

Bases conceptuelles et théoriques d'un instrument développé en vue d'identifier les nécessités d'autosoin de femmes traitées pour un trouble dépressif

Claire Page et Nicole Ricard

Nursing research in the field of psychiatry and mental health must be based on nursing models if it is to make a real contribution to the development of a body of knowledge specific to nursing. This article describes the conceptual foundations and different stages involved in the development of an instrument (The Self-care Needs Inventory) in the framework of a study based on the Orem self-care nursing model (1991, 1995). The objective of this comparative descriptive study was to describe self-care requisites of women treated for depression. The concept of self-care requisites, the fundamental aspect on which this research is based, refers to the expression of a general goal that individuals pursue or should pursue in order to maintain or improve their health and well-being (Orem, 1991). To study the concept and pinpoint its major components, we correlated the concept with intermediate-level theories : social adjustment of women during and after an acute depressive episode, self-affirmation and realization, clinical manifestations of depression and how they are treated. These components were then made operational, i.e. measurable in concrete terms. A list of statements of specific self-care requisites was put together from various measurement tools used to evaluate identified components. The list was submitted to experts to establish its nominal validity. The instrument thus constituted was used with two groups : a group of women treated for depression ($n = 30$) and a group of women not treated for depression ($n = 30$). The women were asked to assign a value to each statement to reflect the importance they attached to the statement. The values were then compared to identify self-care requisites specific to women treated for depression.

La recherche infirmière dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale doit s'inspirer de modèles infirmiers pour contribuer au développement d'un corps de connaissances spécifiques à la discipline infirmière. Cet article décrit les bases conceptuelles et les différentes étapes ayant conduit à l'élaboration d'un instrument (l'Inventaire des nécessités d'autosoin) dans le cadre d'une étude s'inspirant du modèle infirmier de l'autosoin d'Orem (1991, 1995). Cette étude descriptive comparative avait pour but de décrire les nécessités d'autosoin (self-care requisites) de femmes traitées pour un trouble dépressif.

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

Le concept de nécessité d'autosoins, l'élément fondamental à la base de cette recherche, désigne l'expression d'un but général que les personnes poursuivent ou devraient poursuivre pour maintenir ou améliorer leur santé et leur bien-être (Orem, 1991). En vue de l'étudier et d'en préciser les principales composantes, nous avons mis ce concept en relation avec des théories de niveau intermédiaire, soit l'ajustement social des femmes pendant et après un épisode dépressif aigu, l'affirmation et la réalisation de soi, les manifestations cliniques de la dépression et leur traitement. Ces composantes ont ensuite été rendues opérationnelles, c'est-à-dire mesurables concrètement. Une liste d'énoncés de nécessités d'autosoins spécifiques a été construite à partir de divers outils de mesure évaluant les composantes identifiées dans les écrits. Cette liste a été soumise à des expertes et experts en vue d'en établir la validité nominale. L'instrument ainsi bâti a été utilisé auprès de deux groupes, l'un étant composé de femmes traitées pour un trouble dépressif ($n = 30$) et l'autre, de femmes non traitées pour ce trouble ($n = 30$). Ces femmes devaient attribuer à chaque énoncé une valeur reflétant l'importance qu'elles leur accordaient. Ces valeurs ont pu être comparées afin d'identifier les nécessités d'autosoins particulières aux femmes traitées pour un trouble dépressif.

Introduction

La dépression est un problème sérieux qui affecte une grande partie de la population, plus souvent les femmes que les hommes. Boyer (1990) estime que 8 % des femmes ont déjà présenté une dépression majeure au moins une fois dans leur vie, comparativement à une proportion de 4,2 % chez les hommes. Les troubles dépressifs entraînent des modifications importantes du comportement et des habitudes de vie des personnes, ainsi que de leurs processus physiologiques. La personne déprimée ressent une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de tristesse ; elle présente souvent des troubles de l'appétit ou du sommeil, une diminution de l'énergie, une faible estime de soi. Certaines personnes peuvent aussi exprimer des pensées de mort, des idées suicidaires ou même tenter de s'enlever la vie.

Les infirmières et infirmiers désirent apporter une aide substantielle aux femmes traitées pour un trouble dépressif. Cependant, les soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie se sont surtout développés à partir du modèle médical ou de théories psychosociales empruntées à d'autres disciplines. Afin de développer une expertise en soins infirmiers, la majorité des infirmiers ou infirmières cliniciennes et chercheuses reconnaissent maintenant la nécessité de développer un corps de connaissances distinct, spécifique à la discipline infirmière. Ceci exige que les questions de recherche soient posées à partir d'une perspective infirmière (Adam, 1991 ; Dashiff, 1988 ; Fawcett, 1978, 1991 ; Frederickson, 1992 ; Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer et Isenberg, 1989 ; Pepin, Ducharme, Kérouac, Lévesque, Ricard et Duquette, 1993).

Le modèle infirmier de l'autosoin (*self-care framework*), développé par Orem (1991, 1995), a servi de guide dans cette étude. Les principaux concepts de ce modèle sont présentés au tableau 1. L'autosoin (*self-care*) désigne des actions qu'une personne entreprend pour améliorer sa vie, sa santé et son bien-être. Selon Orem, c'est lorsqu'il y a un déficit d'autosoin (*self-care deficit*) chez les personnes que l'assistance de l'infirmière devient nécessaire. Un déficit d'autosoin survient lorsque la capacité d'autosoin (*self-care agency*) d'une personne n'est pas adéquate pour satisfaire son exigence d'autosoin thérapeutique (*therapeutic self-care demand*) ou celle d'une personne à sa charge. L'exigence d'autosoin thérapeutique désigne l'ensemble des mesures de soin qu'une personne doit accomplir pour satisfaire ses nécessités d'autosoin ou celles d'une personne à sa charge. Les nécessités d'autosoin constituent « des généralisations des buts que poursuivent les personnes ou de ceux qu'elles devraient poursuivre en s'engageant dans l'auto-soin » (Orem, 1987, p. 116). Elles sont les raisons pour lesquelles les autosoins sont entrepris, les résultats attendus ou souhaités.

La première étape pour arriver à mesurer l'exigence d'autosoin thérapeutique d'une personne consiste, selon Orem (1991, 1995), à identifier et à formuler les nécessités d'autosoin particulières à celle-ci, c'est-à-dire en relation avec son fonctionnement et son développement humain. Toujours selon Orem, il convient aussi de préciser ces nécessités d'autosoin en fonction de leur valeur, à savoir si elles correspondent vraiment aux résultats désirés par la personne, et jusqu'à quel point il importe de les satisfaire en vue de préserver ou de restaurer la santé ou le bien-être. Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est intéressée de façon spécifique, dans un contexte d'appropriation de soi et de sa santé, aux nécessités d'autosoin telles que reconnues, perçues et comprises par les femmes suivies pour un état dépressif. Il n'existe aucun instrument de mesure du concept de nécessité d'autosoin adapté à cette clientèle.

En les situant sur le continuum de la connaissance infirmière contemporaine, les concepts provenant des modèles infirmiers, tel que celui de nécessité d'autosoin, servent d'éléments structuraux, fondamentaux, à la base d'une recherche. Cependant, étant abstraits et généraux, ces concepts ne peuvent pas être amenés, en soi, à l'observation directe dans le monde réel. Fawcett et Downs (1986, Fawcett, 1991, 1995) soutiennent qu'une structure comportant trois niveaux d'abstraction, soit conceptuel, théorique et empirique, est à la base du développement des connaissances en sciences infirmières. Selon cette structure, une deuxième étape consiste donc à lier ces concepts à d'autres concepts

provenant de théories de niveau intermédiaire compatibles (*middle range theories*). Ces théories sont moins abstraites que les modèles conceptuels, se limitant plus précisément à des individus ou des groupes particuliers, ou encore à certaines situations. Dans le même sens, Orem (1991) soutient que pour comprendre les nécessités d'autosoin spécifiques des personnes, il est nécessaire de posséder des connaissances sur l'évolution naturelle des troubles structuraux et fonctionnels, sur la vie courante et sur l'histoire des groupes concernés, ainsi que sur le contexte culturel dans lequel évoluent ces groupes. Enfin, les indicateurs empiriques correspondent au troisième niveau de la structure proposée par Fawcett et Downs (1986, Fawcett, 1991, 1995). Découlant des théories intermédiaires, ce sont les caractéristiques observables ou mesurables dans le monde réel. Ils constituent la composante la plus concrète de la structure à trois niveaux.

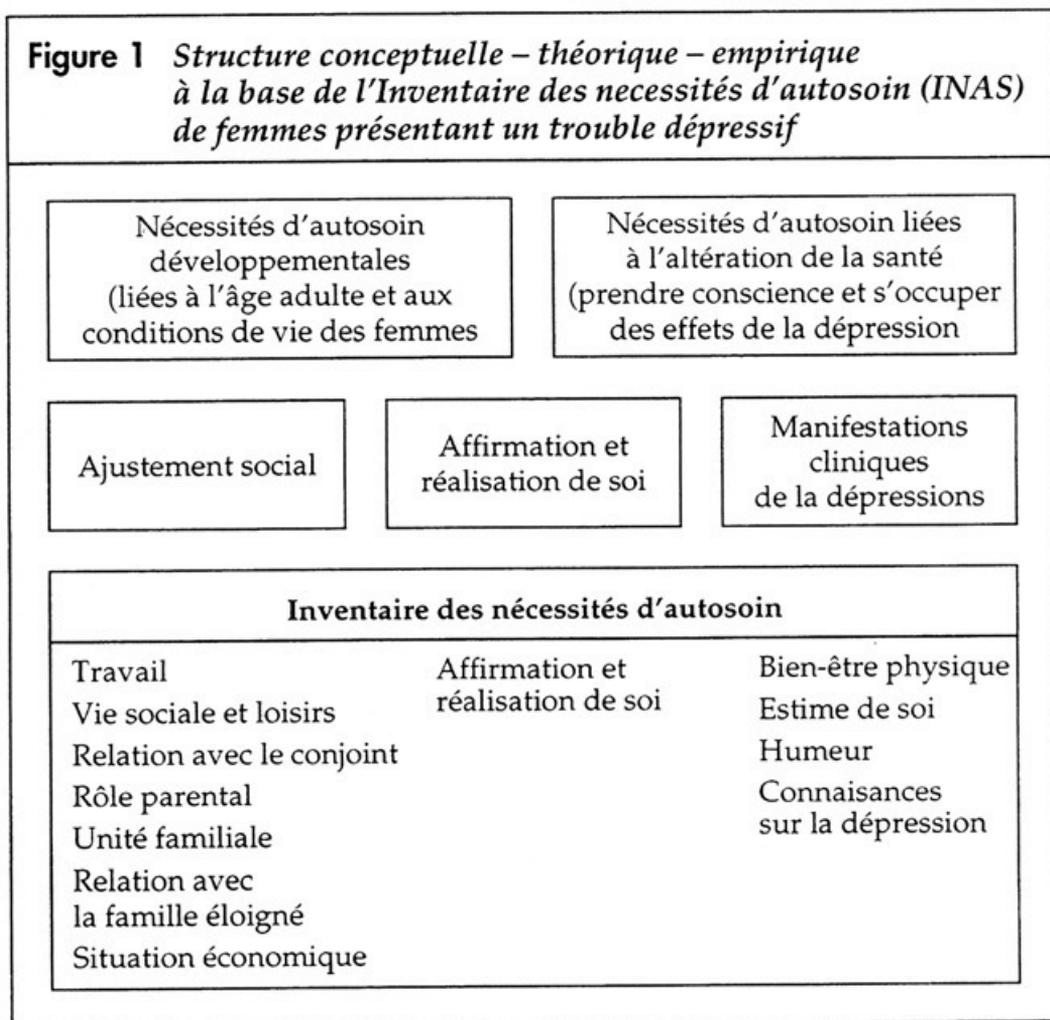
Le but de cet article est de décrire les liens établis entre ces trois niveaux d'abstraction, soit conceptuel, théorique et empirique, qui constituent les phases préliminaires essentielles au développement d'un instrument utilisé dans le cadre d'une étude visant à décrire les nécessités d'autosoin d'une clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif. Premièrement, sont présentées les idées principales du modèle de l'autosoin, lequel a servi de base conceptuelle à l'instrument développé. Deuxièmement, sont explicités les liens établis entre le concept de nécessité d'autosoin et des concepts provenant de connaissances théoriques sur les troubles dépressifs. Troisièmement, le processus qui a permis de rendre opérationnel le concept de nécessité d'autosoin est précisé. Il en résulte un outil de mesure de la valeur accordée à différentes nécessités d'autosoin par des femmes présentant un trouble dépressif. Nous avons nommé cet outil *l'Inventaire des nécessités d'autosoin* (INAS). Les résultats de l'étude pour laquelle l'INAS a été développé font l'objet d'une autre publication (Page et Ricard, 1995). L'acquisition de connaissances sur les nécessités d'autosoin des femmes présentant un trouble dépressif permettra de préciser l'exigence d'autosoin thérapeutique de cette clientèle. Documenter et comprendre la dépression selon une perspective infirmière contribuera au développement d'interventions infirmières spécifiques et appropriées à ce groupe de femmes.

Cadre conceptuel : le modèle de l'autosoin (Orem 1991, 1995)

Le modèle de l'autosoin, développé par Orem (1991, 1995), constitue le premier niveau de la structure que proposent Fawcett et Downs (1986 ;

Fawcett, 1991, 1995) (voir la figure 1). Orem nomme son modèle la « théorie infirmière du déficit de l'autosoin » (*Self-Care Deficit Theory of Nursing*). Cette « théorie générale » est formée de trois théories dont les interrelations entre plusieurs concepts constituent les idées centrales. Ces trois théories sont la « théorie du déficit de l'autosoin » (*Theory of Self-Care Deficit*), la « théorie de l'autosoin » (*Theory of Self-Care*) et la « théorie du ou des systèmes de soins infirmiers » (*Theory of Nursing System*). Fawcett (1995) soutient que le niveau d'abstraction des concepts et des propositions à la base de la théorie développée par Orem rejoint celui d'un modèle conceptuel. Pour éviter la confusion qui existe souvent entre une théorie et un modèle conceptuel, Fawcett (1995) désigne la conception d'Orem « le modèle de l'autosoin » (*Self-Care Framework*). Nous avons opté pour cette appellation puisque le concept de nécessité d'autosoin est utilisé à un niveau d'abstraction conceptuel dans cette recherche.

Figure 1 Structure conceptuelle – théorique – empirique à la base de l'Inventaire des nécessités d'autosoin (INAS) de femmes présentant un trouble dépressif



Le modèle de l'autosoin est constitué de six concepts centraux, soit l'autosoin, l'exigence d'autosoin thérapeutique, la capacité d'autosoin, le déficit d'autosoin, la capacité des soins infirmiers et les systèmes de soins infirmiers (voir le tableau 1). Orem (1991, 1995) décrit l'être humain comme un tout intégré qui fonctionne biologiquement, symboliquement et socialement. La personne est généralement capable d'accomplir efficacement des actions d'autosoin pour elle-même ou pour des personnes à sa charge. L'autosoin consiste en des comportements orientés vers soi ou vers l'extérieur, adaptés en vue de contrôler les facteurs qui affectent le développement ou le fonctionnement d'une personne, dans le but de préserver sa vie, sa santé et son bien-être. Le but de l'autosoin est de répondre à l'exigence d'autosoin thérapeutique, afin de satisfaire les nécessités d'autosoin.

Orem (1991, 1995) identifie trois types de nécessités d'autosoin, soit universelles, développementales et liées à l'altération de la santé. Les premières sont communes à tous les êtres humains pendant toutes les étapes du cycle de la vie. Les deuxièmes sont associées aux processus du développement humain ou aux conditions et aux événements se produisant aux différentes étapes du cycle de la vie. Les nécessités d'autosoin liées à l'altération de la santé se rapportent aux anomalies génétiques ou constitutionnelles, aux différentes altérations structurales ou fonctionnelles, ainsi qu'aux moyens utilisés pour les diagnostiquer et les traiter. Compte tenu des contextes de vie en constante évolution, les personnes peuvent avoir besoin d'aide pour acquérir de nouvelles connaissances ou pour développer certaines habiletés afin d'être capables de satisfaire des nécessités d'autosoin particulières ou inhabituelles. Par ailleurs, certaines nécessités d'autosoin peuvent apparaître très importantes à certains individus, tandis que pour d'autres, elles peuvent être complètement ignorées ou négligées, ou même rejetées.

La capacité d'autosoin correspond à la « capacité complexe d'agir qui s'exerce par l'exécution des actions et des opérations d'auto-soin » (Orem, 1987, p. 49). Lorsque la capacité d'autosoin d'une personne n'est pas adéquate pour satisfaire son exigence d'autosoin thérapeutique ou celle d'une personne à sa charge, il y a un déficit d'autosoin. Le déficit d'autosoin n'est donc pas une maladie ou un trouble de la santé, mais il peut y être associé. Orem (1991) spécifie que l'exigence d'autosoin thérapeutique et la capacité d'autosoin sont influencées par les dix facteurs de conditionnement fondamentaux (*basic conditioning factors*) suivants : l'âge, le sexe, l'état de développement, l'état de santé, l'orientation socioculturelle, les facteurs liés au système de la santé, ceux liés au système familial et à l'environnement, le style de vie, la disponibilité des ressources et le fait qu'elles soient adéquates.

Tableau 1 *Principaux concepts du Modèle de l'autosoin (Orem, 1987, 1991, 1995)*

- **Autosoin**
Production d'actions délibérées que les personnes initient et accomplissent dans l'intérêt du maintien de leur vie, de leur santé, de leur développement personnel et de leur bien-être.
- **Exigence d'autosoin thérapeutique**
Ensemble des mesures de soin nécessaires à un moment donné ou durant un certain temps pour satisfaire des nécessités d'autosoin particulières selon les conditions et les circonstances existantes d'une personne, ou celles de quelqu'un à sa charge.
- **Nécessités d'autosoin**
Buts que poursuivent ou devraient poursuivre les personnes en s'engageant dans l'autosoin. Elles sont les raisons pour lesquelles les autosoins sont entrepris, les résultats attendus ou souhaités.
- **Capacité d'autosoin**
Capacité complexe et acquise d'agir qui s'exerce par l'exécution des actions et des opérations d'autosoin.
- **Déficit d'autosoin**
Relation entre les propriétés de l'exigence d'autosoin thérapeutique et la capacité d'autosoin dans laquelle la capacité d'autosoin d'une personne n'est pas suffisante pour comprendre et satisfaire certaines ou toutes les composantes de l'exigence d'autosoin thérapeutique existante ou projetée.
- **Capacité des soins infirmiers**
Capacité de déterminer les besoins d'assistance en soins infirmiers chez une personne, de concevoir et de dispenser les soins requis.
- **Systèmes de soins infirmiers**
Actions produites afin de satisfaire les exigences d'autosoin thérapeutiques d'une personne ou d'aider celle-ci à assurer la régulation de sa capacité d'autosoin.

Enfin, le concept de capacité des soins infirmiers signifie la capacité de déterminer les besoins d'assistance en soins infirmiers chez une personne, de concevoir et de dispenser les soins requis (Orem, 1991, 1995). Le système de soins infirmiers désigne les actions produites afin de satisfaire les exigences d'autosoin thérapeutiques d'une personne ou d'aider celle-ci à assurer la régulation de sa capacité d'autosoin (Orem, 1991, 1995).

Théories de niveau intermédiaire

Pour identifier les nécessités d'autosoins spécifiques susceptibles d'être reconnues comme prioritaires par les femmes traitées pour un trouble dépressif, il est nécessaire d'établir des liens entre le concept de nécessités d'autosoins et la dépression, ce qui correspond au deuxième niveau de la structure décrite par Fawcett et Downs (1986, Fawcett, 1991, 1995) (voir la figure 1). Dans cette étude, seules les nécessités d'autosoins développementales et liées à l'altération de la santé ont été explorées. Cette décision repose sur le danger de redondance dans les nécessités d'autosoins formulées qu'aurait entraîné le fait de traiter également des nécessités d'autosoins universelles. À cet égard, Orem (1987) mentionne que les nécessités d'autosoins développementales sont « soit l'expression particulière des nécessités d'autosoins universelles identifiées en fonction des divers processus de développement, soit de nouvelles nécessités provenant d'une condition spécifique » (p. 126). Les nécessités d'autosoins liées à l'altération de la santé consistent, entre autres, à s'occuper des effets produits par les conditions pathologiques. Dans cette étude, les différentes nécessités d'autosoins universelles relatives à l'apport satisfaisant d'aliments, au maintien d'un équilibre entre la solitude et l'interaction sociale, entre l'activité et le repos, et ainsi de suite, ont été adaptées en fonction des difficultés psychosociales affectant le développement des femmes traitées ou ayant été traitées pour un trouble dépressif, ou des effets de la dépression.

Nécessités d'autosoins développementales

Les nécessités d'autosoins développementales visent à « apporter et maintenir des conditions de vie qui...favorisent le développement, c'est-à-dire l'évolution humaine vers de plus hauts niveaux d'organisation structurale et vers la maturité » (Orem, 1987, p. 126). Elles visent aussi à prévenir, à diminuer ou à surmonter les effets nocifs de conditions pouvant affecter le développement humain (Orem, 1987). La majorité des nécessités d'autosoins développementales des femmes suivies pour un trouble dépressif ont été précisées, dans cette étude, à partir des connaissances théoriques sur l'ajustement social des femmes lors d'un épisode dépressif ou à la suite de cet épisode. D'autres nécessités d'autosoins ont trait à l'affirmation et à la réalisation de soi. Ces concepts proviennent de l'étude des modèles psychosociaux de la dépression et des facteurs de risques contribuant au développement d'un trouble dépressif chez les femmes adultes.

Ajustement social. Weissman et Paykel (1974) rapportent que l'ajustement social est généralement défini comme étant l'interaction entre l'individu et son environnement social. Des façons spécifiques de se comporter selon certains rôles sont communément considérées comme appropriées dans un milieu donné, et on s'attend à ce que l'individu performe dans ces rôles plus ou moins explicites. Ces rôles englobent l'ensemble des activités quotidiennes y compris le travail, les loisirs, les relations avec les membres de la famille éloignée, le conjoint et les enfants.

Plusieurs recherches ayant documenté de façon importante l'évolution de la dépression chez les femmes adultes indiquent que les antidépresseurs peuvent réduire les symptômes d'un épisode dépressif aigu dans un temps relativement court, mais l'ajustement social des femmes s'effectue beaucoup plus lentement et demeure souvent incomplet (Bothwell et Weissman, 1977; Coryell, Scheftner, Keller, Endicott, Maser et Klerman, 1993; Goering, Wasylenki, Lancee et Freeman, 1983; Paykel et Weissman, 1973; Weissman, Kals et Klerman, 1976; Weissman et Klerman, 1974; Weissman et Klerman, 1977b, Weissman et Paykel, 1974). La persistance de l'altération du fonctionnement social se situe surtout sur le plan des relations interpersonnelles. Des conflits fréquents avec les autres, particulièrement avec le conjoint, une communication inhibée, la diminution des performances au travail et la tendance à ressasser des idées noires sont les difficultés les plus souvent identifiées chez les femmes et ce, même quatre ans après un épisode dépressif aigu (Bothwell et Weissman, 1977).

Ces données apportent des précisions sur plusieurs nécessités d'autosoin pouvant être reconnues spécifiquement par les femmes traitées pour un trouble dépressif. Par exemple, plusieurs d'entre elles peuvent désirer améliorer leurs relations interpersonnelles, rendre plus harmonieuse la relation qu'elles vivent avec leur conjoint. Certaines nécessités d'autosoin pourraient viser le développement de leur capacité de communiquer plus librement et plus ouvertement avec les autres, d'éviter les frictions, de savoir comment réagir pour le mieux, de façon affirmative, lorsqu'elles entrent en conflit avec certaines personnes. La diminution des tensions occasionnées par le travail peut apparaître prioritaire à plusieurs d'entre elles, de même que l'allègement des sentiments pénibles de tristesse, d'inquiétude et de culpabilité qu'elles sont particulièrement susceptibles d'éprouver.

Affirmation et réalisation de soi. Le développement de l'affirmation et de la réalisation de soi apparaît primordial chez les femmes présentant un trouble dépressif. Le taux de dépression plus élevé chez les femmes que chez les hommes semble être étroitement lié au rôle social dévolu aux femmes dans notre société (Akiskal & McKinney, 1975; Belle, 1982; Breytspraak, Bull, Gumbhir, & Rinck, 1988; Brown, Andrews, Harris, Adler, & Bridge, 1986; Brown & Harris, 1978; Corbeil, Pâquet-Deehy, Lazure, & Legault, 1983; Costello, 1982; Doré, 1984; Fréden, 1982; Gove & Tudor, 1973; Guyon, Nadeau, & Simard, 1981; Hall, Williams, & Greenberg, 1985; Julien et al., 1981; Streit & Tanguay, 1993; Warren & McEachren, 1983); Weissman & Klerman, 1977a). En effet, plusieurs femmes, en raison de leur apprentissage au rôle féminin qui valorise le don de soi, la disponibilité aux autres, la douceur, ont tendance à se sous-estimer, à manquer de confiance en elles. Plusieurs se croient incapables de prendre des décisions optimales pour elles-mêmes et d'accomplir efficacement les actions qui en découlent. S'ajoute aux effets de la socialisation des femmes un sentiment d'impuissance ayant été reconnu comme facteur explicatif de la dépression. C'est ce qui ressort du modèle de la résignation acquise développé par Abramson, Seligman et Teasdale (1978; Nelson McDermott, 1993). En effet, ayant appris à partir de ses propres expériences que ses efforts pour améliorer sa vie ne font aucune différence, la personne présentant un état dépressif tend à demeurer passive, à cesser de s'engager dans des actions nécessaires à l'atteinte de ses objectifs. Pour sa part, Lewinsohn (1974) croit qu'une personne devient déprimée lorsqu'elle ne reçoit plus de renforcements positifs provenant de son environnement ou de ses relations avec les autres.

Ces données indiquent qu'il importe avant tout que les femmes suivies pour un trouble dépressif arrivent à percevoir la possibilité d'améliorer leur situation par des actions qu'elles peuvent produire. Plusieurs nécessités d'autosoin peuvent avoir trait au développement d'habiletés qui leur permettraient de mieux contrôler leur environnement et les événements, de se réaliser personnellement. Ces nécessités d'autosoin peuvent viser le développement d'habiletés sociales, d'habiletés en rapport avec les processus de résolution de problème ou de prise de décision, de l'autonomie sur les plans psychologique et économique. Il importe pour plusieurs femmes d'arriver à prendre conscience de leur potentiel, à développer l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. Il peut apparaître essentiel pour plusieurs de se définir davantage en fonction de ce qu'elles sont réellement ou de ce qu'elles désirent être, plutôt qu'en fonction de « l'idéal féminin ». Pour se procurer des

renforcements positifs, plusieurs peuvent avoir besoin d'identifier des activités gratifiantes et de se les permettre davantage. Pour accéder à un niveau plus élevé de bien-être, il peut être primordial pour plusieurs femmes de développer leur capacité de s'affirmer dans tous les rôles qu'elles assument. Ainsi, elles peuvent avoir besoin d'apprendre à exprimer leurs besoins et leurs désirs directement, à utiliser leur agressivité de façon constructive. En général, les personnes déprimées doivent arriver à briser leurs sentiments d'isolement et d'impuissance.

Ces concepts de l'ajustement social, de l'affirmation et de la réalisation de soi apparaissent compatibles avec le concept de nécessités d'autosoin développementales défini par Orem (1987, 1991, 1995). L'ajustement des femmes dans les rôles qu'elles occupent, le développement de leur capacité de s'affirmer et de se réaliser, constituent des aspects étroitement liés à l'évolution humaine à laquelle Orem fait référence.

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

Les nécessités d'autosoin liées à l'altération de la santé proviennent d'une maladie, d'une blessure ou d'une invalidité, ainsi que des traitements médicaux requis (Orem, 1991, 1995). Considéré selon le point de vue médical, le terme dépression réfère à un syndrome pathologique qui se reconnaît par un ensemble de manifestations cliniques. Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) identifie deux types de troubles dépressifs, soit la dépression majeure et la dysthymie. La dépression majeure correspond à une humeur dépressive ou à une perte d'intérêt ou de plaisir, associée à d'autres symptômes présents depuis une période d'au moins deux semaines. Ces symptômes sont les suivants : troubles de l'appétit ou du sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, diminution de l'énergie, sentiments d'indignité ou de culpabilité excessive, diminution de la concentration et pensées récurrentes de mort, idées ou tentatives de suicide. Quant à la dysthymie, sa caractéristique essentielle est l'humeur dépressive persistant depuis au moins deux ans, à laquelle sont associés certains des symptômes suivants : troubles de l'appétit ou du sommeil, fatigue, faible estime de soi, difficulté à prendre des décisions et sentiment de perte d'espoir. Les troubles dépressifs entraînent donc des altérations fonctionnelles importantes donnant lieu à plusieurs nécessités d'autosoin particulières. Celles-ci peuvent viser la réduction des diverses conséquences physiologiques, cognitives et affectives du trouble dépressif sur le bien-être des femmes. Elles peuvent aussi viser l'acquisition de

connaissances sur cette pathologie, sur les moyens de la traiter et de prévenir de nouveaux épisodes dépressifs.

Indicateur empirique

Cette section décrit comment les concepts de nécessités d'autosoin développementales et liées à l'altération de la santé ont été transformés en un indicateur empirique mesurable, observable dans le monde réel, à partir des nombreuses indications provenant des aspects théoriques étudiés. Ceci correspond au troisième niveau d'abstraction (voir la figure 1). La méthode utilisée pour valider la formulation et le contenu des nécessités d'autosoin identifiées est également présentée.

Nécessités d'autosoin développementales

Les nécessités d'autosoin développementales sont regroupées dans les huit catégories suivantes : travail, vie sociale et loisirs, relation avec le conjoint, rôle parental, unité familiale, relation avec la famille éloignée, affirmation et réalisation de soi et situation économique (voir le tableau 2). Ces catégories se rapportent étroitement au développement humain des femmes à l'âge adulte, ainsi qu'au contexte spécifique qui est le leur dans notre société. Pour formuler la majorité des nécessités d'autosoin développementales, nous nous sommes inspirées des éléments de la *Social Adjustment Scale* (SAS). Cet instrument a été développé par Weissman et Paykel (1974) dans le but d'être utilisé spécifiquement dans plusieurs études auprès de femmes adultes présentant un trouble dépressif. Ses éléments ont permis d'identifier plusieurs difficultés d'ajustement social chez des femmes présentant ou ayant présenté un épisode dépressif. Ils peuvent donc être à la base de plusieurs nécessités d'autosoin développementales dont la satisfaction peut apparaître particulièrement importante à ces femmes. De plus, plusieurs éléments du questionnaire indiquent des buts importants que l'on peut déduire à partir des théories et des études sur la dépression. Par exemple, l'importance de se procurer des renforcements positifs, soulevée par le modèle du manque de renforcements positifs, peut être relevée par le biais de différents énoncés de la SAS appartenant, entre autres, à la catégorie « vie sociale et loisirs ». Les éléments de la SAS ont donc été transformés en énoncés de nécessités d'autosoin. Ainsi, l'élément « Se désintéresse énormément de son travail » a été traduit de la façon suivante : « Me sentir plus intéressée par mon occupation principale ». Une liste des dimensions à la base de chacune des nécessités d'autosoin développementales énoncées apparaît au tableau 2.

Tableau 2 Dimensions à la base des nécessités d'autosoins

Nécessités d'autosoins développementales		Nécessités d'autosoins reliées à l'altération de la santé
A. Travail	D. Rôle parental	I. Bien-être physique
1. Intérêt	32. Présence auprès des enfants	60. Durée du sommeil
2. Tension	33. Communication	61. Qualité du sommeil
3. Effort requis	34. Tensions	62. Appétit
4. Quantité	35. Marques d'affection	63. Poids
5. Efficacité	36. Implication du conjoint	64. Fatigue
6. Conflits	37. Établissement de limites	65. Malaises
7. Culpabilité : garde des enfants	E. Unité familiale	66. Préoccupations somatiques
8. Conciliation des rôles	38. Souci	67. Concentration
9. Ampleur du fardeau	39. Culpabilité	J. Humeur
10. Services de garderie	40. Sentiment d'abandon	68. Insatisfaction
11. Travail apprécié par les autres	41. Collaboration des membres	69. Contrariétés
B. Vie sociale et loisirs	F. Relation avec la famille éloignée	70. Tristesse
12. Réseau social	42. Fréquence des contacts	71. Idées noires
13. Interactions sociales	43. Communication	72. Pleurs
14. Communication	44. Conflits	73. Irritabilité
15. Activités récréatives	45. Souci	74. Intérêt pour les autres
16. Conflits	46. Culpabilité	75. Idées suicidaires
17. Sensibilité	47. Sentiment d'abandon	K. Estime de soi
18. Aisance en société	48. Autonomie	76. Valeur personnelle
19. Solitude	G. Affirmation et réalisation de soi	77. Image corporelle négative
20. Ennui	49. Défendre son point de vue	78. Sentiment d'être un échec
21. Loisirs	50. Besoin d'approbation	79. Déception de soi-même
C. Relation amoureuse	51. Capacité de refuser	80. Blâme
22. Communication	52. Précision de ses buts	81. Acceptation de soi
23. Expression de son désaccord	53. Choix des changements	L. Connaissances sur la dépression
24. Comportement de domination	54. Confiance en soi	82. Compréhension de la dépression
25. Conflits	55. Sentiment d'impuissance	83. Médicaments prescrits
26. Autonomie	56. Autonomie financière	84. Croyance en amélioration
27. Expression de ses besoins	57. Prise de décision	85. Moyens pour éviter une rechute
28. Marques d'affection	H. Situation économique	86. Crainte d'une rechute
29. Intérêt pour la sexualité	58. Gestion financière	87. Impression de manquer de courage
30. Problèmes sexuels	59. Problèmes financiers	88. Échanges avec des pairs
31. Rencontres amoureuses		89. Moyens à prendre pour s'en sortir
		90. Peur d'être jugée

La SAS comprenait sept catégories de rôles. Ces mêmes catégories ont été utilisées pour classer les différentes nécessités d'autosoin développementales formulées dans cette étude. Ce sont les catégories suivantes : travail, vie sociale et loisirs, relation amoureuse, rôle parental, unité familiale, relation avec la famille éloignée et situation économique. Ces dimensions, qui couvrent de façon systématique l'ensemble des rôles généralement occupés par les femmes adultes, nous ont guidées dans le choix des dimensions à la base des éléments de l'INAS. Nous avons créé une huitième catégorie en rapport avec l'affirmation et la réalisation de soi. Les nécessités d'autosoin de cette catégorie découlent essentiellement du modèle de la résignation acquise et des études sur les facteurs de risques de la dépression. Au total, 59 énoncés de nécessités d'autosoin développementales ont été formulés. Pour chacun d'entre eux, une valeur entre 0 (pas du tout important) et 4 (excessivement important) peut être attribuée.

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

L'*Inventaire de dépression de Beck* (IDB) (Beck, Ward, Mendelson, Moch, & Erbaugh, 1961 ; Gauthier, Morin, Thériault, & Lawson, 1982), qui est l'adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression à partir des manifestations cliniques de ce trouble, a servi de guide pour la formulation de la majorité des nécessités d'autosoin de ce type. Cependant, comme les éléments de l'IDB n'étaient pas formulés en termes d'objectifs à atteindre, mais plutôt de déficits présents, nous les avons transformés en expressions de nécessités d'autosoin telles que définies par Orem. Par exemple, un des choix de réponses possibles apparaissant dans l'IDB est le suivant : « Je suis tellement triste ou malheureux que cela me fait mal ». La reformulation de cette question en nécessité d'autosoin apparaît comme suit : « Cesser de me sentir très triste ou malheureuse aussi souvent ». Les dimensions à la base de ces nécessités d'autosoin apparaissent au tableau 2.

La structure de l'IDB met en évidence trois principaux modes d'expression de la dépression, soit : (a) l'affect négatif envers soi (sentiment d'échec, culpabilité...), (b) les difficultés physiologiques ou somatiques (insomnie, fatigue, anorexie...) et (c) les troubles de l'humeur (tristesse, pessimisme, irritabilité...). Ces distinctions ont servi de fondements théoriques permettant d'identifier de façon systématique les buts liés au trouble dépressif. Donc, inspirées de l'IDB, trois catégories de nécessités d'autosoin liées à l'altération de la santé ont été retenues, soit le bien-être physique, l'estime de soi et l'humeur dépressive. Une quatrième catégorie, nommée « connaissances sur la dépression », a été ajoutée

aux trois premières. Cette catégorie regroupe des nécessités d'autosoin en rapport avec les connaissances sur les troubles dépressifs, sur les mesures de prévention, de traitement et de réadaptation de ce problème de santé. Cette opérationnalisation a donné lieu à une liste de 31 énoncés de nécessités d'autosoin liées à l'altération de la santé. Pour chacun d'entre eux, il est possible d'attribuer une valeur entre 0 (pas du tout important) et 4 (extrêmement important).

Validité nominale des nécessités d'autosoin identifiées

Partant des concepts décrits précédemment et de leur opérationnalisation, une première liste de 88 nécessités d'autosoin a été soumise à sept expertes et experts dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie, pour des fins de validité nominale. Ces personnes se sont prononcées sur la clarté des énoncés, sur leur pertinence en fonction du concept à l'étude, ainsi que sur leurs caractères exclusif et exhaustif. Les commentaires reçus ont permis d'améliorer la formulation de quelques énoncés. Trois énoncés ont été ajoutés et un a été rejeté. La validité des différentes catégories de nécessités d'autosoin a ensuite été vérifiée avec la collaboration de cinq autres expertes et experts 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. Les résultats obtenus ont indiqué un accord acceptable, c'est-à-dire entre trois expertes et experts sur cinq quant à la catégorie pour 77 énoncés, sur un total de 90. L'accord quant à la catégorie de huit énoncés a été obtenu après discussion avec les personnes consultées. Cinq énoncés ont été classés dans des catégories différentes.

Conclusion

Le travail de conceptualisation présenté dans cet article constitue la première étape réalisée dans le cadre d'une étude descriptive comparative sur les nécessités d'autosoin reconnues par des femmes traitées pour un trouble dépressif. Il a permis de développer une liste de plusieurs nécessités d'autosoin spécifiques possibles, lesquelles correspondent à un indicateur empirique opérationnel, en ce sens qu'une valeur numérique traduisant l'importance que les femmes leur attribuent peut être déterminée. L'originalité de l'instrument qui en résulte réside dans le fait que, découlant d'une perspective infirmière distincte, il est centré essentiellement sur la reconnaissance du potentiel des femmes présentant un trouble dépressif à parvenir à un mieux-être, plutôt que d'être axé prioritairement sur les déficits de ces femmes. *L'Inventaire des nécessités d'autosoin* a servi à mesurer la valeur qu'une

clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif accorde à plusieurs nécessités d'autosoins, et à la comparer à celle que leur attribuent des femmes non traitées pour un problème émotif. À partir des différences observées, il a été possible de décrire les nécessités d'autosoin spécifiques, c'est-à-dire particulières à des femmes traitées pour un trouble dépressif (Page, 1991 ; Page et Ricard, 1995). D'autres recherches seront nécessaires pour préciser, à partir des nécessités d'autosoin identifiées, l'exigence d'autosoin thérapeutique de cette clientèle. De plus, la capacité d'autosoin de ces femmes pourra être mesurée, ce qui permettra d'identifier les limitations d'autosoin. Ces connaissances mèneront à une meilleure compréhension des déficits d'autosoin des femmes suivies pour un trouble dépressif, ainsi qu'au développement de modèles d'intervention infirmiers dont pourrait bénéficier cette clientèle.

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.
- Akiskal, H.S., & McKinney, W.T. (1975). Overview of recent research in depression. *Archives of General Psychiatry, 12*(32), 285-301.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4^e éd.). Washington : American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Belle, D. (1982). *Lives in stress : Women and depression*. Beverly Hills, CA : Sage.
- Bothwell, S., & Weissman, M.M. (1977). Social impairments four years after an acute depressive episode. *American Journal of Orthopsychiatry, 2*(42), 231-237.
- Boyer, R. (1990). Sur l'épidémiologie des maladies mentales : mise à jour des données récentes. *Santé mentale au Québec, 15*(2), 73-88.
- Breytspraak, L.M., Bull, N.C., Gumbhir, A.K., & Rinck, C.M. (1988). Affects, demographic variables, and health. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 131-141.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine, 16*, 813-831.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder among women*. New York : Free Press.
- 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.
- Costello, C.G. (1982). Social factors associated with depression : A retrospective community study. *Psychological Medicine*, 12, 329-339.
- Dashiff, C.J. (1988). Theory development in psychiatric-mental health nursing : An analysis of Orem's Theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(6), 366-372.
- 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. (1978). The relationship between theory and research : A double helix. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 49-62.
- Fawcett, J. (1991). Approaches to knowledge development in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 23(4), 23-34.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3^e éd). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Fawcett, J., & Downs, F.S. (1986). *The relationship of theory and research*. Norwalk, CT : Appleton-Century-Crofts.
- Frederickson, K. (1992). Research methodology and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 5(4), 150-151.
- Fréden, L. (1982). *Aspects psychosociaux de la dépression* (trad. de S. Renard). Bruxelles : Mardaga.
- Gast, H.L., Denyes, M.J., Campbell, J.C., Hartweg, D.L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Self-care agency : Conceptualizations and operationalizations. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 26-38.
- 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., Wasylenki, D., Lancee, W., & Freeman, S.J.J. (1983). Social support and post hospital outcome for depressed women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 612-618.
- Gove, W., & Tudor, J. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, 813-835.
- 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.

- Nelson McDermott, M.A. (1993). Learned helplessness as an interacting variable with self-care agency : testing a theoretical model. *Nursing Science Quarterly*, 6(1), 28-38.
- 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* (4^e éd.). St-Louis : Mosby.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing : concepts of practice* (5^e éd.). St-Louis : Mosby.
- Page, C. (1991). Étude comparative des nécessités d'autosoin reconnues par des femmes traitées et non traitées pour un trouble dépressif. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.
- Page, C., & Ricard, N. (1995). Étude comparative sur les nécessités d'autosoin d'une clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières/Canadian Journal of Nursing Research*, 27(3), 87-110.
- 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 infirmière/The Canadian Journal of Nursing Research*, 26(1), 41-53.
- Streit, U., & Tanguay, Y. (1993). Vécu dans les rôles féminins, soutien, conflit travail-famille et symptomatologie dépressive. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 109-134.
- Warren, L.W., & McEachren, L. (1983). Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 151-160.
- Weissman, M.M., Kals, 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. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 771-778.
- 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.

Date acceptée : Janvier 1996