

Université de Montréal

Les besoins d'apprentissage et
les stratégies de "coping"
de la soignante naturelle

par

Gemma Aucoin

Département de psychopédagogie et d'andragogie
Faculté des sciences de l'éducation

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en andragogie

Septembre, 1997

© Gemma Aucoin, 1997



LB

5

457

1998

U.014



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

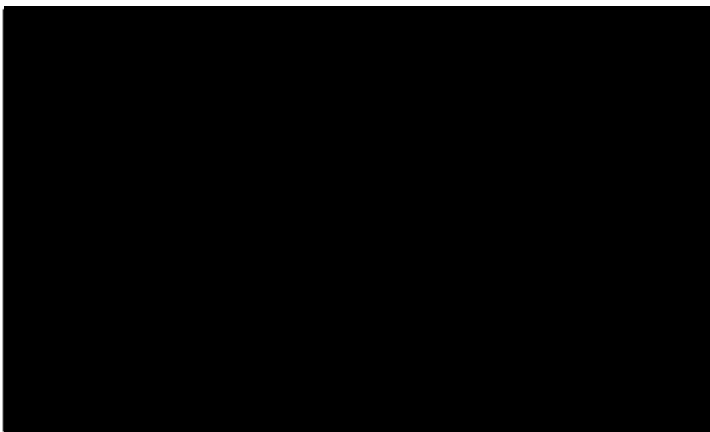
Cette thèse intitulée:

Les besoins d'apprentissage et les stratégies
de "coping" de la soignante naturelle

présentée par:

Gemma Aucoin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:



Thèse acceptée le: 06.05.1998

Sommaire

Cette étude descriptive corrélacionnelle avait pour but de décrire les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et les stratégies de "coping" utilisées par celle-ci. Cette recherche vérifie également l'existence de relations entre les deux variables précitées.

Trente soignantes naturelles ont participé à cette étude. Les sujets sont toutes des femmes qui, à domicile, prennent soin de leur conjoint atteint d'un cancer localisé. Le conjoint suit un traitement anticancéreux. L'échantillon est accidentel. Les données ont été recueillies à l'aide d'un formulaire de données sociodémographiques et de trois instruments de mesure. Les instruments retenus sont la version française modifiée de l'échelle DINA (1995), l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage (1995) et la version française de l'échelle de "coping" de Jalowiec (1987). Lors du traitement informatique des données, des analyses statistiques descriptives et associatives ont été réalisées.

Les résultats obtenus indiquent que les soignantes naturelles possèdent des acquis de départ en tant qu'apprenantes. Elles ont reçu de l'information concernant surtout le problème de santé de leur conjoint et la manière de lui donner des soins physiques. De plus, les soignantes naturelles manifestent toutes le désir d'apprendre. Les 26 besoins d'apprentissage exprimés par les sujets constituent une donnée importante de l'étude. Il ressort de cette recherche que la presque totalité des sujets veulent apprendre comment procurer des soins psychologiques à leur conjoint atteint de cancer. Également, la majorité des sujets désirent comprendre davantage le cancer. La plupart des soignantes naturelles désirent savoir que le cancer peut produire l'effritement de certaines amitiés. Plus de la moitié des sujets veulent apprendre les moyens de lutter contre le stress. Il se dégage de cette étude que les besoins d'apprentissage qui ont causé le plus d'insatisfaction aux soignantes naturelles, se rapportent surtout à leurs préoccupations personnelles.

Cette recherche met en évidence que les soignantes naturelles utilisent davantage les stratégies de "coping" axées sur le problème comparativement aux stratégies centrées sur les émotions. Les catégories de stratégies de "coping" les plus utilisées par les sujets sont le soutien, l'optimisme, l'indépendance et l'affrontement de la situation. Cette étude met également en relief les stratégies auxquelles les sujets ont le plus recours. Il en ressort que les soignantes naturelles parlent de leur situation, avec un membre de la famille ou des amis. De plus, elles cherchent à être en contrôle de la situation et elles maintiennent une vie aussi normale que possible. Les soignantes naturelles entretiennent des pensées positives. Elles tirent avantage de leur expérience pour résoudre des problèmes engendrés par la situation actuelle. Finalement, les soignantes naturelles s'appuient sur la foi. Cette étude n'a pas décelé de relation significative entre l'insatisfaction exprimée par la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation des stratégies de "coping" axées sur les émotions. De toutes les stratégies jugées inefficaces par les sujets, seule l'expression des émotions ont une relation significative avec l'insatisfaction vécue par la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage. Par ailleurs, aucune corrélation substantielle n'existe entre l'insatisfaction des soignantes naturelles, relativement aux besoins d'apprentissage et les stratégies d'évitement et de fatalisme jugées inefficaces par celles-ci.

Les résultats obtenus devraient inciter les infirmières à mettre plus d'emphase sur l'apprentissage centré sur l'adulte au lieu de l'enseignement. Cette recherche ouvre le champ de connaissances au phénomène du "coping" dans le domaine de l'andragogie. L'arrivée du virage ambulatoire en matière de santé pourrait inviter plus de chercheurs à s'orienter davantage vers l'éducation non formelle de l'adulte. Des recommandations pour la recherche, la formation et la pratique sont formulées à la fin de cette étude.

Table des matières

Identification du jury	ii
Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xii
Remerciements	xiii
Introduction	1
Chapitre premier - Problème	5
But de l'étude	14
Questions de recherche	14
Justification de l'étude	14
Utilité de l'étude	16
Sur le plan de la recherche	16
Sur le plan de la pratique	18
Chapitre II - Recension des écrits	20
Phénomène de l'apprentissage chez l'adulte	21
Besoins d'apprentissage: une analyse conceptuelle	22
Définition du concept	22
Caractéristiques du concept	25
Construction d'un cas modèle et d'un cas relié	29
Identification des antécédents et des conséquents	30
Référents empiriques	32
Phénomène de "coping" chez l'adulte	34
Développement du phénomène de "coping" selon l'apport des différentes théories	34

Théorie de la sélection naturelle	34
Théorie psychanalytique du moi	35
Théorie psychosociale d'Erikson	36
Perspective culturelle et socio-écologique	36
Théorie de "coping" de Lazarus et Folkman	37
"Coping" et adaptation	41
Classification des stratégies de "coping"	43
Efficacité des stratégies de "coping"	49
Relation entre le "coping" et l'apprentissage	52
Apprentissage et éducation non formelle	58
Besoins d'apprentissage de la soignante naturelle	59
Caractéristiques de la soignante naturelle	68
Rôle de la soignante naturelle	68
Rôle des éducateurs dans le domaine de la santé	69
Relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" de la soignante naturelle	71
Questions de recherche	74
Chapitre III - Méthode	76
Devis de l'étude	77
Définition des termes	77
Instruments utilisés	79
Formulaire de données sociodémographiques	80
Version française modifiée de l'échelle DINA	80
Validité et fidélité de la version française modifiée de l'échelle DINA	85

Échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage	86
Validité et fidélité du nouvel instrument	86
Échelle de "coping" de Jalowiec	87
Traduction des instruments	89
Milieu et échantillon	90
Déroulement de l'étude	91
Méthode d'analyse des données	93
Limites de l'étude	94
Chapitre IV - Présentation des résultats	96
Taux de participation	97
Données sociodémographiques des sujets	98
Caractéristiques personnelles	98
Caractéristiques des répondantes liées à leur rôle de soignantes naturelles	99
Analyse des réponses des sujets à la version française modifiée de l'échelle DINA	101
Identification des besoins d'apprentissage	101
Description des besoins d'apprentissage	107
Catégorisation des besoins d'apprentissage	112
Degré d'insatisfaction de la soignante naturelle relativement aux besoins d'apprentissage	114
Analyse des réponses des sujets à l'échelle de "coping" de Jalowiec	116
Utilisation des stratégies de "coping"	116
Description des stratégies de "coping"	118
Prédominance d'une fonction de "coping"	122

Vérification des relations entre les deux variables étudiées	122
Chapitre V - Analyse et interprétation des résultats	125
Validité et fidélité des outils de mesure	126
Caractéristiques sociodémographiques des sujets	128
Caractéristiques personnelles	128
Caractéristiques des sujets liées à leur rôle de soignantes naturelles	129
Besoins d'apprentissage	131
Stratégies de "coping"	139
Relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" de la soignante naturelle	145
Chapitre VI - Conclusion et recommandations	148
Conclusion	149
Recommandations	153
Recherche	153
Formation	155
Pratique	155
Références	157
Appendice A - Lettre à la directrice des soins infirmiers d'un Centre hospitalier régional et à celle de l'Hôpital extra-mural	xiv
Appendice B - Formule de consentement pour les sujets de l'étude	xviii
Appendice C - Formulaire de données sociodémographiques pour les sujets de l'étude	xx
Appendice D - Version française modifiée de l'échelle DINA	xxii
Appendice E - Échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage	xxvii

Appendice F - Échelle de "coping" de Jalowiec xxxi

Appendice G - Lexique xliii

Liste des tableaux

Tableau

I -	Identification des besoins prioritaires des soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer, selon différents auteurs	8
II -	Présentation des trois catégories de savoirs en précisant la définition et une analyse syntaxique	27
III -	Présentation de l'apport de chacune des théories ayant contribué à préciser le phénomène du "coping"	40
IV -	Nature et fonction des stratégies de "coping"	42
V -	Présentation des ressemblances et des dissemblances entre le "coping" et l'adaptation	44
VI -	Présentation des huit catégories des stratégies de "coping" selon Jalowiec (1989) en précisant un exemple et en délimitant leur fonction	48
VII -	Liste des catégories de stratégies de "coping" classées par auteur	50
VIII -	Présentation des ressemblances entre le "coping" et l'apprentissage	54
IX -	Identification des quinze besoins d'apprentissage spécifiques aux soignantes naturelles	61
X -	Catégories des besoins d'apprentissage proposées par Derdiarian	66
XI -	Profil des données sociodémographiques des soignantes naturelles	98
XII -	Caractéristiques des soignantes naturelles liées à la prise en charge du soin de leur conjoint	100
XIII -	Présence ou absence d'un besoin d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales de la soignante naturelle	103
XIV -	Description des besoins d'apprentissage perçus par les soignantes naturelles	109
XV -	Répartition des besoins d'apprentissage selon les trois catégories de savoirs	112
XVI -	Moyenne et médiane obtenues pour les quinze items de l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage chez la soignante naturelle	115

Tableau

XVII -	Moyenne obtenue pour l'utilisation et l'efficacité des stratégies de "coping" chez les soignantes naturelles	117
XVIII -	Dix stratégies de "coping" les plus utilisées par les soignantes naturelles	119
XIX -	Dix stratégies de "coping" les moins utilisées par les soignantes naturelles	121

Liste des figures

Figure

1 -	Représentation schématique des variables de l'étude	13
2 -	Synthèse des étapes de l'analyse du concept: besoin d'apprentissage	33
3 -	Relation entre la démarche de "coping" et l'apprentissage de l'adulte	57
4 -	Opérationnalisation de l'expression besoin d'apprentissage	84

Remerciements

L'auteure désire exprimer ses remerciements à sa directrice de thèse, Madame Louise Marchand, pour sa supervision constante et ses précieux conseils tout au long de cette recherche. Elle témoigne également sa reconnaissance à Madame Susan McEnry, infirmière responsable en soins oncologiques, qui a contribué de manière importante au recrutement des sujets de l'étude. L'auteure remercie aussi son conjoint dont le soutien a facilité la réalisation de la thèse doctorale.

Introduction

Les professionnels de la santé visent à répondre aux besoins de la personne malade et de sa famille. Ainsi, les soins de santé doivent évoluer de manière à satisfaire pleinement les besoins des individus. Les politiques sociales incitent la famille à participer plus activement aux soins d'un de ses membres qu'on souhaite maintenir à domicile (Hileman, Lackey & Hassanein, 1992; Cooley et al. 1995). Cette situation amène un membre de la famille, particulièrement la femme, à satisfaire les besoins physiques et psychosociaux du malade à domicile. Cette personne est appelée la soignante naturelle (Garand & Bolduc, 1990).

L'épouse qui vit avec son conjoint récemment diagnostiqué de cancer et le soigne à domicile fait face à un problème de la vie. Sans avoir reçu une formation professionnelle dans le domaine de la santé, elle assume des responsabilités importantes dans les soins qu'elle donne à son conjoint. La soignante naturelle a alors besoin d'apprendre afin de mieux faire face à cette nouvelle réalité de sa vie quotidienne. Dans un milieu non formel d'éducation, la soignante naturelle cherche à satisfaire ses besoins d'apprentissage afin de conserver un certain contrôle de la situation. Elle ne se limite plus à recevoir passivement de l'information du médecin ou de l'infirmière. L'approche andragogique préconisée par Knowles (1980; 1990) est donc celle qui permet aux éducateurs de la santé de mieux comprendre le phénomène de l'apprentissage chez l'adulte lié à des problèmes de la vie quotidienne.

En plus d'être confronté à son nouveau rôle d'être une soignante naturelle, l'épouse doit continuer de s'acquitter de ses fonctions familiales, professionnelles et sociales. Dans cette situation inhabituelle, le processus de "coping" prend place. Le "coping" signifie la capacité de la soignante naturelle de faire face à cette situation stressante. Ainsi, l'épouse développe des stratégies pour assumer ses émotions et tenter de surmonter cette situation inattendue. La soignante naturelle peut exprimer des inquiétudes face à sa capacité de procurer des soins physiques et du soutien psychologique à son conjoint malade. Elle

éprouve habituellement de la difficulté à coordonner sa vie familiale, professionnelle et sociale avec les soins qu'elle doit dispenser à son conjoint.

Les recherches récentes effectuées auprès des soignantes naturelles visent à identifier les besoins de cette population (Hileman & Lackey, 1990; Chaitchik & al., 1992; Longman & al., 1992). Il ressort de ces études que **les deux besoins prioritaires de la soignante naturelle sont la nécessité d'apprendre et le soutien psychologique**. En effet, la soignante naturelle en connaît très peu au sujet du phénomène du cancer, des soins à donner et de la manière de réorganiser sa vie. Elle éprouve de la difficulté à faire face à cette situation inattendue. Elle s'inquiète du problème de santé de son conjoint et de l'avenir. Nous pouvons dire que peu de chercheurs se sont intéressés à connaître les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et leurs stratégies de "coping" ainsi que de vérifier l'existence de relations entre ces deux variables.

En conséquence, cette recherche de nature descriptive corrélationnelle vise d'abord à décrire les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et les stratégies de "coping" utilisées par celles-ci. Cette étude vérifie ensuite s'il existe une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage, et l'utilisation par celle-ci de stratégies de "coping" centrées sur les émotions. Cette recherche examine aussi la présence ou l'absence de relations entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions qu'elle utilise. Le premier chapitre présente le problème et sa pertinence, le but de l'étude et les questions de recherche. Le deuxième chapitre expose les écrits relatifs au phénomène de l'apprentissage chez l'adulte et à celui du "coping". Il inclut aussi la position des théoriciens concernant la relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping"

de la personne en situation de stress. Le troisième chapitre présente le déroulement de l'étude. Cette section précise le devis de recherche, les variables de l'étude, le milieu, l'échantillon, les instruments de mesure utilisés, les résultats des analyses portant sur la fidélité des échelles de mesure, les considérations éthiques, la méthode d'analyse des données et les limites de l'étude. Le quatrième chapitre a rapport à la présentation des résultats de l'étude. Il inclut les données sociodémographiques concernant les sujets, et les données relatives à chacune des questions de recherche. Le cinquième chapitre traite de l'interprétation des résultats à la fois dans le contexte de l'étude et à la lumière d'autres projets de recherche. Finalement, des recommandations pour la recherche, la formation et la pratique sont proposées à la fin de cette étude.

Chapitre premier

Problème

Les tendances actuelles et futures dans le domaine de la santé sont orientées de telle sorte qu'un membre de la famille de la personne atteinte de cancer assume de plus en plus le rôle de soignante naturelle auprès du malade (Harvey, 1990). Ce nouveau rôle nécessite que l'épouse, s'engage, comme soignante naturelle à satisfaire les besoins physiques et psychosociaux de son conjoint malade à son domicile (Bunting, 1989). La soignante naturelle qui désire affronter positivement cette réalité de la vie a besoin d'apprendre afin de préserver sa qualité de vie.

Seul Knowles (1968; 1980) s'est intéressé particulièrement au phénomène de l'apprentissage chez l'adulte lié à des problèmes de vie quotidienne. Dans ses écrits, Knowles spécifie que l'adulte aspire à l'autodétermination et qu'il la désire. Par conséquent, ce dernier est capable de s'engager de manière active dans son processus d'apprentissage. L'adulte peut déterminer ses propres besoins d'apprentissage, c'est-à-dire l'écart existant entre sa perception d'être informé et celle de désirer de l'information en ce qui concerne les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. L'apprentissage de l'adulte est donc orienté vers sa vie (Knowles, 1990). Plus particulièrement, l'adulte apprend afin de satisfaire ses besoins actuels, c'est-à-dire que son apprentissage se centre sur ce qu'il vit à un moment spécifique de son existence (Knowles, 1990). L'apprenant adulte est prêt à investir des énergies pour apprendre, car il est convaincu que cet apprentissage l'aidera à affronter les nouvelles tâches qu'il rencontre dans sa vie quotidienne (Knowles, 1990). Ainsi, la soignante naturelle a besoin d'apprendre afin d'être capable de s'adapter à son nouveau rôle et de conserver sa qualité de vie.

Dans une perspective andragogique, l'accent est placé sur l'apprenant adulte: ses besoins, son développement et ses expériences acquises. De l'avis de McClary (1990), il apparaît naturel d'inclure le "coping" dans la discipline qui aide l'adulte à apprendre. Le "coping" signifie les efforts cognitifs et comportementaux déployés par l'adulte afin de gérer une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Il

représente alors l'ensemble des stratégies que l'adulte adopte afin de faire face aux problèmes existentiels.

Les professionnels de la santé intéressés à l'éducation des adultes se préoccupent de l'apprentissage et du "coping" de la personne malade et de sa famille incluant la soignante naturelle. Cet apprentissage se déroule dans un milieu non formel, c'est-à-dire que les activités éducatives sont habituellement de courte durée et qu'elles se réalisent en dehors du système éducatif traditionnel. Goodwin-Johansson (1988) précise que la presque totalité des adultes vivent l'expérience de la maladie et que par conséquent, les besoins d'apprentissage doivent être connus et satisfaits en considérant l'"ici" et le "maintenant". Dans la discipline centrée sur l'apprenant, il est aussi important de tenir compte des stratégies de "coping" utilisées par l'adulte lors d'une situation stressante, (McClary, 1990).

La grande majorité des études descriptives effectuées auprès des soignantes naturelles visent à reconnaître les besoins de cette population. Le tableau I présente l'identification des besoins prioritaires des soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer, selon différents auteurs. Ce tableau permet de dégager **une unanimité chez les chercheurs, à savoir que les deux besoins prioritaires de cette population sont la nécessité d'apprendre et le soutien psychologique**. Bank, Clark et Longman (1989) précisent, en effet, que les besoins des soignantes naturelles se trouvent surtout sur les plans de l'apprentissage, du soutien psychologique et des ressources financières. L'étude de Hileman, Lackey et Hassanein (1992) effectuée auprès de 492 soignantes naturelles relève que les besoins rapportés le plus fréquemment par cette population concernent leur désir de recevoir de l'information et du soutien psychologique de la part des professionnels de la santé.

Tableau I

Identification des besoins prioritaires des soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer, selon différents auteurs

Auteurs, année et nombre de sujets	Besoins prioritaires de la soignante naturelle basés sur la classification de Lackey et Wingate (1989)				
	Besoin d'apprentissage	Besoin psychologique	Besoin d'entretenir son domicile	Besoins financiers et légaux	
Bank, Clark et Longman (1989) N=16	X	X			X
Chaitchik, Shulamith, Rapoport et Algor (1992) N=55	X	X			
Grobe, Ahmann et Ilustrup (1982) N=60	X	X	X		
Hileman et Lackey (1990) N=30	X	X		X	
Hileman, Lackey et Hassanein (1992) N=492	X	X			

Tableau I (suite)

Identification des besoins prioritaires des soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer, selon différents auteurs

Auteurs, année et nombre de sujets	Besoins prioritaires de la soignante naturelle basés sur la classification de Lackey et Wingate (1989)				
	Besoin d'apprentissage	Besoin psychologique	Besoin d'entretenir son domicile	Besoins financiers	Besoins et légaux
Hinds (1985) N=60	X	X			X
Longman, Atwood, Sherman, Benedict et Shang (1992) N=59	X	X			
Perry et de Meneses (1989) N=28	X		X		
Tringali (1986) N=49	X	X			
Wingate et Lackey (1989) N=20	X	X		X	

Le tableau I précise que l'apprentissage de la soignante naturelle est un besoin prioritaire. En effet, Bank, Clark et Longman (1989) ainsi que Hileman et Lackey (1990) constatent que les soignantes naturelles désirent obtenir de l'information au sujet du problème de santé du conjoint et des soins à dispenser sur les plans instrumental et préventif. Ces auteurs précisent également que les soignantes naturelles veulent en apprendre davantage en ce qui a trait à la surveillance de leur conjoint malade ainsi qu'aux stratégies à utiliser pour réduire leur propre stress. Dans le même ordre d'idées, Derdiarian (1989) spécifie que les soignantes naturelles ont des besoins d'apprentissage liés au problème de santé de leur conjoint, à leurs préoccupations personnelles et aux préoccupations familiales et sociales.

Toutes les études recensées au tableau I mettent en évidence que la soignante naturelle a besoin d'être soutenue psychologiquement. Une façon pour la soignante naturelle de composer avec le phénomène de vivre avec son conjoint atteint de cancer et de le soigner est d'utiliser des stratégies centrées principalement sur les émotions. Ainsi, la soignante naturelle se fait du souci au sujet de la maladie de son conjoint et elle appréhende l'avenir. La préoccupation et l'attention du couple sont centrées sur la personne malade et son problème de santé. L'épouse éprouve de la difficulté à accomplir son rôle de soignante tout en conservant ses rôles acquis. Elle vit alors des tensions et peut avoir de la difficulté à se reposer et à dormir.

Plusieurs auteurs, tels Bunting (1989), Schlepp (1989) et Wingate et Lackey (1989), soutiennent que le phénomène de vivre avec un conjoint malade et de le soigner amène plusieurs sources de stress. Entre autres, les besoins d'apprentissage non comblés et la difficulté pour la soignante naturelle de faire face aux changements dans ses habitudes de vie, imposés par les soins donnés au conjoint, sont deux sources importantes de stress. De même, dans leur étude effectuée auprès de 614 familles, Poulshock et Deimling (1984) sont d'avis que le phénomène d'être une soignante

naturelle constitue une expérience stressante conduisant souvent à des problèmes physiques de santé. Par conséquent, la soignante naturelle a besoin de satisfaire ses besoins d'apprentissage afin d'être capable de mieux faire face à sa situation actuelle et d'acquiescer une satisfaction dans ce rôle. La présence d'un besoin d'apprentissage amène la personne à ressentir de l'insatisfaction c'est-à-dire du mécontentement et du déplaisir (Aucoin-Gallant, 1996). Ces réactions affectives incitent la personne à mobiliser des énergies en vue de combler son besoin d'apprendre (Sillamy, 1989).

L'expérience professionnelle de la chercheuse, acquise dans la pratique des soins communautaires, lui a fait prendre conscience que les besoins prioritaires des soignantes naturelles se trouvent sur le plan de l'apprentissage et dans le soutien psychologique. En effet, les soignantes naturelles expriment leur désir de recevoir davantage d'information au sujet du problème de santé de leur conjoint, des soins à dispenser et des ressources de soutien disponibles dans leur communauté. La chercheuse a aussi observé que les soignantes naturelles éprouvent de la difficulté à faire face à leur situation actuelle. Elles sont préoccupées et inquiètes à propos de la maladie de leur conjoint et de l'avenir. Elles éprouvent habituellement des périodes d'insomnie et elles s'adonnent souvent à la prise de médicaments pour diminuer la tension. Les soignantes naturelles ont alors recours à des stratégies de "coping" centrées davantage sur les émotions.

À travers les écrits, il existe toutefois très peu d'information sur les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et sur les stratégies de "coping" qu'elles utilisent. Également, aucune étude n'a vérifié l'existence de relations entre ces deux variables, auprès de cette population. L'idée que les besoins d'apprentissage satisfaits peuvent améliorer les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle est, selon Ferrans (1990), une piste de recherche qui mérite d'être

explorée dans le futur.

Quelques théoriciens et chercheurs se sont intéressés aux relations existant entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" des personnes qui vivent en situation de stress. Selon Cohen et Lazarus (1983), la personne qui obtient de l'information en apprend davantage sur le problème ainsi que sur les interventions qui peuvent être accomplies. La personne réévalue ensuite sa situation jugée stressante. Cette réévaluation est susceptible de diminuer l'intensité et la nature du stress ainsi que d'atténuer sa détresse émotionnelle. Dans le même ordre d'idées, Watson (1985) reconnaît que l'information reçue aide la personne malade et sa famille à réduire ses inquiétudes et ses préoccupations. Cohen et Lazarus (1979), et Power (1985) soutiennent que l'enseignement reçu est un moyen d'aider la personne à faire face à sa situation. Derdiarian (1989) suggère que l'enseignement dispensé aux personnes récemment atteintes de cancer et à leur conjoint augmente leur niveau de connaissances et leur satisfaction. Elle avance l'idée que cet enseignement pourrait améliorer les stratégies de "coping" qu'elles utilisent. Cependant, l'étude de Brock (1990) effectuée auprès des familles dont l'un des membres est atteint d'insuffisance rénale a démontré qu'il n'existe aucune relation significative entre les besoins d'apprentissage satisfaits et l'utilisation de stratégies de "coping" efficaces par la famille ($r = ,08$, $p < ,31$).

Les écrits consultés indiquent que les besoins prioritaires de la soignante naturelle ont déjà été identifiés lors de recherches descriptives. Il s'agit particulièrement des besoins d'apprentissage et du soutien psychologique. Il est donc opportun d'entreprendre une étude en vue de décrire en détail les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et leurs stratégies de "coping", ainsi que de vérifier l'existence de relations entre ces variables. Voir la figure 1.

Problème existentiel vécu par la soignante naturelle



Prendre soin de son conjoint atteint de cancer

Description des deux variables de l'étude



Besoins d'apprentissage de la soignante naturelle à propos:

- du problème de santé du conjoint
- des préoccupations personnelles
- des préoccupations familiales
- des préoccupations sociales



Stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle:

- centrées sur les émotions et/ou
- axées sur le problème

Vérification de relations entre les deux variables

Degré d'insatisfaction exprimée par la soignante naturelle en ce qui concerne les besoins d'apprentissage



Utilisation des stratégies de "coping" centrées sur les émotions



Inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions

Représentation schématique des variables de l'étude
(figure 1)

But de l'étude

Cette étude, de nature descriptive corrélacionnelle, a pour but de décrire les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et ses stratégies de "coping". Elle vérifie également l'existence de relations entre ces deux variables.

Questions de recherche

Le problème de recherche est étudié en explorant les questions suivantes:

1. Quels sont les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer?
2. Quelles sont les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer?
3. Est-ce que les soignantes naturelles utilisent davantage les stratégies de "coping" centrées sur les émotions en comparaison avec les stratégies de "coping" axées sur le problème?
4. Existe-t-il une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation, par celle-ci, de stratégies de "coping" centrées sur les émotions?
5. Existe-t-il une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage, et l'inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions, qu'elle utilise?

Justification de l'étude

Plusieurs raisons soutiennent le besoin d'entreprendre cette étude. Le cancer est une maladie chronique qui affecte de plus en plus de personnes de tous les groupes d'âge, dans tous les pays industrialisés (Boring & al, 1991; Harvey, 1990). De l'avis de ces auteurs, l'incidence du cancer est plus élevée chez l'homme que chez la femme. Chaque année, aux États-Unis, les médecins diagnostiquent le cancer chez au moins 1 100

000 Américains. La société canadienne du cancer (1994) estime que d'ici l'an 2 000 une personne sur quatre sera touchée par cette maladie. De plus, les soins de santé sont actuellement orientés vers la communauté. Ainsi, le nombre de personnes atteintes de cancer et soignées à leur domicile par un membre de leur famille augmente chaque année de manière significative (Hileman & Lackey, 1990; Harvey, 1990).

La population de plus en plus nombreuse de soignantes naturelles s'explique par l'incidence élevée du cancer, par le caractère chronique attribué à ce problème de santé et par la transition des soins de santé de l'hôpital vers le domicile du malade (Hileman & Lackey, 1990). Dans le même ordre d'idées, Morris (1984) précise que les progrès technologiques médicaux en oncologie amènent la personne cancéreuse à vivre de plus en plus sa réadaptation à domicile.

Plusieurs chercheurs soulignent que la soignante naturelle a davantage de besoins à satisfaire comparativement à la personne cancéreuse vivant à son domicile (Grobe, Ahmann & Ilustrup, 1982; Wingate & Lackey, 1989). D'autres chercheurs, tels Hileman et Lackey (1990) ainsi que Romsaas et al. (1983), sont d'avis que les recherches futures doivent s'orienter vers la qualité des soins donnés à la personne malade et à sa famille après l'hospitalisation.

La grande majorité des études effectuées auprès de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer est de nature descriptive (Bank & al., 1989; Bradley & Meadows, 1989; Hileman, Lackey & Hassanein, 1992). Il ressort de ces études que la soignante naturelle a besoin d'apprendre et d'être soutenue psychologiquement afin de faire face à sa nouvelle situation. Il importe donc d'être mieux renseigné sur les besoins prioritaires non comblés de cette population et sur la vérification de l'existence de liens entre ces deux besoins.

En andragogie, le phénomène du "coping" est encore méconnu.

Toutefois, le problème du stress a suscité un nombre imposant d'études qui témoignent de l'intérêt des chercheurs en éducation pour ce concept (McClary, 1990). Le "coping" suit de façon logique le concept de stress puisqu'il fait appel à la capacité de la personne de faire face à une situation stressante (Lazarus, 1966). Il mérite aussi d'être considéré sur les plans de la pratique et de la recherche dans le domaine de l'éducation des adultes. Il est donc pertinent de s'intéresser au phénomène de l'apprentissage et du "coping" auprès d'une population d'adultes. Toutes les raisons mentionnées ci-dessus incitent la chercheuse à entreprendre cette étude qui vise d'abord à décrire les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et leurs stratégies de "coping". Cette recherche vérifie ensuite s'il existe une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation, par celle-ci, de stratégies de "coping" centrées sur les émotions. Cette étude examine aussi s'il y a une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle relativement aux besoins d'apprentissage et l'inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions.

Utilité de l'étude

La connaissance des besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et de ses stratégies de "coping" ainsi que la recherche de relations entre ces deux variables s'avèreront utiles à plusieurs points de vue: sur les plans de la recherche et de la pratique.

Sur le plan de la recherche

Le principal intérêt de connaître les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et ses stratégies de "coping" réside dans l'absence presque totale de connaissances concernant la description de ces deux variables auprès de la population visée. De plus, la chercheuse constate l'existence de contradictions entre la conclusion de l'étude de Brock

(1990) et les écrits de Cohen et Lazarus (1979) ainsi que ceux de Power (1985) en ce qui concerne la relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping". Bien que l'étude de Brock (1990) ait été effectuée auprès des familles dont l'un des membres est atteint d'insuffisance rénale, il reste que cette auteure soutient l'absence de liens entre les besoins d'apprentissage satisfaits et l'utilisation de stratégies de "coping" efficaces. Par contre, Cohen et Lazarus (1979) et Power (1985) avancent l'idée que des relations existent entre les deux variables précitées.

La contribution particulière de cette étude à l'avancement de la recherche dans le champ de l'éducation des adultes consiste à apporter de nouvelles connaissances sur les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et sur ses stratégies de "coping". Cette étude donne aussi l'occasion de vérifier dans quelle mesure l'insatisfaction ressentie par la soignante naturelle en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage s'accompagne de stratégies de "coping" centrées sur les émotions. Les données ainsi recueillies pourraient servir à l'élaboration d'un programme d'interventions éducatives destiné aux soignantes naturelles, permettant ainsi d'entreprendre, dans le futur, une étude de type quasi expérimental.

Cette recherche touche l'apprentissage des adultes dans un milieu non formel et plus particulièrement, des personnes qui se préoccupent de prendre soin à domicile d'une personne atteinte de cancer. Cette étude pourrait inciter le champ de l'éducation des adultes à prêter une attention particulière aux personnes qui désirent apprendre afin de mieux faire face aux problèmes existentiels liés à la maladie. Jusqu'à présent, cette catégorie d'apprenants adultes a fait l'objet de peu d'études. Dans le contexte actuel de la réorganisation des soins de santé, de nombreuses familles et surtout les femmes assument de plus en plus de responsabilités dans le soin d'un des leurs. Sans trop de formation dans la manière de donner les soins, la soignante naturelle perçoit des besoins en assumant

son rôle. Il est important d'accélérer les recherches auprès de ce type de population d'adultes si l'on désire les accompagner dans leur démarche d'apprentissage, répondre à leurs besoins et conserver leur santé.

Sur le plan de la pratique

Depuis une cinquantaine d'années, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus a considérablement augmenté. Actuellement, un citoyen sur dix se retrouve dans le groupe des aînés. Si les projections se réalisent, en l'an 2 000, 14% de la population totale fera partie du troisième âge (Santé et Bien-être social Canada, 1991). De l'avis de Zay (1990), le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladie chronique, ce qui modifie le système des soins de santé. À l'aube de l'an 2000, les soins en matière de santé sont axés davantage sur la communauté (Harvey, 1990). Les administrateurs du domaine de la santé favorisent donc le maintien à domicile de la personne cancéreuse durant la phase de stabilisation. Ils reconnaissent théoriquement l'apport fourni par les soignantes naturelles.

Les résultats obtenus lors de cette recherche pourraient amener les administrateurs à mieux comprendre l'importance de combler le besoin d'apprentissage et de soutien de la soignante naturelle. Les administrateurs pourraient accorder de l'importance à l'éducation non formelle des soignantes naturelles afin de permettre à celles-ci de mieux faire face à cette réalité de la vie quotidienne. En ce qui concerne les intervenants, cette recherche pourra être profitable lors de la planification et de l'élaboration de programmes d'enseignement destinés aux soignantes naturelles aussi bien que dans la mise en oeuvre d'interventions éducatives.

Cette recherche s'intéresse à un nouveau phénomène en andragogie: le "coping". La compréhension du "coping" peut aider à mieux saisir ce que vit l'adulte en situation d'apprentissage. Le "coping" prend naissance

dans un processus transactionnel basé sur la relation dynamique entre la personne et l'environnement. Il représente l'ensemble des stratégies auxquelles l'adulte a recours en vue de gérer les situations stressantes de la vie (Lazarus & Folkman, 1984). Vue sous cette perspective, le "coping" regroupe donc ce que l'adulte pense et ce qu'il fait lors d'une situation jugée stressante. Si dans le domaine de la santé, les éducateurs connaissent les stratégies de "coping" que l'adulte utilise, ils peuvent mettre en route des interventions susceptibles de l'aider à mieux gérer son stress. Cette étude pourrait sensibiliser les éducateurs des adultes à la manière dont l'apprenant fait face à une situation inhabituelle. Ainsi, la notion de "coping" serait davantage intégrée à la discipline qui met l'accent sur l'apprenant adulte.

Chapitre 11

Recension des écrits

La recension des écrits porte sur les phénomènes de l'apprentissage et de "coping" chez l'adulte et, en particulier, la soignante naturelle. Par la téléconférence, des recherches automatisées ont été effectuées sur CD-ROM dans des banques de données en éducation et en santé. À l'aide du thesaurus, les mots clés ont été identifiés. Il s'agit des besoins d'apprentissage, des stratégies de "coping", de l'adulte et de la soignante naturelle. Ces recherches automatisées forment une rétrospective englobant les années 1960 jusqu'à 1996.

Phénomène de l'apprentissage chez l'adulte

Plusieurs leaders dans le domaine de l'éducation des adultes se sont intéressés à différencier l'apprentissage fait à l'âge adulte de celui qui est propre aux jeunes apprenants (Lindeman, 1926; Houle, 1964; Knowles, 1980; 1990; Mezirow, 1981; Brookfield, 1985). Ainsi, le concept de l'andragogie devient le qualificatif central et directif de l'éducation des adultes et se distingue de la pédagogie réservée aux jeunes (Beder & Carrea, 1988). Selon Knowles (1980) et Brookfield (1985), l'adulte a des besoins d'apprentissage spécifiques et des centres d'intérêt qui lui sont propres. Il est un être en devenir, responsable de sa vie et libre d'apprendre ce qu'il juge significatif pour lui (Knowles 1990; Doucet, 1992). L'adulte peut exprimer ses propres besoins d'apprentissage orientés autour de sa vie (Knowles 1980, 1990; Mezirow, 1981). Il est plus motivé à apprendre si les connaissances à acquérir sont orientées vers des tâches développementales et des rôles sociaux (Knowles, 1980, 1990; Brookfield, 1985). Au fil des années, l'adulte accumule des expériences qui deviennent une ressource importante pour ses apprentissages (Linderman, 1926; Knowles 1980; 1978). Pressé par le temps, l'adulte désire mettre ses nouvelles connaissances en application dans des situations réelles et dans un avenir rapproché (Knowles, 1980; 1990) .

Même si plusieurs auteurs se sont intéressés au phénomène de l'apprentissage à l'âge adulte, une consultation de la littérature met en

évidence le fait qu'il n'existe aucune analyse conceptuelle de l'expression besoin d'apprentissage en ce qui concerne la soignante naturelle. De l'avis de Elias et Merriam (1980), une analyse conceptuelle est un exercice intellectuel qui cherche à découvrir la signification d'un concept en le distinguant des termes voisins et en précisant comment il est utilisé dans une situation particulière. Ainsi, l'infirmière clarifie le concept étudié par un processus de détermination de ressemblance et de dissemblance (Boulanger et Goulet, 1994). Afin de bien saisir le concept besoin d'apprentissage, il est nécessaire de le décrire à l'aide d'une analyse conceptuelle.

Besoins d'apprentissage: une analyse conceptuelle

Dans leurs écrits Walker et Avant (1995) ainsi que Wilson (1969) proposent les huit mêmes étapes relatives à l'analyse d'un concept. Selon ces auteurs, le concept est d'abord sélectionné et identifié. Puis, les caractéristiques sur lesquelles reposent l'existence même du concept sont expliquées. La construction d'un cas modèle et celle d'autres cas apportent une compréhension additionnelle du concept. Ensuite, les antécédents et les conséquents du concept sont présentés. Finalement, les référents empiriques permettent de rendre mesurables les caractéristiques du concept. À l'aide des étapes d'analyse proposées, il est possible de clarifier la signification attribuée au concept besoin d'apprentissage et d'offrir aux infirmières une vision claire de ce concept pour mieux le rendre opérationnel.

Définition du concept

Précision du terme besoin

La définition du concept besoin d'apprentissage implique d'abord de saisir la signification attribuée au terme besoin. Ensuite, l'expression besoin d'apprentissage est définie selon un éclairage particulièrement andragogique. Regardons maintenant la signification du terme besoin.

Dans la littérature relative aux sciences humaines, le terme besoin offre plusieurs définitions différentes selon la discipline à laquelle s'adonnent les théoriciens. En psychologie, le mot besoin indique un manque, un déficit, une exigence à combler qui entrave le mieux-être de la personne (Maslow, 1970). Ce manque ou ce déficit est perçu par la personne comme un état de tension. En conséquence, il amène l'individu à chercher à satisfaire son besoin (Maslow, 1972). Dans le contexte des soins infirmiers, plusieurs auteurs, tels Orlando (1961), Henderson (1966), Roy (1984) et Watson (1985) sont d'avis que le terme besoin signifie une nécessité plutôt qu'un manque (Adam, 1991).

En éducation, Kaufman (1972; 1984) soutient que la définition opérationnelle la plus répandue en ce qui concerne la notion de besoin est celle qui considère le besoin comme un écart. En effet, plusieurs auteurs soutiennent l'idée que le terme besoin indique un écart (Fernandez, 1988; Beatty, 1981; Monette, 1977; Bradshaw, 1974). Bien que Kaufman soit celui qui a le plus contribué à faire accepter la notion d'écart pour signifier besoin, il reste qu'en 1950, Tyler a été le premier à considérer le concept de besoin comme un écart. Dans une perspective andragogique, le terme besoin signifie aussi écart (Knowles, 1990).

Signification du concept besoin d'apprentissage

Préoccupé par une vision holistique de la personne malade ou en santé, Henderson (1966) considère le besoin d'apprendre comme un besoin fondamental. En se basant sur le modèle conceptuel de Henderson, en ce qui a trait aux soins infirmiers, Adam (1991) mentionne que le besoin d'apprendre commun à tous est celui "de découvrir, de satisfaire sa curiosité et d'ajouter à ses connaissances" (p. 20). Adam (1991) précise également que chaque personne a un besoin d'apprendre qui découle du besoin fondamental. Ainsi, chaque adulte est unique et peut présenter des différences individuelles sur le plan des apprentissages.

Selon son modèle d'adaptation, destiné aux soins infirmiers, Roy (1984) précise que l'être humain acquiert par l'apprentissage "des idées, des émotions et des croyances sur lui-même" (p. 214). Dans une perspective de "caring", Watson (1985) mentionne que l'infirmière doit connaître la perception qu'a la personne de son besoin d'apprendre. Dans le domaine des soins infirmiers, l'accent est placé sur l'importance d'identifier le besoin d'apprentissage chez la personne et de le combler. En conséquence, le concept besoin d'apprentissage mérite d'être analysé de manière à le rendre mesurable.

De tous les théoriciens et penseurs qui se sont intéressés au phénomène de l'apprentissage, seul Knowles (1978; 1980; 1990) a précisé l'apprentissage de l'adulte lié à des problèmes existentiels. Selon lui, l'apprentissage de l'adulte est davantage orienté vers la résolution des problèmes de la vie quotidienne que sur un contenu à apprendre. En ce sens, l'adulte apprend afin de répondre à ses besoins actuels.

Knowles (1990) présente le besoin d'apprentissage de l'adulte comme un écart entre là où l'adulte se trouve en tant qu'apprenant et là où il souhaiterait se situer pour améliorer son efficacité et sa qualité de vie. Dans ses écrits, Knowles considère l'apprentissage non seulement comme un ajout à ce que l'on sait théoriquement, mais aussi comme une façon de modifier ce que nous sommes. Ainsi, les besoins d'apprentissage ne se limitent pas à connaître les disparités existant sur le plan des connaissances, mais ils incluent aussi les écarts à combler en ce qui concerne les savoir-faire et les savoir-être (Knowles, 1990).

Dans le même ordre d'idées, De Ketele et al. (1989), Robidas (1989), Fernandez (1988), Marchand, (1985) et Reboul (1980) mentionnent que l'apprentissage permet d'acquérir ou d'approfondir certains savoirs, savoir-faire et savoir-être. Ces auteurs soulignent que le besoin d'apprentissage est une distance entre le vécu et le souhaitable, susceptible d'être comblée par l'apprentissage. Les définitions

présentées précisent d'abord les acquis de départ de l'apprenant: les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être, et elles impliquent aussi la notion d'apprendre. Présentons maintenant ces caractéristiques sur lesquelles reposent l'existence même du concept besoin d'apprentissage.

Caractéristiques du concept

Définir le concept besoin d'apprentissage suppose qu'on explique les termes savoir, savoir-faire et savoir-être ainsi que la notion d'apprendre. De l'avis de Marchand (1985), l'apprentissage est un changement intentionnellement recherché par l'adulte et qui se produit lors de l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire et savoir-être. Doucet (1992) souligne que les termes savoir, savoir-faire et savoir-être constituent des caractéristiques de l'apprenant. Ainsi, la personne intègre un certain nombre de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être qui composent son savoir-devenir (De Ketele & al. 1989).

Utilisé seul, le mot savoir signifie l'ensemble des connaissances acquises ou approfondies par une personne (De Ketele & al. 1989). Le savoir se rapporte à "l'aspect cognitif" et il représente "le côté théorique de l'apprentissage" (Marchand, 1985 p. 112). Le savoir fait appel à la "réflexion et à l'assimilation de l'information" (Pratt, 1995 p. 154). Dans la hiérarchie des comportements cognitifs, le besoin de connaître un fait nouveau relève de la connaissance (Bloom & al. 1969). Par exemple, si la soignante naturelle connaît le type de cancer qu'a son conjoint, elle fait preuve de savoir. Toutefois, si elle est capable de comprendre l'impact du cancer sur la santé de son conjoint, elle démontre de la compréhension créative et elle fait preuve d'un savoir-faire.

Nullement opposé au savoir, le savoir-faire est "la capacité de la personne de structurer ses actions" (Reboul, 1980 p. 68). Il implique donc "l'acquisition ou l'approfondissement d'opérations, de techniques et de moyens" (Marchand, 1985, p. 112). Ainsi, la personne est en mesure

d'adapter sa conduite à une situation, de faire face à des imprévus et de faire preuve de créativité (Reboul, 1980). Devant des habiletés à accomplir, le savoir-faire se démontre par l'exécution d'une tâche avec aisance, dextérité et précision (Reboul, 1980). Le savoir-faire est "l'acquisition de capacités perfectionnées par la pratique" (Pratt, 1995, p. 154). De par sa nature transférable, le savoir-faire acquis permet à la personne d'utiliser des méthodes ou des moyens qui lui serviront pour d'autres tâches. De cette manière, la personne apprend à apprendre (Malcuit & Pomerleau, 1977; Reboul, 1980 et Doucet, 1992).

Reboul (1980) précise que le savoir-faire éduque la personne tout entière et que celle-ci apprend par le fait même à être. Le savoir-être implique alors des changements d'attitudes et de valeurs ainsi qu'une croissance personnelle qui s'orientent vers l'actualisation de soi (Marchand, 1985). Le savoir-être est: "l'acquisition par l'apprentissage de croyances, de valeurs et d'attitudes qui sont à l'origine des réactions idiosyncrasiques de la personne" (Pratt, 1995, p. 154). Dans le domaine du savoir-être, le comportement le plus simple est la réceptivité et celui le plus complexe est la caractérisation (Bloom & al. 1969). À titre d'exemple, si la soignante naturelle reprend un mode de vie normal, tout en vivant avec son conjoint atteint de cancer, son savoir-être se situe alors dans la caractérisation. Le tableau II représente les catégories de savoirs en ayant soin de préciser la définition et une analyse syntaxique.

Après avoir expliqué clairement les termes savoir, savoir-faire et savoir-être, il importe de préciser la notion d'apprendre. De l'avis de Doucet (1992), apprendre c'est découvrir, c'est acquérir de nouvelles connaissances et de nouveaux moyens, et être en mesure de les utiliser dans d'autres tâches. Selon Legendre (1993) apprendre "implique un changement durable au niveau des connaissances, des comportements et des attitudes" (p.66). Pour sa part, Reboul (1980) souligne qu'apprendre "c'est d'abord déchiffrer et découvrir dans l'aspect des choses" (p. 29).

Tableau II

Présentation des trois catégories de savoirs
en précisant la définition et une analyse syntaxique

Catégories de savoirs	Définition	Analyse syntaxique
1. Savoir	<p>1. Ensemble des connaissances acquises ou approfondies par une personne (De Ketele & al. 1989).</p> <p>"Aspect théorique de l'apprentissage" (Marchand, 1985 p. 112).</p>	<p>1. Acquisition d'informations et de connaissances (Robidas, 1989).</p>
2. Savoir-faire	<p>2. "Capacité de la personne de structurer ses actions... et les transférer dans une situation donnée" (Reboul, 1980 p. 68).</p> <p>"Acquisition ou approfondissement d'opérations, de techniques et de moyens" (Marchand, 1985 p.112).</p>	<p>Appartenance au domaine cognitif (Bloom & al. 1969).</p> <p>Apprendre que (Reboul, 1980).</p> <p>2. Acquisition d'habiletés intellectuelles et techniques (Pratt, 1995).</p> <p>Acquisition d'habiletés à raisonner et à résoudre des problèmes (Legendre, 1993).</p>

Tableau II (suite)

Présentation des trois catégories de savoirs
en précisant la définition et un analyse syntaxique

Catégories de savoirs	Définition	Analyse syntaxique
2. Savoir-faire	<p>2. Exécution de tâches avec aisance, dextérité et précision (Reboul, 1980).</p> <p>Transfert des moyens et des stratégies dans d'autres tâches (Malcuit & Pomerleau, 1977; Reboul, 1980 et Doucet, 1992).</p>	2. Apprendre à (Reboul, 1980).
3. Savoir-être	3. Changements d'attitudes, de valeurs et une croissance personnelle qui s'orientent vers l'actualisation de soi (Marchand, 1985).	<p>3. Développement de nouvelles valeurs, des attitudes.</p> <p>Appartenance au domaine affectif (Bloom & al. 1969).</p> <p>Apprendre à être.</p>

Reboul (1980) se base sur les constructions syntaxiques du verbe apprendre et il met en évidence les résultats de son analyse. Selon lui, "apprendre que" est "un acte d'information et son résultat est le renseignement" (p. 9). Ainsi, la soignante naturelle apprend que son conjoint est atteint de cancer. Reboul mentionne ensuite qu'"apprendre à" est "un acte d'apprentissage et que son résultat est le savoir-faire" (p. 10). Par exemple, la soignante naturelle apprend à administrer une injection à son conjoint atteint de cancer. Les deux sens attribués par Reboul (1980) au terme apprendre nous amènent à mieux comprendre les notions de savoir et de savoir-faire inclus dans l'expression besoin d'apprentissage et à préciser le cas modèle et le cas relié.

Construction d'un cas modèle et d'un cas relié

Walker et Avant (1995) mentionnent que le cas modèle représente un exemple typique du concept étudié. Il s'agit d'un cas "pur", c'est-à-dire que les caractéristiques qui composent le concept sont présents (Boulangier et Goulet, 1994). À titre d'exemple, la soignante naturelle connaît le type de cancer mais elle n'a pas été informée comment soulager la fatigue de son conjoint et elle désire l'apprendre. Dans le cas modèle présenté, figurent les attributs du concept besoin d'apprentissage: la nécessité d'acquérir un savoir-faire et la notion d'apprendre.

La construction d'autres cas apporte une compréhension additionnelle du concept étudié et prévient toute ambiguïté (Walker et Avant, 1995). Dans l'analyse du concept, le cas relié est celui qui "présente de nombreuses similitudes avec le concept étudié" (Boulangier et Goulet, 1994, p. 47). À titre d'exemple, la soignante naturelle souhaite connaître les dates prévues pour les traitements de radiothérapie prescrits à son conjoint. Il s'agit là d'un cas relié, c'est-à-dire qu'il fait état du besoin d'une information demandée par la soignante naturelle. Comme les concepts besoin d'information et besoin d'apprentissage présentent des ressemblances importantes, il importe de les distinguer clairement.

Dans un contexte éducatif, le besoin d'apprentissage permet à la personne de préciser ce qu'elle veut acquérir au niveau des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Le besoin d'apprentissage engage alors la personne tout entière. Le besoin d'information signifie, chez l'individu, l'exigence d'obtenir "un élément de connaissances qu'il ne possédait pas et ne pouvait pas trouver en lui-même" (Reboul, 1980, p.12). Les besoins d'information relèvent alors du domaine du renseignement et indiquent bien les besoins d'"apprendre que" (Reboul, 1980). Ils se situent au plus bas niveau de l'acte d'apprendre (Bloom, Englehart, Furst, Hill et Krathwohl, 1969). Ainsi, le besoin d'information fait abstraction des autres besoins de savoir de la personne. Il exclut aussi les besoins de la personne en ce qui a trait aux savoir-faire et aux savoir-être. Il apparaît évident que les besoins d'apprentissage incluent les besoins d'information, mais l'inverse n'est pas vrai (Reboul, 1980). En s'appuyant principalement sur les écrits de Reboul, (1980), il est possible de distinguer clairement entre les besoins d'apprentissage et ceux d'information. Voyons maintenant les antécédents et les conséquents du concept besoin d'apprentissage.

Identification des antécédents et des conséquents

Les antécédents d'un concept sont les éléments qui précèdent normalement l'existence du concept (Boulangier et Goulet, 1994). Le besoin d'apprentissage peut avoir comme préalables le désir d'apprendre et la recherche d'information. En possédant un des deux préalables, la soignante naturelle est capable d'indiquer à l'infirmière si elle a été informée et si elle désire de l'information en ce qui concerne les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. Regardons de manière plus précise les préalables au concept besoin d'apprentissage.

Dans un contexte éducatif, le désir d'apprendre est "une tendance devenue consciente" d'une nécessité d'apprendre qui pousse la personne à agir. Le désir d'apprendre implique alors la prise de conscience par une

personne de sa nécessité d'apprendre, mais il n'inclut pas la mise en action (Sillamy, 1989). Ainsi, la soignante naturelle peut désirer apprendre mais n'entreprendre aucune action. La recherche d'information vient du désir d'apprendre. Elle est une démarche intentionnelle de la part de la personne exigeant de celle-ci un effort personnel et une action en vue de lui permettre d'acquérir certains savoirs, savoir-faire et savoir-être. Selon Bélanger (1992), la recherche d'information se caractérise par un processus de "sélection continue de l'information" afin de permettre à la personne atteinte de cancer de se "construire une réalité tournée vers la vie, de la sauvegarder et de l'optimiser" (p. 52). La recherche d'information est alors l'actualisation du désir d'apprendre (Bélanger, 1992). Comme la recherche d'information prend habituellement naissance dans un contexte interactionnel, cela suppose que la soignante naturelle et l'infirmière entrent en interaction à un moment donné. La soignante naturelle peut alors exprimer ses besoins d'apprentissage.

Contrairement aux antécédents, les conséquents sont des éléments qui succèdent au concept étudié (Boulangier et Goulet, 1994). Ce sont des phénomènes qui naissent et qui peuvent être observés à la suite d'un besoin d'apprentissage. D'abord, la soignante naturelle perçoit inévitablement une insatisfaction concernant son besoin d'apprentissage. Cette insatisfaction fait appel à des réactions affectives, tels le mécontentement et le déplaisir qui incitent la personne à mobiliser des énergies, de manière consciente ou non consciente, en vue de combler le besoin (Sillamy, 1989). En présence d'un besoin d'apprentissage identifié, l'infirmière procure de l'enseignement. De concert avec la soignante naturelle, l'infirmière organise alors des activités d'apprentissage en vue de favoriser l'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

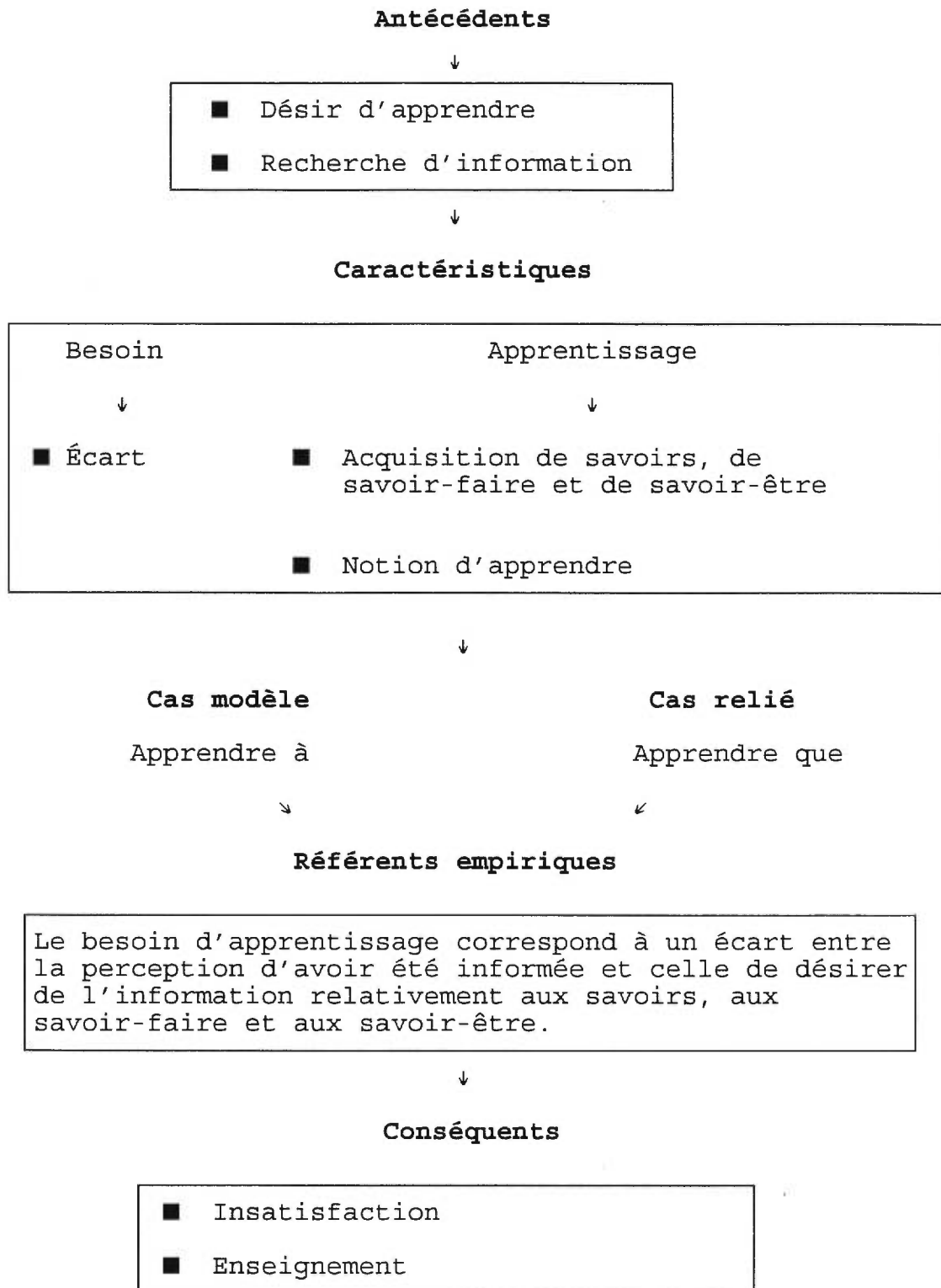
Référents empiriques

Les référents empiriques permettent de rendre opérationnelles les caractéristiques d'un concept (Boulanger et Goulet, 1994). Tout en conservant l'essence du concept étudié, il est possible de le rendre mesurable. Il est juste d'avancer que le besoin d'apprentissage correspond à un écart entre la perception d'avoir été informée et celle de désirer de l'information relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être.

En se basant sur la définition opérationnelle du concept besoin d'apprentissage, deux questions sont suffisantes pour connaître un besoin d'apprentissage actuel de la soignante naturelle. Les deux questions pertinentes sont les suivantes :

1. Avez-vous été informé de?
2. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de?

Ces deux questions correspondent à la définition opérationnelle du concept besoin d'apprentissage. En effet, la première question permet de déterminer si la personne perçoit qu'elle a été informée. De l'avis de Reboul (1980), la personne qui n'a pas la compétence voulue pour recevoir l'information perçoit, à ce moment-là, qu'elle n'a pas été informée. Par contre, l'adulte qui a su intégrer l'information reçue perçoit qu'il a été informé. La deuxième question mentionnée ci-dessus recueille les informations désirées par la soignante naturelle et obtient les données préférentielles. De l'avis de Nadeau (1988), cette procédure est la plus usuelle pour identifier les besoins d'apprentissage d'une population. Pratt (1995) précise que la meilleure façon de déterminer ce dont la personne a besoin en matière d'apprentissage est de lui demander les informations désirées. Cette question offre l'occasion à la personne d'exprimer ce qu'elle veut concernant les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être et ce qu'elle pense qu'elle devrait apprendre. La figure 2 présente une synthèse des étapes de l'analyse du concept besoin d'apprentissage.



Synthèse des étapes de l'analyse du concept: besoin d'apprentissage

Figure 2

Le phénomène de l'apprentissage de l'adulte nous a conduit à préciser le concept besoin d'apprentissage. Les caractéristiques sur lesquelles reposent l'existence même du concept besoin d'apprentissage ont été présentées. Il convient maintenant d'expliquer le phénomène du "coping" chez l'adulte avant d'examiner la relation qui existe entre le processus de "coping" et l'apprentissage.

Phénomène du "coping" chez l'adulte

Développement du phénomène du "coping" selon l'apport des différentes théories

Le cheminement qui conduit au développement du concept de "coping" est basé d'abord sur la théorie de la sélection naturelle qui découle des influences du modèle animal (Lazarus & Folkman, 1984). Puis, l'école de pensée freudienne décrit le "coping" en termes de mécanismes de défense. Ensuite, Erikson, par sa théorie du développement humain basé sur les cycles de la vie, met à contribution l'importance des ressources personnelles dans le choix des stratégies de "coping". Enfin, Moss et Billings (1982) précisent que les ressources venant de l'environnement influencent aussi le "coping". Prenant appui sur les différentes théories mentionnées, Lazarus et Folkman (1984) présentent le "coping" sous forme de processus transactionnel. Revoyons maintenant l'apport de chacune des théories qui ont contribué à préciser le phénomène du "coping", selon les écrits de Lazarus et Folkman (1984), et ceux de Moss et Billings (1982).

Théorie de la sélection naturelle

La théorie de la sélection naturelle préconisée par Darwin en 1859 est l'approche la plus ancienne en ce qui concerne le "coping". À cette époque, Darwin s'intéresse aux comportements émis par les animaux en vue de préserver leur survie et celle de l'espèce. Il observe que les animaux présentent des comportements d'évitement et de fuite devant des agents nocifs de l'environnement. Dans cette perspective, le "coping" est défini

en termes de comportements qui contrôlent les conditions indésirables de l'environnement tout en minimisant les conséquences psychophysiologiques pour l'individu (Lazarus & Folkman, 1984). Bien que la théorie de la sélection naturelle ait influencé le concept du "coping", elle manque d'approfondissement au niveau de l'explication des diverses stratégies de "coping" utilisées par l'individu (Lazarus & Folkman, 1984).

Théorie psychanalytique du moi

La théorie psychanalytique et particulièrement les travaux portant sur la psychologie du moi ont mis l'accent sur des mécanismes de défense qui protègent le moi contre les menaces de l'environnement. En effet, Freud (1952) croit que l'égo sert, entre autres, à résoudre des conflits. Un conflit se présente lorsqu'il existe un écart entre les pulsions de l'individu et la réalité imposée par les exigences du monde extérieur. Pour atténuer ces conflits, le moi fait alors appel à des mécanismes de défense. Intéressé à la structure de la personnalité, Freud (1952) postule que la personne utilise habituellement les mêmes mécanismes de défense dans la plupart des situations conflictuelles. À titre d'exemple, l'individu peut utiliser le refoulement afin de réduire la tension engendrée par l'écart entre ce qu'il voudrait faire et ce qu'il peut effectivement faire en considérant les exigences environnementales (Lazarus & Folkman, 1984). D'après l'école de pensée freudienne, ces mécanismes ont une fonction purement défensive et agissent sur le plan des émotions (Moss & Billings, 1982). Aujourd'hui, ces mécanismes de défense sont appelés des stratégies de "coping" et font partie d'une forme de "coping" centrée sur les émotions (White, 1974; Garland & Bush, 1982; Lazarus & Folkman, 1984). Dans cette théorie, le "coping" se limite à un ensemble de mécanismes de défense (White, 1985). Cette approche traditionnelle de "coping" met l'accent sur un style de "coping" utilisé ordinairement par l'individu (Lazarus & Folkman, 1984).

Théorie psychosociale d'Erikson

Influencé par Freud, Erikson (1963) élabore une théorie du développement psychosocial de la personne. Soucieux d'intégrer l'environnement social pour mieux comprendre la personne, cet auteur présente une vision psychosociale de l'ego (Houde, 1991). Erikson (1963) précise que la personne traverse un plan de développement composé de huit stades. À chaque stade, la personne fait face à une crise développementale qui se présente comme une tension entre deux polarités. La tension se résout si la personne parvient à trouver un équilibre entre ces deux polarités. À titre d'exemple, et en ne considérant que l'âge adulte, la personne fait preuve de sollicitude pour établir un bon rapport entre la générativité et la stagnation (Houde, 1991).

La théorie psychosociale de l'ego met l'accent sur l'accumulation progressive de ressources personnelles durant les cycles de la vie (Moss & Billings, 1982). De l'avis d'Erikson (1963), chaque stade doit être négocié avec succès afin de permettre à la personne de faire face adéquatement au stade subséquent. Les ressources personnelles accumulées durant l'adolescence et la période de jeune adulte sont intégrées au concept de soi et influencent le processus de "coping" à l'âge adulte (Moss & Billings, 1982). Ainsi, la personne puise à même ses ressources pour évaluer une situation potentiellement stressante et sélectionner les stratégies de "coping" pertinentes afin de faire face efficacement à cette situation (Smilga, 1987).

Perspective culturelle et socio-écologique

Au lieu de mettre l'accent sur les ressources de la personne pour faire face à une situation stressante, la perspective culturelle et socio-écologique accorde une importance particulière aux ressources provenant de l'environnement. C'est ainsi, que le patrimoine culturel et le réseau social s'avèrent des ressources précieuses de l'environnement. En effet,

des relations humaines chaleureuses prédisposent la personne à s'ouvrir aux autres et à établir des échanges sur les plans individuel et collectif. En somme, les ressources provenant de l'environnement influencent l'évaluation de l'événement vécu et le choix des stratégies de "coping" utilisées par l'individu (Moss & Billings, 1982).

Les éléments identifiés à l'intérieur de chaque théorie précitée ont été critiqués et révisés, et certains aspects ont été intégrés à la théorie de "coping" présentée par Lazarus et Folkman (1984). Les recherches sur les animaux et les études de la psychologie de l'égo, par exemple, présentent le "coping" en termes de mécanismes automatiques ou prévisibles quelle que soit la situation. Par contre, Lazarus et Folkman considèrent le "coping" comme un processus dynamique et changeant selon la situation vécue par l'individu. Après avoir présenté les différentes approches traditionnelles du "coping", il importe d'expliquer la théorie la plus actuelle en ce qui concerne le "coping": celle préconisée par Lazarus et Folkman (1984).

Théorie de "coping" de Lazarus et Folkman

Lazarus et Folkman (1984) présentent le phénomène du "coping" sous forme de processus transactionnel, c'est-à-dire basé sur la relation entre la personne et l'environnement. Le "coping" représente alors l'ensemble des stratégies que la personne adopte afin de faire face aux différentes situations stressantes de la vie. Dans leurs écrits, Lazarus et Folkman (1984) considèrent le "coping" comme des efforts cognitifs et comportementaux fournis par l'individu en vue de réagir aux demandes de son environnement qui sont évaluées comme des exigences excédant les ressources actuelles de la personne. Le "coping" présente alors un aspect dynamique et peut évoluer. Par le processus d'évaluation cognitive, la personne examine constamment sa situation et peut choisir de faire un changement quant aux stratégies de "coping" déjà sélectionnées (Bailey & Clarke, 1989).

De l'avis de Lazarus et Folkman (1984), la personne évalue la signification de l'agent stressant par rapport à son état de mieux-être. Elle juge d'abord si l'événement en question est pour elle sans pertinence, bénin, positif ou stressant. Lors de cette évaluation primaire, la personne détermine la présence ou l'absence de stress. Si l'événement est perçu de manière stressante, il peut être considéré comme une perte, une menace ou un défi. Les perceptions de perte ou de menace génèrent habituellement de l'inquiétude, de la peur et de la préoccupation. Quant au défi, il peut représenter un gain pour la personne ou tout au moins la possibilité de gérer adéquatement la situation stressante.

La personne évalue ensuite les ressources et les options disponibles pour faire face à l'événement de même que celles qui seraient les meilleures dans sa situation. Les facteurs tels que la santé, les croyances et les habiletés sociales influencent le potentiel de mieux-être désiré et le choix des ressources disponibles pour faire face à la situation. Lazarus et Folkman (1984) soutiennent que la perception de l'ambiguïté dans une situation donnée influence l'appréciation de la situation et les stratégies de "coping" utilisées par l'individu. En effet, la présence de l'ambiguïté peut être perçue de manière menaçante et alors la personne démontrera surtout des stratégies défensives centrées sur les émotions. Par contre, si l'appréciation de la situation présente un potentiel d'amélioration par l'action, la personne utilisera davantage des stratégies de "coping" centrées sur le problème, pour faire face à sa situation (Lazarus & Folkman, 1984).

La personne fait aussi une nouvelle évaluation de l'événement. Cette réévaluation est basée sur de nouveaux signes provenant de son environnement et sur les stratégies utilisées pour faire face à la situation. Lazarus et Folkman (1984) spécifient que, par rapport à un événement, la réévaluation permet de connaître l'efficacité de

l'interaction entre les stratégies de "coping" choisies et l'environnement. Ces mêmes auteurs précisent que le processus d'évaluation cognitive est continu. D'une manière consciente ou non, la personne ne cesse pas de faire des jugements évaluatifs sur les événements qui se produisent dans son environnement. De l'avis de Lazarus et Folkman (1984), trois types de facteurs influencent le "coping". Il s'agit d'abord du niveau de menace perçu par la personne lors d'une situation stressante. Puis, des ressources qui sont disponibles sur les plans personnel et environnemental. Finalement, des contraintes qui limitent l'utilisation de ces ressources telles les valeurs culturelles ou les déficits psychologiques.

Dans leurs écrits, Lazarus et Folkman (1984) décrivent deux fonctions primordiales de "coping": celle centrée sur les émotions et celle axée sur le problème. De façon générale, les stratégies de "coping" centrées sur les émotions ont tendance à être davantage utilisées si la personne évalue que rien ne peut changer sa situation actuelle. Par contre, si la personne évalue qu'il est possible de modifier les conditions stressantes, il est fort probable que ses stratégies de "coping" seront axées sur le problème (Lazarus & Folkman, 1984). Ces deux auteurs affirment que les stratégies de "coping" illustrant les deux fonctions précitées sont habituellement utilisées simultanément. Toutefois, il peut arriver qu'une situation difficile, telle que la prise en charge, par l'épouse, du soin à procurer à son conjoint malade, donne naissance à un modèle précis de stratégies de "coping".

Les cinq théories mentionnées ont contribué de manière importante au développement du "coping". Le tableau III résume l'apport de chacune des théories et permet de saisir le cheminement ayant mené au concept de "coping" tel que connu aujourd'hui.

Tableau III

Présentation de l'apport de chacune des théories ayant contribué à préciser le phénomène du "coping"

Nom de la théorie	Apport de chacune des théories au développement du "coping"
1. Théorie de la sélection naturelle	1. Présence de comportement automatiques devant des agents nocifs de l'environnement.
2. Théorie psychanalytique du moi	2. Vision du "coping" en termes de mécanismes de défense. Intéressée à la structure de la personnalité, cette théorie donne de l'importance à l'aspect prévisible des mécanismes de défense. Aujourd'hui, ces mécanismes de défense sont reconnus comme des stratégies de "coping" centrées sur les émotions.
3. Théorie psychosociale d'Erikson	3. Accent mis sur l'accumulation progressive de ressources personnelles. Intégrées au concept de soi, les ressources personnelles sont un facteur qui influence le processus de "coping".
4. Perspective culturelle et socio-écologique	4. Accent mis sur les ressources provenant de l'environnement. Ces ressources influent sur le processus de "coping".
5. Théorie du "coping" de Lazarus et Folkman (1984)	5. Vision du "coping" en termes de processus. Accent mis sur l'aspect dynamique et évolutif du "coping". Notion d'évaluation dans le cheminement du "coping": évaluation primaire, évaluation secondaire et réévaluation. Deux fonctions majeures du "coping": celle centrée sur le problème et celle axée sur les émotions.

En andragogie, le "coping" pourrait signifier un processus dynamique regroupant des activités cognitives et behaviorales utilisées par l'adulte pour faire face à des situations stressantes relatives à l'apprentissage. Il ressort de cette définition que l'apprenant adulte présente des modes de penser et de nouveaux comportements pour composer avec diverses sources de stress apparues dans sa vie. Ainsi, les stratégies de "coping" sont de nature cognitive ou comportementale et ont comme fonction d'être centrées sur le problème ou axées sur les émotions. En se basant sur les écrits de Jalowiec (1987), le tableau IV présente des exemples de stratégies de "coping" en ayant soin de préciser leur nature et leur fonction. Devant une situation difficile, l'adulte peut se faire du souci au sujet du problème vécu (stratégie cognitive centrée sur les émotions) et opter pour en discuter avec un professionnel de la santé (stratégie comportementale axée sur le problème). Après avoir précisé la signification du "coping", étudions brièvement un concept voisin qui lui est souvent substitué, soit l'adaptation.

"Coping" et adaptation

Avant de clarifier le concept d'adaptation, il importe de revoir l'essence même du "coping" afin de bien la saisir. Le "coping" a comme préalable une situation jugée stressante. Selon Lazarus et Folkman (1984), le stress psychologique est conçu sous la perspective d'une relation particulière qui s'établit entre la personne et l'environnement. Cette relation est considérée par la personne comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être (p. 19). Le "coping" se rapporte à des efforts cognitifs et comportementaux accomplis par la personne afin de gérer une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Il est un processus en constante évolution. Également, le "coping" regroupe un éventail de stratégies qui fait de lui un concept caractérisé. Finalement, le "coping" englobe des réactions psychologiques beaucoup plus immédiates qui peuvent conduire à une adaptation réussie.

Tableau IV

Nature et fonction des stratégies de "coping"

Énoncé de la stratégie de "coping"	Nature du "coping"		Fonction du "coping"	
	Cognitif	Behavioral	Axé sur le problème	Centré sur les émotions
1. Vous vous faisiez du souci au sujet du problème	x			x
2. Vous mangiez et fumiez plus que d'habitude		x		x
3. Vous essayiez de voir le problème objectivement	x		x	
4. Vous discutiez du problème avec un professionnel		x	x	
5. Vous souhaitiez que les choses s'améliorent	x			x
6. Vous vous renseigniez davantage sur le problème		x	x	

Précisons la notion d'adaptation. Bracken et Shepard (1980) mentionnent que l'adaptation implique des changements psychologiques et sociaux qui se produisent à long terme chez la personne désirant conserver son harmonie. De l'avis de Legendre (1993) l'adaptation est "une résultante du processus d'harmonisation" (p. 19). L'adaptation suppose que la personne s'accommode des stimuli auxquels elle est exposée ou des exigences provenant de son environnement (Lazarus, 1991). Ainsi l'adaptation correspond au résultat obtenu, à long terme, des efforts de gestion accomplis par la personne. De plus, l'adaptation est un concept global et elle vise l'actualisation de soi (Lazarus, 1991). Le tableau V met en évidence les ressemblances et les dissemblances relativement au concept du "coping" et à celui de l'adaptation. À titre d'exemple, le "coping" s'appuie sur la notion d'immédiateté par opposition à celle du long terme retrouvée dans le concept d'adaptation. Le processus du "coping" ayant été expliqué, il convient maintenant de spécifier quelques-unes des classifications de stratégies de "coping" utilisées en recherche et de préciser la notion d'efficacité.

Classification des stratégies de "coping"

Plusieurs auteurs ont effectué une classification des stratégies de "coping" possibles chez les individus. Bien que la terminologie puisse différer un peu, Mechanic (1962), Kahn et al. (1964) et Murphy (1974) présentent l'idée du "coping" centré sur le problème et de celui axé sur les émotions. Mechanic (1962) utilise le terme "coping" pour signifier les stratégies dirigées vers le problème et le mot défense pour celles orientées vers les émotions. Kahn et al. (1964) mettent l'accent sur les principaux groupes de stratégies de "coping" se rapportant au problème: celles dirigées vers l'environnement et celles orientées vers l'individu. Ces auteurs font mention aussi du "coping" entourant les émotions. Dans leurs écrits, Murphy (1974) et Georges (1974) mentionnent des stratégies de "coping" qui englobent les émotions et d'autres axés sur le problème.

Tableau V

Présentation des ressemblances et des dissemblances
entre le "coping" et l'adaptation

Le "coping"	L'adaptation
1. Le "coping" se rapporte aux efforts de gestion accomplis par la personne.	1. L'adaptation est le résultat, obtenu à long terme, des efforts de gestion fournis par la personne.
2. Le "coping" est conçu comme un processus en constante évolution.	2. L'adaptation implique un changement durable chez la personne.
3. Le "coping" se réfère à la notion de gestion d'une situation perçue comme stressante.	3. L'adaptation se réfère à la notion d'accommodation des stimuli auxquels la personne est exposée.
4. Le "coping" est un concept caractérisé.	4. L'adaptation est un concept global.
5. Le "coping" implique la notion d'immédiateté.	5. L'adaptation implique le long terme.

Sans présenter une classification conduisant à l'élaboration d'un instrument de mesure, Cohen et Lazarus (1979) précisent que les personnes peuvent employer différents groupes de stratégies de "coping" durant les moments difficiles de leur vie. De l'avis de Cohen et Lazarus (1979), il s'agit de la recherche d'information, de l'action directe, du processus intrapsychique, de l'inhibition de l'action et de la demande de soutien social. Bien qu'elles soient divisées en cinq catégories, ces stratégies sont axées sur le problème ou centrées sur les émotions. Voyons maintenant chacune des cinq catégories de stratégies de "coping" suggérées par Cohen et Lazarus, (1979).

La première catégorie concerne la recherche d'informations pertinentes pour la personne et met à contribution ses propres ressources intellectuelles. Lorsqu'une personne sait plus clairement ce qui lui arrive et connaît davantage sa situation et son évolution probable, les idées préconçues se dissipent et elle perçoit de façon plus réaliste sa situation. La deuxième catégorie donne l'occasion à l'individu d'entreprendre des démarches en vue de faire face à sa situation actuelle. C'est l'action directe. Selon Cohen et Lazarus (1983) une personne informée est plus apte à agir devant une situation pénible de la vie. La troisième catégorie inclut une variété de mécanismes de défense utilisés par la personne devant une situation qui lui semble menaçante. Il s'agit, par exemple, du déni ou du refoulement. La quatrième catégorie regroupe des façons pour la personne d'arriver à s'abstenir de toute action devant une situation difficile. Voilà l'inhibition de l'action. Enfin, la cinquième catégorie implique la recherche de soutien social. Cela sous-entend que l'individu demande d'être rassuré et soutenu par la famille, les amis et les professionnels de la santé. L'individu recherche alors de l'attention et de l'encouragement des autres.

En 1980, Folkman et Lazarus ont entrepris une étude longitudinale auprès de cent adultes d'âge moyen afin d'identifier leurs stratégies de

"coping" dans un contexte de travail. Une fois par mois, on demande aux sujets d'indiquer ce qu'ils pensent et ce qu'ils font lors d'une situation jugée stressante et ce pendant une année. Dans leur version modifiée du questionnaire "Ways of coping", Folkman et Lazarus (1980) classent les énoncés qui décrivent les stratégies de "coping" selon huit catégories. Il s'agit de la confrontation, de la résolution de problèmes planifiée, de la recherche du soutien social, du contrôle de soi, de la prise de responsabilités, de la ré-évaluation positive et de la distance face aux événements et de la fuite. Dans leurs écrits, Folkman et Lazarus (1988) précisent les catégories de "coping" retenues. Résumons sommairement chacune de ces catégories.

La confrontation décrit les efforts agressifs fournis par la personne en vue de changer la situation. Elle implique un certain degré de risque. La résolution de problèmes planifiée correspond aux pensées et aux réflexions dirigées dans le but de résoudre un problème. Ainsi, la personne planifie et met en route une démarche pour la résolution du problème. La recherche de soutien social décrit les efforts accomplis par la personne pour obtenir un soutien tangible de la part de la famille, des amis, des professionnels et des pairs. Le contrôle de soi implique de mobiliser des énergies afin de régler ses propres sentiments. Ainsi, la personne essaie de contrôler sa détresse émotionnelle. La prise de responsabilités se rapporte à la prise de conscience, par la personne, de ses responsabilités vis-à-vis le problème. La ré-évaluation positive décrit les efforts accomplis par la personne dans le but de percevoir l'événement positivement et d'entretenir l'espoir. La distance face aux événements fait appel aux efforts fournis par la personne afin de se détacher d'une situation et de diminuer son importance. La fuite concerne les pensées et les désirs de la personne ayant pour objectif l'action d'éviter le problème (Folkman & Lazarus, 1988).

Jalowiec (1989) présente une classification des stratégies de

"coping" qui s'apparente à celle apparaissant dans les écrits de Folkman et Lazarus (1980). Jalowiec (1989) mentionne, en effet, huit catégories afin de regrouper les énoncés qui précisent les stratégies de "coping". Dans ses écrits, Jalowiec (1989) présente une définition des catégories de "coping".

- 1) L'affrontement de la situation: L'individu fait face au problème, de manière constructive.
- 2) L'évitement de la situation: La personne tend, par ses comportements, à se dérober de la situation.
- 3) L'optimisme: La personne envisage la situation problématique de manière positive.
- 4) Le fatalisme: La personne se sent incapable d'agir sur sa situation et éprouve de l'impuissance.
- 5) L'expression des émotions: La personne exprime ses émotions.
- 6) Le "coping" palliatif: La personne essaie de réduire ou de contrôler la détresse émotionnelle par un processus de compensation.
- 7) Le soutien: La personne utilise différents types de soutien, soit la famille, les amis et les professionnels.
- 8) L'indépendance: La personne compte sur elle-même plutôt que sur les autres afin de faire face à la situation.

Les huit catégories mentionnées appartiennent à l'une ou à l'autre des deux fonctions majeures de "coping": celle axée sur le problème et celle centrée sur les émotions (Jalowiec, 1989; Kuiper & Nyamathi, 1989). Le tableau VI présente les huit catégories de stratégies de "coping" selon Jalowiec (1987) en ayant soin de préciser leur fonction. Ainsi, le fatalisme relève du "coping" axé sur les émotions. Le tableau VI illustre aussi des exemples de stratégies de "coping". Les exemples présentés sont tirés de l'échelle de "coping" de Jalowiec (1987) utilisée dans cette recherche.

Tableau VI

Présentation des huit catégories de stratégies de "coping"
selon Jalowiec (1989) en précisant un exemple
et en délimitant leur fonction

Catégories	Exemple	Fonction
1. Affrontement de la situation	1. Vous essayiez de voir le problème objectivement et sous tous ses aspects.	1. Centré sur le problème
2. Évitement de la situation	2. Vous évitiez d'être avec les gens.	2. Centré sur les émotions
3. Optimisme	3. Vous vous disiez que la situation aurait pu être pire.	3. Centré sur les émotions
4. Fatalisme	4. Vous vous résigniez à votre sort car c'était sans espoir.	4. Centré sur les émotions
5. Expression des émotions	5. Vous vous faisiez du souci au sujet du problème.	5. Centré sur les émotions
6. "Coping" palliatif	6. Vous mangiez ou fumiez plus que d'habitude.	6. Centré sur les émotions
7. Soutien	7. Vous parliez de votre problème avec votre famille ou vos ami(e)s.	7. Centré sur le problème
8. Indépendance	8. Vous essayiez de maîtriser vos émotions.	8. Centré sur les émotions

Les points de vue de Jalowiec (1987;1988; 1989) et ceux de Lazarus et Folkman (1984) se rapprochent puisqu'ils définissent les deux mêmes fonctions de "coping". Nous retrouvons ainsi les stratégies de "coping" centrées sur le problème et celles axées sur les émotions. Les recherches menées par Lazarus et Folkman (1984) ont identifié et classé les stratégies de "coping" des personnes soumises à des sources de stress à l'intérieur de leurs rôles sociaux. Pour sa part, Jalowiec (1987) a décrit et catégorisé les stratégies de "coping" utilisées par les personnes aux prises avec une situation stressante liée à la santé. Le tableau VII met en parallèle les catégories de stratégies identifiées par Cohen et Lazarus (1979), Lazarus et Folkman (1984) et Jalowiec (1989). Bien que les chercheurs se soient basés sur les deux mêmes fonctions attribuées au "coping", la manière dont ils ont choisie d'effectuer leur classification met en évidence l'existence de variantes. Voyons maintenant comment les auteurs traitent la notion d'efficacité en matière de "coping".

Efficacité des stratégies de "coping"

Moss et Schaefer (1986) précisent qu'une stratégie de "coping" n'est pas en soi efficace ou inefficace, mais qu'elle se situe dans un contexte spécifique qui doit être connu afin que son efficacité puisse être estimée. À titre d'exemple, la confirmation par le médecin que le conjoint est atteint de cancer peut amener l'épouse à refuser de croire à cette nouvelle réalité. Le déni donne le temps à l'épouse de saisir la signification de son vécu immédiat et l'empêche d'être submergée par ses émotions (Smeltzer & Bare, 1996). De l'avis de Lazarus et Folkman (1984), le déni peut être efficace dans la première phase de la crise psychologique qui suit un problème de santé. Si le déni persiste, il devient inefficace parce qu'il empêche l'épouse de reconnaître sa situation actuelle et de s'engager dans des interventions afin d'atténuer un problème de la vie quotidienne.

Tableau VII

Liste des catégories de stratégies de "coping" classées par auteur

Cohen et Lazarus (1979)	Lazarus et Folkman (1984)	Jalowiec (1989)
● Recherche d'information	● Confrontation	● Affrontement de la situation
● Action directe	● Résolution de problèmes planifiée	
● Processus intrapsychique	● Contrôle de soi	● "Coping" palliatif
	● Prise des responsabilités	● Indépendance
	● Ré-évaluation positive	● Optimisme
		● Expression des émotions
● Inhibition de l'action	● Fuite	● Évitement
	● Distance face aux événements	● Fatalisme
● Demande de soutien social	● Recherche de soutien social	● Soutien

Lazarus (1980) affirme que l'efficacité des stratégies de "coping" est avant tout subjective. Il suggère que cette efficacité soit définie à partir des deux fonctions majeures du "coping". La première fonction regroupe les stratégies centrées sur les émotions. Ce genre de "coping" est plus probable si la personne pense qu'elle ne peut plus agir sur ce qui arrive ou si elle éprouve de la difficulté à le faire. La personne choisit souvent d'ignorer le problème ou de l'éviter. La deuxième fonction comprend des stratégies centrées sur le problème, dans lesquelles les efforts de la personne sont dirigés pour gérer la source de stress.

Lazarus et Folkman (1984) soulignent que les stratégies associées à ces deux fonctions précitées sont habituellement observables, mesurables et souvent utilisées en même temps. Tout en considérant le contexte situationnel, Lazarus (1980) croit que les comportements illustrant les réactions défensives centrées sur les émotions ont tendance à engendrer une vulnérabilité émotionnelle. Par contre, si la personne démontre des stratégies de "coping" centrées sur le problème, elle favorise son adaptation et son mieux-être. Weisman et Worden (1983) concluent que les personnes les moins à risque de développer de la détresse émotionnelle utilisent simultanément les stratégies de "coping" centrées sur les émotions et celles axées sur le problème.

Lazarus et Folkman (1984) affirment que les stratégies de "coping" sont efficaces dans la mesure où elles aident la personne à diminuer ou à tolérer le stress. À plus long terme, les stratégies de "coping" efficaces ont des répercussions positives sur la santé, le mieux-être et le fonctionnement psychosocial de la personne. L'analyse du phénomène du "coping" nous a conduit à décrire quelques-unes des classifications des stratégies utilisées en recherche. Puis, la notion d'efficacité relative au "coping" a été présentée. Après avoir expliqué clairement les phénomènes de l'apprentissage et du "coping", il importe d'examiner la relation qui existe entre le processus de "coping" et celui de

l'apprentissage à l'âge adulte.

Relation entre le "coping" et l'apprentissage

Même si l'éducation des adultes est une discipline en pleine expansion (Patterson, 1989), la relation entre le "coping" et l'apprentissage à l'âge adulte demeure inexplorée. Pour établir cette relation, il importe d'avoir bien saisi les phénomènes de l'apprentissage et du "coping". Rappelons-nous que l'apprentissage désigne un changement intentionnellement recherché par l'adulte en vue d'acquérir certains savoirs, savoir-faire et savoir-être (Marchand, 1985). Pour sa part, le "coping" est défini en termes d'efforts cognitifs et comportementaux fournis par l'individu dans le but de gérer une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984).

Les deux définitions précitées font appel à la notion d'effort personnel et de processus interne chez la personne. En réalité, l'apprentissage de l'adulte se produit à l'intérieur de la personne au lieu de venir d'un contrôle externe exercé par l'éducateur (Patterson, 1989). Il en est de même du "coping" qui est un ensemble complexe de processus internes tendant à minimiser l'impact d'une situation stressante. Pareillement à l'apprentissage, le "coping" implique des efforts de la part de l'adulte. En effet, le "coping" s'appuie sur des efforts de gestion accomplis par l'individu en vue de faire face aux changements imprévus ou anticipés dans sa vie quotidienne. Or, l'apprentissage mobilise des énergies chez la personne.

Dans la perspective de Lazarus et Folkman (1984), le "coping" présente un aspect dynamique et évolutif. Pendant le processus de "coping", la personne évalue la signification de l'agent stressant par rapport à son état de mieux-être. Lors de l'évaluation cognitive, l'adulte tient compte des exigences de la situation, de ses ressources personnelles incluant ses expériences antérieures ainsi que des moyens

disponibles dans son environnement. L'apprentissage présente aussi un caractère dynamique et permet à l'adulte de progresser afin d'augmenter son efficacité et sa qualité de vie (Knowles, 1990). L'apprentissage attache également de l'importance à l'expérience de l'adulte. En effet, celui-ci a accumulé des expériences personnelles qui constituent une ressource précieuse pour ses apprentissages (Robinson, 1986). Il apparaît que l'aspect dynamique et évolutif ainsi que les notions d'expériences personnelles et de qualité de vie font partie des caractéristiques du "coping" et de celles de l'apprentissage à l'âge adulte.

L'une des deux fonctions majeures du "coping" regroupe les stratégies centrées sur le problème (Lazarus & Folkman, 1984; Jalowiec & al., 1984). De l'avis de ces auteurs, si la personne pense qu'elle peut modifier les conditions stressantes de son environnement, alors elle dirige principalement ses efforts en vue de redéfinir le problème ou de trouver des solutions de rechange. Une solution au problème peut être la recherche d'information (Derdiarian, 1987). Or, l'adulte qui utilise de manière régulière la recherche d'information comme une stratégie de "coping" exprime une nette prédisposition à l'apprentissage (Strauss, 1988). Les adultes sont des êtres en pleine maturité, capables de diriger leurs apprentissages (Bernard, 1982) et de sélectionner des stratégies de "coping" reflétant cette maturité (Vaillant, 1977). Les adultes présentent aussi des différences individuelles aussi bien durant le processus d'apprentissage que pendant celui du "coping". Même si les adultes possèdent des expériences diversifiées et des ressources disponibles dans l'environnement, ils ont besoin d'une assistance variable durant leurs processus d'apprentissage et de "coping" (Bernard, 1982). Le tableau VIII résume les ressemblances qui existent entre le "coping" et l'apprentissage. Ce tableau met en évidence les principes se dégageant du processus de "coping", tels que précisés par Lazarus et Folkman (1984). Un parallèle est établi entre chaque principe lié au "coping" et un principe d'apprentissage.

Tableau VIII

Présentation des ressemblances entre le "coping" et l'apprentissage

Principes liés au "coping"	Principes andragogiques
1. Vision du "coping" sous forme de processus interne qui se réfère à des efforts de gestion de la part de la personne.	1. Apprentissage de l'adulte en termes de processus interne qui exige des énergies de la part de la personne.
2. "Coping" présenté comme une perspective dynamique et évolutive, se poursuit tout le long de la vie.	2. Apprentissage de l'adulte qui présente un caractère actif et progressif et qui se retrouve à tous les cycles de la vie.
3. Ressources personnelles et celles de l'environnement influencent le processus du "coping"	3. Ressources personnelles et celles de l'environnement agissent sur le processus d'apprentissage.
4. Influence des expériences personnelles lors de la sélection de stratégies de "coping" efficaces.	4. Importance accordée à l'expérience diversifiée de l'adulte lors de ses apprentissages.
5. Utilisation de stratégies de "coping" centrées sur le problème.	5. Orientation de l'apprentissage de l'adulte, basée sur les problèmes existentiels de l'individu.

Le tableau VIII précise que le "coping" se veut continue et qu'il se poursuit tout le long de la vie. Lazarus et Folkman (1984) expliquent que le "coping" s'applique à tous les événements stressants rencontrés durant la vie. Plus précisément, le "coping" permet de gérer le stress, c'est-à-dire de le diminuer, de l'éviter, de le tolérer ou de l'accepter. L'apprentissage présente aussi cette perspective de continuité et il se retrouve à tous les cycles de la vie (Knowles, 1980).

Après avoir précisé les ressemblances qui existent entre le processus du "coping" et celui de l'apprentissage, il importe d'établir la relation entre ces deux concepts. Pour mieux situer l'apprentissage dans le processus de "coping", il est approprié d'utiliser la démarche de "coping". Appliquée avec souplesse, la démarche de "coping" est un processus au service d'abord de l'apprenant adulte plutôt que de l'éducateur dans le domaine de la santé. Cette démarche de "coping" se subdivise en quatre étapes. Il s'agit de la collecte de données, de la fixation d'objectifs, de la mise en oeuvre de moyens de gestion du stress et de l'évaluation. La démarche de "coping" englobe des étapes cycliques et interdépendantes. Regardons maintenant comment l'apprentissage se situe à l'intérieur de chacune des étapes de la démarche de "coping".

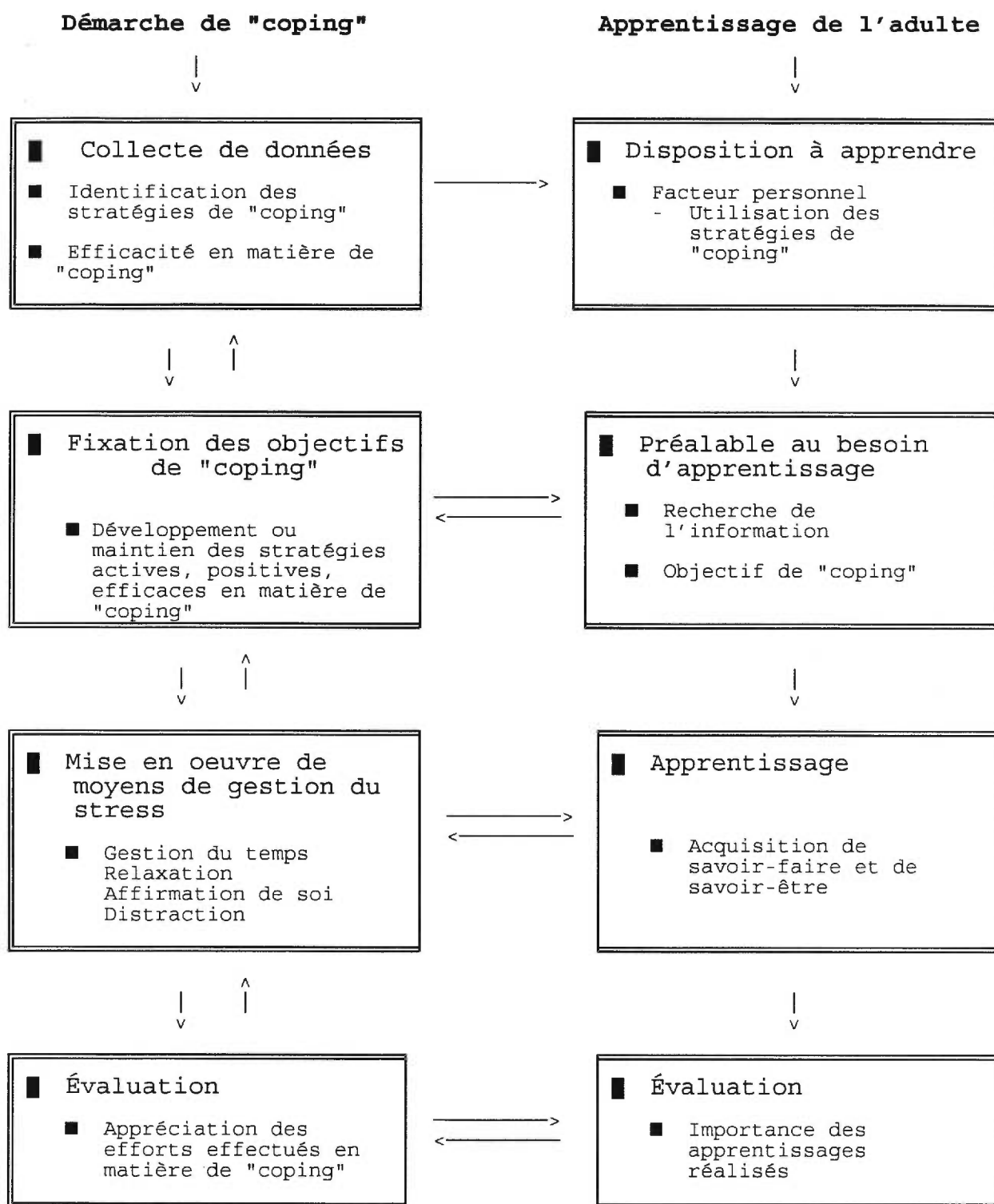
Durant la première étape de la démarche de "coping", l'éducateur aide l'adulte à prendre conscience des stratégies de "coping" que celui-ci utilise. Il vérifie ensuite dans quelle mesure les stratégies de "coping" auxquelles l'adulte a recours, l'aident à diminuer ou à tolérer les sources de stress. En obtenant ce type d'information, l'éducateur se renseigne sur l'aspect affectif de la volonté d'apprendre de l'adulte. L'éducateur considère alors l'utilisation des stratégies de "coping" comme un facteur personnel susceptible d'influencer la disposition à apprendre.

Tout en précisant et en clarifiant ses stratégies de "coping", l'adulte a tendance à se fixer des objectifs de "coping". De caractère dynamique et fonctionnel, ces objectifs prennent forme par l'interaction

entre l'adulte et son expérience. L'éducateur procure à l'adulte de l'assistance dans la formulation et la mise en priorité de ses objectifs de "coping" si ce dernier le désire. Les objectifs visent à développer ou à maintenir des stratégies actives, positives et efficaces en matière de "coping". Un des objectifs de "coping" peut être de rechercher de l'information. Or, l'adulte qui utilise la recherche d'information possède un préalable au besoin d'apprendre. De l'avis de McIntosh (1977), si l'adulte recherche de l'information, il pose des actions en vue d'acquérir ou d'approfondir des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. L'adulte désire alors enrayer des préoccupations, des inquiétudes et des incertitudes engendrées par le fait de ne pas savoir.

La mise en oeuvre des moyens de gestion du stress se caractérise par l'action de l'adulte. À cette troisième étape de la démarche de "coping" l'apprentissage est omniprésent. En effet, l'éducateur aide l'adulte à prendre conscience de ses besoins d'apprentissage en ce qui concerne le "coping". Il l'amène à puiser à même son expérience pour faire face à des problèmes de la vie. De plus, l'éducateur l'aide à mettre en oeuvre des interventions pour mieux gérer son stress, par exemple, la gestion du temps, la relaxation ou la distraction. Au cours de cette étape, l'adulte agrandit son répertoire de savoir-faire et de savoir-être.

L'évaluation est la dernière étape du processus de "coping". Elle permet à l'adulte d'apprécier les efforts qu'il effectue pour réaliser les objectifs qu'il s'est fixés. Dans la démarche de "coping", l'auto-évaluation est prioritaire. L'éducateur invite alors l'adulte à se donner du feedback et à mesurer jusqu'à quel point les objectifs ont été atteints. À cette étape de la démarche de "coping", l'adulte peut prendre conscience que les apprentissages réalisés l'aident à trouver des solutions à un problème donné et à agir avec efficacité en matière de "coping". La figure 3 présente la relation entre la démarche de "coping" et le processus d'apprentissage de l'adulte.



Relation entre la démarche de "coping" et l'apprentissage de l'adulte

(Figure 3)

Dans la première partie de la recension des écrits, la documentation récente relative au phénomène de l'apprentissage de l'adulte a d'abord été abordée. Puis, le phénomène de "coping" a été présenté. Ensuite, la relation entre le "coping" et l'apprentissage a été discutée. Dans un deuxième temps, le phénomène de l'apprentissage de la soignante naturelle est précisé. Comme l'apprentissage de la soignante naturelle se déroule dans un milieu non formel, il importe de préciser le concept de l'éducation non formelle.

Apprentissage et éducation non formelle

L'apprentissage de la soignante naturelle est l'une des responsabilités importantes de l'infirmière et du médecin. Il se réalise dans une institution de santé et fait partie de l'éducation non formelle. Grandstapp (1978) mentionne que l'éducation non formelle signifie une activité éducative qui se déroule en dehors d'un établissement scolaire. Bien que cette définition soit très extensible, elle laisse sous-entendre la notion d'activité éducative extrascolaire. Plusieurs auteurs ont voulu préciser davantage le concept de l'éducation non formelle en le définissant. Poulston (1972) souligne que l'éducation non formelle comprend des activités systématiques et structurées qui sont habituellement de courte durée. Ces activités sont organisées dans le but d'amener des changements de comportements concrets chez les populations visées. Coombs et Ahmed (1974) conçoivent l'éducation non formelle comme activité éducative systématique et organisée de manière à procurer des expériences d'apprentissage à des groupes particuliers d'individus, incluant aussi bien les enfants que les adultes, et ce, en dehors du système éducatif traditionnel. De l'avis de Karanaratne (1984), l'éducation non formelle est une activité organisée en dehors du cadre scolaire, orientée vers une population d'âges variés et destinée à favoriser des expériences d'apprentissage spécifiques.

Dans le même ordre d'idées, Bhola (1983) spécifie que l'éducation

non formelle est organisée, mais elle n'est pas la prérogative des établissements d'enseignement. Elle se veut systématique tout en échappant au traditionalisme. Pour sa part, La Belle (1982) précise que l'éducation non formelle se caractérise par la proximité entre l'apprentissage et la mise en application des acquis ainsi que par son aspect pratique et utilitaire. De par sa mission, l'éducation non formelle se donne le mandat de satisfaire les besoins d'apprentissage des personnes d'âges variés durant tous les cycles de la vie (Bhola, 1983). Les soignantes naturelles font partie de cette population. Après l'explication donnée à propos de l'éducation non formelle, il convient de préciser les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle.

Besoin d'apprentissage de la soignante naturelle

La presque totalité des personnes adultes vivent l'expérience de la maladie et leurs besoins d'apprentissage concernant les soins doivent être connus et satisfaits (Redman, 1993). Ainsi, la personne malade et sa famille devraient représenter un pourcentage important de la population des apprenants adultes (Goodwin-Johansson, 1988). Parmi les principaux problèmes de santé, les maladies chroniques, particulièrement le cancer, atteignent de nos jours de plus en plus de personnes (Adams, 1991). Vivre avec le cancer, c'est vivre une situation très complexe au sujet de laquelle la personne malade et la famille ont besoin d'apprendre afin d'être en mesure de mieux réorganiser leur vie sous plusieurs aspects.

Dans le contexte actuel des soins de santé, la personne atteinte de cancer est maintenue le plus possible dans son milieu naturel durant les périodes dites de stabilisation (Adams, 1991). Bien que cette personne malade puisse bénéficier de quelques services de soutien offerts dans la communauté, il reste que la femme assure la plus grande partie des soins sans avoir reçu les informations nécessaires pour remplir ce rôle de soignante (Carey & al., 1991). L'apprentissage de la soignante naturelle représente alors un défi considérable pour les professionnels de la santé.

De l'avis de Knowles (1980), un des rôles importants de l'éducateur est de connaître et de satisfaire les besoins d'apprentissage de l'apprenant adulte.

La grande majorité des recherches destinées aux soignantes naturelles avaient pour objectif de décrire tous les besoins prioritaires de cette population (Chaitchik & al., 1992; Carey & al., 1991; Hileman & Lackey, 1990; Tringali, 1986). Ces études mentionnent que les besoins d'apprentissage sont à satisfaire chez la soignante naturelle dont l'un des membres de la famille est atteint de cancer. En effet, la soignante naturelle désire connaître la nature de la maladie de son conjoint, l'état actuel de santé de celui-ci et le pronostic de la maladie. Ainsi, la soignante naturelle serait capable de reconnaître les premiers signes cliniques indiquant une régression de la maladie de son conjoint. Les soignantes naturelles cherchent à comprendre la nature du traitement et la manière de minimiser les effets secondaires généralement associés aux formes conventionnelles de thérapie. Des conseils en matière de nutrition peuvent aussi aider la soignante naturelle à procurer davantage de confort à la personne atteinte de cancer (Adams, 1991; Jassak, 1992).

Dans leur recherche, Chaitchik et al. (1992) mentionnent que les épouses en connaissent très peu au sujet de la manière dont l'époux vit le cancer. Dans le même ordre d'idées, Hinds (1985) ainsi que Derdiarian (1987) rapportent tous deux que l'épouse possède peu d'information au sujet du phénomène du cancer, soit du diagnostic lui-même, des examens à subir, du traitement à suivre et du pronostic. De l'avis de Gallant (1991), les connaissances des soignantes naturelles se limitent aux soins instrumentaux. Ainsi, les soignantes naturelles ne sont pas suffisamment informées au sujet du processus de la maladie de leur conjoint et des soins préventifs ou protecteurs à dispenser au conjoint malade à la maison. Quelques auteurs, tels Perry et de Meneses (1989), et Chaitchik et al. (1992) précisent qu'il est important de donner à la soignante

naturelle des indications spécifiques au sujet du pourquoi de son apprentissage. Le tableau IX présente une liste de 15 besoins d'apprentissage en ayant soin d'indiquer les auteurs qui appuient chaque besoin d'apprentissage.

Tableau IX

Identification des quinze besoins d'apprentissage
spécifiques aux soignantes naturelles

Type de besoins d'apprentissage	Auteurs
1. Besoin d'apprentissage concernant la maladie du conjoint	1. Adams (1991), Bank, Clark et Longman (1989); Chaitchik, Shulamith Rapoport et Algor (1992); Derdarian (1987); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Perry et de Meneses (1989); Schlepp (1989).
2. Besoin d'apprentissage à propos des examens cliniques	2. Derdarian (1987; 1989).
3. Besoin d'apprentissage concernant le traitement	3. Bank, Clark et Longman (1989); Derdarian (1987; 1989); Grahn et Johnson (1990); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Perry et de Meneses (1989).

Tableau IX (suite)

Identification des quinze besoins d'apprentissage
spécifiques aux soignantes naturelles

Type de besoins d'apprentissage	Auteurs
4. Besoin d'apprentissage concernant l'évolution probable de la maladie et les projets futurs	4. Adams (1991); Chaitchik, Shulamith, Rapoport et Algor (1992); Derdarian (1987; 1989); Longman, Atwood, Sherman, Benedict et Shang (1992); Tringali (1986).
5. Besoin d'apprentissage concernant la carrière du conjoint	5. Derdarian (1987; 1989); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Jassak (1992).
6. Besoin d'apprentissage concernant la manière de faire face à la situation	6. Grahn et Johnson (1990)
7. Besoin d'apprentissage à propos du bien-être physique du conjoint	7. Adams (1991); Bank, Clark et Longman (1989); Derdarian (1987); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Perry et de Meneses (1989).
8. Besoin d'apprentissage à propos du bien-être psychologique du conjoint	8. Derdarian (1987; 1989); Grahn et Johnson (1990); Perry et de Meneses (1989).
9. Besoin d'apprentissage concernant la manière d'aider physiquement le conjoint	9. Bank, Clark et Longman (1989); Carey, Oberst, McCubbin et Hughes (1991); Grahn et Johnson (1990); Hileman et Lackey (1990); Jassak (1992); Longman, Atwood, Sherman, Benedict et Shang (1992).

Tableau IX (suite)

Identification des quinze besoins d'apprentissage
spécifiques aux soignantes naturelles

Type de besoins d'apprentissage	Auteurs
10. Besoin d'apprentissage concernant la manière de soutenir le conjoint	10. Carey, Oberst, McCubbin et Hughes (1991); Grahn et Johnson (1990) Hileman et Lackey (1990); Jassak (1992); Longman, Atwood, Sherman, Benedict et Shang (1992).
11. Besoin d'apprentissage concernant la manière dont la maladie peut affecter les rôles du conjoint	11. Derdarian (1987).
12. Besoin d'apprentissage sur la manière de renseigner les enfants à propos de la maladie de leur père	12. Derdarian (1987; 1989).
13. Besoin d'apprentissage sur la manière de renseigner les parents et les amis à propos de la maladie du conjoint	13. Derdarian (1987; 1989).
14. Besoin d'apprentissage sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses relations	14. Derdarian (1987).
15. Besoin d'apprentissage concernant les ressources disponibles dans la communauté	15. Adams (1991); Grahn et Johnson (1990); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Perry et de Meneses (1989).

Les écrits consultés démontrent qu'aucune étude n'a identifié les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. Knowles (1980; 1990) souligne l'importance d'identifier les besoins d'apprentissage de l'adulte liés à des problèmes de la vie. Seul Derdiarian (1987; 1989) a développé un instrument de mesure permettant d'identifier les besoins d'apprentissage de la famille dont l'un des membres est atteint de cancer. Même si Derdiarian est la seule auteure à développer ce type d'instrument pour ce genre de population, il reste que plusieurs auteurs ont reconnu ou relevé, dans leurs écrits, des besoins d'apprentissage (Voir le tableau IX à la page 61, 62 et 63).

Lors de l'élaboration de son instrument de mesure, Derdiarian a élaboré son cadre de référence autour des concepts de "coping", de l'évaluation cognitive, de la recherche de l'information et des besoins de la personne. Elle a catégorisé les besoins d'apprentissage de la conjointe concernant l'expérience de vivre avec son époux récemment atteint de cancer. Dans ses écrits, l'auteure distingue quatre catégories de besoins d'apprentissage. Il s'agit des besoins d'apprentissage liés au problème de santé, aux préoccupations personnelles et aux préoccupations familiales ainsi que sociales.

La première catégorie de besoins précise que la soignante naturelle doit être informée au sujet de la nature du problème de santé du conjoint, des examens cliniques, du traitement et du pronostic. La deuxième catégorie énonce le besoin d'apprentissage que ressent la soignante naturelle au sujet de ses préoccupations par rapport à sa vie personnelle et face au travail rémunéré de son conjoint. La troisième catégorie de besoins fait allusion à l'enseignement désiré en ce qui concerne les préoccupations vécues au sein de la famille. Finalement, la quatrième catégorie de besoins spécifie que la soignante naturelle désire être informée au sujet des préoccupations vécues quant à la vie sociale du

couple. Derdiarian (1987; 1989) précise les besoins d'apprentissage de la personne en se souciant du problème de santé vécu et de son retentissement sur les plans personnel, familial et social.

Le tableau X illustre les quatre catégories de besoins d'apprentissage de la soignante naturelle décrits par Derdiarian (1987, 1989). Chaque catégorie englobe quatre besoins d'apprentissage distincts. Ce tableau précise, par exemple, les quatre différents besoins d'apprentissage de la soignante naturelle concernant le problème de santé de son conjoint. Il s'agit du besoin d'apprendre à propos: 1. du diagnostic médical; 2. des examens cliniques; 3. du traitement; et 4. du pronostic.

Derdiarian (1987; 1989) présente une liste de seize besoins d'apprentissage classés en catégories suivant le problème de santé et les préoccupations personnelles, familiales et sociales. Derdiarian (1987) offre aussi l'occasion à la personne d'exprimer d'autres besoins d'apprentissage qui ne sont pas mentionnés dans cette liste et ce, à chaque catégorie de son instrument. À chaque besoin d'apprentissage, l'échelle de Derdiarian (1987) permet de connaître:

1. si la personne a reçu de l'information;
2. si l'information reçue était adéquate;
3. si la personne a une préoccupation particulière relative à l'information reçue ou désirée;
4. la préoccupation vécue par la personne;
5. si la personne désire recevoir de l'information;
6. l'information désirée par la personne; et
7. les sources d'information perçues par la personne.

En somme, l'échelle DINA permet d'identifier les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle. Cet instrument inclut aussi la préoccupation vécue par la soignante naturelle, la présence ou l'absence du désir d'apprendre et les sources d'information disponibles.

Tableau X

Catégories de besoins d'apprentissage
proposées par Derdiarian

Catégories de besoins d'apprentissage	Liste des besoins d'apprentissage
A. Première catégorie de besoins: le problème de santé du conjoint	<ol style="list-style-type: none">1. Besoin d'apprentissage à propos du diagnostic médical du conjoint2. Besoin d'apprentissage à propos des examens cliniques du conjoint3. Besoin d'apprentissage à propos du traitement du conjoint4. Besoin d'apprentissage à propos du pronostic
B. Deuxième catégorie de besoins: les préoccupations personnelles	<ol style="list-style-type: none">5. Besoin d'apprentissage à propos de la carrière du conjoint6. Besoin d'apprentissage concernant la planification et les buts futurs7. Besoin d'apprentissage concernant le bien-être physique du conjoint8. Besoin d'apprentissage concernant le bien-être psychologique du conjoint

Tableau X (suite)

Catégories de besoins d'apprentissage
proposées par Derdiarian

Catégories de besoins d'apprentissage	Liste des besoins d'apprentissage
C. Troisième catégorie de besoins: les préoccupations familiales	9. Besoin d'apprentissage concernant le rôle du conjoint en tant qu'époux et père
	10. Besoin d'apprentissage des enfants concernant la maladie de leur père
	11. Besoin d'apprentissage des parents concernant la maladie de leur fils
	12. Besoin d'apprentissage des personnes significatives dans la vie du conjoint concernant sa maladie
D. Quatrième catégorie de besoins: les préoccupations sociales	13. Besoin d'apprentissage concernant les relations du conjoint au travail
	14. Besoin d'apprentissage à propos des relations du conjoint avec ses amis
	15. Besoin d'apprentissage à propos du besoin d'affiliation du conjoint
	16. Besoin d'apprentissage concernant les relations du conjoint avec les membres d'un groupe d'intérêt

Caractéristiques de la soignante naturelle

La soignante naturelle est un membre de la famille de la personne malade qui assure, à titre non professionnel et de manière régulière ou occasionnelle, les soins destinés à satisfaire les besoins du malade à domicile (Garand & Bolduc, 1990). De l'avis de Gallant (1991), Smoyak (1987) et Crystal (1982), le rôle de la soignante naturelle est surtout attribué à la femme. Ces auteurs confirment la nette prédominance de la femme, particulièrement de la conjointe ou de la fille, dans la prise en charge des soins à donner à la personne malade à domicile. Stone, Cafferata et Sangl (1987) ajoutent que la grande majorité de la population soignante est constituée de femmes d'âge moyen. Bunting (1989) souligne que les soignantes naturelles peuvent vivre des conflits face à leurs rôles familial et social, puisqu'elles sont dans leur vie, à un niveau de développement qui exige de multiples demandes en temps et en attention.

Selon Garand et Bolduc (1990), très peu d'hommes (de 15 à 20 p. cent) assument le rôle de soignant naturel. Gallant (1991) et Nugent (1988) précisent que le profil de la soignante naturelle peut se modifier dans un avenir prochain. Ces auteurs expliquent ce changement probable par le fait que la jeune femme d'aujourd'hui est davantage orientée vers la carrière et qu'elle pourrait être réticente à assumer la pleine responsabilité exigée de la soignante naturelle.

Rôle de la soignante naturelle

Une des tâches de la soignante naturelle est de procurer des soins physiques à la personne malade (Bunting, 1989). Ces soins mettent l'accent sur le fait de fournir une assistance directe à la personne malade afin de l'aider à composer avec ses déficits dans ses activités de vie quotidienne ou ses activités de vie instrumentale (Gallant, 1991). La soignante naturelle assiste alors la personne atteinte dans la satisfaction de ses besoins d'hygiène ou de mobilité. Le cancer peut

aussi amener une perte dans la contribution de la personne atteinte, par exemple, il peut empêcher celle-ci de prendre ses médicaments. Dans un tel cas, il revient à la soignante naturelle d'effectuer les activités de vie instrumentale dans le but de satisfaire les besoins de la personne atteinte de cancer.

La soignante naturelle procure aussi à la personne malade des soins psychologiques, des soins préventifs ou des soins de surveillance. Les professionnels de la santé sensibles à la complexité du rôle de la soignante naturelle désirent connaître et satisfaire ses besoins d'apprentissage afin qu'elle puisse se sentir comprise et capable d'une croissance personnelle (Gallant, 1991).

Rôle des éducateurs dans le domaine de la santé

Parmi les professionnels de la santé, c'est surtout au médecin et à l'infirmière que revient la tâche de connaître les besoins d'apprentissage de la personne malade et de sa famille (Rankin & Stallings, 1990). La responsabilité d'informer la personne atteinte de cancer et sa famille sur le diagnostic, le traitement et le pronostic appartient au médecin. Toutefois, il arrive souvent que la personne malade ou sa famille s'adresse à l'infirmière afin d'obtenir des éclaircissements ou des précisions relativement aux explications données par le médecin (Rankin & Stallings, 1990).

De tous les professionnels de la santé, seules les infirmières vont à domicile pour apprécier la situation de la personne malade et celle de la soignante naturelle (Robert, 1984). Par conséquent, l'infirmière est dans une position privilégiée pour identifier et satisfaire les besoins d'apprentissage de la personne malade et de sa famille. En outre, de par sa formation, l'infirmière est la personne toute désignée pour faciliter l'apprentissage en ce qui concerne les soins à donner au malade et à sa famille (Redman, 1993).

Afin de remplir efficacement son rôle d'accompagnement lors d'une situation d'apprentissage, l'infirmière a besoin de prendre conscience de ses acquis sur les plans du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. L'infirmière doit posséder de solides connaissances sur le contenu que désire apprendre la soignante naturelle. En effet, l'enseignement se rapporte à un objet et celui-ci doit être connu le plus profondément possible de l'éducatrice (Chalifour, 1993). En plus de maîtriser le contenu à enseigner, l'éducateur doit posséder une connaissance profonde des caractéristiques de l'apprenant adulte et des méthodes pédagogiques appropriées (Knox, 1986).

Bien que l'infirmière soit un être en devenir et que son processus d'apprentissage se poursuive durant toute sa vie, elle doit avoir développé des façons de faire et d'être qui l'amènent à mieux remplir son rôle d'accompagnement. En tant qu'accompagnatrice, l'éducatrice est apte à aider l'adulte à prendre conscience de ses besoins d'apprentissage et à explorer ses motivations (Knowles, 1990). Elle attache de l'importance aux différences individuelles de la soignante naturelle et l'invite à partager son expérience.

Par sa manière d'être, l'infirmière sait établir un climat de confiance qui prédispose la personne à la découverte et au goût du risque (Chalifour, 1993). L'infirmière fait preuve de compréhension cognitive et affective afin de bien percevoir la réalité de la personne (Chalifour, 1989). Elle se met alors à la disposition de la personne. À titre d'accompagnatrice, l'éducatrice développe une relation d'aide tissée d'authenticité, de compréhension empathique et de respect. Ce genre de relation favorise chez la personne une utilisation de leurs ressources internes, une croissance personnelle et une meilleure capacité d'affronter la vie (Roger, 1972). À l'intérieur d'une telle relation, l'éducatrice met l'accent davantage sur l'apprentissage que sur l'enseignement (Dalceggio, 1991).

Maintenant que nous connaissons mieux le phénomène d'apprentissage de la soignante naturelle et que nous avons précisé le processus d'apprentissage et celui de "coping", il convient de présenter un résumé des écrits concernant le lien existant entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle.

Relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies
de "coping" de la soignante naturelle

Quelques théoriciens et chercheurs tentent de découvrir s'il existe un lien entre les besoins d'apprentissage satisfaits et les stratégies de "coping" utilisées par la personne en situation de stress. Cohen et Lazarus (1983) mentionnent que la personne informée connaît mieux son problème ainsi que les interventions qui peuvent être mises en oeuvre. La personne fait ensuite une réévaluation de l'événement basée sur de nouvelles données venant à la fois de la personne et de l'environnement. Cette réévaluation est susceptible de changer l'intensité et la nature du stress et d'atténuer la détresse émotionnelle.

Lors de la confirmation d'un diagnostic de cancer, les individus touchés et leur famille semblent plus vulnérables sur le plan émotionnel (Hinds, 1985). Selon Lazarus et Folkman (1984), la vulnérabilité émotionnelle est étroitement liée à l'évaluation cognitive de l'événement en question et à la qualité et à la disponibilité des ressources de l'individu et de son milieu. Ainsi, la personne qui est aux prises avec un problème de la vie, fait d'abord un premier jugement de sa situation. Lors de cette étape, la personne peut évaluer la situation en question, de manière stressante, et la considérer comme une perte ou une menace. La perception de perte ou de menace se traduit habituellement par les émotions: l'inquiétude, la peur et la préoccupation. Les stratégies de "coping" utilisées alors sont davantage centrées sur les émotions.

La personne estime ensuite ses ressources personnelles et celles de l'environnement pour mieux faire face à la situation stressante. Durant

cette phase, les éducateurs doivent découvrir ce que l'adulte désire apprendre et intervenir de manière à satisfaire son besoin de savoir. Ainsi, la personne en apprend davantage sur le problème et les interventions qui peuvent être accomplies. Basée sur des données nouvelles venant à la fois de la personne et de l'environnement, une réévaluation de la situation est effectuée. Cette réévaluation est susceptible d'atténuer l'intensité et la nature du stress, et de diminuer la vulnérabilité émotionnelle. La personne utilise alors davantage les stratégies de "coping" centrées sur le problème.

Dans le même ordre d'idées, Watson (1985) mentionne que l'enseignement reçu permet à la personne de mieux comprendre ses perceptions en relation avec la situation stressante et d'identifier des solutions qui correspondent à ses besoins. Cohen et Lazarus (1979) affirment que l'enseignement efficace est un moyen qui aide la personne à gérer une situation stressante. Derdiarian (1989) suggère que l'information dispensée aux personnes atteintes de cancer et à leur conjoint augmente leur niveau de connaissances et leur satisfaction. Elle émet l'hypothèse que l'information reçue pourrait améliorer leurs stratégies de "coping" utilisées.

Power (1985) mentionne que l'information appropriée, donnée à la personne malade et à sa famille fait naître des sentiments d'espoir et amène le malade et ses proches à développer une attitude plus positive à l'égard de leur santé. Les personnes croient alors qu'elles ont la possibilité de changer leur situation actuelle en redéfinissant le problème, en cherchant des solutions de rechange et en passant à l'action. Leurs stratégies de "coping" sont davantage orientées vers le problème.

La recherche de Brock (1990) a eu pour objectif de déterminer la nature de la relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" de la famille dont l'un des membres est atteint d'insuffisance rénale. Cette étude a été réalisée auprès de 32 sujets. Cette recherche

a relevé qu'il n'existe aucune relation significative entre les besoins d'apprentissage satisfaits et l'utilisation de stratégies de "coping" efficaces par la famille ($r=.08$ $p<.31$). Par ailleurs, les écrits consultés indiquent qu'aucune recherche n'a vérifié la relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle qui donne des soins à son conjoint atteint de cancer.

En résumé, les recherches récentes consultées révèlent que les besoins prioritaires des soignantes naturelles ont déjà été identifiés. Il ressort alors de ces écrits que les besoins réels de cette population se trouvent surtout sur le plan de l'apprentissage et du soutien psychologique. Pourtant, aucune étude n'a décrit précisément les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et les stratégies de "coping" qu'elle utilise. De plus, les besoins d'apprentissage ont été rarement mis en corrélation avec les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle.

Selon l'approche andragogique de Knowles (1990), les besoins d'apprentissage de l'adulte sont associés aux problèmes de la vie quotidienne. À son avis, un des rôles premier de l'éducateur est de prendre conscience des besoins d'apprentissage de l'adulte afin d'être en mesure de répondre à son besoin de savoirs. Une meilleure connaissance des besoins d'apprentissage de la soignante naturelle permet aux professionnels de la santé de lui apporter plus de soutien éducationnel et psychologique dans le but de l'aider à transcender la situation difficile du moment. Afin d'identifier les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et ses stratégies de "coping" et de vérifier l'existence de relations entre ces deux variables, une étude descriptive corrélationnelle est entreprise. Ce genre d'étude impose au chercheur d'approfondir la nature des variables et d'explorer les relations entre elles (Fortin & al. 1988). Ainsi, les besoins d'apprentissage, variable antécédente, sont mis en relation avec une variable conséquente soit les stratégies de "coping".

Dans ce type d'étude, le chercheur ne manipule pas la variable antécédente. Par conséquent, il ne peut établir de relation de cause à effet mais peut déterminer le lien entre les deux variables étudiées.

Questions de recherche

Avant de réindiquer les questions de recherche, il importe de mettre en évidence les conclusions qui se dégagent des résultats de recherches concernant les deux variables étudiées soit les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping". Voici en résumé, les conclusions émises par les chercheurs dont on a tenu compte dans cette étude.

Les conclusions suivantes ont été prises en considération dans la formulation des questions de recherche.

- La description des besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer et des stratégies de "coping" utilisées par celle-ci devrait faire l'objet de recherches futures (Hileman, Lackey & Hassanein, 1992).
- La présence d'un besoin d'apprentissage fait naître de l'insatisfaction chez la personne (Aucoin-Gallant, 1996).
- Les soignantes naturelles éprouvent de la difficulté à faire face à leur nouvelle réalité de la vie quotidienne: celle de vivre avec le conjoint atteint de cancer et de lui procurer des soins (Weisman, 1979).
- Les soignantes naturelles sont préoccupées et inquiètes à propos de la maladie de leur conjoint et de l'avenir (Garand & Bolduc, 1990). Les stratégies de "coping" pourraient alors être davantage centrées sur les émotions.
- Des contradictions existent entre la conclusion de l'étude de

Brock (1990) et les écrits de Power (1985) en ce qui concerne la relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping".

Les cinq questions de recherche formulées sont les suivantes:

1. Quels sont les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer?
2. Quelles sont les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer?
3. Est-ce que les soignantes naturelles utilisent davantage les stratégies de "coping" centrées sur les émotions en comparaison avec les stratégies de "coping" axées sur le problème?
4. Existe-t-il une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation, par celle-ci, de stratégies de "coping" centrées sur les émotions?
5. Existe-t-il une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage, et l'inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions, qu'elle utilise?

Chapitre III

Méthode

Devis de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle où la chercheuse s'intéresse à décrire les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et ses stratégies de "coping". Elle vérifie également l'existence de relations entre l'insatisfaction de la soignante naturelle à l'égard des besoins d'apprentissage et l'utilisation, par celle-ci, de stratégies de "coping" centrées sur les émotions.

Dans le courant actuel des soins de santé, les infirmières ont un rôle important à jouer pour que le maintien à domicile des personnes cancéreuses ne se fasse pas au détriment de la soignante naturelle. La responsabilité sociale des infirmières implique de satisfaire aussi bien les besoins des soignantes naturelles que ceux de la personne malade. Or, la soignante naturelle a besoin d'apprendre et d'être soutenue afin d'être capable d'affronter positivement cette réalité de la vie. Le besoin d'apprendre de la soignante naturelle est donc orienté vers son vécu. Il apparaît de première importance de connaître les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et ses stratégies de "coping", et de vérifier l'existence de relations entre ces deux variables. Avec cette information, les infirmières seront plus en mesure d'intervenir efficacement auprès d'une population de plus en plus grande de soignantes naturelles.

Définition des termes

Soignante naturelle

La soignante naturelle est un membre de la famille de la personne malade, qui assure, à titre non professionnel et de manière régulière ou occasionnelle, les soins destinés à satisfaire les besoins du malade à domicile (Garand & Bolduc, 1990). Elle est la principale personne qui donne des soins et prend la responsabilité de répondre aux besoins physiques et psychosociaux non comblés de la personne malade à son domicile (Bunting, 1989). Dans cette étude, la soignante naturelle est la

conjointe qui, à domicile, prend soin de son époux atteint de cancer.

Besoins d'apprentissage

Les besoins d'apprentissage comprennent tout ce dont la personne a besoin sur le plan éducatif pour combler l'écart entre la perception qu'elle a d'être informée et celle de désirer de l'information relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être. Dans cette étude, les besoins d'apprentissage sont exprimés par la soignante naturelle et sont liés au problème de santé du conjoint et aux préoccupations personnelles, familiales ainsi que sociales. Ces besoins sont connus par l'administration de la version française modifiée de l'échelle Derdiarian Informational Needs Assessment (DINA).

Insatisfaction de la soignante naturelle

L'insatisfaction d'une personne se manifeste par des réactions affectives, tels le mécontentement et le déplaisir, qui incitent la personne à mobiliser des énergies en vue de combler les besoins d'apprentissage (Sillamy, 1980). Dans cette étude, le degré d'insatisfaction de la soignante naturelle s'exprime par le score relié à la perception du sujet quant à l'insatisfaction ressentie pour l'ensemble des besoins d'apprentissage. L'échelle intitulée Satisfaction des besoins d'apprentissage offre l'occasion aux sujets d'exprimer leur satisfaction ou leur insatisfaction en ce qui concerne, chaque besoin d'apprentissage. Une moyenne inférieure à 3,5 sur 5,0 obtenue par les sujets indique que ceux-ci ressentent de l'insatisfaction en ce qui a trait à l'ensemble des besoins d'apprentissage.

Stratégies de "coping"

Les stratégies de "coping" sont un ensemble de moyens que la personne adopte afin de gérer une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Dans cette étude, les stratégies de "coping" découlent des

réponses fournies par le sujet lors de l'administration de l'échelle de "coping" de Jalowiec. Une moyenne supérieure à 2,0 sur 3,0 obtenue par les sujets indique un degré élevé d'utilisation des stratégies de "coping".

Inefficacité des stratégies de "coping"

Les stratégies de "coping" inefficaces sont celles qui ne produisent pas l'effet désiré par le sujet et qui n'arrivent pas à atténuer la source de stress. L'échelle de "coping" de Jalowiec permet au sujet d'exprimer l'efficacité ou l'inefficacité face à chaque stratégie de "coping" utilisée. Une moyenne inférieure à 2,0 sur 3,0 obtenue par les sujets désigne un degré d'inefficacité des stratégies de "coping".

Personne atteinte de cancer

La personne atteinte de cancer est celle qui présente une maladie caractérisée par une prolifération de cellules en transformation erratique. Les cellules cancéreuses se différencient des cellules normales principalement par leur prolifération sans contrôle et par leur anaplasie (Smeltzer & Bare, 1996). Dans cette étude, la personne atteinte de cancer est le conjoint de la soignante naturelle et, le diagnostic médical a été confirmé par un médecin.

Instruments utilisés

Dans cette étude descriptive corrélationnelle, les données sont recueillies à l'aide d'un formulaire de données sociodémographiques et de trois instruments de mesure. Les instruments retenus sont la version modifiée de l'échelle DINA (1995), l'échelle de "coping" de Jalowiec (1987) et l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage (1995). Les deux premiers instruments ont été traduits par la chercheuse et la vérification de la traduction a été assurée par deux experts.

Formulaire de données sociodémographiques

Dans cette étude, le formulaire de données sociodémographiques, est présenté à l'appendice C. Il s'agit d'une version adaptée du formulaire construit par Derdiarian (1981). Les items de ce formulaire ont été révisés de manière à les adapter davantage à une population de soignantes naturelles. Ainsi, deux questions ont été ajoutées à propos des soins donnés au conjoint atteint de cancer, et une des questions se rapporte au soutien formel reçu. Ces questions permettent de recueillir des informations à propos de la durée et du type de soins procurés au conjoint malade ainsi que du soutien reçu d'un organisme spécialisé en matière de santé. Ce formulaire a pour but d'obtenir un profil des sujets de l'étude. Le profil porte sur des données personnelles comme l'âge, le niveau de formation et l'occupation actuelle. Il inclut aussi de l'information médicale à propos du problème de santé du conjoint et des soins administrés par la soignante naturelle.

Version française modifiée de l'échelle DINA

Le Derdiarian Informational Needs Assessment (DINA), version française modifiée, est utilisé comme instrument de mesure des besoins d'apprentissage de la soignante naturelle (Appendice D). L'instrument DINA est choisi dans cette étude pour les raisons suivantes:

- 1) Il est considéré comme un instrument de mesure multidimensionnel et permet ainsi de connaître les besoins d'apprentissage sous plusieurs aspects: le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales.
- 2) Il est le seul instrument qui identifie les besoins d'apprentissage auprès d'une population dont le conjoint est atteint de cancer.
- 3) L'instrument est jugé valide et fidèle.

Le Derdiarian Informational Needs Assessment (DINA) est développé en

anglais par Anayis Derdiarian en 1981. L'échelle permet à la personne cancéreuse d'exprimer ses besoins d'apprentissage. Cette échelle est adaptée à la famille dont l'un des membres est atteint de cancer. En s'appuyant sur un cadre de référence construit à partir des concepts de "coping", de l'évaluation cognitive, de la recherche d'information et des besoins de la personne, Derdiarian développe son instrument de mesure. Dans ses écrits, Derdiarian (1987) mentionne que l'évaluation cognitive d'un événement permet à la personne de déterminer d'abord la pertinence de la situation et d'évaluer ensuite l'importance d'obtenir de l'information. La personne peut alors ressentir un manque d'information et éprouver un besoin d'apprendre. Lors de la sélection des stratégies de "coping", la personne a tendance à rechercher de l'information afin de combler ses besoins d'apprentissage. Ensuite, elle fait une réévaluation de sa situation.

Derdiarian (1987) constate que l'information reçue par la personne aide celle-ci à mieux faire face au problème de la vie quotidienne et à contrôler ses émotions. À partir de ce cadre de référence, Derdiarian retient les termes suivants pour en présenter une définition opérationnelle. Il s'agit de la préoccupation qui fait naître la menace et la peur, du besoin d'information, de la pertinence de l'information, de la portée de l'information, du problème de santé et des préoccupations personnelles, familiales et sociales (voir l'appendice G). Les analyses de validité de l'échelle DINA ont été effectuées auprès de deux professeures et d'une étudiante de 3^{ème} cycle en sciences infirmières d'une université américaine. L'accord des experts a été de 100% pour chaque catégorie de l'instrument en ce qui concerne la compréhension des termes et la validité de contenu basée sur la littérature récente et les définitions opérationnelles.

La fidélité de stabilité de l'échelle DINA a été démontrée par des corrélations variant de ,88 à 1,00, incluant l'ensemble des items de

l'instrument. Les résultats ont été obtenus par la méthode test-retest auprès d'une population atteinte de cancer. La consistance interne de l'échelle DINA a été estimée par l'évaluation des corrélations de tous les items de l'instrument et pour les énoncés contenus dans les quatre catégories de l'instrument. Derdarian précise que l'échelle DINA présente un alpha de Cronbach de .91 ($p < .05$) pour les items contenus dans chaque catégorie de l'instrument et un alpha de Cronbach de .90 ($p < .05$) pour l'ensemble des items de l'instrument.

Bien que multidimensionnelle, l'instrument DINA comprend un nombre imposant de questions soit 135. Comparativement à d'autres instruments de mesure, il est fortement long. De plus, l'échelle DINA ne se limite pas à identifier les besoins d'apprentissage. Elle permet aussi au chercheur de connaître la préoccupation vécue par la soignante naturelle, la présence ou non d'un désir d'information, les sources d'information désirées et l'importance accordée à chacun des besoins d'apprentissage. Il est possible de réduire le nombre de questions tout en conservant l'essence de cette échelle. La réduction du nombre de questions de l'échelle DINA a été effectuée pour les raisons suivantes:

1. Le nombre considérable de questions contenues dans cette échelle s'avère trop élevé pour le type de recherche proposée, soit l'étude descriptive corrélacionnelle.
2. La réduction est possible étant donné que plusieurs questions formulées dans l'échelle DINA se rapportent à des variables absentes de cette recherche: la préoccupation vécue, le désir d'information et les sources d'information.
3. Le respect du temps limité que peut allouer une soignante naturelle qui, à domicile, prend soin de son conjoint atteint de cancer.

Nous allons maintenant expliquer de quelle façon s'effectue la réduction du nombre de questions de l'échelle DINA. Dans un premier temps, regardons la liste des seize besoins d'apprentissage qui composent

l'échelle DINA. (Voir le tableau X, aux pages 66 et 67). Concernant la première partie des besoins d'apprentissage, l'item intitulé projets futurs a été ajouté à la suite de l'évolution probable de la maladie. Dans la troisième catégorie des besoins d'apprentissage, il est possible de regrouper autour d'un même besoin la manière de renseigner les parents et celle d'informer les personnes significatives. Les besoins d'apprentissage inclus dans la quatrième catégorie peuvent être jumelés de telle sorte qu'un seul besoin soit retenu. Celui-ci englobe alors le besoin d'affiliation, les relations du conjoint avec ses amis et ses collègues de travail ou toute autre relation. En somme, 11 des 16 besoins d'apprentissage ont été retenus pour produire la version française modifiée de l'échelle DINA.

Une revue exhaustive de la littérature de 1987 à 1995 ayant trait aux besoins d'apprentissage de la soignante naturelle a mis en évidence l'existence de quatre nouveaux besoins d'apprentissage non relevés par les écrits de Derdarian. Il s'agit du besoin d'apprentissage concernant la manière d'aider physiquement et psychologiquement son conjoint, celui de faire face à la nouvelle situation et du besoin d'apprentissage relatif aux ressources disponibles dans la communauté. Ces quatre récents besoins d'apprentissage ont été ajoutés aux onze besoins d'apprentissage déjà retenus afin de composer la nouvelle version de l'échelle DINA. Le tableau IX présenté aux pages 61, 62 et 63, précise les 15 besoins d'apprentissage qui forment la version française modifiée de l'échelle DINA. Selon les référents empiriques qui terminent l'analyse conceptuelle des besoins d'apprentissage présentés à la page 32, il a été jugé préférable de retenir les questions pertinentes pour décrire les besoins d'apprentissage. Ces questions sont les suivantes: 1. Avez-vous été informé de ...? 2. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de ...? À l'aide de ces deux questions, il est possible d'identifier les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle. (Voir la figure 3).

Définition de l'expression besoin d'apprentissage

↓

Un écart à combler entre la perception d'avoir été informée et celle de désirer de l'information relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être

↓

Questions posées aux répondants

↙

↘

Avez-vous été informé
de...?

Quelle information
aimeriez-vous recevoir?

↘

↙

Scénarios de réponses possibles

↙

↘

Non -----> ÉCART À COMBLER <----- J'aimerais savoir...

↓

Besoin d'apprentissage

Oui -----> ÉCART À COMBLER <----- J'aimerais apprendre à

↓

Besoin d'apprentissage

Non -----> PAS D'ÉCART À COMBLER <----- Aucune information

↓

Absence de besoin
d'apprentissage

Oui -----> PAS D'ÉCART À COMBLER <----- Aucune information

↓

Absence de besoin
d'apprentissage

Opérationnalisation de l'expression besoin d'apprentissage

(Figure 4)

Bien qu'elles soient intéressantes, les autres questions indiquées dans chacun des besoins d'apprentissage contenus dans l'échelle DINA ont été supprimées. Après la révision et les changements apportés, la version française modifiée de l'instrument DINA contient 30 questions. Elle s'avère relativement courte. Elle figure à l'appendice D.

Validité et fidélité de la version modifiée de l'échelle DINA

Afin d'assurer une validité de contenu, les 30 questions de l'instrument se retrouvent dans la version originale de l'échelle DINA ou dans la littérature récente. Cette liste de questions a été remise à quatre juges experts. En fait, pour chacune des questions posées, on a demandé aux juges d'établir le degré de pertinence en vue d'identifier les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle. Les quatre juges experts sont tous des professeurs universitaires provenant de milieux différents: deux dans le champ d'études de l'andragogie et les deux autres en science infirmière. Ils ont été contactés par lettre et ont reçu toute la documentation nécessaire au processus de validation. L'évaluation des questions par les juges a été faite par écrit et les résultats obtenus permettent d'estimer la validation de contenu de la version française modifiée de l'échelle DINA. Les quatre juges ont indiqué que les questions posées sont pertinentes ou très pertinentes à l'identification et à la mesure des besoins d'apprentissage. Les commentaires émis par les juges ont été soigneusement considérés pour l'amélioration de l'énonciation de quelques questions qui composent l'instrument.

Bien que la fidélité de l'échelle DINA ait été démontrée, il est souhaitable d'établir la fidélité de stabilité de la version modifiée de l'instrument par l'approche test-retest. Approximativement une semaine après avoir complété la version française modifiée de l'échelle DINA, 15 sujets choisis de façon aléatoire sont sollicités en vue de répondre, pour une seconde fois, à dix questions de l'instrument. Ces questions sont choisies de manière probabiliste. Une analyse de corrélation est aussi

effectuée pour démontrer la fidélité d'homogénéité.

Voyons les résultats obtenus en ce qui concerne les analyses de fidélité de la version française modifiée de l'échelle DINA. Cet instrument de mesure est une échelle nominale qui permet d'assigner des nombres sans valeur numérique à des éléments, pour représenter des catégories mutuellement exclusives et exhaustives. La technique de Kuder-Richardson est excellente pour évaluer la consistance interne d'une échelle de mesure nominale (Fortin, 1996). La fidélité d'homogénéité de l'instrument est démontrée par une corrélation assez élevée de ,78 pour l'ensemble des items. En ce qui concerne les données nominales, la corrélation Cramer V est indiquée pour produire un coefficient de stabilité entre plusieurs ensembles de scores. Dans cette étude, la valeur du Cramer V est de 0,94. Il ressort que le coefficient de fidélité de stabilité de la version française modifiée de l'échelle DINA est très élevé.

Échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage

L'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage est construite de telle manière qu'elle reprend les 15 besoins d'apprentissage identifiés dans la version française modifiée de l'instrument DINA. Une échelle de Likert y est ajoutée et comprend cinq choix de réponses s'échelonnant de pas du tout satisfait (1) à tout à fait satisfait (5). Ce nouvel instrument donne l'occasion à la soignante naturelle d'indiquer son degré de satisfaction ou d'insatisfaction à propos de chaque besoin d'apprentissage. L'instrument de mesure est présenté à l'appendice E.

Validité et fidélité du nouvel instrument

Rappelons que la validité de contenu de la version française modifiée de l'échelle DINA est appuyée par le jugement de quatre experts. Pareillement, la validation de contenu de l'instrument nommé Satisfaction des besoins d'apprentissage, a été effectuée par les quatre mêmes juges.

Ces juges se sont prononcés et ont déclaré être en accord avec la conformité de l'instrument pour représenter les 15 besoins d'apprentissage identifiés dans la version française modifiée de l'échelle DINA. Puis, les juges ont indiqué la capacité de l'instrument de mesurer le degré de satisfaction de la soignante naturelle en ce qui a trait à chaque besoin d'apprentissage.

Ce nouvel instrument est une échelle de type Likert nommée ordinale. Pour estimer la consistance interne d'une échelle de mesure ordinale, l'alpha de Cronbach est la technique la plus couramment utilisée (Fortin, 1996). Selon les données de l'étude, l'alpha de Cronbach se situe à ,84 pour l'ensemble des items de l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage. Le nouvel instrument de mesure présente donc un coefficient de fidélité d'homogénéité élevé. La fidélité de stabilité a été estimée par la corrélation de rangs de Spearman. Cette corrélation est digne d'intérêt pour déterminer le degré d'association entre deux ensembles de rangs (Bertrand, 1986). Dans cette recherche, le coefficient de fidélité de stabilité pour l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage est estimé à ,80.

Échelle de "coping" de Jalowiec

La version française de l'échelle nommée Jalowiec Coping Scale (1987) est employée pour identifier les stratégies de "coping" utilisées par les soignantes naturelles (Appendice F). Pour la présente étude, nous avons choisi cet instrument en nous basant sur les raisons mentionnées dans les écrits de Killeen (1990) et Gulick (1995):

- 1) L'instrument est utilisé en de multiples occasions avec des populations différentes incluant les soignantes naturelles.
- 2) Il accumule des données extensives et convaincantes en ce qui concerne sa validité et sa fidélité.
- 3) Il est consistant avec la théorie de "coping" de Lazarus et Folkman

(1984). En ce sens, les points de vue de Jalowiec (1987; 1989) et ceux de Lazarus et Folkman (1984) se ressemblent puisqu'ils précisent les deux mêmes fonctions de "coping": celle axée sur le problème et celle centrée sur les émotions. Bien que Jalowiec ait classé les énoncés qui décrivent les stratégies de "coping" sans utiliser la même terminologie que Lazarus et Folkman, il reste qu'il se dégage une homogénéité certaine entre les énoncés de "coping" précisés par ces auteurs. À titre d'exemple, voici un énoncé retenu par Lazarus et Folkman (1984): "J'ai tâché de regarder positivement la situation". Cet énoncé est classé dans la catégorie re-évaluation positive. Dans le même ordre d'idées, Jalowiec (1987) indique comme item: "Vous essayez de voir le côté positif de la situation". Cet énoncé se retrouve dans la catégorie optimisme.

La chercheuse constate que l'échelle de "coping" de Jalowiec est le seul instrument qui mesure l'efficacité des stratégies de "coping" utilisées par le sujet. De plus, elle croit que cet instrument est relativement facile à comprendre et à utiliser auprès des populations visées.

L'échelle de "coping" de Jalowiec est un instrument de 60 items qui mesure les stratégies de "coping". Les 60 stratégies de "coping" sont divisées en huit catégories: l'affrontement de la situation, l'évitement, l'optimisme, le fatalisme, l'expression des émotions, le "coping" palliatif, le soutien et l'indépendance (Jalowiec, 1989). Les sujets indiquent la fréquence à laquelle une stratégie de "coping" est utilisée, à l'aide de l'échelle Likert se situant de jamais (0) à souvent utilisée (3). Au moyen de cet instrument, les sujets mentionnent aussi l'efficacité de la stratégie de "coping" utilisée à partir d'une échelle de Likert se situant de inefficace (0) à très efficace (3). Les résultats obtenus dans chaque catégorie sont calculés à partir de la valeur attribuée par le sujet à chaque stratégie de "coping". En se basant sur les écrits de Jalowiec (1987; 1988; 1989), l'instrument de "coping" a été

codé pour l'analyse des données.

La consistance interne de l'instrument est mesurée à l'aide d'un alpha de Cronbach de 0,88 à 0,94 en ce qui concerne l'identification des stratégies de "coping" et de .81 à .96 pour l'efficacité des stratégies de "coping". La fidélité de stabilité a été démontrée par des corrélations variant de 0,64 à 0,85 en utilisant la méthode de test-retest avec un groupe de personnes cardiaques et des veuves âgées (Jalowiec, 1989).

Comme l'instrument de "coping" de Jalowiec a été traduit dans une autre langue, il est important de procéder à une analyse de la consistance interne. La mesure par excellence pour refléter la fidélité d'homogénéité d'une échelle de mesure ordinale est le coefficient alpha de Cronbach (Fortin, 1996). Selon les données de l'étude, l'instrument de "coping" présente un coefficient de fidélité acceptable de 0,72, pour la section portant sur l'utilisation des stratégies de "coping" et de 0,74 pour la section relative à l'efficacité des stratégies de "coping". Étant donné que le "coping" est un processus qui change avec le temps, l'estimation de la fidélité de stabilité de l'échelle de "coping" à l'aide de la technique test-retest n'est pas appropriée (Tennen et Herbergen, 1985). En effet, la stabilité du phénomène ne peut pas être observée.

Traduction des instruments

Le Derdiarian Informational Needs Assessment et le Jalowiec Coping Scale ont été traduits en français pour cette étude. La méthode sélectionnée afin d'assurer une validité concernant la traduction française est la suivante:

- 1) La chercheuse traduit l'instrument original de l'anglais au français.
- 2) Deux experts qualifiés dans le domaine linguistique en matière de santé vérifient la traduction française.
- 3) Les deux experts donnent leur accord à propos de la traduction de

chaque question de l'instrument.

Cette méthode permet d'assurer le plus possible l'exactitude de la traduction en évitant de perdre des nuances dans le passage d'une langue à l'autre.

Dans le but de vérifier la compréhension de chaque question posée, les trois instruments de mesure ont été administrés auprès de cinq soignantes naturelles avant d'amorcer la collecte de données. Dans l'ensemble, les soignantes naturelles n'ont éprouvé aucune difficulté à comprendre les termes spécifiés dans les instruments de mesure. Deux sujets ont toutefois vérifié leur compréhension concernant quelques termes, en mentionnant l'expression anglaise. À titre d'exemple, un sujet a précisé: Tu veux dire les "side effects" en ce qui concernait l'expression effets secondaires. Cette donnée est facile à comprendre puisque les sujets proviennent d'une région bilingue où l'intégration de certains termes anglais à la langue française est une caractéristique culturelle.

En ce qui concerne la version française modifiée de DINA, un changement a été effectué dans l'ordre des questions. Les deux questions concernant la manière de faire face à la situation, pré-numérotées 15 et 16 se retrouvent aux numéros 27 et 28 de l'échelle de mesure. Cette modification a été apportée afin de permettre plus de fluidité au moment de poser les questions.

Milieu et échantillon

La sélection des conjoints des sujets a été faite dans un centre hospitalier universitaire de la région de Moncton et dans deux unités de soins de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick. Les conjoints atteints d'un cancer ont été choisis avec l'aide de l'infirmière responsable de la clinique oncologique et de l'infirmière-liaison.

Les sujets choisies sont 30 soignantes naturelles. Chaque sujet de l'étude a rencontré les critères d'inclusion suivants:

- 1) Être âgée d'au moins 30 ans et n'avoir pas plus que 64 ans.
- 2) Prendre soin à domicile de son conjoint atteint de cancer depuis une durée de 3 à 12 mois post-diagnostic. Le conjoint est en phase de stabilisation et suit un traitement médical, par exemple, la chimiothérapie ou la radiothérapie.
- 3) Être en mesure de comprendre, de lire et de parler la langue française.
- 4) Vivre avec la personne malade depuis au moins six mois.
- 5) N'avoir aucune incapacité mentale qui nuirait à la participation à cette recherche.
- 6) Ne participer à aucun autre projet de recherche.

Les soignantes naturelles sont sélectionnées par un échantillonnage accidentel qui répond aux critères d'inclusion précités. Les trente sujets choisis participent à l'étude.

Déroulement de l'étude

La chercheuse a sollicité les services d'une assistante de recherche pour participer à la collecte des données. L'assistante de recherche est une infirmière expérimentée, bilingue, détentrice d'un baccalauréat et connue de la chercheuse. Cette assistante de recherche a fourni une disponibilité au moment de la collecte de données. La chercheuse a remis à l'assistante de recherche toute la documentation pertinente à la compréhension de l'étude ainsi que des exemplaires des formules de consentement et des instruments de mesure utilisés. Une rencontre a eu lieu entre l'assistante de recherche et la chercheuse afin de discuter de l'étude, de préciser les étapes à suivre et de répondre aux questions soulevées. Pendant toute la période de la collecte des données, la chercheuse a offert une disponibilité à l'assistante de recherche.

La collecte des données s'est effectuée au domicile de la soignante naturelle. Le choix des sujets s'est fait de la façon suivante. Les conjoints des sujets ont été recrutés par l'entremise d'un centre hospitalier universitaire de Moncton et par deux unités de soins de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick. L'infirmière-liaison et l'infirmière responsable de la clinique oncologique ont identifié les soignantes naturelles qui pourraient éventuellement participer à cette recherche, à partir des critères d'inclusion et des dossiers actifs des conjoints cancéreux. Au moment de la collecte des données, tous les conjoints atteints de cancer reçoivent un traitement médical, par exemple, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie. Habituellement, ces malades sont suivis à la clinique externe d'oncologie.

Une fois la soignante naturelle identifiée, l'infirmière la rejoint par téléphone afin de lui demander la permission de transmettre son nom à la chercheuse ou à l'assistante de recherche. À ce moment-là, le but de la recherche et la nature de sa participation lui sont expliqués brièvement. Si la soignante naturelle accepte de soumettre son nom, la chercheuse ou l'assistante de recherche communique par téléphone avec la soignante naturelle pour obtenir un rendez-vous avec elle. Cette rencontre a lieu au domicile de la soignante naturelle et au moment qui lui convient le mieux.

Lors de cette rencontre, la chercheuse ou l'assistante de recherche rappelle à la soignante naturelle le but de l'étude et la nature de sa participation. La soignante naturelle décide alors de signer ou non le formulaire de consentement. Si elle accepte de participer à la recherche, la chercheuse ou l'assistante de recherche l'invite à répondre à un formulaire de données sociodémographiques, à un questionnaire composé de quinze questions fermées et de quinze questions ouvertes et à deux questionnaires à choix multiples. La durée prévue pour la collecte des données est en moyenne d'une heure et demie. Les considérations éthiques

sont tenues compte dans la préparation et tout le long de l'étude. (Voir l'appendice A et l'appendice B).

Méthode d'analyse des données

Dans le cadre de la thèse doctorale, une consultation a été effectuée auprès d'un statisticien de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal. Le statisticien a pris connaissance de la problématique énoncée, des questions de recherche posées et de la méthodologie proposée. Plus particulièrement, il a étudié d'abord si l'état actuel des instruments de mesure permettait de répondre aux questions de recherche. Ensuite, il a examiné si les résultats qui seraient obtenus par les instruments utilisés se prêteraient à l'évaluation statistique. De l'avis du statisticien, les instruments de mesure choisis conviennent aux questions posées. La pré-codification de chacun des instruments de mesure utilisés permet, selon lui, de procéder à des analyses statistiques.

Dans cette même recherche, des analyses qualitatives et quantitatives sont effectuées. Sur le plan qualitatif, la chercheuse transcrit tous les verbatim contenus dans l'entrevue. Elle découvre ensuite les séquences constituantes de la situation énoncée. Elle réfléchit à chaque séquence exprimée par le sujet pour découvrir le besoin d'apprentissage énoncé et l'écrire dans un langage scientifique. Elle apporte ainsi des réponses à la question de recherche concernant la description des besoins d'apprentissage. Des exemples de verbatim figurent au chapitre suivant et plus précisément au tableau XIV à la page 109, 110 et 111.

Quant aux analyses quantitatives, l'ensemble des réponses obtenues lors de la collecte des données sont codifiées de manière à être transposées selon le Systat. Ce programme est utilisé pour l'analyse des mesures descriptives de toutes les variables de l'étude. Il permet aussi

d'obtenir des mesures d'association. Comme les instruments de mesure ont été traduits en français pour la première fois, nous avons vérifié la consistance interne des instruments de mesure. Pour répondre aux questions de recherche, des mesures de distribution de fréquence, de tendance centrale et de dispersion seront utilisées pour illustrer les données sous forme de tableaux. Quant aux liens entre les deux principales variables, le coefficient de corrélation de Pearson est utilisé pour vérifier la présence ou l'absence de relations entre les variables. Le seuil de signification est fixé à alpha .05.

Limites de l'étude

Cette étude est réalisée auprès de soignantes naturelles, mais dans la sélection des sujets, elle ne tient pas compte de la durée du "caregiving". Cette limite est minimisée par le fait que tous les conjoints sont atteints de cancer depuis une durée de trois à douze mois post-diagnostic. En ce qui concerne leur problème de santé, ils se retrouvent dans la phase de stabilité et ils suivent tous un traitement médical au moment de la collecte des données. De plus, la soignante naturelle vit avec son conjoint depuis au moins six mois.

Le nombre de sujets qui participent à l'étude est limité (N=30) et choisi de façon non aléatoire. Par conséquent, les résultats de cette étude ne pourraient être généralisés.

L'échelle DINA permet de décrire les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle selon le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales. Cette échelle inclut d'autres concepts non recherchés dans l'étude tels la préoccupation vécue, les sources d'information et la présence ou l'absence du désir d'information. Il a été nécessaire de procéder à une modification de l'instrument pour se limiter au concept étudié. L'instrument DINA ne mesure pas le degré de satisfaction de chacun des besoins d'apprentissage.

Un instrument intitulé Satisfaction des besoins d'apprentissage a été élaboré. Bien que ce nouvel instrument reprenne les besoins d'apprentissage identifiés par Derdiarian (1981) et par la littérature, en y ajoutant une échelle de Likert se situant de "pas du tout satisfait" (1) à "tout à fait satisfait" (5) et qu'il soit validé au niveau de contenu, il amène une limite à l'étude. De plus, aucun instrument ne peut cerner complètement le concept à mesurer. Ainsi, le "coping" est capté sous un certain angle à l'aide de l'échelle de Jalowiec.

Les instruments de mesure ont été traduits de la langue anglaise à la langue française. Deux experts en traduction dans le domaine de la santé ont corrigé et comparé les énoncés. Cette méthode limite les biais associés à la traduction. Toutefois, des nuances peuvent se perdre dans le passage d'une langue à l'autre. Toute traduction apportée à un instrument de mesure peut affecter la fidélité et la validité de l'échelle (Fortin, 1996).

Les données recueillies par les sujets sont influencées par leur capacité de décrire leur réalité concernant leurs besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" utilisées. Les données sont recueillies par le biais d'une seule rencontre d'une durée moyenne d'une heure et demie, au domicile de la soignante naturelle. Les résultats obtenus permettent ainsi une évaluation ponctuelle des variables étudiées. Il est donc impossible d'effectuer des comparaisons intra-individuelles qui proviennent de mesures répétées, ce qui aurait permis de tracer un portrait plus complet des stratégies habituelles de "coping".

Chapitre IV

Présentation des résultats

L'analyse des données est divisée en deux parties, ce qui facilite la compréhension des résultats obtenus. La première partie a trait aux données sociodémographiques des sujets, à leurs caractéristiques personnelles et à leurs traits particuliers en tant que soignantes naturelles. La deuxième partie est réservée à l'analyse des réponses des sujets, relativement aux questions de recherche. Ces données permettent de décrire les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et leurs stratégies de "coping", et de vérifier l'existence de relations entre ces deux variables.

Taux de participation

La collecte des données s'est déroulée entre novembre 1995 et août 1996, au domicile de la soignante naturelle. Durant cette période, trente-trois sujets répondaient aux critères d'admissibilité. Trois sujets ont refusé de participer à l'étude. Les deux raisons évoquées sont le manque de temps et la présence continuelle du conjoint à la maison. L'échantillon réunit donc trente sujets. Le taux de participation est alors de 90,90%. Plusieurs soignantes naturelles ont indiqué que le fait de parler de leur situation leur avait procuré une satisfaction et qu'elles souhaitaient avoir d'autres rencontres similaires dans le futur. Parmi les trente sujets, trois ont préféré compléter les questionnaires en anglais. Un sujet a dit: "Moi, quand cela vient à parler de la maladie, je suis plus à l'aise en anglais. Par ici, quand tu vas voir le docteur, il parle en anglais, tu es habitué comme cela". La préférence de la langue a été respectée. Dans la grande majorité des régions francophones de la province du Nouveau-Brunswick, on parle couramment la langue anglaise. C'est une réalité culturelle.

Données sociodémographiques des sujets

Caractéristiques personnelles

Trente soignantes naturelles ont participé à l'étude. Elles habitent plus particulièrement dans les régions francophones du Nouveau-Brunswick. La moyenne d'âge des sujets est de 52,10 ans ($\pm 10,11$) et l'étendue des groupes d'âge varie de 30 à 64 ans. Les répondantes ont un niveau de scolarité qui se situe entre l'élémentaire et le collégial. Près de la moitié des soignantes naturelles n'accomplissent aucun travail rémunérateur au moment de l'étude. Toutes les répondantes sont mariées et ont des enfants, sauf une. Près de la moitié des sujets mentionnent que les enfants ont déjà quitté le domicile familial. Les données détaillées relatives aux caractéristiques personnelles des sujets sont présentées au tableau XI.

Tableau XI

Profil des données sociodémographiques des soignantes naturelles

N = 30

Caractéristiques personnelles	Fréquence	Pourcentage
Groupe d'âge		
30-41	5	16,67%
42-53	10	33,33%
54-64	15	50,00%
Niveau de scolarité		
Élémentaire	8	26,67%
Secondaire	17	56,67%
Collégial	5	16,66%
Nature de l'emploi actuel		
Aucun emploi	14	46,67%
Journalière	11	36,67%
Commis, secrétaire	3	10,00%
Infirmière	2	6,66%
Nombre d'enfant(s) dans la famille		
Aucun	1	3,33%
1-2	10	33,34%
3-4	12	40,00%
5 et plus	7	23,33%
Nombre d'enfant(s) à la maison		
Aucun	13	43,33%
1	8	26,67%
2	4	13,33%
3	3	10,00%
4	2	6,67%

Caractéristiques des répondantes liées à leur rôle de soignantes naturelles

Les caractéristiques des sujets, liées à leur rôle de soignantes naturelles, ont été recueillies à l'aide du formulaire de données sociodémographiques et figurent au tableau XII. Dans cette recherche, les conjoints des sujets sont atteints de cancer depuis une durée de six à douze mois suivant le diagnostic. Trois types de cancer sont les plus représentés: 33,33% des conjoints présentent un cancer du poumon, 30,0% d'entre eux sont atteints d'un cancer de l'intestin et 23,3% sont frappés d'un cancer de la prostate. Tous les conjoints des sujets sont touchés par un cancer primaire sans présence de métastases. Tous se retrouvent dans la phase de stabilisation du problème de santé. Les conjoints des sujets suivent un traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie à la clinique ambulatoire d'un centre oncologique situé au Nouveau-Brunswick.

Plus des trois quarts des soignantes naturelles (80%) se perçoivent en bonne ou excellente santé. Elles procurent surtout des soins psychologiques, des soins instrumentaux et des soins de confort à leur conjoint malade. Les soignantes naturelles sont à l'écoute des préoccupations et des incertitudes exprimées par le conjoint atteint de cancer. Elles lui offrent du réconfort. Les soignantes naturelles l'aident à conserver une image positive de lui-même. Elles l'assistent dans la prise de ses médicaments. Elles incitent le conjoint à s'alimenter sainement et à se reposer afin de conserver son énergie. Le temps consacré à l'administration de ces soins varie de huit à trente heures par semaine. De plus, près des trois quarts (73,33%) des soignantes naturelles ne reçoivent aucune assistance des professionnelles de la santé. Toutefois, les soignantes naturelles expriment avoir suffisamment de soutien de la part de leur famille. Ce soutien familial repose sur une foule de relations et d'échanges entre les membres d'une même famille.

Tableau XII

Caractéristiques des soignantes naturelles liées
à la prise en charge du soin de leur conjoint

N = 30

Caractéristiques des soignantes naturelles	Fréquence	Pourcentage
Perception de leur état de santé		
Excellent	6	20,00%
Bon	18	60,00%
Passable	6	20,00%
Nature du problème de santé du conjoint		
Cancer du poumon	10	33,33%
Cancer de l'intestin	9	30,00%
Cancer de la prostate	7	23,33%
Autres types de cancer	4	13,34%
Durée du problème de santé du conjoint		
De 06 à 09 mois postdiagnostic	24	80,00%
De 10 à 12 mois postdiagnostic	6	20,00%
Traitement(s) anticancéreux prescrit(s)		
Radiothérapie (r)	13	43,33%
Chimiothérapie (c)	9	30,00%
Association de (r) et de (c)	8	26,67%
Types de soins procurés au conjoint		
Soins de confort et psychologiques	9	30,00%
Soins de confort, psychologiques et instrumentaux	21	70,00%
Nombre d'heures de soins procurés au conjoint par semaine		
De 8 à 14 heures	9	30,00%
De 15 à 22 heures	15	50,00%
De 23 à 30 heures	6	20,00%
Nombre d'heures de soutien formel reçu par semaine		
Aucune	22	73,33%
De 1 à 2 heures	6	20,00%
De 3 à 4 heures	2	6,67%
Importance accordée aux croyances spirituelles		
Beaucoup	26	86,67%
Moyennement	4	13,33%
Un peu	0	0,00%
Pas du tout	0	0,00%

Dans cette recherche, la grande majorité des soignantes naturelles accordent beaucoup d'importance aux croyances spirituelles. Dans les commentaires recueillis, les soignantes naturelles affirment qu'elles trouvent du réconfort dans la prière et que pour elles la religion n'est pas simplement une pratique religieuse; elle donne un sens à leur vie. Il semble que les soignantes naturelles s'appuient sur le soutien familial et sur la foi.

Analyse des réponses des sujets à la version
française modifiée de l'échelle DINA

La première question de recherche posée est la suivante: Quels sont les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer? Afin de répondre à cette question, les soignantes naturelles ont indiqué si elles avaient été informées et si elles désiraient de l'information. On se rappelle qu'un besoin d'apprentissage existe s'il y a un écart à combler entre la perception qu'on a d'être informée et celle qu'on a de désirer de l'information relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être. Les scénarios de réponses que donneraient possiblement les sujets ont été présentés à la page 80.

Identification des besoins d'apprentissage

Le tableau XIII met en évidence la présence ou l'absence d'un besoin d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales de la soignante naturelle. Le tableau présente d'abord la distribution de la fréquence concernant la perception qu'a la soignante naturelle d'être informée et celle qu'elle a de désirer de l'information. Il ressort que toutes les répondantes ont été informées concernant la maladie de leur conjoint et le traitement suivi par celui-ci. Uniquement deux sujets n'ont pas été mis au courant des tests prescrits à leur conjoint par le médecin. Près des trois quarts des sujets (73,33%) affirment avoir été renseignés concernant

l'évolution de la maladie de leur conjoint. Le tableau précise aussi l'existence de quinze groupes de besoins d'apprentissage à combler chez la soignante naturelle. Comme l'indique le tableau XIII, c'est dans la catégorie des besoins d'apprentissage liés au problème de santé du conjoint que les soignantes naturelles ont reçu davantage d'information.

En ce qui concerne les besoins d'apprentissage liés aux préoccupations personnelles, plus des trois quarts (80,00%) des soignantes naturelles ont reçu un enseignement relativement aux moyens d'aider physiquement leur conjoint atteint de cancer. Seulement 13,33% des soignantes naturelles ont reçu de l'information concernant la manière d'aider psychologiquement leur conjoint. Pourtant, toutes les soignantes naturelles procurent des soins psychologiques à leur époux atteint de cancer. Peu de répondantes (20%) ont été informées des moyens à utiliser pour gérer le stress découlant de leur situation actuelle.

Quant aux besoins d'apprentissage liés aux préoccupations familiales, les soignantes naturelles ont reçu de l'information concernant surtout le rôle du conjoint en tant que malade. Très peu de soignantes naturelles (13,33%) ont été informées sur la manière de renseigner les enfants à propos de la maladie de leur père. Rares sont les répondantes qui désirent de l'information à ce sujet. Il est facile de se rendre compte que le besoin d'apprentissage concernant la manière de renseigner les enfants est presque inexistant pour les sujets de l'étude. En ce qui a trait aux besoins d'apprentissage liés aux préoccupations sociales, les soignantes naturelles ont reçu de l'information particulièrement au sujet des ressources disponibles dans la communauté.

Tableau XIII

Présence ou absence d'un besoin d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales de la soignante naturelle

N=30

Besoins d'apprentissage	Fréquence	Pourcentage	P	A
A. Besoins d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint				
1. La maladie du conjoint			X	
a. Perception d'être informé	30	100,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- la compréhension du cancer (c)	17	56,67%		
- les facteurs du risque (f)	1	3,33%		
- l'association de (c) et (f)	2	6,67%		
2. Les tests prescrits			X	
a. Perception d'être informé	28	93,33%		
b. Désir d'information concernant...				
- la durée du test (d)	4	13,33%		
- les résultats des tests (r)	1	3,33%		
- l'interprétation des résultats (i)	11	36,67%		
- l'association de (d) et (i)	2	6,67%		
- l'association de (d) et (r)	1	3,33%		
3. Le traitement			X	
a. Perception d'être informé	30	100,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- le but du traitement	1	3,33%		
- la durée du traitement	2	6,67%		
4. L'évolution de la maladie			X	
a. Perception d'être informé	22	73,33%		
b. Désir d'information concernant...				
- la probabilité de rémission ou de rechute	25	83,33%		
- l'association entre la probabilité de rémission et les projets futurs	1	3,33%		

* Le **P** signifie la présence d'un besoin d'apprentissage et le **A** signifie l'absence d'un besoin d'apprentissage. Se référer à la figure 3, p. 80.

Tableau XIII (suite)

Présence ou absence d'un besoin d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales de la soignante naturelle
N=30

Besoins d'apprentissage	Fréquence	Pourcentage	*P	*A
B. Besoins d'apprentissage concernant les préoccupations personnelles				
5. Les effets secondaires sur le plan physique			X	
a. Perception d'être informé	23	76,67%		
b. Désir d'information concernant...				
- les effets secondaires prévisibles	13	43,33%		
- la durée des effets secondaires	5	16,67%		
- la nature et la durée des effets secondaires	2	6,67%		
6. Les effets secondaires sur le plan psychologique			X	
a. Perception d'être informé	3	10,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- les effets secondaires prévisibles	25	83,33%		
- la durée des effets secondaires	2	6,67%		
7. Les moyens d'aider physiquement le conjoint			X	
a. Perception d'être informé	24	80,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- les soins visant à maximiser le confort	2	6,67%		
- le soulagement de la fatigue	10	33,33%		
- les soins de confort et le soulagement de la fatigue	4	13,33%		
8. La manière de soutenir psychologiquement le conjoint			X	
a. Perception d'être informé	4	13,33%		
b. Désir d'information concernant...				
- la manière d'intervenir relativement aux réponses négatives de comportement	29	96,67%		

* Le **P** signifie la présence d'un besoin d'apprentissage et le **A** signifie l'absence d'un besoin d'apprentissage. Se référer à la figure 3, p. 80.

Tableau XIII (suite)

Présence ou absence d'un besoin d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales de la soignante naturelle
N=30

Besoins d'apprentissage	Fréquence	Pourcentage	*P	*A
9. Le travail rémunéré du conjoint			X	
a. Perception d'être informé	17	56,67%		
b. Désir d'information concernant la durée de l'absence	14	46,67%		
c. Ne s'applique pas	11	36,67%		
10. Les moyens de faire face à la situation			X	
a. Perception d'être informé	6	20,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- les moyens de lutter contre le stress	20	66,67%		
- les moyens d'augmenter la résistance au stress	3	10,00%		
- les moyens de lutter contre le stress et d'augmenter la résistance au stress	5	16,67%		
C. Besoins d'apprentissage concernant les préoccupations familiales				
11. La manière de renseigner les enfants			X	
a. Perception d'être informé	4	13,33%		
b. Désir d'information concernant...				
- les explications à donner	8	26,67%		
c. Ne s'applique pas	1	3,33%		
12. La manière de renseigner les parents			X	
a. Perception d'être informé	3	10,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- les explications à donner	4	13,33%		
c. Ne s'applique pas	6	20,00%		

* Le **P** signifie la présence d'un besoin d'apprentissage et le **A** signifie l'absence d'un besoin d'apprentissage. Se référer à la figure 3, p. 80.

Tableau XIII (suite)

Présence ou absence d'un besoin d'apprentissage concernant le problème de santé du conjoint et les préoccupations personnelles, familiales et sociales de la soignante naturelle
N=30

Besoins d'apprentissage	Fréquence	Pourcentage	*P	*A
13. Les rôles du conjoint			X	
a. Perception d'être informé	21	70,00%		
b. Désir d'information concernant...				
- les activités non permises	21	70,00%		
- la poursuite des activités sexuelles	7	23,33%		
D. Besoins d'apprentissage concernant les préoccupations sociales				
14. Les relations du conjoint en société			X	
a. Perception d'être informé	5	16,67%		
b. Désir d'information concernant l'effritement de certaines amitiés	20	66,67%		
15. Les ressources communautaires disponibles			X	
a. Perception d'être informé	22	73,33%		
b. Désir d'information concernant...				
- les ressources financières disponibles	6	20,00%		
- le soutien formel disponible	12	40,00%		
- les ressources financières et le soutien formel disponibles	1	3,33%		

* Le **P** signifie la présence d'un besoin d'apprentissage et le **A** signifie l'absence d'un besoin d'apprentissage. Se référer à la figure 3, p. 80.

Description des besoins d'apprentissage

Après avoir découvert l'existence des besoins d'apprentissage inscrits au tableau XIII, il importe de les décrire. Le tableau XIV décrit les 26 besoins d'apprentissage tels que perçus par les soignantes naturelles et indique des exemples de verbatim. Voir les pages 109 à 111.

Dans la catégorie des besoins d'apprentissage liés au problème de santé, neuf besoins ont été décrits. Bien que la plupart des sujets aient été mis au courant de l'évolution de la maladie de leur conjoint, il demeure que ces sujets aimeraient connaître plus précisément la probabilité de rémission ou de récurrence liée au cancer. Un sujet a indiqué: "Moi j'ai demandé au docteur si le cancer allait revenir". Ce sujet a ajouté: "Le docteur a dit: "J'ai la situation sous contrôle", mais moi j'aurais aimé savoir ses chances de guérison ou que le cancer revienne "back". Dans cette situation, il apparaît que le médecin a répondu vaguement au besoin de connaissance de la soignante naturelle. Il se peut que le médecin n'ait pas eu toutes les données nécessaires pour fournir une réponse claire au sujet. La majorité des soignantes naturelles désirent comprendre davantage le phénomène du cancer. Un sujet a dit: "Le docteur devrait m'expliquer plus la sorte de cancer, la différence qui existe entre le Hodgkin et le non Hodgkin". Il apparaît que la majorité des soignantes naturelles possèdent une compréhension partielle du cancer. Même si la presque totalité des sujets ont été informés des résultats des tests que subit le conjoint, il reste qu'un tiers d'entre eux désire en interpréter la signification. Un sujet a mentionné: "Le docteur a dit le "bone scan" est négatif". Mais qu'est-ce que cela veut vraiment dire, cela il ne l'a pas expliqué".

C'est dans la catégorie des besoins d'apprentissage liés aux préoccupations personnelles que le nombre de besoins est le plus élevé, soit dix. La presque totalité des sujets auraient aimé apprendre la manière d'intervenir relativement aux réponses négatives de comportement

social. Un sujet a indiqué: "Lui, il est beaucoup nerveux. C'est quoi tu peux faire pour baisser sa nervosité?" Les soignantes naturelles recherchent l'acquisition d'un savoir-être afin de procurer des soins psychologiques de qualité à leur conjoint. La grande majorité des sujets désiraient recevoir de l'information concernant les effets secondaires psychologiques découlant de la maladie. Un sujet a mentionné: "Moi, j'aurais aimé savoir que mon mari allait être nerveux et pas patient; il piquait sur moi pour des riens". Plus de la moitié des sujets désirent posséder des moyens de lutter contre le stress relié à leur situation de vivre avec leur conjoint atteint de cancer et de le soigner.

En ce qui concerne les besoins d'apprentissage liés aux préoccupations familiales, plus des deux tiers désirent connaître précisément les restrictions d'activités imposées par le cancer ou le traitement. Un sujet a déclaré: "Mon mari, il voulait aller à la danse samedi. On est allé. J'aurais aimé savoir qu'avec le traitement, cela le fatiguerait trop. On a pas pu rester". Ce verbatim nous amène à réfléchir sur l'importance d'individualiser l'enseignement. Près d'un quart des soignantes abordent la question de la sexualité. Un sujet a dit: "Mon mari, il reçoit de la radio, côté sexuel, on pense que c'est préférable d'attendre. Personne en a parlé". Habituellement, l'activité sexuelle n'est pas contre-indiquée durant une thérapie anticancéreuse. L'infirmière peut informer le couple et le conseiller dans le domaine de la sexualité. Il appartient toutefois au médecin de signaler s'il y a des contre-indications pour ce qui est de la poursuite des activités sexuelles. Quant aux besoins d'apprentissage liés aux préoccupations sociales, plus des trois quarts des sujets voulaient savoir que le cancer peut conduire à l'effritement de certaines amitiés. Un sujet a indiqué: "Nous autres, on ne savait pas que le fait qu'il avait le cancer pouvait faire que certains "friends" viennent plus nous voir". Il arrive que l'annonce du cancer provoque bel et bien un éloignement de la part de certains amis.

Tableau XIV

Description des besoins d'apprentissage perçus par les soignantes naturelles

N=30

Besoins d'apprentissage	%	Exemples de verbatim
A. Besoins d'apprentissage à propos du problème de santé du conjoint		
1. Probabilité de rémission ou de récurrence	83,33%	1. Le docteur a dit: "J'ai la situation sous contrôle; mais moi j'aurais aimé savoir ses chances de guérison ou que le cancer revienne "back"".
2. Compréhension du cancer	56,67%	2. M'expliquer plus la sorte de cancer, la différence qui existe entre le Hodgkin et le non Hodgkin.
3. Interprétation des tests que subit le conjoint	36,67%	3. Le docteur a dit: "Le "bone scan" est négatif. Mais qu'est-ce que cela veut vraiment dire cela il l'a pas expliqué".
4. Durée des tests prescrits	13,67%	4. Combien longtemps, il va avoir à passer des tests, cela ils l'ont pas dit.
5. Durée du traitement	6,67%	5. Combien longtemps la chimiothérapie va durer?
6. Facteurs de risque	3,33%	6. Me dire ce qui peut causer le cancer de l'intestin.
7. Résultats des tests prescrits	3,33%	7. C'est surtout cela que je veux savoir; le résultat du test. Une fois le test fini; si le docteur t'appelait pour te donner les résultats.
8. But du traitement	3,33%	8. Le docteur m'a pas dit pourquoi il avait de la radiothérapie, il n'a pas de cancer ailleurs.
9. Modification des projets futurs	3,33%	9. Quand ton mari a le cancer, cela change ta vie. Dans l'avenir, c'est quoi les plans que tu peux faire?

Tableau XIV (suite)

Description des besoins d'apprentissage perçus par les soignantes naturelles

N=30

Besoins d'apprentissage	%	Exemples de verbatim
B. Besoins d'apprentissage concernant les préoccupations personnelles		
1. Manière d'intervenir devant les réponses négatives de comportement social	96,67%	1. Lui, il est beaucoup nerveux. C'est quoi tu peux faire pour baisser la nervosité?
2. Effets secondaires sur le plan psychologique liés au traitement ou au cancer	83,33%	2. Moi, j'aurais aimé savoir que mon mari allait être nerveux et pas patient. Il piquait sur moi pour des riens.
3. Moyens de lutter contre le stress	66,67%	3. Quand tu te sens stressé en dedans c'est quoi tu peux faire?
4. Moyens de soulager la fatigue du conjoint	46,67%	4. C'est quoi tu peux faire pour qu'il soit moins fatigué?
5. Effets secondaires sur le plan physique liés au traitement reçu	43,33%	5. Durant ces traitements de chimio, mon mari était plus fatigué; moi je pensais que le cancer avait pris le dessus.
6. Durée des effets secondaires sur le plan physique liés au traitement reçu	16,67%	6. Mon mari, il était beaucoup fatigué et il avait mal au coeur. Je me disais combien longtemps cela va durer comme cela.
7. Moyens d'augmenter la résistance au stress	10,00%	7. Toi, tu dois être forte pour l'aider. Mais comment tu y arrives à devenir plus forte?
8. Durée de l'absence concernant le travail rémunéré du conjoint	10,00%	8. Combien longtemps il va être sans travailler, cela le docteur l'a pas dit.
9. Durée des effets secondaires sur le plan psychologique liés au traitement ou au cancer	6,67%	9. Combien longtemps cela va durer que mon mari va être "down" comme cela?
10. Moyens de maximiser le confort du conjoint	6,67%	10. Moi, j'aurais aimé savoir quoi faire pour le rendre le plus confortable possible.

Tableau XIV (suite)

Description des besoins d'apprentissage perçus par les soignantes naturelles

N=30

Besoins d'apprentissage		Exemples de verbatim
C. Besoins d'apprentissage concernant les préoccupations familiales		
1. Restrictions d'activités imposées par le cancer ou le traitement	70,00%	1. Mon mari, il voulait aller à la danse samedi. On est allé. J'aurais aimé savoir qu'avec le traitement, cela le fatiguerait trop. On n'a pas pu rester.
2. Manière d'expliquer aux enfants la maladie de leur père	30,00%	2. Moi, j'ai des jeunes enfants; j'aurais aimé qu'on explique quoi leur dire.
3. Poursuite des activités sexuelles	23,33%	3. Mon mari, il reçoit de la radio; côté sexuel, on pense que c'est préférable d'attendre. Personne en a parlé.
4. Manière d'expliquer aux parents la maladie de leur fils	13,33%	4. Sa mère, c'est une grosse cardiaque. Un rien l'énerve. Comment tu lui dis que son plus jeune des garçons fait du cancer?
D. Besoins d'apprentissage concernant les préoccupations sociales		
1. Effritement des amitiés	80,00%	1. Nous autres on ne savait pas que le fait qu'il avait le cancer pouvait faire que certains "friends" viennent plus nous voir, nous délaissent.
2. Soutien formel disponible	40,00%	2. Moi, je me demande si les "nurses" peuvent venir à la maison "checker" sur lui.
3. Ressources financières disponibles	20,00%	3. Nous autres, on n'a pas beaucoup d'argent. Comment on peut avoir de l'aide pour payer les médicaments?

Catégorisation des besoins d'apprentissage

Avant de terminer l'étude des besoins d'apprentissage, il convient de préciser si les soignantes naturelles désirent acquérir des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Le tableau XV répartit les besoins d'apprentissage selon les trois catégories de savoirs. Par ordre de fréquence, les savoirs les plus couramment indiqués par les sujets sont: la probabilité de rémission ou de récurrence du cancer, les effets secondaires, sur le plan psychologique, liés au traitement ou au cancer, l'existence de l'effritement des amitiés et les restrictions d'activités imposées par le cancer et le traitement. Comme l'indique le tableau XV, les quatre savoir-faire les plus souvent recherchés par les sujets sont: apprendre à lutter contre le stress, à comprendre le phénomène du cancer, à interpréter les tests que subit le conjoint et à soulager la fatigue de celui-ci. Également, les soignantes naturelles veulent presque toutes apprendre la manière d'intervenir à l'égard des réponses négatives de comportement social. Il s'agit là du savoir-être le plus souvent mentionné par les sujets de l'étude.

Tableau XV

Répartition des besoins d'apprentissage
selon les trois catégories de savoirs
N=30

Besoins d'apprentissage selon les catégories de savoirs: savoir, savoir-faire et savoir-être	Fréquence	Pourcentage
A. Savoir: "Apprendre que" ... (Reboul, 1980)		
1. la probabilité de rémission ou de récurrence est...	25	83,33%
2. les effets secondaires sur le plan psychologique liés au traitement ou au cancer sont...	25	83,33%
3. l'effritement des amitiés existe...	24	80,00%
4. les restrictions d'activités imposées par le cancer ou le traitement sont...	21	70,00%

Tableau XV (suite)
Répartition des besoins d'apprentissage
selon les trois catégories de savoirs
N=30

Besoins d'apprentissage selon les catégories de savoirs: savoir, savoir-faire et savoir-être	Fréquence	Pourcentage
A. Savoir: "Apprendre que" ... (Reboul, 1980)		
5. les effets secondaires sur le plan physique liés au traitement sont...	13	43,33%
6. le soutien formel disponible dans la communauté est...	12	40,00%
7. la poursuite des activités sexuelles est...	7	23,33%
8. les ressources financières sont...	6	20,00%
9. la durée des effets secondaires sur le plan physique liés au traitement est...	5	16,67%
10. la durée des tests est...	4	13,33%
11. la durée du traitement est...	2	6,67%
12. la durée des effets secondaires sur le plan psychologique liés au traitement ou au cancer est...	2	6,67%
13. la durée de l'absence concernant le travail rémunéré du conjoint est...	2	6,67%
14. les facteurs de risque liés au cancer sont...	1	3,33%
15. les résultats des tests sont...	1	3,33%
16. le but du traitement est...	1	3,33%
B. Savoir-faire: Apprendre à ... (Reboul, 1980)		
1. lutter contre le stress	20	66,67%
2. comprendre le phénomène du cancer	17	56,67%
3. interpréter les tests que subit le conjoint	11	36,67%
4. soulager la fatigue du conjoint	10	33,33%
5. résister au stress	3	10,00%
6. maximiser le confort du conjoint	2	6,67%
7. modifier les projets futurs	1	3,33%
C. Savoir-être: Apprendre à être (Reboul, 1980)		
1. manière d'intervenir devant les réponses négatives de comportement social	29	96,67%
2. manière d'expliquer aux enfants la maladie de leur père	9	30,00%
3. manière d'expliquer aux parents la maladie de leur fils	4	13,33%

Degré d'insatisfaction de la soignante naturelle relativement aux besoins d'apprentissage

La présence d'un besoin d'apprentissage fait naître un degré d'insatisfaction chez la soignante naturelle. Le tableau XVI montre que les sujets de l'étude ont exprimé de l'insatisfaction en ce qui a trait aux 12 groupes de besoins d'apprentissage sur une possibilité de 15. La grande majorité des sujets ont mentionné du mécontentement et même de la frustration à l'effet de ne pas savoir. Un sujet a dit: "Toi, tu le soignes, ils te disent pas grand-chose; c'est frustrant par bout".

Les besoins d'apprentissage liés aux préoccupations personnelles engendrent le plus d'insatisfaction chez la soignante naturelle. Tel que démontré au tableau XVI, le besoin d'apprentissage concernant la manière dont la soignante naturelle fait face à sa situation possède le score moyen le plus bas. Vient ensuite le besoin d'apprentissage précisant les effets secondaires, sur le plan psychologique, découlant de la maladie ou du traitement. Puis, on retrouve le besoin d'apprentissage concernant la manière d'aider psychologiquement le conjoint. Il est à noter que ces trois groupes de besoins d'apprentissage présentent les scores moyens les plus faibles et que ceux-ci sont presque identiques ($X=1,50$; $X=1,53$; $X=1,57$).

Comme mesure de tendance centrale, la médiane est aussi considérée parce qu'elle ne tient pas compte des valeurs extrêmes. Le tableau XVI met en évidence que la soignante naturelle mentionne de la satisfaction relativement aux besoins d'apprentissage liés au problème de santé du conjoint. En ordre de fréquence, on retrouve les besoins d'apprentissage liés au traitement, à la maladie et au test que subit le conjoint. Parmi les commentaires recueillis, un sujet a dit: "Quand il t'explique de quoi, cela fait te sentir bien". L'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être génèrent habituellement de la satisfaction chez la soignante naturelle.

Tableau XVI

Moyenne et médiane obtenues pour les quinze items de l'échelle
de satisfaction des besoins d'apprentissage
chez la soignante naturelle

N=30

Description des items de l'échelle: besoin d'apprentissage concernant...	Moyenne*	Médiane*
1. la maladie du conjoint	3.57	3.50
2. la manière de renseigner les enfants	1.90	2.00
3. la manière de renseigner les parents et les ami(e)s	1.97	2.00
4. le traitement que suit le conjoint	4.27	4.00
5. les tests que subit le conjoint	3.57	3.00
6. les effets secondaires sur le plan physique	3.17	3.00
7. les effets secondaires sur le plan psychologique	1.53	1.00
8. les moyens d'aider physiquement le conjoint	3.00	3.00
9. la manière d'aider psychologiquement le conjoint	1.57	1.00
10. les moyens de faire face à la situation	1.50	1.00
11. les rôles du conjoint	2.47	2.00
12. les relations du conjoint	2.07	2.00
13. le travail rémunéré du conjoint	3.21	3.00
14. l'évolution de la maladie et les plans futurs du couple	1.93	1.50
15. les ressources disponibles dans la communauté	3.13	3.00

* Rang possible se situe entre 1 et 5: (1) Pas du tout satisfait (2) Peu satisfait (3) Plus ou moins satisfait (4) Assez satisfait (5) Tout à fait satisfait

Analyse des réponses des sujets
à l'échelle de "coping" de Jalowiec

La deuxième question de recherche s'énonce comme suit. Quelles sont les stratégies de "coping" utilisées par la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer? Afin d'obtenir une réponse à cette question, les soignantes naturelles ont été invitées à indiquer sur une échelle de 0 à 3, le degré d'utilisation de chacune des stratégies de "coping" énumérées dans l'instrument de Jalowiec.

Utilisation des stratégies de "coping"

Le tableau XVII présente les moyennes et les écarts types de l'utilisation des huit catégories de "coping". Selon la perception des soignantes naturelles, les trois groupes de "coping" les plus utilisés sont les suivants: le soutien ($\bar{X}=2,61$), l'optimisme ($\bar{X}=2,51$) et l'indépendance ($\bar{X}=2,11$). Il est à noter que le degré d'utilisation des stratégies de "coping" se situe entre jamais utilisée (0) et souvent utilisée (3). L'expression des émotions ($\bar{X}=1,17$), l'évitement ($\bar{X}=1,09$) et le fatalisme ($\bar{X}=,67$) sont les trois catégories de "coping" les moins utilisées par les soignantes naturelles. Le tableau XVII précise les moyennes et les écarts types de l'efficacité des huit catégories de "coping". Les résultats obtenus montrent que le soutien, l'optimisme et l'affrontement de la situation sont les trois groupes de "coping" les plus efficaces pour les sujets de l'étude. Par contre, l'évitement, l'expression des émotions et le fatalisme sont les trois catégories de "coping" jugées les plus inefficaces par les soignantes naturelles. Il est intéressant de remarquer que les soignantes naturelles ont considéré comme efficaces les stratégies centrées sur le problème. Dans l'ensemble, les catégories de "coping" les plus utilisées par les soignantes naturelles sont considérées, par celles-ci, comme les plus efficaces.

Tableau XVII

Moyenne obtenue pour l'utilisation et l'efficacité des stratégies de "coping" chez les soignantes naturelles

N=30

Classification des stratégies de "coping"	Utilisation		Efficacité	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
1. Soutien*	2,61	,28	2.72	.21
2. Optimisme**	2,51	,16	2.53	.12
3. Indépendance**	2,11	,23	2.11	.22
4. Affrontement de la situation*	2,02	,19	2.43	.21
5. "Coping" palliatif**	1,51	,26	2.13	.28
6. Expression des émotions**	1,17	,21	.73	.23
7. Évitement**	1,09	,17	1.43	.21
8. Fatalisme**	,67	,22	.67	.21

* La catégorie des stratégies de "coping" est centrée sur le problème.

** La catégorie des stratégies de "coping" est axée sur les émotions.

Le rang pour l'obtention de la moyenne se situe entre 0 et 3 en ce qui concerne l'utilisation et l'efficacité des stratégies de "coping".

Description des stratégies de "coping"

En plus d'identifier les catégories de "coping" les plus utilisées par les soignantes naturelles, il importe de décrire les stratégies de "coping" auxquelles elles ont le plus recours au moment de la collecte des données. Les soignantes naturelles choisissent de parler de leur problème avec leur famille ou leurs ami(e)s. C'est la stratégie de "coping" la plus utilisée pour faire face à leur situation actuelle. Selon elles, parler de leur situation, par exemple, du cancer amène les membres de la famille à se soutenir mutuellement et à mieux surmonter l'événement. Les soignantes naturelles essaient de maintenir leur situation sous contrôle, d'avoir une vie aussi normale que possible et d'entretenir des pensées positives. Voilà les trois stratégies qui se classent au deuxième rang en ce qui a trait à l'utilisation des stratégies de "coping". En ayant recours à ces trois stratégies de "coping", les soignantes naturelles montrent l'affrontement de la situation et l'optimisme. Les soignantes naturelles souhaitent que les choses s'améliorent et elles font preuve de pensée positive. Cette stratégie de "coping" se retrouve au troisième rang.

La presque totalité des soignantes naturelles se font souvent du souci au sujet du problème de santé de leur conjoint. Cette stratégie de "coping" se trouve classée au dixième rang. En complétant les questionnaires, un sujet a dit: "Même si tu sais qu'il y a pas de cancer ailleurs, sa santé ça te tracasse". Bien que le pronostic du cancer puisse être favorable, la guérison n'est jamais complètement assurée. Le cancer soulève donc des préoccupations, du souci et des inquiétudes. Le tableau XVIII illustre les dix stratégies de "coping" les plus utilisées par les soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer. Parmi les dix stratégies de "coping" énumérées dans ce tableau, il est à noter que six d'entre elles sont centrées sur les émotions et que les quatre autres sont axées sur le problème.

Tableau XVIII

Dix stratégies de "coping" les plus utilisées
par les soignantes naturelles

N=30

Rang	Stratégie	Catégorie
1. Premier	Vous parliez de votre problème avec votre famille ou vos ami(e)s.	Soutien*
2. Deuxième	Vous essayiez de maintenir la situation sous contrôle.	Affrontement*
3. Troisième	Vous mainteniez une vie aussi normale que possible en ne vous laissant pas intimider par le problème.	Optimisme**
4. Quatrième	Vous essayiez d'entretenir des pensées positives.	Optimisme**
5. Cinquième	Vous souhaitiez que les choses s'améliorent.	Optimisme**
6. Sixième	Vous vous souveniez comment vous avez résolu d'autres problèmes par le passé.	Indépendance**
7. Septième	Vous priiez et mettiez votre confiance en Dieu.	Soutien*
8. Huitième	Vous comptiez sur les autres pour vous aider.	Soutien*
9. Neuvième	Vous essayiez de maîtriser vos émotions	Indépendance**
10. Dixième	Vous vous faisiez du souci au sujet du problème.	Expression des émotions**

* La catégorie des stratégies de "coping" est centrée sur le problème.

** La catégorie des stratégies de "coping" est axée sur les émotions.

L'échelle de "coping" comprend 60 stratégies.

Après avoir relevé les dix stratégies les plus utilisées par les soignantes naturelles, il convient de spécifier les dix stratégies auxquelles les sujets de l'étude ont le moins recours. Tel que démontré au tableau XIX, quatre stratégies se retrouvent au dernier rang et font toute partie de l'évitement de la situation. À titre d'exemple, aucune soignante naturelle ne se disait à elle-même que le problème n'était quand même pas si important. Il est facile de comprendre cette donnée. De toute évidence, le cancer est un problème sérieux de santé. De plus, les soignantes naturelles accordent beaucoup d'importance aux soins à prodiguer à leur conjoint malade.

Même si leur conjoint est atteint de cancer, les soignantes naturelles ne se préparent pas au pire, c'est-à-dire à la mort prochaine de leur conjoint. Elles ne pensent pas non plus que leur situation est sans espoir. Rappelons que les conjoints des sujets suivent un traitement anticancéreux, qu'ils sont tous en phase de stabilisation et qu'ils présentent un cancer localisé.

Comme l'indique le tableau XIX, toutes les stratégies de "coping" les moins utilisées sont centrées sur les émotions, sauf une. Cette stratégie précise que les soignantes naturelles n'essaient pas de changer leur situation. Parmi les commentaires recueillis, un sujet a dit: "Mon mari fait du cancer de la prostate; moi je le soigne le mieux que je peux. Tu peux pas changer cela". Vivre avec son conjoint atteint de cancer et le soigner représente pour elles une réalité de la vie quotidienne. Concernant les stratégies qui appartiennent au "coping" palliatif, il est intéressant de noter que la consommation d'alcool n'est pas retenue comme une forme de compensation négative utilisée par les sujets de l'étude. Toutefois, 33,33% des sujets font l'usage de médicaments pour diminuer la tension.

Tableau XIX
 Dix stratégies de "coping" les moins utilisées
 par les soignantes naturelles

N=30

Rang	Stratégies de "coping"	Catégorie
Soixantième	Vous vous disiez que le problème n'est quand même pas si important.	Évitement**
Soixantième	Vous retardiez de faire face au problème.	Évitement**
Soixantième	Vous essayiez d'ignorer ou d'évitez le problème.	Évitement**
Soixantième	Vous dormiez plus que d'habitude.	Évitement**
Cinquante-neuvième	Vous vous blâmiez de vous être placé dans une telle situation.	Expression des émotions**
Cinquante-neuvième	Vous vous résigniez à votre sort car c'était sans espoir.	Fatalisme**
Cinquante-huitième	Vous preniez un verre afin de vous sentir mieux.	"Coping" Palliatif**
Cinquante-septième	Vous vous êtes préparé(e) au pire.	Fatalisme**
Cinquante-septième	Vous essayiez de changer la situation.	Affrontement*
Cinquante-sixième	Vous évitiez d'être avec les gens.	Évitement**

* La catégorie des stratégies de "coping" est centrée sur le problème.

** La catégorie des stratégies de "coping" est axée sur les émotions.

L'échelle de "coping" comprend soixante stratégies.

Prédominance d'une fonction de "coping"

La troisième question de recherche se lit ainsi: Est-ce que les soignantes naturelles utilisent davantage des stratégies de "coping" centrées sur les émotions en comparaison avec les stratégies axées sur le problème? Étant donné le contexte d'une recherche descriptive corrélacionnelle, le test bilatéral t de Student est envisagé pour répondre à cette question.

Le calcul des moyennes des deux groupes a été effectué. Il est de 2,21 pour les stratégies axées sur le problème et de 1,57 pour les stratégies centrées sur les émotions. La valeur t observée est alors calculée. Le t_{obs} est de 18,21. À l'aide d'une table de valeurs critiques du test de t de Student, la chercheuse ressort le t critique à partir du seuil de signification de l'étude, fixé à α ,05 et du nombre de degrés de liberté établi à 29 ($n-1$). Le t critique est donc égal à 2,04. Pour tirer une conclusion sur le plan statistique, il est nécessaire de comparer le t observé au t critique.

$$\text{le } t_{obs}=18,21 > 2,04 \text{ le } t_{critique}$$

Dans notre échantillon, il existe une différence significative entre l'utilisation des stratégies de "coping" axées sur le problème et celle des stratégies centrées sur les émotions. Le résultat obtenu est différent de celui formulé dans la question de recherche. En effet, il est surprenant de constater que les soignantes naturelles utilisent davantage les stratégies axées sur le problème comparativement aux stratégies centrées sur les émotions.

Vérification des relations entre les deux variables étudiées

La dernière partie de l'analyse des données vise à explorer les relations possibles entre les deux variables étudiées: les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping". Étant donné le contexte

d'une recherche descriptive corrélacionnelle, des questions de recherche ont été formulées et non des hypothèses. Il s'agit bien de décrire les relations décelées entre les deux variables et non de préciser la nature des relations prévues. La quatrième question de recherche s'énonce ainsi: Existe-t-il une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation, par celle-ci, de stratégies de "coping" centrées sur les émotions? La réponse à cette question est attribuable à la corrélation de Pearson calculée entre le score global de l'insatisfaction de la soignante naturelle et celui obtenu par l'ensemble de stratégies de "coping" axées sur les émotions et utilisées par celle-ci. Les données de l'étude n'ont pas réussi à démontrer une relation significative entre l'insatisfaction de la soignante naturelle relativement aux besoins d'apprentissage et l'utilisation des stratégies de "coping" centrées sur les émotions ($r = ,16$ $p > 0,05$; $p < 0,05$ statistiquement significatif).

La cinquième question de recherche posée est la suivante: Existe-t-il une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage, et l'inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions qu'elle utilise? Pour répondre à cette question, le score global de l'insatisfaction de la soignante naturelle, pour ce qui est des besoins d'apprentissage, a été comparé pour chacune des catégories de "coping" axées sur les émotions et jugées inefficaces. Dans cette étude, trois catégories de "coping" ont été évaluées comme inefficaces par les soignantes naturelles. Il s'agit de l'évitement, de l'expression des émotions et du fatalisme. (Voir le tableau XVII à la page 116).

Aucune corrélation significative n'existe entre l'insatisfaction de la soignante naturelle relativement aux besoins d'apprentissage et l'inefficacité des stratégies d'évitement qu'elle utilise ($r = ,23$ $p > ,05$). Par contre, une relation significative est observée entre l'insatisfaction

de la soignante naturelle à l'égard de besoins d'apprentissage et l'inefficacité des stratégies de "coping" de type émotif qu'elle utilise ($r=,43$, $p=,04$; $p<,05$ statistiquement significatif). En effet, les soignantes naturelles qui vivent de l'insatisfaction découlant de leurs besoins d'apprentissage se font souvent du souci au sujet de leur situation. Aucune corrélation substantielle et significative n'existe entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, relativement aux besoins d'apprentissage, et l'adoption par celle-ci d'une attitude fataliste jugée inefficace ($r=,21$ $p>,05$). Il ressort qu'un résultat confirme l'existence d'une relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle quant aux besoins d'apprentissage et l'inefficacité des stratégies de "coping" axées sur les émotions, alors que d'autres l'infirmement. Pour cette question de recherche, nous sommes en présence d'un résultat mixte.

Chapitre V

Analyse et interprétation des résultats

Ce chapitre présente une discussion relative à l'interprétation des résultats obtenus grâce à une étude descriptive corrélationnelle menée auprès de 30 soignantes naturelles. Il s'agit de commenter les propriétés de validité et de fidélité entourant les instruments de mesure. Puis, d'analyser et d'interpréter les variables principales de l'étude dans l'ordre suivant: les caractéristiques sociodémographiques, les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping". Finalement, de discuter les liens démontrés entre les deux dernières variables précitées.

Validité et fidélité des outils de mesure

Dans cette étude, l'échelle DINA a été traduite et modifiée puis adaptée à une population de soignantes naturelles. Tout d'abord, la validité de contenu est assurée par une analyse conceptuelle de l'expression du besoin d'apprentissage. Puis, les 30 questions de l'instrument se retrouvent dans la version originale de l'échelle DINA ou dans la littérature. Ensuite, quatre experts, tous professeurs universitaires, ont qualifié de pertinente ou de très pertinente chaque question contenue dans l'instrument. Les étapes franchies pour établir la validité de contenu avaient été proposées par Green et Lewis (1986), à savoir l'utilisation des écrits pertinents portant sur le concept à mesurer et l'apport des experts pour juger le choix des énoncés. Selon les données de l'étude, la fidélité d'homogénéité et celle de stabilité de la version française modifiée de l'échelle DINA ont donné respectivement des coefficients de corrélation de 0,78 et 0,94. En évaluant la consistance interne d'une échelle de mesure, on considère comme élevée une corrélation à la limite de 0,80 (Nunally, 1978).

En ce qui concerne l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage, la validité de contenu est basée sur les écrits et le jugement des experts. De l'avis des quatre professeurs universitaires, l'instrument mesure réellement le degré de satisfaction de chaque besoin d'apprentissage. La fidélité d'homogénéité de l'instrument est de 0,84 et celle de stabilité est de 0,80. Streiner et Norman (1991) précisent qu'un

coefficient d'environ 0,80 est raisonnablement élevé lorsqu'il s'agit de la fidélité d'un nouvel instrument de mesure.

Comme l'échelle de "coping" de Jalowiec est un instrument bien rodé, seule la fidélité d'homogénéité a été mesurée. Cette échelle présente, dans son ensemble, un coefficient de corrélation satisfaisant de 0,72 pour la section portant sur l'utilisation des stratégies de "coping" et de 0,74 pour la section relative à l'efficacité des stratégies de "coping". Une étude de Easton et al. (1995) obtient des résultats presque similaires. Chez un groupe de 100 sujets, un alpha de Cronbach de 0,77 et 0,74 en assure l'homogénéité. D'autres études américaines menées à la fin des années 1980 obtiennent, pour l'utilisation des stratégies de "coping", un alpha de Cronbach plus élevé qui se situe entre 0,84 et 0,89 (Dollar, 1989; Koller 1989). Fortin (1996) précise qu'il existe un certain degré de variation parmi des mesures de fidélité d'un même instrument utilisé auprès de différents échantillons de sujets. Dans notre étude, une partie de cette variation pourrait être due à un groupe de sujets plus homogène, à un nombre plutôt limité de sujets, à la non utilisation de certaines stratégies de "coping" par les sujets, à la traduction de l'instrument et peut-être à la culture acadienne. Polit et Hungler (1997) soutiennent qu'un coefficient de corrélation de 0,70 est considéré comme acceptable pour la consistance interne d'un instrument de mesure. Une étude-pilote effectuée auprès de cinq soignantes naturelles n'a démontré aucune difficulté de compréhension des énoncés et ce, pour les trois questionnaires utilisés dans cette recherche. Après avoir discuté de la qualité des instruments de mesure, il importe d'expliquer le profil des sujets de notre étude en comparaison avec des groupes de soignantes naturelles déjà étudiés.

Caractéristiques sociodémographiques des sujets

Caractéristiques personnelles

Les soignantes naturelles incluses dans notre recherche ont majoritairement dépassé le mi-chemin de la vie. Elles se préparent à la retraite ou ont opté pour une préretraite en même temps que leur conjoint. Les soignantes naturelles ont moins de responsabilités familiales et professionnelles qu'auparavant. Ces données portent à croire que les sujets de l'étude ont plus de temps pour prendre soin de leur conjoint malade comparativement à de jeunes adultes. Zarith et al. (1992) affirment que les jeunes soignantes naturelles aux prises avec des responsabilités familiales et professionnelles ont tendance à diminuer le nombre d'heures de travail rémunéré, pour accomplir leur nouveau rôle.

Toutes les soignantes naturelles sont mariées. Dans le dossier médical de la personne malade, l'état civil indiqué offre cinq possibilités: marié, divorcé, séparé, veuf ou célibataire. Il est alors impossible pour l'infirmière de retracer à partir du dossier médical, si la personne atteinte de cancer a un conjoint de fait. Par ailleurs, dans le profil de la personne malade, un génogramme devrait être élaboré de manière à identifier facilement les membres de la famille nucléaire ou reconstituée.

Quant à la scolarité de la soignante naturelle, les résultats obtenus indiquent que la plupart ont un nombre limité d'années d'études. En effet, 83,34 % d'entre elles ont fait des études primaires ou secondaires. De plus, la scolarité de ces soignantes naturelles correspond aux postes qu'elles occupent: journalière, commis ou secrétaire. Un nombre d'années d'études peu élevé se dégage aussi de la recherche néo-brunswickoise menée auprès de soignantes naturelles dont le conjoint est atteint d'un problème chronique de santé (Gallant, 1991). Il est important pour l'infirmière de savoir combien d'années d'études les

soignantes naturelles ont complétées, afin qu'elle puisse procurer des compléments d'information parlés et écrits en fonction des capacités de compréhension de la personne (Pratt, 1995).

En terminant, on peut affirmer que le profil des soignantes naturelles possède, dans son ensemble, des similitudes avec celui décrit par Brogna (1996). En effet, cette auteure précise que la soignante naturelle typique est une femme âgée d'environ 55 ans et qu'elle a des enfants adultes. Elle possède un sens moral qui la motive à assumer ce rôle de soignante naturelle. Brogna (1996) explique ce qui incite la soignante naturelle à accepter ce nouveau rôle. Il s'agit d'une solide relation affective avec la personne malade et non d'un choix personnel.

Caractéristiques des sujets liées à leur rôle de soignante naturelle

Les soignantes naturelles prennent soin de leur conjoint atteint de cancer depuis une période de six à douze mois. Classés par ordre de fréquence, les trois types de cancer rencontrés le plus fréquemment chez le conjoint sont le cancer du poumon, celui de l'intestin et celui de la prostate. Selon les tendances nationales canadiennes, ces trois types de cancer sont les plus répandus chez les hommes (Smeltzer & Bare, 1996). Dans notre étude, le cancer de la prostate occupe le troisième rang, alors qu'il tient le premier rang dans le classement des cancers retrouvés parmi la population masculine. Une explication plausible à ce résultat est que les conjoints malades sont âgés de moins de 65 ans. Or, le cancer de la prostate frappe surtout les hommes âgés de 70 ans et plus (Smeltzer & Bare, 1996).

Les soignantes naturelles ne se limitent pas à procurer des soins physiques à leur conjoint malade, mais elles s'engagent toutes dans des activités de soutien émotif. Carey et al. (1991) reconnaissent également que la soignante naturelle assiste son conjoint dans les activités de vie instrumentale et lui procure du soutien. De l'avis de ces auteurs,

apporter un soutien émotif est la tâche la plus difficile à accomplir pour la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. Au moment de l'étude, près des trois quarts des répondantes ne reçoivent aucun soutien formel de la part des professionnels de la santé. Cette donnée appuie les écrits de Strass et Corbin (1988) qui précisent que lorsque la personne malade traverse la phase de stabilité, c'est surtout la soignante naturelle qui veille à répondre aux besoins de la personne atteinte d'un problème de santé.

Plus des trois quarts (80 %) des soignantes naturelles se perçoivent en bonne ou excellente santé. Ce résultat coïncide avec celui obtenu dans l'étude de Hileman et al. (1992). Ces auteurs précisent que plus de 80 % des soignantes naturelles estiment être en bonne ou excellente santé tout en assurant la prise en charge de la personne atteinte de cancer depuis une période de un à douze mois. En comparant ces deux données, la chercheuse a tenu compte de la durée du "caregiving" qui se veut relativement courte et presque identique à cette période. La grande majorité des sujets accordent de l'importance aux croyances spirituelles. Beauchesne (1995) avance l'idée que les personnes ayant de fortes croyances religieuses sont généralement plus paisibles devant l'épreuve de la maladie.

Comparativement aux quelques études américaines effectuées auprès des soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer, les sujets de notre étude présentent des critères de sélection plus restrictifs. Ces critères portent sur l'âge, le sexe et le type de liens établi avec le malade. Dans notre étude, les sujets sont des adultes féminins et ces soignantes naturelles sont toutes mariées. Le malade est l'époux atteint d'un cancer localisé. En décrivant leur échantillon, Hileman et al. (1992) précisent que les sujets de leur étude sont majoritairement des femmes âgées de 18 à 89 ans et presque toutes mariées. Elles prennent soin d'une personne atteinte de cancer qui est soit le

conjoint, la fille ou un parent. Il est à noter que la taille de l'échantillon choisi par Hileman et al. (1992) est plus élevée que celle de notre étude. Lorsque les sujets présentent des caractéristiques plutôt homogènes, Fortin (1996) souligne qu'un échantillon plus petit peut être suffisant pour répondre aux questions de recherche. Après avoir discuté de la composition de l'échantillon, il convient d'analyser et d'interpréter une variable importante de cette étude: les besoins d'apprentissage.

Besoins d'apprentissage

Cette recherche met en évidence le fait que les soignantes naturelles possèdent des acquis de départ en tant qu'apprenantes. Elles détiennent des connaissances partielles concernant le problème de santé du conjoint, les effets secondaires de la maladie et du traitement sur le plan physique, le rôle du conjoint en tant que malade et les ressources disponibles dans la communauté. Les soignantes naturelles connaissent aussi des moyens d'aider physiquement leur conjoint atteint de cancer. Elles possèdent alors des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Les apprentissages réalisés sont pertinents et axés sur leur vie. Ces constatations correspondent aux écrits de Knowles (1990). Celui-ci souligne que l'apprentissage de l'adulte est davantage orienté vers la résolution des problèmes de la vie quotidienne que vers un contenu.

Cette étude indique un désir d'apprendre de la part des soignantes naturelles. En effet, toutes les répondantes ont clairement exprimé, avec aisance, les informations désirées relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être. De toute évidence, les soignantes naturelles possèdent un préalable au besoin d'apprentissage, soit le désir d'apprendre. Dans un climat sécurisant et compréhensif, les soignantes naturelles ont fait preuve d'une ouverture d'esprit. Effectivement, près d'un quart des sujets ont abordé des questions relatives à la sexualité. À titre d'éducatrice, l'infirmière peut aider la conjointe à élargir ses

connaissances en ce qui a trait à la poursuite des activités sexuelles et au cancer (Simmons, 1986).

Dans le contexte de l'apprentissage, la plupart des soignantes naturelles ont montré le goût du risque. En effet, elles désirent être informées sur les probabilités de rémission ou de récurrence liées au cancer de leur conjoint. De l'avis de Bélanger (1992), rechercher ce type d'information est une démarche à risque. En effet, la personne peut obtenir des informations susceptibles de lui rappeler la souffrance et la finitude de la vie de son conjoint. Toutefois, Krupp (1991) soutient que l'adulte mûr, positif à l'égard de lui-même, n'hésite pas à prendre des risques pour acquérir des apprentissages pertinents.

Une donnée importante de cette étude est l'information que désirent les soignantes naturelles. Même s'il existe des différences individuelles chez les soignantes naturelles sur le plan des apprentissages, il reste que plusieurs besoins d'apprentissage semblables sont souvent exprimés. En ce qui concerne le problème de santé du conjoint, la plupart des soignantes naturelles désirent connaître la probabilité de rémission ou de récurrence liée au cancer. Ce résultat obtenu dans notre étude se compare facilement à celui de Griffith et Leek (1995). Ces deux auteurs soulignent que la question posée le plus souvent par le malade et la famille a trait au taux de succès du traitement anticancéreux. Dans le même ordre d'idées, Tringali (1986) indique que les familles désirent être informées sur l'évolution de la maladie. Il revient au médecin de fournir de l'information concernant la manière dont la personne répond au traitement reçu et de donner des indications à propos de l'espérance de vie du malade. Dans un environnement de "caring", les infirmières peuvent élucider, si nécessaire, les explications données par le médecin.

Dans cette étude, plus de la majorité des soignantes naturelles désirent comprendre davantage le cancer. Thorne (1985) mentionne que la famille a besoin de démystifier le cancer pour être en mesure de mieux

apprendre au sujet du processus de cette maladie. Plusieurs personnes croient encore que la douleur et la mort sont des résultats inévitables du cancer. Tous les chercheurs s'entendent pour dire que le cancer est une maladie chronique qui, éventuellement, peut conduire ou non à la mort (Richardson, 1995). À l'intérieur d'une relation éducative, l'infirmière invite la soignante naturelle à partager sa perception du cancer et ses interrogations. Elle l'encourage à prendre conscience de ses préoccupations et à les clarifier. La soignante naturelle peut alors manifester une meilleure compréhension à l'égard du phénomène du cancer.

Il est intéressant de constater que plus d'un tiers des sujets désirent interpréter les tests que subit le conjoint. Dans cette étude, plusieurs soignantes naturelles ne se limitent pas à connaître le résultat du test prescrit par le médecin. Elles désirent acquérir un savoir-faire. En ce qui touche l'interprétation des épreuves de diagnostic, la chercheuse est confrontée au fait qu'il n'existe aucune comparaison possible avec une autre étude abordant le même thème.

Quant aux besoins d'apprentissage liés aux préoccupations personnelles, la presque totalité des soignantes naturelles veulent apprendre comment intervenir relativement aux réponses négatives de comportement social. Un problème sérieux tel que le cancer amène inévitablement, chez la personne malade, des épisodes de tristesse, de nervosité, d'inquiétude et d'incertitude (Smeltzer & Bare, 1996). Une des tâches de la soignante naturelle est de procurer des soins psychologiques à la personne malade (Bunting, 1989). De l'avis de Carey et al. (1991), mettre en oeuvre des interventions pour diminuer l'anxiété du malade est la tâche la plus ardue à réaliser pour la soignante naturelle. Devant une telle difficulté, les infirmières doivent évaluer les savoir-faire et les savoir-être des soignantes naturelles face aux réactions du malade. Elles les aideront ainsi à comprendre davantage leur vécu. Les infirmières pourront aussi encourager les soignantes naturelles à développer des

façons de faire et d'être qui amèneront ces dernières à mieux remplir leur rôle. Il est donc important que les professionnels de la santé prêtent une attention particulière à ce besoin d'apprentissage. Le désir de la soignante naturelle d'apprendre comment offrir des soins psychologiques à un membre de sa famille a été mis en évidence dans les écrits de Hardwick et Lawson (1996).

Cette recherche met en lumière le fait que les soignantes naturelles sont mieux informées des problèmes physiques que peut subir leur conjoint malade comparativement aux problèmes émotionnels engendrés par la maladie ou le traitement. En effet, la grande majorité des sujets souhaitent connaître les effets secondaires de la maladie et du traitement sur le plan psychologique. Ce résultat se retrouve en partie dans les recherches de Hileman et al. (1992) et de Tringali (1986). Ces auteurs précisent l'importance d'informer la soignante naturelle des effets secondaires engendrés par le traitement anticancéreux. S'agit-il des effets secondaires sur le plan physique ou psychologique? Dans leurs écrits, Hileman et al. (1992) et Tringali (1996) ne précisent pas cette donnée.

Plus de la moitié des soignantes naturelles désirent acquérir des moyens pour faire face au stress. Elles recherchent donc des modes de pensées et des manières d'agir efficaces pour composer avec les diverses sources de stress apparues dans leur vie. Les sujets de notre étude s'intéressent alors au phénomène du "coping". Il est donc important d'intégrer le processus de "coping" dans la discipline centrée sur l'apprenant adulte. À titre d'éducatrice, l'infirmière aide la soignante naturelle à reconnaître les stratégies de "coping" les plus souvent utilisées par cette dernière. Elle vérifie ensuite dans quelle mesure les stratégies de "coping" que la soignante naturelle utilise l'aident à diminuer ou à tolérer les sources de stress. Tout en précisant et en clarifiant ses stratégies de "coping", la soignante naturelle a tendance à se fixer des objectifs. L'infirmière l'aide à mettre en oeuvre des

interventions pour mieux gérer son stress. Il s'agit, par exemple, de l'affirmation de soi, de la gestion du temps, de la relaxation, de la distraction et de l'établissement d'un réseau de soutien. L'infirmière l'amène à puiser à même son expérience pour faire face à ses problèmes de la vie quotidienne. Dans une démarche de "coping", la soignante naturelle apprend à apprécier les efforts qu'elle effectue en vue de tolérer ou de diminuer une situation stressante.

Les soignantes naturelles sont particulièrement bien informées en ce qui a trait aux soins physiques à prodiguer à leur conjoint malade. À cet égard, les répondantes ont mentionné savoir comment intervenir auprès du conjoint qui présente de la douleur, une perte d'appétit, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Toutefois, près de la moitié des répondantes voulaient apprendre à soulager davantage la fatigue de leur conjoint. Ce résultat rejoint les idées émises par Robinson et Posner (1992). Ces auteurs soulignent que la famille et même les infirmières ont seulement une petite idée des interventions bénéfiques à mettre en route pour réduire la fatigue de la personne cancéreuse. De l'avis de Richardson (1995), il est nécessaire d'effectuer plus de recherches afin de mieux cerner les interventions appropriées pour supprimer la fatigue de la personne atteinte de cancer.

Quant aux besoins d'apprentissage liés aux préoccupations familiales, près des trois quarts des sujets veulent connaître davantage les restrictions d'activités imposées par le cancer et le traitement. Il est important pour les professionnels de la santé de discuter des activités permises tout en considérant la globalité de la personne. Ainsi, la fatigue et les activités physiques sont expliquées conjointement. Dans une situation d'apprentissage, l'unicité et la globalité de la personne sont considérées (Robidas, 1989).

Cette recherche souligne que la grande majorité des soignantes naturelles n'ont pas été informées sur la manière de renseigner les

enfants à propos de la maladie de leur père. Très peu de répondantes désirent de l'information à ce sujet. Il apparaît que les soignantes naturelles sont capables de transmettre aux enfants adultes les explications reçues concernant la maladie de leur père et ce, sans l'aide des professionnels de la santé. Cette donnée rappelle les écrits andragogiques de Knowles (1990). En effet, celui-ci indique que l'apprenant adulte a des acquis à offrir et qu'il est capable d'aider les autres adultes dans des situations d'apprentissage.

En ce qui concerne les besoins d'apprentissage liés aux préoccupations sociales, plus des deux tiers des soignantes naturelles veulent savoir que le cancer peut perturber leur réseau d'amis. Lorsqu'on informe la soignante naturelle, il est important de spécifier que le cancer peut modifier les relations avec les amis. En effet, certains amis s'éloignent et délaissent la famille dont l'un des membres est atteint de cancer. Par contre, plusieurs d'entre eux font des efforts pour trouver une façon d'être confortable face au cancer et ils offrent alors du soutien à la famille. Aucune étude n'a souligné le besoin d'informer la soignante naturelle de la possibilité que le cancer puisse modifier les relations établies avec les personnes de l'extérieur de la famille.

Plus du tiers des soignantes naturelles désirent connaître le type de soutien formel disponible dans leur communauté. Grahn et Johnson (1990) abondent dans le même sens en précisant que la famille veut connaître les ressources qui existent en matière de santé, dans la société. À l'intérieur d'une démarche éducative, l'infirmière se doit de vérifier la connaissance qu'a la soignante naturelle des ressources communautaires disponibles et son habileté à les utiliser efficacement (Gallant, 1991).

Il ressort de cette recherche que la soignante naturelle exprime de l'insatisfaction, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage, liés surtout aux préoccupations personnelles. Plus particulièrement,

l'insatisfaction ressentie par la soignante naturelle concerne l'aspect psychologique des soins. Par contre, la soignante naturelle mentionne de la satisfaction relativement aux besoins d'apprentissage liés au problème de santé du conjoint. Il se peut que les professionnels de la santé accordent plus d'importance à l'apprentissage qui concerne l'aspect physique des soins comparativement à celui qui touche l'aspect psychologique. De plus, il semble que l'information donnée est orientée vers la personne malade plutôt que vers les préoccupations personnelles vécues par la soignante naturelle. Cette étude démontre que les besoins d'apprentissage les plus souvent exprimés par les sujets obtiennent une cote d'insatisfaction plus élevée. Un besoin d'apprentissage non comblé fait naître de l'insatisfaction chez la soignante naturelle (Auccoin-Gallant, 1996). Comme il a déjà été mentionné, les recherches effectuées auprès de soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer se sont attardées à identifier les besoins de cette population. Faire des comparaisons valables avec d'autres études similaires abordant le thème de l'insatisfaction exprimée par la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, s'avère impossible.

Devant un nombre aussi élevé de besoins d'apprentissage (26), il importe de poser des hypothèses d'explication à propos des facteurs d'influence sur les plans personnel, professionnel et organisationnel. En ce qui concerne le plan personnel, même si les soignantes naturelles désirent de l'information, il se peut qu'elles n'actualisent pas leur désir d'apprendre. Elles ne prennent pas nécessairement les moyens pour rechercher de l'information. Si les soignantes naturelles ne posent pas de questions aux professionnels de la santé, ces derniers peuvent croire que le besoin d'apprentissage est comblé. Il y aurait alors une divergence, sur le plan des apprentissages, entre les professionnels de la santé et les soignantes naturelles. Il est donc pertinent d'accorder plus d'importance au désir d'apprendre. De plus, les compléments d'information écrits remis à la soignante naturelle peuvent dépasser son niveau de

compréhension en lecture.

Sur le plan professionnel, Wright et Dyck (1984) prétendent que les médecins ont tendance à fournir des informations fragmentaires aux soignantes naturelles. Ils avancent l'idée que les médecins exercent un certain contrôle sur l'information à transmettre à la personne malade et à la famille. Il apparaît également que les médecins s'attendent à ce que les infirmières coopèrent dans le contrôle de l'information. De plus, l'infirmière doit référer aux médecins les questions posées relativement à la maladie, au traitement et au pronostic. À titre d'éducatrice auprès de la personne malade et de la famille, l'infirmière se doit de jouer un rôle plus actif en ce qui concerne l'apprentissage relatif aux soins. Elle doit aussi travailler davantage en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire afin de s'assurer que la soignante naturelle reçoive toute l'information nécessaire incluant la compréhension du processus de la maladie et du traitement suivi par le conjoint.

Sur le plan organisationnel, les cliniques ambulatoires en soins oncologiques reçoivent de plus en plus de malades et le séjour est de courte durée. Il se peut que, pressés par le temps, les professionnels de la santé ne se mettent pas suffisamment à la disposition de la soignante naturelle en tant qu'apprenante. Celle-ci pourrait hésiter à poser des questions aux professionnels de la santé de peur d'ajouter à leur travail déjà exigeant. Il serait pertinent de mettre sur pied une ligne téléphonique locale destinée à la personne atteinte de cancer et à sa famille incluant la soignante naturelle. Le service téléphonique pourrait être assuré par un groupe d'infirmières possédant de solides connaissances en soins oncologiques. Ainsi, les infirmières pourraient transmettre des informations d'une façon claire, en choisissant un vocabulaire connu de la personne (Chalifour, 1993). Elles pourraient ensuite évaluer si les informations données à la soignante naturelle sont comprises et si le besoin d'apprentissage est comblé (Hardwick & Lawson, 1996). Après avoir

analysé et interprété les principaux résultats de cette recherche en fonction des besoins d'apprentissage, il convient d'entreprendre une discussion concernant les stratégies de "coping".

Stratégies de "coping"

Les résultats de notre étude démontrent que les soignantes naturelles utilisent conjointement les stratégies axées sur le problème et celles centrées sur les émotions. Ces deux fonctions majeures de "coping" ne sont pas dissociées. Cette façon d'avoir recours simultanément aux stratégies orientées vers le problème et à celles axées sur les émotions a été rapportée dans les écrits de Lazarus et Folkman (1984) ainsi que ceux de Killeen (1990). Dans notre étude, les soignantes naturelles adoptent une variété de stratégies de "coping", ce qui peut laisser présumer qu'elles vivent une situation stressante. Rappelons que le "coping" fait suite, de façon logique, au stress. Après que la soignante naturelle évalue la situation comme stressante, elle utilise des stratégies de "coping" pour diminuer ou tolérer la tension. Même si les soignantes naturelles vivent une situation difficile, celles qui ont recours à des formes variées de "coping" risquent moins de développer de la vulnérabilité émotionnelle (Miller, 1990). Elles démontrent donc une flexibilité dans leur processus de "coping" (Lazarus & Folkman, 1984).

Le soutien est la catégorie de "coping" la plus utilisée par les soignantes naturelles. Celles-ci partagent leurs préoccupations et leur inquiétude avec les membres de la famille et des amis. S'ouvrir aux autres, dévoiler ses sentiments, diminue la tension et crée une solidarité favorisant un état de mieux-être psychologique (Weisman, 1979). En cas de besoin, les soignantes naturelles peuvent aussi compter sur un réseau social accessible et fiable. Pour atténuer les tensions liées à la maladie, Lieberman (1982) croit que l'accessibilité est une notion plus importante que le fait d'utiliser les ressources du réseau social. Contrairement à cette étude, Perry et de Meneses (1989) mentionnent que

les soignantes naturelles ont peu recours au soutien social pour faire face à leur situation. Ces deux auteurs expliquent que la soignante naturelle se retrouve plutôt isolée et qu'elle a rarement l'occasion d'interagir avec les autres. Dans la littérature traitant du sujet, il se dégage un consensus à savoir que le soutien est une catégorie de "coping" souvent utilisée et efficace pour aider les personnes à faire face aux sources de stress liées à la maladie (Jalowiec, 1993).

Les résultats obtenus confirment que les soignantes naturelles affichent une attitude optimiste à l'égard de leur situation stressante. En l'occurrence, elles apparaissent réfractaires aux idées pessimistes concernant la maladie de leur conjoint. Le fait d'être et de demeurer optimiste devant une situation de maladie a été rapporté par Jalowiec (1993). Se concentrer sur le positif de la situation favorise l'acceptation de la maladie en restructurant l'expérience vécue pour y trouver un sens (Weisman, 1979). Patterson (1989) mentionne que la personne optimiste à l'égard d'une situation stressante fait preuve d'ouverture d'esprit, d'implication active, et qu'elle utilise une diversité de stratégies de "coping". Lazarus et Folkman (1984) croient qu'avoir recours à des stratégies dites optimistes peut faciliter l'usage subséquent de stratégies axées sur le problème.

Parmi les groupes de stratégies de "coping" utilisées par les sujets, l'indépendance occupe le troisième rang. Il appert que les soignantes naturelles s'appuient sur les expériences passées pour mieux faire face à leur situation. Cette donnée correspond aux écrits de Lazarus et Folkman (1984) concernant le fait que l'adulte se base sur son expérience passée pour mieux composer avec les problèmes de la vie quotidienne. Ainsi, l'expérience de l'adulte fait partie de son identité (Knowles, 1990) et constitue une ressource précieuse dans l'utilisation des stratégies de "coping" (Lazarus, 1980). D'après notre étude, les soignantes naturelles font des efforts pour maîtriser leurs émotions.

Contrôler les émotions est d'ailleurs interprété par Jalowiec (1993) comme une façon de maintenir l'indépendance devant une situation difficile liée à la maladie.

Il se dégage de cette étude que les soignantes naturelles choisissent d'affronter la situation au lieu de l'éviter. Ce résultat peut s'expliquer par l'engagement des soignantes naturelles à procurer des soins à leur conjoint malade. De par leur rôle, elles font des efforts pour définir leur problème sans l'exagérer ni le minimiser. Les soignantes naturelles recherchent des solutions et prennent des décisions en examinant les choix possibles et elles accomplissent des actions. Les stratégies utilisées sont donc orientées vers le problème. Même si les populations sont différentes, les stratégies axées sur le problème prédominent dans la recherche de Beaulieu (1993). Cet auteur mentionne que les infirmières soumises à plusieurs sources de stress adoptent davantage des stratégies de "coping" centrées sur le problème comparativement à celles axées sur les émotions. Il se peut aussi que l'effet du soutien social et de l'optimisme couplés conduise la soignante naturelle à affronter la situation plutôt qu'à l'éviter.

En plus d'employer des stratégies instrumentales orientées vers le problème, les soignantes naturelles ont recours à des stratégies palliatives. Grâce à la distraction, la soignante naturelle ne vit pas constamment envahie par ses préoccupations; elle se tourne vers des domaines d'intérêt personnel. De l'avis de Weisman (1979), la distraction facilite l'optimisme et favorise l'émergence d'un sentiment d'utilité. Dans l'ensemble, les soignantes naturelles n'ont pas recours aux médicaments et à la consommation de boissons alcoolisées pour diminuer la tension engendrée par la situation. Il ressort que les sujets de l'étude choisissent des stratégies de compensation positive.

Jalowiec (1993) a fait le bilan de ce qui a été écrit récemment à propos des stratégies du "coping" lié à la maladie. En basant son étude

sur 57 recherches, Jalowiec a mis en évidence les cinq principales stratégies de "coping" les plus mentionnées par les personnes qui font face à la maladie. Il s'agit de demeurer optimiste, d'utiliser les soutiens social et spirituel, d'essayer de maintenir la situation sous contrôle et de tenter d'accepter la situation. Il est intéressant de constater que les résultats de la présente étude rejoignent ceux recensés par Jalowiec (1993). Le tableau XVIII à la page 117 énumère la liste des dix stratégies de "coping" le plus souvent utilisées par les sujets. Nous constatons que les soignantes naturelles envisagent leur situation avec optimisme. Elles s'appuient sur le soutien social et sur la foi. Elles cherchent à maîtriser la situation. Les soignantes naturelles maintiennent une vie aussi normale que possible, ce qui laisse supposer une orientation vers l'acceptation de la situation.

En ce qui concerne l'efficacité des stratégies de "coping", rappelons que les sujets l'ont évaluée de manière ponctuelle. Il est néanmoins possible de les regrouper selon qu'elles sont plus efficaces, moyennement efficaces ou peu efficaces. Dans cette étude, les stratégies les plus efficaces sont le soutien, l'optimisme et l'affrontement de la situation. Ces résultats se rapprochent de ceux émis par Weisman (1979). Selon cet auteur, la personne qui entreprend d'examiner objectivement le problème réussit mieux à l'analyser. Elle donne un sens à l'événement et l'intègre progressivement dans sa vie quotidienne. Cette personne recherche alors des éléments positifs découlant de la situation. Elle a recours au soutien de sa famille et de ses amis, et ont des croyances religieuses. Toujours selon Weisman (1979), ces stratégies sont les plus efficaces pour s'adapter à une situation stressante liée au cancer.

D'après les sujets de l'étude, l'indépendance et le "coping" palliatif positif sont considérés comme ayant une efficacité moyenne. Jalowiec (1993) rappelle que maîtriser ses émotions et s'appuyer sur son expérience antérieure permet à la personne d'être plus indépendante dans

ses actions. Même si les stratégies de compensation positive, telle la distraction, ne sont pas centrées sur le problème, il reste que ce type de stratégie favorise la maîtrise des émotions (Lazarus et Folkman, 1984). Selon Jalowiec (1993), l'indépendance et le "coping" palliatif positif sont considérés comme passablement efficaces par les personnes soumises à des sources de stress liées à la maladie.

L'évitement, l'expression des émotions et le fatalisme font partie des stratégies qualifiées de peu efficaces par les soignantes naturelles. Ces données rejoignent les idées émises par Weisman (1979). Cet auteur conclut que la personne qui nie la réalité, qui blâme les autres et qui se résigne à la situation avec fatalisme, utilise alors des stratégies non efficaces pour s'adapter à une situation liée au cancer. Cependant, Lazarus et Folkman (1984) pensent que le déni temporaire peut être valable au début de la maladie. À ce moment là, la personne dispose de peu de ressources pour axer ses stratégies sur le problème. Le déni lui permet donc de réduire sa réaction émotionnelle face à la situation. Dans notre recherche, les sujets ont dépassé la phase du choc et ils se retrouvent au stade de la reconnaissance de la situation.

Il est surprenant et intéressant de constater que les soignantes naturelles utilisent davantage des stratégies axées sur le problème comparativement aux stratégies centrées sur les émotions. Cette tendance observée chez nos sujets va pourtant à l'encontre de ce que nous avons avancé dans la recension des écrits qui s'appuie sur Lazarus et Folkman (1984). Ces deux auteurs rapportent que les stratégies de "coping" centrées sur le problème sont plus utilisées dans des situations stressantes liées au travail. Par contre, lorsqu'il s'agit d'un problème de santé chronique, la personne estime n'avoir aucune possibilité de changer la source de stress. Elle choisit donc plus des stratégies centrées sur les émotions (Lazarus & Folkman, 1984). Pour sa part, Beaulieu (1993) souligne que les personnes utilisent davantage des

stratégies de "coping" axées sur le problème lorsque la situation stressante implique un travail à faire. Dans notre recherche, les soignantes naturelles prennent soin de leur conjoint atteint de cancer. Il s'agit là d'une tâche à accomplir. Il est probable que donner des soins au conjoint devienne prioritaire en matière de situation stressante par comparaison avec le phénomène du cancer lui-même. Bien que l'événement tel que la maladie ou le travail influence le processus de "coping", il ne faut pas en conclure qu'il soit le seul facteur d'influence.

Smeltzer et Bare (1996) mettent en évidence trois autres types de facteurs susceptibles d'influencer le processus de "coping" lié à la maladie. Parmi les facteurs de toute première importance, figurent ceux relatifs au problème de santé. La présence d'inconfort, les traitements suivis et l'espérance de vie font partie de cette catégorie. En deuxième lieu, se retrouvent les facteurs concernant la personne, soit l'âge, l'état de santé, les croyances, les valeurs et les expériences antérieures. Finalement, figurent les facteurs liés à l'environnement comme le réseau de soutien significatif sur les plans familial, social et professionnel. Dans notre étude, le conjoint présente un cancer localisé et suit un traitement ce qui laisse présager une bonne espérance de vie. La plupart des soignantes naturelles s'estiment en bonne santé, ont des croyances religieuses et s'appuient sur les expériences antérieures. Elles reçoivent du soutien surtout de la famille et des amis. Tous ces facteurs peuvent influencer sur le choix des stratégies de "coping". Après avoir analysé et interprété les deux variables étudiées, soit les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping", il importe de terminer ce chapitre par une discussion portant sur le lien entre les deux variables précitées.

Relation entre les besoins d'apprentissage et les stratégies
de "coping" de la soignante naturelle

Les résultats de cette étude ne permettent pas d'appuyer une relation significative entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation des stratégies de "coping" centrées sur les émotions. En essayant d'éclaircir les résultats obtenus, nous constatons que l'explication la plus plausible réside dans le choix des stratégies de "coping" centrées sur les émotions et utilisées par les soignantes naturelles. Dans notre étude, les sujets ont opté avant tout pour l'optimisme, l'indépendance et le "coping" palliatif. À notre avis, les sujets ont choisi surtout des stratégies actives et positives. Or, l'insatisfaction se manifeste par des réactions affectives telles que le mécontentement et le déplaisir (Sillamy, 1980). Il est possible de comprendre que l'étude n'a pas réussi à déceler un lien entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, relativement aux besoins d'apprentissage, et les stratégies centrées sur les émotions et utilisées par les soignantes naturelles. De plus, les stratégies axées sur les émotions et les plus utilisées par les sujets sont jugées efficaces. Il est facile de saisir que l'optimisme, la maîtrise positive des émotions, la détermination et la compensation positive sont plus efficaces que les idées pessimistes et la décharge émotionnelle. La notion d'efficacité rattachée aux stratégies axées sur les émotions et utilisées par les sujets vient renforcer le fait que cette étude n'appuie pas ce type de relation.

Le "coping" est un processus complexe, régi par de multiples facteurs qui s'avèrent différents d'une situation à l'autre. Dans cette recherche, le "coping" a été étudié de manière ponctuelle, à court terme, et avec un échantillon accidentel. Il peut prendre différents visages selon qu'il s'agisse d'une maladie physique ou d'un nouveau travail à accomplir. Il est permis de penser que l'utilisation des stratégies de

"coping" centrées sur les émotions peut influencer la présence ou l'absence de liens avec l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage.

Cette recherche met en évidence l'existence d'une relation partielle entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'inefficacité des stratégies de "coping". Nous sommes donc en présence d'un résultat mixte, c'est-à-dire qu'un résultat confirme une relation et que l'autre l'infirme. De l'avis de Fortin (1996), c'est le type de résultat le plus couramment obtenu par les chercheurs intéressés aux relations entre les variables en sciences humaines. Il ressort de l'analyse des données que trois catégories de stratégies de "coping" ont été jugées inefficaces par les sujets. Il s'agit de l'évitement, de l'expression des émotions et du fatalisme. Cette étude n'a pas décelé de liens entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, pour ce qui est des besoins d'apprentissage, et les stratégies d'évitement et de fatalisme jugées inefficaces par les sujets. Malgré que les résultats d'une étude se révèlent non significatifs quant à la statistique, ils peuvent avoir de l'importance sur le plan de la recherche (Fortin, 1996). Il est préférable que l'insatisfaction ressentie par la soignante naturelle, concernant les besoins d'apprentissage, ne varie pas en même temps que l'évitement et le fatalisme. Il se peut que des facteurs tels que le cancer localisé, le traitement suivi, le rôle de soignante et la perception d'être en bonne santé amènent les sujets à être optimistes et à affronter la situation.

Seules les émotions sont associées positivement à l'insatisfaction de la soignante naturelle, à l'égard des besoins d'apprentissage. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les besoins d'apprentissage non comblés peuvent engendrer des préoccupations, des inquiétudes, des incertitudes et même des frustrations. Redman (1993) soutient que les besoins d'apprentissage non comblés peuvent conduire à de l'incertitude et

entretenir des inquiétudes. Dans un milieu non formel d'éducation, l'infirmière se doit de fournir, de manière claire, des informations pertinentes appuyées par une documentation écrite qui convient à la capacité de lecture de la personne. Elle vérifie ensuite la capacité de la personne de comprendre l'information transmise et éclaire, s'il le faut, les explications déjà données. L'infirmière peut atténuer ainsi l'anxiété de la personne (Smeltzer et Bare, 1996). La réflexion critique portant sur les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" nous guide vers la suggestion de recommandations concernant la recherche, la formation et la pratique.

Chapitre VI

Conclusion et recommandations

Conclusion

Cette recherche a poursuivi un double but, celui de décrire les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle et ses stratégies de "coping", et celui de vérifier l'existence de relations entre les deux variables précitées. Avant de rechercher les liens entre les variables de l'étude, nous avons établi la prédominance des stratégies de "coping" et mesuré le degré d'insatisfaction de la soignante naturelle, relativement aux besoins d'apprentissage. Nous avons ensuite vérifié la relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, pour ce qui est des besoins d'apprentissage, et l'utilisation par celle-ci des stratégies de "coping" centré sur les émotions. Finalement, nous avons examiné le lien entre l'insatisfaction de la soignante naturelle quant aux besoins d'apprentissage et l'inefficacité des stratégies de "coping" centrées sur les émotions.

Le cadre conceptuel proposé pour cette recherche a permis de définir les concepts de besoins d'apprentissage et de stratégies de "coping" et de les clarifier. Il ressort que les besoins d'apprentissage signifient des écarts à combler entre la perception qu'on a d'avoir été informé et celle qu'on a de désirer de l'information relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être. Les stratégies de "coping" indiquent des manières de penser et de nouveaux comportements utilisés pour faire face aux sources de stress apparues dans la vie de l'adulte. Cette définition s'appuie sur la théorie de "coping" de Lazarus et Folkman. En partant des écrits, nous avons établi un lien entre l'apprentissage et le "coping" afin de tenter d'expliquer les relations entre, d'une part, l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage, et d'autre part, l'utilisation des stratégies de "coping".

Cette recherche descriptive corrélationnelle a été menée auprès de 30 soignantes naturelles dont le conjoint est atteint d'un cancer localisé. L'échantillon est accidentel. Cette étude a été réalisée en

utilisant un formulaire de données sociodémographiques et trois instruments de mesure. Les instruments retenus sont la version française modifiée de l'échelle DINA (1995), l'échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage (1995) et la version française de l'échelle de "coping" de Jalowiec (1987). Après vérification de la qualité des instruments de mesure, ceux-ci ont tous été jugés valides et fidèles. Toutefois, l'échelle de "coping" de Jalowiec présente un coefficient alpha de Cronbach inférieur à celui obtenu pour le nouvel instrument intitulé Satisfaction des besoins d'apprentissage.

Les soignantes naturelles incluses dans cette étude sont toutes mariées et elles ont des enfants, sauf une. Elles accordent de l'importance aux croyances religieuses. La presque totalité d'entre elles estiment être en bonne ou excellente santé. Les soignantes naturelles ont acquis des apprentissages concernant principalement le problème de santé du conjoint et les soins physiques à lui dispenser. Il se peut que les variables sociodémographiques et les apprentissages déjà intégrés aient influencé leur désir d'apprendre et leur choix de stratégies de "coping". Des recherches futures pourraient explorer les relations entre les variables sociodémographiques, les apprentissages acquis et les stratégies de "coping" utilisées par les soignantes naturelles.

Cette étude met en évidence que les soignantes naturelles n'ont pas suffisamment acquis de savoir-faire et de savoir-être concernant les soins psychologiques à procurer à leur conjoint atteint de cancer. Elles veulent aussi comprendre davantage le cancer, connaître les activités permises et savoir comment soulager la fatigue afin de procurer des soins physiques de qualité. Les soignantes naturelles désirent également apprendre à lutter contre leur propre stress. Il apparaît exister chez elles une faiblesse sur le plan de l'intégration de l'information de manière à pouvoir la transformer en savoir, savoir-faire et savoir-être. Il se peut que l'information n'ait pas été donnée ou qu'elle soit demeurée

incomprise.

Dans cette recherche, il est clair que les soignantes naturelles possèdent un préalable au besoin d'apprentissage, soit le désir d'apprendre. On sent chez elles cette ouverture d'esprit à l'égard des apprentissages. Même si les soignantes naturelles désirent apprendre, il se peut qu'elles n'actualisent pas leur désir d'apprendre. Elles n'entreprennent pas nécessairement des actions pour obtenir de l'information. Si les soignantes naturelles ne posent pas des questions aux professionnels de la santé, ces derniers peuvent croire que le besoin d'apprentissage est satisfait. Il y aurait alors une divergence, sur le plan des apprentissages entre les professionnels de la santé et les soignantes naturelles. Il apparaît pertinent d'attacher de l'importance au désir d'apprendre. Afin d'assurer la continuité des soins depuis le centre hospitalier jusqu'au domicile, les soignantes naturelles sont en droit de recevoir toutes les informations dont elles ont besoin en tant qu'apprenantes. Quant à l'infirmière, à titre d'éducatrice, elle se doit de découvrir les besoins d'apprentissage des adultes et d'intervenir de manière à les combler.

Cette étude a permis de mieux connaître les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. Elle a fait découvrir l'existence de 26 besoins d'apprentissage. La plupart peuvent être reliés entre eux ou ils sont complémentaires aux besoins d'apprentissage identifiés dans les recherches antérieures. Toutefois, il se dégage une donnée importante, à savoir que les sujets de l'étude désirent apprendre à faire face au stress. Les adultes de notre étude s'intéressent au phénomène du "coping" dans le domaine de l'apprentissage. Il est donc important d'étudier plus en profondeur le processus du "coping" en relation avec les caractéristiques de l'apprenant adulte.

Cette recherche a révélé que les soignantes naturelles ont davantage recours aux stratégies de "coping" axées sur le problème comparativement

aux stratégies centrées sur les émotions. Dans notre étude, les deux fonctions majeures de "coping" ne sont pas dissociées. Il ressort que les soignantes naturelles utilisent surtout le soutien, l'optimisme, l'indépendance et l'affrontement de la situation. Il est plausible que les soignantes naturelles aient recours aux stratégies actives et positives en matière de "coping". Il se peut aussi que l'effet du soutien et de l'optimisme réunis amène la soignante naturelle à affronter davantage la situation.

La relation entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui concerne les besoins d'apprentissage, et l'utilisation des stratégies de "coping" axées sur les émotions donne lieu à des résultats à la fois surprenants et intéressants. En effet, la phase conceptuelle de cette recherche a proposé une vision des stratégies de "coping" ayant trait à l'insatisfaction de la soignante naturelle, quant aux besoins d'apprentissage, qui trouve peu d'appui dans nos résultats. C'est que les soignantes naturelles utilisent davantage des stratégies axées sur le problème comparativement aux stratégies centrées sur les émotions. Cette étude n'a pas décelé de relation significative entre l'insatisfaction de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage et l'utilisation des stratégies axées sur les émotions. Par contre, l'insatisfaction de la soignante naturelle, relativement aux besoins d'apprentissage, a une relation significative avec l'inefficacité des stratégies de "coping" de type émotif que celle-ci utilise. Même si cette étude n'a pas soutenu la plupart des relations entre les deux variables étudiées, elle révèle hors de tout doute l'existence de faits importants en ce qui concerne les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" de la soignante naturelle.

Cette recherche présente des limites concernant les aspects méthodologiques, particulièrement en ce qui a trait à la méthode d'échantillonnage sélectionnée et au design choisi. Dans notre étude,

l'échantillon accidentel a été privilégié. Cette forme d'échantillonnage est préférable au type probabiliste étant donné le nombre limité d'adultes francophones, mariés, atteints d'un cancer et suivant un traitement. Dans la province du Nouveau-Brunswick, il existe un seul centre oncologique qui dessert la population francophone. Si la méthode d'échantillonnage probabiliste avait été choisie, la chercheuse aurait couru le risque d'atteindre un nombre de participants inférieur à 30 et d'allonger de manière significative la période de collecte de données. La chercheuse réalise qu'un échantillonnage accidentel lui permet d'avoir un groupe de sujets accessibles mais qu'il risque d'être moins représentatif de la population cible. Par conséquent, les résultats obtenus se limitent à l'échantillon étudié et la généralisation s'avère impossible.

Dans cette recherche, les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" ont été évalués de manière ponctuelle, c'est-à-dire par le biais d'une seule entrevue. Comme le "coping" est un processus, les stratégies identifiées ont une portée plutôt limitative. On se demande si la plupart des stratégies de "coping" varient de manière significative dans le temps. Une recherche longitudinale permettrait d'obtenir des données auprès des mêmes sujets mais elles seraient recueillies sur une certaine période de temps.

À la lumière des résultats obtenus et dans le but de favoriser une implication plus active de l'infirmière, à titre d'éducatrice en matière de santé, la chercheuse propose des recommandations pour la recherche, la formation et la pratique.

Recommandations

Recherche

Il serait certainement pertinent d'entreprendre une étude en mesurant les mêmes variables, tels les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" mais en utilisant un devis quasi expérimental. Ce

type de devis implique nécessairement l'élaboration d'interventions éducatives orientées vers l'apprentissage de la soignante naturelle et visant la satisfaction des besoins d'apprentissage et l'utilisation de stratégies de "coping" efficaces. Ce genre de recherche favoriserait sûrement l'implication des infirmières à titre d'éducatrice auprès des soignantes naturelles.

Devant le nombre élevé de besoins d'apprentissage observés chez la soignante naturelle, quelques pistes de recherche méritent d'être énoncées. Une étude pourrait s'intéresser aux facteurs d'influence sur les plans personnel, professionnel et organisationnel, associés aux besoins d'apprentissage de la soignante naturelle. Une autre recherche de type phénoménologique viserait à explorer les perceptions qu'ont les infirmières et les médecins face aux besoins d'apprentissage des soignantes naturelles et à spécifier l'importance que les professionnels de la santé leur accordent.

En ce qui concerne les stratégies de "coping" de notre échantillon, les résultats démontrent des particularités peu fréquemment retrouvés dans la littérature. Il est donc pertinent de se concentrer davantage sur l'analyse en profondeur du phénomène du "coping". Plusieurs devis de recherche peuvent être utilisés. Des recherches longitudinales auprès des adultes vivant des situations stressantes liées à des problèmes de la vie quotidienne permettraient de tracer un portrait plus complet des stratégies habituelles de "coping". Des études corrélationnelles pourraient explorer les relations entre l'événement stressant, les variables sociodémographiques de l'adulte et l'utilisation des stratégies de "coping". D'autres études pourraient examiner la nature des relations entre l'optimisme, le soutien social et l'utilisation des stratégies centrées sur le problème.

L'arrivée du virage ambulatoire en matière de soins de santé peut inciter les chercheurs à s'orienter davantage vers le domaine de

l'éducation non formelle. De multiples avenues de recherche demandent à être explorées en égard à la situation récente de l'accompagnement des soignantes naturelles en état d'apprentissage.

Formation

Avec l'augmentation sans cesse grandissante du nombre de soignantes naturelles, la formation des futures infirmières devraient comprendre un volet consacré à l'éducation de l'adulte dans le domaine de la santé. Cet ajout à la formation des infirmières permettrait à celles-ci de se familiariser avec les caractéristiques de l'apprenant adulte, les méthodes andragogiques appropriées et la démarche éducative et d'aider la soignante naturelle. Nous croyons aussi que les futures infirmières doivent être capables de rédiger de l'information à l'intention des adultes dont la capacité de lecture est limitée. De plus, la formation en science infirmière doit préparer les étudiantes à être capables de reconnaître les stratégies de "coping", de discuter de leur efficacité et de proposer des solutions pour aider la soignante naturelle à mieux gérer le stress. Cette formation en andragogie est sûrement justifiée puisque l'infirmière de demain travaillera de plus en plus en santé communautaire et aidera quotidiennement des soignantes naturelles à apprendre à soigner et à mieux faire face au stress .

Pratique

Comme les résultats de cette recherche soulignent que la soignante naturelle exprime de l'insatisfaction, en ce qui concerne plusieurs besoins d'apprentissage, il est important que l'infirmière mette l'accent davantage sur l'apprentissage que sur l'enseignement. Dans sa pratique, l'infirmière s'efforce de comprendre l'impact du cancer dans sa globalité. Ainsi, elle découvre les besoins d'apprentissage en se souciant du problème de santé et de son retentissement sur les plans personnel, familial et social. À l'écoute des besoins des soignantes naturelles

l'infirmière fait preuve de compréhension cognitive et affective afin de bien percevoir la réalité de l'apprenant adulte. De plus, elle doit posséder les savoir-faire et les savoir-être pour mettre un programme d'interventions éducatives sur pied qui satisferont les besoins exprimés par les soignantes naturelles.

À l'aube de l'an 2000, les familles sont de plus en plus appelées à prendre en charge l'un des leurs et à lui donner des soins. Dans cette situation inattendue, le processus de "coping" prend place. L'infirmière doit être capable d'appliquer avec souplesse une démarche de "coping" centrée sur l'adulte. Elle pourra ainsi identifier les stratégies de "coping" utilisées, reconnaître leur degré d'efficacité et mettre sur pied des interventions incluant des groupes de "counselling" travaillant auprès de soignantes naturelles.

Les résultats de cette recherche peuvent inciter les administrateurs et les décideurs des soins de santé à examiner de plus près le portrait biopsychosocial des soignantes naturelles. Ainsi, les dirigeants fonctionnant dans le domaine de la santé pourraient être plus à l'écoute des besoins prioritaires de cette population. Ils pourraient créer des structures de soins facilitant l'éducation non formelle des soignantes naturelles. Le monde de l'éducation doit aussi assumer un leadership pour promouvoir l'apprentissage auprès des adultes qui vivent un problème de la vie lié à la maladie. Finalement, les établissements d'enseignement doivent faciliter le perfectionnement des intervenants et des administrateurs pour mieux répondre aux besoins éducatifs de l'heure dans le domaine de la santé.

Références

- Adam, E. (1991). Être infirmière: un modèle conceptuel. Montréal: Études vivantes.
- Adams, M. (1991). Information and Education Across the Phases of Cancer Care. Seminars in Oncology Nursing, 7 (2), 105-111.
- Ahmed, M. (1983). Le non-formel et les questions critiques de l'éducation. Perspectives, 13 (1), 38-48.
- Aucoin-Gallant, G. (1996). Les besoins d'apprentissage de la personne atteinte de cancer: une analyse conceptuelle. Canadian Oncology Nursing Journal, 6 (1), 13-16.
- Bank, J.J., Clark, L. & Longman, A.J. (1989). Perceived Home Care Needs of Cancer Patients and Their Caregivers. Cancer Nursing, 12 (2), 78-84.
- Beatty, P.T. (1981). The Concept of Need: Proposal for Working Definition. Journal of Community Development Society, 12 (2), 39-46.
- Beauchesne, N. (1995). Stresseurs et stratégies d'adaptation de personnes nouvellement diagnostiquées de cancer. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal,
- Beaulieu, D. (1993). Description du stress et de stratégies de "coping" chez les infirmières en soins prolongés. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Beder, H. & Carrea, N. (1988). The Effects of Andragogical Teacher Training on Adult Students' Attendance and Evaluation of Their Teachers. Adult Education Quarterly, 38 (2), 75-87.
- Bélangier, S. (1992). Le processus de la recherche d'information de personnes atteintes de cancer. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Bernard, J.L. (1982). L'apprenant adulte. Montréal: Université de Montréal.
- Bertrand, R. (1986). Pratique de l'analyse statistique des données. Québec: Preses de l'Université du Québec.
- Bhola, H.S. (1983). L'éducation non formelle en perspective. Perspectives, 13 (1), 49-59.

- Billings, A.G. & Moss, R.H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. Journal of Behavioral Medicine, 4 (2), 139-157.
- Bloom, B.S., Englehart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., & Krathwohl, D.R. (1969). Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 1. Domaine cognitif. Montréal: Éducation nouvelle.
- Boring, C.C., Squires, S. & Tong, T. (1991). Cancer Statistic 1991. Journal for Clinicians and the American Cancer Society, 41 (1), 19.
- Boulanger, J. & Goulet, S. (1994). Mieux faire connaissance dès la naissance. Infirmière Canadienne, 90 (4), 44-48.
- Bracken, M.S. & Shepard, M.J. (1980). Coping and Adaptation Following Acute Spinal Cord Injury: A Theoretical Analysis. Paraplegia, 18 (4), 74-85.
- Bradley, M.H. & Meadows, R.F. (1989). Nursing Support of Family Caregivers. Dimensions of Oncology Nursing, 3 (1), 14-29.
- Bradshaw J. (1974). The Concept of Social Need. Ekistics, 220 (3), 184-187.
- Brock, M.J. (1990). Uncertainty, Information Needs, and Coping Effectiveness of Renal Families. American Nephrology Nurse Association Journal, 17 (3), 242-245.
- Brogna, L. (1996). Caring for Caregivers. Home Care Nursing' Challenge. Journal of Wound Ostomy and Continence Nurses, 23 (1), 10-14.
- Brookfield, S.D. (1985). A Critical Definition of Adult Education. Adult Education Quarterly, 36 (1), 44-49.
- Bunting, S.M. (1989). Stress on Caregivers of the Elderly. Advances in Nursing Science, 11 (2), 63-73.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubbin, M.A. & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and Caregiving Burden in Family Members Caring for Patients Receiving Chemotherapy. Oncology Nursing Forum, 18 (8), 1341-1348.
- Chaitchik, S., Shulamith, K., Rapoport, Y. & Algor, R. (1992). What do Cancer Patients' Spouses Know About the Patients? Cancer Nursing, 15 (5), 353-362.

- Chalifour, J. (1989). La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (1993). Enseigner la relation d'aide. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the Stresses in Illness. In G.C. Stone, F. Cohen, & N.E. Alder, (Eds.), Health psychology. A handbook (pp. 55-69). San Francisco: Jasssey-Bass.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1983). Coping and Adaptation and Health and Illness. In D. Mechanic (Ed.). Handbook of Health, Health Care and the Health Professions (pp. 123-146). New York: The Free Press.
- Cooley, M.E., Moriarty, H., Berger, M.S., Selm-Ort, D., Coley, B. & Short, T. (1995). Patient Literacy and the Readability of Written Cancer Educational Materials. Oncology Nursing Forum, 22 (9), 1345-1351.
- Coombs, P.H. & Ahmed, M. (1974). Attacking Rural Poverty: How Non Formal Education Can Help. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Crystal, S. (1982). America's Old Age Crisis. New-York: Basis Book.
- Dalceggio, P. (1991). Qu'est-ce qu'apprendre? Montréal: Université de Montréal.
- De Ketele, J.M., Chastrette, M., Cross, P., Mettelin, P., & Thomas, J. (1989). Guide du Formateur. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Deleon, A. (1978). L'éducation des adultes comme correctif de l'échec de l'éducation formelle. Perspectives, 8 (2), 186-194.
- Derdiarian, A.K. (1987). Informational Needs of Recently Diagnosed Cancer Patients. Cancer Nursing, 10 (3), 156-163.
- Derdiarian, A.K. (1989). Effects of Information on Recently Diagnosed Cancer Patients' and Spouses' Satisfaction with Care. Cancer Nursing, 12 (5), 285-292.
- Dionne, R. (1988). Planification d'un programme d'activités éducatives en éducation des adultes. Montréal: Université de Montréal.
- Dollar, S. (1989). Relationship among Hope and Coping in Family Members of Critically Ill Patients. Atlanta: Emory University.
- Doucet, J.J. (1992). Apprendre à apprendre. Caraquet: Franc-Jeu.

- Easton, K.L., Zemen, D. & Kwiatkowski, S. (1995). The Effects of Nursing Follow-up on the Coping Strategies Used by Rehabilitation Patients after Discharge. Rehabilitation Nursing Research, 4, (4), 119-127.
- Elias, J.L. & Merriam, S. (1980). Penser l'éducation des adultes. Montréal: Guérin.
- Erikson, E.H. (1963). Childhood and Society. New York: Norton.
- Fernandez, J. (1988). Réussir une activité de formation. Montréal: St-Martin.
- Ferrans, C.E. (1990). Research Critique: Uncertainty, Information Needs and Coping Effectiveness of Renal Families. American Nephrology Nurse Association Journal, 17 (3), 246.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in Middle-Aged Community Sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, (3), 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche: de la conceptualisation à la réalisation. Mont-Royal: Décarie.
- Fortin, M.F., Taggart, M.E., Kérouac, S. & Normand, S. (1988). Introduction à la recherche: auto-apprentissage assisté par ordinateur. Montréal: Décarie.
- Freud, A. (1952). Le moi et les mécanismes de défense. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gallant, G. (1991). Le phénomène d'être soignante naturelle auprès d'une personne atteinte d'un accident vasculaire-cérébral: une revue de la littérature. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 2 (3), 17-23.
- Gallant, G. (1991). La phénoménologie du stress de la soignante naturelle: Perspective infirmière. Rapport de recherche non-publié. Moncton: Université de Moncton.
- Garand, L. & Bolduc, M. (1990). L'aide par les proches. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

- Garland, L.M., & Bush, C.T. (1982). Coping Behaviors and Nursing. Virginia: Reston Publishing.
- Georges, A.L. (1974). Adaptation to Stress in Political Decision Making: The Individual, Small Group and Organizational Contexts. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Eds). Coping and Adaptation (pp. 76-85) New York: Basic Books.
- Goodwin-Johansson, C. (1988). Educating the Adult Patient. Lifelong Learning: An omnibus of Practice and Research, 11 (7), 10-13.
- Grahn, G. & Johnson, J. (1990). Learning to Cope and Living with Cancer. Scandinavia Journal of Caring Science, 4, (4), 173-181.
- Grandstaff, M. (1978). L'éducation non formelle comme concept. Perspectives, 8 (2), 195-200.
- Green, L. & Lewis, F. (1986). Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion. Mayfield: Palo Alto.
- Griffith, M. & Leek, C. (1995). Patient Education Needs: Opinions of Oncology Nurses and their Patients. Oncology Nursing Forum, 22 (1), 139-144.
- Grobe, M.E., Ahmann, D.L. & Ilustrup, D.M. (1982). Needs Assessment for Advanced Cancer Patients and their Families. Oncology Nursing Forum, 9 (4), 26-30.
- Gulick, E.E. (1995). Coping among Spouses or Significant Others of Persons with Multiple Sclerosis. Nursing Research, 44, (4), 220-225.
- Hardwick, C. & Lawson, N. (1996). The Information Learning Needs of the Caregiving Family of the Adult Patient with Cancer. European Journal of Cancer Care, 4, 118-121.
- Harvey, C. (1990). Cancer Care in the 1990s: Expected Advances, Potential Problems. Oncology Issue, 5 (2), 8-10.
- Henderson, V. (1966). The Nature of Nursing. New York: Macmillan.
- Hileman, J.W. & Lackey, N.R. (1990). Self-Identified Needs of Patients with Cancer at Home and their Home Caregivers: A Descriptive Study. Oncology Nursing Forum, 17 (6), 907-913.

- Hileman, J.W., Lackey, N.R. & Hassanein, R.S. (1992). Identifying the Needs of Home Caregivers of Patient with Cancer. Oncology Nursing Forum, 19 (5), 771-777.
- Hinds, C. (1985). The Needs of Families who Care for Patients with Cancer at Home: Are We Meeting Them? Journal of Advanced Nursing, 10 (3), 575-581.
- Houde, R. (1991). Les temps de la vie: le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de vie. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Houle, C.O. (1964). Continuing Your Education. New York: McGraw-Hill.
- Jalowiec, A., Murphy, S.P. & Powers, M.J. (1984). Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. Nursing Research, 33 (3), 157-161.
- Jalowiec, A. (1987). Jalowiec Coping Scale (Revised). Unpublished Manuscript. Chicago: University of Illinois.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory Factor Analyses of the Jalowiec Coping Scale. In C. Waltz & O. Strickland (Eds). Measurement of Nursing Outcomes: Volume one: Measuring Client Outcomes (pp. 26-38). New York: Springer.
- Jalowiec, A. (1989). Revision and Testing of the Jalowiec Scale. Presented at the Midwest Nursing Research Society Conference. Ohio, Cincinnati.
- Jalowiec, A. (1993). Coping with Illness: Synthesis and Critique of the Nursing Coping Literature from 1980-1990. In J. Barnfather & B. Lyons (Eds.). Stress and Coping: State of the Science and Implications for Nursing Theory, Research and Practice, (pp.65-83). Indianapolis: Sigma Theta Tau Press.
- Jassak, P.F. (1992). Families: An Essential Element in the Care of the Patient with Cancer. Oncology Nursing Forum, 19 (6), 871-876.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. & Rosenthal, R.A. (1964). Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity. New York: Wiley.
- Karanaratne, G. (1984). Non-formal Education: Theory and Practice at Comilla. Comilla: Samabaya.

- Kaufman, R.E. (1972). Educational System Planning. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kaufman, R.E. (1984). Identifying and Solving Problems: A System Approach. San Diego: California University
- Killeen, M. (1990). The Influence of Stress and Coping on Family Caregivers' Perceptions of Health. International Journal of Aging and Human Development, 30, (3), 197-211.
- Kleis, R. (1974). Case Studies in Non-Formal Education. East Lansing: Institute for International Studies in Education of Michigan State University.
- Knowles, M.S. (1968). Andragogy, not Pedagogy. Adult Leadership, 16, 350-352, 386.
- Knowles, M.S. (1978). The Adult Learner: A Neglected Species. Houston: Gulf.
- Knowles, M.S. (1980). The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy. (2nd ed. rev.) Chicago: Follet.
- Knowles M.S. (1990). L'apprenant adulte: vers un nouvel art de la formation. Paris: les éditions d'organisation.
- Knox, A.B. (1986). Helping Adults Learn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Koller, P.A. (1989). Family Needs and Coping Strategies during Illness Crisis. Milwaukee: Marquette University.
- Krupp, J.A. (1991). The Practice of Learning to Learn. Adult Learning, 2, (4), 14-18.
- Kuiper, R. & Nyamathi, A.M. (1991). Stressors and Coping Strategies of Patients with Automatic Implantable Cardioverter Defibrillators. The Journal of Cardiovascular Nursing, 5 (3), 65-76.
- La Belle, T.J. (1982). Formal, non Formal an Informal Education: A Holistic Perspective on Lifelong Learning. International Review of Education, 28 (2), 159-175.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill

- Lazarus, R.S. (1980). Cognitive Behavior Therapy as Psychodynamics Revisited. In J. Mahoney (Ed), Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions (pp. 68-83). New York: Plenum.
- Lazarus, R.S. (1991). Emotion and Adaptation. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Legendre, R. (1993). Dictionnaire actuel de l'éducation. Montréal: Guérin.
- Lieberman, M.A. (1982). The Effects of Social Supports on Responses to Stress. In L. Goldberg & S. Breznitz (Eds). Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects (pp. 53-76). New York: Free Press.
- Lindeman, E.C. (1961). The Meaning of Adult Education. Montréal: Harvest House (original work published 1926).
- Longman, A.J. Atwood, J.R., Sherman, J.B. Benedict, J. & Shang, T.C. (1992). Care Needs of Home-Based Cancer Patients and their Caregivers. Cancer Nursing, 15 (3), 182-190.
- Malcuit, G., & Pomerleau, A. (1977). Terminologie en conditionnement et apprentissage. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Marchand, L. (1985). Introduction à l'éducation des adultes. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Maslow, A.H. (1970). Motivation and Personality. New York: Harper and Row.
- Maslow, A.H. (1972). Vers une psychologie de l'être. Paris: Fayard.
- McClary, S.A. (1990). Stress, Coping, and Adult Education. New Directions for Adult and Continuing Education, 45 (1), 65-75.
- McIntosh, J. (1977). Communication and Awareness in a Cancer Ward. New York: Prodist.
- Mechanic, D. (1962). Student under Stress: A Study in Social Psychology of Adaptation. New York: The Free Press.
- Mezirow, J. (1981). A Critical Theory of Adult Learning and Education. Adult Education, 32 (1), 3-27.

- Miller, N.E. (1980). A Perspective on the Effects of Stress and Coping on Disease and Health. In S. Levine & H. Ursin (Eds), Coping and Health pp. 22-34). New York: Plenum.
- Miller, C.A. (1990). Nursing Care of Older Adults. Glenview: Scott, Foresman.
- Monette, M.L. (1977). The Concept of Educational Need: An Analysis of Selected literature. Adult Education, XXV11, (2), 116-127.
- Morris, E. (1984). Home Care Today. American Journal of Nursing, 84 (3), 341-345.
- Moss, R.H., & Billings, A.G. (1982). Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes. In L. Goldberger, & S. Breznitz, (Eds.), Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects (pp. 78-94). New York: Free Press.
- Moss, R.H. & Schaefer, J.H. (1986). Life Transitions and Crisis. In R.H. Moss (Ed), Coping with Life Crises: An Integrated Approach (pp. 1-28). New York: Plenum Press.
- Murphy, L.B. (1974). Coping, Vulnerability and Resilience in Childhood. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Eds). Coping and Adaptation (pp. 17-25). New York: Basic Books.
- Nadeau, M.A. (1988). L'évaluation de programmes: théorie et pratique. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Nugent, L.S. (1988). The Social Support Requirement of Family Caregivers of Terminal Cancer Patients. Nursing Paper, 20, (3), 45-48.
- Nunally, J.C. (1978). Psychometric Testing. New York: McGraw-Hill.
- Orlando, I.J. (1961). The Dynamic Nurse-Patient Relationship. New York: Putnam's Sons.
- Pain, A. (1990). Éducation informelle: les effets formateurs dans le quotidien. Paris: Éditions Harmattan.
- Patterson, B.H. (1989). Creativity and Andragogy: A Boon for Adult Learners. Journal of Creative Behavior, 20 (2), 99-109.
- Perry, G.R. & de Meneses, M.R. (1989). Cancer Patients at Home: Needs and Coping Styles of Primary Caregivers. Home Healthcare Nurse, 7 (6), 27-30.

- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1997). Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilisation. Philadelphia: Lippincott.
- Poulshock, S.W. & Deimling, G.T. (1984). Families Caring for Elders in Residence: Issues in Measurement of Burden. Journal of Gerontology Nursing, 39 (2), 230-239.
- Poulston, R. (1972). Non Formal Education an Annotated International Bibliography. New York: Praeger Publishers.
- Power, P. (1985). Family Coping Behaviours in Chronic Illness: A Rehabilitation Perspective. Rehabilitation Literature, 46 (3-4), 78-83.
- Pratt, R.J. (1995). Sida et soins infirmiers. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Rankin, K.D. & Stallings, K.D. (1990). Patient Education: Issues Principles Practices. St. Louis: Lippincott.
- Reboul, O. (1980). Qu'est-ce qu'apprendre? Paris: Presses universitaires de France.
- Redman, B.K. (1993). The Process of Patient Education. St. Louis: Mosby.
- Reed, H.B. & Loughran, E.L. (1984). Beyond Schools: Education for Economic, Social and Personal Development. Amherst: University of Massachusetts.
- Richardson, A. (1995). Fatigue in Cancer Patients: A Review of the Literature. European Journal of Cancer Care, 4, 20-32.
- Robert, S.J. (1984). Social Support-Meaning Measurement and Relevance to Community Health Nursing Practice. Public Health Nursing, 1 (3), 158-167.
- Robidas, G. (1989). Psychologie de l'apprentissage: un système d'apprentissage-enseignement personnalisé. Éditions Brossard: Behaviora.
- Robinson, Y.K. (1986). Teaching Adults: Some Issues in Adult Education for Health Education. Physiotherapy, 72 (1), 49-52.
- Robinson, K. & Posner, J. (1992). Patterns of Self-Care Needs and Interventions Related to Biological Response Modifier Therapy: Fatigue as Model. Seminars in Oncology Nursing, 8, 17-22.

- Rogers, C.R. (1968). Le développement de la personne. Paris: Dunod.
- Rogers, C.R. (1972). Liberté pour apprendre? Paris: Dunod.
- Romsaas, E.P., Juliani, L.M. & Brigg, A.L. (1983). A Method of Assessing the Rehabilitation Needs of Oncology Outpatients. Oncology Nursing Forum, 10 (3), 17-21.
- Roy, C. (1986). Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Santé et Bien-être Social du Canada (1991). Vieillir vers une nouvelle perspective. Ottawa: Direction générale des services et de la promotion de la santé.
- Schlepp, S. (1989). Caregiving: Learning to Cope, Learning the Options. Association of Operation Room Nurses Journal, 50 (2), 228-236.
- Sillamy, N. (1980). Dictionnaire encyclopédique de psychologie. Paris: Bordas.
- Sillamy, N. (1989). Dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse.
- Simmons, R.C. (1986). Understanding Human Behavior in Health and Illness. Baltimore: Williams-Wilkins.
- Smeltzer, S. & Bare, B.G. (1996). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. New York: Lippincott.
- Smilga, C. (1987). Évaluation des effets de programmes d'exercices physiques et de gestion de stress pour les individus de type A sur les composantes psychologiques du processus stress-maladie. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Smoyak, S.A. (1987). Assessing Aging Families and the Caretakers. In L.M. Wright & M. Leahey (Eds). Families & Chronic Illness (pp. 1225). Pennsylvania: Springhouse.
- Société canadienne du cancer (1994). Statistiques canadiennes sur le cancer. Toronto: Société canadienne du cancer.
- Stone, R., Cafferata, G.L. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile. The Gerontologist, 27 (5), 615-626.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1988). Shaping a New Health Care System. London: Jossey Bass.

- Strauss, S.S. (1988). Information Preferences and Information-Seeking in Hospitalized Surgery Patients. In C.F. Waltz & O.L. Strickland (Eds.), Measurement of Nursing Outcomes: Volume one, Measuring Client Outcomes, (pp. 61-79). New York: Springer.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1991). Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use. Oxford: Oxford University Press.
- Tennen, H. & Herzberger, S. (1985). Ways of Coping Scale. In D.J. Keyser, & R.C. Sweetland (Eds). Test Critiques (pp. 696-697). Kansas City: Test Corporation of America.
- Thorne, S. (1985). The Family Cancer Experience. Cancer Nursing, 8, 285-291.
- Tringali, C.A. (1986). The Needs of Family Members of Cancer Patients. Oncology Nursing Forum, 13 (4), 65-70.
- Tyler, R.W. (1950). Basic Principles of Curriculum and Instruction. Chicago: University of Chicago Press.
- Vaillant, G.E. (1977). Adaptation to Life. Boston: Little, Brown.
- Walker, L.O., Avant, K.C. (1995). Strategies for Theory Construction in Nursing. Norwalk: Appelton & Lange.
- Watson, J. (1985). Nursing: Human Sciences and Human Care. Norwalk: Appelton-Century-Crofts.
- Weisman, A.D. (1979). Coping with Cancer. New York: McGraw-Hill.
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. (1983). Early Diagnosis of the Vulnerability in Cancer Patient. American Journal of the Medical Sciences, 271 (3), 187-196.
- White, R.W. (1974). Strategies and Adaptation: An Attempts at Systematic Description. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Eds.), Coping and Adaptation (pp. 47-68). New York: Basic Book.
- White, R.W. (1976). Strategies of Adaptation. In R.H. Moss (Ed), Human Adaptation (pp. 26-42). Toronto: D.C. Heath.
- White, R.W. (1985). Strategies of Adaptation: An Attempts at Systematic Description. In A. Monat, & R.S. Lazarus (Eds.), Stress and Coping: An anthology (pp. 121-143). New York: Columbia University Press.

- Wilson, J. (1969). Thinking with Concepts. New York: Cambridge University Press.
- Wingate, A.L. & Lackey, N.R. (1989). A Description of the Needs of Non-Institutionalized Cancer Patients and their Primary Caregivers. Cancer Nursing, 12 (4), 216-225.
- Wingate, S. (1990). Post-myocardial Patients' Perceptions of their Learning Needs. Dimensions of Critical Care Nursing, 9 (2), 112-118.
- Wright, K. & Dyck, S. (1984). Expressed Concerns of Adult Cancer Patients' Family Members. Cancer Nursing, 7, 371-374.
- Zarith, S.H., Pearlin, L.T. & Sehaul, K.W. (1992). Social Structure and Caregiving. Hilldale: Earlbaum.
- Zay, N. (1990). Le vieillissement en évolution. Le Gêrontophile, 12 (4), 3-4.

Appendice A

Lettre à la directrice des soins
infirmiers d'un Centre hospitalier régional
et à celle de l'Hôpital extra-mural

Grande-Digue, le 23 mai 1995

Madame la directrice
du service de soins infirmiers
d'un Centre hospitalier régional
Moncton, N.-B.

Madame la Directrice

Par la présente, je sollicite votre autorisation pour entreprendre dans votre établissement une recherche concernant les soignantes naturelles dont le conjoint a été récemment diagnostiqué de cancer. Cette recherche vise à recueillir des données auprès des soignantes naturelles afin de décrire leurs besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" utilisées par celles-ci ainsi que de vérifier l'existence de relations entre ces deux variables. Les données recueillies auprès des sujets sont nécessaires pour compléter ma thèse doctorale.

Je peux vous assurer que les politiques inhérentes à votre établissement seront respectées et que les professionnels des soins infirmiers recevront l'information nécessaire afin d'assurer de part et d'autre la collaboration indispensable à cette démarche.

Vous trouverez ci-inclus une copie de mon projet de recherche. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter. Je vous prie d'agréer, Madame la directrice, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Gemma Aucoin
Étudiante au Ph.D
Université de Montréal

Grande-Digue, le 23 mai 1995

Madame la directrice
du service de soins aux malades
de l'Hôpital extra-mural
Fredericton, N.-B.

Madame,

Par la présente, je sollicite votre autorisation pour entreprendre dans trois unités de soins de votre institution, une recherche concernant les soignantes naturelles dont le conjoint a été récemment diagnostiqué de cancer. Cette recherche vise à recueillir des données auprès des soignantes naturelles afin de décrire leurs besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" utilisées par celles-ci ainsi que de vérifier l'existence de relations entre ces deux variables. Les données recueillies auprès des sujets sont nécessaires pour compléter ma thèse doctorale.

Je peux vous assurer que les politiques inhérentes à votre établissement seront respectées et que les professionnels des soins infirmiers recevront l'information nécessaire afin d'assurer de part et d'autre la collaboration indispensable à cette démarche.

Vous trouverez ci-inclus une copie de mon projet de recherche. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter. Je vous prie d'agréer, Madame la directrice, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Gemma Aucoin
Étudiante au Ph.D
Université de Montréal

REGIONAL
GEORGES-L. DUMONT
AL HOSPITAL

D'ONCOLOGIE DE MONCTON
ONCOLOGY CENTRE

E MÉDECINE FAMILIALE
MEDICINE UNIT

A-MARIS-DE-KENT
AL

MEDICAL
AL DE
IAC
AL
CENTRE

1995 08 29

Madame Gemma Aucoin-Gallant
Boîte 78A, Chemin Caissie Cape
Grande-Digue NB
EOA 1S0

Madame Aucoin-Gallant

Pour faire suite à votre lettre du 23 mai 1995, il m'est agréable de vous informer que le Comité d'éthique de la Corporation hospitalière Beauséjour a approuvé votre protocole de recherche intitulé "Les besoins d'apprentissage et les stratégies de "coping" de la soignante naturelle" et qu'il donne son approbation en date du 30 juin 1995.

Bonne chance dans votre projet! Excusez le retard.

Veillez agréer mes salutations.


Jean-Yves Plourde, M.D.
PRÉSIDENT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

/ft

Appendice B

Formule de consentement pour les sujets de l'étude

L'étude à laquelle on vous demande de participer concerne les soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer.

La participation à cette étude requiert de:

- répondre individuellement à un formulaire de données sociodémographiques et à deux questionnaires à choix multiple d'une durée d'environ 15 minutes chacun;
- passer individuellement une entrevue enregistrée composée de 15 questions fermées et de 15 questions ouvertes qui prend approximativement 60 minutes.

Cette participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment. L'anonymat le plus complet vous est assuré. Votre nom ne figurera sur aucun document puisqu'un codage numéroté est utilisé. De plus, l'enregistrement de l'entrevue sera détruit immédiatement après l'analyse de contenu complétée.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous êtes prié de signer le consentement qui suit:

Je _____ comprends les explications ci-haut
nom
 mentionnées et je consens à participer à l'étude. Je sais que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer de cette étude à n'importe quel moment.

 date

 signature du participant

Ce consentement a été lu et discuté en ma présence. Je certifie que je respecterai l'anonymat des sujets qui participent à l'étude.

 date

 signature de la chercheuse

Appendice C

Formulaire de données sociodémographiques
pour les sujets de l'étude

Numéro du sujet: _____
 Adresse: _____
 Âge: _____
 Statut marital: _____
 Nombre d'enfants: _____ à la maison _____
 et à l'extérieur de la maison _____
 Âge des enfants: _____
 Nombre de parents vivants: _____
 Niveau de scolarité: _____
 Occupation rémunérée actuelle: _____
 Diagnostic médical de votre conjoint: _____
 Stade de la maladie: _____
 Durée du problème de santé de votre conjoint: _____
 Date de la première visite au médecin pour ce problème de santé: _____
 Traitement médical suivi actuellement par votre conjoint: _____

 Perception de votre état de santé: excellent ___ bon ___ passable ___
 pauvre ___
 Type de soins procurés à votre conjoint: _____

 Nombres d'heures par jour passées à donner des soins à votre conjoint: _
 Soutien reçu par un organisme en matière de santé pour votre conjoint:
 non ___ oui ___ nombre d'heures par semaine: ___
 Importance accordée aux valeurs spirituelles pour faire face à votre
 situation: beaucoup ___ moyennement ___ un peu ___ pas du tout ___
 Discussion de la maladie de votre conjoint avec quelqu'un: oui ___ non _
 avec les membres de la famille ___ les amis ___ le médecin ___ ou les autres
 professionnels de la santé ___

Formulaire de données générales de Derdiarian (1981)

Adapté par Gemma Aucoin (1994)

Appendice D

Version française modifiée
de l'échelle DINA

La version française modifiée de l'échelle DINA comprend une liste de quinze besoins d'apprentissage. Deux questions sont posées à propos de chaque besoin d'apprentissage. Les deux questions retenues sont les suivantes:

1. Avez-vous été informée de ...
2. Quelle information désirez-vous recevoir
à propos de ...?

Il y a aucune bonne ou mauvaise réponse aux questions posées. La bonne réponse est celle qui décrit mieux ce que vous pensez présentement. Vos droits à la confidentialité et à l'anonymat sont respectés. Votre nom ne figure sur aucun document puisqu'un codage numéroté est utilisé. La destruction des bandes d'enregistrement est assurée une fois l'analyse de contenu complétée. Vous êtes libre de vous retirer de l'étude à tout moment. La chercheuse apprécie grandement votre participation qui nous aide à identifier les besoins d'apprentissage de la conjointe dont l'époux est atteint de cancer.

Version française modifiée de l'échelle DINA

1. Avez-vous été informée de la maladie de votre conjoint?
(1) oui (2) non 1

2. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de la maladie de votre conjoint?
 2

3. Avez-vous été informée des tests que peut subir votre conjoint? (1) oui (2) non
4. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos des tests que peut subir votre conjoint?
 2

5. Avez-vous été informée du traitement que suit votre conjoint?
(1) oui (2) non 3
6. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant le traitement qui suit votre conjoint?

7. Avez-vous été informée de l'évolution de sa maladie et des plans futurs du couple? (1) oui (2) non 4
8. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de l'évolution de sa maladie et des plans futurs du couple?

9. Avez-vous été informée de la manière dont la maladie peut affecter le travail rémunéré de votre conjoint? (1) oui (2) non 5
10. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière dont la maladie peut affecter le travail rémunéré de votre conjoint?

11. Avez-vous été informé des effets secondaires possibles sur le plan physique découlant de sa maladie ou du traitement?
(1) oui 2 (non) 6
12. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos des effets secondaires possibles sur le plan physique découlant de sa maladie ou du traitement?

13. Avez-vous été informé des effets secondaires possibles sur le plan psychologique découlant de sa maladie ou du traitement?
(1) oui (2) non 7

14. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos des effets secondaires sur le plan psychologique découlant de sa maladie ou du traitement?
-
15. Avez-vous été informée de la manière d'aider physiquement votre conjoint? (1) oui (2) non 8
16. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière d'aider physiquement votre conjoint?
-
17. Avez-vous été informée de la manière d'aider psychologiquement votre conjoint? (1) oui (2) non 9
18. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière d'aider psychologiquement votre conjoint?
-
19. Avez-vous été informée de la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses rôles en tant qu'époux, citoyen et travailleur? (1) oui (2) non 10
20. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses rôles en tant qu'époux, citoyen et travailleur?
-
21. Avez-vous été informée sur la manière de renseigner vos enfants à propos de la maladie de leur père? (1) oui (2) non 11
22. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière de renseigner les enfants à propos de la maladie de leur père?
-
23. Avez-vous été informée sur la manière de renseigner les parents et les amis à propos de la maladie de votre conjoint? (1) oui (2) non 12
24. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière de renseigner les parents et les amis à propos de la maladie de votre conjoint?
-
25. Avez-vous été informée sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses relations avec ses amis? (1) oui (2) non 13

26. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses relations avec ses amis?

27. Avez-vous été informé de la manière de faire face à votre nouvelle situation? (1) oui (2) non

14

28. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière de faire face à votre nouvelle situation?

29. Avez-vous été informée des ressources disponibles dans la communauté pour vous aider? (1) oui (2) non

15

30. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur les ressources disponibles dans la communauté?

31. Y a-t-il autre chose pour laquelle vous aimeriez recevoir de l'information?

Appendice E

Échelle de satisfaction
des besoins d'apprentissage

<p>Échelle de satisfaction des besoins d'apprentissage</p>
--

Cette échelle permet de connaître votre degré de satisfaction concernant la liste des besoins d'apprentissage qui compose la version française modifiée de l'échelle DINA.

Une seule question est posée concernant votre degré de satisfaction à propos de chaque apprentissage. La question posée est la suivante:

Êtes-vous satisfait de votre apprentissage?

Pour chaque apprentissage énuméré, encerclez un chiffre qui démontre votre degré de satisfaction concernant l'apprentissage spécifié. La signification attribuée à chaque chiffre est la suivante:

- 1= pas du tout satisfait
- 2= peu satisfait
- 3= plus ou moins satisfait
- 4= assez satisfait
- 5= tout à fait satisfait

	Êtes-vous satisfait de votre apprentissage?				
	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Plus ou moins satisfait	Assez satisfait	Tout à fait satisfait
1. à propos de la maladie de votre conjoint	1	2	3	4	5
2. sur la manière de renseigner les enfants à propos de la maladie de leur père	1	2	3	4	5
3. sur la manière de renseigner les parents et les amis à propos de la maladie de votre conjoint	1	2	3	4	5
4. à propos du traitement que suit votre conjoint	1	2	3	4	5
5. à propos des tests que peut subir votre conjoint	1	2	3	4	5
6. concernant les effets secondaires possibles sur le plan physique découlant de sa maladie ou du traitement	1	2	3	4	5
7. concernant les effets secondaires possibles sur le plan psychologique découlant de sa maladie ou du traitement	1	2	3	4	5
8. concernant la manière d'aider physiquement votre conjoint	1	2	3	4	5

	Êtes-vous satisfait de votre apprentissage?				
	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Plus ou moins satisfait	Assez satisfait	Tout à fait satisfait
9. concernant la manière d'aider psychologiquement votre conjoint	1	2	3	4	5
10. concernant la manière de faire face à votre nouvelle situation	1	2	3	4	5
11. concernant la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses rôles en tant qu'époux, citoyen et travailleur	1	2	3	4	5
12. sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses relations avec ses amis	1	2	3	4	5
13. concernant la manière dont la maladie peut affecter le travail rémunéré de votre conjoint	1	2	3	4	5
14. concernant l'évolution de sa maladie et les plans futurs du couple	1	2	3	4	5
15. concernant les ressources disponibles dans la communauté	1	2	3	4	5

Élaborée par Gemma Aucoin
Janvier, 1995
Révisée en juillet 1995

Appendice F

Échelle de "coping" de Jalowiec

Échelle de coping de Jalowiec

Ce questionnaire permet de connaître comment vous vous adaptez et réagissez au stress ou à la tension. Je suis surtout intéressée de savoir comment vous avez fait face au stress de ou d' : _____

Ce questionnaire présente différentes façons de réagir au stress. Certaines personnes utilisent une variété de stratégies de coping tandis que d'autres s'en tiennent à quelques stratégies.

Deux questions seront posées concernant chaque façon différente de faire face au stress.

Partie A

Combien souvent avez-vous utilisé la stratégie de coping décrite pour faire face au stress ci-haut mentionné?

Pour chaque stratégie de coping énumérée, encerclez un chiffre de la partie A qui démontre la fréquence d'utilisation de cette stratégie de faire face au stress ci-haut mentionné. La signification attribuée à chaque chiffre de la partie A est la suivante:

- 0 = jamais utilisée
- 1 = rarement utilisée
- 2 = parfois utilisée
- 3 = souvent utilisée

Partie B

Si vous avez utilisé la stratégie de coping décrite, comment a t-elle été efficace pour faire face à ce stress?

Pour chaque stratégie de coping utilisée, encerclez un chiffre de la partie B qui démontre le degré d'efficacité de la stratégie employée pour faire face au stress ci-haut mentionné. La signification attribuée à chaque chiffre de la partie B est la suivante:

- 0 = inefficace
- 1 = un peu efficace
- 2 = moyennement efficace
- 3 = très efficace

Si vous n'avez pas utilisé telle ou telle stratégie de coping, n'encerclez aucun chiffre de la partie B pour cette stratégie de coping.

STRATÉGIES DE COPING	Partie A Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping? Jamais utilisé Rarement utilisé Parfois utilisé Souvent utilisé	Partie B Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle? Inefficace Un peu Moyennement Très efficace efficace efficace efficace
1. Vous vous faisiez du souci au sujet du problème.	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Vous souhaitiez que les choses s'améliorent.	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Vous mangiez ou fumiez plus que d'habitude.	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Vous pensiez à différentes façons de maîtriser la situation.	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Vous vous disiez que la situation aurait pu être pire.	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Vous faisiez de l'exercice ou de l'activité physique.	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Vous essayiez de vous éloigner du problème pour quelque temps.	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Vous vous défouliez en vous fâchant.	0 1 2 3	0 1 2 3

STRATÉGIES DE COPING	Partie A Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping?				Partie B Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle?			
	Jamais utilisé	Rarement utilisé	Parfois utilisé	Souvent utilisé	Inefficace	Un peu efficace	Moyennement efficace	Très efficace
9. Vous vous êtes préparé(e) au pire.	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Vous essayiez de ne pas penser au problème et de vous concentrer sur autre chose.	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Vous parliez de votre problème avec votre famille ou vos ami(e)s	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Vous acceptiez votre situation car il n'y avait pratiquement rien à y faire.	0	1	2	3	0	1	2	3
13. Vous essayiez de voir le problème objectivement et sous tous ses aspects.	0	1	2	3	0	1	2	3
14. Vous rêviez d'une vie meilleure.	0	1	2	3	0	1	2	3
15. Vous discutiez du problème avec un professionnel, tel un médecin, une infirmière, un pasteur, un professeur un conseiller	0	1	2	3	0	1	2	3
16. Vous essayiez de maintenir la situation sous contrôle.	0	1	2	3	0	1	2	3

<p align="center">STRATÉGIES DE COPING</p>	<p align="center">Partie A</p> <p align="center">Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping?</p> <p align="center">Jamais utilisé Rarement utilisé Parfois utilisé Souvent utilisé</p>	<p align="center">Partie B</p> <p align="center">Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle?</p> <p align="center">Inefficace Un peu efficace Moyennement efficace Très efficace</p>
<p>17. Vous priez et mettiez votre confiance en Dieu.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>18. Vous essayiez de sortir de cette situation.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>19. Vous ne partagiez pas vos émotions.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>20. Vous vous disiez que le problème n'était pas de votre faute.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>21. Vous attendiez de voir ce qui allait se passer.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>22. Vous préféreriez être seul(e) pour trouver une solution.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>23. Vous vous résigniez à votre sort car c'était sans espoir.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>
<p>24. Vous vous défouliez sur les autres.</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>	<p align="center">0 1 2 3</p>

STRATÉGIES DE COPING	Partie A				Partie B			
	Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping?				Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle?			
	Jamais utilisé	Rarement utilisé	Parfois utilisé	Souvent utilisé	Inefficace	Un peu efficace	Moyennement efficace	Très efficace
25. Vous essayiez de changer la situation.	0	1	2	3	0	1	2	3
26. Vous pratiquiez des techniques de relaxation.	0	1	2	3	0	1	2	3
27. Vous vous renseigniez davantage sur le problème.	0	1	2	3	0	1	2	3
28. Vous dormiez plus que d'habitude.	0	1	2	3	0	1	2	3
29. Vous entrepreniez chaque chose étape par étape.	0	1	2	3	0	1	2	3
30. Vous mainteniez une vie aussi normale que possible en ne vous laissant pas intimider par le problème.	0	1	2	3	0	1	2	3
31. Vous vous souveniez comment vous aviez résolu d'autres problèmes par le passé	0	1	2	3	0	1	2	3
32. Vous ne vous inquiétiez pas car le tout s'arrangerait éventuellement.	0	1	2	3	0	1	2	3

<p align="center">STRATÉGIES DE COPING</p>	<p align="center">Partie A</p> <p align="center">Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping?</p> <p align="center">Jamais utilisé Rarement utilisé Parfois utilisé Souvent utilisé</p>	<p align="center">Partie B</p> <p align="center">Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle?</p> <p align="center">Inefficace Un peu efficace Moyennement efficace Très efficace</p>
33. Vous essayiez d'en arriver à un compromis.	0 1 2 3	0 1 2 3
34. Vous preniez un verre afin de vous sentir mieux.	0 1 2 3	0 1 2 3
35. Vous laissiez au temps le soin de résoudre le problème.	0 1 2 3	0 1 2 3
36. Vous essayiez de vous distraire par des activités qui vous intéressaient.	0 1 2 3	0 1 2 3
37. Vous vous sentiez capable de résoudre n'importe quelle difficulté que ce soit.	0 1 2 3	0 1 2 3
38. Vous aviez un plan d'action précis.	0 1 2 3	0 1 2 3
39. Vous essayiez de conserver votre sens de l'humour.	0 1 2 3	0 1 2 3
40. Vous retardiez de faire face au problème.	0 1 2 3	0 1 2 3

STRATÉGIES DE COPING	Partie A Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping?				Partie B Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle?			
	Jamais utilisé	Rarement utilisé	Parfois utilisé	Souvent utilisé	Inefficace	Un peu efficace	Moyennement efficace	Très efficace
41. Vous essayiez de maîtriser vos émotions.	0	1	2	3	0	1	2	3
42. Vous discutiez du problème avec des personnes qui vivaient une situation semblable.	0	1	2	3	0	1	2	3
43. Vous réfléchissiez à ce que vous deviez faire pour améliorer votre situation.	0	1	2	3	0	1	2	3
44. Vous essayiez de rester toujours occupé(e) à quelque chose.	0	1	2	3	0	1	2	3
45. Vous appreniez de nouvelles notions en vue de régler le problème.	0	1	2	3	0	1	2	3
46. Vous vous permettiez d'être impulsive ou vous preniez des risques inhabituels.	0	1	2	3	0	1	2	3
47. Vous réfléchissiez aux bonnes choses de la vie.	0	1	2	3	0	1	2	3
48. Vous essayiez d'ignorer ou d'éviter le problème.	0	1	2	3	0	1	2	3

STRATÉGIES DE COPING	Partie A				Partie B			
	Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping?				Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle?			
	Jamais utilisé	Rarement utilisé	Parfois utilisé	Souvent utilisé	Inefficace	Un peu efficace	Moyennement efficace	Très efficace
49. Vous vous compariez à d'autres personnes qui vivaient des situations semblables.	0	1	2	3	0	1	2	3
50. Vous essayiez d'entretenir des pensées positives.	0	1	2	3	0	1	2	3
51. Vous vous blâmiez de vous être placé(e) dans une telle situation.	0	1	2	3	0	1	2	3
52. Vous préféreriez régler vous-même le problème.	0	1	2	3	0	1	2	3
53. Vous preniez des médicaments pour diminuer la tension.	0	1	2	3	0	1	2	3
54. Vous essayiez de voir le côté positif de la situation.	0	1	2	3	0	1	2	3
55. Vous vous disiez à vous-même que le problème n'était qu'en même pas si important.	0	1	2	3	0	1	2	3
56. Vous évitiez d'être avec les gens.	0	1	2	3	0	1	2	3

STRATÉGIES DE COPING	Partie A Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping? Jamais utilisé Rarement utilisé Parfois utilisé Souvent utilisé	Partie B Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle? Inefficace Un peu efficace Moyennement efficace Très efficace
57. Vous essayiez de vous améliorer afin de mieux composer avec la situation.	0 1 2 3	0 1 2 3
58. Vous souhaitiez que le problème disparaisse.	0 1 2 3	0 1 2 3
59. Vous comptiez sur les autres pour vous aider.	0 1 2 3	0 1 2 3
60. Vous vous disiez à vous-même que vous jouiez juste de malchance.	0 1 2 3	0 1 2 3

STRATÉGIES DE COPING	Partie A Combien souvent avez-vous utilisé chaque stratégie de coping? Jamais utilisé Rarement utilisé Parfois utilisé Souvent utilisé	Partie B Si vous avez employé cette stratégie de coping, combien efficace était-elle? Inefficace Un peu efficace Moyennement efficace Très efficace
----------------------------	---	---

S'il y a autre chose que vous avez faite pour faire face à votre situation stressante et qui n'est pas mentionnée dans cette liste, veuillez vous servir de l'espace ci-dessous pour en faire état. Encerlez combien souvent vous avez utilisé la stratégie de "coping" et indiquez aussi le degré d'utilité de cette stratégie de "coping".

61.	1 2 3	0 1 2 3
62.	1 2 3	0 1 2 3
63.	1 2 3	0 1 2 3

Appendice G

Lexique

Besoin

Un écart à combler (Kaufman, 1982).

Besoin d'apprentissage

Un écart à combler entre la perception qu'a l'adulte d'être informé et celle de désirer de l'information en terme de savoirs, savoir-faire et savoir-être..

Besoin d'information

Une exigence chez l'individu d'obtenir un élément de connaissances qu'il ne possédait pas et ne pouvait pas trouver en lui-même (Reboul 1980, p. 12).

Diagnostic médical

Acte posé par le médecin qui consiste à déterminer la nature d'une maladie d'après les renseignements fournis par la personne, l'étude des signes et symptômes et les résultats obtenus lors des examens cliniques (Hamburger, 1982).

Examen clinique

Analyses exécutées en laboratoire ou en radiologie afin d'aider le médecin à poser le diagnostic médical et à traiter la personne malade (Hamburger, 1982).

Maladie

État de non-santé dans lequel le corps subit une défaillance d'un ou plusieurs organes et qui fait partie de l'expérience de la vie (Derdiarian, 1983).

Pertinence de l'information

La valeur en importance accordée à l'information désirée par la personne (Derdiarian, 1987).

Portée de l'information

Les informations sollicitées par la personne lors de l'administration de l'instrument intitulé: "Derdiarian Informational Needs Assessment" (DINA) (Derdiarian, 1983).

Préoccupation

De l'inquiétude, du souci qui habite la personne. Une menace, un danger qui sont perçus par la personne (Derdiarian, 1983).

Préoccupation à propos du problème de santé

Les préoccupations concernant le diagnostic médical, les examens cliniques, le traitement et le pronostic (Derdiarian, 1987).

Préoccupations personnelles

Les préoccupations concernant le bien-être physique, le bien-être psychologique, la carrière et les plans futurs (Derdiarian, 1987).

Préoccupations familiales

Les préoccupations concernant le conjoint, les enfants, les parents et les personnes significatives (Derdiarian, 1987).

Préoccupations sociales

Les préoccupations concernant le besoin d'affiliation, les relations au travail, avec des amis ou autres (Derdiarian, 1987).

Pronostic

La prédiction établie par le médecin concernant la trajectoire du problème de santé soit la possibilité de guérison ou de rechute (Derdiarian, 1983).

Soignante naturelle

Un membre de la famille de la personne malade qui assure, à titre non professionnel et de manière régulière ou occasionnelle, les soins destinés à satisfaire les besoins du malade à domicile (Garand & Bolduc,

1990).

Traitement

Des thérapies spécifiques utilisées dans le but de guérir, ou de contrôler le cancer. Ces thérapies comprennent la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie et la chirurgie (Derdiarian, 1983).