

CONCLUSIONS

CONCLUSION GENERALE

Une synthèse des résultats des trois sous-recherches dont cette thèse est composée étant irréaliste, je procéderai pour conclure à un dernier examen des questions-problèmes auxquelles j'ai voulu répondre par ce travail. Je rappellerai les principales "découvertes" faites, leur sens, leurs limites et les perspectives de recherche et d'action qu'elles ont ouvertes.

La première question: comment appréhender d'un point de vue intégratif et global le vécu des patients et leur compliance ? est relative à la conceptualisation et aux choix des méthodes. C'est dans les apports de la revue de littérature et les limites des recherches précédentes que les réponses ont été trouvées.

D'abord, dans la prise de conscience de la complexité du problème et la multiplicité des points de vue (biomédical, pharmacologique, épidémiologique, sociologique, etc...).

Ensuite dans la mise en évidence de l'originalité, des ouvertures et des difficultés de la perspective interdisciplinaire que l'Education pour la Santé peut apporter. Cette interdisciplinarité est le résultat à la fois de l'intégration des points de vues des recherches antérieures (biomédicale, de communication, psychosociale,...) et de l'accompagnement de cette thèse dont la direction a été pour le moins pluridisciplinaire.

Enfin, dans le choix difficile d'un type de méthode de recherche, l'enquête psychosociale, par rapport aux options présentes. Au stade de la conclusion, ce qui se confirme c'est l'indispensable complémentarité des méthodes: si l'enquête telle qu'elle a été conçue, menée et traitée a apporté des réponses et éclairé plusieurs des points abordés, elle reste loin d'avoir permis de résoudre tous les problèmes rencontrés. La suite de cette recherche consistera sur le plan méthodologique à réduire l'usage de l'enquête à ce qui est encore nécessaire (à cause des contextes institutionnels et du besoin de certaines garanties de liberté d'expression) et de favoriser des méthodes plus qualitatives et individuelles (rendues possibles grâce aux apports des premières dans ce projet). C'est par des études approfondies de cas qu'il est possible de dépasser le travail fait ici, en accompagnant des patients dans leur propre construction de leur adaptation à leur état, en inscrivant toute recherche et évaluation dans leur dynamique et dans le temps, pour parvenir à prendre en compte à la fois le plus grand nombre possible de facteurs explicatifs de la compliance et de le faire de manière spécifique et adaptée à chaque patient.

La présente recherche a clairement démontré l'existence de facteurs importants et significatifs, mais avec des limites dans la variété prise en compte et avec une "généralisation" qui n'a de sens que comme cadre d'explication, à adapter à chaque personne. Ceci dit, l'enquête détaillée et l'analyse des correspondances ont été des "instruments-clés" dans les observations et les résultats obtenus. Il me paraît aussi important de rappeler que les méthodes utilisées n'auraient sans doute pas permis les mêmes résultats si elles avaient été utilisées dans une autre perspective que celle, qualitative et subjectiviste, qui a orienté ce travail.

La question : comment concilier les apports des modèles existants ? a été traitée à la fois théoriquement et expérimentalement.

- Par la théorie, parce que l'analyse détaillée et la mise en relation (et en opposition) des 19 modèles étudiés et de leurs interprétations complémentaires et enrichissantes (même dans l'opposition) a permis de proposer un "cadre explicatif" générique, qui s'éloigne des idées de modèle et de causalité pour celle plus pertinente d'interaction, de synergie.
- Par l'expérience, parce que l'enquête (prétest) réalisée à partir d'une perspective qualitative, sur une population assez variée pour couvrir le champ des situations possibles, a permis de vérifier

l'explication proposée et de mettre en évidence la pertinence de certains de ses éléments. Elle a aussi permis de poser de nouvelles questions et jalons de pistes, notamment sur les rôles et sens d'influence du lieu de maîtrise de la santé, de l'attribution causale de la maladie, de la logique de santé véhiculée (tant chez les patients que chez les soignants), de la fonction et de l'impact personnels, familiaux et sociaux de la maladie que le patient vit, du sentiment de menace (gravité et vulnérabilité aux risques), **dans leurs interactions** ! Certains de ces facteurs ont été étudiés voici plus de trente ans, mais peu de travaux avaient proposé des parallèles et des articulations sur leurs influences respectives.

Toutefois, l'objectif de conciliation des modèles a perdu son intérêt parce que c'est leur richesse mutuelle qui en fait l'intérêt. Les concilier est finalement aussi illusoire que de vouloir concilier les points de vues des patients et ceux des soignants: les deux co-existent et la question devient "comment tenir compte des deux et respecter leurs impératifs respectifs ?".

La question relative à la définition de la compliance a été l'occasion de découvrir, au-delà des concepts d'observance et d'adhésion, l'existence et les implications théoriques et pratiques de ceux d'accord thérapeutique, de compliance personnelle et même de sortir de la compliance pour celui d'adaptation à la maladie chronique (et même plutôt d'adaptation "avec" la maladie). La différence des points de vue des personnes concernées, patients, prescripteurs et professionnels de la santé publique, s'est avérée bien plus importante qu'une simple question de vocabulaire et de terminologie, et son influence sur les pratiques et les actions déterminantes. Malgré les limites et les risques liés à la validité de leur opérationnalisation, les deux définitions de la compliance (compliance stricte ou observance, et compliance large) ont été suffisantes pour montrer que selon le point de vue (patient ou prescripteur, pour n'avoir étudié que ceux-là), les explications pouvaient différer, même (et surtout) dans une démarche qui se veut scientifique et rigoureuse. Et si elles diffèrent, il ne fait aucun doute que les réponses et les solutions au problème de la compliance le font aussi, et induisent des actions plus ou moins pertinentes et cohérentes pour les personnes concernées.

Pour la suite à donner à cette recherche, il est manifeste que la question de la définition et de l'opérationnalisation de la "compliance" est devenue secondaire parce que, malgré le point de vue "hybride" pris ici (paradoxe de partir du point de vue des prescripteurs pour essayer de voir la réalité du patient), l'important est ce que ce dernier vit et fait avec sa maladie. Poursuivre la recherche pour approfondir le sens de ce qui a été mis en évidence chez le patient ne peut s'effectuer que de son point de vue. Cela ne disqualifie pas celui du prescripteur, mais le limite au contexte de la relation de soins qui ne constitue finalement qu'une petite partie de la vie du patient.

Enfin, la question : quelle est la part respective du patient, du prescripteur et du contexte de soins dans la compliance ? a trouvé quelques éléments de réponse seulement.

D'abord, parce que la relation de soins n'a été qu'effleurée puisque la recherche a porté sur l'avant et l'après relation, pour les raisons expliquées dans le chapitre relatif au cadre problématique définitif. Ensuite, si le rôle du contexte éducatif et organisationnel a été mis en exergue, et si plusieurs aspects des représentations et facteurs liés au patient ont été analysés et des interactions découvertes, la part respective des uns et des autres reste une hypothèse. Seule une quasi-certitude que les trois interviennent (sans exclusion d'autres éléments, dont les influences "sociales" variées que l'analyse des correspondances a fait émerger) est acquise.

Pour ce qui est du patient, et bien qu'il n'ait été possible d'examiner qu'une moitié des 76 facteurs potentiellement influents, l'étude a confirmé le rôle majeur des représentations du traitement et de ses conséquences (vécues et projetées), celui des interprétations subjectives des "influences sociales", et partiellement celui des valeurs et priorités de vie des patients et des représentations de la santé et de la maladie (y compris la logique de santé rappelée ci-dessus et dont le rôle pourrait bien être très important), à tous les niveaux de la compliance et de la non-compliance.

Plusieurs questions subsistent, notamment sur la place et la nature des savoirs et des connaissances.

Leur part dans l'explication de la compliance s'est avérée très faible ici, conformément aux résultats de certaines études mais en contradiction avec d'autres. Seules des connaissances pratiques du traitement ont été prises en compte dans la présente recherche, et les "autres savoirs" délaissés. Si l'amélioration de la connaissance n'est pas liée à la compliance (l'analyse des différences prétest-posttest l'a montré), il existe par ailleurs plusieurs types de connaissance (conclusion de l'analyse de la littérature): savoir sur la maladie, le traitement et la manière de s'adapter (coping process), savoirs théoriques et pratiques, savoirs implicites et explicites, et des "méta-savoirs" sur soi, sur son savoir et la manière de le traiter, sur son propre système de représentations et de croyances, etc... Cette recherche n'en a examiné qu'un ! C'est probablement vers le type de savoir qu'il faut diriger les explications, puisqu'il est indubitable que l'acquisition et le traitement d'informations jouent un rôle dans la compliance, comme à tous les niveaux de l'existence et des comportements.

La place de certains facteurs cités ci-dessus (sentiment de menace, etc...) n'est toujours pas claire: elle est évidente sous certaines conditions et dans certains cas, mais elle ne se vérifie pas partout (en tous cas dans les différents traitements interactifs de données effectués). Le type de relation de ces facteurs entre eux et avec la compliance reste à explorer.

Par ailleurs, puisque traitement individuel d'information il y a, c'est dans ces traitements et dans le sens que les facteurs prennent pour chaque patient que la place de ces facteurs doit être cherchée. Même si le "sentiment d'autoefficacité" ou "l'acceptabilité des conséquences" du traitement sont indiscutablement liés à la compliance, selon les patients ces facteurs seront primordiaux ou secondaires... La nécessité de passer à une phase de recherche plus qualitative, globale et approfondie avec des patients, et dans la durée s'impose ici encore.

Au total, cette recherche et ses résultats ont permis quatre apports principaux:

- sur les choix théoriques d'Education pour la Santé, leurs différences et leurs conséquences, à travers les points de vue et modèles de santé et d'éducation présentés et opérationnalisés,
- sur les types d'explications de la compliance, dont les cinquante pages de présentation et d'analyse critique constituent une synthèse originale,
- sur les interactions des facteurs de compliance liés aux patients, que la double analyse de description et de relation éclaire, tout en offrant un "état des lieux" de la maladie chronique en Belgique francophone,
- et sur la place et l'influence des facteurs de contexte, éducatifs et organisationnels, dont les liens avec les pratiques éducatives et leurs effets ont été démontrés.

Par ailleurs, alors que cette recherche s'est inscrite dans le cadre spécifique et restreint de la compliance aux traitements des maladies chroniques et de l'Education du Patient, ses conclusions tant théoriques que pratiques dépassent largement ce cadre et s'étendent aux situations d'Education pour la Santé et de Promotion de la Santé.

Enfin, au risque de finir sur une "lapalissade", je constate que cette recherche qui me paraissait être un aboutissement, constitue une étape et donc un point de départ parce qu'elle a laissé des questions en suspens, qu'elle en a apporté d'autres et surtout parce que l'impressionnante variété d'informations qu'elle a amenée est une source d'analyse inépuisée. En effet ces informations se compléteront d'autres, dans le cadre des étapes suivantes du projet ADHESION, et elles y seront comparées, et devraient permettre d'aller plus loin dans la compréhension du phénomène et de se rapprocher de la finalité de l'ensemble: l'amélioration de l'Education du Patient.

BIBLIOGRAPHIE

- AHA : AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION**, 1982. The Hospital's Responsibility for Patient Education Services. The American Hospital Association.
- AJZEN I.**, 1985. From intentions to actions : a therapy of planned behavior. In KUHL J. et BECKMANN J. (Eds). Action-control : from cognition to behavior, Heidelberg, Springer, pp. 11-39.
- AJZEN I. et MADDEN T.J.**, 1986. Prediction of goal-directed behavior : attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, pp. 453-474.
- AJZEN I. et TIMKO C.**, 1986. Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and applied social psychology*, 7, pp. 259-276.
- ALLISON K.R.**, 1987. Perceived control as a determinant of preventive health behaviour for heart disease and lung cancer. Ph.D. dissertation, University of Toronto.
- ALLISON K.R.**, 1991. Theoretical issues concerning the relationship between perceived control and preventive health behaviour. *Health Education Research, Theory and Practice*, vol. 6, n° 2, pp. 141-151.
- AMARAL P.L.**, 1986. The special case of compliance in the elderly. In K.E. GERBER et A.M. NEHEMKIS (Eds), *Compliance : the dilemma of the chronically ill*, New York, Springer.
- ANDERSON R.M.**, 1985. Is the problem of noncompliance all in our heads ? *The Diabetes Educator*, 11, 1, pp. 31-34, Spring.
- ARGYRIS Ch.**, 1970. *Participation et Organisation*. Ed. Dunod, Paris.
- ARY D.U., TOOBERT D., WILSON W. et GLASGON R.E.**, 1986. Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimens. *Diabetes Care*, vol. 9, pp. 168-172.
- ASSOCIATION DES CONSOMMATEURS**, 1987. Le médicament, mythes et réalités. *Test-Achats Magazine*, Bruxelles.
- ATKINSON J.**, 1964. *An introduction to motivation*. N.J.D. Van Nostrand, Princeton.
- AUERBACH S.M. et al**, 1976. Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 44.
- BALSMEYER B.**, 1984. Locus of control and the use of strategies to promote self-care. *Journal of Community Health Nursing*, 1, 3, pp. 171-179.
- BANDURA A., JEFFERY R.W. and GADJOS E.**, 1975. Generalizing change through participant modeling with self-directed mastery. *Behavior research and therapy*, 13, pp. 141-152.
- BANDURA A.**, 1976. Self-reinforcement : theoretical methodological considerations. *Behaviorism*, 4, pp. 135-155.
- BANDURA A.**, 1977. Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, vol. 84, n° 2, pp. 191-215.
- BANDURA A.**, 1986. *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- BARANOWSKI T., CHAPIN J. and EVANS M.**, 1981. Dimensions of social support for hypertension regimen compliance. Unpublished manuscript, University of Texas.
- BARIC L.**, 1978. "Communication Barriers" : an aspect of Doctor-Patient Interaction. *Journal of the Institute of Health Education*, vol. 16, n° 2, London.
- BAROFSKY I.**, 1978. Compliance, adherence and the therapeutic alliance : steps in the development of self-care. *Social Science and Medicine*, vol. 12, pp. 369-376.
- BARTLETT E.E.**, 1982. Behavioral Diagnosis : a practical approach to patient education. *Patient Counseling and Health Education*, vol. 4, n° 1.
- BARTLETT E.E.**, 1984 (a). The educational and medical models of health, *Patient Education and Counseling*, vol 6, n° 1, pp. 57-60.

- BARTLETT E.E.**, 1984 (b). The medical and educational models of health care under prospective pricing. *Patient Education and Counseling*, vol. 6, n° 2.
- BARTLETT E.E.**, 1985. Are we learning from our mistakes ? *Patient Education Newsletter*, vol. 8, n° 5, October.
- BAUM W.M.**, 1973. The correlation-based law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 20, pp. 137-153.
- BEACH L.R., TOWNES B.O., CAMPBELL F.L. and KEATING G.W.**, 1976. "Developing and testing a decision aid for birth-planning decisions". *Organizational Behavior and Human Performance*, 24, pp. 19-28.
- BECKER M.H., DRACHMAN R.H. et KIRSCHT J.C.**, 1972. Predicting mother's compliance with pediatric medical regimens. *Journal of Pediatrics*, 81, 4, pp. 843-854.
- BECKER M.H., DRACHMAN R.H. et KIRSCHT J.P.**, 1974 (a). A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *American Journal of Public Health*, 64, pp. 1062-1070.
- BECKER M.H. et al.**, 1974 (b). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, vol. 2, n° 4, Winter.
- BECKER M.H.**, 1974 (a). A new approach to explaining sick-role in low-income populations. *American Journal of Public Health*, vol. 64.
- BECKER M.H.**, 1974 (b). The health belief model and sick-role behavior. *Health Educ. Monogr.*, vol. 2, n° 4, winter, pp. 409-419.
- BECKER M.H., KABACK M.M., ROSENSTOCK I.M. et RUTH M.V.**, 1975. Some influences on public participation in a genetic screening program. *J. Community Health*, 1, pp. 3-14.
- BECKER M.H. et MAIMAN L.A.**, 1975. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, vol. 13, n° 1, January.
- BECKER M.H., HAEFNER D.P., KASL S.V., KIRSCHT M.P., MAIMAN L.A. et ROSENSTOCK I.M.**, 1977. Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviours, *Medical Care*, vol. 15, n° 5 supplement, May.
- BECKER M.H. et JANZ N.K.**, 1984. The Health Belief Model, a decade later. *Health Education Quarterly*, vol. 11, n° 1.
- BECKER M.H.**, 1985. Patient adherence to prescribed therapies. *Med. Care*, 23, pp. 539-555.
- BELCON M.C., HAYNES R.B. et TUGWELL P.**, 1984. A critical review of compliance studies in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 27, pp. 1227-1233.
- BEM D.J.**, 1972. Self-perception theory. In L. BERKOWITZ (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 6, Academic Press, New York.
- BENOIT J.C.**, 1988. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systématiques. Ed. E.S.F., Paris.
- BENSAID N.**, 1981. La lumière médicale. Les illusions de la prévention. Seuil, Coll. Points Actuels, A54, Paris.
- BEN-SIRA Z.**, 1976. The Function of the Professional's Affective Behavior in Client Satisfaction : a revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 17, pp. 3-11, March.
- BENZECRI J.P.**, 1979. L'analyse des données. Dunod, 3ème édition, Paris.
- BEST J.A.**, 1975. Tailoring smoking behavior : an evaluative review. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 43, pp. 1-8.
- BEST J.A., BASS F. and OWEN L.E.**, 1977. Mode of service delivery in a smoking cessation programme for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 68, pp. 469-473.
- BILLE D.A.**, 1981. Practical approaches to patient teaching. Ed. BILLE D.A., Little, Brown and Company, Boston.
- BLACKWELL B.**, 1972. The drug defaulter. *Clinical Pharmacology Therapy*, 13, pp. 841-848.
- BLACKWELL B.**, 1973. Drug therapy : Patient compliance. *New England Journal of Medicine*, 289, pp. 245-251.
- BLACKWELL B.**, 1979. Treatment adherence : a contemporary viewpoint. *Psychosomatics*, vol. 20, n° 1, pp. 27-35, January.

- BLACKWELL B.**, 1979. The drug regimen and treatment compliance, in HAYNES R.B., TAYLOR D.W. et SACKETT D.L., *Compliance in Health Care*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1981 (second edition).
- BLOOM N., CERKONEY K. et HART L.**, 1980. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3, pp. 490-500.
- BOCZKOWSKI J.A., ZEICHNER A. et De SANTO N.**, 1985. Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients : an intervention outcome report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, pp. 666-671.
- BONHIVERS B. et DE KETELE J.M.**, 1986. *Pratique de la Statistique*. De Boeck Université, Pédagogies en développement, Bruxelles.
- BOUROCHE J.M. et SAPORTA G.**, 1980. *L'analyse des données*. P.U.F., Que Sais-je ? 1854, Paris.
- BOYD J.R., COVINGTON J.R., STANASZEK W.F. et COUSSONS R.T.**, 1974. Drug defaulting : II. Analysis of noncompliance patterns. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 31, pp. 485-491.
- BRIGGS W.A., LOWENTHAL D.T., CIRKSEN W.J. et al.**, 1975. Propanolol in hypertensive dialysis patients : efficacy and compliance. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 18, pp. 606-612.
- BROWN J.S. and RAWLINSON M.**, 1975. Relinquishing the sick role following open-heart surgery. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 1, pp. 12-27.
- BROWNELL K.D. et FOREYT J.P.**, 1985. Obesity. In D. BARLOW (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, Guilford Press, New York.
- BUCKALEW L.W. et COFFIELD K.E.**, 1982. An investigation of drug expectancy as a function of capsule color and size and preparation form. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, pp. 245-248.
- BURY J.A.**, 1978. Quelques pièges de l'enseignement éthique dans une faculté de médecine. *La Vie Médicale au Canada français*, vol. 7, avril.
- BURY J.A.**, 1979. Les services de psychologie médicale et de psychosomatique : pierre angulaire de l'enseignement des sciences humaines en médecine. Conference at the G.W.A.N. meeting, avril 1978, in *Revue de médecine psychosomatique*, n° 21, pp. 477-489.
- BURY J.A.**, 1982. Et si l'on repensait la formation psychologique des médecins dans une démarche pédagogique. *Actualités Psychiatriques*, n° 2.
- BURY J.A.**, 1986. Education et information en matière de santé en Europe. Communication au Symposium International "Vers une politique commune de la santé", Bruxelles, Académia.
- BURY J.A.**, 1987. La formation des personnes de santé à l'Education du Patient : apprendre à apprendre ? *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 6, n° 4.
- BURY J.A.**, 1988. Education pour la santé. De Boeck Université, Collec. Savoirs et Santé, Bruxelles.
- BUYSSCHAERT M., JANNE P., MPOY M., REYNAERT C., PIRSON F., CASSIERS L. and LAMBERT A.E.**, 1988. Metabolic and psychological evolution of insulin dependant diabetic patients during a six months insulin-pen treatment. *Diabète et Métabolisme*, vol. 14, n° 2, pp. 75-79, Paris.
- CAPET C.**, 1985. Il y a "patient" et "patient" : différentes manières de prendre sa santé en charge. *Les cahiers du GERM*, n° 193/194.
- CAPLAN R.D., ROBINSON E.A.R., FRENCH J.R.P., CALDWELL J.R. et SHINN M.**, 1976. Adhering to medical regimens : pilot experiments in patient education and social support, Ann ARBOR, University of Michigan, Michigan.
- CAPLAN R. et HOLLAND R.**, 1990. Rethinking health education theory. *Health Education Journal*, vol. 49, n° 1.
- CARPENTER J.O. et DAVIS L.J.**, 1976. Medical recommendations - followed or ignored ? Factors influencing compliance in arthritis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 57, pp. 241-246.
- CARTER W.B., BEACH L.R. and INUI T.S.**, 1986. "The Flu Shot Study : using multiattribute utility theory to design a vaccination intervention". *Organizational behavior and Human Decision Making*, 38, pp. 378-391.

- CARTWRIGHT A.**, 1964. Human relations and hospital care. ROUTLEDGE et KEGAN Paul, London.
- CARVER C.S. et SCHEIER M.F.**, 1982. Control theory : a useful conceptual framework for personality - social, clinical and health psychology. Psychol. Bull., 92, pp. 111-135.
- CASSEL E.J., COULEHAN J.L. et PUTMAN S.M.**, 1990. Procéder à l'anamnèse : l'art et la manière. Patient Care, septembre.
- CASSIERS L.**, 1982. Fonction familiale de l'alcoolisme. Thérapie familiale, vol. 3, n° 4, pp. 291-305, Genève.
- CASSIERS L.**, 1986. Le consentement éclairé du malade... Louvain Médical, 105, pp. 493-498.
- CASSIERS L.**, 1989. Limites du positivisme en médecine. Louvain, pp. 5-7, mai-juin, Louvain-la-Neuve.
- CERKONEY A.B. et HART K.**, 1980. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. Diabetes Care, 3, pp. 594-598.
- CHANG .L., UMAN G.C., LINN L.S., WARE J.E. et KANE R.L.**, 1985. Adherence to health care regimens among elderly women. Nursing Research, 34, 1, pp. 27-31.
- CHARNEY E.**, 1972. Patient-doctor communication. Pediatric Clin. North Am., 19, p. 263.
- CHRISTENSEN-SZALANSKI J.J.J. and NORTHCRAFT G.B.**, 1985. Patient compliance behavior : the effects of time on patient's values of treatment regimens. Social Science in Medicine, 21, 3, pp. 263-273.
- CIBOIS P.**, 1990. L'analyse des données en sociologie. P.U.F. Le Sociologue, 2ème édition, Paris.
- CLINE R.J.**, 1983. Interpersonal communication skills for enhancing physician patient relationships. Maryland State Medical Journal, vol. 32.
- COCHRAN S.D.**, 1984. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 873-876.
- COHEN S.J.**, 1979. New metaphors for old problems. New directions in Patient Compliance, Toronto, Lexington.
- COLE P. and EMMANUEL J.**, 1971. American Journal of Hospital Pharmacists, 28, pp. 954-960.
- CONROY W.J.**, 1979. Human values, smoking behavior, and public health programs, in ROKEACH M. (Ed.), Understanding Human Values, Free Press, New York.
- COOPER J. et CROYLE R.T.**, 1984. "Attitudes and attitude change". Annual review of psychology, 35, pp. 395-426.
- COTTON E.**, 1982. L'Education pour la Santé : Méthodes. Eds. de l'Université de Bruxelles, Ecole de Santé Publique.
- CRAWFORD R.**, 1978. You are dangerous to your health : the politics and ideology of victim-blaming. Social Policy, 8, pp. 10-20.
- CRAWFORD R.**, 1980. Healthism and the medicalization of every day life, in International Journal of Health Services, n° 10, pp. 365-388.
- CRONBACH L.J.**, 1975. "Beyond the two disciplines of scientific psychology". American Psychologist, 30, pp. 116-127.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E.**, 1977. L'acteur et le système. Collection Points, Ed. du Seuil, PO 11, Paris.
- CUENDET G.**, 1988. L'approche systématique en gestion. In SCHWARZ E. "La révolution des systèmes", Ed. DELVAL, pp. 157-176.
- CUMMINGS K.M., BECKER M.H., KIRSCHT J.P. et LEVIN N.W.**, 1981. Intervention strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. Journal of Behavioral Medicine, 4, pp. 111-127.
- CUVELIER M.C.**, 1986. L'éducation du patient diabétique adulte insulino-dépendant : enquête auprès du personnel soignant. Bulletin d'Education du Patient, vol. 5, n° 3, septembre.
- DAVIS M.S. et EICHORN R.**, 1963. In RICHARD M., Etude de l'influence de différentes variables sur la fidélité du ponté coronarien au traitement prescrit. Mémoire en maîtrise es sciences en sciences infirmières, Université de Montréal, janvier 1988.

- DAVIS M.S.**, 1966. Variations in patient's compliance with doctor's advice : Analysis of congruence between survey responses and results of empirical observations. *Journal of Medical Education*, 41, pp. 1037-1048, November.
- DAVIS M.S.**, 1968-1969. Variations in patients' compliance with doctors' advice : an empirical analysis of patterns communication. *American Journal of Public Health*, 58, n° 2, February.
- DE BONIS M.**, 1973. "Etude de l'anxiété par la méthode des questionnaires. II. Travaux expérimentaux". *Revue de Psychologie appliquée*, 23, 2, pp. 105-131.
- DECCACHE A.**, 1983. Définir l'éducation du patient. *Bulletin d'Education du Patient*, n° 1/83, février.
- DECCACHE A.**, 1985. De l'utilisation de l'enquête épidémiologique en Education du Patient. Actes du colloque "Epidémiologie et Education Sanitaire", ALSS, Université de Liège.
- DECCACHE A.**, 1988. Education du Patient : proposition de cadres conceptuel, problématique et pratique. Mémoire de licence en Education pour la Santé, UCL, Bruxelles.
- DECCACHE A. et LAVENDHOMME E.**, 1989. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. De Boeck Université, Collec. Savoirs et Santé, Bruxelles.
- DECCACHE A., MALICE A. et COLLET B.**, 1990. Projet DIABASS : évaluation préalable et pré-tests. Rapport au Ministère de la Santé, Bruxelles.
- DECCACHE A., MALICE A. et ROBERTI M.**, 1991. Implantation et évaluation d'un projet d'Education et de soutien psychosocial de Patients Diabétiques. Proceeding of the XIVth World Conference on Health Education, Helsinki, IUHE-Europe, June.
- DECCACHE A.**, 1991 (a). Pour des traitements efficaces : nouveaux modèles et stratégies d'éducation du patient, actes du Colloque de Bobigny, Université Paris-Nord, mars.
- DECCACHE A.**, 1992 (a). "La confiance dans la relation Médecin-Patient : un des paramètres de l'adhésion au traitement". Actes du Colloque : "Education pour la santé et bon usage du médicament", CRAES, DIREPS et Université de Bordeaux II, avril.
- DECCACHE A.**, 1992 (b). Insuffisance respiratoire : comportement du patient et efficacité du traitement. *AIRFLOW*, vol. 1, mai.
- DECCACHE A., BERTRAND M.A. et BURY J.A.**, 1992. A training program in Health Education for adults : the Master's degree in H.E. at the Louvain Catholic University. Proceedings of the European Conference on Health Education in Schools. Madrid, June.
- DECCACHE A., MALICE A., LIBION F., ROBERTI M. et KEVELAER M.C.**, 1993. Projet DIABASS : évaluation et accompagnement méthodologiques Phase III. Rapport final, Ministère de la Santé, Bruxelles, 78 pp.
- DECCACHE A.**, 1993 (a). Self-help, entraide et associations de patients : bilan, limites et perspectives, in Actes du Forum des Groupes d'entraide, Bruxelles, mars.
- DECCACHE A.**, 1993 (b). Notes du cours "Méthodologie spéciale en EpS", module 2240, UCL RESO EDUS.
- DECCACHE A.**, 1993 (c). L'Education pour la santé : une approche multidimensionnelle. In : Recueil des résumés des Communications, 61ème Congrès de l'ACFAS, Université du Québec à Rimouski, Canada, mai.
- DE HAES W.F.M.**, 1982. Patient Education : a component of health education. *Patient Counseling and Health Education*, vol. 3.
- DE KETELE J-M.**, 1981. "Observer pour éduquer". Peter LANG, Berne.
- DE KETELE J-M.**, 1985. Une classification intégrative des méthodes éducatives. Notes de cours EDUS/RESO, Méthodologie générale.
- DENNIS V.A. et al.**, 1986. Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen. *Diabetes Care*, vol. 9, n° 2, March-April.
- de ROSNAY J.**, 1975. Le microscope. Collection Points, Ed. du Seuil, Paris.

- DESHARNAIS R., BOUILLON J. et GODIN G.**, 1986. Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence. *Psychological Reports*, 59, pp. 1155-1159.
- DETROZ Th.**, 1987. Approche théorique et dynamique relationnelle : une formation adressée aux membres du Comité d'Education du Patient. *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 6, n° 4, décembre.
- de WEERDT I., VISSER A.Ph. et van der VEEN Ed.A.**, 1989. Attitude behaviour theories and diabetes education programmes. *Patient Education and Counseling*, vol. 14, n° 1.
- DICLEMENTE C.C.**, 1981. Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, pp. 302-315.
- DICTIONNAIRE ALPHABETIQUE ET ANALOGIQUE DE LA LANGUE FRANCAISE**, 1976. ROBERT Paul, Société du Nouveau Littre - LE ROBERT - 7 volumes, Paris.
- DIMOND M.**, 1983. Social adaptation of the chronically ill. In : **MECHANIC D.** (Ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*. The Free Press, New York.
- DISHMAN R.K.**, 1982. Compliance/adherence in health-related exercise. *Health Psychology*, 1, pp. 237-267.
- DOMBRET-KLINKENBERG**, 1985. Pour une pédagogie de la santé. Mémoire FOPES - UCL, Louvain-la-Neuve.
- DUMONT J.**, 1990. Le développement de l'Education du Patient à l'hôpital Erasme : propositions de structure. Mémoire de licence en Education à la Santé, Faculté de Médecine, UCL.
- DUMONT J., DECCACHE A. et MOSSIAT F.**, 1990. "Le patient et son traitement : adhésion ou compliance ?" *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 9, n° 4, décembre.
- DUNBAR J., MARSHALL G., HOVELL M.**, 1979. Behavioral strategies for improving compliance. In **HAYNES R.B.** (Ed.), *Compliance in Health Care*, pp. 174-190, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- DUNBAR J.M. et AGRAS W.S.**, 1980. Compliance with medical instructions. *Comprehensive handbook of behavioral medicine*, vol. 3.
- EARP J.A. et ORY M.G.**, 1979. The effects of social support and health professionals home visits on patient adherence to hypertension regimens. *Prev. Med.*, 8, p. 155.
- EDWARDS W.**, 1954. "The theory of decision making". *Psychological Bulletin*, 51, pp. 380-417.
- ELLING R., WHITTEMORE R. et GREEN M.**, 1960. Patient participation in a pediatric program. *J. Health Hum. Behav.*, 1:183.
- EMERSON R.M.**, 1976. Social exchange theory. *Annual Review of Public Health*, 2, pp. 335-362.
- ENGEL G.L.**, 1977. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp. 129-136.
- ENRIQUEZ E.**, 1967. Evaluation des hommes et structures d'organisation. In "La gestion et les hommes", *Revue Gestion*, pp. 787-803.
- ENRIQUEZ E., GOGUELIN P., DUBOST J. et CAVOZZI J.**, 1971. Structures, commandement, autorité et formation. In "La formation psychosociale dans les organisations". P.U.F., pp. 29-44.
- ENRIQUEZ E.**, 1983. Structures d'organisation et contrôle social. "Connexions", n° 41, pp. 97-124.
- ERAKER et al.**, 1984. Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100, pp. 258-268.
- ESTES W.K.**, 1972. Reinforcement in human behavior. *American Scientist*, 60, pp. 723-729.
- FEINBERG J.**, 1988. The effect of Patient - Practitioner interaction on compliance : a review of the literature and application in Rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, vol. 11, pp. 171-187.
- FERGUSON M.**, 1980. "Les enfants du Verseau", pp. 181-183, Calman-Levy, Paris.
- FINK D.L.**, 1976. Tailoring the consensual regimen, pp. 110-118, in **SACKETT D.L., HAYNES R.B.** (Eds.) : *Compliance with therapeutic regimens*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

- FINNERTY F.A. et MATTIE E.C.**, 1973. Hypertension in the inner city. I. Analysis of clinic dropouts. *Circulation*, 47, pp. 73-75.
- FISHBEIN M. et AJZEN I.**, 1975. *Belief, Attitude, Intention and Behavior : an introduction to theory and Research*. Reading, Mass., Addison-Wesley, pp. 4-77.
- FRANCIS V., GOZZI E.K. et KORSCH B.M.**, 1966. Gaps in doctor-patient communication in Doctor-patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics*, vol. 42.
- FRANCIS V., KORSCH B.M. et MORRIS M.J.**, 1969. Gaps in doctor-patient communication : Patients' response to medical advice. *New England Journal of Medicine*, 280.
- FREIDSON E.**, 1984. *La Profession Médicale*. Payot, Paris.
- FUCHS V.R.**, 1966. The contribution of health services to the american economy. *Milbank memorial Fund Quartely*.
- GAGNAYRE R.**, 1991. Problématique pédagogique dans la formation des éducateurs de patients. In *Actes du Colloque Scientifique de Bobigny*, pp. 31-33, Université de Paris-Nord, mars.
- GARRITY T.F.**, 1973. Vocational adjustment after first myocardial infarction : comparative assessment of several variables suggested in the literature. *Social Science and Medicine*, 7, pp. 705-717.
- GARRITY T.F.**, 1981. Medical compliance and the clinician-patient relationship : a review. *Social Science Medicine*, 15E, pp. 215-222.
- GEERTSEN H.R., GRAY R.M. et WARD J.R.**, 1973. Patient noncompliance within the context of seeking medical care for arthritis. *Journal of Chronic Diseases*, 26, pp. 689-698.
- GELINAS A.**, 1993. Les présupposés en Education à la Santé. Document de travail UQUAR-RESO, UCL, Bruxelles, décembre.
- GERBER K.E. et NEHEMKIS A.M.**, 1986. Compliance : the dilemma of the chronically ill, pp. 12-23, pp. 226-235. Springer Publishing Company, New York.
- GERGEN K.J.**, 1976. "Social Psychology, Science and History". *Personality and Social Psychology, Bulletin* 2, pp. 373-383.
- GILLUM R.F. et BARSKY A.J.**, 1974. Diagnosis and management of patient noncompliance. *Journal of American Medical Association*, 228, pp. 1563-1567.
- GILOTH B.**, 1983. What makes the Patient Education Program Effective ? *Promoting Health*, vol. 4, n° 14.
- GLANZ K., LEWIS F.M. et RIMER B.K.**, 1990. *Health behavior and health education. Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, Oxford.
- GOCHMAN D.S.**, 1988. *Health behavior : emerging research perspectives*. Plenum Press, New York.
- GODDING V.**, 1987. Pour motiver l'enfant asthmatique à son traitement. *Bulletin d'Education du patient*, vol. 6, n° 4, décembre.
- GODDING V., KRUTH M. et GALLET D.**, 1989. Approche multidisciplinaire en co-consultation pour enfants et adolescents asthmatiques et leurs familles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, septembre.
- GODIN G.**, 1991. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, vol. IX, n° 1, mars.
- GORDIS L. et MARKOWITZ M.**, 1971. Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care. I. Effectiveness of comprehensive care in influencing infant health. *Pediatrics*, 48, p. 766.
- GORDIS L.**, 1981. Conceptual and Methodologic problems in measuring Patient compliance. In **HAYNES R.B., TAYLOR D.W. and SACKETT D.L.**, *Compliance in Health Care*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- GOULDNER A.W.**, 1960. The norm of reciprocity : a preliminary statement. *American Sociological Review*, 26, 161-179.
- GRAWITZ M.**, 1990. *Méthodes des sciences sociales. Précis DALLOZ*, 8ème édition, Paris.

- GREEN L., KREUTER M., DEEDS S. et PARTRIDGE K., 1980.** Health Education Planning : a diagnostic approach. Mayfield publishing Co, Palo Alto, CA.
- GREEN L. et RAEBURN J., 1988.** Health Promotion. What is it ? What will it become ? Health Promotion, 3, 151-159.
- GREEN L.W. et KREUTER M.W., 1991.** Health promotion planning : an educational and environmental approach. Mountain view, CA : Mayfield publishing Co.
- GREENFIELD S., KAPLAN S. et WARE J.E., 1985.** Expanding patient involvement in care. Annals of Internal Medicine, 102.
- GRENIER R., 1977.** Etude évaluative d'un programme d'enseignement préopératoire de groupe offert à deux moments différents. Mémoire présenté à la Faculté des Etudes Supérieures en vue de l'obtention de la maîtrise en nursing, Université de Montréal, Faculté de Nursing, octobre.
- GRENIER R., 1985.** Une méthodologie d'enseignement préopératoire qui favorise un rétablissement optimal. Bulletin d'Education du Patient, spécial Stratégies et Méthodes, vol. 4, n° 4.
- HALL J.A., Roter D.L. et Katz N.R., 1987.** Task versus socioemotional behaviors in physicians. Medical Care, 25, pp. 399-412.
- HALLAL J.C., 1982.** The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. Nursing Research, 31, 3, pp. 137-142.
- HAND D.J. et TAYLOR C.C., 1987.** Multivariate analysis of variance and repeated measures. Chapman and Hall, London.
- HART J.D., 1982.** Failure to complete treatment for headaches : a multiple regression analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, pp. 781-782.
- HAYES-BAUTISTA D.E., 1976.** Modifying the treatment : patient compliance, patient control and medical care. Soc. Sci. and Med., vol. 10, pp. 233-238.
- HAYNES R.B., SACKETT D.L., TAYLOR D.W., ROBERTS R.S. et JOHNSON A., 1977.** Manipulation of the therapeutic regimen to improve compliance : conceptions and misconceptions, Clinical Pharmacology and Therapeutics, vol. 22, n° 2, pp. 125-130.
- HAYNES R.B., TAYLOR D.W. et SACKETT D.L., 1979.** Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press, Baltimore, originally edition.
- HAYNES R.B., 1979 (a).** Determinants of compliance : the disease and the mechanics of treatment. In HAYNES R.B., TAYLOR D.W. and SACKETT D.L. (Eds.), Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- HAYNES R.B., 1979 (b).** Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. In HAYNES R.B., TAYLOR D.W. et SACKETT D.L. (Eds.), Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- HAYNES R.B., TAYLOR D.W. et SACKETT D.L., 1981.** Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press, Baltimore, second edition.
- HAYNES R.B., WANG E. et DA MOTA GOMES M., 1987.** A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. Patient Education and Counselling, vol. 10, pp. 155-166.
- HECHT A.B., 1974.** Improving medication compliance by teaching outpatients. News Forum, 13, pp. 112-129.
- HEIBY E.M. and CARLSON J.G., 1986.** The health compliance model. The Journal of Compliance in Health Care, vol. 1, n° 2.
- HEIBY E.M., GAFARIAN C.T. et Mc CANN S., 1989.** Situational and behavioral correlates of compliance to a diabetic regimen. The Journal of Compliance in Health Care, vol. 4, n° 2.
- HEINZELMAN F., 1962.** Factors in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever : an exploratory study. J. Health Hum. Behav., 3, p. 73.
- HENNUY E., 1982.** Apprendre à "désapprendre". Bulletin d'Education du Patient, Hors-série, Sélection 1.
- HENNUY E., 1983.** Informer le patient suffit-il à l'éduquer ? Bulletin d'Education du Patient, n° 1/83, février.

- HERTROUJS A.R.**, 1974. A study of some factors affecting the attendance of patients on a leprosy control scheme. *Int. J. Lepr.*, 42, pp. 419-427.
- HERZLICH C.**, 1969. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Mouton, Paris.
- HIGHBEE M., DUKES G. et BOSSO J.**, 1982. Patient recall of physician's prescription instructions. *Hospital Formulary*, 17, pp. 553-556.
- HOCHBAUM G.M.**, 1956. Why people seek diagnostic X-rays. *Public Health Rep.*, 71
- HOCHBAUM G.M.**, 1956. In HEIBY E.M. et CARLSON J.G., The health compliance model. *The Journal of Compliance in Health Care*, vol. 1, n° 2, 1986.
- HOCHBAUM G.M.**, 1958. Public Participation in Medical Screening Programms. A socio-Psychological Study, Government Printing Office, Washington D.C., 572.
- HOCHBAUM G.M.**, 1980. Patient Counseling Versus Patient Teaching. Aspen Systems Corporation.
- HOGUE C.**, 1979. Nursing and Compliance in HAYNES R.B., TAYLOR D.W. et SACKETT D.L. (Eds.), *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1981 (second edition).
- HOLLAND W.M.**, 1968. The diabetes supplement of the National Health Survey. *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 52, pp. 387-390, 1968.
- HOTYAT F. et DELEPINE D.**, 1973. Dictionnaire encyclopédique de pédagogie moderne, Labor-Nathan, Bruxelles.
- HULKA B., CASSEL J., KUPPER L. et BURDETTE J.**, 1976. Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *Am. Journal of Public Health*, vol. 66, n° 9, Sept. 1976.
- HULL C.**, 1943. Principles of Behavior. East Norwalk, Conn., Lange.
- ILLICH I.**, 1975. Némésis médicale : l'expropriation de la santé, Seuil, Coll. Points, Paris.
- IMS FARMA FEITEN NEFARMA**, 1990. In FRASELLE N., La consommation médicale en Belgique, Academic-Bruylant.
- INUI T.S. et CARTER W.B.**, 1985. Problems and prospects for health services on provider-patient communication. *Medical Care*, 23, pp. 521-538.
- JANIS I.L. et MANN L.**, 1977. Decision making. Free Press, New York.
- JANNE P., REYNAERT C. et al.**, 1986. Déné, anxiété et information préopératoire en chirurgie cardiaque : un malentendu ? *Louvain Médical*, 105.
- JANZ N.K. et BECKER M.H.**, 1984. The Health Belief Model : a decade later. *Health Education Quaterly*, vol. 11 (1), pp. 1-47, Spring.
- JAVAUX et al.**, 1986. L'éducation du malade respiratoire chronique. Analyse des besoins. Centre d'Education du Patient, Mémoire de Nursing, Institut Sainte-Elisabeth, Namur.
- JENKINS B.W.**, 1954. Are Patients true to TID and QID doses ? *Gen. Pract.*, vol. 9, pp. 66-69, June.
- JOHNSON D.A.W.**, 1973. Treatment of depression in general practice. *British Medical Journal*, 2, p. 18.
- JONSEN A.R.**, 1979. Ethical issues in compliance. In HAYNES R.B. et al., *Compliance in Health Care*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- KANFER F.H.**, 1977. The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In STUART R.B. (Ed.), *Behavioral self-management : strategies, techniques and outcomes*, Brunner/Mazel, New York.
- KAPLUN A. et al.**, 1992. Health Promotion and Chronic Illness : discovering a new quality of health, World Health Organization.
- KAROLY P. and DOYLE W.**, 1975. Effects of outcome expectancy and timing of self-monitoring on cigarette smoking. *Journal of Clinical Psychology*, 31, pp. 351-355.

- KASL S.V. et COBB S.**, 1966. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health* 12, pp. 246-266.
- KAUFMANN Ch.**, 1991. Les stades d'acceptation : constellations typiques du processus d'acceptation de la maladie. Actes du Colloque Scientifique de Bobigny, Université Paris-Nord, pp. 7-10, mars.
- KERN D.C. et al.**, 1985. The lasting value of clinical skills. *Journal of American Medical Association*, vol. 254.
- KICKBUSCH I.**, 1992. Enhancing health potential. In **KAPLUN A.**, Health promotion and chronic illness, World Health Organization.
- KIRSCHT J.P.**, 1974. "The health belief model and illness behavior". *Health education monographs*, 2, 387-408.
- KIRSCHT J.P. and ROSENBLOCK I.M.**, 1977. Patient adherence to anti-hypertensive medical regimens. *Journal of Community Health*, 3, pp. 115-124.
- KLINGER M.**, 1981. Relationship between self-health perception and self-reported compliance after hospital discharge following myocardial infarction. Unpublished Master of Science in Nursing Thesis, University of Toronto.
- KNOWLES J.**, 1977. The responsibility of the individual. In *doing better and feeling worse : Health in the United States*. Norton, New York, pp. 57-80.
- KNOWLES H.C.Jr., GUEST G.M., LAMPE J. et al.**, 1967. The course of juvenile diabetes treated with unmeasured diet. Clinical monograph. *Diabetes*, vol. 14, pp. 239-273.
- KOHLER W.**, 1925. The mentality of Apes. Harcourt Brace Jovanovich, San Diego, Californie.
- KORSCH B.M., GOZZI E.K. et FRANCIS V.**, 1968. Gaps in doctor-patient communication : doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42.
- KORSCH B.M. et NEGRETE V.F.**, 1972. Doctor-patient communication. *Scientific American*, 27, pp. 66-74.
- KUEBLER-ROSS**, 1969. In **KAUFMANN C.**, Les stades d'acceptation : constellations typiques du processus d'acceptation de la maladie; leur importance pour l'observance du traitement et l'analyse de la relation soignant-soigné. In Actes du Colloque Scientifique de Bobigny, pp. 7-9, Université Paris-Nord, mars.
- LAFFONDE L. et FONTAINE R.**, 1986. Mieux comprendre son anxiété et celle de ses proches. Ed. J.M.L., St-Hyacinthe.
- LALONDE M.**, 1974. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social, Ottawa.
- LANE D.S.**, 1978. Patient Education in the Community Hospital. *Journal of Biocommunication*, vol. 5.
- LASAGNA L.**, 1973. Fault and default (editorial). *N. Engl. J. Med.*, 289, pp. 267-268.
- LATIOLAIS C.J. and BERRY C.C.**, 1969. Misuse of prescription medications by outpatients. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 3, pp. 270-277.
- LAU R.R.**, 1988. Beliefs about control and health behavior. In **GOCHMAN D.S.**, *Health Behavior : emerging research perspectives*, Plenum Press, New York.
- LAVENDHOMME E. et DECCACHE A.**, 1986. Pour une conception dynamique de l'évaluation des attitudes en éducation du patient. *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 5, n° 2, juin.
- LAVENDHOMME E., GODDING V. et DECCACHE A.**, 1987. Education de l'enfant asthmatique, effet d'une éducation en duo sur la capacité de prise en charge du traitement. Poster, 6ème Congrès de la Société Européenne de Pneumologie, Amsterdam, septembre.
- LAWRENCE P.R. and LORSCH J.W.**, 1973. Organization and environment managing : differentiation and integration. Harvard Business School (Trad. Fran. Ed. d'Organisation, Paris).
- LAZARUS R.S.**, 1992. Coping with the stress of illness. In **KAPLUN A.**, Health promotion and chronic illness, World Health Organization.
- LECLERCQ D. et al.**, 1987. Vouloir, savoir,... se voir, choisir et pouvoir. *HYGIE*, vol. 7, 2/87.

- LEFCOURT H., 1966. Internal versus external control of reinforcement : a review. *Psychological Bulletin*, 65, pp. 206-220.
- LERICHE R., 1985. Chirurgie de la douleur in DOMBRET-KLINKENBERG, Pour une pédagogie de la Santé, mémoire FOPES-UCL, Louvain-La-Neuve.
- LEROY X., 1991. "Sociologie des institutions". Notes de lectures et de cours, UCL, EDUS Mod. 11, Bruxelles.
- LEVENTHAL H., 1970. Findings and theory in the study of fear communications. In BERKOWITZ L. (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology*, vol. 5, pp. 119-186, Academic Press, New York.
- LEVENTHAL H. et CLEARY P., 1980. The smoking problem : a review of the research and theory in behavioral risk reduction. *Psychol. Bull.*, 88, pp. 370-405.
- LEVENTHAL H. et NERENZ D., 1983. A model for stress research and some implications for the control of stress disorder. In MEICHENBAUM D., JAREMKO M. (Eds.), *Stress Prevention and Management : a Cognitive Behavioral Approach*, Plenum, New York.
- LEVENTHAL H. et CAMERON L., 1987. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, pp. 117-138.
- LEVINE D., GREEN et al., 1979. Health education for hypertensive patients. *J. Am. Med. Ass.*, 241, 1700.
- LEVY R.C., YAMASHITA D. et POW G., 1979. The relationship on an overt commitment to the frequency and speed of compliance with symptom reporting. *Medical Care*, 17, pp. 281-284.
- LEVY R.L., 1983. Social support and compliance : a selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement. *Social Sciences Medic.*, vol. 17, n° 18, pp. 1329-1338.
- LEVY R.L., 1986. Social support and Compliance : salient methodological problems in compliance research. *The Journal of Compliance in Health Care*, vol. 1, n° 2.
- LEWIN K., 1935. A dynamic theory of personality. Mc GRAW-HILL, London, New York.
- LEWIN K., 1953. Studies in group decision. In CARTWRIGHT D. et ZANDER A. (Eds.), *Group dynamics : research and theory*. Evanston I.L. : Row, Peterson.
- LEY P., 1977. "Psychological Studies of Doctor-Patient Communication". ROCHMAN S. (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, vol. 1, Oxford.
- LEY P., 1982. Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, pp. 241-254.
- LICHTENSTEIN E., 1971. Modification of smoking behavior : good designs, ineffective treatments. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 36, pp. 163-166.
- LINDELL S.G. et ROSSI M.A., 1986. Compliance with childbirth education classes in second stage labor. *Birth*, 13, pp. 96-99.
- LIPMAN R.S. et al., 1965. Neurotics who fail to take their drugs. *Brit. J. Psychiat.*, 111, 1043-1049, Nov.
- MAC CLELLAN W. , 1986. Patient Education in Medical Practice : the physician and patient education : a review. *Patient Education and Counseling*, vol. 8, n° 2, juin.
- MAC GUIRE W.J., 1980. The communication-persuasion model and health-risk labelling, in MORRIS L.A., MAZIS M.B. et BAROFISKY I. (Eds.), *Product Labelling and Health Risks*, pp. 99-122, Banbury, New York.
- MAIER S.F. and SELIGMAN M.E., 1976. Learned helplessness : theory and evidence. *Journal of experimental Psychology*, 105, pp. 3-46.
- MALICE A., DECCACHE A. et LIBION F., 1991. Analyse des besoins des patients de la Maison Médicale de Barvaux et perceptions et attentes des patients concernant la Maison Médicale, les soignants et leur santé. Rapport du Centre d'Education du Patient, mars.
- MANSTEAD A. SR., PROFFITT C. et SMART J.L., 1983. Prediction and understanding mother's infant-feeding intentions and behavior : testing the theory of reasoned action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, pp. 657-671.

- MARSHALL H. et al.**, 1975. Sociobehavioral Determinants of Compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, vol. VIII, n° 1, Jan.
- MARSTON M.V.**, 1970. Compliance with medical regimens : a review of the literature. *Nursing Research*, 10, pp. 312-323.
- MARTIN J.E. et DUBBERT P.M.**, 1986. Exercise and health : the adherence problem. *Behavioral Medicine Update*, 4, pp. 16-24.
- MASUR F.T.**, 1981. Adherence to health care regimens. In **PROKOP C.K. et BRADLEY L.A.**, *Medical Psychology : contributions to behavioral medicine*, pp. 441-470, Academic Press, New York.
- Mc CORD M.A.**, 1986. Compliance : self care or compromise ? *Topics in Clinical Nursing*, 7, 4, pp. 1-8.
- Mc LEROY K.R., STECKLER A.B., SIMONS-MORTON B., GOODMAN R.M., GOTTLIEB N. and BURDINE J.N.**, 1993. Social Science theory in health education : time for a new model ? *Health Education Research*, summer.
- MEICHENBAUM D. et TURK D.C.**, 1987. *Facilitating Treatment Adherence*. Plenum Press. New York.
- MERCIER M.**, 1987. Sciences politiques et aspects psychosociaux des politiques de santé. *Journées d'Etudes sur les Politiques en Matière de Santé en Belgique*, FNDP, Namur, oct.
- MERCIER M. et DELVILLE J.**, 1988. Aspects psychosociaux en Education pour la Santé. De Boeck Université, collection Savoirs et Santé, Bruxelles.
- MILLER P., WIKOFF R.L., Mc MAHON M., GARRETT M.J. et RINGEL K.**, 1984. Indicators of medical regimen adherence for myocardial infarction patients. *Nursing Research*, 34, 5, pp. 268-272.
- MILZ H.**, 1985. *Die ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit*. Athenäum, Königstein, p. 148.
- MORISKY D.E., GREEN L.W. et LEVINE D.M.**, 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, pp. 67-74.
- MORROW R. et RABIN D.**, 1966. Reliability in self-medication with isoniazid. *Clin. Rest.*, vol. 14, p. 362.
- MOSSIAT F., DECCACHE A. et LIBION F.**, 1991. Synthèse des recherches sur l'adhésion aux traitements : B. Déterminants de la compliance. Rapport, Centre d'Education du Patient, septembre.
- NATIONAL HEALTH SURVEY**, 1988. In **HOLLAND W.M.**, 1968, *The diabetes supplement of the National Health Survey*. *J. Am. Diet. Ass.*, vol. 52, pp. 387-390.
- NAVARRO V.**, 1976. *Medicine under capitalism*. Prodist, New York.
- NELSON A., GOLD B., HUTCHINSON R. et BENEZRU E.**, 1975. Drug default among schizophrenic patients. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 32, pp. 1237-1242.
- NESSMAN D.G., CARNAHAN J.E. et NUGENT C.A.**, 1980. Increasing compliance : patient-operated hypertension groups. *Archives of Internal Medicine*, 140, pp. 1427-1430.
- NIETZSCHE F.**, 1886. *The Joyful Wisdom* (English version published in 1910 of *Die fröhliche Wissenschaft*). T.N. Foulis, Edimburg/London.
- O.M.S.**. Définition de la Santé, Déclaration d'Alma Ata, 1946.
- OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION**, 1986. First International Conference of Health Promotion. In *Health Promotion*, 1, 4, pp. 405-464. Ottawa, November.
- OLDRIDGE N.B.**, 1982. Compliance and exercise in primary and secondary prevention of coronary heart disease : a review. *Preventive Medicine*, 1, pp. 56-70.
- PAQUAY L.**, 1985. *Méthodologie générale*. Notes de cours, Unité d'Education pour la Santé, UCL, Bruxelles.
- PARSONS T.**, 1951. *The Social System*. The Free Press, Glencoe, IL. and New York.
- PARSONS T.**, 1961. *Theories of Society*, The Free Press of Glencoe Inc., vol. 1, pp. 36-37, New York.
- PARSONS T.**, 1969. *Research with human subjects and the professional complex*. Daedalus, New York.

- PASCAL B.** In GLANZ K., LEWIS F.M. et RIMER B.K. (Eds.), Health behavior and health education, theory research and practice, 1990.
- PAVLOV I.**, 1927. Conditioned reflexes. Oxford University Press, Oxford.
- PECK C.L. et KING N.J.**, 1982. Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 248, pp. 2874-2877.
- PENDER N.J.**, 1982. Health promotion in nursing practice. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Conn.
- PODELL R.N. et GARY L.R.**, 1976. Compliance : a problem in medical management. *American Family Physician*, 13, pp. 74-80.
- POOL J.J.**, 1979. Hospital organisation and patient behaviour. Part III : the determinant of therapeutic behaviour (Report). Department of Social Psychology, Free University, Amsterdam.
- POOL J.J.**, 1983. Social therapeutic behaviour of nurses : Report of research and intervention (Thesis). Bookshop/Publishing House, Free University, Amsterdam.
- PORTER A.M.**, 1969. Drug defaulting in a general practice. *Br. Med. J.*, 1, pp. 218-222.
- POURTOIS J.P. et DESMET H.**, 1988. Epistémologie et instrumentation en sciences humaines, Mardaga P. (Ed.), Liège.
- PRATT L.A. et al.**, 1957. Physician's view on the level of medical information among patients. *American Journal of Public Health*, 47.
- RAWSON D. et GRIGG C.**, 1988. Purpose and Practice in Health Education. The training and development needs of HEOs. HEA/South Bank Polytechnic, London.
- REDMAN B.K.**, 1984. The Process of Patient Education (5th edition). The C.V. Mosby Company, Saint-Louis, USA.
- REDMAN B.K.**, 1988. The Process of Patient Education (6th edition). The C.V. Mosby Company, Saint-Louis, USA.
- REGINSTER B.**, 1991. Etude de l'éducation de l'enfant asthmatique à l'auto-gestion de sa maladie : synthèse de l'évaluation du vidéogramme "à pleins poumons". Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licence en sciences médico-sociales et hospitalières, option Education pour la Santé, UCL, Faculté de Médecine, Louvain-en-Woluwe.
- REGINSTER G. et LECLERCQ D.**, 1985. Une taxonomie de la prévention dans le domaine de la santé. In "Archives Belges de Médecine Sociale", vol. 43, n° 3-4, pp. 137-143, Bruxelles.
- REGISTER C.**, 1992. Living with chronic illness : days of Patience and Passion. Bantam paperback edition, June.
- RENARD C. et DECCACHE A.**, 1993. Projet interhospitalier "Adhésion" : fondements et méthode d'analyse de contexte. Guide d'analyse, Centre d'Education du Patient, octobre.
- RICHARD M.**, 1988. Etude de l'influence de différentes variables sur la fidélité du ponté coronarien au traitement prescrit. Mémoire en Maîtrise en Sciences en sciences infirmières, Université de Montréal, janvier.
- ROBERT P.**, 1976. Dictionnaire alphabétique et analogique de la Langue Française. Société du Nouveau Littre -LE ROBERT, 7 volumes, Paris.
- RODIN J.**, 1986. Aging and health : effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- ROSA ROSSO N.**, 1986. Médicaments. CRIOC, Bruxelles.
- ROSENSTOCK I.M.**, 1960. What research in motivation suggests for public health. *Am. J. Public Health*, 50, pp. 295-302, March.
- ROSENSTOCK I.M.**, 1966. Why people use health services. *Milbank Mem. Fund.*, Q44, pp. 94-124.
- ROSENSTOCK I.**, 1974. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, pp. 354-386.
- ROSENSTOCK I.M.**, 1985. Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8, pp. 610-616.

- ROSENTHAL B., ALLEN C.S. et WINTER C.**, 1980. Husband involvement in the behavioral treatment of overweight women : initial effects and long term follow-up. *Int. J. Obes.*, 4, pp. 165-175.
- ROTTER D.L.**, 1983. Physician/Patient Communication : Transmission of Information and Patient Effects. *Maryland State Medical Journal*, vol. 32, n° 4, April.
- ROTTER D.L. et HALL J.A.**, 1989. Studies of Doctor-Patient interaction. *Annual Review of Public Health*, 10, pp. 163-180.
- ROTTER D.L. et HALL J.A.**, 1991. Health education theory : an application to the process of patient-provider communication. *Health Education Research, Theory and Practice*, vol. 6, n° 2, pp. 185-193.
- ROTH J.A.**, 1963. Information and the control of treatment in tuberculosis hospitals. In **FREIDSON E.** : *The hospital in modern society*. Free Press, Glencoe.
- ROTTER J.B.**, 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole n° 609).
- ROTTER J.B., CHANCE J.E. and PHARES E.J.**, 1972. Applications of a social learning theory of personality. Holt, Rinehart et Winston Inc., New York.
- RUTKOWSKY B.C.**, 1982. The nurse : also an educator, patient advocate and counselor. *Nursing Clinic North American*, 17, 3, pp. 455-466.
- SACKETT D.L.**, 1976. Introduction, in **SACKETT D.L. et HAYNES R.B.**, *Compliance with therapeutic regimens*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1981.
- SACKETT D.L. and HAYNES B.H.**, 1976. *Compliance with therapeutic regimens*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- SACKETT D.L. et SNOW J.C.**, 1979. The magnitude of compliance and non compliance, in **HAYNES R.B., TAYLOR D.W. et SACKETT D.L.**, *Compliance in health care*, pp. 11-22, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- SAINT-AMAND F.**, 1985. Le fonctionnement d'un comité d'éducation du patient. *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 4, n° 4.
- SAINT-AMAND F.**, 1986. L'information du malade : qu'en pensent les infirmières ? *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 5, n° 1, mars.
- SAINT-AMAND F.**, 1987. Des fiches d'information pour examens radiologiques. *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 6, n° 3, septembre.
- SAYEKI Y.**, 1972. "Allocation of importance : an axiom-system". *Journal of Mathematical Psychology*, 9, pp. 55-65.
- SCHIFTER D.E. et AJZEN I.**, 1985. Intention, perceived control and weight loss : an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, pp. 843-851.
- SCHLENKER B.R.**, 1976. "Social psychology and science : another look". *Personality and Social Psychology, Bulletin* 2, pp. 384-390.
- SCHOEVAERDTS J.C.**, 1984. L'information pré-opératoire : contacts humains et plan d'enseignement. *Bulletin d'Education du Patient*, n° 2/84, mai.
- SCHOONVAERE A.**, 1983. Ces examens qui font peur. *Bulletin d'Education du Patient*, n° 2/83, juin.
- SCHOOR D. et RODIN J.**, 1984. Motivation to control one's environment in individuals with obsessive-compulsive, depressive and normal personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp. 1148-1161.
- SCHUURMAN J.H. et DE HAES W.F.M.**, 1979. Also patient education is a form of health education. *Medical Contact*, vol. 23.
- SEEMAN M. et SEEMAN T.**, 1983. Health behavior and personal autonomy : a longitudinal study of the sense of control in illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 144-160.
- SHERER M., MADDUX J.E., MERCANDANTE B., PRENTICE-DUNN S., JACOBS B. et ROGERS R.W.**, 1982. The self-efficacy scale : construction and validation. *Psychological Reports*, 51, pp. 663-671.

- SIGERIST H.E.**, 1946. The University at the crossroads. Schuman, New York.
- SKINNER B.F.**, 1938. The behavior of organisms. East Norwalk, Conn., Appleton and Lange.
- SMEETS F.**, 1985. Education du bronchoemphysémateux à son handicap. Actes du Colloque, Bulletin d'Education du Patient, vol. 4, n° 4, décembre.
- SMEETS F.**, 1987. L'insuffisant respiratoire : Prisonnier de sa maladie ? Bulletin d'Education du Patient, vol. 6, n° 4, déc.
- SPEERS A.M. et TURK D.C.**, 1981. Diabetes self-care : Knowledge, beliefs, motivation and action. Patient Education Counseling, 3, 4, pp. 145-149.
- STEUART G.**, 1965. Health, behavior and planned change : An approach to the professional preparation of the health education specialist. Health Education Monographs.
- STEWART R.B. et CLUFF L.E.**, 1972. A review of medication errors and compliance in ambulant patients. Clinical Pharmacology and Therapeutics, vol. 13, n° 4, July-August.
- STIMSON G.V.**, 1974. Obeying doctor's orders : a view from the other side. Social Science and Medicine, 8, pp. 97-104.
- STOETZEL J.**, 1971. Les sondages d'opinion publique. Presses Universitaires de France, Paris.
- STOKOLS D.**, 1975. The reduction of cardiovascular risk : an application of social learning perspectives. In applying behavioral science to cardiovascular risk. American Heart Association, pp. 133-146 (Edited by ENELOW A.J. and HENDERSON J.B.).
- STONE G.C.**, 1979. Patient compliance and the role of the expert. Journal of Social Issues, 35, pp. 34-59.
- STRAUB-KRAEMER Ch. et LAMBELIN A.**, 1983. Limites sociales à l'autonomie liées au médecin et au malade. Krankenpflege, Soins infirmiers, n° 10.
- STRETCHER V., DE VELLIS B., BECKER M. et ROSENSTOCK I.**, 1986. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly, 13, pp. 73-91.
- STRICKLAND B.**, 1978. Internal-external expectancies and health related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, pp. 1192-1211.
- STUFFLEBEAM D.L. et al.**, 1980. L'évaluation en éducation et la prise de décision. Ed. NHP, Victoriaville, Canada.
- STUNKARD A.J.**, 1975. From explanation to action in psychosomatic medicine : the case of obesity. Psychosomatic Medicine, 37, 195-236.
- SVARSTAD B.L.**, 1976. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice, pp. 220-238, in MECHANIC D. (Ed.) : The Growth of Bureaucratic Medicine, Wiley, New York.
- SZASZ T.R.S. et HOLLENDER M.H.**, 1956. A contribution to the philosophy of medicine : the basic models of the doctor-patient relationship. Archives of Internal Medicine, n° 97, pp. 585-592.
- TAYLOR C.B., AGRAS W.S., SCHNEIDER J.A. et ALLEN R.A.**, 1983. Adherence to instructions to practice relaxation exercises. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, pp. 952-953.
- TAYLOR S.E., LICHTMAN R.R. et WOOD J.V.**, 1984. Compliance with chemotherapy among breast cancer patients. Health Psychology, 3, 553-562.
- TAYLOR V.**, 1990. Health education - a theoretical mapping. Health Education Journal, vol. 49, n° 1.
- TEBBI C.K., CUMMINGS K.M., ZEVEON M.A., SMITH L., RICHARDS M. et MALLON J.**, 1986. Compliance of pediatric and adolescent cancer patients. Cancer, 58, pp. 1179-1184.
- THORNDIKE E.L.**, 1898. "Animal intelligence : an experimental study of the associative processes in animals". Psychological Monographs, 2.
- TRIANDIS H.C.**, 1977. Interpersonal behavior. Brookd/Cole, Monterey, CA.
- VAN CAMPEN C. et SLUIJS E.M.**, 1989. Bibliography, Patient compliance : a survey of review (1979-1989). Netherlands Institute of primary health care, NIVEL, n° 21, Utrecht.

- VETTER H., RAMSEY L.E., LUSCHER T.F., SCHREY A. et VETTER W., 1985. Symposium on compliance - improving strategies in hypertension. *Journal of Hypertension Supplement*, 3, pp. 1-99.
- VINCENT P., 1971. Factors influencing patient non compliance : a theoretical approach. *Nursing Research*, 20, pp. 509-516.
- VISSER A.Ph., 1984. The experience of patients during they stay in a general hospital. Thesis, Free University, Amsterdam.
- VISSER A.Ph., 1985. Patient Education in Dutch Hospitals. *Patient Education and Counseling*, vol. 6, n° 4.
- VON GLASERSFELD E., 1988. Introduction à un constructivisme radical. In : WATZLAWICK P., "L'invention de la réalité, contribution au constructivisme". Ed. du Seuil.
- WAITZKIN H. et STOECKLE J.D., 1972. The Communication of Information about Illness : Clinical, Sociological and Methodological Considerations. *Adv. Psychosom. Med.*, vol. 8, Kaeger, Basel.
- WAITZKIN H., 1984. Doctor-patient communication : clinical implications of social scientific research. *Journal of American Medical Association*, 252.
- WALLSTON B.S., WALLSTON K.A., KAPLAN G.D. and MAIDES S.A., 1976. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 44, pp. 580-585.
- WALLSTON K. et WALLSTON B., 1978 (a). Locus of control and health : a review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, pp. 107-117.
- WALLSTON K., WALLSTON B. et DE VELLIS R., 1978 (b). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (M.H.L.C.) Scales. *Health Education Monographs*, vol. 6, n° 2, pp. 160-170.
- WALLSTON K. et WALLSTON B., 1981. Health locus of control scales. In LEFCOURT H. (Ed.), *Research with the Locus of Control Construct*. Academic Press, New York, vol. 1, pp. 189-243.
- WALLSTON K.A. and WALLSTON B.S., 1982. Who is responsible for your health ? The Construct of Health Locus of Control, in Sanders G.S. and Suls J. (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdale N.J., LEA, pp. 65-95.
- WALSH J.M.E. and Mc PHEE S.J., 1992. A systems model of clinical preventive care : an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Education Quarterly*, vol. 19 (2), pp. 157-175, summer.
- WARE J.E.Jr., SNYDER M.K., WRIGHT W.R. et DAVIES A.R., 1983. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, pp. 247-263.
- WATKINS J.D., ROBERTS D.E., WILLIAMS T.F., MARTIN D.A. et COYLE I.V., 1967. Observation of medication errors made by diabetic patients in the home. *Diabetes*, 16, 882-885.
- WATSON J.B., 1925. *Behaviorism*. Norton, New York.
- WATTS F.N., 1980. Behavioral aspects of the management of diabetes mellitus : Education, self-care and metabolic control. *Behavioral Research Therapy*, vol. 18, p. 171.
- WECHSLER H. et al., 1983. The physician's role in health promotion : a survey of primary care practionners. *New England Journal of Medicine*, 308.
- WEINBERG R.S., HUGHES H.H., CRITELLI J.W., ENGLAND R. et JACKSON A., 1984. Effects of preexisting and manipulated self-efficacy or weight loss in a self-control program. *Journal of Research in Personality*, 18, pp. 352-358.
- WEINER B., 1972. *Theories of motivation*. Markham, Chicago.
- WHITCHER-ALAGNA S., 1983. Receiving medical help : a psychosocial perspective on patient reactions. In A. NADLER, J.D. FISHER et B.M. DE PAULO (Eds.), *New directions in helping*, Academic Press, New York.
- WHITTINGTON C. et HOLLAND R., 1985. A Framework for Theory in Social Work, in *Social Work Education*, summer.
- WOOLEY S.C., BLACKWELL B. and WINGET C., 1978. A learning theory model of chronic illness behavior : theory, treatment and research. *Psychosom. Med.*, 40, pp. 379-401.
- WURTULE S.K., GALANOS A.N. et ROBERTS M.C., 1980. Increasing return compliance in a tuberculosis detection drive. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, pp. 311-318. KANFER F.H., 1977. The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In STUART R.B. (Ed.), *Behavioral self-management : strategies, techniques and outcomes*, Brunner/Mazel, New York.

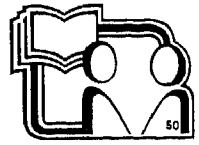
ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- IV.1 Grille d'entretien avec les équipes de soins
(Analyse de contexte)
- IV.2 Questionnaire coordinateur
- IV.3 Grille de dépouillement (analyse de contexte)
- IV.4 Fiche soignant pré-test
- IV.5 Exemple de questionnaire patient prétest
- IV.6 Grille de codage questionnaire patient prétest
- IV.7 Liste complète des facteurs "patient" opérationnalisés
- IV.8 Guide explicatif des transformations et traitements des données
- IV.9 Liste des facteurs retenus (et transformés) pour l'analyse factorielle des correspondances
- IV.10 Tables de synthèse des résultats par facteur

ANNEXE IV.1

Grille d'entretien avec les équipes de soins
(Analyse de contexte)



- Agréée par le Ministère de la santé.
A.M. 8.11.88
- Membre de
L'International Patient Education Council.
- Editeur du
Bulletin d'Education du Patient.

Grille d'analyse de Contexte (Entretien)

Hôpital :

A. Niveau Institutionnel

1. Caractéristiques dans le système institutionnel

- a) type de transactions - interactions (intra service,
inter services et entre les soignés-soignants)
 - mode hiérarchique
 - mode participatif (comment cela se passe)
 - mode de prise de décisions
 - mode d'interactions
 - souples (spontanéité dans les interactions)
 - rigides

2. Capacités du système à changer

- existence de projets éducationnels ou autres dans le passé
- périodes programmées d'évaluation du travail
- processus de définition d'un projet de service
- processus de formation interne
- intérêt pour la nouveauté
- changements opérés dans le fonctionnement depuis +/- 5 ans
- type de méthodes éducatives utilisées
- encouragement vers des formations extérieures

3. Mode de gestion

- gestion financière : centralisée/décentralisée,
hiérarchique ou participative
ex.: budget autonome ou budget centralisé
choix des dépenses ou pas
- mode de communication - transmission d'informations
 - structuré non structuré
 - à sens unique
 - échanges souhaités, autorisés, admis
 - avis sollicités
- prise de décisions dans la gestion du service
 - hiérarchique ou participatif
 - structure du service
 - processus d'engagement

4. Relations Unité de soins - Institution

- conflits de loyauté --> règles de fonctionnement
- > tensions

B. Niveau opérationnel

Relatif aux soignants

a) Modèle de Santé

1. Explication causale de la pathologie

- organique
- relationnelle
- complexe

2. Mode d'approche de la pathologie

- traitement | généralisé (standard) ou singulier
- prévention

3. Rôle des professionnels de santé

- partage des tâches
- partage des responsabilités
- travail d'équipe ou individualisé

4. Type de relation avec l'environnement

- démarche centrifuge ou centripète
- système ouvert sur l'extérieur (acceptation de stagiaires)

5. Compétences dans le service

- médecins, infirmières, diététiciennes,...
- psychologue
- processus de formation continuée

b) Modèle éducationnel

1. Concernant le projet éducatif en lui même

- quelle est la signification du projet éducatif ?
 - les motivations du projet
 - conception de l'éducation
- sa pertinence
 - cohérence interne et externe
- son opportunité (utilité)

2. Contenu des activités éducatives

- activités sont-elles dirigées vers une augmentation
 - du savoir
 - du savoir faire
 - du savoir être
 - du savoir devenir

3. Les intervenants

- qui participe au processus éducatif ?
 - a) les professionnels de santé
 - place pour les psychologues
 - b) la place laissée à la famille
 - champ de négociations
 - champ de décisions
 - en terme d'informations

4. Choix du contenu éducatif

- **qui choisit, détermine les contenus éducatifs ?**
- qui applique ces contenus ?
- qui les évalue ?
- qui détermine la structure des activités éducatives ?

5. Vécu du Patient

- quelle est la part laissée au patient
 - par rapport à son vécu
 - par rapport à son expérience
 - par rapport à sa conception de la vie (son idéologie)

6. Sélection des patients

- existe-t-il des critères de sélection des patients soumis au processus éducatif ?
 - ex: pathologie, âge, nationalité, ...

7. Type de méthode éducative

- activités éducatives - actives (dirigées vers contenu, semi dirigées, libre)
 - passives

ANNEXE IV.2

Questionnaire Coordinateur

CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT a.s.b.l.



- Agréée par le Ministère de la santé.
A.M. 8.11.88
- Membre de
L'International Patient Education Council.
- Editeur du
Bulletin d'Education du Patient.

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE CONTEXTE PAR LE COORDINATEUR.

1. Quel est le service intéressé par le projet ADHESION ?
2. Quels sont les objectifs que vous poursuivez en tant que coordinateur dans le cadre de ce projet ?
3. Quelles sont les activités éducatives réalisées actuellement au sein de ce service ?
4. Quel est le public cible bénéficiant de ces activités ?
(Pathologie, âge,...)
5. Qui est à l'initiative de ces activités ?
6. Depuis quand ces activités sont-elles implantées dans l'institution hospitalière ?
7. Ses activités sont-elles commanditées ou soutenues officiellement par l'institution ?
8. Pourquoi ces activités ? Quel(s) problème(s) pratique(s) voulez-vous résoudre ? Concrètement ?
9. Qui organise ses activités au sein de l'institution ?
10. Quels sont les moyens éducatifs utilisés ?
(brochure, dépliant, diaporama, vidéogramme, exposé oral, séances de groupe, autre à préciser)
11. Comment les moyens sont-ils utilisés ? A quelle fréquence ?
12. Comment les activités éducatives sont-elles organisées ?
13. Sur quoi porte l'évaluation de ces activités ?
(comportements, attitudes, connaissances, méthodes éducatives, outils d'information,...)
14. Quels sont les objectifs de cette évaluation ?
(mesurer l'évolution des habitudes, savoir si l'action est efficace,...)
15. Quels outils d'évaluation sont utilisés ?
(questionnaire, grille d'observation, guide d'interview, mesures physiologiques, tests psychologiques,...)

16. Quel est le dispositif expérimental utilisé ?
- groupe avec prétest, éducation, posttest
 - 2 groupes comparables
 - 1) avec prétest, éducation et posttest pour le premier,
 - 2) avec prétest et posttest pour le second
 - 1 groupe avec analyse des besoins, prétest, éducation et posttest
 - 1 groupe avec éducation et posttest
- Autre à préciser :
17. Quelle(s) est(sont) la(les) méthode(s) d'analyse utilisée(s) ?
(comparaison prétest - posttest, comparaison expérimental - contrôle, analyse de contenu, étude de corrélation, description des résultats,...)
18. Quelle est votre place en qualité de coordinateur dans le processus d'évaluation ?

PAR RAPPORT AU PROJET ADHESION AUX COMPORTEMENTS PRESCRITS DE SANTE :

19. Qu'attendez-vous de votre participation au projet ?
20. Ce nouveau projet s'intègre-t-il dans les activités existantes ou les remplace-t-il ?
Précisez comment ? En quoi ?
21. Quelle est votre place en qualité de coordinateur en Education du Patient au sein de ce projet ?
22. Comment pensez-vous que s'effectuera la coordination du projet ?
23. Quelles sont les questions que vous vous posez concernant ce projet, sa faisabilité au sein de votre institution ?

ANNEXE IV.3

Grille de dépouillement
(Analyse de contexte)

tableau récapitulatif / grille de dépouillement anacontxt
FACTEURS DE CONTEXTE EDUCATIF ET ORGANISATIONNEL.

INSTITUTION	CODE	SERVICE	nb:

I AXE EDUCATIF / IDEOLOGIQUE de l'unité	
A MODELE DE SANTE	
A1 Explication causale de la maladie	organique complexe
A2 Impact de la maladie	individuel individ, familial social
A3 Rôles thérapeutiques	médecin-infirmier groupe multiprofess équipe soins
A4 Type de prise en charge	curatif cur. & préventif promotion de santé
A5 Contexte/étendue des soins	hôpital seul hôpital & lieu de vie
B MODELE EDUCATIF	
B1 Nature du savoir (contenu de l'éducation)	théorique (maladie & traitement) théo & pratique (mal & trait)
B2 Objectifs éducatifs	transmission de savoir acquisition de compétences
B3 Acteurs	duo soignant-patient soignants-patient-famille
B4 Type de contenu	généraliste (commun à tous les patients) commun & personnalisé
B5 Programmation (contenu de l'éducation)	thèmes indépendants (par sujet) intégrée (relation entre thèmes)
B6 Utilisation du savoir sur la compliance	adapter l'éducation au patient aider le patient à comprendre sa compl
B7 Lieu de définition des objectifs	soignants patients & soignants
C MODELE EXPLICATIF DE LA COMPLIANCE	
sur analyse des documents	classer selon tableau des modèles biomedcomu.....HCM.....autoef.....HBM.....DE.....MPCS.....intégr du plus simple au plus complet du plus objectiviste au plus subjectiviste
NB: si aucun modèle apparent, lister les princip. catég. de facteurs pris en compte:	FAC.PATIENT: anxiété, savoir maladie, savoir traitt, savoir faire prat., motivation, autoeff, HLC, perceptions du traitt, sentimt menace (risques), sup.soc familial, sup.soc soignants, perc. bénéféc du trt, perc.inconvén.trt, complexité trt, vécu trt et compl., FACT.INTERACTION: satisfac pat., compréhensibil éduc., accord mutuel, rôle soignants, attentes pat,
D MODELE D'EDUCATION POUR LA SANTE	
D1 But principal de l'Education	conformisme autonomie choix éclairé réorganisation de l'envir.
D2 Méthodes éducatives favorisées: plusieurs possibles simultanément:	prescriptives didactiques participatives trav. communautaire (enseignement) (ens.+ T.P.) (apprentissage) (éduc.+ action soc)
D3 responsabilité du pat (v-à-v de la santé)	totale étendue limitée
D4 Définition de la maladie, du problème = produit de:	agent externe erreurs de comportement causes sociales
D5 Savoir scientifique pris en compte	Objectif (médical) subjectif (vécu pat.) object & subject surtout surtout à égalité
D6 Type de changement visé ds projet éduc. En Hôpit, il est toujours "par régulation":	par régulation radical
E Type dominant de relation de soins	
E1 Typologie de Szaz et Hollender plusieurs types possibles simultanément:	SOIGNANT <----- centrage sur -----> PATIENT actif/passiv direc/coopér participation passif/actif

II AXE ORGANISATIONNEL de l'unité de soins			
1 FONCTIONNEMENT STRUCTUREL			
F Analyse contingente (Lawrence & Lorsch)	mesure le degré de performance		
F1 Existence et opérationnalisation plan global de soins	existence		absence
F2 Définit. <u>commune</u> d'objectifs-soins pour l'unité par les opérateurs	totale	partielle	absence
F3 Définit. <u>commune</u> d'objectifs-soins pour le patient par mes opérateurs	totale	partielle	absence
F4 Place de l'évaluation globale des activités-soins ds l'unité	existence prioritaire	existence secondaire	absence
F5 Niveau de circulation d'informations sur les compétences spécifiques de chacun	permanente	régulière	occasionnelle très rareabsence
F6 Perception des différences de compétences comme des potentialités (et non des freins)	oui		non
F7 Possibilité d'intégration des compétences individuelles spécifiques dans les activités de l'unité.	facile	difficile	impossible
F8 Intégration des compétences/ressources dans objectifs-soins	oui, explicitement	oui, implicitement	non
F9 Prise en compte des compétences spécifiques (en plus des fonctions officielles) dans les prises de décision	oui, explicitement	oui, implicitement	non
F10 Prise en compte des limites de compétences dans décisions	oui, explicitement	oui, implicitement	non
F11 Intégration du temps aux compétences (prise en compte de l'évolution des compétences)	oui, explicitement	oui, implicitement	non
F12 Recherche volontaire de cohérence ds prise en charge (médic/infirm/diétét/kiné/..)	permanente	régulière	occasionnelle très rareabsence
F13 Circulation d'information sur objectifs de l'unité de soins	oui, structurée	oui, non structurée	non
F14 Incitation à l'acquisition de compétences individuelles	oui, explicitement	oui, implicitement	non bloquer
F15 Incitation à l'acquisition de compétences de groupe (travail commun)	oui, explicitement	oui, implicitement	non bloquer
G Mode organisationnel (typologie d'Enriquez)			
G1 Philosophie de base	place de l'"homme":	abstraction	poste de travail compétences techniques membre du système
G2 Type de structure		pyramide	coopération obligée fédération
G3 Mode de contrôle		arbitraire	hiérarchique s/compétences s/objectif
G4 Type de liens entre personnes		soumission affective	liens fonctionnels partage de savoir et compétences
G5 Qualification		loyauté diplôme	compétences comp.profess & perso
G6 Mode d'embauche		empirique	s/défin de poste s/capac de progress
G Mode de promotion		loyauté	règles fixes compétences ptentiel indiv
G Mode de rémunération		arbitraire	barème s/compétences performance
G Critères d'évaluation du personnel		qualités personnelles	comportements requis compétences acquises performance
G Mode de formation		sur le tas	technique corr.erreurs préalable à fonction individuelle augm.potentiel
G Mode d'évaluation		absent	quantitative par poste s/degré d'expertise permanente

2 CAPACITE DE CHANGEMENT (typo de Parsons)					
H Fonction de stabilité normative					
H1 Sentiment d'appartenance au service (niveau d'intensité)		Fort	moyen	faible	
H2 Efforts des membres pour maintenir le système dans son fonctionnement		Importants	moyens	nuls	
H3 Participation à l'élaboration des normes de fonctionnement		oui, explicitement	oui, implicitement	non	
I Fonction d'intégration					
I1 Moyens de coordination des différentes fonctions de l'équipe		plusieurs variés	plusieurs 1 type	ccordin unique	
I2 Mode de coordination entre les différentes fonctions de l'équipe		partage par plusieurs	désignation de certains	monopole du chef	
J Fonction de poursuite des buts					
J1 Existence d'objectifs institutionnels explicites		opérationnalisés	généraux	absents	
J2 Existence d'une éval. des besoins des personnes dans un but de régulation des activités (membres et clients)		permanente	régulière	occasionnelle	très rare absente
J3 Temps de réponse aux besoins des clients		rapide	lent		
J4 Place des objectifs instit. par rap aux object. personnels		O.I.prévalent	O.I & O.P.égaux	O.P. prévalent	
K Fonction d'adaptation					
K1 Vitesse d'adaptation aux changements (rétrospectif)		rapide	lent	résistance	
K2 Temps de mise en place de processus prospectifs d'adaptation		rapide	lent	absence	
K3 Démarche et attitude prospectives (projet à long terme)		Existence formelle	existence informelle	absence	
3 MODE DE GESTION DE L'ORGANISATION (Classif. de Cuendet)					
L Classification de Cuendet					
L1 Niveau de participation du personnel	décision par:	tous	qqs pers élues	qqs pers nommées	une personne
L2 Marge de manoeuvre pour utiliser les moyens disponibles	Gestion par:	L'équipe entière	pouv interne seul	pouv externe après consultat.	pouv ext seul
L3 Communication sur la gestion		commun.totale	commun.sélective	Pas de commun.	
L4 Evaluation de la gestion		permanente	occasionnelle	absente	
L5 Réaffectation des bénéfices		totale	partielle	non	

ANALYSE ET JUSTIFICATION:

1. AXE EDUCATIF:

A - MODELE DE SANTE: tendance **BIOMEDICALE**

Tendance **GLOBALE**

Justification:

		MODELE MEDICAL	MODELE GLOBAL
SYSTEME DE SANTE	1	Modèle fermé	Modèle ouvert
	2	La maladie est principalement organique	La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux
	3	Elle affecte l'individu	Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement
	4	Elle doit être diagnostiquée et traitée (approche curative)	Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux
	5	Par des médecins	Par de professionnels de santé travaillant en collaboration
	6	Dans un système autonome, centré autour d'hôpitaux, dirigés par des médecins	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté

B - MODELE EDUCATIF: tendance **ENSEIGNEMENT**

tendance **APPRENTISSAGE**

Justification:

C - MODELE THEORIQUE DE COMPLIANCE: tendance: ...

Justification:

D - MODELE D'EDUCATION POUR LA SANTE: tendance:

<i>RADICAL HUMANISTE</i> CHANGEMENT Postule une liberté limitée de choix Reconnait la santé comme produit social Vise la découverte de soi et l'entraide Utilise des méthodes de travail communautaire Vise un changement individuel et social SUBJECTIVISME	RADICAL <i>RADICAL STRUCTURALISTE</i> Postule une liberté très limitée de choix Reconnait la santé comme produit socioéconomique Vise la réorganisation structurelle Utilise des méthodes d'analyse sociopolitique OBJECTIVISME
SCIENTIFIQUE Postule la liberté individuelle de choix Vise l'autonomie et le choix éclairé Reconnait la santé comme produit social Fondé sur jugements de valeur et normes sociales Utilise des méthodes participatives <i>HUMANISTE</i> CHANGEMENT PAR	SCIENTIFIQUE Postule la liberté individuelle de choix Ne reconnait pas la santé comme produit social Fondé sur les normes sociales et culturelles Vise le conformisme aux règles Utilise des méthodes didactiques prescriptives <i>TRADITIONNEL FONCTIONNALISTE</i> REGULATION

Justification:

E - TYPE DE RELATION DE SOINS:

tendance **ACTIV/PASS, DIREC/COOPER, PARTICIP MUTUELLE, PASS/ACTIV**

Justification:

AXE ORGANISATIONNEL :

1 . FONCTIONNEMENT STRUCTUREL: f(analyse conting. + mode organisationnel)

F - ANALYSE CONTINGENTE:

tendance:

Equilibre diff/intégr, diff > intégr, diff < intégr.

Explication/Justification:

G - MODE ORGANISATIONNEL:

tendance: STRUC. AUTORIT, STR BUREAUCRAT., STR TECHNOCRAT, STR COOPER.

Explication/Justification:

2. CAPACITE DE CHANGEMENT :

Tendance: à partir des 4 fonctions (H,I,J,K) :

Explication justification:

3 MODE DE GESTION :

tendances: par rap aux fonctions de stabilisation et de croissance:

Explication justification:

ANNEXE IV.4

Fiche Soignant pré-test

ANNEXE IV.5

Exemple de questionnaire Patient pré-test