symptômes dépressifs était élevée, moins la gestion du diabète serait bonne. Cette hypothèse a aussi été confirmée. Les résultats obtenus sont semblables à ceux obtenus par d'autres chercheurs dans des études antérieures, tel que rapporté plus amplement précédemment.

En effet, certains auteurs ont observé antérieurement une diminution des comportements de maintien de la santé chez les personnes présentant des symptômes dépressifs (Renn et coll., 2011). Il semble les symptômes davantage comportementaux de la dépression (par exemple une diminution des activités, des dérégulations dans l'appétit, des dérégulations du sommeil), peuvent grandement nuire à la gestion du diabète de type 2 (Golden et coll., 2008 ; Safren et coll., 2014). Puisqu'il est généralement entendu qu'une bonne gestion du diabète de type 2 passe par une bonne observance au régime alimentaire et au régime d'exercice ainsi que par une surveillance glycémique, des pieds et des ulcères régulière, et que c'est précisément ces comportements qui tendent à diminuer avec l'apparition de symptômes dépressifs (Naicker et coll., 2017), il n'est pas étonnant que nous ayons observé une moins bonne gestion du diabète chez les personnes présentant davantage de symptômes dépressifs.

Effet médiateur des symptômes dépressifs sur le lien entre les relations amoureuses et la santé physique

Hypothèse 6

Notre dernière hypothèse proposait que les symptômes dépressifs agiraient comme variable médiatrice expliquant une partie du lien observé entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète. Cette dernière hypothèse s'est également avérée appuyée. Effectivement, un effet médiateur complet des symptômes dépressifs sur la relation entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète a été trouvé. Cela signifie donc que la relation entre l'ajustement dyadique et la gestion du diabète, qui a été trouvée précédemment, est expliquée par la présence de symptômes dépressifs. La mise en lumière de cet effet médiateur complet est novatrice dans le contexte actuel de la recherche en psychologie de la santé.

Dans la littérature actuelle, plusieurs preuves soutiennent le lien entre les relations sociales, notamment les relations amoureuses, et la santé. Un nombre grandissant de recherches étaye l'impact positif et protecteur des relations sur la santé psychologique ainsi que sur la santé physique, comme c'est le cas pour les maladies cardiaques et le diabète (Carr et Springer, 2010). Toutefois, on en sait encore peu sur les processus par lesquels les relations amoureuses influent sur la santé physique (Pietromonaco et coll., 2013). Pietromonaco et ses collègues (2013) ont par ailleurs suggéré que l'étude d'effets médiateurs pourrait permettre de mieux comprendre ces processus. Par conséquent, les résultats soulevés par la présente étude permettent de souligner le rôle clé de la santé mentale, de la présence de symptômes dépressifs dans le cas de notre étude, dans les liens existants entre les relations et la santé.

Ceci est cohérent avec certains modèles théoriques (Feeney et Collins, 2015 ; Pietromonaco et coll., 2013) qui suggèrent que les relations d'attachement sécurisées favorisent la santé physique en aidant les gens à faire face au stress et en leur permettant de répondre à leurs besoins fondamentaux de connexion sociale et d'intimité, facteurs qui permettent une meilleure santé mentale (Pietromonaco et Collins, 2017). Ainsi, puisque les relations d'attachement sécurisées semblent promouvoir une meilleure santé mentale, et donc moins de symptômes dépressifs, cela semble contribuer à l'augmentation des comportements de maintien de la santé, qui sont essentiels à la prise en charge de la maladie chronique, comme les maladies cardiaques ou le diabète de type 2 dans le cas du présent essai.

Retombées appliquées

Cet ajout de la santé mentale dans l'équation entre les relations de soutien et la gestion du diabète de type 2 pourra éventuellement permettre de parfaire les approches de prise en charge de la maladie existantes et avoir ainsi des retombées appliquées intéressantes pour les patients atteints de diabète de même que pour leurs proches.

Il a déjà été établi par le passé que la Thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ), qui est une modalité thérapeutique de couple mettant l'accent sur l'importance des relations d'attachement, serait potentiellement efficace pour réduire les symptômes dépressifs. En effet, dans une étude randomisée portant sur 12 couples dans lesquels les partenaires féminins rencontraient les critères diagnostiques de la dépression, il s'est avéré que la TCÉ ait été aussi efficace pour réduire les symptômes dépressifs que la pharmacothérapie (Dessaulles, Johnson et Denton, 2003, cité dans Brassard et Johnson, 2016). De surcroit, dans cette étude, les participants

ayant été traités avec la TCÉ ont continué à observer une réduction de leurs symptômes dépressifs suite à la fin du traitement, contrairement aux personnes ayant pris l'antidépresseur (Dessaulles et coll., 2003, cité dans Brassard et Johnson, 2016). De plus, une méta-analyse comportant 33 études sur les interventions conjugales pour certaines maladies chroniques comme le cancer, l'arthrite, les maladies cardiovasculaires, la douleur chronique et le diabète de type 2 a révélé que ces interventions sont efficaces dans la réduction de plusieurs maux notamment des symptômes dépressifs (Martire, Schulz, Helgeson, Small et Saghafi, 2010). Plus récemment, une étude pilote menée auprès de 15 participants diabétiques présentant des symptômes dépressifs a été réalisée (Greenman et coll., 2015). Dans le cadre de cette étude, les participants ont reçu un traitement (Thérapie cognitive-comportementale ou TCÉ) dans lequel un grand accent était mis sur l'importance des relations interpersonnelles. Dans le cas des deux modalités thérapeutiques, les chercheurs ont été en mesure d'observer une diminution significative des symptômes dépressifs et une augmentation de certains comportements de gestion du diabète de type 2 (Greenman et coll., 2015).

À la lumière des résultats du présent essai et des quelques études citées ci-haut, il apparaît essentiel dans la prise en charge des patients atteints de diabète de type 2 d'accorder une plus grande attention à la relation conjugale ainsi qu'à la santé mentale du patient traité. En effet, il serait important d'évaluer dans un premier temps la qualité de la relation conjugale du patient pris en charge et, dans un deuxième temps, d'intégrer le partenaire amoureux dans le traitement.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Forces

Notre recherche possède plusieurs forces de natures fondamentales et méthodologiques. Tout d'abord, d'un point de vue fondamental, notre étude d'un modèle intégratif d'associations entre des variables davantage sociales, de variables psychologiques et la prise en charge du diabète de type 2 semble tout à fait unique. En effet, bien que de nombreuses études ont porté sur les liens entre des variables sociales et la prise en charge du diabète, ainsi qu'entre des variables psychologiques et la prise en charge du diabète (par exemple les associations entre la qualité relationnelle, l'ajustement dyadique et le contrôle glycémique des personnes souffrant de diabète ou encore les associations entre une symptomatologie dépressive et le contrôle glycémique des personnes diabétiques), à notre connaissance aucune étude n'avait évalué simultanément auparavant les associations uniques étudiées dans le présent essai doctoral.

Ensuite, en ce qui concerne les forces méthodologiques de la recherche, il semble que le devis de recherche corrélationnel possède plusieurs forces, qui se reflètent dans la présente étude. En effet, ce type de devis de recherche possède une bonne validité externe. Bien que nos participants proviennent d'un échantillon très précis de personnes recevant des soins de haute qualité, ce qui peut limiter la généralisation des résultats, la comorbidité diabète-dépression est très fréquente dans la population générale. De plus, comme les enjeux conjugaux et de traitement sont omniprésents dans cette population, cela contribue à procurer à notre étude une bonne validité externe. Enfin, les instruments de mesure choisis pour mesurer les variables de cette étude possèdent plusieurs forces dignes de mention. En effet, le *Beck Depression Inventory-Fast*

Screen for Medical Patients (Beck et coll., 2000), le *Revised Experiences in Close Relationships Questionnaire* (Fraley et coll., 2000) et le *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976) possèdent tous de très bonnes qualités psychométriques telles qu'énoncées précédemment et sont très largement utilisés dans ce domaine de recherche.

Limites

Malgré notre désir de réduire les limites de la présente étude, celle-ci comporte tout de même quelques vulnérabilités importantes à souligner. Tout d'abord, malgré ses forces il semble que le devis de recherche corrélationnel possède également quelques vulnérabilités, qui se reflètent dans la présente étude. En effet, ce type de devis de recherche possède une faible validité interne. En employant ce type de devis, il existe donc un danger de mesurer par erreur l'influence d'une variable parasite, par exemple la présence d'autres maladies physiques ou mentales non diagnostiquées, les effets de la médication, un suivi psychothérapeutique, etc. Ces variables parasites possibles n'ont pas été contrôlées dans la présente étude. De plus, nous n'avons pas fait d'analyses de comparaison entre différents sous-groupes existants au sein de notre échantillon, tels que les hommes versus les femmes, les personnes recrutées à la clinique de diabète versus via le site Internet de Diabète Québec, les personnes ayant connu leur partenaire avant versus après le diagnostic de diabète, etc. Ensuite, il semble que l'instrument de mesure choisis pour mesurer la gestion du diabète, soit le *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (Toobert et coll., 2000) possèdent de moins bonnes qualités psychométriques que les trois autres mesures. Enfin, la taille de notre échantillon constitue également en soi une limite importante de cette étude. En effet, en raison de contraintes de temps nous n'avons pu recruter que 31 participants ce qui est peu, compte tenu du fait que pour les analyses statistiques

effectuées dans la présente étude 25 à 30 participants est le nombre de sujets minimal requis. Considérant que les participants du présent essai ont endossé des niveaux légers de symptômes dépressifs et que la détresse relationnelle moyenne de notre échantillon était faible, ce qui diffère quelque peu des données épidémiologiques énoncées dans le contexte théorique, cela laisse supposer que nous sommes en présence d'un échantillon relativement bien adapté ce qui peut avoir une incidence sur nos résultats. Il serait donc important de reproduire la présente étude auprès d'un échantillon plus vaste et diversifié.

Pistes de recherches futures

À la lumière des lacunes de notre étude ci-haut mentionnées et à la lumière de celles présentes actuellement dans la littérature telles que relevées par d'autres chercheurs, il reste encore beaucoup à explorer pour mieux comprendre le lien existant entre les relations et la santé physique. Cela étant dit, nous avons identifié quelques pistes de recherches futures.

Tout d'abord, malgré le faible nombre de participants à notre étude, nos tailles d'effet se sont avérées bonnes. Les tailles d'effet pour les régressions entre l'attachement amoureux et l'ajustement dyadique ($R_a^2 = 0.54$) ainsi qu'entre l'ajustement dyadique et les symptômes dépressifs ($R_a^2 = 0.21$) étaient élevées. De plus, la taille d'effet pour la régression entre les symptômes dépressifs et la gestion du diabète ($R_a^2 = 0.12$) était modérée. Il serait toutefois pertinent de reproduire cette étude avec un plus grand nombre de participants afin d'en augmenter son potentiel de généralisation.

Ensuite, il semble que tout comme la dépression, la concomitance de l'anxiété et du diabète

de type 2 soit un phénomène fréquent. Naicker et ses collègues (2017) ont par ailleurs confirmé la forte prévalence des symptômes anxieux et dépressifs documentés par d'autres chercheurs antérieurement chez les personnes atteintes de diabète de type 2. Ils ont également observé des associations entre ces symptômes et une faible observance au régime alimentaire, une expérience subjective plus négative du diabète et des difficultés concernant le contrôle glycémique (Naicker et coll., 2017). En ce sens, il serait également pertinent d'étudier un modèle qui tiendrait compte non seulement de la présence de symptômes dépressifs mais également de la présence de symptômes anxieux, afin de mieux refléter cette réalité.

Enfin, il est maintenant reconnu dans la littérature que la symptomatologie de la dépression est différente entre les hommes et les femmes. Il semble la dépression chez les hommes tend à se manifester davantage par de la colère, de l'hostilité, plus d'isolement et plus de comportements de prises de risques, comme la consommation excessive d'alcool ou de drogues (Oliffe, Galdas, Han et Kelly, 2013). Cette psychopathologie semble sous-diagnostiquée via les mesures plus traditionnellement employées telles que le BDI-II (Sharpley, Bitsika, Christie et Hunter, 2017). Certaines mesures ont d'ailleurs été récemment développées pour pallier cela, telles que le *Gotland Scale for Male Depression* (GSMD; Sharpley, Bitsika et Christie, 2014). Dans de futures études, il serait donc intéressant de mettre à l'épreuve notre modèle tout en explorant ces différences entre les sexes.

Conclusion

Notre mode de vie occidental de plus en plus sédentaire et la hausse croissante de l'obésité partout à travers le monde, mais plus particulièrement en Amérique du Nord a conduit à l'augmentation de plusieurs problèmes de santé physique importants, notamment le diabète de

type 2. Malgré une meilleure compréhension du phénomène et le développement de traitements de plus en plus efficaces, la prise en charge du diabète et de ses conséquences reste tout de même difficile pour plusieurs. La littérature actuelle avait, à ce jour, permis d'identifier certaines variables influençant cette prise en charge de la maladie, telles que des variables de soutien social et des variables psychologiques. Malgré le nombre d'études croissant sur le sujet, plusieurs zones d'ombres demeurent à ce jour. L'objectif du présent essai doctoral était de mettre à l'épreuve un modèle comprenant un réseau d'associations entre l'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et la gestion du diabète de type 2. Plus précisément, il visait l'exploration de processus médiateurs influençant le lien entre le soutien conjugal et la gestion du diabète de type 2. Nos résultats ont permis d'illustrer les associations uniques entre ces quatre variables et de révéler l'effet médiateur des symptômes dépressifs dans la relation entre le soutien conjugal et la prise en charge du diabète. Ces résultats, en plus de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie de la santé, permettent également de mettre en lumière de nouvelles avenues d'interventions pour ces patients et leurs conjoints.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Complications associées au diabète. Repéré dans <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/complications-fra.php>
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165-1173. doi : 10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x
- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures-II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 719-722. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90150-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90150-3)
- Allen, J. P. & Tan, J. S. (2016). The Multiple Facets of Attachment in Adolescence. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.399-415). New York : Guilford Press.
- American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33, 62-69. doi : 10.2337/dc10-S062.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078. doi: 10.2337/diacare.24.6.1069
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182. doi : 0022-3514/86/S00.75

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244.
<http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Benedict, R. H., Fishman, I., McClellan, M. M., Bakshi, R., & Weinstock-Guttman, B. (2003). Validity of the beck depression inventory-fast screen in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis*, 9(4), 393-396. doi : 10.1191/1352458503ms902oa
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological bulletin*, 133(6), 920-954. doi : 10.1037/0033-2909.133.6.920
- Beverly, E. A., Penrod, J., & Wray, L. A. (2007). Living with type 2 diabetes: marital perspectives of middle-aged and older couples. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 45(2), 24-32.
- Beverly, E. A., & Wray, L. A. (2010). The role of collective efficacy in exercise adherence: A qualitative study of spousal support and type 2 diabetes management. *Health Education Research*, 25(2), 211–223. doi:10.1093/her/cyn032.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.

- Brassard, A. & Johnson, S. M. (2016). Couple and Family Therapy: An Attachment Perspective. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.805-823). New York : Guilford Press.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and family Therapy*, 21(3), 289-308.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
- Carnelley, K. B., Hepper, E. G., Hicks, C., & Turner, W. (2011). Perceived parental reactions to coming out, attachment, and romantic relationship views. *Attachment & Human Development*, 13(3), 217-236. <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.563828>
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 743-761. doi : 10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x
- Cassidy, J. (2016). The Nature of the Child's Ties. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.3-24). New York : Guilford Press.
- Chaperon, É., & Dandeneau, S. (2017). Le Questionnaire sur les structures relationnelles: adaptation et validation de la version française du Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 67(4), 213-221.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.04.002>.
- Cherrington, A., Wallston, K. A., & Rothman, R. L. (2010). Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women

with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 33, 81-89. doi : 10.1007/s10865-009-9233-4

Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). Communication patterns questionnaire. *Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles.*

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2010). An attachment theoretical perspective on social support dynamics in couples: Normative processes and individual differences. Dans K. Sullivan et J. Davila (dir.), *Support processes in intimate relationships* (p.89-120). New York: Oxford University Press.

Cook, D. R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The internalized shame scale. Dans D. L. Nathanson (Dir.). *Knowing feeling: Affect, script, and psychotherapy* (pp. 132-165). New York: W.W. Norton.

Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J. ... Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*, 378(9785), 31-40. doi : 10.1016/S0140-6736(11)60679-X

Daspe, M. È., Sabourin, S., Péloquin, K., Lussier, Y., & Wright, J. (2013). Curvilinear associations between neuroticism and dyadic adjustment in treatment-seeking couples. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 232. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032107>

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *British Journal of Clinical Psychology*, 16(4), 347-356. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb00241.x>

- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. <https://doi.org/10.1080/01926180390232266>
- Diabetes Canada. (2017). Treatments and medications. Repéré dans <https://www.diabetes.ca/about-diabetes/treatments-medications>
- Diabète Québec. (2014). Le diabète. Repéré dans <http://www.diabete.qc.ca/>.
- Favez, N., Tissot, H., Ghisletta, P., Golay, P., & Notari, S. C. (2016). Validation of the French Version of the Experiences in Close Relationships–Revised (ECR-R) Adult Romantic Attachment Questionnaire. *Swiss Journal of Psychology*. doi : 10.1024/1421-0185/a000177
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113–147. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Feeney, J. A. (2016). Adult Romantic Attachment: Developments in the Study of Couple Relationships. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.435-463). New York : Guilford Press.
- Fisher, L., Glasgow, R. E., Mullan, J. T., Skaff, M. M., & Polonsky, W. H. (2008). Development of a brief diabetes distress screening instrument. *The Annals of Family Medicine*, 6(3), 246-252. doi : 10.1370/afm.842
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340-354. <http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1177/0146167200265007>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche* (p. 485). Montréal: Chenelière éducation.

- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological assessment, 23*(3), 615-625. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022898>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-366. doi: 10.1037/0022-3514.78.2.350
- Franks, M. M., Lucas, T., Stephens, M. A. P., Rook, K. S., & Gonzalez, R. (2010). Diabetes distress and depressive symptoms: A dyadic investigation of older patients and their spouses. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 59*(5), 599-610. doi : 10.1111/j.1741-3729.2010.00626.x
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., ... & Weiss, M. A. (2011). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes care, 32* (Supplement 1), S89-S96. <https://doi.org/10.2337/dc09-S087>
- Givertz, M., & Safford, S. (2011). Longitudinal impact of communication patterns on romantic attachment and symptoms of depression. *Current Psychology, 30*(2), 148-172. doi : 10.1007/s12144-011-9106-1
- Golden, S. H., Lazo, M., Carnethon, M., Bertoni, A. G., Schreiner, P. J., Roux, A. V. D., ... Lyketsos, C. (2008). Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *Jama, 299*(23), 2751-2759. doi : 10.1001/jama.299.23.2751
- Golden, S.H., Shah, N., Naqibuddin, M., Payne, J.L., Hill-Briggs, F., Wand, G.S., ... Lyketsos, C. (2017). The prevalence and specificity of depression diagnosis in a clinic-Based population of adults with type 2 diabetes mellitus. *Psychosomatics 58*, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.08.003>

- Gonder-Frederick , L. A., Cox , D. J. & Ritterband , L. M. (2002). Diabetes and behavioral medicine: The second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 611-625. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.611
- Graham, J.M., Diebels, K.J., & Barnow, Z.B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 25, 39-48. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022441>
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717. doi : 10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x
- Greenman, P.S., Tassé, V., & Argibay-Poliquin, E. (2015, juin). *Effective management of diabetes and comorbid depression: Contributions of Emotionally Focused Therapy (EFT) for couples and individual Cognitive-Behaviour Therapy (CBT)*. Présentation orale au 76e congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Ottawa, Ontario, Canada.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of*

consulting and clinical psychology, 56(6), 885-892.

<http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1037/t02278-000>

Institut de la statistique du Québec. (2010). Portrait social du Québec : Données et analyses.

Repéré dans <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/portrait-social2010.pdf>

Institut de la statistique du Québec. (2015). Soutien social. Repéré dans

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/soutien-social/index.html>

Jones, J. D., Brett, B. E., Ehrlich, K. B., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2014). Maternal attachment style and responses to adolescents' negative emotions: The mediating role of maternal emotion regulation. *Parenting*, 14(3-4), 235-257. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.972760>

Kenny, D. A., & Ledermann, T. (2012). Bibliography of actor-partner interdependence model. *Journal of Behavioral Development*, 29, 139-145.

Kinder, L. S., Kamarck, T. W., Baum, A., & Orchard, T. J. (2002). Depressive symptomatology and coronary heart disease in Type I diabetes mellitus: a study of possible mechanisms. *Health Psychology*, 21(6), 542-552. doi : 10.1037/0278-6133.21.6.542

Kliem, S., Mößle, T., Zenger, M., & Brähler, E. (2014). Reliability and validity of the beck depression inventory-fast screen for medical patients in the general German population. *Journal of Affective Disorders*, 156, 236-239. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.024>

Knol, M. J., Heerdink, E. R., Egberts, A. C., Geerlings, M. I., Gorter, K. J., Numans, M. E., ... & Burger, H. (2007). Depressive symptoms in subjects with diagnosed and undiagnosed type

2 diabetes. *Psychosomatic medicine*, 69(4), 300-305. doi :
10.1097/PSY.0b013e31805f48b9.

Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and social Psychology*, 60(6), 861-869.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.861>

Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*, 32(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>

Larousse. (2015). Soutien. Dans *Petit Larousse illustré 2016*. Paris : Larousse.

Leeman, J. (2006). Interventions to improve diabetes self-management: Utility and relevance for practice. *The Diabetes Educator*, 32(4), 571-583. doi: 10.1177/0145721706290833

Leichsenring, F., Kruse, J. (2013). Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *PLoS One*, 8,1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079809>

Levy, M. B., & Davis, K. E. (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics. *Journal of social and Personal Relationships*, 5(4), 439-471. <https://doi.org/10.1177/0265407588054004>

Lister, Z., Fox, C., & Wilson, C. M. (2013). Couples and Diabetes: A 30-Year Narrative Review of Dyadic Relational Research. *Contemporary Family Therapy*, 35(4), 613-638. doi :
10.1007/s10591-013-9250-x

Lloyd, C. E., Pambianco, G., & Orchard, T. J. (2010). Does diabetes-related distress explain the presence of depressive symptoms and/or poor self-care in individuals with Type 1 diabetes?. *Diabetic Medicine*, 27(2), 234-237. doi : 10.1111/j.1464-5491.2009.02896.x

- Lloyd, C. E., Roy, T., Nouwen, A., & Chauhan, A. M. (2012). Epidemiology of depression in diabetes: International and cross-cultural issues. *Journal of Affective Disorders, 142*, S22-S29. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70005-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70005-8)
- Martins, T. C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Adult attachment and dyadic adjustment: the mediating role of shame. *The Journal of psychology, 150*(5), 560-575. <https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1114461>
- Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J., & Saghafi, E. M. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(3), 325-342. <http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1007/s12160-010-9216-2>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change*. New York : Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change* (2^e éd.). New York : Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). Adult Attachment and Emotion Regulation. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.507-533). New York : Guilford Press.
- Montesino, M. L. C., Gómez, J. L. G., Fernández, M. E. P., & Rodríguez, J. M. A. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples. *Psicothema, 25*(4), 536-541. doi : 10.7334/psicothema2013.85
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet, 370*(9590), 851-858. doi : 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- Naicker, K., Øverland, S., Johnson, J. A., Manuel, D., Skogen, J. C., Sivertsen, B., & Colman, I. (2017). Symptoms of anxiety and depression in type 2 diabetes: Associations with clinical

diabetes measures and self-management outcomes in the Norwegian HUNT study. *Psychoneuroendocrinology*, 84, 116-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.07.002>

Naskar, S., Victor, R., & Nath, K. (2017). Depression in diabetes mellitus-a comprehensive systematic review of literature from an Indian perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 85-100. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.018>

Oakes, A. H., Garmo, V. S., Bone, L. R., Longo, D. R., Segal, J. B., & Bridges, J. F. P. (2017). Identifying and prioritizing the barriers and facilitators to the self-management of type 2 diabetes mellitus: A community-centered approach. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 10(6), 773-783. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0248-6>

Oliffe, J. L., Galdas, P. M., Han, C. S., & Kelly, M. T. (2013). Faux masculinities among college men who experience depression. *Health*, 17(1), 75-92. <https://doi.org/10.1177/1363459312447256>

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Diabète. Repéré dans http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/.

Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, 72(6), 531-542. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000129>

Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499-513. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029349>

Polonsky, W. H., Anderson, B. J., Lohrer, P. A., Welch, G., Jacobson, A. M., Aponte, J. E., & Schwartz, C. E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes care*, 18(6), 754-760. doi:10.2337/diacare.18.6 .754

- Pouwer, F., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., Bazelmans, E., Beekman, A. J., Heine, R. J., & Snoek, F. J. (2010). Prevalence of comorbid depression is high in out-patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. *Diabetic Medicine*, 27(2), 217-224. doi : 10.1111/j.1464-5491.2009.02903.x
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage & the Family*, 69(3), 576–593. doi : 10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Renn, B. N., Feliciano, L. & Segal, D. L. (2011). The bidirectional relationship of depression and diabetes: A systematic review. *Clinical psychology review*, 31(8), 1239–1246. doi : 10.1016/j.cpr.2011.08.001
- Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142, S8-S21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70004-6)
- Safren, S.A., Gonzalez, J.S., Wexler, D.J., Psaros, C., Delahanty, L.M., Blashill, A.J., ... Cagliero, E. (2014). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Care* 37, 625-633. doi : 10.2337/dc13-0816

- Semenkovich, K., Brown, M.E., Svrakic, D.M., Lustman, P.J. (2015). Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs* 75(6), 577-587. doi : 10.1007/s40265-015-0347-4
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., Christie, D. R., & Hunter, M. S. (2017). Factor Structure of the Gotland Scale of Male Depression in Two Samples of Men With Prostate Cancer: Implications for Treating Male Depression. *American journal of men's health*, 11, 170-175. doi : 10.1177/1557988315599029
- Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2013). Adult attachment and emotion regulation. Dans J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation* (2^e éd., p. 237-250). New York: Guilford Press.
- Sibley, C. G., Fischer, R., & Liu, J. H. (2005). Reliability and Validity of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) Self-Report Measure of Adult Romantic Attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1524-1536. doi : 10.1177/0146167205276865
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971-980. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971>
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. doi: 10.2307/350547
- Statistique Canada. (2016). Diabète. Repéré dans <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/dia-fra.htm>.
- Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rook, K. S., Iida, M., Hemphill, R. C., & Salem, J. K. (2013). Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2

- diabetes. *Health Psychology*, 32(10), 1029-1037. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030018>
- Stephens, M. A. P., Rook, K. S., Franks, M. M., Khan, C., & Iida, M. (2010). Spouses use of social control to improve diabetic patients' dietary adherence. *Families, Systems, & Health*, 28(3), 199–208. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020513>
- Stopford, R., Winkley, K., & Ismail, K. (2013). Social support and glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review of observational studies. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 549-558. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.016>
- Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical memory phenomenology and content mediate attachment style and psychological distress. *Journal of counseling psychology*, 56(3), 351. doi : 10.1037/a0014917
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2012). *Using Multivariate Statistics* (6th edition). Toronto: Pearson.
- Tabák, A. G., Akbaraly, T. N., Batty, G. D., & Kivimäki, M. (2014). Depression and type 2 diabetes: a causal association?. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 2(3), 236-245. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70139-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70139-6)
- Talbot, F., & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link? *Diabetes Care*, 23, 1556–1562. doi:10.2337/diacare.23.10.1556
- Tilden, T., Gude, T., & Hoffart, A. (2010). The Course of Dyadic Adjustment and Depressive Symptoms During and After Couples Therapy: A Prospective Follow-up Study of Inpatient Treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 43-58. Doi : 10.1111/j.1752-0606.2009.00187.x

- Thompson, R., (2016). Early Attachment and Later Development. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.330-348). New York : Guilford Press.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943–950. doi : 10.2337/diacare.23.7.943
- Turan, B., Osar, Z., Turan, J. M., Ilkova, H., & Damci, T. (2003). Dismissing attachment and outcome in diabetes: The mediating role of coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 607-626. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.6.607.22933>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A lifespan perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives in Psychological Science*, 4(3), 236–255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Vallerand, R. J., Guay, F. & Blanchard, C. (2000). Les méthodes de mesures verbales en psychologie. RJ, Vallerand et U., Hess (Eds.). *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Préville, M., Dargis, L., Boyer, R., & Bégin, J. (2015). Dyadic Adjustment Scale: A Validation Study among Older French-Canadians Living in Relationships. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 34, 26-35. doi : 10.1017/S0714980814000269
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: the mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 14–24. doi : 10.1037/0022-0167.52.1.14

Whitton, S. W., Stanley, S. M., Markman, H. J., & Baucom, B. R. (2008). Women's weekly relationship functioning and depressive symptoms. *Personal Relationships, 15*(4), 533-550.
doi : 10.1111/j.1475-6811.2008.00214.x

Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 63-76.

Zeifman, D. M. & Hazan, C. (2016). Pair Bonds as Attachments: Mounting Evidence in Support of Bowlby's Hypothesis. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3^e éd., p.416-434). New York : Guilford Press.

ANNEXE

Questionnaires

Informations générales

Les questions ci-dessous visent à amasser des informations générales concernant divers aspects de votre vie. En plus d'être utiles au projet de recherche, les réponses à ces questions nous permettront de mieux vous connaître. Les réponses seront confidentielles; seuls les chercheurs du projet et les assistants de recherche y auront accès. Sachez que vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs de ces questions, sans que cela ait un impact sur votre participation à l'étude.

Numéro de participant: _____ (Cette section est réservée aux chercheurs)

1. Sexe : H F

2. Âge: _____

3. Nationalité : _____

4. Origine ethnique : _____

5. Êtes-vous marié ou en couple en ce moment? : Oui Non

6. Durée de votre relation de couple actuelle: _____

7. Niveau de scolarité : (dernier niveau complété)

1- Primaire <input type="checkbox"/>	2- Secondaire <input type="checkbox"/>
3- Collégial <input type="checkbox"/>	4- Universitaire 1 ^{er} cycle <input type="checkbox"/>
5- Universitaire 2 ^e cycle <input type="checkbox"/>	6- Universitaire 3 ^e cycle <input type="checkbox"/>

8. Revenu annuel:

1- Moins de 20 000\$ <input type="checkbox"/>	2- Entre 20 000\$ et 39 000\$ <input type="checkbox"/>
3- Entre 40 000\$ et 59 000\$ <input type="checkbox"/>	4- Entre 60 000\$ et 79 000\$ <input type="checkbox"/>
5- Entre 80 000 et 99 000\$ <input type="checkbox"/>	6- 100 000\$ et plus <input type="checkbox"/>

9. Êtes-vous présentement diagnostiqué par votre médecin ou par un professionnel de la santé mentale avec un trouble psychologique? Oui Non

Si oui, lesquels?

Trouble de l'humeur (« Dépression »)

Trouble anxieux (« Anxiété »)

Trouble de stress post-traumatique (« PTSD » ou « ÉSPT »)

Autre (spécifier SVP) _____

10. Êtes-vous présentement diagnostiqué par votre médecin ou par un professionnel de la santé avec le diabète?

Oui Non

Si oui, précisez le type: Type 1 Type 2 Gestationnel

11. Avez-vous rencontré votre conjoint (e) actuel (le) avant ou après avoir reçu votre diagnostic de diabète?

Avant Après

12. Êtes-vous présentement diagnostiqué par votre médecin ou par un professionnel de la santé avec une maladie d'ordre physique, autre que le diabète? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

13. Prenez-vous actuellement de la médication? Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Expériences vécues dans les relations intimes (révisée)

Les énoncés suivants concernent votre façon d’être dans le contexte d’une relation amoureuse (avec un partenaire amoureux). Répondre à chacun des énoncés en indiquant à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec celui-ci. Écrire le chiffre correspondant dans l’espace approprié en utilisant l’échelle suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Neutre/mélangé	Légèrement d’accord	D’accord	Fortement d’accord

- __ 1. Je préfère ne pas montrer à mon partenaire comment je me sens au plus profond de moi.
- __ 2. Je suis à l’aise de partager mes pensées et sentiments avec mon partenaire.
- __ 3. Je trouve cela difficile d’accepter le fait que je peux dépendre de mes partenaires amoureux.
- __ 4. Je suis très à l’aise avec le fait d’être intime, proche de mes partenaires amoureux.
- __ 5. Je ne suis pas à l’aise de me dévoiler ouvertement à mes partenaires amoureux.
- __ 6. Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux.
- __ 7. Je deviens inconfortable lorsqu’un partenaire amoureux désire être très intime avec moi.
- __ 8. Je trouve relativement facile le fait d’entrer en relation avec mon partenaire.
- __ 9. Ce n’est pas difficile pour moi d’être intime avec mon partenaire.
- __ 10. Je discute généralement de mes problèmes et soucis avec mon partenaire.
- __ 11. En situation de détresse, il est utile de me tourner vers mon partenaire amoureux.
- __ 12. Je dis tout à mon(ma) partenaire amoureux.
- __ 13. Je parle de tout avec mon(ma) partenaire amoureux.
- __ 14. Je suis nerveux(se) lorsqu’un mes partenaires amoureux s’approche trop près de moi.
- __ 15. Je me sens confortable avec le fait de dépendre de mes partenaires amoureux.
- __ 16. Je trouve facile de dépendre de mes partenaires amoureux.
- __ 17. Je trouve facile d’être affectueux(euse) avec mon partenaire amoureux.
- __ 18. Mon partenaire amoureux me comprend bien et comprend bien mes besoins.
- __ 19. J’ai peur de perdre l’amour de mon partenaire.
- __ 20. J’ai souvent peur que mon partenaire amoureux ne veuille plus rester avec moi.
- __ 21. J’ai souvent peur que mon partenaire amoureux ne m’aime pas vraiment.
- __ 22. Je m’inquiète du fait que les autres ne se préoccupent pas de moi comme moi je me préoccupe d’eux.
- __ 23. Je souhaite souvent que les sentiments de mon partenaire amoureux soient aussi forts que ceux que je ressens pour lui/elle.

- __ 24. Je suis très préoccupé(e) par mes relations.
- __ 25. Quand mon partenaire amoureux n'est pas là, je crains qu'il ou elle puisse s'intéresser à quelqu'un d'autre.
- __ 26. Quand j'exprime mes sentiments pour des partenaires amoureux, je crains qu'ils ne se ressentent pas la même chose pour moi.
- __ 27. Je m'inquiète rarement que mon partenaire amoureux me laisse.
- __ 28. Mon partenaire amoureux me fait douter de moi.
- __ 29. Je m'inquiète rarement du fait d'être abandonnée.
- __ 30. Je trouve que mon partenaire ne veut pas être aussi intime avec moi que moi j'aimerais l'être avec lui / elle.
- __ 31. Parfois mes partenaires amoureux changent leurs sentiments envers moi sans raisons apparentes.
- __ 32. Mon désir d'être très près des autres fait parfois peur aux gens.
- __ 33. Je crains qu'une fois un partenaire amoureux arrive à me connaître, il ou elle n'aime pas qui je suis vraiment.
- __ 34. Ça me rend furieux(se) lorsque je ne reçois pas l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon partenaire amoureux.
- __ 35. Je crains de ne pas être à la hauteur des autres.
- __ 36. Mon partenaire amoureux semble seulement me remarquer lorsque je suis fâché.

Échelle d'ajustement dyadique

La plupart des gens ont des désaccords dans leurs relations. Pour chacun des items suivants, veuillez indiquer l'étendue d'accord ou de désaccord entre votre partenaire et vous. Encore une fois, nous vous demandons de répondre au questionnaire séparément et répondez le plus spontanément possible.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Fréquemment en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. L'administration de votre budget						
2. Le genre de loisirs						
3. Les questions religieuses						
4. Les manifestations d'affection						
5. Les choix d'amis						
6. Les relations sexuelles						
7. Les conventions sociales (comportement correct et acceptable)						
8. La philosophie de la vie						
9. La façon d'agir avec vos parents et ceux de votre partenaire						
10. Les buts, les aspirations et les choses qui vous tiennent à coeur						
11. Le temps passé ensemble						
12. La prise des décisions importantes						
13. Les tâches domestiques						
14. Les intérêts et activités de temps libre						
15. Les décisions de choix de carrière						
	Tout le temps	La plupart du temps	Plus souvent	De temps à autre	Rarement	Jamais

			qu'autrement			
16. Personnellement, vous arrive-t-il de discuter ou d'envisager la séparation ou la fin de votre relation?						
17. Arrive-t-il à votre partenaire ou à vous de quitter la maison après une querelle?						
18. De façon générale, croyez-vous que les choses vont bien entre votre partenaire et vous?						
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?						
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié?						
21. Vous arrive-t-il de vous quereller?						
22. Vous arrive-t-il de vous taper mutuellement sur les nerfs?						

	Chaque jour	Presque chaque jour	Parfois	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre partenaire ?					

	Tous	Presque tous	Quelques -uns	Très peu	Aucun
24. Partagez-vous ensemble des intérêts à l'extérieur du foyer?					

Combien de fois diriez-vous que les événements suivants ont lieu entre votre partenaire et vous?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
25. Avoir un échange d'idées enrichissant						
26. Rire ensemble						
27. Discuter calmement de quelque chose						
28. Travailler ensemble à quelque chose						

Il y a certaines choses au sujet desquelles les couples sont parfois en accord, parfois en désaccord. Indiquez si l'un ou l'autre des items suivants ont été causes de divergences d'opinions ou ont été sources de problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines : (cochez oui ou non)

Oui Non

29. Être trop fatigué pour les relations sexuelles.

30. Ne démontrer aucun signe d'amour.

31. Les points (•) suivants représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point du milieu "heureux", représente le degré de bonheur chez la plupart des couples. En considérant tous les aspects de votre relation, veuillez encercler le point qui décrit le mieux votre degré de bonheur.

•	•	•	•	•	•	•
Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux

32. Quel énoncé décrit le mieux la manière dont vous entrevoyez l'avenir de votre relation? (Cochez)

Plus que toute autre chose, je désire que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour en assurer le succès.

Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferais tout ce que je peux pour en assurer le succès.

Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferais ma juste part pour en assurer le succès.

Il serait agréable que ma relation réussisse, mais je ne peux pas faire beaucoup plus que j'en fais présentement pour en assurer le succès.

Il serait agréable que ça réussisse, mais je refuse de faire plus que j'en fais présentement pour en assurer la continuité.

Ma relation ne pourra jamais réussir et il n'y a plus rien que je puisse y faire pour qu'elle continue.

Inventaire de dépression de Beck (version courte)

Ce questionnaire comporte des groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre.

- I. 0 Je ne me sens pas triste.
1 Je me sens souvent triste.
2 Je suis tout le temps triste.
3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.
- II. 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
- III. 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échouer dans la vie, d'être un(e) raté(e)
1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
- IV. 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- V. 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je suis déçu(e) par moi-même.
3 Je ne m'aime pas du tout.
- VI. 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
2 Je me reproche tous mes défauts.
3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
- VII. 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
2 J'aimerais me suicider.
4 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

La mesure du sommaire des activités de soins liées au diabète

Les questions qui suivent se rapportent à vos activités liées aux soins de votre diabète au cours des 7 derniers jours. Si vous étiez malades lors des sept derniers jours, svp vous rapportez aux sept derniers jours lors desquels vous n'étiez pas malades.

Alimentation

1. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous suivi une diète saine?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. En moyenne, lors du dernier mois, pendant combien de jour par semaine avez-vous suivi votre diète saine?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Dans les sept derniers jours, combien de ces jours avez-vous mangé cinq portion ou plus de fruits et légumes?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Dans des sept derniers jours, combien de ces jours avez-vous mangé des aliments à teneur élevé en gras tel la viande rouge ou les produits laitiers entiers?

0 1 2 3 4 5 6 7

Exercice

5. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous participé à une activité physique d'au moins 30 minutes (c'est-à-dire au moins 30 minutes d'activité physique continue, incluant la marche)?

0 1 2 3 4 5 6 7

6. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous participé à une session d'activité physique (telle natation, marche, bicyclette) autre que l'activité physique que vous faites à la maison ou dans le cadre de votre travail?

0 1 2 3 4 5 6 7

Suivi du glucose sanguin

7. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous testé votre taux de sucre sanguin?

0 1 2 3 4 5 6 7

8. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous testé votre taux de sucre sanguin le nombre de fois recommandé par votre professionnel de la santé?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soins des pieds

9. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous vérifié l'état de vos pieds?

0 1 2 3 4 5 6 7

10. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous inspecté l'intérieur de vos souliers?

0 1 2 3 4 5 6 7

Tabagisme

11. Avez-vous fumé- même pris une inhalation- lors des sept derniers jours?

Non Oui : Si oui, combien de cigarettes avez-vous fumé en moyenne par jour?

Nombre de cigarettes : _____

Recommandations sur les soins personnels

1A. Lesquels des recommandations suivantes vous ont été suggérées par votre équipe de soins de santé (médecin, infirmière, diététiste ou éducateur en diabète)? Cochez tous les points applicables.

- A. Suivre une diète faible en gras
- B. Suivre une diète d'hydrates de carbone complexes
- C. Réduire le nombre de calories mangées pour perdre du poids
- D. Manger beaucoup d'aliments à haute teneur en fibres
- E. Manger beaucoup (au moins 5 portions par jour) de fruits et légumes
- F. Manger peu de sucreries (ex : desserts, barres de chocolats, soda diète)
- G. Autre :
spécifier _____
- H. Je n'ai pas reçu de recommandations de mon équipe de soins concernant ma diète.

2A. Lesquels des recommandations suivantes vous ont été suggérées par votre équipe de soins de santé (médecin, infirmière, diététiste ou éducateur en diabète)? Cochez tous les points applicables.

- A. Faire de l'activité physique à faible intensité à tous les jours (comme la marche)
- B. Faire de l'activité continue pour au moins 20 minutes 3 fois par semaine
- C. Insérer l'activité physique dans votre routine quotidienne (ex : monter les marches au lieu de prendre l'ascenseur, stationner un bloque de rue plus loin et marcher)
- D. S'engager à faire une quantité, un type, une durée et un niveau spécifique d'exercice
- E. Autre :
spécifier _____
- F. Je n'ai pas reçu de recommandations de mon équipe de soins concernant mon activité physique.

3A. Lesquels des recommandations suivantes vous ont été suggérées par votre équipe de soins de santé (médecin, infirmière, diététiste ou éducateur en diabète)? Cochez tous les points applicables.

- A. Tester votre taux de sucre sanguin en utilisant une goutte de sang de votre doigt et une charte de couleur
- B. Tester votre taux de sucre sanguin en utilisant un glucomètre pour lire les résultats
- C. Tester votre taux de sucre dans vos urines
- D. Autre :
spécifier _____
- E. Je n'ai pas reçu de recommandations de mon équipe de soins concernant mes taux de sucre sanguins et urinaires.

4A. Lesquels des recommandations suivantes vous ont été suggérées par votre équipe de soins de santé (médecin, infirmière, diététiste ou éducateur en diabète)? Cochez tous les points applicables.

- A. Une injection d'insuline 1 ou 2 fois par jour
- B. Une injection d'insuline 3 ou plus de fois par jour
- C. Des médicaments pour contrôler mes taux de sucre sanguin
- D. Autre :
spécifier _____
- E. Je n'ai pas de prescription d'insuline ou autre médicament pour le diabète.

Alimentation

5A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous espacé votre prise d'hydrates de carbone équitablement au fil de la journée?

0 1 2 3 4 5 6 7

Médication

6A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous pris votre médication recommandée pour le diabète?

0 1 2 3 4 5 6 7

OU

7A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous pris vos injections d'insuline recommandées?

0 1 2 3 4 5 6 7

8A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous pris le nombre recommandé de pilules pour le diabète ?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soins des pieds

9A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous lavé vos pieds?

0 1 2 3 4 5 6 7

10A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous fait tremper vos pieds?

0 1 2 3 4 5 6 7

11A. Lors de combien des sept derniers jours avez-vous essuyé vos pieds entre les orteils après les avoir lavés?

0 1 2 3 4 5 6 7

Tabagisme

12A. Lors de votre dernier rendez-vous chez votre médecin, est-ce que quelqu'un vous a questionné sur statut de fumeur/non fumeur?

0 1 2 3 4 5 6 7

13A. Si vous fumez, lors de votre dernier rendez-vous chez le médecin, est-ce que quelqu'un vous a offert des conseils sur comment arrêter de fumer ou vous a offert de vous référer vers un programme de cessation du tabagisme?

0. Non

1. Oui

2. Je ne fume pas.

14A. À quand remonte la consommation de votre dernière cigarette?

- Il y a plus de 2 ans ou je n'ai jamais fumé
- 1 à 2 ans passées
- 4 à 12 mois passés
- 1 à 3 mois passés
- Lors du dernier mois
- Aujourd'hui