

Étude comparative sur les nécessités d'autosoin d'une clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif

Claire Page et Nicole Ricard

Nurses' knowledge of the help they can offer women being treated for depression are primarily based on models borrowed from other disciplines rather than on those from nursing itself. Using Orem's nursing model (1991), this comparative, descriptive study (a) described the requisites for self-care, according the value ascribed to them by women being treated for depression; (b) compared these to those of women not being treated for an emotional problem; and (c) identified the types of assistance that would fulfil the self-care requisites perceived by women being treated for depression. The results indicated that, compared to women not being treated ($n = 30$), those being treated ($n = 30$) ascribed significantly higher values to self-help requisites related to assertiveness, mood, and self-esteem. In contrast, women in the comparison group attributed more importance to various means of improving their interpersonal relations. Women being treated for a depressive episode felt they needed assistance in areas mainly related to self-esteem, mood, and knowledge of depression to fulfil their self-care requisites. Only rarely did they consider the nurse or social network to be valuable sources of help. The implications of these results for nursing interventions is discussed. Recommendations are made on directions for further research.

Les connaissances qu'ont les infirmières et les infirmiers sur l'aide qu'ils ou elles peuvent procurer aux femmes présentant un trouble dépressif proviennent davantage de modèles empruntés à d'autres disciplines que d'un cadre de référence infirmier. À partir du modèle infirmier d'Orem (1991), cette étude descriptive comparative a permis a) de décrire les nécessités d'autosoin selon la valeur que leur accordent des femmes traitées pour un trouble dépressif, b) de les comparer à celles de femmes non traitées pour un problème émotif et c) d'identifier les besoins d'assistance perçus par les femmes traitées pour un trouble dépressif pour arriver à satisfaire leurs nécessités d'autosoin. Les résultats indiquent que ces dernières ($n = 30$) se distinguent des femmes non traitées ($n = 30$) par la valeur significativement plus élevée qu'elles accordent à plusieurs nécessités d'autosoin liées à l'affirmation de soi, à l'humeur et à l'estime de soi. De façon différente, les femmes du groupe de comparaison se distinguent par l'importance qu'elles attribuent à plusieurs buts visant l'amélioration de leurs relations interpersonnelles. Les femmes traitées pour un épisode dépressif ressentent le besoin d'être aidées surtout pour satisfaire des nécessités d'autosoin liées à l'estime de soi, à l'humeur et aux connaissances sur la dépression. Elles reconnaissent rarement l'infirmière, l'infirmier ou le réseau social comme sources d'aide valables. Les implications de ces résultats sur l'intervention infirmière sont discutées. Des recommandations quant à l'orientation de recherches futures sont formulées.

Claire Page, Inf., M.Sc., est professeure au département de Biologie et sciences de la santé à l'Université du Québec à Rimouski. Nicole Ricard, Inf., Ph.D., est vice-doyenne, recherche et études supérieures, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Les infirmières et les infirmiers désirent apporter une aide spécifique et valable aux femmes présentant un trouble dépressif, mais leurs connaissances proviennent principalement de modèles développés par d'autres disciplines, plutôt que d'une orientation de pensée propre aux soins infirmiers (Rogers et Ulsafer-Van Lanen, 1985). Dans le but de développer un corps de connaissances spécifique pouvant guider la pratique, les infirmiers et les infirmières chercheuses tendent de plus en plus à poser des questions de recherche à partir d'une perspective infirmière (Adam, 1991 ; Fawcett et Downs, 1986 ; Fawcett, 1995 ; Pepin, Ducharme, Kérouac, Lévesque, Ricard et Duquette, 1994). La conception de la discipline infirmière proposée par Orem (1991) constitue un cadre de référence particulièrement pertinent dans l'étude des femmes présentant un trouble dépressif. Ces dernières ressentent souvent un sentiment d'impuissance qui les amène à remettre la responsabilité de leur santé et de leur bien-être aux professionnelles et aux professionnels de la santé. La richesse du modèle d'Orem réside dans la reconnaissance chez les personnes de leur capacité de prendre des décisions et de s'engager dans des actions dans l'intérêt de leur vie, de leur santé et de leur bien-être. Basés sur cette perspective, les buts de cette étude descriptive comparative étaient a) de décrire les nécessités d'autosoin selon la valeur que leur accorde une clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif, b) de les comparer à celles d'un groupe de femmes non traitées pour un problème émotif et c) d'identifier les besoins d'assistance perçus par les femmes suivies pour un trouble dépressif pour arriver à satisfaire leurs nécessités d'autosoin. Orem (1991) définit les nécessités d'autosoin comme étant les buts généraux que les personnes poursuivent ou devraient poursuivre, pour améliorer leur vie, leur santé ou leur bien-être.

Problématique

La dépression est un problème sérieux qui affecte une grande partie de la population, plus souvent les femmes que les hommes (Boyer, 1990 ; Weissman et Klerman, 1977a). En effet, les taux de prévalence à vie de dépression majeure chez les femmes et chez les hommes sont respectivement de 8,2 % et 4,2 % (Boyer, 1990). La dépression n'est pas qu'un état de tristesse passager, mais un syndrome pathologique qui peut donner lieu à plusieurs nécessités d'autosoin particulières chez les femmes adultes. La dépression majeure se manifeste par une humeur dépressive ou par une perte d'intérêt pour toutes ou presque toutes les activités, associée à d'autres symptômes comme le cafard, l'irritabilité, le désespoir, le sentiment d'être au bout de son rouleau. La dysthymie se caractérise par une humeur dépressive présente la majeure partie du

temps, mais dont l'intensité n'est pas suffisante pour répondre aux critères d'un épisode dépressif majeur (American Psychiatric Association, 1989).

Afin de recouvrer leur bien-être, plusieurs femmes présentant un épisode dépressif sollicitent de l'aide à la clinique externe de psychiatrie ou y sont référées par leur médecin. L'aide traditionnelle qui leur est offerte se limite presque uniquement à la pharmacothérapie et à un suivi individuel visant essentiellement la disparition des symptômes cliniques (Straw : voir Comité de santé mentale du Québec, 1985). Plusieurs infirmières ou infirmiers se sentent impuissants à aider vraiment ces femmes qui leur rapportent leur détresse psychologique, ce qui les amène souvent à perpétuer auprès de cette clientèle des interventions courantes, découlant principalement du modèle médical. Par exemple, ils ou elles peuvent centrer leur attention essentiellement sur des tâches techniques, sur le traitement pharmacologique et sur la surveillance des symptômes (Chalifour, 1994).

L'approche traditionnelle encourage généralement peu les femmes à identifier leurs besoins réels, à les exprimer et à trouver les moyens qui leur conviennent le mieux pour les satisfaire (Corbeil, Pâquet-Deehy, Lazure et Legault, 1983; Doré, 1984, Guyon, Nadeau et Simard, 1981; Julien et al., 1981). À défaut d'augmenter leur propre capacité d'autosoin, plusieurs femmes tendent à reporter la responsabilité de leur bien-être sur les personnes chargées d'assurer leur traitement. Souvent, en dépit des soins qu'elles reçoivent durant de nombreuses années et du cours fructueux de la pharmacothérapie, plusieurs femmes disent continuer à se sentir inadéquates et apparaissent souvent très vulnérables (Bothwell et Weissman, 1977; Coryell, Scheftner, Keller, Endicott, Maser et Klerman, 1993; Goering, Wasylenki, Lancee et Freeman, 1983; Weissman, Kasl et Klerman, 1976; Weissman et Klerman, 1977b; Weissman et Paykel, 1974).

Les écrits sur les facteurs étiologiques et sur les modèles psychosociaux explicatifs de la dépression, ainsi que sur le fonctionnement psychosocial des femmes à la suite d'un épisode dépressif aigu, fournissent plusieurs indications sur les objectifs que devrait viser l'intervention auprès de cette clientèle. L'assistance infirmière, orientée selon la perspective proposée par Orem, est avant tout basée sur la reconnaissance de la capacité d'appropriation de soi et de la responsabilité des personnes face à leur santé. Il convient donc, pour arriver à préciser l'assistance à offrir aux femmes suivies pour un trouble dépressif, d'identifier les objectifs qu'elles-mêmes poursuivent, c'est-à-dire les nécessités d'autosoin qui leur apparaissent prioritaires. De plus, il

importe de savoir si ces nécessités d'autosoin leur sont spécifiques, c'est-à-dire, s'il existe une distinction significative entre les nécessités d'autosoin valorisées par cette population et celles reconnues par l'ensemble des femmes.

Aspects théoriques et conceptuels

Les étapes préliminaires à la réalisation de cette étude ont été structurées selon trois niveaux, soit conceptuel, théorique et empirique (Fawcett et Downs, 1986; Fawcett, 1995). Ces étapes seront décrites en détails dans un article ultérieur (Page et Ricard, sous presse). Cependant, il importe de les résumer ici pour faciliter la compréhension de cette recherche. D'abord le modèle conceptuel fournit les concepts généraux, abstraits, servant d'éléments fondamentaux à la base d'une recherche. Il s'agit d'un premier niveau d'abstraction. Ces concepts sont ensuite précisés par des concepts provenant de théories de niveau intermédiaire compatibles, pouvant être empruntés à d'autres disciplines, ce qui correspond au deuxième niveau d'abstraction. Ces théories conduisent vers la détermination d'indicateurs empiriques, c'est-à-dire des caractéristiques observables ou mesurables dans le monde réel. Ceci constitue le troisième niveau d'abstraction.

Niveau conceptuel. Le concept de nécessité d'autosoin, défini par Orem (1991) comme étant l'expression de buts généraux que les personnes poursuivent ou devraient poursuivre en s'engageant dans l'autosoin, constitue l'élément fondamental à la base de cette étude. L'autosoin correspond à la production d'actions délibérées, orientées vers soi ou vers son environnement, pour améliorer sa vie, sa santé, son développement et son bien-être (Orem, 1991, 1995). Les nécessités d'autosoin de type développemental sont associées à divers processus de développement, ainsi qu'aux conditions et aux événements se produisant aux différentes étapes du cycle de la vie et aux événements qui peuvent entraver le développement (Orem, 1987, 1991, 1995). Les nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé sont associées aux différentes altérations structurales et fonctionnelles et à leurs effets, ainsi qu'aux diagnostics et aux traitements médicaux (Orem, 1987, 1991, 1995).

Niveau théorique. Dans cette étude, le concept de nécessités d'autosoin développementales a été précisé par des connaissances théoriques sur l'ajustement social des femmes dans l'accomplissement de leurs rôles, sur l'affirmation et la réalisation de soi. Ces clarifications proviennent des résultats de recherches sur l'ajustement social des femmes adultes pendant et à la suite d'un épisode dépressif, lesquels mettent en évidence de nombreuses difficultés souvent persistantes (Bothwell et

Weissman, 1977; Goering, et al. 1983; Paykel et Weissman, 1973; Weissman et al., 1976; Weissman et Paykel, 1974). Plusieurs nécessités d'autosoin peuvent donc être liées à l'ajustement social. Les concepts d'affirmation et de réalisation de soi proviennent en partie de trois modèles psychosociaux explicatifs de la dépression, soit la résignation acquise (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978), l'altération des processus cognitifs (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979) et le manque de renforcements positifs (Lewinsohn, 1974), ainsi que des études sur les facteurs de risques de dépression chez les femmes adultes (Aneshensel et Stone, 1982; Brown, Andrews, Harris, Adler et Bridge, 1986; Corbeil et al., 1983; Doré, 1984; Goering et al., 1983; Hall, Williams et Greenberg, 1985; Warren et McEachren, 1983).

Des indications provenant de ces théories mettent en évidence, par exemple, l'importance pour plusieurs femmes déprimées d'arriver à rompre leur « habitude à l'impuissance », d'accomplir des activités gratifiantes, de développer des qualités nécessaires à leur réalisation personnelle, comme, entre autres, la capacité de s'affirmer, de prendre des décisions, de se faire confiance. Quant aux nécessités d'autosoin liées à l'altération de la santé, elles découlent des manifestations cliniques de la dépression et du besoin de développer des connaissances sur les mesures de prévention et de traitement de ce trouble.

Niveau empirique. À partir de ces aspects théoriques et d'instruments de mesure existants, on a rédigé une liste d'énoncés de nécessités d'autosoin auxquelles on peut attribuer une valeur en termes d'importance. Ces énoncés ont ici servi d'indicateurs empiriques. Plusieurs nécessités d'autosoin développementales sont inspirées de la Social Adjustment Scale (SAS), conçue par Weissman et Paykel (1974). La SAS a permis de décrire plusieurs difficultés d'ajustement social qui tendent à persister chez les femmes à la suite d'un épisode dépressif. Ses éléments peuvent donc être à la base de nombreuses nécessités d'autosoin susceptibles d'être particulièrement valorisées par cette clientèle. Les catégories de nécessités d'autosoin développementales sont les suivantes : travail ; vie sociale et loisirs ; relation amoureuse ; rôle parental ; unité familiale ; relation avec la famille éloignée et situation économique ; et affirmation, réalisation de soi. Cette dernière catégorie s'inspire principalement des indications provenant du modèle de la résignation acquise et de l'étude des facteurs de risques de dépression. La majorité des nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé ont été formulées à partir des éléments de l'Inventaire de dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson et Erbaugh, 1961 ; Gauthier, Morin, Thériault et Lawson, 1982). Elles appartiennent aux catégories suivantes : bien-être physique, estime de soi, humeur et connaissances sur

la dépression. La liste d'énoncés de nécessités d'autosoin a été utilisée pour bâtir un instrument de mesure (voir la section « Instruments ») qui, dans cette recherche, a permis de répondre aux questions suivantes :

- 1) Quelles sont, selon la valeur qu'elles leur accordent, les nécessités d'autosoin développementales des femmes traitées pour un trouble dépressif? Quelles sont celles des femmes non traitées pour un trouble dépressif? Existe-t-il une différence significative entre les deux groupes?
- 2) Quelles sont, toujours selon la valeur qu'elles leur accordent, les nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé des femmes traitées pour un trouble dépressif? Quelles sont celles des femmes non traitées pour un problème émotif? Existe-t-il une différence significative entre les deux groupes?
- 3) Quelle est la perception des femmes traitées pour un trouble dépressif quant à leurs besoins d'assistance pour arriver à satisfaire les nécessités d'autosoin qu'elles priorisent?

Méthode

Milieu et échantillon

L'échantillon, provenant d'un milieu semi-rural, a été formé de deux groupes de 30 femmes québécoises, âgées de 18 à 60 ans, habitant dans un rayon de 100 kilomètres du centre hospitalier où a été réalisée cette étude. Toutes les femmes ont participé à l'étude volontairement et ont signé un consentement éclairé après avoir été assurées de l'anonymat et du traitement confidentiel des données recueillies. Les femmes du premier groupe, qui en est un de convenance, étaient suivies dans une clinique externe de psychiatrie d'un centre hospitalier (minimum d'une visite mensuelle ou aux trois mois si une pharmacothérapie était en cours) pour une dépression majeure ou une dysthymie. Elles devaient avoir obtenu un score supérieur à 10 à l'Inventaire de dépression de Beck (Beck et al., 1961; Gauthier et al., 1982) ou être traitées avec une médication antidépressive. Un score égal ou inférieur à 10 indique l'absence de dépression.

Quant aux femmes appartenant au groupe de comparaison, elles devaient n'avoir présenté aucun problème de santé mentale ayant nécessité une aide professionnelle au cours des cinq dernières années. Elles ont été choisies au hasard dans la population, à partir de l'annuaire du téléphone. Pour les deux groupes, étaient exclues les femmes qui avaient déjà reçu un diagnostic de déficience mentale, de trouble

affectif bipolaire, de schizophrénie ou qui souffraient d'un syndrome cérébral organique, d'un problème requérant un suivi médical intensif, d'un handicap occasionnant une incapacité fonctionnelle ou d'un problème associé à l'alcoolisme ou la toxicomanie, sauf si la femme était sobre depuis au moins un an.

Instruments

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB), version française du Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), a été utilisé dans le but d'évaluer la gravité de la dépression, de sélectionner les femmes du groupe à l'étude et de les comparer sur cette variable avec les femmes non traitées pour un trouble dépressif. L'IDB contient 21 éléments représentant une série de quatre à cinq énoncés gradués de 0 (neutre) à 3 (intensité maximale), cette échelle correspondant au degré d'intensité de différentes manifestations de la dépression. Le score de l'IDB est obtenu en additionnant les valeurs numériques correspondant à chacune des propositions choisies par la personne. Il varie de 0 à 63. Beck et al. (1961 ; voir aussi Gauthier et al., 1982) ne commencent à parler d'état dépressif qu'en présence d'un score de 11 ou plus, et d'état dépressif grave à partir d'un score de 19. Une étude sur la version française de l'IDB a démontré que le score de chacun des éléments était relié au score total ($p < .001$) (Gauthier et al., 1982). La consistance interne a révélé un coefficient alpha de 0,82. Pour un intervalle de trois mois, le coefficient de fidélité test-retest était de 0,75 ($p < 0,001$). Ces données démontrent les qualités psychométriques de cet instrument.

Les différentes nécessités d'autosoin valorisées par les femmes ont été identifiées à l'aide d'un instrument développé pour les fins de cette étude. Dans un premier temps, nous avons rédigé une liste de 88 énoncés de nécessités d'autosoin. Par exemple, l'une des nécessités d'autosoin développementales en rapport avec la relation amoureuse était formulée de la façon suivante : « Être davantage capable de défendre mon point de vue lorsque je suis en désaccord avec mon conjoint ». Les répondantes devaient indiquer jusqu'à quel point il était important pour elles de satisfaire chacune des différentes nécessités d'autosoin proposées en utilisant une cote de 0 (pas du tout important) à 4 (extrêmement important). De plus, pour évaluer les besoins d'assistance perçus par les femmes suivies pour un trouble dépressif, on prévoyait deux questions ouvertes, l'une sur le besoin d'aide ressenti, et l'autre, sur les raisons de l'absence d'aide si cela était le cas. Par ailleurs, pour chacune des catégories comprenant une ou plusieurs nécessités d'autosoin auxquelles les femmes avaient attribué la cote 3

ou 4, il leur était demandé si elles ressentait le besoin d'être aidées en utilisant une cote de 0 (pas du tout) à 4 (excessivement), si elles recevaient de l'aide, et si oui, d'où provenait cette aide. Enfin, nous demandions aux femmes si elles connaissaient une personne à qui elles se sentaient à l'aise de demander de l'aide, et quelles étaient les deux personnes les plus en mesure, selon elles, de leur apporter cette aide.

Dans le but d'en vérifier la validité nominale, cet instrument a été soumis à sept experts dans le domaine. Ces derniers se sont prononcés sur la clarté de chaque énoncé de nécessité d'autosoin, sur leur pertinence en fonction du but de l'étude, ainsi que sur leurs caractères exclusif et exhaustif. Les commentaires reçus ont permis d'améliorer la formulation de 37 énoncés. Trois énoncés ont été ajoutés et un rejeté. À la suite de ces améliorations, le questionnaire comprenait 90 énoncés, soit 59 nécessités d'autosoin développementales et 31 reliées à l'altération de la santé. De plus, sur les conseils des experts, les questions ouvertes ont été enlevées. Ensuite, la validité des différentes catégories a été vérifiée à l'aide de cinq autres personnes dont le rôle consistait, à partir d'une liste de tous les énoncés mis en désordre, à replacer chaque énoncé dans la catégorie à laquelle il appartenait. Un accord acceptable (trois personnes sur cinq) a été obtenu pour 77 des 90 énoncés. Pour huit énoncés, une discussion avec les cinq personnes a permis d'en arriver à un accord. Cinq énoncés ont été reclassés dans d'autres catégories. Enfin, un prétest réalisé auprès de deux femmes suivies pour un trouble dépressif (scores de 21 et de 13 à l'IDB) a indiqué que le questionnaire pouvait être rempli dans un temps raisonnable (entre 90 et 120 minutes), qu'il permettait d'obtenir les renseignements désirés et que les termes utilisés étaient faciles à comprendre. À la suite des commentaires apportés par l'une de ces femmes, deux questions ont été ajoutées. Elles ont trait aux caractères suffisant et satisfaisant de l'aide obtenue.

Déroulement de l'étude

L'autorisation pour recruter les femmes suivies à la clinique externe de psychiatrie a été obtenue au cours d'une rencontre avec le directeur des services professionnels du centre hospitalier. Une liste de toutes les clientes âgées de 18 à 60 ans traitées pour un trouble dépressif a été dressée à partir de l'ensemble des dossiers de la clinique externe. Cette liste contenait 231 femmes. Le dossier médical de chacune d'elles a été vérifié afin d'exclure celles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Ainsi, 99 femmes ont été exclues parce qu'elles n'avaient pas été vues à la clinique au cours des trois derniers mois. De même, 55

femmes l'ont été pour diverses raisons (schizophrénie : 17, déficience mentale : 7, handicap ou maladie physique : 21, alcoolisme ou toxicomanie : 10, décédées : 3, distance supérieure à 100 kilomètres : 21, refus de l'intervenant ou de l'intervenante chargée d'assurer le suivi : 4). L'auteure principale prenait contact avec les femmes par téléphone pour leur expliquer le but de l'étude et solliciter leur participation. Huit d'entre elles n'ont pu être rejointes, cinq ont refusé de participer à l'étude. On rencontrait les femmes à domicile ou à la clinique externe de psychiatrie, à leur convenance. Après les avoir invitées à signer la formule de consentement, on leur posait les questions relatives aux données sociodémographiques et à l'histoire de la maladie, puis on leur présentait l'Inventaire de dépression de Beck auquel elles répondaient seules. Avant de passer à la partie du questionnaire concernant la valeur accordée aux différentes nécessités d'autosoin, l'auteure donnait aux participantes des explications claires sur la façon de répondre aux questions. Sept femmes ont dû être exclues, leur score à l'IDB étant égal ou inférieur à 10 et n'étant pas traitées avec des antidépresseurs. Enfin, deux autres femmes ont dû être exclues en raison du manque de cohérence de leurs réponses. Au cours de la collecte des données, trois femmes ont été référées par des intervenants ou des intervenantes pour compléter l'échantillon.

Pour former le deuxième groupe, 35 femmes ne présentant pas de problème émotif ont été recrutées au hasard par contacts téléphoniques. Ces appels permettaient de vérifier l'admissibilité des répondantes, d'expliquer le but de l'étude et de solliciter leur participation. Il était entendu avec celles qui acceptaient qu'elles recevraient un questionnaire par la poste. L'auteure décrivait de façon détaillée les trois parties du questionnaire, ainsi que la façon de répondre aux questions. Ces femmes étaient invitées à ne pas hésiter à contacter l'une des chercheuses au besoin pour obtenir des informations supplémentaires. Nous leur demandions de retourner le questionnaire dans les 15 jours. Au total, 26 questionnaires ont été retournés et 4 autres l'ont été à la suite d'un rappel. Deux questionnaires ont dû être rejetés, n'étant que partiellement ou non remplis. Deux autres femmes, recrutées de la même façon pour compléter l'échantillon, ont retourné leur questionnaire rempli dans les délais prévus.

Plan d'analyse des données

Les caractéristiques sociodémographiques et celles concernant l'histoire de la maladie des répondantes ont été résumées à l'aide de statistiques descriptives. Nous avons vérifié l'équivalence entre les groupes sur ces

variables par le test-*t* de Student ou le test du chi carré, puis nous avons calculé les moyennes des valeurs attribuées par les femmes à chacune des nécessités d'autosoin proposées. Le test-*t* a servi à déterminer s'il existait des différences significatives entre les deux groupes quant à ces valeurs. Les données concernant les besoins d'assistance des femmes du groupe à l'étude sont présentées à l'aide de distributions de fréquences et de mesures de la tendance centrale.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des répondantes et équivalence des groupes

L'âge des répondantes se situe entre 20 et 58 ans ($x = 37,1$). Les deux tiers d'entre elles (70 %) ont 40 ans ou moins. Un peu plus de la moitié (51,7 %) ont de 12 à 15 années de scolarité. Plus de la moitié (56,7 %) sont mariées et plus des trois quarts (78,3 %) cohabitent avec un conjoint. Les deux tiers (63,3 %) travaillent à l'extérieur. La majorité (83,3 %) ont au moins un enfant, et plus des deux tiers (68,4 %) en ont au moins un à la maison. Les deux groupes sont comparables sur six des neuf variables sociodémographiques considérées, soit l'âge, l'occupation, le nombre d'enfants, le nombre d'enfants à la maison, le revenu personnel et le revenu familial. Cependant, les femmes du groupe de comparaison apparaissent significativement plus scolarisées que celles du groupe à l'étude ($p < .05$), plus nombreuses à être mariées ($p < .05$) et à cohabiter avec un conjoint ($p < .005$).

Histoire de la maladie

La majorité des femmes suivies pour un trouble dépressif (83,3 %) ont reçu le diagnostic de dysthymie, tandis que les autres (16,6 %) ont reçu celui de dépression majeure. Une médication antidépressive était prescrite à près de la moitié d'entre elles (46,7 %). Les scores obtenus à l'IDB indiquaient une dépression grave chez 16,7 % des femmes, une dépression modérée à grave chez 40 %, légère à modérée chez 6,7 %, légère chez 26,7 % et l'absence de dépression chez 10 %. Ces 10 % étaient cependant traitées avec une médication antidépressive. Inversement, nous notons l'absence de dépression chez 90 % des femmes du groupe de comparaison. Les femmes suivies pour un épisode dépressif obtiennent en moyenne 20,53 à l'IDB (dépression modérée à grave), comparativement à 3,43 (absence de dépression) pour les femmes du groupe de comparaison. Les normes québécoises pour l'IDB, produites

par Gauthier et al. (1982), donnent 6,45 comme score moyen pour une population générale adulte féminine. Nos résultats indiquent que le score moyen des femmes suivies pour un état dépressif est nettement supérieur au score de la population générale, tandis que celui des femmes du groupe de comparaison est légèrement inférieur. Les femmes du groupe à l'étude se distinguent vraiment de celles du groupe de comparaison par l'humeur dépressive qui les caractérise ($p < .01$).

Nécessités d'autosoin développementales

Les résultats relatifs à la première question de recherche, soit celle concernant les nécessités d'autosoin développementales, sont présentés au tableau 1. Ils indiquent que les femmes suivies pour un trouble dépressif, reconnaissent comme importantes (moyenne des valeurs égale ou supérieure à 2,5) 14 nécessités d'autosoin sur un total de 59. Les femmes du groupe de comparaison en reconnaissent 15. Chez les femmes suivies pour une dépression, 7 des 14 nécessités d'autosoin valorisées traduisent des buts liés à l'affirmation et à la réalisation de soi. Les deux plus importantes sont celles visant à augmenter leur confiance en elles et leur capacité de dire non. De façon tout à fait différente, 9 des 15 nécessités d'autosoin valorisées par les femmes du groupe de comparaison se rapportent à la relation amoureuse et au rôle parental. Les résultats du test- t indiquent l'émergence de deux modèles différents quant à la nature des nécessités d'autosoin valorisées. Comparativement aux femmes du groupe de comparaison, celles suivies pour un trouble dépressif accordent une valeur significativement plus élevée à plusieurs nécessités d'autosoin traduisant le développement de leur compétences personnelles (confiance en soi, capacité de dire non et de prendre des décisions). Quant aux femmes du groupe de comparaison, elles attribuent une valeur significativement plus élevée à des nécessités d'autosoin en rapport avec l'amélioration de leurs relations interpersonnelles (relation amoureuse, rôle parental, relation avec la famille éloignée).

De même, relativement aux nécessités d'autosoin ayant trait au travail, les femmes du groupe à l'étude accordent une valeur significativement plus élevée à la diminution de l'effort requis pour accomplir les activités habituelles, ce qui traduit un besoin plutôt orienté vers elles-mêmes. Par contre, les femmes du groupe de comparaison attribuent une valeur significativement plus élevée à la diminution des conflits vécus avec les collègues de travail, ce qui réfère, de façon cohérente, à la satisfaction souhaitée dans les rapports avec les autres.

Table 1

Nécessités d'autosoin développementales

Nécessités d'autosoin développementales	Moyenne des valeurs pour chaque nécessité d'autosoin		Différences significatives entre les groupes
	Gr.1	Gr.2	
A. TRAVAIL			
1. Intérêt	2,03	2,40	N.S.
2. Tension	2,60	2,70	N.S.
3. Effort requis	2,67	2,07	S* Gr1 > Gr.2
4. Quantité	1,83	1,73	N.S.
5. Efficacité	2,40	2,40	N.S.
6. Conflits	1,77	2,57	S* Gr.1 < Gr.2
7. Culpabilité de faire garder les enfants	1,18	1,40	N.S.
8. Concilier le travail à l'extérieur et au foyer	2,75	2,04	N.S.
9. Ampleur du fardeau	1,87	1,77	N.S.
10. Services de garderie	1,29	1,59	N.S.
11. Travail apprécié par les autres	2,40	2,67	N.S.
B. VIE SOCIALE ET LOISIRS			
12. Réseau social	2,07	2,40	N.S.
13. Interactions sociales	1,90	2,17	N.S.
14. Communication	2,07	2,30	N.S.
15. Activités récréatives	2,17	2,20	N.S.
16. Conflit	1,70	2,20	N.S.
17. Sensibilité	2,50	1,90	N.S.
18. Aisance en société	2,73	2,53	N.S.
19. Solitude	2,27	1,97	N.S.
20. Ennui	1,97	1,33	N.S.
21. Loisirs	0,87	0,93	N.S.
C. RELATION AMOUREUSE			
22. Communication	2,77	2,80	N.S.
23. Exprimer son désaccord	2,45	2,63	N.S.
24. Comportement de domination	1,32	2,63	S** Gr.1 < Gr.2
25. Conflits	2,45	2,30	N.S.
26. Autonomie	2,09	2,10	N.S.
27. Exprimer ses besoins	2,45	2,63	N.S.
28. Marques d'affection	2,00	2,60	N.S.
29. Intérêt pour la sexualité	1,60	2,23	S* Gr.1 < Gr.2
30. Problèmes sexuels	1,20	2,33	S** Gr.1 < Gr.2
31. Rencontres amoureuses	0,97	1,87	S* Gr.1 < Gr.2
* : p<.05 ** : p<.01 N.S. : non significatif Gr.1 : femmes traitées pour un trouble dépressif Gr.2 : femmes du groupe de comparaison			

Table 1 (continued)			
Nécessités d'autosoins développementales			
Nécessités d'autosoins développementales	Moyenne des valeurs pour chaque nécessité d'autosoins		Différences significatives entre les groupes
	Gr.1	Gr.2	
D. RÔLE PARENTAL			
32. Présence auprès des enfants	2,12	2,44	N.S.
33. Communication	2,08	2,72	N.S.
34. Tensions	2,16	2,44	N.S.
35. Marques d'affection	1,72	2,64	S* Gr.1 < Gr.2
36. Implication du conjoint	1,90	2,54	N.S.
37. Équilibre entre les demandes des enfants et ses besoins	2,16	2,88	N.S.
E. L'UNITÉ FAMILIALE			
38. Souci	2,53	2,23	N.S.
39. Culpabilité	2,40	2,07	N.S.
40. Sentiment d'abandon	2,73	2,37	N.S.
41. Collaboration des membres de la famille	2,14	2,37	N.S.
F. RELATION AVEC LA FAMILLE ÉLOIGNÉE			
42. Fréquence des contacts	1,57	2,40	S** Gr.1 < Gr.2
43. Communication	1,60	2,37	S** Gr.1 < Gr.2
44. Conflits	1,63	2,17	N.S.
45. Souci	1,67	2,10	N.S.
46. Culpabilité	1,30	1,83	N.S.
47. Sentiment d'abandon	2,07	2,07	N.S.
48. Autonomie	1,10	1,73	N.S.
G. AFFIRMATION ET RÉALISATION DE SOI			
49 Défendre son point de vue	2,40	2,30	N.S.
50. Besoin d'approbation	2,20	2,17	N.S.
51. Capacité de refuser	3,00	2,43	S* Gr.1 > Gr.2
52. Précision de ses buts	2,77	2,53	N.S.
53. Changements à apporter dans sa vie	2,70	2,23	N.S.
54. Confiance en soi	3,13	2,43	S* Gr.1 > Gr.2
55. Sentiment d'impuissance	2,63	2,13	N.S.
56. Autonomie financière	1,93	2,43	N.S.
57. Prise de décision	2,77	2,13	S* Gr.1 > Gr.2
H. SITUATION ÉCONOMIQUE			
58. Gestion financière	2,17	2,47	N.S.
59. Problèmes financiers	2,20	2,77	N.S.
*: p<.05 **: p<.01 N.S. : non significatif Gr.1 : femmes traitées pour un trouble dépressif Gr.2 : femmes du groupe de comparaison			

Nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé

Les résultats relatifs à la deuxième question de recherche, soit aux nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé, sont présentés au tableau 2. Il ressort que 14 nécessités d'autosoin de ce type, sur un total de 31, ont été reconnues comme importantes par les femmes suivies pour un trouble dépressif. Une seule de ces nécessités d'autosoin appartient à la catégorie bien-être physique, celle en rapport avec la fatigue, tandis que les autres sont réparties entre les catégories humeur, estime de soi et connaissances sur la dépression. Quant aux femmes du groupe de comparaison, elles ont reconnu comme importantes seulement deux nécessités d'autosoin sur un total de 22 (elles n'ont pas répondu aux questions de la catégorie « Connaissances sur la dépression »).

Nous n'avons observé aucune différence significative entre les deux groupes pour 13 des 21 nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé sur lesquelles ils ont été comparés. Cependant, des différences significatives ont été mises en évidence dans les catégories humeur et estime de soi. Comparativement aux femmes du groupe de comparaison, celles du groupe à l'étude attribuent une plus grande importance aux nécessités d'autosoin ayant trait aux contrariétés, à la tristesse, aux idées noires, à l'irritabilité, aux pleurs, aux idées suicidaires, à la perception d'avoir moins de valeur que les autres, et enfin, à la tendance à se faire des reproches de façon exagérée.

Table 2

Nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé

Nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé	Moyenne des valeurs pour chaque nécessité d'autosoin		Différences significatives entre les groupes
	Gr.1	Gr.2	
I. BIEN-ÊTRE PHYSIQUE			
60. Durée du sommeil	1,90	2,50	N.S.
61. Qualité du sommeil	2,10	2,10	N.S.
62. Appétit	1,00	1,00	N.S.
63. Poids	1,47	1,77	N.S.
64. Fatigue	2,73	1,73	S** Gr.2 > Gr.2
65. Malaises	2,40	2,07	N.S.
66. Préoccupations somatiques	1,87	1,60	N.S.
67. Concentration	2,33	1,73	N.S.
* : p<.05 ** : p<.01 N.S. : non significatif			

Table 2 (continued)			
Nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé			
Nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé	Moyenne des valeurs pour chaque nécessité d'autosoin		Différences significatives entre les groupes
	Gr.1	Gr.2	
J. HUMEUR			
68. Insatisfaction	2,30	2,40	N.S.
69. Importance accordée aux événements désagréables	2,93	2,37	S* Gr.1 > Gr.2
70. Tristesse	2,93	1,43	S** Gr.1 > Gr.
71. Ruminations	2,87	1,80	S** Gr.1 > Gr.2
72. Pleurs	1,97	0,97	S** Gr.1 > Gr.2
73. Irritabilité	2,60	1,63	S** Gr.1 > Gr.2
74. Intérêt pour les autres	2,03	2,00	N.S.
75. Idées suicidaires	1,80	0,80	S** Gr.1 > Gr.2
K. ESTIME DE SOI			
76. Valeur personnelle	2,47	2,40	N.S.
77. Image corporelle négative	1,93	2,33	N.S.
78. Sentiment d'être un échec	2,80	2,53	N.S.
79. Déception de soi-même	2,63	1,80	S* Gr.1 > Gr.2
80. Blâme	2,53	1,77	S* Gr.1 > Gr.2
81. Acceptation de soi	2,87	2,47	N.S.
L. COMPRÉHENSION DE LA DÉPRESSION			
82. Compréhension de la dépression	2,70		
83. Connaissance des médicaments prescrits	2,05		
84. Croyance d'une amélioration	2,70		
85. Connaissance des moyens à prendre pour éviter une rechute	2,77		
86. Crainte d'une rechute ou de la persistance du trouble	2,73		
87. Impression de manquer de courage	1,83		
88. Échanges avec des personnes dans la même situation	2,07		
89. Connaissance des moyens à prendre pour s'en sortir	2,73		
90. Peur d'être jugée	2,13		
* : p<.05 ** : p<.01 N.S. : non significatif			

Table 3

Moyenne des cotes traduisant la perception du besoin d'assistance et répartition selon l'aide reçue, les ressources et les caractères suffisant et satisfaisant de l'aide reçue.

Catégories	N	Besoin d'assistance X	Aide Reçue		n	Ressources			Suffisance de l'aide		Caractère satisfaisant de l'aide		
			oui %	non %		famille %	amis %	service de santé %	oui %	non %	oui %	non %	X
NÉCESSITÉS D'AUTOSOIN DÉVELOPPEMENTALES													
1. Travail	29	2,10	72,4	27,6	21	28,6	28,6	66,7	72,2	23,8	67,1	42,9	2,62
2. Vie sociale et loisirs	29	1,90	69,0	31,0	20	15,0	15,0	85,0	70,0	30,0	60,0	40,0	2,65
3. Relation amoureuse	25	1,80	48,0	52,0	12	8,3	25,0	100,0	58,3	41,7	50,0	50,0	2,17
4. Rôle parental	21	2,00	61,9	38,1	13	38,5	15,4	92,3	76,9	23,1	53,8	46,2	2,69
5. Unité familiale	25	2,48	68,0	32,0	17	23,5	17,6	88,2	64,7	35,3	47,1	52,9	2,53
6. Famille éloignée	20	1,60	50,0	50,0	10	10,0	0,0	90,0	60,0	40,0	60,0	40,0	2,40
7. Affirmation et réalisation de soi	30	2,40	73,3	26,7	22	36,4	18,2	86,4	68,2	31,8	50,0	50,0	2,36
8. Situation économique	17	1,06	0,0	100,0	0	—	—	—	—	—	—	—	—
NÉCESSITÉS D'AUTOSOIN RELIÉES À L'ALTÉRATION DE LA SANTÉ													
9. Bien-être physique	28	2,11	75,0	2650	21	0,0	0,0	100,0	61,9	38,1	42,9	57,1	2,29
10. Humeur	28	2,86	89,3	10,7	25	36,0	16,0	100,0	60,0	40,0	68,0	32,0	2,72
11. Estime de soi	24	2,88	87,6	12,5	21	42,9	19,0	95,2	61,9	38,1	76,2	23,8	2,81
12. Connaissances sur la dépression	26	2,62	88,5	11,5	26	15,4	7,7	88,6	47,8	52,2	26,1	73,9	2,13
N : femmes ayant reconnu au moins une nécessité d'autosoin de la catégorie comme étant importante. n : femmes appartenant à N, qui disent recevoir de l'aide. Besoin d'assistance : les valeurs possibles se situaient entre « 0 » (pas du tout satisfaisant) et « 4 » (très satisfaisant).													

***Perception des femmes traitées pour un trouble dépressif
quant à leur besoin d'assistance***

Le tableau 3 regroupe les résultats relatifs à la troisième question de recherche, soit la perception des femmes suivies pour un trouble dépressif quant à leur besoin d'assistance pour arriver à satisfaire les nécessités d'autosoin qu'elles considèrent importantes. En ce qui a trait aux nécessités d'autosoin développementales, les femmes ressentent davantage le besoin d'être aidées pour ce qui est des catégories unité familiale, affirmation et réalisation de soi. Quant aux nécessités d'autosoin liées à l'altération de leur santé, elles rapportent un plus grand besoin d'aide pour les catégories estime de soi, humeur et connaissances sur la dépression. Ces mêmes catégories correspondent à celles pour lesquelles la majorité des femmes estiment recevoir de l'aide (près de 90 %). Selon la majorité d'entre elles (entre 66,7 % et 100 %), cette aide provient principalement des professionnelles et des professionnels de la santé. Celles qui disent recevoir de l'aide des membres de leur famille, d'amis ou de collègues au travail sont considérablement moins nombreuses (entre 0 % et 42,9 %). L'aide relative à l'acquisition de connaissances sur la dépression est évaluée comme étant la moins suffisante (52,2 %). Pour l'ensemble des catégories de nécessités d'autosoin développementales, entre 40 % et 52,9 % des femmes jugent l'aide reçue insatisfaisante. En ce qui a trait aux nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé, les catégories qui soulèvent le plus d'insatisfaction quant à l'aide reçue sont le bien-être physique (57,1 %) et, encore une fois, l'acquisition de connaissances sur la dépression (73,9 %).

D'autres données indiquent que près du tiers des femmes (31 %) ne se sentent pas à l'aise de demander de l'aide où que ce soit. Près de la moitié des femmes (45 %) considèrent une ou un psychiatre, ou une ou un psychologue comme l'une des deux personnes les plus en mesure de leur apporter l'aide dont elles ont besoin. Le conjoint, ou un ami ou une amie sont respectivement désignés par 15 % et 11,7 % des femmes. Par ailleurs, il ressort qu'une femme dans la même situation, un membre de la famille, une travailleuse ou un travailleur social, une infirmière ou un infirmier, une ou un médecin sont très rarement reconnus par les femmes comme faisant partie des principales ressources pouvant leur procurer une aide valable.

Discussion

Les femmes du groupe à l'étude sont significativement moins nombreuses à être mariées ou à cohabiter avec un conjoint et sont moins scolarisées que celles du groupe de comparaison. On pouvait s'attendre

à ces différences, puisque les résultats de l'Enquête Santé Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988) indiquent un taux plus élevé de détresse psychologique chez les personnes séparées ou divorcées et moins scolarisées. Effectivement, il semble que les femmes suivies pour un trouble dépressif disposent de ressources personnelles et sociales plus limitées, liées à leur niveau de scolarité plus bas et au fait qu'elles sont moins nombreuses à être mariées et à demeurer avec un conjoint. Nous ne pouvons toutefois préciser de quelle façon ces caractéristiques sont liées à la dépression. Le fait de vérifier dans quelle mesure ces variables contribuent aux résultats obtenus dépasse le cadre de cette étude.

Plusieurs nécessités d'autosoin développementales perçues comme prioritaires par ces femmes ont trait à l'affirmation et à la réalisation de soi. De plus, elles apparaissent significativement moins préoccupées par des nécessités d'autosoin associées à la relation amoureuse (éléments 24, 29, 30, 31), au rôle parental (élément 35), à la relation avec la famille éloignée (élément 42, 43) que les femmes du groupe de comparaison. Quant aux nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé qu'elles reconnaissent comme prioritaires, elles concernent surtout l'humeur dépressive, l'estime de soi et la compréhension de la dépression. On pouvait s'attendre à ces résultats concernant les nécessités d'autosoin reliées à l'altération de la santé, puisqu'elles découlent directement des manifestations cliniques de la dépression. Par contre, les résultats relatifs aux nécessités d'autosoin développementales peuvent apparaître étonnants car, selon l'étude de Weissman et Paykel (1974), ce sont dans les rôles comme conjointes, mères et travailleuses que les femmes rencontrent le plus de difficultés. Plusieurs nécessités d'autosoin liées aux relations avec leurs proches auraient donc pu leur apparaître significativement plus importantes comparativement au groupe de comparaison. Il est possible que les différences sociodémographiques entre les deux groupes expliquent en partie ces résultats. Puisque les femmes suivies pour un trouble dépressif sont moins nombreuses à vivre avec un conjoint, elles peuvent apparaître moins préoccupées par une relation amoureuse ou par les relations avec la famille éloignée d'un conjoint. De même, il est possible de croire que le niveau de scolarité significativement plus élevé des femmes du groupe de comparaison ait eu une influence sur les résultats. Selon Warren et McEachren (1983), les personnes plus scolarisées auraient des connaissances et des habiletés variées leur permettant d'augmenter leur propre potentiel d'adaptation et d'être moins déprimées. Les femmes du groupe de comparaison peuvent donc être plus enclines que celles suivies pour un trouble

dépressif à reconnaître les relations interpersonnelles comme un moyen d'augmenter leur bien-être.

Les méthodes différentes de collecte de données pour les deux groupes peuvent avoir influencé les réponses obtenues, ce qui constitue une limite de cette étude. En effet, il est possible que les femmes non suivies pour un problème émotif, qui ont rempli leur questionnaire seules, dans leur milieu familial, aient été plus enclines à accorder de l'importance à la relation avec leurs proches, tandis que les femmes présentant un trouble dépressif, interrogées par une infirmière, ont pu être davantage portées à attribuer de l'importance à leurs besoins personnels concernant leur santé, à des buts orientés vers elles-mêmes. D'ailleurs, cette tendance pourrait être considérée comme un reflet des approches traditionnelles utilisées en psychiatrie, lesquelles sont essentiellement centrées sur la personne et sur ses déficits, plutôt que sur la personne en interaction avec son environnement.

Toutefois, développer sa confiance en soi ressort de façon éloquente comme une priorité pour les femmes suivies pour un trouble dépressif. Cela peut se comprendre à la lumière du modèle explicatif de la résignation acquise et des facteurs de risques de la dépression, qui mettent en évidence l'importance pour les femmes d'avoir davantage confiance en elles-mêmes, d'acquiescer une meilleure estime d'elles-mêmes, d'exercer un plus grand contrôle sur leur environnement et sur les événements qui surviennent dans leur vie, de s'affirmer davantage. Orem (1987, 1991) soutient que la personne accomplit des actions d'autosoin qui peuvent être orientées vers soi ou vers l'extérieur. Les nécessités d'autosoin auxquelles les femmes suivies pour un trouble dépressif accordent une grande importance apparaissent essentiellement orientées vers elles-mêmes. En effet, elles semblent traduire avant tout un besoin essentiel de développer leur capacité de mieux contrôler des facteurs internes tels que leurs pensées, leurs émotions. Le rôle des femmes adultes dans notre société étant essentiellement orienté vers les besoins des autres, il est possible que les femmes ressentent, devant une diminution de leur intégrité, le besoin d'être davantage attentives à elles-mêmes.

L'élaboration de systèmes de soins infirmiers devrait tenir compte du besoin primordial des femmes d'arriver à se sentir bien avec elles-mêmes. Les nécessités d'autosoin associées à l'affirmation et à la réalisation de soi, à l'estime de soi et à l'humeur devraient être considérées essentielles dans un premier temps, prioritaires à la satisfaction des nécessités découlant des difficultés que les femmes rencontrent dans leurs relations interpersonnelles ou dans l'accomplissement des dif-

férents rôles qu'elles occupent. D'ailleurs, il est bien possible que l'augmentation des comportements affirmatifs et de la confiance en soi conduise les femmes vers des relations plus harmonieuses avec les autres (Bowman et Spadon, 1981). Les infirmières doivent développer des moyens pour aider les femmes à croire davantage en elles-mêmes. Des soins infirmiers basés sur la reconnaissance chez les personnes de leur capacité d'appropriation de soi, tels que proposés par Orem, apparaissent particulièrement appropriés dans ce contexte, en reflétant aux femmes leur responsabilité, leur capacité de prendre des décisions et de s'engager dans des actions autonomes, délibérées, pour augmenter leur bien-être.

En ce qui trait à la troisième question de recherche, il ressort que les plus grands besoins d'assistance sont ressentis pour les catégories estime de soi, humeur et connaissances sur la dépression. Ces catégories correspondent à celles pour lesquelles un plus grand nombre de femmes estiment recevoir de l'aide. Par contre, en ce qui concerne la recherche d'informations sur la dépression, plus de moitié des femmes ne reçoivent pas la quantité d'assistance désirée, et près des trois quarts se disent insatisfaites de l'aide reçue. Ceci semble traduire, de façon très positive, leur désir fondamental de se prendre elles-mêmes en charge sur le plan de leur santé. Ainsi, la dimension cognitive tient une place très importante dans la planification de l'assistance que les infirmières et les infirmiers peuvent leur procurer.

Les résultats démontrent qu'il apparaît plutôt rare que les femmes obtiennent du soutien auprès de leur réseau social. Il est donc possible qu'elles aient tendance à s'isoler et, ainsi, à se couper des renforcements positifs qu'elles pourraient se procurer auprès des leurs. Selon Lewinsohn (1974), il arrive que les personnes de l'entourage s'efforcent de soutenir la personne déprimée durant un certain temps, mais lorsque l'état dépressif persiste, des réactions négatives apparaissent chez les autres. Il s'ensuit que la personne déprimée se retire, continue à vivre de la frustration, de l'autodépréciation, de la culpabilité et du détachement. De cette façon, elle se trouverait prise dans un cercle vicieux que Lewinsohn nomme la « spirale dépressogène ». Les infirmières et les infirmiers peuvent encourager les femmes à maintenir ou à développer un réseau social efficace, à utiliser ce réseau ou d'autres ressources extérieures au milieu psychiatrique. De même, puisque la majorité des femmes perçoivent très rarement l'infirmière ou l'infirmier comme faisant partie des ressources pouvant leur procurer de l'aide, il est essentiel que les soins infirmiers offerts aux femmes et aux familles deviennent plus visibles, que des modèles d'intervention infirmière en

santé communautaire soient développés et fassent l'objet de recherches scientifiques en vue de les améliorer.

La théorie du déficit de l'autosoin (Orem, 1991) s'est avérée particulièrement pertinente pour orienter cette étude, en mettant l'accent, de façon positive, sur la reconnaissance fondamentale de la capacité d'appropriation de soi des femmes et de leur responsabilité concernant les décisions qu'elles prennent en vue de promouvoir leur bien-être. Il y aurait lieu de poursuivre d'autres études permettant de vérifier les qualités psychométriques de l'instrument utilisé dans cette étude et de l'améliorer. Étant donné l'influence possible des différences sociodémographiques entre les deux groupes sur les résultats, d'autres recherches pourraient être menées auprès de groupes comparables quant à leur statut social afin de vérifier si les mêmes conclusions émergeraient. D'autres recherches pourraient s'intéresser à l'identification des limitations qui empêchent les femmes de satisfaire leurs besoins d'autosoin afin de mieux cerner la nature des déficits d'autosoin pour lesquelles elles ont besoin d'assistance. Dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie, peu de recherches ont été effectuées à partir d'une conception propre à la discipline infirmière. Il s'agit d'une démarche importante pour le développement des connaissances sur des phénomènes spécifiques à la science infirmière, lesquelles doivent guider la pratique. Des recherches pourraient également être poursuivies dans le but de clarifier davantage les concepts formant la théorie du déficit de l'autosoin, qui apparaissent souvent complexes et difficiles à rendre opérationnels. Enfin, il apparaît nécessaire de développer des instruments valides et fiables pour mesurer ces concepts et de tester les propositions à la base de la théorie elle-même.

Références

- Abramson, L.Y., Seligman, E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans : critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 (87), 49-74.
- Adam, E. (1991). *Être infirmière* (3^e éd.) Montréal : Études Vivantes.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-III-R* (3^e éd. rév.). (trad. de J. D. Guelfi). Paris : Masson (trad. de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1987).
- Aneshensel, C. S., & Stone, J. D. (1982). Stress and depression. A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1392-1396.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy and depression*. New York : Guilford Press.

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bothwell, S., & Weissman, M.M. (1977). Social impairments four years after an acute depressive episode. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2 (42), 231-237.
- Bowman, C., & Spadon, A. (1981). Assertion therapy : the nurse and the psychiatric patient in an acute short-term psychiatric setting. *Journal of Psychosocial Nursing*, 6 (19), 7-21.
- Boyer, R. (1990). Sur l'épidémiologie des maladies mentales : mise à jour des données récentes. *Santé mentale au Québec*, 15 (2), 73-88.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Chalifour, J. (1994). Pour surmonter les impasses relationnelles : se poser des questions dans l'action. *L'infirmière du Québec*, 1 (4), 42-51.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1985). *La santé mentale, prévenir, traiter, et réadapter efficacement*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Corbeil, C., Pâquet-Deehy, A., Lazure, C., & Legault, G. (1983). *L'intervention féministe*. Montréal : St-Martin.
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G.L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150 (5), 720-727.
- Doré, S. (1984). *Le féminisme en santé mentale : nouvelle thérapie ? ou vers d'autres pratiques de changement social*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. 3rd ed. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Fawcett, J., & Downs, F.S. (1986). *The relationship of theory and research*. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 2 (3), 13-27.
- Goering, P., Wasylenko, D., Lancee, W., & Freeman, S.J.J. (1983). Social support and post hospital outcome for depressed women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 612-618.
- Guyon, L., Nadeau, L., & Simard, R. (1981). « Va te faire soigner, t'es malade ! ». Montréal : Stanké.
- Hall, L. A., Williams, C. A., & Greenberg, R. S. (1985). Supports, stressors, and depressive symptoms in low-income mothers of young children. *American Journal of Public Health*, 75, 518-522.
- Julien, J., Chamberland, C., Dufresne, A., Théoret, M., Nantel, M., Matteau, A., Hoggins, S., Nadeau, L., Simard, R., Arsenau, J., Laurendeau, M.C., & Serdongs, F. (1981). Thérapie avec les femmes : lieu de pouvoir? *Revue de modification du comportement*, 2 (11), 69-82.

- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J. Friedman et M. Katz (éds). *The psychology of depression : Contemporary theory and research*. Washington : Wiley.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1988). *Et la santé, ça va ?* Québec : Les publications du Québec.
- Orem, D.E. (1987). *Soins infirmiers : les concepts et la pratique* (3^e éd.). (trad. de D. Gosselin). Montréal : Decarie (trad. de Nursing : concepts of practice, 1985).
- Orem, D.E. (1991). *Nursing : Concepts of Practice* (4th ed.). St. Louis : Mosby.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concepts of Practice* (5th ed.). St. Louis : Mosby.
- Page, C., & Ricard, N. (Sous presse). Bases conceptuelles et théoriques d'un instrument développé en vue d'identifier les nécessités d'autosoin de femmes traitées pour un trouble dépressif. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*.
- Paykel, E. S., & Weissman, M.M. (1973). Social adjustment and depression, a longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 28, 659-663.
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., Lévesque, L., Ricard, N., & Duquette, A. (1994). Développement d'un programme de recherche basé sur une conception de la discipline infirmière. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 26 (1), 41-53.
- Rogers, C.A., & Ulsater-Van Lanen. (1985). *Nursing intervention in depression*. Orlando : Grune & Stratton.
- Warren, L.W., & McEachren, L. (1983). Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 151-160.
- Weissman, M.M., Kasl, S.T., & Klerman, G.L. (1976). Follow-up of depressed women after maintenance treatment. *American Journal of Psychiatry*, 7 (133), 757-760.
- Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1977a). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 1 (34), 98-111.
- Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1977b). The chronic depressive in the community : unrecognized and poorly treated. *Comprehensive Psychiatry*, 18 (6), 523-531.
- Weissman, M.M., & Paykel, E.S. (1974). *The depressed woman : A study of social relationships*. Chicago : University of Chicago.