

Université de Montréal

Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme
d'enseignement suite à un premier événement coronarien

par

Carole Henrichon

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en sciences infirmières

Décembre 2001



WY

5

U58

2002

v.004

L'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme
d'enseignement suite à un premier événement coronarien

présenté par :

Carole Henrichon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Suzanne Kérouac, M. N., M. Sc.	Président-rapporteur
Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D.	Directrice de recherche
Sylvie Cossette Ph.D.	Membre du jury

Mémoire accepté le : 16 janvier 2002

Le sommaire

La personne qui subit un premier événement coronarien doit faire face à de nombreux changements dans sa vie affectant sa santé, son bien-être émotionnel et son fonctionnement social (Leahey & Wright, 1987 ; Moos, 1977 ; Salisbury, 1994). L'événement coronarien provoque une crise situationnelle d'une durée variable qui amène la personne à réfléchir sur la signification de l'événement et à rechercher des stratégies adaptatives qui l'aideront à s'adapter pour retrouver son équilibre. Le but de cette étude corrélationnelle est de comparer les stratégies adaptatives utilisées par la personne et l'adaptation selon sa participation à un programme d'enseignement intitulé "À vous de jouer". L'étude vise aussi à déterminer les liens d'associations entre les stratégies adaptatives et l'adaptation et à identifier les stratégies adaptatives qui prédisent l'adaptation auprès de personnes qui ont subi un premier événement coronarien.

La théorie du stress et du *coping* de Lazarus et Folkman (1984) sert d'assises conceptuelles à cette étude. Le choix de participer au programme d'enseignement est relié à une évaluation cognitive précipitée par une situation de crise, qui fait ici référence à l'événement coronarien. L'évaluation primaire, déterminant la signification de l'événement, enclenche une évaluation secondaire qui comprend l'utilisation de stratégies adaptatives centrées sur les émotions et centrées sur le problème. Ces stratégies adaptatives sont regroupées en trois catégories distinctes, soit, les stratégies de : 1) distanciation et d'évitement, 2) recherche de soutien social et 3) réévaluation positive et de résolution de problèmes. Lors d'un entretien téléphonique, effectué huit semaines suite à un premier événement coronarien, les participants au programme d'enseignement (n = 33) et les non participants (n = 76) ont complété, une seule fois, la version française et abrégée du *Ways of Coping* de Folkman et Lazarus (1986) le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives" de Bouchard et al. (1995), et trois questionnaires se rapportant à l'adoption de saines habitudes de vie,

le bien-être émotionnel (IDPESQ-14, Prévillé et al., 1992) et le fonctionnement social. Ces trois derniers questionnaires représentent le concept d'adaptation. Les coefficients alpha de Cronbach de ces instruments sont, respectivement, 0,73, 0,62, 0,83, et 0,67.

Les participants au programme d'enseignement utilisent plus fréquemment les stratégies de la recherche de soutien social, comparativement aux non participants ($p = 0,0001$). Le choix de participer n'est pas relié aux stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes ($p = 0,14$) ou de la distanciation et d'évitement ($p = 0,12$). Les comportements suivants : la diminution de l'apport en gras dans la diète ($p = 0,008$), la pratique de l'activité physique ($p = 0,002$), la gestion du stress ($p = 0,01$) et le retour au travail ($p = 0,02$) sont également plus fréquents chez les participants. Ceci n'est pas le cas en ce qui a trait à l'arrêt du tabagisme ($p = 0,35$). Aucune différence existe entre les deux groupes pour les autres dimensions de l'adaptation soit, le bien-être émotionnel ($p = 0,26$) et le fonctionnement social ($p = 0,07$). La catégorie de stratégies adaptatives qui est la plus utilisée pour l'ensemble des sujets est celle de la réévaluation positive et la résolution de problèmes. Les stratégies adaptatives de distanciation et d'évitement sont négativement corrélées avec l'adoption de saines habitudes de vie ($r = -0,27$; $p = 0,004$) tandis que celles de la recherche de soutien social ($r = 0,46$; $p = 0,001$) et de la réévaluation positive et de résolution de problèmes ($r = 0,50$; $p = 0,001$) le sont positivement. L'utilisation de stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes ($p < 0,0001$), la participation au programme d'enseignement ($p = 0,0001$) et la non utilisation de stratégies adaptatives de distanciation et d'évitement ($p = 0,01$) prédisent, en ordre d'importance, l'adoption de saines habitudes de vie. Le bien-être s'explique par l'utilisation de la recherche de soutien social ($p = 0,007$) et par la participation au programme d'enseignement ($p = 0,03$). En conclusion,

l'utilisation de ces stratégies adaptatives et la participation à un programme d'enseignement s'avèrent donc bénéfiques pour la personne suite à un premier événement coronarien.

La table des matières

L'identification du jury.....	ii
Le sommaire.....	iii
La table des matières.....	vi
La liste des figures.....	ix
La liste des tableaux.....	x
Les remerciements.....	xi
Premier chapitre - La problématique.....	1
Le but de l'étude.....	10
Les questions de recherche	10
Chapitre II - La recension des écrits	11
Le cadre de référence.....	12
La théorie du stress et du <i>coping</i>	12
La relation entre la personne et son environnement.....	13
L'évaluation cognitive.....	14
L'évaluation primaire.....	15
L'évaluation secondaire.....	16
La réévaluation.....	18
L'adaptation.....	18
L'utilisation des stratégies adaptatives.....	21
Les indicateurs de l'adaptation.....	25
L'adaptation selon la dimension de la santé.....	26
L'adaptation selon la dimension du bien-être émotionnel.....	30

L'adaptation selon la dimension du fonctionnement social.....	32
Les variables qui influencent la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet enseignement.....	34
Chapitre III - La méthode.....	39
Le devis de recherche.....	40
Le milieu et l'échantillon.....	40
Les critères de sélection.....	41
Les justifications face aux critères de sélection.....	41
La définition des termes.....	43
Le programme d'enseignement "À vous de jouer".....	44
Les instruments de mesure.....	45
Le Questionnaire sur les stratégies adaptatives.....	45
L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie	48
L'indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-14).....	50
L'échelle du fonctionnement social.....	52
Le questionnaire de données sociodémographiques et cliniques.....	54
Le déroulement de l'étude.....	54
Le contrôle des biais	55
Les considérations éthiques.....	56
Le plan d'analyse des données.....	56
Les limites de l'étude.....	57
Chapitre IV - L'article de publication	59
Les références.....	116

Annexe A :	Le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives".....	xii
Annexe B :	"L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie".....	xv
Annexe C :	"L'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec" (IDPESQ-14).....	xvii
Annexe D :	"L'échelle du fonctionnement social.....	xx
Annexe E :	Le questionnaire de données sociodémographiques et cliniques.....	xxii
Annexe F :	Les lettres d'autorisation pour l'utilisation des instruments de mesure.....	xxvii
Annexe G :	Lettre d'approbation du projet de recherche du centre hospitalier.....	xxx
Annexe H :	Le formulaire de consentement.....	xxxii

La liste des figures

Figure 1 :	Le schéma adapté du cadre théorique du stress et du <i>coping</i> de Bouchard et al. (1995), de Folkman et al. (1991) et de Lazarus et Folkman (1984).....	20
------------	--	----

La liste des figures (article de publication)

Figure 1 :	Le schéma adapté du cadre théorique du stress et du <i>coping</i> . de Bouchard et al. (1995, de Folkman et al. (1991) et de Lazarus et Folkman (1984).....	57
------------	---	----

La liste des tableaux (article de publication)

Tableau 1 :	Études sur l'adaptation suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement.....	42
Tableau 2 :	Caractéristiques sociodémographiques des sujets à l'étude.....	49
Tableau 3 :	Stratégies adaptatives selon la participation au programme d'enseignement "À vous de jouer".....	50
Tableau 4 :	Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation au programme	51
Tableau 5 :	Fréquence d'utilisation de chaque stratégie adaptative.....	52
Tableau 6 :	Corrélations entre les catégories de stratégies adaptatives et l'adaptation selon l'adoption de saines habitudes de vie, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social.....	53
Tableau 7 :	Sommaire de l'analyse de régression linéaire hiérarchique pour les variables qui prédisent l'adoption de saines habitudes de vie, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social.....	54

Les remerciements

J'adresse mes remerciements et ma reconnaissance à Sylvie Robichaud-Ekstrand, directrice du mémoire, pour sa disponibilité, son expertise, son encadrement généreux et les encouragements qui m'ont soutenue tout au long de ce projet.

Je remercie Louise Gagnon pour ses conseils pour l'article de publication ainsi que pour sa participation avec Chantal Cara lors du comité d'approbation de cette recherche. De plus, je remercie Suzanne Kérouac et Sylvie Cossette pour leurs recommandations lors du jury de mémoire.

Je désire remercier Nathalie Martel pour ses précieux conseils statistiques lors de l'analyse des données.

Je tiens également à remercier chaleureusement les gens qui ont été impliqués de près à la réalisation de cette recherche. En premier lieu, je remercie particulièrement les patients qui ont accepté volontairement d'y participer, les infirmières soignantes de l'unité 4ième AC et de l'Unité coronarienne et leurs infirmières-chefs respectives soit, Manon Éthier et Christine Veilleux. Je remercie aussi tous les intervenants impliqués dans le programme d'enseignement "À vous de jouer" dont l'intervenante principale Francine Forget.

Finalement, j'aimerais souligner l'appui inconditionnel de ma famille, de mes amis et des membres de mon entourage qui ont participé à la concrétisation de ce projet.

Chapitre I

La problématique

La maladie cardiovasculaire (MCV) est la principale cause de décès, d'incapacité et de maladie au Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Les deux principaux éléments de la MCV sont la cardiopathie ischémique et l'accident vasculaire cérébral (AVC). La cardiopathie ischémique, ou maladie coronarienne, inclut toute affection où les muscles cardiaques sont endommagés en raison d'apport sanguin insuffisant, généralement à cause de l'athérosclérose. Elle inclut l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, l'ischémie coronarienne chronique et la mort subite. En 1996, 20,2 et 20,4 cas par 100 000 habitants sont décédés de cardiopathies ischémiques au Canada et au Québec, respectivement. Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (Cycles de 1994-1995 et de 1996-1997) permettent d'estimer l'incidence auto-déclarée, les taux d'incidence de deux ans de la maladie cardiaque, qui s'établit à 2,07 et 1,93 cas par 100 000 habitants, pour les hommes et les femmes, respectivement (Statistique Canada, 1998). L'incidence élevée de la maladie coronarienne affecte donc une très grande proportion de Canadiens qui doivent s'adapter suite à un événement coronarien.

La personne qui subit un premier événement coronarien doit faire face à de nombreux changements dans sa vie affectant sa santé, son bien-être émotionnel et son fonctionnement social (Leahey & Whright, 1987 ; Moos, 1977 ; Salisbury, 1994). L'événement coronarien provoque donc une crise situationnelle d'une durée variable (Aguilera, 1994 ; Moos, 1977) qui dans 25 % des cas, continuent de créer des difficultés d'adaptation six mois plus tard (Moser & Dracup, 1995). Selon la théorie du stress et du *coping*¹ de Lazarus et Folkman (1984), un événement stressant perturbe l'équilibre entre la personne et son environnement. Ce déséquilibre amène la personne à

¹ *coping* : le concept de *coping* se définit comme l'ensemble des mécanismes ou des réactions d'adaptation que l'individu utilise pour faire face aux facteurs de stress qu'il subit.

évaluer chaque situation de façon cognitive selon trois étapes soit, l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et la réévaluation. L'évaluation primaire permet de déterminer la signification de l'événement. Cet événement peut être perçu comme étant non stressant, sans importance, bénin ou positif. L'événement est reconnu stressant lorsque la personne juge que les exigences de son environnement dépassent ses ressources et compromettent son bien-être (Lazarus, 1966, 1991 ; Lazarus & Folkman, 1984). Lors d'un événement stressant, celui-ci est perçu comme une perte ou un tort, une menace ou un défi. L'évaluation secondaire permet de déterminer ce qui peut être fait en rapport avec l'événement stressant afin d'envisager des solutions et d'évaluer les possibilités de réussite. Les stratégies adaptatives entrent en action lors de l'évaluation secondaire. Ces stratégies adaptatives peuvent être soit, centrées sur les émotions lorsque la situation est jugée comme étant peu ou non modifiable ou soit, centrées sur le problème lorsque la personne amorce une analyse de sa situation dans le but de résoudre le problème (Folkman & Lazarus, 1980, 1985). Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer et Wright (1995) utilisent ces deux types de stratégies adaptatives en les classifiant selon trois catégories distinctes soit, les stratégies reflétant la distanciation et l'évitement, celles représentant la recherche de soutien social et les stratégies correspondant à la réévaluation positive et la résolution de problèmes. Les stratégies de distanciation et d'évitement impliquent les efforts de détachement afin de fuir ou d'éviter une situation ; celles de la recherche de soutien social servent à obtenir ou à maintenir le soutien social, émotionnel, informatif et instrumental ; tandis que les stratégies adaptatives retrouvées dans la réévaluation positive et la résolution de problèmes incorporent les efforts visant à minimiser les aspects négatifs, à surestimer les aspects positifs, à envisager des solutions et à évaluer les possibilités de réussite. La réévaluation établit un processus continu qui permet d'intégrer tout changement relié à l'événement stressant imputable à la personne (facteurs personnels : variables psychologiques, sociologiques, contextuelles, reliées à la santé) ou à son environnement (facteurs situationnels : éléments temporels). L'évaluation cognitive est cyclique

et se perpétue afin de modifier la relation entre la personne et son environnement dans le dessein de favoriser l'adaptation (Bouchard et al., 1995 ; Folkman et al., 1991 ; Lazarus & Folkman, 1984).

Lors d'un événement coronarien récent, le déni est une stratégie adaptative de la catégorie de distanciation et d'évitement qui est fréquemment utilisé (King, 1985 ; Levine, Werrenburg, Kerns, Schwartz, Delaney et al., 1987). Puisque l'événement se produit subitement, la personne ne possède pas toute l'information nécessaire pour effectuer des choix éclairés et son environnement n'est pas encore adapté aux changements qui deviennent nécessaires pour sa récupération (Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson, et al., 1991). Considérant le manque de ressources psychologiques, physiques ou environnementales à ce moment, le déni est donc une stratégie bénéfique lors de la phase aiguë de l'événement coronarien (Buselli & Stuart, 1999 ; Folkman & Lazarus, 1988 ; Levine et al., 1987). Par contre l'utilisation de cette stratégie l'empêche de mobiliser ses ressources personnelles et celles de son entourage pour mieux gérer ses facteurs de risque cardiovasculaires. Lors d'une étude longitudinale, Levine et al. (1987) ont rapporté que l'adoption de saines habitudes de vie et l'assiduité aux recommandations médicales, un an suite à l'événement coronarien, diminuent lorsque la personne utilise le déni comme stratégie adaptative principale. Conséquemment, l'utilisation judicieuse de stratégies adaptatives varie dans le temps et selon l'évolution de la maladie. Mayou et Bryant (1987) ont trouvé des résultats similaires, mais sur la qualité de vie de patients qui subissent une chirurgie de revascularisation coronarienne, tandis que Keckeisen et Nyamathi (1990), les rapportent sur l'adaptation psychosociale.

Rechercher du soutien social comprend plusieurs stratégies adaptatives comme parler à quelqu'un pour en savoir plus ou pour faire quelque chose de concret à propos de la situation, recevoir de l'aide professionnelle, accepter la sympathie et la compréhension d'une personne que

l'on respecte ou lui demander de l'aide au besoin et discuter de ses sentiments. Rechercher du soutien social peut donc s'effectuer de différentes façons et celles-ci varient selon le moment de la convalescence (Crumlish, 1994 ; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). King (1985) observe que la recherche de soutien social est au plus bas, le cinquième jour et à son maximum, la troisième semaine suite à une chirurgie de revascularisation coronarienne. En présence d'un bon soutien social, le patient coronarien manifeste une meilleure adaptation à sa maladie après un an (Invernizzi, et al., 1991).

Les stratégies adaptatives de la catégorie de la réévaluation positive et de résolution de problèmes consistent à regarder les choses du bon côté, avoir le goût de faire des choses créatives, concevoir des plans d'actions, effectuer des transformations, trouver une façon d'exprimer ses émotions et se sentir en confiance que les choses finiront bien. L'utilisation des stratégies de la réévaluation positive et de résolution de problèmes s'avèrent relativement constante chez la même personne, indépendamment des situations stressantes et celle-ci serait davantage influencée par la personnalité que les autres types de stratégies adaptatives (Folkman, Lazarus, Gruen et al., 1986 ; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986). De plus, l'utilisation de ces types de stratégies serait la source d'une plus grande satisfaction (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986). Jalowiec (1993), suite à une recension des écrits portant sur l'efficacité des stratégies adaptatives utilisées, conclut que demeurer optimiste et préserver le contrôle de la situation et de soi-même sont parmi les stratégies adaptatives qui prédisent le plus l'adaptation.

Selon Lazarus et Folkman (1984), l'évaluation cognitive de l'événement coronarien permet à la personne d'utiliser les stratégies adaptatives appropriées qui détermineront son adaptation. C'est-à-dire d'être en meilleure santé en adoptant et en maintenant de saines habitudes de vie pour gérer

ses facteurs de risque ; avoir un bien-être émotionnel adéquat, en présentant moins d'anxiété, de dépression, d'irritabilité et de problèmes cognitifs (Ilfeld, 1976) ; retrouver un fonctionnement social similaire à celui précédant l'événement coronarien soit, en reprenant ses activités familiales, sociales et sur le marché du travail ou ses activités domestiques, tout en étant satisfait de ses choix (Lazarus & Folkman, 1984).

Pour le coronarien, l'adaptation implique la modification de certaines habitudes de vie. En effet, il est estimé que la diminution de la mortalité reliée à l'insuffisance coronarienne en Amérique du Nord est due pour 54 % à la modification des habitudes de vie et 43 % à l'amélioration des traitements (Hunink, Goldman, Tosteson, Mittleman, Goldman, et al., 1997 ; Statistiques Canada, 1999). Des études longitudinales, comme l'étude *MRFIT*, le *Lifestyle Heart Trial* et le Framingham Heart Study, démontrent les bienfaits de l'adoption de saines habitudes de vie pour contrôler les facteurs de risque cardiovasculaires (Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, 1982 ; Ornish, Scherwitz, Billings, Gould, Merritt, et al., 1998 ; Sytkowski, Kannel & D'Agostino, 1990).

Les modifications de ces habitudes de vie suite à un événement coronarien sont primordiales pour la santé. Le fait de cesser de fumer diminue de moitié le risque d'événements coronariens ultérieurs (Berra, Houston Miller, Sachs & Barr Taylor, 1992 ; Deanfield, Shea & Wilson, 1986 ; Gandjbakhch, Ollivier & Pavie, 1995). Un apport réduit en gras permet de perdre du poids, d'améliorer le profil lipidique et de diminuer l'hypertension (Cléroux, Feldman & Petrella, 1999 ; Collins, Peto, MacMahon, Hébert, Fiebach, et al., 1990 ; Haider, Chen, Larson, Evans, Chen, et al., 1997). La pratique régulière de l'activité physique permet non seulement d'acquérir les bienfaits associés à la perte de poids, mais aide à mieux gérer le stress (Engler & Engler, 1995), diminue de

20 % le taux de récurrences et de 29 % le taux de mortalité reliée à la maladie coronarienne (Bittner & Oberman, 1993 ; O'Connor, Buring, Yusuf, Goldhaber, Olmstead, et al., 1989). Conséquemment, la nécessité d'interventions médicales ou chirurgicales en est diminuée (Smith, Blair, Criqui, Fletcher, Fuster, et al., 1995) et la qualité de vie améliorée (Lewin, Robertson, Cay, Irving & Campbell, 1992 ; Oldridge, Guyatt, Jones, Crowe, Singer, et al., 1991).

L'adoption de saines habitudes de vie n'est cependant pas chose facile. La participation à un programme d'enseignement regroupe un ensemble de stratégies adaptatives qui facilite l'acquisition de nouveaux comportements de santé (Mullinax, 1995 ; Oldridge, Guyatt, Fischer & Rimm, 1988). Plusieurs auteurs ont rapporté une diminution du tabagisme, une amélioration de l'alimentation, une augmentation de l'activité physique et une meilleure gestion du stress lorsque les personnes coronariennes participent à un programme d'enseignement (DeBusk, Houston Miller, Superko, Dennis, Thomas, et al., 1994 ; Fridlund, Hogstedt, Lidell & Larsson, 1991 ; Haskell, Alderman, Fair, Maron, Mackey, et al., 1994).

Puisque l'anxiété survient lorsqu'il existe un manque de connaissances, des fausses croyances et de la méconnaissance des phases de récupération suite à un événement coronarien, la participation à un programme d'enseignement permet de la diminuer (Oldridge et al., 1991 ; Thompson 1989, 1991). Lorsqu'un programme d'enseignement comprend en plus de l'activité physique, le niveau de dépression s'améliore (Milani & Lavie, 1998) et s'avère davantage efficace chez les patients les plus déprimés (Lewin et al., 1992).

La reprise des activités familiales, sociales et professionnelles compose la dimension du fonctionnement social. La satisfaction personnelle découlant de ces différents rôles, apparaît

subjective car elle diffère parfois des valeurs établies par la société (Lazarus & Folkman, 1984). Ces écarts de valeurs menacent la qualité de vie du patient coronarien et de sa famille (Fleury & Moore, 1999 ; Sirles & Selleck, 1989). La participation à un programme d'enseignement et d'exercices améliore le fonctionnement social (Bar, et al., 1992 ; Lewin et al., 1992 ; Linden, 1995) particulièrement lorsque la personne vit seule (Case, Moos, Case, McDermott & Eberly, 1992). Par contre, les raisons personnelles influencent davantage le retour au travail que la participation à un programme d'enseignement (Fridlund et al., 1991 ; Lidell & Fridlund, 1996 ; Oldridge et al., 1991 ; Oldridge, Streiner, Hoffmann & Guyatt, 1995).

Bien que les bienfaits de participer à un programme d'enseignement soient connus pour la santé, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social et qu'ils soient disponibles sans frais dans le centre hospitalier ou dans la communauté, la majorité des personnes qui subissent un premier événement coronarien choisissent de ne pas y participer. En effet, le taux de participation aux programmes de réadaptation cardiaque, qui comprennent un volet d'enseignement, se situe autour de 40 % (Ades, Huang & Weaver, 1992). Les processus cognitifs et comportementaux engendrés qui résultent au refus de participer sont encore peu connus. Serait-il possible que certaines personnes utilisent des stratégies différentes et s'adaptent aussi bien lorsqu'elles ne participent pas à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien ?

L'évaluation d'interventions qui favorisent l'adaptation s'avère un besoin actuel pour la recherche en sciences infirmières selon Hanson Frost (1993). La présente étude contribue à la profession infirmière car elle permet d'examiner des relations entre la personne, le soin, l'environnement et la santé, soit les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette & Major, 1994). De plus, la fonction éducative du rôle de l'infirmière consiste

à éduquer et à informer sur la santé et la maladie en vue de favoriser chez les individus des choix libres et éclairés (Dallaire, 1999). L'infirmière occupe donc une place privilégiée pour guider les personnes à identifier les stratégies adaptatives les plus bénéfiques pour elles et ainsi améliorer leur niveau d'adaptation tout en considérant leur choix de participer ou non à un programme d'enseignement.

Le but de l'étude

Le but de cette étude descriptive et corrélative est de comparer les stratégies adaptatives utilisées et le niveau d'adaptation selon la participation à un programme d'enseignement "À vous de jouer". Cette étude vise aussi à déterminer les liens d'associations entre les stratégies adaptatives et l'adaptation et à identifier celles qui prédisent l'adaptation auprès de personnes qui ont subi un premier événement coronarien.

Les questions de recherche

1. Quelles sont les stratégies adaptatives utilisées et le niveau d'adaptation selon la participation au programme d'enseignement "À vous de jouer", suite à un premier événement coronarien ?
2. Quels sont les liens d'association entre les stratégies adaptatives et l'adaptation pour l'échantillon total et selon la participation à un programme d'enseignement, suite à un premier événement coronarien ?
3. Quelles stratégies adaptatives prédisent l'adaptation suite à un premier événement coronarien, en contrôlant la participation au programme d'enseignement ?

Chapitre II

La recension des écrits

Ce chapitre comporte deux parties. La première partie traite de la théorie du stress et du *coping* élaborée par Lazarus et Folkman (1984) servant de cadre théorique à cette étude. Chaque composante du cadre théorique est reliée à la situation clinique du coronarien. La deuxième partie comporte la recension des écrits associée aux concepts étudiés soit : les stratégies adaptatives et l'adaptation selon les dimensions de la santé, du bien-être et du fonctionnement social. Pour terminer, les principales variables qui influencent la participation à un programme d'enseignement sont présentées.

La théorie du stress et du *coping*

Le cadre théorique utilisé pour la présente recherche se réfère aux conclusions consignées dans la monographie de Lazarus et Folkman, publiée en 1984. Cette théorie permet l'étude des processus adaptatifs lors de la présence d'événements stressants. Selon Lazarus et Folkman (1984), c'est par une évaluation cognitive que la personne définit sa relation avec l'environnement. L'évaluation cognitive s'effectue selon trois étapes soit : l'évaluation primaire qui détermine la signification de l'événement pour la personne ; l'évaluation secondaire qui permet l'élaboration de stratégies adaptatives et ; la réévaluation permettant d'évaluer l'impact des stratégies adaptatives utilisées sur l'adaptation en terme de santé, de bien-être et de fonctionnement social. Les prochaines sections expliquent ces concepts clés de la théorie du stress et du *coping* de Lazarus et Folkman (1984).

La relation entre la personne et son environnement

La personne et son environnement sont en interaction constante, chacun influençant l'autre (Folkman & Lazarus, 1984). Selon le paradigme de la transformation, la personne est un tout *bio-psycho-socio-culturo-spirituel* indissociable, plus grand et différent que la somme de ses parties, en relation mutuelle et simultanée avec l'environnement (Kérouac et al., 1994). L'environnement représente toutes les demandes physiques ou sociales, internes ou externes à la personne (Clarke, 1984). Plusieurs facteurs personnels et situationnels modifient la relation entre la personne et son environnement.

Les facteurs personnels sont les variables inhérentes à la personne qui regroupent les variables psychologiques, sociologiques, contextuelles et celles reliées à la santé (Folkman, Chesney, et al., 1991). Selon ces auteurs, les variables psychologiques englobent les dispositions, les croyances, les valeurs et les buts. Les variables sociologiques incorporent l'ethnie, la culture, le statut socio-économique et le genre. Les variables contextuelles regroupent les conditions de travail, les conditions familiales et sociopolitiques. Les variables reliées à la santé sont l'histoire médicale et l'état actuel de santé.

Les facteurs situationnels, inhérents aux éléments temporels de l'événement, incluent la nouveauté, la prévisibilité, l'incertitude, l'imminence, la durée, l'incertitude temporelle, l'ambiguïté et le *timing* (Lazarus & Folkman, 1984). La nouveauté d'un événement entraîne de l'ambiguïté car la possibilité d'erreur d'interprétation, reliée à un degré élevé d'incertitude ou à un manque de connaissances, augmente l'impression de menace. La prévisibilité suppose une anticipation de la situation qui permet une préparation préalable. L'incertitude fait référence à la probabilité qu'un

événement stressant se produise. L'imminence de l'événement suppose que l'événement stressant surviendra, mais à un moment indéterminé. La durée est imputable à l'espace de temps pendant lequel l'événement stressant se poursuit, soit chronique ou aigu, intermittent ou persistant. L'incertitude temporelle provoque un état d'éveil prononcé au début de l'événement qui s'estompe avec le temps. L'ambiguïté caractérise souvent les événements stressants lorsque les informations sont imprécises ou insuffisantes. Le *timing* correspond au moment où l'événement se manifeste dans le cycle de la vie. Selon plusieurs auteurs, la relation de l'événement avec un événement indirect ou avec d'autres événements qui surviennent soit par cumul, par exacerbation ou par monopolisation, en modifie la signification (Brailey, 1984 ; Holmes & Rahe, 1967 ; Pearlin & Schooler, 1978). Ces facteurs personnels et situationnels interagissent les uns avec les autres et influencent l'évaluation cognitive.

L'évaluation cognitive

Lazarus et Folkman (1984) présentent trois étapes inhérentes à l'évaluation cognitive d'un événement stressant. Ces trois étapes ne font pas référence à leur ordre chronologique ni à leur degré d'importance (Lazarus & Folkman, 1984). L'évaluation cognitive est cyclique et elle se perpétue continuellement tant que la personne perçoit que l'événement suscite du stress (Lazarus & Folkman, 1984 ; Lazarus, 1991). L'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et la réévaluation sont interdépendantes et s'influencent mutuellement (Lazarus & Folkman, 1984).

L'évaluation primaire

L'évaluation primaire permet à la personne d'évaluer la signification d'un événement. L'interprétation de la personne se distingue selon trois types : non stressant, bénin-positif ou stressant. Lorsque l'événement est jugé non stressant, il est sans rapport avec la personne, il entraîne aucun gain ni de perte. Lors d'un événement bénin-positif, il apporte de la joie et favorise ou maintient un état de bien-être. Par contre, un événement bénin-positif franc est rare, il s'associe parfois de stress et d'anxiété relié à la peur que la situation change ou même à de la culpabilité (Lazarus & Folkman, 1984). Lorsque l'événement est jugé stressant, il peut être considéré comme une perte ou un tort, une menace ou encore un défi. La perception d'un tort ou d'une perte se présente lorsque le dommage causé à la personne a déjà eu lieu comme lors d'un deuil, de la perte d'une fonction physique, d'une atteinte à l'estime de soi ou de la perte d'un rôle ou de reconnaissance sociale (ex. : perte d'emploi relié à la maladie coronarienne). La perception d'une menace survient lorsque la personne appréhende les effets de l'événement et les craint (ex. : doute de retrouver une vie normale). Les perceptions de perte et de menace sont souvent inter-reliées (Lazarus & Folkman, 1984). La perception d'un défi sous-tend la possibilité de gain ou de maîtrise par rapport à l'événement stressant (ex. : entreprendre un programme d'exercices afin de diminuer l'impact des facteurs de risque de la maladie coronarienne). L'évaluation primaire est complexe, elle dépend des facteurs personnels et du contexte de la situation (Lazarus & Folkman, 1984).

Certains événements personnels ou collectifs sont considérés universellement stressants (Miller, 1993). Ceux-ci incluent la guerre, le traumatisme accidentel ou intentionnel, la catastrophe naturelle, le divorce, le décès d'une personne significative, la maladie aiguë ou chronique. De façon plus spécifique à cette étude, Aguilera (1994) affirme qu'un événement coronarien est stressant car

il est associé à la possibilité de la mort subite. Selon Alonzo (1999), l'infarctus du myocarde peut même entraîner des séquelles graves tel le syndrome du stress post-traumatique qui s'exprime par un état anxieux et dépressif accompagné de pensées angoissantes. Puisque l'événement coronarien survient généralement de façon inattendue, celui-ci provoque une succession de changements pour la personne et ses proches qui modifient la relation entre la personne et son environnement. La signification accordée à l'événement influence directement l'évaluation secondaire.

L'évaluation secondaire

L'évaluation secondaire correspond à ce que la personne juge qu'elle peut faire lorsqu'un événement stressant modifie sa relation avec l'environnement. Le *coping* fait référence à l'ensemble des mécanismes ou des réactions d'adaptation que la personne utilise pour faire face aux événements stressants qu'elle vit. Il se définit comme étant le résultat des efforts cognitifs et comportementaux constants et changeants, qui permettent de gérer les demandes spécifiques, internes et externes, évaluées comme excédant les ressources actuelles de la personne (Lazarus, 1993 ; Lazarus & Folkman, 1984). La notion d'efforts apporte une distinction entre les comportements automatiques ou appris et suggère que tous les efforts sont reconnus indépendamment des résultats. Le terme changeant fait référence à un processus résultant de la relation actuelle entre la personne et son environnement. Le terme gérer se définit par l'action de réduire, de minimiser, d'accepter ou de tolérer l'événement jugé stressant plutôt que de le maîtriser (Folkman, Lazarus, Gruen, et al., 1986). L'évaluation des demandes internes et externes contribue à la notion d'évaluation continue et d'individualité dans un contexte particulier plutôt que de résultats selon la personnalité (*coping traits*) ou selon un type de personne ou de situation (*coping style*) (Lazarus & Folkman, 1984). Lors de l'évaluation secondaire, la personne

choisit parmi un éventail de stratégies adaptatives afin de régulariser ses émotions et résoudre le problème qui lui occasionne du stress.

Lazarus et Folkman (1984) ont classifié les stratégies adaptatives selon leur fonction. Les stratégies adaptatives centrées sur les émotions agissent comme médiateur de la réponse émotionnelle afin de diminuer la détresse émotionnelle. Conséquemment, elles sont plus susceptibles d'être utilisées lorsque la situation est jugée comme étant peu ou non modifiable. Ces stratégies cherchent à rediriger l'attention ou à éviter de penser à la situation ou encore à modifier la signification de l'événement stressant. Les stratégies centrées sur le problème permettent de définir le problème, d'identifier des solutions, d'évaluer le pour et le contre, de choisir la meilleure solution et d'agir selon ces choix. Ces dernières stratégies sont plus susceptibles d'être utilisées lorsque l'événement ou la relation entre la personne et son environnement est jugée comme étant modifiable (Folkman et al., 1991 ; Folkman & Lazarus, 1980 ; Lazarus, 1992).

Lazarus et Folkman (1984) ont réalisé le partage des stratégies adaptatives selon les huit catégories suivantes : 1) les stratégies de confrontation ou d'affrontement comportant les efforts entrepris afin d'altérer la situation, 2) les stratégies de distanciation consistant en des efforts de détachement ou de vision positive de la situation, 3) les stratégies d'autocontrôle comprenant les efforts de régulation des émotions et des actions, 4) les stratégies de soutien social, émotionnel, informatif et instrumental incluant les efforts entrepris pour obtenir et pour maintenir le soutien, 5) les stratégies d'acceptation de la responsabilité comportant la reconnaissance de sa propre responsabilité et des efforts enclenchés afin de contrôler les événements, 6) les stratégies d'évitement et d'échappement consistant en des efforts encourus pour éviter ou fuir la situation, 7) les stratégies de résolution de problèmes comportant les efforts centrés sur la modification de la

situation problématique et, 8) les stratégies de réévaluation positive incluant les efforts visant à minimiser les aspects négatifs et à surestimer les aspects positifs de la situation (Lazarus & Folkman, 1984).

Bouchard et al (1995), ont regroupé ces huit stratégies adaptatives en trois catégories distinctes, soit 1) la distanciation et l'évitement 2) la recherche de soutien social, et 3) la réévaluation positive et la résolution de problèmes. Dans le but de simplifier l'interprétation des résultats de cette étude, ces trois dernières catégories sont utilisées. De plus, il s'avère que cette version abrégée présente des qualités psychométriques supérieures à la version de Folkman et Lazarus effectuée en 1986 (Bouchard et al., 1995 ; Parker, Endler & Bagby, 1993).

La réévaluation

La réévaluation survient lorsque des changements se produisent chez la personne ou dans son environnement. Ces changements modifient les évaluations primaire et secondaire. La réévaluation permet de vérifier l'efficacité des stratégies adaptatives utilisées suite à l'évaluation de la disponibilité des ressources et des exigences de l'événement en cours (Lazarus & Folkman, 1984). Le but ultime de la réévaluation est la recherche de l'adaptation.

L'adaptation

Les effets de l'évaluation cognitive sur la relation entre la personne et son environnement s'observent par le niveau d'adaptation acquis dans les trois dimensions suivantes : la santé, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social (Lazarus & Folkman, 1984). La santé est évaluée selon

des indicateurs physiologiques et comportementaux spécifiques, par exemple, l'adoption de saines habitudes de vie (Lazarus & Folkman, 1984). Le bien-être émotionnel se définit par la satisfaction personnelle que ressent une personne face à sa performance et par les émotions positives ou négatives qu'elle engendre (Lazarus & Folkman, 1984). Un déséquilibre émotionnel se traduit par de l'anxiété, de la dépression, de l'irritabilité et par des manifestations d'ordre cognitif tel le manque de concentration et les troubles de mémoire (Ilfeld, 1976). Lazarus et Folkman (1984) décrivent le fonctionnement social comme la capacité de la personne à accomplir ses rôles dans la vie familiale, sociale et professionnelle. Lorsque l'adaptation n'est pas atteinte, la personne se retrouve en situation de vulnérabilité. Lazarus et Folkman (1984) soulignent que l'adaptation sous-tend la notion d'organisation, de réorganisation continue ou de *management* préférablement à la notion de maîtrise qui donnerait une connotation évaluative. Selon le niveau d'adaptation atteint, la relation entre la personne et son environnement est modifiée. Le processus d'évaluation cognitive s'amorce alors de nouveau. La figure 1 représente le schéma adapté du cadre théorique de Bouchard et al. (1995), de Folkman et al. (1991) et de Lazarus et Folkman (1984).

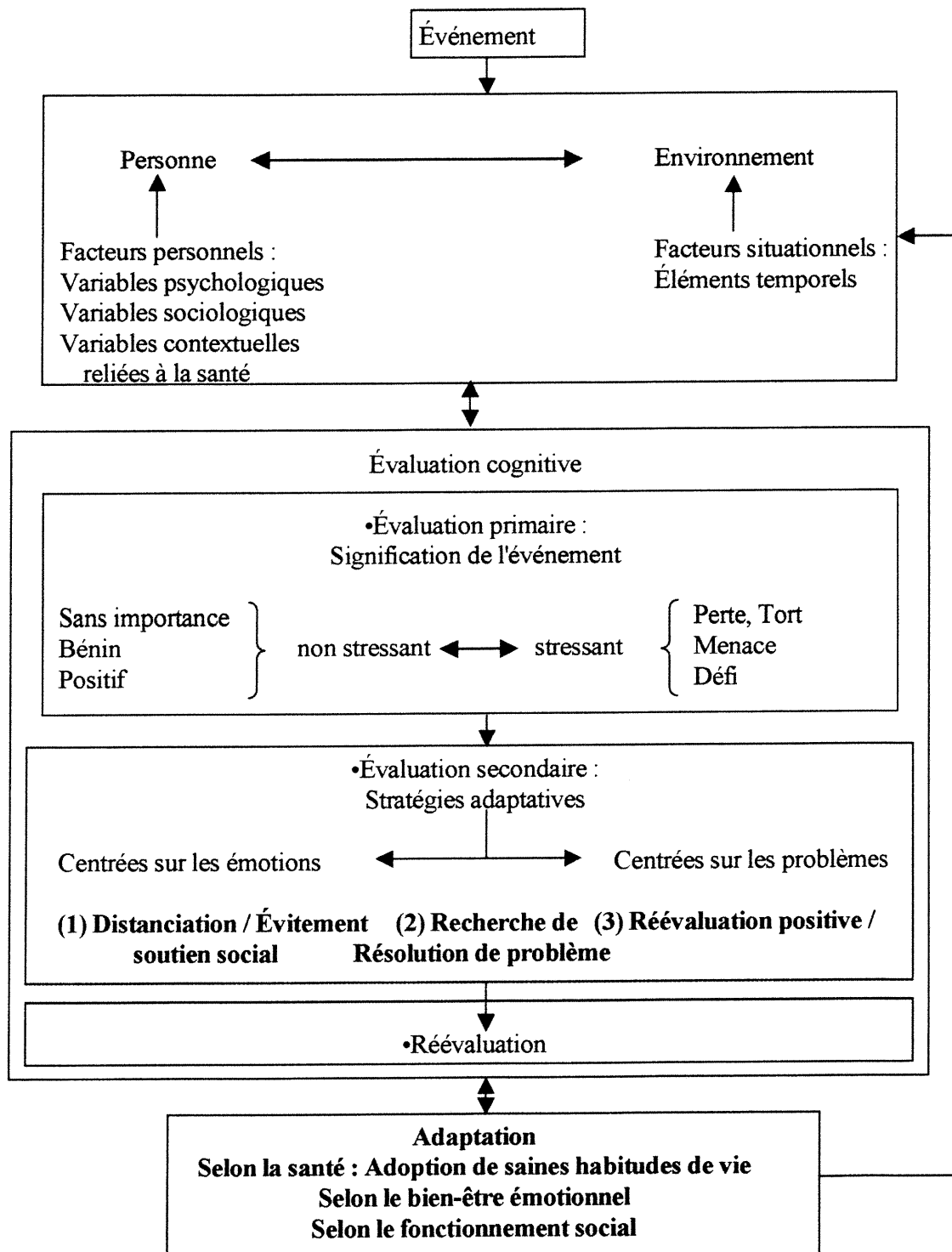


Figure 1. Schéma adapté du cadre théorique du stress et du *coping* de Bouchard et al. (1995), de Folkman et al., (1991) et de Lazarus et Folkman (1984).

En relation avec le cadre théorique, la prochaine section concerne les connaissances actuelles à propos de l'utilisation des stratégies adaptatives et des indicateurs de l'adaptation chez les personnes souffrant de maladies coronariennes selon la santé, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social.

L'utilisation des stratégies adaptatives

L'utilisation des deux types de stratégies adaptatives, centrées sur les émotions et sur le problème, a été observée dans 98 % des situations stressantes rencontrées durant un an, chez un échantillon probabiliste de sujets âgés entre 45 et 64 ans (Folkman & Lazarus, 1980). Les gens utilisent, en moyenne, 6,5 stratégies adaptatives différentes sur une possibilité de 8 (*Ways of Coping Questionnaire*), en présence de chaque événement stressant (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986). Certaines personnes démontrent des préférences et des tendances à utiliser certaines stratégies. Une recension de 57 études en sciences infirmières, publiées entre 1980 et 1990 (Jalowiec, 1993), observant les stratégies adaptatives utilisées en présence de maladies, permet d'attirer l'attention sur certaines constantes sociodémographiques. Il semblerait que les femmes utilisent davantage les stratégies adaptatives axées sur le soutien social que l'homme. Les personnes possédant un niveau d'éducation plus élevé utilisent surtout les stratégies orientées vers le contrôle et la confrontation plutôt que les stratégies d'évitement (Jalowiec, 1993). L'âge n'a pas d'influence sur le type de stratégies adaptatives utilisées ni sur la qualité du *coping* (Jalowiec, 1993 ; Pearlin & Schooler, 1978 ; Redeker, 1992). Malgré que certaines personnes démontrent des préférences et des tendances à utiliser certaines stratégies, ces dernières changent selon la maladie et son évolution (Folkman & Lazarus, 1985, 1988 ; Lazarus, 1992, 1993).

Une étude, auprès de couples ($n = 85$), cherchait à identifier un événement récent particulièrement stressant et à observer les changements dans le temps en ce qui concerne l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire, les stratégies adaptatives utilisées et l'adaptation, suite à cet événement (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986). C'est par des entrevues structurées individuelles et auprès du couple, une fois par mois pendant six mois, que les données furent recueillies. Selon cette étude, la satisfaction face à l'adaptation obtenue est reliée aux stratégies adaptatives utilisées. Les gens satisfaits utilisaient davantage les stratégies de résolution de problèmes et la réévaluation positive. Les gens insatisfaits employaient surtout les stratégies de confrontation et de distanciation. Dans cette même étude, lorsque l'estime de soi apparaissait menacée, l'utilisation de stratégies adaptatives telles la confrontation, l'autocontrôle, l'acceptation de la responsabilité et l'évitement augmentaient et la recherche de soutien social diminuait (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986).

Une même personne peut utiliser la recherche du soutien social de différentes façons dépendamment du contexte et du degré d'estime de soi. On constate que les gens préfèrent être seuls lorsque la honte ou l'embarras sont reliés à une situation (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986). Par exemple, l'isolement se rencontre fréquemment chez les gens dépressifs et les familles qui présentent des problèmes de violence (Robertson, 1987). À l'opposé, selon une étude effectuée auprès de patients ayant subi une chirurgie cardiaque ($n = 10$), le soutien social manifesté par un niveau supérieur d'investissement émotionnel et de chaleur humaine exprimés par les proches, entraînent une diminution des niveaux d'anxiété et de dépression ainsi qu'une meilleure adaptation à la maladie, un an suite à son occurrence (Invernizzi et al., 1991). La qualité du soutien social influence la réadaptation cardiaque (Bramwell, 1990). Selon la théorie de l'action raisonnée

(Ajzen & Fishbein, 1980), la perception des croyances de la personne significative influence l'adoption de comportements de santé. Une étude basée sur cette théorie et auprès de patients ayant subi un IM (n = 112), démontrent à six et neuf mois suite à l'événement coronarien, des attitudes et une perception des croyances du conjoint reliées positivement à l'assiduité face à l'adoption de saines habitudes de vie (Miller, Wikoff, McMahon, Garret & Ringel, 1985).

L'efficacité des stratégies adaptatives utilisées a été analysée par Mattlin, Wethington et Kessler (1990). Suite à des entrevues effectuées auprès d'une population générale (n = 1 556), ces auteurs établissent des liens entre différentes situations stressantes et l'adaptation. Les résultats de cette étude démontrent que l'utilisation de la religion s'avère efficace lorsque la personne est confrontée à la mort ou à une maladie grave, ce qui confirme l'efficacité de l'utilisation des stratégies centrées sur les émotions en présence de situations non modifiables. Ces auteurs observent également, qu'un événement stressant chronique (durée supérieure à 12 mois) entraîne l'utilisation de stratégies adaptatives plus diversifiées que lors de situations aiguës (Mattlin et al., 1990).

La consultation à un département d'urgence pour un problème d'origine cardiaque est retardée en présence du déni. Les gens préfèrent croire que la situation va se passer plutôt que d'affronter la possibilité d'être un malade "cardiaque" (Johnson Zerwic, 1999). On observe également que ceux qui présentent une récurrence d'insuffisance coronarienne tentent parfois de se soigner eux-mêmes avant de consulter. Cette situation entraîne une aggravation de la maladie car l'étendue de l'ischémie myocardique pourrait être circonscrite par une approche thérapeutique précoce (Strauss McErlean, 1999).

King (1985) observe une différence dans le niveau de l'utilisation des stratégies adaptatives entre les coronariens en attente de chirurgie de revascularisation coronarienne et ceux qui l'ont déjà subi (n = 50). En période préopératoire, l'utilisation de la stratégie d'évitement augmente tandis que l'inverse se produit en période postopératoire. Il semble donc que les manifestations physiques suite à la chirurgie confrontent le patient à sa réalité. Par contre, l'ampleur des symptômes physiques lui fait croire qu'il dispose de peu de moyens et qu'il doit laisser le temps arranger les choses, ce qui explique la diminution également de l'utilisation de la stratégie de résolution de problèmes lors de la phase postopératoire immédiate (King, 1985). D'ailleurs, Levine et al. (1987) observent que la durée du séjour aux soins intensifs est plus brève chez les sujets utilisant peu cette stratégie.

Crumlish (1994), suite à une étude corrélationnelle, constate une diminution significative de l'utilisation de certaines stratégies adaptatives comme la recherche de soutien social, se blâmer et la pensée magique, lors du cinquième jour postopératoire de chirurgie cardiaque (n = 120). Par contre, l'étude permet de remarquer que les stratégies adaptatives les plus efficaces pour améliorer le bien-être sont les suivantes : la résolution de problèmes, l'évitement, la recherche de soutien social et l'acceptation de la responsabilité.

Selon Jalowiec (1993), les cinq stratégies adaptatives les plus fréquemment utilisées sont les suivantes : demeurer optimiste, obtenir du soutien social, avoir des ressources spirituelles et, se maintenir en contrôle de la situation et de soi-même. L'auteur constate que ces stratégies ont été les plus souvent citées indépendamment du type de recherches, qualitatives ou quantitatives, du genre de maladies, aiguë ou chronique, par le patient ou un membre de la famille (Jalowiec, 1993).

L'utilisation d'une variété de stratégies adaptatives semblerait être la façon la plus efficiente de favoriser l'adaptation (Mattlin, Wethington & Kessler, 1990 ; Pearlin & Schooler, 1978). Une étude expérimentale a démontré qu'il était possible de développer l'utilisation adéquate de stratégies adaptatives par la participation à un programme spécialisé : le *Coping Effectiveness Training* (Folkman et al., 1991). Selon cette étude, suite à un programme de *counseling* en groupe, d'une durée de huit semaines, le groupe expérimental (n = 20), avait significativement amélioré sa capacité de *coping*. Six semaines après l'intervention, les niveaux de dépression et de bien-être émotionnel étaient significativement améliorés par rapport au groupe témoin ($p < 0,02$). Ce programme a démontré aider les participants à développer l'utilisation appropriée de stratégies adaptatives centrées sur les émotions et sur le problème, selon leurs préférences personnelles, face à des situations de la vie quotidienne et des exemples fictifs. Des exercices en groupe et individuellement ainsi que des ateliers de communications, ont permis l'apprentissage d'un usage approprié de stratégies adaptatives afin de favoriser l'adaptation. En résumé, les gens utilisent une variété de stratégies adaptatives. L'utilisation de certaines stratégies changent selon le contexte de la maladie et son évolution. Les préférences personnelles et situationnelles modifient également le choix de stratégies adaptatives utilisées.

Les indicateurs de l'adaptation

Dans le dessein d'être congruent avec la théorie de Lazarus et Folkman (1984), l'adaptation se mesure d'après des indicateurs observables pour les dimensions de la santé, du bien-être émotionnel et du fonctionnement social. La recension des écrits qui suit, fait état des connaissances concernant les effets de l'événement coronarien et les facteurs contribuant à l'adaptation selon chacune de ces dimensions.

L'adaptation selon la dimension de la santé

Un événement coronarien provoque une prise de conscience qui peut engendrer parfois de la culpabilité, face à des habitudes de vie néfastes représentant un lien de cause à effet avec la maladie coronarienne. La cessation du tabagisme, l'adoption d'une saine alimentation, l'augmentation de l'activité physique et l'utilisation de moyens sains pour gérer le stress sont des comportements de santé que la personne peut modifier afin de diminuer la récurrence d'événements coronariens et ainsi favoriser l'adaptation selon la dimension de la santé (Dagenais, et al., 1990 ; Gandjbakhch, Ollivier & Pavie, 1995).

La cessation du tabagisme est l'un des comportements de santé à adopter qui diminue le plus la progression de la maladie coronarienne (Miller, Warren & Myers, 1996 ; Dagenais et al., 1990). En effet, le tabagisme (20 cigarettes et plus par jour) augmente de 50% le taux de mortalité et double l'incidence de maladies cardiovasculaires (Kirk-Gardner & Crossman, 1991). La recommandation médicale peut convaincre 5 à 6 % des fumeurs à cesser par contre, selon Pipe (1999), seulement la moitié des fumeurs coronariens bénéficient de ce conseil. Le matériel autodidacte tel les dépliants, vidéos et cassettes réussissent pour 14 à 18 % des gens ; ultimement 90 à 95 % cessent par eux-mêmes, mais généralement suite à trois tentatives et plus (Berra et al., 1992). Selon Prochaska et Goldstein (1991), une intervention permettant aux patients de progresser selon les étapes de changement de comportements de santé, devrait être considérée comme une réussite. Ces auteurs identifient cinq étapes à franchir selon la théorie du changement soit : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Selon une étude expérimentale, une approche interactive assistée d'ordinateur, adaptée individuellement selon le

stade de changement atteint par le fumeur, s'avère l'intervention la plus efficace après 18 mois (Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1993).

Plus de 80 % des participants à un programme d'arrêt du tabagisme rapportent que les stratégies jugées les plus efficaces pour les aider à cesser de fumer consistent à : se débarrasser de tous les objets reliés au tabagisme ; prendre régulièrement des respirations profondes, particulièrement lorsque le désir de fumer se fait sentir ; impliquer d'autres personnes dans ses efforts et déclarer publiquement que l'on ne fume plus, c'est-à-dire donner un caractère public à l'engagement de ne plus fumer (Hill Rice, Fox, Lepczyk, Sieggreen, Mullin, et al., 1994).

L'adoption d'une saine alimentation permet d'abaisser le taux de cholestérol sanguin, particulièrement les lipoprotéines à faible densité, ce qui diminue le taux de récurrences d'infarctus du myocarde (IM) (*Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*, 1993; Lau, 1999 ; Morgan & Dyck, 1995). Suite à une analyse regroupant 19 études, Holme (1990), conclut qu'à chaque 1 % de diminution du taux de cholestérol sanguin, correspond une diminution de 2,5 % de l'incidence de la maladie coronarienne. Il ajoute également qu'une baisse du cholestérol sanguin supérieure à 8 % diminue de façon significative le taux de mortalité.

Plusieurs auteurs ont démontré qu'une simple rencontre offrant de l'information sur l'alimentation saine occasionne des modifications d'habitudes alimentaires positives (Miller, Wikoff, et al., 1990 ; Plach, Wierenga & heidrich, 1996 ; van Elderen-van Kemenade, Maes, Van den Broek, 1994). Cependant, plus l'intervention paraît intensive, plus considérables se montrent les résultats. Par exemple, Ornish et al. (1990), observent une amélioration du poids, du taux de

cholestérol total, des lipoprotéines à faible densité et des triglycérides ainsi qu'une régression de la sténose des coronaires suite à une intervention comprenant une formation intense sur la diète végétarienne lors d'une hospitalisation de trois semaines sur une unité spécialisée. En plus de ses effets bénéfiques sur le cholestérol sanguin, une saine alimentation atténue les problèmes d'embonpoint et d'obésité (Lau, 1999) particulièrement lorsque associée à une activité physique régulière (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999).

L'activité physique régulière permet de réduire le poids, le cholestérol sanguin, la tension artérielle et la glycémie (Cléroux, Feldman & Petrella, 1999). Pour la Fondation des maladies du cœur du Canada (1999), une activité physique régulière consiste à effectuer 60 minutes d'activité physique légère, ou 30 minutes d'activité physique modérée par jour. Une étude prospective sur huit ans, le *British Regional Heart Study*, conclut que l'exercice entrepris à une intensité modérée et sur une base régulière réduit le risque d'événements coronariens de l'ordre de 50 %, et ce indépendamment de la présence d'autres facteurs de risque (Shaper, Wannamethee & Weatherall, 1991).

Une étude expérimentale a vérifié, sur une période de deux ans, l'effet de l'activité physique, selon l'intensité et la fréquence de la participation, sur le niveau de cholestérol sanguin (King, Haskell, Yong, Oka & Stefanick, 1995). Ces auteurs concluent que l'effet de l'activité physique sur les taux de lipoprotéines à haute densité peut être observé après deux ans de pratique régulière de l'activité physique ; la fréquence plutôt que l'intensité de l'activité en serait responsable. De plus, l'entraînement non supervisé à la maison s'avère aussi efficace que l'entraînement en groupe pour améliorer la condition physique des coronariens (King et al., 1995 ; King, Haskell, Barr Taylor, Kraemer & DeBusk, 1991 ; Robichaud-Ekstrand, 1992). En effet, les sujets s'entraînant à la

maison, bénéficiaient d'une meilleure condition physique, de plus, ils démontraient davantage d'assiduité après deux ans (King et al., 1995, 1991). En plus des bienfaits à long terme sur le cholestérol sanguin et sur la perte de poids, l'activité physique améliore la gestion du stress (Engler & Engler, 1995).

La gestion du stress réduit l'incidence des événements cardiovasculaires, le taux de mortalité et l'athérosclérose coronarienne (Engler & Engler, 1995). Il est reconnu que l'ischémie myocardique peut être précipitée par le stress. On croit que celui-ci accroît l'influx nerveux sympathique, faisant du même coup augmenter le besoin d'oxygène myocardique (Jain et al., 1998). Le stress pourrait également provoquer une agrégation plaquettaire et une vasoconstriction déclenchant ainsi un événement coronarien (Papademetriou, Gottdiener, Kop, Howell & Krantz, 1996). Frasure-Smith (1991) a déterminé l'impact du stress psychologique sur la mortalité en évaluant l'effet d'une intervention auprès de coronariens particulièrement stressés, lors d'une étude expérimentale auprès de 461 hommes suite à un IM. Une visite à domicile était effectuée par une infirmière lorsque les patients présentaient une détresse émotionnelle, dépistée lors d'appels téléphoniques, effectués tous les mois (score > 5 selon le *General Health Questionnaire*). Lors de cette visite, l'infirmière offrait du *counseling* et selon les besoins observés du support émotionnel, de l'enseignement et des conseils pratiques. Suite à un suivi de cinq ans, les patients recevant les soins usuels et ayant une détresse émotionnelle élevée présentaient un taux de mortalité trois fois (2,81) plus élevé ($p = 0,0003$) que les patients du groupe recevant l'intervention. De plus, la récurrence d'IM s'est avérée 1,5 fois plus fréquente chez les sujets du groupe témoin ($p = 0,004$). Par contre, le programme démontre une efficacité seulement chez les patients ayant un niveau de détresse émotionnelle élevé (Frasure-Smith, 1991). Selon Roy et Andrews (1991), l'effet du stress est influencé par la capacité de la personne à le gérer. Les réponses d'adaptation psychologique

inefficaces se manifestent fréquemment par de l'anxiété et de la dépression, soit des composantes du bien-être émotionnel (Ilfeld, 1976).

L'adaptation selon la dimension du bien-être émotionnel

La présence d'un niveau élevé d'anxiété occasionne des répercussions directes sur la récupération physique et psychologique du coronarien (Thompson, 1989, 1991 ; Thompson & Meddis, 1990). L'anxiété survient lorsqu'il existe un manque de connaissances, des fausses croyances et de la méconnaissance des phases de récupération suite à un IM (Thompson, 1989). Une étude expérimentale, effectuée auprès de 57 couples, a permis à Thompson (1989, 1991) de conclure qu'un enseignement, pendant la période d'hospitalisation, améliore les connaissances sur la maladie coronarienne, et ceci jusqu'à six mois plus tard. De plus, l'enseignement accompagné de *counseling* diminue significativement l'anxiété chez le patient et sa conjointe (Thompson, 1991 ; Thompson & Meddis, 1990). Oldridge et ses collaborateurs (1991), suite à une étude expérimentale, démontrent qu'une intervention offerte aux couples, à raison de 90 minutes par semaine pendant huit semaines, incluant de l'enseignement et du soutien, améliore significativement le niveau d'anxiété à huit semaines, mais cette amélioration ne persiste pas après un an. Malgré que cette intervention s'est révélée efficace pour diminuer l'anxiété, elle n'avait pas d'effet significatif sur la dépression (Oldridge et al., 1991).

La dépression majeure constitue un facteur de risque indépendant et responsable de la mortalité à six mois suite à un IM (Frasure-Smith, Lespérance & Talajic, 1993). L'impact de la dépression majeure sur le pronostic équivaut à celui de la dysfonction ventriculaire (fraction d'éjection < 35 %) et de la récurrence d'IM (Frasure-Smith et al., 1993). Une intervention auprès de

personnes subissant une dépression majeure (15 % à 20 %), pourrait réduire le taux de la mortalité suite à l'IM, car il est démontré que celui-ci est de trois à quatre fois plus élevé chez ces patients selon une étude prospective évaluant les effets de la dépression suite à un IM (n = 222) (Frasure-Smith et al., 1993). Malgré son impact sur le pronostic des coronariens, peu de cardiologues traitent les patients dépressifs.

En effet, une étude quasi-expérimentale chez une population de coronariens âgés (> 65 ans), démontre que 18 % des patients (n=268) présentent des manifestations cliniques de dépression modérée à sévère non dépistée par les cardiologues (Milani & Lavie, 1998). Dans cette étude, les patients déprimés suite à un IM présentaient les caractéristiques suivantes, avant l'intervention : une diminution de la capacité de faire des exercices (p =0,02), des niveaux supérieurs d'anxiété, d'hostilité et de somatisation (p < 0,0001). De plus, ils avaient un faible niveau de qualité de vie (p < 0,0005), par rapport aux gens ne manifestant pas de symptômes dépressifs (Milani & Lavie, 1998). Un programme d'enseignement et d'exercices de 12 semaines, comprenant 36 séances, offert aux deux groupes (dépressifs et non-dépressifs), produit un effet bénéfique significatif : de plus, le groupe des patients dépressifs démontre une amélioration supérieure face à la qualité de vie (p < 0,0001). Selon plusieurs auteurs, les interventions cherchant à diminuer la dépression s'avèrent plus efficaces chez les patients les plus déprimés (Frasure-Smith et al., 1993 ; Lewin et al., 1992). Selon Fleury et Moore (1999), les connaissances actuelles au sujet des coronariens en présence de détresse émotionnelle sont insuffisantes ; les chercheurs devraient porter une attention particulière afin d'évaluer l'impact que représente la détresse émotionnelle, ou l'absence de bien-être, sur le fonctionnement social.

L'adaptation selon la dimension du fonctionnement social

La reprise des activités familiales, sociales et professionnelles compose la dimension du fonctionnement social. La satisfaction personnelle découlant de ces différents rôles, apparaît subjective car elle peut différer par rapport aux valeurs établies par la société (Lazarus & Folkman, 1984). Les valeurs préconisées par la famille peuvent être ébranlées par l'apparition d'un événement coronarien (Fleury & Moore, 1999 ; Sirles & Selleck, 1989). Des conflits familiaux peuvent résulter suite à des attentes différentes face aux aspects de la vie familiale qui peuvent nécessiter des ajustements. Par exemple, la reprise progressive des activités, les changements de rôles ou de responsabilités, la culpabilité ou la colère ressenties, l'adoption de nouvelles habitudes de vie et parfois même la situation financière deviennent des sources de conflits. Les difficultés liées aux changements menacent la qualité de vie du patient coronarien et sa famille (Fleury & Moore, 1999 ; Sirles & Selleck, 1989 ; Wiggins, 1989). Plusieurs auteurs recommandent de l'enseignement et du soutien auprès des couples afin de favoriser l'adaptation familiale suite à un événement coronarien (Leahey & Wright, 1987 ; Lewin et al., 1992 ; Linden, 1995).

L'absence de lien familial, ou le fait de vivre seul, constitue un facteur de risque indépendant prédisant la récurrence d'événements coronariens ($p < 0,03$) selon une étude prospective expérimentale (Case, Moos, Case, McDermott & Eberly, 1992). Ces auteurs concluent que l'on doit apporter une importance accrue à la qualité du soutien social lorsque la personne vit seule car son impact se fait sentir sur la récurrence d'événements coronariens particulièrement en présence d'un faible niveau d'éducation. La qualité du réseau social prend particulièrement de l'importance durant la phase II de la réadaptation cardiaque (Sirles & Selleck, 1989). Selon Frasure-Smith et al. (1993), il existe un lien entre la dépression suite à un IM et le fait d'avoir peu d'amis proches. L'impact de la

maladie coronarienne sur le fonctionnement social ne retient pas suffisamment l'attention des chercheurs selon Bar et al. (1992). Cette constatation les ont conduits à produire un instrument spécialisé, soit le *Leisure and Social Activity* (LSA). Cet instrument de mesure identifie la reprise des activités sociales et des loisirs tel que : les passe-temps, la marche, les activités sportives, le magasinage, le cinéma, les rencontres familiales et amicales (Bar et al., 1992). L'utilisation de cet instrument de mesure, lors d'une étude expérimentale effectuée auprès de coronariens ($N = 366$), démontre que la participation à un programme d'enseignement et d'exercices améliore la vie sociale observée après un an (Bar et al., 1992). Ces auteurs constatent également une corrélation entre un faible résultat obtenu au LSA et l'absence de retour au travail.

La participation au milieu du travail améliore la qualité de vie de l'individu et contribue à l'économie de la société (Burgess, et al., 1987). Pour Wiggins (1989), durant la phase II de la réadaptation cardiaque, la peur, la dépression et le manque d'information retardent l'intégration du patient coronarien au marché du travail. Suite à une étude corrélationnelle, Bar et al. (1992), constatent que l'absence de retour au travail est reliée à un niveau d'anxiété élevé ($p < 0,0001$), à l'âge avancé ($p < 0,0002$), à un degré accentué de dyspnée ($p < 0,0004$) et à un faible résultat selon le LSA ($p < 0,05$). Une étude descriptive effectuée auprès de 1 251 coronariens démontre que l'absence du retour au travail se justifie médicalement dans seulement 20 % des cas (Mark et al., 1992). Les facteurs prédictifs de non retour au travail, chez 45 % des sujets, sont reliées à des facteurs démographiques et socio-économiques tel que l'âge, la race et l'éducation (Mark et al., 1992). Selon ces auteurs, il n'existe aucune différence observable, sur le retour au travail après un an, entre les gens qui ont subi une revascularisation coronarienne, soit par un pontage aorto-coronarien (PAC) ou par une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) et ceux ayant reçu un traitement médical (Mark et al., 1992).

Plusieurs interventions cherchant à favoriser le retour au travail ont été décrites. Une étude expérimentale compare la présence au travail auprès de trois groupes (N = 258) ayant subi un IM (Sivarajan Froelicher, Kee, Newton, Lindskog & Livingston, 1994). Les sujets des groupes 1 et 2 recevaient une prescription individuelle d'exercices et d'activités à la maison suite à une rencontre de 30 minutes par semaine avec un physiothérapeute pendant trois mois. Les sujets du groupe 2 recevaient en supplément, 12 séances d'enseignement d'une durée d'une heure chacune, dispensées par une infirmière clinicienne spécialisée en cardiologie. Ces deux groupes furent comparés à un troisième groupe recevant des soins usuels. Les conclusions de cette étude précisent qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur le taux de retour au travail (Sivarajan Froelicher et al., 1994). Plusieurs auteurs, déjà cités dans la présente recension, observent également qu'il n'y a pas de différence significative sur le retour au travail suite à un programme d'enseignement (Fridlund et Lidell, 1991 ; Lidell et al., 1995 ; Oldridge et al., 1991, 1993). En résumé, il semble que les raisons personnelles influencent davantage le retour au travail, que la participation à un programme d'enseignement, suite à un événement coronarien.

Les variables qui influencent la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Le taux de participation à un programme de réadaptation cardiaque incluant un volet d'enseignement, se situe autour de 40 % (Ades, Huang & Weaver, 1992). La participation diminue à 21 % chez les gens âgés de plus de 62 ans et à 15 % chez les femmes du même groupe (Ades, Waldmann, Polk & Coflesky, 1992). Le meilleur prédicteur de la participation à un programme de réadaptation cardiaque demeure la recommandation médicale (Ades, Waldmann et al., 1992). Les résultats de deux études confirment que les médecins recommandent significativement plus

fréquemment aux hommes qu'aux femmes de participer à un programme de réadaptation cardiaque même si le taux d'éligibilité de ces dernières s'avère supérieur (Halm, Penque, Doll & Beahrs, 1999 ; Ades et al., 1992). L'une de ces études émet l'hypothèse que les résultats obtenus sont reliés à une pratique médicale personnelle (Halm et al., 1999) tandis que l'autre étude constate que la moyenne d'âge, plus élevée chez la femme, constitue la seule variable différente qui aurait pu influencer la recommandation médicale de participer (Ades et al., 1992). Cette différence reliée à la recommandation médicale s'explique difficilement.

Il existe plusieurs raisons justifiant la décision des patients de ne pas s'inscrire à un programme de réadaptation cardiaque. Les justifications les plus fréquemment invoquées incluent : les problèmes de transport ; ne pas posséder d'assurances privées de soins de santé et la possession d'équipements de conditionnement physique à la maison (Halm et al., 1999). Malgré que le profil clinique des participants ($n = 52$) et des non-participants ($n = 341$) au programme de réadaptation cardiaque soit similaire, une étude descriptive corrélationnelle démontre qu'il existe d'autres caractéristiques qui différencient ces deux groupes (Harlan, Sandler, Lee, Lam & Mark, 1995). Les non-participants sont souvent des femmes ($p = 0,02$) ; sont plus susceptibles d'être inactifs sur le marché du travail ($p = 0,02$) ; possèdent des niveaux de scolarité et un salaire moins élevés ($p = 0,001$) ; et obtiennent un score inférieur au *Duke Activity Status Index* ($p < 0,001$) (Harlan et al., 1995). Cet instrument de mesure permet de quantifier la capacité à effectuer les activités quotidiennes. Les auteurs de l'étude ajoutent, qu'ironiquement les gens qui bénéficieraient davantage d'une participation au programme de réadaptation cardiaque, sont ceux qui obtiennent de faibles résultats au *Duke Activity Status Index* (Harlan et al., 1995).

L'abandon du programme de réadaptation cardiaque apparaît problématique (Mullinax, 1995 ; Charlton, 1993 ; McCall Comoss, 1988). Le niveau d'attrition dépasse 40 % durant la phase II (Blumenthal, Williams, Wallace, Williams & Needles, 1982 ; McCall Comoss, 1988) et augmente jusqu'à 60 % lorsque le programme se poursuit plus de six mois (Oldridge, 1986). Oldridge et Streiner (1990), lors d'une étude descriptive corrélationnelle, identifient les variables qui influencent l'abandon à un programme de réadaptation cardiaque en s'appuyant sur le modèle des croyances de santé (*Health Belief Model*) et sur le concept du foyer de contrôle (*Health Locus of Control*). Leur programme de réadaptation cardiaque, d'une durée de six mois, incluait de l'exercice, de l'enseignement et de la consultation individuelle. Leur critère de démission consistait en une participation au programme inférieure à 50 %. Sur un total de 120 patients, 58 ont poursuivi entièrement le programme, tandis que 62 démissionnaient. Des 62 démissions, 34 apparaissaient évitables (raisons psychosociales [n = 16], inconvénients reliés au travail [n = 9], fatigue [n = 7], incapacité de contact [n = 2]). Les 28 autres démissions semblaient inévitables (déménagement [n = 9], atteinte des objectifs [n = 2], raisons médicales cardiaques [n = 11], raisons médicales non-cardiaques [n = 6]). Il n'existait aucun lien entre la participation au programme de réadaptation cardiaque et le foyer de contrôle dans cette étude. Par contre, le modèle des croyances de santé s'avère fiable pour prédire la démission selon les raisons évitables ou inévitables (Oldridge & Streiner, 1990).

Plusieurs auteurs identifient des facteurs physiques et psychosociaux qui prédisent l'abandon du programme de réadaptation cardiaque. Les facteurs physiques incluent : le sexe féminin (Halm et al., 1999 ; Wenger, 1991 ; Yates, 1987), l'âge avancé (Oldridge & Streiner, 1990), le tabagisme (McCall Comoss, 1988 ; Mullinax, 1995 ; Oldridge & Streiner, 1990 ; Wenger, 1991), le travailleur "col bleu" (McCall Comoss, 1988 ; Mullinax, 1995 ; Oldridge & Streiner,

1990), les loisirs inactifs (McCall Comoss, 1988 ; Oldridge & Streiner, 1990), l'obésité (McCall Comoss, 1988 ; Wenger, 1991), l'angine et la faible fraction d'éjection (Blumenthal et al., 1982 ; McCall Comoss, 1988 ; Mullinax, 1995). Les facteurs psychosociaux sont les suivants : l'anxiété et la dépression (Blumenthal et al., 1982 ; Mullinax, 1995), la carence de support conjugal (McCall Comoss, 1988 ; Mullinax, 1995), la personnalité introvertie (Blumenthal et al., 1982 ; McCall Comoss, 1988), la carence de motivation personnelle, l'état émotif labile (*mood disturbance*), le foyer de contrôle externe et la personnalité extrême de type A (McCall Comoss, 1988).

En résumé, l'adaptation suite à un événement coronarien est reliée à plusieurs facteurs. Le choix des stratégies adaptatives utilisées peut être déterminant. L'utilisation des stratégies adaptatives centrées sur les émotions apparaît efficace lors de la période aiguë de la maladie coronarienne, mais néfaste lorsque utilisées intensivement durant la phase II de la réadaptation cardiaque. La participation à un programme d'enseignement s'avère un moyen regroupant plusieurs stratégies adaptatives efficaces. Les effets de la participation à ces programmes ont été observés sur l'adoption de saines habitudes de vie, l'acquisition de connaissances, la diminution de l'anxiété et de la dépression ainsi qu'une amélioration du fonctionnement social. Malgré les effets bénéfiques connus, peu de gens y participent. Les justifications de la non participation sont rarement de nature médicale mais plutôt reliées à des facteurs personnels.

Suite à ces considérations, la présente étude s'intéresse à l'utilisation des stratégies adaptatives qui favorise l'adaptation selon les dimensions de la santé spécifiquement l'adoption de saines habitudes de vie, du bien-être émotionnel et du fonctionnement social. Cette étude s'intéresse à une population jusqu'ici peu considérée, soit les patients qui choisissent de ne pas

participer à un programme de réadaptation cardiaque comparativement à ceux qui participent volontairement, suite à un premier événement coronarien.

Chapitre III

La méthode

Ce chapitre présente le devis de recherche, le milieu et l'échantillon, les critères de sélection, la définition conceptuelle et opérationnelle des termes, la description du programme d'enseignement, les instruments de mesure, le déroulement de l'étude, les considérations éthiques, le plan d'analyse des données ainsi que les limites de l'étude.

Le devis de recherche

Cette étude est de type descriptif corrélationnel. Les stratégies adaptatives utilisées et l'adaptation selon le choix de participer à un programme d'enseignement sont comparées afin de déterminer les liens d'association et d'identifier les stratégies adaptatives qui prédisent l'adaptation auprès de personnes ayant subi un premier événement coronarien.

Le milieu et l'échantillon

Le recrutement des sujets coronariens a été effectué lors de l'hospitalisation des sujets dans un centre hospitalier spécialisé en cardiologie affilié à l'Université de Montréal, pendant la période incluse entre le 15 avril et le 26 août 2000. L'échantillon de convenance final comporte 109 sujets dont 33 ayant participé volontairement à un programme d'enseignement et 76 qui ont choisi de ne pas y participer. Un sous-groupe de 14 sujets référés par un centre hospitalier environnant ont également répondu aux questionnaires. Étant donné que ce centre assume la réadaptation après l'événement coronarien et qu'un programme d'enseignement est prescrit à tous les patients durant la phase 2 de réadaptation cardiaque, ce sous-groupe est observé de façon indépendante et les résultats ne sont pas inclus dans la présente étude. De plus l'échantillon est restreint ($n = 14$) et la participation au programme de réadaptation n'est pas nécessairement déterminée par les stratégies

adaptatives (prescription obligatoire de participation). (Une description détaillée des échantillons est présentée dans l'article de publication, le chapitre IV du mémoire).

Les critères de sélection

Les participants de l'étude sont à la phase II de la réadaptation cardiaque et ils ont été hospitalisés pour un premier événement coronarien. Le premier événement comprend : l'angine de poitrine ou l'IM traités médicalement ou pouvant nécessiter une revascularisation coronarienne (ACTP ou PAC). De plus, les sujets devaient répondre aux critères suivants : parler et comprendre le français ; être exempts de déficits cognitifs ou autre maladie chronique incapacitante (fraction d'éjection < 35 %, maladie concomitante ou handicap compromettant l'adaptation ou la possibilité de se déplacer) ; habiter à une distance raisonnable de l'hôpital (< 50 km).

Les justifications face aux critères de sélection

Selon Burke et Scalzi (1989), le niveau d'adaptation demeure stable deux mois après l'événement coronarien. L'étudiante investigatrice a décidé d'identifier les stratégies adaptatives utilisées et le niveau d'adaptation lors de cette période de stabilité, soit au cours de la période de convalescence, immédiatement suite au congé de l'hôpital et ne dépassant pas trois mois. La sélection d'un premier événement coronarien est justifiée car l'évaluation cognitive ainsi que les stratégies adaptatives utilisées peuvent différer lors d'une récurrence de la maladie coronarienne.

L'étude effectuée cherchait à identifier les stratégies adaptatives et l'adaptation chez les personnes nouvellement diagnostiquées de maladie coronarienne. Idéalement, un échantillon

focalisé sur un seul diagnostic aurait éliminé des biais possibles. L'étendue de la maladie, soit angine ou infarctus, influence certainement le traitement médical envisagé mais l'impact psychologique d'un premier diagnostic de maladie coronarienne est présent dans les deux cas. Plusieurs études importantes ont été effectuées auprès de la clientèle coronarienne avec un échantillonnage dont le diagnostic principal est la maladie coronarienne. Voici quelques exemples : Ades, Huang et Weaver (1992) avec un échantillon $N = 580$ dont 58% PAC et 42% IM ; Gulanick (1991) avec un échantillon $N = 40$ dont 55% PAC et 12,5% IM et 17,5% PAC et IM et 15% ACTP et IM ; Mark et al. (1992) avec un échantillon $N = 1252$, dont 36% PAC et 25% ACTP et 39% traitement médical.

Lorsqu'un déficit cognitif est présent, l'évaluation cognitive et l'adaptation sont altérées. Une maladie chronique incapacitante compromet à elle seule l'adaptation de la personne, ce qui pourrait biaiser les résultats .

Les exigences face à la langue s'avère d'ordre pratique, le programme d'enseignement étant dispensé en français, les instruments de mesure ainsi que le questionnaire de données sociodémographiques et cliniques sont également francophones. Le critère relatif au lieu du domicile apparaît important selon le but de cette étude. En effet, la population à l'étude devait avoir la possibilité d'assister à un programme de réadaptation cardiaque en habitant à une distance raisonnable, sinon l'éloignement aurait constitué un biais important à la participation.

La définition des termes

Les stratégies adaptatives : Efforts cognitifs ou comportementaux permettant de modifier ou de changer la signification d'un événement afin de régulariser les émotions ou d'identifier des solutions afin de résoudre le problème (Lazarus & Folkman, 1984). Les stratégies adaptatives utilisées sont évaluées à l'aide du questionnaire de Bouchard et al. (1995). Qui a regroupé les stratégies adaptatives selon trois catégories distinctes, soit 1) la distanciation et l'évitement, 2) la recherche de soutien social et 3) la réévaluation positive et la résolution de problèmes.

L'adaptation : Équilibre résultant de la relation entre la personne et son environnement démontré par l'état de santé, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social (Lazarus & Folkman, 1984).

La dimension de la santé est évaluée à l'aide de "L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie" (Henrichon, Robichaud-Ekstrand, 2000) ; le bien-être à l'aide de "L'indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec" (IDPESQ-14) (Préville et al., 1992) et le fonctionnement social à l'aide de "L'échelle du fonctionnement social" (Henrichon, Robichaud-Ekstrand, 2002).

La participation au programme d'enseignement : Le fait d'assister à au moins trois des quatre séances d'enseignement du programme "À vous de jouer" constitue une participation positive. La participation du patient et d'une personne significative est évaluée par une question lors du questionnaire de données sociodémographiques et cliniques et validée par la liste des présences au programme d'enseignement.

Le programme d'enseignement "À vous de jouer"

Le programme "À vous de jouer", en vigueur depuis 1994 au centre hospitalier à l'étude, est offert en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur du Québec. Il est destiné aux personnes atteintes de maladies cardiaques et à leurs personnes significatives dans le but d'offrir de l'information et du soutien durant la phase II de la réadaptation cardiaque, soit la période de récupération suite à un événement cardiaque qui commence après le congé de l'hôpital et se poursuit à domicile pendant trois mois (Pollock, Welsch, & Graves, 1995). Ce programme comprend quatre sessions hebdomadaires de deux heures. Chaque semaine, une infirmière spécialisée en cardiologie anime et coordonne la rencontre avec un conférencier invité soit une diététicienne, un physiothérapeute, une infirmière clinicienne en psychosomatique, un pharmacien ou un cardiologue. Ces professionnels de la santé, membres de l'équipe multidisciplinaire en cardiologie, ont côtoyé la clientèle coronarienne durant l'hospitalisation.

La première rencontre porte sur les manifestations de la maladie coronarienne, les examens et les facteurs de risque cardiovasculaires. La deuxième rencontre incorpore la reprise des activités physiques et la prise de la médication. La saine alimentation conduisant à la santé cardiovasculaire est le thème de la troisième rencontre tandis que lors de la quatrième rencontre sont abordés la gestion du stress, l'impact de la maladie et l'adaptation du coronarien et de sa famille.

Le programme ne comporte aucun frais d'inscription et il est repris à chaque quatre semaines. Les participants peuvent s'inscrire en tout temps et débiter par n'importe quelle des séances, la séquence des rencontres étant maintenue et aucun préalable n'est requis. Pendant l'hospitalisation, les infirmières recommandent aux patients coronariens de participer au programme

"À vous de jouer" ; de plus, un dépliant explicatif est remis au congé et des affiches publicitaires concernant le programme "À vous de jouer" sont visibles pendant l'hospitalisation. Un rappel téléphonique est effectué à domicile, habituellement pendant le mois suivant le congé de l'hôpital mais pas de façon systématique, par une personne bénévole afin de réitérer l'invitation au programme d'enseignement.

Les instruments de mesure

La collecte de données a été réalisée à l'aide de deux instruments de mesure standardisés, de deux échelles de mesure et d'un questionnaire de données sociodémographiques et cliniques. Les instruments de mesure sont les suivants : le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives" version abrégée et validée par Bouchard et al., (1995) ; "L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie" (Henrichon & Robichaud-Ekstrand, 2002) ; "L'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec" (IDPESQ-14), version abrégée et validée par Prévile et al. (1992) ; "L'échelle du fonctionnement social" (Henrichon & Robichaud-Ekstrand, 2002) et le questionnaire regroupant certaines données sociodémographiques et cliniques (Henrichon & Robichaud-Ekstrand 2002). Les autorisations afin de pouvoir utiliser les instruments de mesure standardisés sont insérées à l'annexe F du mémoire.

Le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives"

Le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives" est la version française du *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1986) traduite par Mishara (1987), abrégée et

validée par Bouchard, et al. (1995). Le temps requis pour l'administration du questionnaire est d'environ cinq minutes. L'instrument est présenté à l'annexe A.

L'instrument a été initialement élaboré en 1980 à partir de données empiriques recueillies auprès de 100 sujets âgés entre 45 à 64 ans (Folkman & Lazarus, 1980). Des entrevues mensuelles, durant une période d'un an, ont permis de recueillir les pensées et les comportements adoptés par les sujets suite à des événements stressants. L'étude de 1 332 épisodes de processus adaptatifs a permis d'identifier à l'aide du "*Ways of Coping Checklist*" des stratégies adaptatives centrées sur les émotions et d'autres centrées sur le problème et les identifiant selon huit catégories de stratégies adaptatives. Elles sont les suivantes : la confrontation, la distanciation, l'autocontrôle, la recherche de soutien social, l'acceptation des responsabilités, l'évitement, la résolution de problèmes et la réévaluation positive. La version révisée par ses auteurs en 1986, comporte 66 énoncés et s'intitule le "*Ways of Coping Questionnaire*" (Folkman & Lazarus, 1986). Mishara (1987) a effectué la traduction française du questionnaire *Ways of Coping Questionnaire* à l'aide de la méthode inversée. Une échelle de type Likert de 0 à 3 permet de mesurer le degré d'utilisation des différentes stratégies adaptatives correspondant à : pas utilisé (0), utilisé de temps en temps (1), utilisé souvent (2) et beaucoup utilisé (3).

La validité et la fiabilité du *Ways of Coping Questionnaire*

La consistance interne du *Ways of Coping Questionnaire* a été démontrée par un coefficient alpha de Cronbach de 0,80 pour les stratégies centrées sur le problème et de 0,81 pour les stratégies centrées sur les émotions. Les coefficients alpha de Cronbach pour chacune des huit catégories de l'instrument sont : la réévaluation positive (0,79), la recherche de soutien social

(0,76), l'évitement (0,72), la confrontation (0,70), l'autocontrôle (0,70), la résolution de problèmes (0,68), l'acceptation de la responsabilité (0,66) et la distanciation (0,61) (Folkman & Lazarus, 1986). Une étude tentant de reproduire dans les mêmes conditions les résultats empiriques obtenus par le *Ways of Coping Questionnaire* a mis en doute la stabilité et la fiabilité du questionnaire. En effet, les coefficients alpha de Cronbach obtenus variaient entre 0,24 et 0,80 (Parker et al., 1993). Suite à ces observations, une version abrégée comprenant 21 items fut élaborée et validée par Bouchard et al. (1995).

La version abrégée du "Questionnaire sur les stratégies adaptatives"

C'est à partir de la traduction française du "*Ways of Coping Questionnaire*" effectuée par Mishara (1987) que Bouchard et al. (1995) ont élaboré une version abrégée de 21 items. Un échantillon composé de 506 couples canadiens-français ont participé à l'étude. L'échantillon total est séparé en deux, de façon aléatoire, pour constituer un échantillon de dérivation et un échantillon de contre-validation des résultats. Cette analyse a fait ressortir 21 items définissant clairement une structure selon trois catégories, soit : la distanciation et l'évitement avec 6 items (2-3-4-8-20-21), la recherche de soutien social avec 6 items (1-6-9-12-15-16) et la réévaluation positive et la résolution de problèmes avec 9 items (5-7-10-11-13-14-17-18-19). Comme dans la version originale, une échelle de type Likert de 0 à 3 permet de mesurer le degré d'utilisation des différentes stratégies adaptatives correspondant à : pas utilisé (0), utilisé de temps en temps (1), utilisé souvent (2) et beaucoup utilisé (3). Pour évaluer l'utilisation des stratégies adaptatives, il s'agit de faire la moyenne des résultats pour chacune des trois catégories des stratégies adaptatives. Bouchard et al. (1995) n'ont pas différencié les stratégies adaptatives centrées sur les émotions et celles centrées sur le problème.

Les coefficients alpha de Cronbach représentant la cohérence interne selon les catégories de la distanciation et d'évitement, de recherche de soutien social et de réévaluation positive et de résolution de problèmes sont respectivement de 0,76, 0,85 et 0,80. La stabilité temporelle a été vérifiée auprès de l'échantillon de contre-validation et la structure en trois catégories est reproduite de façon identique. Les saturations significatives oscillent entre un minimum de 0,41 et un maximum de 0,85. L'ensemble des facteurs, après rotation varimax, explique 40,4 % de la variance totale. La recherche de soutien social explique 14,16 % de la variance, la réévaluation positive et la résolution de problèmes en expliquent 12,0 % alors que le facteur incluant la distanciation et l'évitement en explique 8,93 %. De plus, les coefficients internes obtenus auprès de l'échantillon de contre-validation sont conformes à ceux de l'échantillon de dérivation (Bouchard et al., 1995).

"L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie"

Une échelle a été élaborée afin d'évaluer l'adaptation selon la dimension de la santé par l'adoption de saines habitudes de vie (Henrichon, Robichaud-Ekstrand, 2002). Le temps requis pour l'administration du questionnaire est d'environ cinq minutes. L'échelle est présentée à l'annexe B.

"L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie" consiste en quatre énoncés cherchant à identifier le degré d'assiduité de la personne à adopter des comportements de santé. L'arrêt ou la diminution du tabagisme, la diminution de la consommation de gras, l'augmentation de l'activité physique et l'utilisation de moyens sains pour la gestion du stress sont évalués par une échelle de type Likert de 0 à 4 correspondant à : aucunement (0), légèrement (1), moyennement (2), énormément (3) et totalement (4). Lorsqu'un énoncé ne s'applique pas (ex. : la personne ne fume

pas avant l'événement coronarien) la réponse (5) est inscrite et ne compte pas dans le calcul du résultat total. Le niveau d'adoption de saines habitudes de vie est obtenu en effectuant la somme des résultats obtenus, divisée par le résultat maximum possible selon les énoncés qui s'appliquent à la situation de la personne. Le produit de cette division est multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage. Un niveau de 0 % indique que le patient n'a pas adopté de saines habitudes de vie, tandis qu'un niveau de 100 % démontre une adoption maximale.

La validité et la fidélité de "L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie"

Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach représentant la cohérence interne pour l'ensemble des items est de 0,62, ce qui s'avère adéquat pour un nouvel instrument regroupant seulement quatre items (Burns & Grove, 1993). Aucune autre analyse psychométrique n'a été effectuée sur cette échelle.

Plusieurs études ont démontré la fiabilité de questionnaires permettant aux répondants d'évaluer leurs propres comportements de santé. Par exemple, DeBusk et al. (1994) ont établi une corrélation positive entre les résultats d'un questionnaire maison d'auto évaluation sur l'arrêt du tabagisme et le taux de nicotine plasmatique. Une corrélation positive a également été établie entre l'arrêt du tabagisme rapporté par le patient et par son (sa) conjoint(e) selon Miller, Wikoff, Garrett, McMahon et Smith (1990). Pour l'activité physique, plusieurs auteurs ont démontré une corrélation positive entre les résultats obtenus suite à des épreuves d'efforts standardisés et les résultats provenant d'auto évaluation de patients concernant la participation à un programme d'exercices (DeBusk et al., 1994; Fridlund & Lidell, 1991 ; Haskell et al., 1994 ; Lidell et al., 1996). Ces études

nous permettent donc de croire que les résultats obtenus par des questionnaires d'auto évaluation sont fiables et comparables à des résultats standardisés.

"L'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête
Santé Québec" (IDPESQ-14)

La santé selon la dimension du bien-être est évaluée à l'aide de l'Indice de Détresse Psychologique, l'IDPESQ-14 (Préville et al., 1992). Cet instrument provient des études de validation de l'IDPESQ-29 lors de l'Enquête Santé Québec effectuée en 1987 (Préville et al., 1992). C'est à partir de la traduction effectuée par Perrault (1987) du *Psychiatric Symptoms Index* d'Ilfeld (1976) que l'IDPESQ-29 a été conçu. Le temps requis pour l'administration de l'IDPESQ-14 est d'environ cinq minutes. L'instrument de mesure est présenté à l'annexe C.

Selon une échelle de type Likert, le répondant choisit parmi les quatre possibilités de réponses suivantes : jamais (0), de temps en temps (1), assez souvent (2) et très souvent (3). Les résultats de l'IDPESQ-14 sont obtenus par la somme des scores, divisée par le score maximum possible. Le produit de cette division est multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage. Le bien-être émotionnel s'observe par l'absence de détresse psychologique, donc un score inversé a permis de classer le bien-être émotionnel ressenti par le répondant selon les catégories suivantes : faible (0 à 49), moyen (50 à 79) et élevé (80 à 100).

Le *Psychiatric Symptoms Index* (PSI-29)

Le *Psychiatric Symptoms Index* (PSI-29) a été initialement construit par Ilfeld (1976) lors d'une enquête sur le stress et l'adaptation. Cet index mesure un ensemble de symptômes qui recouvrent le concept de démoralisation. Il a été abrégé à partir du *Hopkins Symptoms Distress Check List* (HSCC-54 items) développé par Derogatis, Litman et Covi en 1970 (Ilfeld, 1976). Kovess et al. (1985) ont adapté le PSI-29 dans le but de mesurer le niveau de détresse psychologique, en prévision de l'Enquête Santé Québec de 1987. Cette version anglaise, comprenant 29 items, a été traduite en français et modifiée par Perrault (1987). Afin de tenir compte des modifications apportées au PSI-29, il a été convenu de désigner l'adaptation française par l'acronyme IDPESQ-29 (Boyer, Prévile, Légaré & Valois, 1993). Suite à une étude de validation, une échelle (IDPESQ-14) comportant seulement 14 des 29 items de l'IDPESQ-29 s'est avérée adéquate pour mesurer le niveau de détresse psychologique (Prévile et al., 1992).

La validité et la fidélité du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI-29)

Les qualités psychométriques de l'instrument original, le PSI-29, ont été démontrées par Ilfeld (1976). La consistance interne est illustrée par un coefficient alpha de Cronbach de 0,91 pour l'ensemble des 29 énoncés du questionnaire et représente un score global de santé mentale. De plus, quatre sous-échelles sont identifiées avec les coefficients alpha de Cronbach suivants : la dépression avec 10 items (0,84), l'anxiété avec 11 items (0,85), l'irritabilité avec 4 items (0,79) et les problèmes d'ordre cognitifs avec 4 items (0,77).

La validité et la fidélité de l'IDPESQ-29 et de l'IDPESQ-14

Préville et al. (1992), dans une étude cherchant à déterminer la fiabilité et la validité de l'IDPESQ-29, arrivent aux conclusions suivantes : la version de 29 items de l'IDPESQ démontre des coefficients de consistance interne alpha de Cronbach consistants avec les résultats produits par Ilfeld. L'IDPESQ-29 est une mesure composée de facteurs corrélés entre eux traduisant des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs ; la reproduction des résultats est réalisée auprès de deux échantillons aléatoires et démontrent la stabilité du questionnaire, la structure factorielle se trouvant reproduite de façon satisfaisante tant chez les hommes que chez les femmes, pour différents groupes d'âge et pour une population mixte (Préville et al., 1992). Cette étude a démontré également qu'une version abrégée, l'IDPESQ-14, conserve une fiabilité pour mesurer le concept de détresse psychologique. Le coefficient de consistance interne alpha de Cronbach est de 0,89 pour l'ensemble des 14 items et les quatre sous-échelles identifiées ont les coefficients alpha de Cronbach suivants : la dépression avec 6 items (0,83), l'irritabilité avec 4 items (0,79), les problèmes d'ordre cognitifs avec 2 items (0,76) et l'anxiété avec 2 items (0,72). Par contre, dans cette dernière version les facteurs anxiété et problèmes cognitifs ne comportent que 2 items chacun. Il est donc recommandé de ne pas utiliser ces sous-échelles de façon indépendante (Préville et al., 1992).

"L'échelle du fonctionnement social"

Une échelle élaborée par l'investigatrice permet d'évaluer la reprise des activités et la satisfaction actuelle du patient face à son rôle familial, son rôle social ainsi que son rôle sur le

marché du travail ou les tâches domestiques. Le temps requis pour son administration est d'environ cinq minutes. L'échelle du fonctionnement social est présentée à l'annexe D.

Il s'agit d'une échelle permettant d'évaluer le degré de fonctionnement social selon la perception du patient pendant la dernière semaine, comparativement à ses habitudes avant l'événement coronarien. Cette échelle, comprenant six énoncés, évalue la reprise des activités ainsi que la satisfaction actuelle du patient face à son rôle familial (2 items), son rôle social (2 items) et son rôle sur le marché du travail ou les tâches domestiques (2 items). Pour chacun des rôles, l'évaluation de la reprise de l'activité et la satisfaction actuelle sont évaluées à l'aide d'une échelle de type Likert correspondant à : bien moins que d'habitude (1), moins que d'habitude (2), autant que d'habitude (3) et plus que d'habitude (4). Un indicateur de fonctionnement social est obtenu en effectuant la somme des résultats pour chaque item, par conséquent variant entre 0 et 24. Un indicateur inférieur à 12 indique selon la moyenne des réponses obtenues, que le fonctionnement social est moindre que depuis l'événement coronarien, entre 12 et 18 signifie un fonctionnement social similaire et un indicateur supérieur à 18 démontre une amélioration du fonctionnement social.

La validité et la fidélité de "L'échelle du fonctionnement social"

Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach représentant la cohérence interne pour l'ensemble des items est de 0,67, ce qui s'avère adéquat pour un nouvel instrument regroupant seulement six items (Burns & Grove, 1993). Aucune autre analyse psychométrique n'a été effectuée pour cette échelle.

Le questionnaire de données sociodémographiques et cliniques

Des caractéristiques sociodémographiques et cliniques et l'utilisation des services de santé selon la participation au programme d'enseignement ont été recueillies afin de vérifier l'homogénéité des groupes ainsi que pour obtenir des pistes aidant à l'interprétation des résultats. Ces données regroupent le diagnostic médical, l'âge, le genre, la nationalité, le statut civil, le statut de travail, le revenu familial et le niveau de scolarité. Des données relatives au niveau de participation du patient et de son conjoint au programme d'enseignement et aux raisons justifiant la non participation, sont également recueillies. Il est important de connaître la composante sociodémographique de son échantillon. En effet, selon Perrault (1987), le bien-être émotionnel varie selon certains indicateurs sociodémographiques tels que : l'âge, le genre, le revenu et le statut matrimonial. Plusieurs auteurs ont démontré l'influence de différents facteurs physiques et psychosociaux influençant la participation aux programmes de réadaptation cardiaque (Harlan et al, 1995 ; Halm et al, 1999 ; Oldridge & Streiner, 1990). Le questionnaire comprend 12 questions et le temps requis pour son administration est d'environ 5 minutes. Le questionnaire des données sociodémographiques et cliniques est présenté à l'annexe E.

Le déroulement de l'étude

Suite à l'acceptation du projet de recherche par les membres du comité d'approbation de la Faculté des sciences infirmières, le projet a été approuvé par le Comité de recherche et d'éthique d'un centre hospitalier universitaire affilié spécialisé en cardiologie (Annexe G). Entre le 15 avril et le 26 août 2000, la consultation des dossiers médicaux de l'unité de soins de cardiologie et de l'unité

des soins intensifs du centre hospitalier a permis de recruter les patients répondant aux critères de sélection. Suite à une introduction préalable par l'infirmière soignante, l'étudiante investigatrice a rencontré les patients éligibles afin d'expliquer la nature du projet de recherche. Un dépliant sur le programme d'enseignement "À vous de jouer" leur a été remis et un consentement à la participation a été obtenu. Les participants ont répondu aux questionnaires lors d'un entretien téléphonique d'une durée approximative de 20 minutes, huit semaines après le congé de l'hôpital soit entre le 13 juin et le 29 octobre 2000.

Le contrôle des biais

Le programme d'enseignement "À vous de Jouer" est présenté pendant l'hospitalisation à tous les répondants par l'étudiante investigatrice afin de s'assurer que tous les patients connaissent et aient la possibilité d'y assister. L'étudiante investigatrice procède à de l'information et non à du recrutement au programme d'enseignement afin de ne pas influencer le choix des stratégies adaptatives des patients. Elle invite les patients intéressés à s'inscrire auprès de l'infirmière soignante. L'infirmière chef du département a informé les infirmières soignantes que leur rôle face au programme d'enseignement n'est pas modifié par l'étude en cours. Au début de la collecte de données par téléphone, les patients ont été avisés qu'ils auront la possibilité de discuter de leurs préoccupations à la fin des questionnaires. Le fait que les entrevues étaient effectuées à un seul temps, toujours par la même personne, dans une période de temps relativement courte, les effets d'histoire, de fluctuations de l'instrument de mesure, de maturation n'ont probablement pas produit d'effet sur les résultats obtenus. Bien que les sujets n'étaient pas répartis de façon aléatoire à participer ou non au programme d'enseignement, l'investigatrice du projet était au courant de leur groupe d'appartenance seulement à la fin de l'administration des questionnaires.

Les analyses comparant les deux groupes ont aussi démontré des caractéristiques sociodémographiques similaires. La perte de trois sur les 109 sujets n'a pas influencé la répartition des groupes et l'interprétation des résultats.

Les considérations éthiques

Les patients étaient libres d'accepter de rencontrer l'investigatrice et de participer ou non à l'étude. Ils ont été informés qu'ils peuvent se retirer à tout moment sans risque de préjudice d'aucune sorte. Un formulaire de consentement décrivant le but, la pertinence, les implications et le déroulement de l'étude a été signé par tous les participants (Annexe H). L'anonymat est assurée puisque le nom des participants a été remplacé par une codification numérique. Les patients manifestant des difficultés d'adaptation auraient été référés au besoin vers des personnes ressources oeuvrant auprès de l'équipe multidisciplinaire de cardiologie du centre hospitalier à l'étude mais aucun sujet n'a nécessité une intervention particulière. Les patients acceptant de faire partie de l'étude ont été contactés même lorsque l'échantillonnage requis fut complet ($n = 12$). Selon Burns et Groves (1993), un échantillon de 30 sujets par groupe est suffisant pour des comparaisons statistiques.

Le plan d'analyse des données

La description de l'échantillon est produite à l'aide de tableaux de fréquence pour les variables catégorielles et ordinales ainsi que par des moyennes (écarts-types respectifs) pour les variables continues. La distribution selon une loi normale est assurée par un échantillon suffisant ($n = 109$). Des tests paramétriques et non paramétriques ont été effectués selon le type de données à

analyser. Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de signification de 0,05 à l'aide du programme *Statistics SAS* (version 8.1, *Windows*).

L'homogénéité des groupes, participants et non-participants au programme d'enseignement, est vérifiée par le test de *Chi-Carré*. Des tests *t de Student* identifient les stratégies adaptatives utilisées selon la participation au programme. Des corrélations de *Spearman* et de *Pearson* établissent les liens entre l'utilisation des stratégies adaptatives et l'adaptation selon la santé, le bien-être et le fonctionnement social. Une analyse de régression linéaire hiérarchique permet de décrire la contribution de l'utilisation des différentes stratégies adaptatives sur l'adaptation.

Les limites de l'étude

Validité interne

Le choix d'un nombre restreint de variables représente une limite pour cette étude. En effet, d'autres variables de la théorie de Lazarus et Folkman (1984) auraient pu prédire l'adaptation. Par exemple, l'évaluation des facteurs personnels ou situationnels, la signification de la maladie, la capacité de résolution de problèmes, l'accumulation de situations stressantes, sont toutes des variables qui peuvent influencer l'adaptation de la personne. Étant donné que toutes les variables en lien avec l'adaptation ne sont pas évaluées dans cette étude, il est possible qu'un biais d'interprétation soit présent.

Validité externe

Bien que la Fondation des maladies du cœur du Québec ait développé le programme d'enseignement "À vous de jouer", chaque centre hospitalier l'adapte à son environnement. Cette

adaptation peut influencer la participation aux séances d'enseignement. La sélection élargie du diagnostic se référant à un événement coronarien ne permet tout de même pas de généraliser à l'ensemble des coronariens les résultats obtenus dans cette étude. Même si les groupes de participants et de non participants se sont avérés homogènes, des écarts importants peuvent différencier ces deux groupes sur d'autres variables pendant la période de convalescence suite à un IM comparativement à un PAC. La convalescence chez le patient ayant subi un PAC s'est avérée plus longue, quatre sujets se sont présentés au programme d'enseignement après la collecte de données, ces sujets ont donc répondu aux questionnaires avant de décider de participer au programme d'enseignement.

Chapitre IV

L'article de publication

**Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme
d'enseignement suite à un premier événement coronarien**

Carole Henrichon, M.Sc.
Collège Montmorency
Laval, Québec

Sylvie Robichaud-Ekstrand Ph. D.
Université de Montréal et
Institut de cardiologie de Montréal
Montréal, Québec

* Cet article a été réalisé dans le cadre d'un programme de maîtrise à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Adresse de correspondance : Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph D
Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7
Courrier-E : Sylvie.Robichaud-Ekstrand@umontreal.ca
chenrichon@cmontmorency.qc.ca

**Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme
d'enseignement suite à un premier événement coronarien**

Cette étude descriptive corrélationnelle compare les stratégies adaptatives et l'adaptation selon la participation à un programme d'enseignement "À vous de jouer". Elle détermine les liens entre les stratégies adaptatives et l'adaptation et identifie les stratégies qui prédisent l'adaptation. Huit semaines suite à un premier événement coronarien, 33 participants et 76 non participants ont complété par téléphone, le Questionnaire sur les stratégies adaptatives de Bouchard et al. (1995) et les questionnaires sur les saines habitudes de vie, le bien-être émotionnel (IDPESQ-14, Prévillle et al., 1992) et le fonctionnement social. Ces trois derniers questionnaires représentent le concept d'adaptation. Les participants utilisent plus fréquemment les stratégies de la recherche de soutien social et adoptent les comportements reliés à la diminution de l'apport en gras, la pratique de l'activité physique, la gestion du stress et le retour au travail. Aucune différence n'existe entre les participants et les non participants pour le bien-être émotionnel et le fonctionnement social. La catégorie de stratégies adaptatives qui est la plus utilisée par l'ensemble des sujets est celle de la réévaluation positive et la résolution de problèmes. Les stratégies de distanciation et d'évitement sont négativement corrélées avec les saines habitudes de vie, tandis que celles de la réévaluation positive et de la résolution de problèmes ainsi que celles de la recherche de soutien social le sont positivement. Les stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes, la participation au programme d'enseignement et la non utilisation des stratégies de la distanciation et de l'évitement, prédisent l'adaptation. L'utilisation de ces stratégies adaptatives s'avère donc bénéfique sur l'adaptation de ces coronariens.

Mots-clés : Stratégies adaptatives, adaptation, programme d'enseignement, maladie coronarienne.

**Coping Strategies and Adaptation, According to Participation to an Outpatient
Education Program, After a First Coronary Event**

This descriptive correlational study compares coping strategies and adaptation according to participation to an outpatient education program " À vous de jouer ". It determines relationships between coping strategies and adaptation, and identifies those strategies that predict adaptation. Eight weeks after a first coronary event, 33 participants and 76 non-participants completed by telephone, Bouchard et al.'s "Ways of Coping Questionnaire" (1995), and questionnaires on healthy life style habits, emotional well-being (IDPESQ-14, Prévaille et al., 1992), and social functioning. These three later questionnaires represent the concept of adaptation. Participants more frequently use seeking social support strategies, and eating less fat, participating in physical activity, managing stress, and returning to work behaviors. No difference exists between participants and non participants in emotional well being and social functioning. The category of coping strategies most used by all patients is positive reappraisal and problem solving. Distancing and escape avoidance strategies are negatively correlated with healthy life style habits, whereas positive reappraisal and problem solving, as well as seeking social support strategies are positively associated. Positive reappraisal and problem solving, program participation, and the non-use of distancing and escape avoidance strategies, predict adaptation. The use of these coping strategies and behaviors is therefore beneficial for these coronary patients.

**Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme
d'enseignement suite à un premier événement coronarien**

La maladie cardiovasculaire (MCV) est la principale cause de décès, d'incapacité et de maladie au Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Les deux principaux éléments de la MCV sont la cardiopathie ischémique et l'accident vasculaire cérébral (AVC). La cardiopathie ischémique, ou maladie coronarienne, inclut toute affection où les muscles cardiaques sont endommagés en raison d'apport sanguin insuffisant, généralement à cause de l'athérosclérose. Elle inclut l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, l'ischémie coronarienne chronique et la mort subite. En 1996, 20,2 et 20,4 cas par 100 000 habitants sont décédés de cardiopathies ischémiques au Canada et au Québec, respectivement. Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (Cycles de 1994-1995 et de 1996-1997) permettent d'estimer l'incidence auto-déclarée, les taux d'incidence de deux ans de la maladie cardiaque, qui s'établit à 2,07 et 1,93 cas par 100 000 habitants, pour les hommes et les femmes, respectivement (Statistique Canada, 1998). L'incidence élevée de la maladie coronarienne affecte donc une très grande proportion de Canadiens qui doivent s'adapter suite à un événement coronarien.

La personne qui subit un premier événement coronarien doit faire face à de nombreux changements dans sa vie affectant sa santé, son bien-être émotionnel et son fonctionnement social (Leahey & Wright, 1987 ; Moos, 1977; Salisbury, 1994). Un événement coronarien est reconnu pour provoquer une crise situationnelle d'une durée variable (Aguilerra, 1994) qui dans 25 % des cas, continue de créer des difficultés d'adaptation six mois plus tard

(Moser & Dracup, 1995). Selon la théorie du stress et du *coping*¹ de Lazarus et Folkman (1984), un événement stressant perturbe l'équilibre entre la personne et son environnement. Ce déséquilibre amène la personne à réfléchir sur la signification de l'événement et à rechercher des stratégies adaptatives qui favorisent son adaptation, lui permettant ainsi de retrouver son équilibre initial (Lazarus, 1966, 1991). Ces stratégies adaptatives peuvent être soit, centrées sur les émotions lorsque la situation est jugée comme étant peu ou non modifiable ou soit, centrées sur le problème lorsque la personne identifie des solutions, évalue le pour et le contre, choisit la meilleure solution et agit selon ses choix (Folkman & Lazarus, 1980, 1985). Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer et Wright (1995) classifient l'ensemble de ces stratégies adaptatives en trois catégories distinctes soit, les stratégies reflétant la distanciation et l'évitement, celles représentant la recherche de soutien social et les stratégies correspondant à la réévaluation positive et la résolution de problèmes. Les stratégies de distanciation et d'évitement impliquent les efforts de détachement afin de fuir ou d'éviter une situation ; celles de la recherche de soutien social servent à obtenir ou à maintenir le soutien social, émotionnel, informatif et instrumental ; tandis que les stratégies adaptatives retrouvées dans la réévaluation positive et la résolution de problèmes incorporent les efforts visant à minimiser les aspects négatifs, à surestimer les aspects positifs, à envisager des solutions et à évaluer les possibilités de réussite.

Lors d'un événement coronarien récent, le déni est une stratégie adaptative de la catégorie de distanciation et d'évitement qui est fréquemment utilisé (King, 1985 ; Levine et al., 1987). Puisque l'événement se produit subitement, la personne ne possède pas toute

¹ *Coping* : le concept de *coping* se définit comme l'ensemble des mécanismes ou des réactions d'adaptation que l'individu utilise pour faire face aux facteurs de stress qu'il subit.

l'information nécessaire pour effectuer des choix éclairés et son environnement n'est pas encore adapté aux changements qui deviennent nécessaires pour sa récupération (Folkman, Chesney et al., 1991). Considérant le manque de ressources psychologiques, physiques ou environnementales à ce moment, le déni est donc une stratégie bénéfique lors de la phase aiguë de l'événement coronarien (Lazarus & Folkman, 1984). Par contre, ce choix devient non adaptatif si la personne persiste à dénier l'événement coronarien suite à son congé de l'hôpital (Levine et al., 1987 ; Moos, 1977). Ceci l'empêche de mobiliser ses ressources personnelles et celles de son entourage pour mieux gérer ses facteurs de risque cardiovasculaires. Lors d'une étude longitudinale, Levine et al. (1987) rapportent que l'adoption de saines habitudes de vie et l'assiduité aux recommandations médicales, un an suite à l'événement coronarien, diminuent lorsque la personne utilise le déni comme stratégie adaptative principale. Conséquemment, l'utilisation judicieuse de stratégies adaptatives varie dans le temps et selon l'évolution de la maladie et des situations rencontrées. Mayou et Bryant (1987) ont trouvé des résultats similaires, mais sur la qualité de vie de patients qui subissent une chirurgie de revascularisation coronarienne, tandis que Keckeisen et Nyamathi (1990) les rapportent sur l'adaptation psychosociale suite à un infarctus du myocarde.

Rechercher du soutien social comprend plusieurs stratégies adaptatives comme parler à quelqu'un pour en savoir plus ou pour faire quelque chose de concret à propos de la situation, recevoir de l'aide professionnelle, accepter la sympathie et la compréhension d'une personne que l'on respecte ou lui demander de l'aide au besoin et discuter de ses sentiments. Rechercher du soutien social peut donc s'effectuer de différentes façons et celles-ci varient selon le moment de la convalescence (Crumlish, 1994 ; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986 ; King, 1985). King (1985) observe que la recherche de soutien social est à son

plus faible, le cinquième jour et à son maximum, la troisième semaine suite à une chirurgie de revascularisation coronarienne. En présence d'un bon soutien social, le coronarien manifeste une meilleure adaptation à sa maladie après un an (Invernizzi et al., 1991).

Les stratégies adaptatives de la catégorie de réévaluation positive et de résolution de problèmes consistent à regarder les choses du bon côté, avoir le goût de faire des choses créatives, concevoir des plans d'actions, effectuer des transformations, trouver une façon d'exprimer ses émotions et se sentir en confiance que l'on peut agir selon ses priorités (que les choses finiront bien). Cependant, l'utilisation des stratégies de la réévaluation positive et de résolution de problèmes s'avère relativement constante chez la même personne, indépendamment des situations stressantes et celle-ci serait davantage influencée par la personnalité que les autres types de stratégies adaptatives (Folkman, Lazarus, Gruen, & Delongis, 1986 ; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986). L'utilisation de ces types de stratégies serait la source d'une plus grande satisfaction personnelle (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986). Jalowiec (1993) a effectué une recension des écrits portant sur l'efficacité des stratégies adaptatives utilisées et a conclu que demeurer optimiste et préserver le contrôle de la situation et de soi-même sont parmi les stratégies adaptatives qui prédisent le plus l'adaptation.

Selon Lazarus et Folkman (1984), l'évaluation cognitive de l'événement coronarien permet à la personne d'utiliser les stratégies adaptatives qui détermineront son adaptation. L'adaptation réfère à être en meilleure santé en adoptant et en maintenant de saines habitudes de vie pour gérer ses facteurs de risque ; avoir un bien-être émotionnel adéquat, en présentant moins d'anxiété, de dépression, d'irritabilité et de problèmes cognitifs (Ilfeld, 1976) ; retrouver un fonctionnement social similaire à celui avant l'événement coronarien en

participant à des activités familiales, sociales et en retournant vers le marché du travail ou en reprenant ses activités domestiques, tout en étant satisfait de ses choix (Lazarus & Folkman, 1984).

Pour trouver de nouveau la santé et prévenir la récurrence suite à un événement coronarien, l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie sont primordiales (Dagenais et al., 1990 ; Gandjbakhch, Ollivier, & Pavie, 1995). Plusieurs auteurs rapportent que la participation à un programme d'enseignement favorise cette adaptation et que conséquemment les facteurs de risque cardiovasculaires sont mieux gérés (Mullinax, 1995 ; Oldridge, Guyatt, Fisher, & Rimm, 1988). En effet, on remarque des taux élevés d'arrêt du tabagisme, d'une saine alimentation, de la pratique régulière de l'activité physique et de la gestion du stress (DeBusk et al., 1994 ; Fidlund, Hogstedt, Lidell, & Larsson, 1991 ; Haskell et al., 1994). Le tableau 1 présente les études sur l'adaptation suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement. Selon les auteurs recensés, une description de l'échantillon, du devis de recherche, de l'intervention mise en application ainsi que les résultats obtenus sur l'adaptation sont démontrés. (Insérer le tableau 1, ici).

Les modifications de ces habitudes de vie suite à un événement coronarien sont primordiales pour la santé. L'arrêt du tabagisme diminue de moitié le risque de récurrences d'événements coronariens ultérieurs (Berra, Houston Miller, Sachs, & Barr Taylor, 1992 ; Dagenais et al., 1990 ; Gandjbakhch et al., 1995). Un apport réduit en gras permet de perdre du poids, d'améliorer le profil lipidique, de diminuer l'hypertension, d'atténuer la résistance à l'insuline et à l'hypersensibilité (Cléroux, Feldman, & Petrella, 1999 ; Collins et al., 1990 ; Haider, Chen, Larson, Evans, Chen & Levy, 1997). La pratique régulière de l'activité physique

permet non seulement d'acquérir les bienfaits associés à la perte de poids, mais aide à mieux gérer son stress (Engler & Engler, 1995), diminue de 20 % le taux de récurrences et de 29 % le taux de mortalité reliés à la maladie coronarienne (Bittner & Oberman, 1993 ; O'Connor et al., 1989). Conséquemment, la nécessité de subir des interventions médicales ou chirurgicales en est diminuée (Smith et al., 1995) et la qualité de vie s'améliore (Lewin, Robertson, Cay, Irving, & Campbell, 1992 ; Oldridge et al., 1991).

Puisque l'anxiété survient lorsqu'il existe un manque de connaissances, des fausses croyances et de la méconnaissance des phases de récupération suite à un événement coronarien, la participation à un programme d'enseignement permet de la diminuer selon certaines études (Lewin et al., 1992 ; Linden 1995 ; Oldridge et al., 1991 ; Thompson, 1989, 1991). Si ces programmes d'enseignement sont associés à un programme d'exercices, le niveau de dépression s'améliore également (Milani & Lavie, 1998) et est encore plus efficace chez les patients les plus déprimés (Frasure-Smith, Lespérance, & Talajic, 1993 ; Lewin et al., 1992).

La reprise des activités familiales, sociales et professionnelles comprend la dimension du fonctionnement social. La satisfaction personnelle découlant de ces différents rôles, apparaît subjective car elle diffère parfois des valeurs établies par la société (Lazarus & Folkman, 1984). Ces confrontations de valeurs menacent la qualité de vie du patient coronarien et de sa famille (Fleury & Moore, 1999 ; Sirles & Selleck, 1989). La participation à un programme d'enseignement et d'exercices améliore le fonctionnement social (Bar et al., 1992 ;) particulièrement lorsque la personne vit seule (Case, Moos, Case, McDermott, & Eberly, 1999). Par contre, les raisons personnelles influencent davantage le retour au travail

que la participation à un programme d'enseignement (Fridlund et al., 1991 ; Lidell & Fridlund, 1996 ; Oldridge et al., 1991 ; Oldridge, Streiner, Hoffmann & Guyatt, 1995).

Bien que les bienfaits de participer à un programme d'enseignement soient connus pour la santé, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social et qu'il en existe un disponible dans le centre hospitalier ou dans la communauté, la majorité des personnes qui subissent un premier événement coronarien choisissent de ne pas y participer. En effet, le taux de participation aux programmes de réadaptation cardiaque, qui comprennent un volet enseignement, se situe autour de 40 % (Ades, Huang, & Weaver, 1992). Les processus cognitifs et comportementaux engendrés qui résultent du refus de participer sont encore peu connus. Serait-il possible que certaines personnes utilisent des stratégies adaptatives différentes et s'adaptent aussi bien lorsqu'elles ne participent pas à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien ?

Les fonctions éducatives et de soutien inhérentes au rôle de l'infirmière permettent de favoriser des choix libres et éclairés chez les individus qui subissent un événement coronarien (Dallaire, 1999). L'infirmière occupe donc une place privilégiée pour guider les personnes à identifier les stratégies adaptatives les plus bénéfiques et ainsi améliorer leur niveau d'adaptation tout en considérant leur choix de participer ou non à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien.

Le cadre théorique

Selon le cadre théorique du stress et du *coping* de Lazarus et Folkman (1984), la personne évalue chaque situation de façon cognitive selon trois étapes soit, l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et la réévaluation. L'évaluation primaire permet de déterminer la signification de l'événement. Cet événement peut être perçu comme étant non

stressant, sans importance, bénin ou positif. L'événement est reconnu stressant lorsque la personne juge que les exigences de son environnement dépassent ses ressources et compromettent son bien-être (Lazarus, 1966, 1991 ; Lazarus & Folkman, 1984). Lors d'un événement stressant, celui-ci est perçu comme une perte ou un tort, une menace ou un défi. L'évaluation secondaire permet de déterminer ce qui peut être fait en rapport avec l'événement stressant afin d'envisager des solutions et d'évaluer les possibilités de réussite. Les stratégies adaptatives entrent en action lors de l'évaluation secondaire. La réévaluation établit un processus continu qui permet d'intégrer tout changement relié à l'événement stressant imputable à la personne (facteurs personnels : variables psychologiques, sociologiques, contextuelles, reliées à la santé) ou à son environnement (facteurs situationnels : éléments temporels). L'évaluation cognitive est cyclique et se perpétue afin de modifier la relation entre la personne et son environnement dans le dessein de favoriser l'adaptation (Bouchard et al., 1995 ; Folkman et al., 1991 ; Lazarus & Folkman, 1984). La figure 1 présente schématiquement le cadre théorique utilisé dans la présente étude. (Insérer la figure 1, ici).

Le devis et le but de l'étude

Le but de cette étude descriptive et corrélationnelle est de comparer les stratégies adaptatives utilisées et le niveau d'adaptation selon la participation à un programme d'enseignement "À vous de jouer". Cette étude vise aussi à déterminer les liens d'association entre les stratégies adaptatives et l'adaptation selon la participation à un programme d'enseignement et à identifier les stratégies adaptatives qui prédisent l'adaptation auprès de personnes qui ont subi un premier événement coronarien.

Les questions de recherche

1. Quelles sont les stratégies adaptatives utilisées et le niveau d'adaptation selon la participation au programme d'enseignement "À vous de jouer", suite à un premier événement coronarien ?
2. Quels sont les liens d'association entre les stratégies adaptatives et l'adaptation pour l'échantillon total et selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien ?
3. Quelles stratégies adaptatives prédisent l'adaptation suite à un premier événement coronarien, en contrôlant pour la participation au programme d'enseignement ?

L'échantillon

Le recrutement a été effectué lors de l'hospitalisation pendant la période incluse entre le mois d'avril et le mois d'août, 2000. Des 580 sujets disponibles durant cette période, 442 n'ont pas satisfait aux critères de sélection (328 hommes et 114 femmes) pour les raisons suivantes : présence d'antécédents coronariens ($n = 223$), présence de déficits cognitifs ou autre maladie chronique incapacitante ($n = 93$), compréhension insuffisante du français ($n = 57$) ou lieu d'habitation à une distance supérieure à 50 kilomètres de l'hôpital concerné ($n = 184$). Certains sujets présentaient deux critères d'exclusion ($n = 105$) et d'autres trois ($n = 5$).

Parmi les 138 sujets éligibles, 12 personnes (trois femmes et neuf hommes) ont refusé de rencontrer la chercheuse et 14 provenaient d'un autre centre hospitalier environnant. Étant donné que ce centre assume la réadaptation suite à l'événement coronarien et qu'un programme d'enseignement est prescrit à tous les patients durant la phase de convalescence immédiate à domicile, ce sous-groupe est observé de façon indépendante et les résultats ne sont pas inclus dans la présente étude. Trois sujets recrutés initialement n'ont pas répondu aux questionnaires;

un sujet pour des raisons reliées à sa capacité physique et les deux autres n'ont pas pu être rejoints. Conséquemment, 109 sujets font partie de l'échantillon final après l'hospitalisation. Huit semaines plus tard, soit entre les mois de juin et d'octobre 2000, l'investigatrice a rejoint les sujets, dont 33 (30 %) avaient participé au programme d'enseignement "À vous de jouer" (3 ou 4 séances) et 76 (70%) avaient choisi de ne pas y participer. Parmi les 33 participants, 15 étaient accompagnés d'une personne significative (45 %). Chez l'ensemble des 109 sujets, 50 (46 %) ont bénéficié d'une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP), 40 (37 %) d'une chirurgie de revascularisation coronarienne (PAC) et 19 (17 %) d'un traitement médical seulement. Les participants à l'étude sont âgés entre 38 et 78 ans avec une moyenne d'âge de 59 ans ($ET = 9,5$). La majorité des sujets sont des hommes ($n = 80$; 74 %), de nationalité canadienne ($n = 107$; 98 %) et vivant avec un conjoint ($n = 85$; 78 %). La plupart sont actifs sur le marché du travail ($n = 60$, dont 50 à temps complet [83 %] et 10 à temps partiel [17 %]), détiennent une éducation minimale de niveau secondaire ($n = 42$; 39 %), le revenu familial, selon le nombre d'occupants dans la maison, se situe dans la moyenne supérieure de l'échelle de suffisance de revenu ($n = 45$; 42 %). Le tableau 2 présente le profil détaillé de la population à l'étude quant aux caractéristiques sociodémographiques. Malgré que les non participants soient davantage des femmes et des personnes sans conjoint, une analyse de *Chi-carré* pour les variables de la nature catégorielle et un test *t* de *Student* pour celles de la nature continue permettent d'établir qu'il n'existe aucune différence significative pour toutes les variables sociodémographiques entre les participants et les non participants au programme d'enseignement ($p > 0,05$). (Insérer le tableau 2, ici).

Les raisons principales de ne pas participer au programme d'enseignement sont les suivantes : n'en a pas besoin (24 %), manque d'intérêt (7 %), par oubli (12 %), pas de moyen

de transport pour s'y rendre (8 %), physiquement incapable d'y participer (18 %), pas prêt émotionnellement (11 %) et conflits d'horaire (17 %).

La définition des termes

Les stratégies adaptatives : Efforts cognitifs ou comportementaux permettant de modifier ou de changer la signification d'un événement afin de régulariser les émotions et d'identifier ce qui peut être fait pour résoudre le problème (Lazarus & Folkman, 1984). L'instrument de Bouchard et al. (1995) qui regroupe les stratégies adaptatives selon trois catégories distinctes a été choisi. Ces dernières comprennent 1) la distanciation et l'évitement ; 2) la recherche de soutien social et 3) la réévaluation positive et la résolution de problèmes.

L'adaptation : Équilibre résultant de la relation entre la personne avec son environnement démontré par trois indicateurs, soit la santé, représentée ici selon l'adoption de saines habitudes de vie (mesurée par "L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie" (Henrichon & Robichaud-Ekstrand, 2002), le bien-être émotionnel (mesuré par "L'Indice de Détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-14) (Préville, Boyer, Potvin, Perrault, & Légaré, 1992) et le fonctionnement social (mesuré par "L'échelle du fonctionnement social" (Henrichon & Robichaud-Ekstrand, 2002).

Le programme d'enseignement "À vous de jouer" : Programme développé par la Fondation des maladies du cœur du Québec qui offre de l'information et du soutien aux personnes atteintes de maladie cardiaque et à leurs personnes significatives. Il s'agit de quatre sessions hebdomadaires de deux heures. Chaque rencontre est animée par une infirmière spécialisée en cardiologie et un autre conférencier invité soit : une diététicienne, un physiothérapeute, une infirmière clinicienne en psychosomatique, un pharmacien ou un cardiologue. La première rencontre porte sur les manifestations de la maladie coronarienne, les examens et les

facteurs de risque cardiovasculaires. La deuxième rencontre incorpore la reprise des activités physiques et la prise de la médication. La saine alimentation conduisant à la santé cardiovasculaire est le thème de la troisième rencontre tandis que lors de la quatrième rencontre sont abordés la gestion du stress, l'impact de la maladie et l'adaptation du coronarien et de sa famille.

La participation au programme d'enseignement : Le fait d'assister à au moins trois des quatre séances d'enseignement du programme "À vous de jouer".

Les instruments de mesure

La collecte de données a été réalisée à l'aide de deux instruments de mesure standardisés, de deux échelles de mesure développées par l'investigatrice et d'un questionnaire de données sociodémographiques et cliniques.

Les stratégies adaptatives

L'utilisation des stratégies adaptatives est évaluée à l'aide de la version française du *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1986) traduite par Mishara (1987), abrégée et validée par Bouchard et al. (1995). Cette dernière version intitulée " Questionnaire sur les stratégies adaptatives " fait ressortir 21 items définissant clairement une structure en trois catégories soit : la distanciation et l'évitement (6 items) ; la recherche de soutien social (6 items) ; la réévaluation positive et la résolution de problèmes (9 items). Sur une échelle de type Likert, la fréquence d'utilisation de ces différentes catégories de stratégies adaptatives correspond à : pas utilisé (0), utilisé de temps en temps (1), utilisé souvent (2) et beaucoup utilisé (3). La moyenne d'utilisation est ensuite effectuée pour chacune des trois catégories de stratégies adaptatives.

Dans l'étude de Bouchard et al. (1995), les coefficients alpha de Cronbach représentent une bonne cohérence interne des catégories soit, 0,76, 0,85 et 0,80 pour les catégories de la distanciation et de l'évitement ; la recherche de soutien social et la réévaluation positive et la résolution de problèmes, respectivement. La stabilité factorielle a été vérifiée auprès d'un échantillon de contre-validation et la structure en trois catégories demeure reproduite de façon identique. Les saturations significatives oscillent entre un minimum de 0,41 et un maximum de 0,85, ce qui indique que les variables appartenant aux différentes dimensions sont clairement définies (Burns & Grove, 1993). L'ensemble des facteurs, après rotation *varimax*, expliquent 40 % de la variance totale, soit 14 % pour les stratégies de recherche de soutien social, 12 % pour celles de la réévaluation positive et la résolution de problèmes et 9 % pour les stratégies de distanciation et d'évitement. De plus, les coefficients internes obtenus auprès de l'échantillon de contre-validation sont conformes à ceux de l'échantillon de dérivation (Bouchard et al., 1995). Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument de mesure dans la présente étude est de 0,73 et de 0,46, 0,71, 0,82 pour les catégories de la distanciation et de l'évitement ; la recherche de soutien social et la réévaluation positive et la résolution de problèmes, respectivement.

L'adoption de saines habitudes de vie

L'investigatrice de l'étude a élaboré une courte échelle permettant d'évaluer l'adaptation selon l'adoption de saines habitudes de vie telles : l'arrêt du tabagisme, la diminution de l'apport en gras dans l'alimentation, l'augmentation de la pratique de l'activité physique et la gestion du stress. L'échelle comprend donc quatre énoncés cherchant à identifier un niveau d'adoption de saines habitudes de vie selon les réponses sur une échelle de type Likert correspondant à : aucunement (0), légèrement (1), moyennement (2),

énormément (3), totalement (4) et ne s'applique pas (5). Lorsqu'un énoncé ne s'applique pas (ex. : la personne ne fumait pas avant l'événement coronarien), il est exclu lors du calcul du résultat total. Le niveau d'adoption de saines habitudes de vie est obtenu en effectuant la somme des résultats, divisée par le résultat maximum possible selon les énoncés qui s'appliquent à la situation de la personne. Le produit de cette division est multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage. Un niveau de 0 % démontre que le patient n'a pas adopté de saines habitudes de vie, tandis qu'un niveau de 100 % démontre une adoption maximale après huit semaines. Le coefficient alpha de Cronbach représentant la cohérence interne pour l'ensemble des items est de 0,62, ce qui s'avère adéquat pour un nouvel instrument comprenant seulement quatre items (Burns & Grove, 1993).

Le bien-être émotionnel

Le bien-être émotionnel est évalué par une version abrégée de 14 items de L'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-14) qui comporte à l'origine 29 items (IDPESQ-29) (Préville et al., 1992). Cette version abrégée, l'IDPESQ-14, évalue la dépression (6 items), l'anxiété (2 items), l'irritabilité (4 items) et les problèmes d'ordre cognitif (2 items). Une échelle de type Likert correspondant à jamais (0), de temps en temps (1), assez souvent (2) très souvent (3), permet de mesurer un indice de détresse psychologique en effectuant la somme des résultats obtenus, divisée par le maximum possible. Le produit de cette division est multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage. Le bien-être émotionnel s'observe par l'absence d'une détresse psychologique donc, un score inversé a permis de classer le bien-être émotionnel huit semaines après l'événement coronarien selon les niveaux suivants : faible (0 à 49), moyen (50 à 79) et élevé (80 à 100).

La version abrégée, l'IDPESQ-14, conserve une fiabilité pour mesurer le concept de la détresse psychologique (Préville et al., 1992). Le coefficient de consistance interne, alpha de Cronbach, est de 0,89 pour l'ensemble des 14 items (comparativement à 0,83 dans la présente étude) et les quatre sous-échelles identifiées ont des coefficients alpha de Cronbach respectifs suivants : la dépression (0,83), l'irritabilité (0,79), les problèmes d'ordre cognitifs (0,76) et l'anxiété (0,72). Par contre, puisque les facteurs anxiété et problèmes cognitifs comportent seulement 2 items chacun, il est recommandé de ne pas les utiliser de façon indépendante (Préville et al., 1992).

Le fonctionnement social

L'investigatrice de l'étude a élaboré une échelle permettant d'évaluer les changements selon la perception du patient de son degré de fonctionnement social, en effectuant une comparaison entre celle de la dernière semaine correspondant à la huitième semaine à celle préalable à l'événement coronarien. Cette échelle, comprenant six énoncés, évalue la reprise des activités sociales et la satisfaction actuelle du patient face à ses différents rôles, soit familial (2 items), social (2 items) et sur le marché du travail ou les activités domestiques (2 items). Pour chacun des rôles, l'évaluation de la reprise de l'activité ainsi que la satisfaction actuelle sont évaluées à l'aide d'une échelle de type Likert correspondant à : bien moins que d'habitude (1), moins que d'habitude (2), autant que d'habitude (3), plus que d'habitude (4). Un indicateur de fonctionnement social est obtenu en effectuant la somme des résultats pour chaque item, par conséquent variant entre 0 et 24. Un indicateur inférieur à 12 indique, selon la moyenne des réponses obtenues que le fonctionnement social est moindre que depuis l'événement coronarien ; entre 12 et 18 signifie un fonctionnement social similaire ; et un

indicateur supérieur à 18 démontre une amélioration du fonctionnement social. Le coefficient alpha de Cronbach, pour l'ensemble des items, est de 0,67.

Les données sociodémographiques et cliniques

Un questionnaire recueillant certaines données sociodémographiques et cliniques a permis de décrire l'échantillon et de vérifier l'homogénéité des groupes. Des informations relatives à la participation du patient et de son conjoint au programme d'enseignement et les raisons justifiant la non participation ont été recueillies afin d'identifier des pistes aidant à l'interprétation des résultats.

Le déroulement de l'étude

Le projet de recherche a été accepté par les membres des comités internes de recherche et d'éthique d'un centre hospitalier universitaire affilié à l'Université de Montréal, spécialisé en cardiologie. La consultation des dossiers médicaux de l'unité de soins de cardiologie et de l'unité des soins intensifs du centre hospitalier a permis d'identifier les sujets répondant aux critères de sélection. Suite à une introduction préalable par l'infirmière soignante, la chercheuse a rencontré les patients éligibles afin d'expliquer la nature du projet de recherche. Un dépliant sur le programme d'enseignement "À vous de jouer" a été remis et un formulaire de consentement a été signé par les personnes acceptant de participer au projet de recherche. Les participants ont répondu aux questionnaires lors d'un entretien téléphonique d'une durée approximative de 20 minutes, huit semaines suite au congé de l'hôpital.

Le plan d'analyse des données

La description de l'échantillon est produite à l'aide de tableaux de fréquence pour les variables catégorielles et par les moyennes avec leurs écarts-types respectifs pour les variables continues. Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de signification de 0,05, à l'aide du programme *Statistics SAS* (version 8,1, *Windows*). L'homogénéité des groupes, participants et non participants au programme d'enseignement, a été vérifiée par le test de *Chi-Carré*. Des tests *t de Student* comparent les catégories de stratégies adaptatives utilisées selon la participation au programme. Des corrélations de Spearman pour les variables de la nature catégorielle et de Pearson pour les variables de la nature continue établissent les liens entre l'utilisation des catégories de stratégies adaptatives et l'adaptation selon la santé, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social. Une analyse de régression linéaire hiérarchique permet de décrire la contribution relative de l'utilisation des différentes catégories de stratégies adaptatives pour prédire l'adaptation, soit l'adoption de saines habitudes de vie, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social.

Les résultats

La première question vise à identifier les stratégies adaptatives utilisées et le niveau d'adaptation selon la participation au programme d'enseignement " À vous de jouer ". Les participants au programme d'enseignement utilisent plus fréquemment les stratégies adaptatives reliées à la recherche de soutien social ($p < 0,0001$). Trois des six items de cette catégorie différencient les groupes. Par contre, les catégories de stratégies adaptatives englobant la distanciation et l'évitement ($p = 0,12$) ou la réévaluation positive et la résolution de problèmes ($p = 0,053$) ne différencient pas le groupe des participants des non participants.

Cependant, on remarque un des six items de la catégorie de distanciation et d'évitement ($p = 0,02$) et un autre item sur neuf de la catégorie de réévaluation positive et de résolution de problèmes ($p = 0,007$) indiquant que les non participants utilisent plus fréquemment ces deux stratégies adaptatives individuelles (voir le tableau 3).

Le niveau d'adaptation, particulièrement l'adoption de saines habitudes de vie, différencie les deux groupes ($p = 0,0001$). Parmi les habitudes de vie identifiées, les participants au programme d'enseignement diminuent plus l'apport en gras dans leur alimentation ($p = 0,008$), augmentent leur pratique de l'activité physique ($p = 0,002$) et améliore la gestion du stress ($p = 0,01$) comparativement au groupe des non participants. Ce résultat est non significatif à ce qui a trait à la cessation de fumer ($p = 0,35$). Le bien-être émotionnel ($p = 0,26$) et le fonctionnement social ($p = 0,07$) ne différencient pas les deux groupes selon la participation au programme d'enseignement. Bien que le résultat global du fonctionnement social soit non significatif ($p = 0,07$), on remarque que le retour au travail ou la reprise des tâches domestiques est supérieur chez les participants ($p = 0,02$) (voir le tableau 4). (Insérer les tableaux 3 et 4, ici).

La deuxième question de recherche examine les liens d'association entre les stratégies adaptatives et l'adaptation pour l'échantillon total et selon la participation au programme d'enseignement. La fréquence d'utilisation de chaque stratégie adaptative pour l'ensemble des sujets est présentée au tableau 5. On constate l'utilisation plus fréquente de celles de la catégorie de réévaluation positive et de résolution de problèmes. Pour l'échantillon total, des corrélations positives et significatives sont observées entre l'utilisation de stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes ($r = 0,52$; $p < 0,0001$) et de recherche de soutien social ($r = 0,41$; $p < 0,0001$) avec l'adoption de saines habitudes de vie. Une

corrélation négative et significative est observée entre l'utilisation de stratégies adaptatives de distanciation et d'évitement et l'adoption de saines habitudes de vie ($r = -0,27$; $p = 0,004$). Lorsque l'échantillon total est séparé en groupes de participants et de non participants au programme d'enseignement, ces mêmes liens demeurent significatifs mais seulement pour les non participants ($p < 0,05$), mises à part les stratégies adaptatives de la réévaluation positive et de la résolution de problèmes chez les participants ($r = 0,44$; $p = 0,01$). En ce qui concerne les liens d'association avec le bien-être émotionnel, les stratégies de la recherche de soutien social démontrent une corrélation significative pour l'échantillon total ($r = 0,20$; $p = 0,04$) et spécifiquement retrouvé dans le sous-groupe de non participants ($r = 0,32$; $p = 0,005$). Il existe également une corrélation positive parmi les sujets du sous-groupe de participants entre le bien-être émotionnel et les stratégies de distanciation et d'évitement ($r = 0,38$; $p = 0,03$). Pour le fonctionnement social, aucune catégorie de stratégies adaptatives ne démontre de lien significatif lorsque l'échantillon total est considéré ($p > 0,05$), mais chez les non participants, on remarque un lien d'association avec les stratégies adaptatives de distanciation et d'évitement ($r = 0,20$; $p = 0,02$ (voir le tableau 6). (Insérer les tableaux 5 et 6, ici).

La dernière question de recherche identifie les stratégies adaptatives qui prédisent l'adaptation suite à un premier événement coronarien lorsque la variable participation au programme d'enseignement est forcée en premier dans l'analyse. L'utilisation de la catégorie de stratégies adaptatives de réévaluation positive et de résolution de problèmes ($p < 0,0001$), la non utilisation de stratégies adaptatives de distanciation et d'évitement ($p = 0,02$) prédit l'adoption de saines habitudes de vie (voir tableau 7). Ces variables en plus de la participation au programme d'enseignement expliquent 41 % de la variance de l'adoption de

saines habitudes de vie ($p = 0,0001$). Le bien-être émotionnel est prédit, par les stratégies de la recherche de soutien social ($p = 0,0009$) et l'interaction entre la participation et les stratégies de la distanciation et de l'évitement ($p = 0,02$). Ce modèle explique 17 % de la variance du bien-être émotionnel ($p = 0,004$). Le fonctionnement social ne retient aucune variable significative pour la modélisation ($p = 0,07$) (voir la figure 2). (Insérer le tableau 7, ici).

La discussion

Stratégies adaptatives utilisées selon la participation au programme d'enseignement

Les patients qui ont subi un événement coronarien dans cette étude utilisent en moyenne un nombre de 15 (sur 21) stratégies adaptatives différentes. La fréquence d'utilisation de ces 15 stratégies adaptatives est plus élevée chez les participants. Les participants au programme d'enseignement "À vous de jouer" utilisent plus fréquemment les stratégies adaptatives reliées à la recherche de soutien social. Le choix de participer est néanmoins le résultat de l'utilisation de trois stratégies adaptatives spécifiques. En effet, ce programme offre à ses participants des rencontres avec des professionnels de la santé en fournissant un soutien informationnel, une possibilité de contact social avec des personnes vivant la même situation qu'eux ainsi qu'un soutien émotif au besoin. Plus spécifiquement, les participants ont cherché à en savoir plus sur leur situation de santé, ont reçu de l'aide professionnelle et ont cherché de l'aide concrète pour leur problème. Cependant, la sympathie, l'expression de sentiments et les conseils d'amis ou de parents sont des stratégies adaptatives centrées sur les émotions, expliquant ainsi que leur utilisation n'incite pas les patients à participer à un programme d'enseignement.

Imaginer ou espérer un miracle, accepter son destin, faire comme si l'événement coronarien n'avait pas eu lieu, ou essayer de l'oublier ne change pas le choix des patients à participer ou non à un programme d'enseignement. Cependant, les non participants rapportent souhaiter davantage que la situation disparaisse, sans toutefois penser que la récupération se fera de façon miraculeuse.

Une raison potentielle à savoir pourquoi les patients ne participent pas au programme d'enseignement serait qu'ils ont plus tendance à souhaiter que la situation disparaisse ou prenne fin sans intervenir eux-mêmes. À part cette différence, tous les patients minimisent les aspects négatifs et surestiment les aspects positifs afin de modifier la situation stressante. Ils envisagent alors des solutions pour évaluer les possibilités de réussite. Considérant que les intervenants de la santé possèdent de l'expertise dans le domaine de la réadaptation cardiaque, ils offrent des moyens cognitifs et comportementaux pour aider les patients à réévaluer et à solutionner, leur permettant ainsi, une meilleure récupération suite à l'événement coronarien. On aurait crû alors que les participants auraient utilisé plus fréquemment les stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes. En plus de l'utilisation de ces stratégies adaptatives, les sujets ont rapporté d'autres raisons pour ne pas participer au programme d'enseignement. Certains avaient l'impression de ne pas en avoir besoin, d'autres manquaient d'intérêt ou oubliaient d'y participer. Ceci pourrait signifier que le médecin n'insiste pas assez à ce que ses patients participent au programme d'enseignement ou qu'il n'y croit pas. Dans le cas où ce programme est prescrit dans un centre référent, le taux de participation est nettement supérieur (86 %) comparativement à celui de la présente étude (30 %). Selon Ades, Waldmann, Polk et Coflesky (1992), le meilleur facteur de prédiction de la participation à un programme de réadaptation cardiaque demeure la

recommandation médicale. L'oubli de participer, peut s'expliquer par la capacité de rétention d'information altérée lors de situations stressantes (Benson, Arthur, & Rideout, 1997). En effet, l'investigatrice a constaté lors de l'entretien téléphonique que plusieurs patients affirmaient de pas avoir entendu parlé du programme d'enseignement "À vous de jouer", même quand elle l'avait expliqué avant leur départ de l'hôpital, fait signer et remis un formulaire de consentement le mentionnant.

L'adoption de saines habitudes de vie selon la participation au programme d'enseignement

Le programme d'enseignement "À vous de jouer" distingue les patients qui veulent améliorer leurs habitudes de vie telles la diminution de l'apport en gras dans l'alimentation, la pratique de l'activité physique et la gestion du stress. Ces résultats sont en congruence avec les études recensées retrouvées au tableau 1 (DeBusk et al., 1994 ; Fridlund et al., 1991 ; Gulanick, 1991 ; Haskell et al., 1994 ; Lewin et al., 1992 ; Lidel et al., 1996 ; Linden, 1995 ; Miller, Wikoff, McMahon, Garrett, & Ringel, 1988 ; Miller et al., 1989 ; Miller, 1990 ; Ornish et al., 1990 ; Oldridge et al., 1991 ; Ornish et al., 1998; Plach, Wierenga, & Heindrich, 1996 ; Schuler et al., 1992 ; Van Elderen-van Kemenade, Maes, & Van den Broek, 1994).

Les participants rapportent avoir plus diminué leur apport en gras dans leur alimentation que les non participants. La diététiste au programme "À vous de jouer" présente l'information de façon dynamique avec des exemples concrets comme une dégustation de produits alimentaires pauvres en gras. Cette initiative fait réaliser aux patients que même ces aliments peuvent être délicieux. En démystifiant l'information sur les étiquettes des produits alimentaires, les patients deviennent mieux outillés et confiants en leur capacité de s'améliorer. Puisque le cardiologue insiste aussi sur la nécessité de diminuer le cholestérol

non seulement par la prise de médicaments, ainsi que par une saine alimentation, sa recommandation influence probablement plus cette habitude de vie chez ceux qui rencontrent ces intervenants (Kramish Campbell et al., 1995). Ces observations sont supportées par des études utilisant une variété d'interventions, d'intensité différentes et de durées variables s'étalant entre une simple visite au domicile du patient pour y établir un plan de santé jusqu'à une hospitalisation de trois semaines à un département de la régulation métabolique (DeBusk et al., 1994 ; Haskel et al., 1994 ; Lidell et al., 1996 ; Miller et al., 1990 ; Ornish et al., 1990, 1998 ; Plach et al., 1996 ; Schuler et al., 1992 ; Van Elderen et al., 1994). À la lumière de nos résultats et ceux de ces études recensées, il existe un lien entre la participation à un programme d'enseignement et l'adoption de saines habitudes alimentaires.

En ce qui concerne la pratique de l'activité physique, les patients rapportent être plus confiants de l'entreprendre en assistant à la séance du physiothérapeute et en suivant les recommandations du cardiologue. Nous croyons que ces recommandations rassurent et encouragent les patients à reprendre leurs activités physiques. Cette observation est supportée par plusieurs auteurs (DeBusk et al., 1994 ; Frilund et al., 1991 ; Haskel et al., 1994 ; Lidell et al., 1996 ; Linden et al., 1995 ; Orlidge et al., 1991 ; Ornish et al., 1990 ; Schuler et al., 1992 ; Van Elderen et al., 1994).

L'infirmière qui utilise une approche de type psychosomatique offre des conseils et des exemples pratiques pour mieux gérer son stress. Elle offre aussi une possibilité de dialogue entre les participants, incluant les personnes significatives. Cette intervention, bien que considérée légère, arrive à différencier les participants des non participants au programme. Seulement les études de Ornish et al. (1990, 1998) démontrent des effets positifs sur le niveau de stress lors de la participation à un programme de réadaptation cardiaque.

Pour ce qui a trait au tabagisme, nous constatons que la moitié des sujets à l'étude était des fumeurs avant l'événement coronarien, et huit semaines plus tard, la moitié de ces fumeurs avait cessé complètement de fumer, indépendamment de leur participation au programme d'enseignement. L'événement coronarien en lui-même semble donc être un incitatif puissant pour arrêter de fumer. Dans les études recensées, deux d'entre-elles présentent des taux significatifs d'arrêt du tabagisme suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque (DeBusk et al., 1994 ; Ornish et al., 1990).

Le bien-être émotionnel et le fonctionnement social
selon la participation au programme d'enseignement

Puisque la grande majorité des sujets des deux groupes présentent déjà un niveau élevé de bien-être émotionnel et de fonctionnement social, une amélioration est peu plausible. L'Enquête de Santé Québec, effectuée en 1987 auprès de 19 016 personnes, indique que la population québécoise générale présente un bien-être émotionnel légèrement supérieur à celui des sujets de cette étude (Boyer, Prévile, Légaré, & Valois, 1993). Cette différence s'explique par l'événement coronarien. Plusieurs études démontrent une amélioration du bien-être émotionnel seulement chez les gens qui présentent préalablement des niveaux élevés d'anxiété lors d'un événement coronarien (Lewin, 1992 ; Oldridge et al., 1995). Bar et al. (1992) expliquent qu'un niveau d'anxiété élevé est relié à l'absence de retour au travail. Tous les sujets de la présente étude présentent un faible niveau d'anxiété et ceux qui désirent retourner au travail ont participé davantage au programme d'enseignement. Parmi les études recensées, le retour au travail n'a pas démontré d'amélioration chez les participants, indépendamment du niveau d'intensité des interventions entreprises (Bar et al., 1992 ; Fridlund et al., 1991 ; Lidell et al., 1995 ; Oldridge, 1991, 1995).

Les liens d'association entre les stratégies adaptatives et l'adaptation

La catégorie de stratégies adaptatives la plus utilisée pour l'ensemble des sujets, participants ou non au programme d'enseignement est la réévaluation positive et la résolution de problèmes. On constate que sept des neuf stratégies de cette catégorie sont utilisées à une fréquence supérieure, variant entre 57 % et 85 %. Ceci pourrait indiquer la plus forte corrélation significative existant avec l'adoption de saines habitudes de vie et cette catégorie. En d'autres mots, pour arriver à modifier ses habitudes de vie, il faut être motivé, persévérant, redoubler d'efforts et s'attaquer au problème.

Keckeisen et Nyamathi (1990) ont observé une diminution de l'adaptation psychosociale lorsque la personne ayant subi un IM utilise davantage les stratégies adaptatives centrées sur les émotions. Ceci indique que les patients croient ne pas avoir de contrôle sur les événements puisqu'ils les considèrent non modifiables. Le lien négatif et significatif entre l'utilisation de stratégies de distanciation et d'évitement et l'adoption de saines habitudes de vie des sujets de la présente étude supporte cette conclusion mais seulement chez les non participants au programme d'enseignement. Les participants au programme d'enseignement ont adopté de façon significative de saines habitudes de vie et ils utilisaient davantage les autres catégories de stratégies plutôt que celles de la distanciation et de l'évitement.

La recherche de soutien social favorise l'adoption de saines habitudes de vie seulement chez les non participants. Ce résultat s'explique difficilement d'autant plus que c'est la catégorie de la recherche de soutien social qui distingue les participants.

Les participants au programme d'enseignement qui utilisent des stratégies de distanciation et de l'évitement présentent un bien-être plus élevé. Selon Folkman et Lazarus

(1988), cette catégorie est fréquemment utilisée lors de stress intense et son utilisation est bénéfique pour gérer les émotions à court termes. Il faut quand même tenir compte que les participants n'ont pas utilisé cette catégorie de façon prépondérante, il semblerait que ce soit encore l'utilisation judicieuse d'une variété de stratégies adaptatives qui favorise l'adaptation (Folkman & Lazarus, 1988 ; Mattlin, Wethington, & Kessler, 1990 ; Pearlin & Schooler, 1978).

L'utilisation des stratégies de recherche de soutien social est associée au bien-être émotionnel particulièrement chez les non participants. Ces résultats sont congruents avec d'autres études. Par exemple, Holahan, Moos, Holahan et Brennan (1995) ont démontré que la recherche de soutien social chez des coronariens, diminue la dépression après un an. Ici aussi, le fait que cette situation s'observe seulement chez les non participants s'explique difficilement. Par contre, il est possible que parmi les non participants, il existe un sous groupe qui aurait utilisé davantage les stratégies de la recherche de soutien social malgré la non participation au programme d'enseignement. Plusieurs non participants se justifiaient de ne pas participer parce qu'il connaissaient des gens qui pouvaient les aider, soit des professionnels de la santé ou des personnes ayant vécu la même expérience. Ces gens privilégient donc leur réseau de soutien informel.

L'utilisation des stratégies de distanciation et d'évitement est relié au fonctionnement social seulement chez les non participants. Ce résultat peut s'expliquer par l'évaluation subjective qui est effectuée par le patient lui-même. Il est possible que les non participants utilisent davantage le déni et qu'ils ne reconnaissent pas les limites imposées par leur maladie.

Les stratégies adaptatives qui prédisent l'adaptation

Le fait de se joindre à un programme d'enseignement indique que les participants recherchent du soutien social et sont prêts et motivés à faire les changements nécessaires pour modifier leurs habitudes de vie. Il n'est donc pas étonnant que la participation au programme d'enseignement englobe une multitude de stratégies adaptatives et prédit l'adoption de saines habitudes de vie. Lors de la récupération suite à un premier événement coronarien, l'ensemble des sujets utilise des stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes. Les gens regardent donc le bon côté des choses, redécouvrent ce qui est important dans leur vie et ceci les encourage à tenir bon et à poursuivre de l'avant. Le fait d'avoir une vision positive de l'avenir, de ne pas se sentir abattu et demeurer proactif sont des caractéristiques essentielles pour améliorer leur santé.

Les limites de l'étude

Il faut souligner que la répartition des groupes n'est pas aléatoire donc les liens observés entre la participation et l'adaptation ne sont pas des résultats de causes à effets. Bien que la Fondation des maladies du cœur du Québec ait développé le programme d'enseignement "À vous de jouer", chaque centre hospitalier l'adapte à son environnement. Cette adaptation peut influencer la participation aux séances d'enseignement. Le fait que les entrevues étaient effectuées à un seul temps, toujours par la même personne, dans une période de temps relativement courte, les effets d'histoire, de fluctuations de l'instrument de mesure, de maturation n'ont produit aucun effet. Bien que les sujets n'étaient pas répartis de façon aléatoire à participer ou non au programme d'enseignement, l'investigatrice du projet était au courant de leur groupe d'appartenance seulement à la fin de l'administration des questionnaires. Les analyses comparant les deux groupes ont aussi démontré des

caractéristiques sociodémographiques similaires. La perte de trois sujets recrutés n'a pas influencé la répartition des groupes et l'interprétation des résultats. La validité interne de cette étude est donc considérée adéquate. La taille de l'échantillon, bien que convenable selon Burns et Groves (1993), et la sélection élargie du diagnostic se référant à un premier événement coronarien peut influencer la validité externe de l'étude, par conséquent, limiter la portée et la généralisation des résultats.

Les recommandations pour la recherche et la pratique infirmière

Notre étude a démontré que de façon naturelle, les patients qui recherchent du soutien social participent plus au programme d'enseignement "À vous de jouer". Recruter les sujets lorsque la recherche du soutien social est à son maximum, trois semaines après l'événement coronarien (King, 1985), pourrait s'avérer plus bénéfique pour l'adoption de saines habitudes de vie et un meilleur bien-être émotionnel puisque les patients oublient l'information offerte lors de la période hospitalière (Benson & Rideout, 1977). Nous recommandons donc d'offrir une relance téléphonique systématique à trois semaines pour offrir ce programme. Cette recommandation est appuyée par Wasson et al. (1992). Une autre étude pourrait être effectuée auprès d'une clientèle cardiaque provenant d'un centre référant qui prescrit un programme d'enseignement. Ceci nous permettrait de vérifier l'influence de la prescription sur l'utilisation des différentes stratégies adaptatives en lien avec l'adaptation.

La conclusion

Participer à un programme d'enseignement englobe une multitude de stratégies adaptatives. Les patients utilisant des stratégies adaptatives de réévaluation positive et de résolution de problèmes et qui s'abstiennent de celles de distanciation et d'évitement adoptent de meilleures habitudes de vie sans nécessairement participer à un programme

d'enseignement. Par contre, la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien, favorise l'adoption de saines habitudes de vie surtout la diminution de l'apport en gras dans son alimentation, la pratique de l'activité physique, la gestion du stress et le retour au travail.

Les références

Ades, P. A., Huang, D., & Weaver, S. O. (1992). Cardiac rehabilitation participation predicts lower hospitalization costs. American Heart Journal, *123*, 916-921.

Ades, P. A., Waldman, M. L., Polk, D. M., & Cofelsky, J. T. (1992). Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged > 62 years. American Journal of Cardiology, *69*, 1422-1425.

Aguilera, D. C. (Ed.). (1994). Crisis Intervention : Theory and methodology (7th ed.). St.Louis: Mosby.

Bar, F. W., Hoppener, P., Diederiks, J., Vonkens, H., Bekkers, J., Hoofd, W., Appels, A., & Wellens, H. J. J. (1992). Cardiac rehabilitation contributes to the restoration of leisure and social activities after myocardial infarction. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, *12* (2), 117-125.

Benson, G., Arthur, H., & Rideout, E. (1997). Women and heart attack : a study of women experiences. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, *8*(3), 16-23.

Berra, K., Houston Miller, N., Sachs, D., & Barr Taylor, C. (1992). Cigarette smoking : Current concepts and issues for cardiovascular and pulmonary rehabilitation specialists. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, *12*(6), 385-391.

Bittner, V., & Oberman, A. (1993). Efficacy studies in coronary rehabilitation. Cardiology Clinics, *11*(2), 333-347.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. Revue canadienne des sciences du comportement, *27*(3), 371-377.

Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisé : résultats normatifs de l'Enquête Santé Québec. Revue Canadienne de Psychiatrie, 38, 339-343.

Burns, N., & Groves, S. (1993). The practice of nursing research : Conduct critique and utilization. Philadelphia: Saunders.

Case, R. B., Moos, A. J., Case, N., McDermott, M., & Eberly, S. (1999). Living alone after myocardial infarction : Impact on prognostic. Journal of the American Medical Association, 267 (4),515-519.

Cléroux, J., Feldman, R. D., & Petrella, R. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension : Recommendations on physical exercise training. Canadian Medical Association Journal, 160(Suppl 9), S21-S28.

Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hébert, P., Fiebach, N. H., Eberlein, K. A., Godwin, J., Qizilbach, N., Taylor, J. O., & Hennekens, C. H. (1990). Blood pressure, stroke and coronary disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure : Overview of randomized drug trials in their epidemiological context. Lancet, 335, 827-838.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). Maladie cardiaque et accident cérébraux-vasculaire. Rapport statistique sur la santé de la population Canadienne (pp. 309-312). Canada: Services gouvernementaux Canada.

Crumlish, C. M. (1994). Coping and emotional response in cardiac surgery patient. Western Journal of Nursing Research, 16, 57-58

Dagenais, G. R., Ahmed, Z., Robitaille, N. M., Gingras, S., Lupien, P. J., Christen, A., Meyer, R., & Rochon, J. (1990). Total and coronary heart disease mortality in relation to major risk factors : Quebec cardiovascular study. Canadian Journal of Cardiology, 6(2), 59-65.

Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. Dans O. Goulet & C. D'Allaire (Eds.), Soins infirmiers et société . Montréal: Gaétan Morin éditeur.

DeBusk, R. F., Houston Miller, N., Superko, H. R., Dennis, C. A., Thomas, R. J., Lew, H. T., Berger, W. E. I., Heller, R. S., Rompf, J., Gee, D., Kraemer, H. C., Bandura, A., Ghandour, G., Clark, M., Shah, R. V., Fisher, L., & Barr Taylor, C. (1994). A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Annals of Internal Medicine, 120(9), 721-729.

Engler, M. B., & Engler, M. M. (1995). Assessment of the cardiovascular effects of stress. Journal of Cardiovascular Nursing, 10(1), 51-63.

Fleury, J., & Moore, S. M. (1999). Family-centered care after acute myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, 13(3), 73-82.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process : Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48(1), 150-170.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Ways of Coping Questionnaire : Research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion : Implications for theory and research. Social Science Medicine, 26 (3), 309-317.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50(3), 571-579.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter : Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5), 992-1003.

Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.), The social context of coping . New York: Plenum Press.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. Journal of American Medical Association, 270, 1819-1825.

Fridlund, B., Hogstedt, B., Lidell, E., & Larsson, P. A. (1991). Recovery after myocardial infarction : Effects of a caring rehabilitation program. Scandinavian Journal of Caring Science, 5(1), 23-32.

Gandjbakhch, I., Ollivier, J.-P., & Pavie, A. (1995). Maladie coronaire : Approches stratégiques et thérapeutiques. Paris: Arnette Blackwell.

Gulanick, M. (1991). Is phase 2 cardiac rehabilitation necessary for early recovery of patients with cardiac disease? A randomized, controlled study. Heart and Lung, 20(1), 9-15.

Haider, A. W., Chen, L., Larson, M. G., Evans, J. C., Chen, M. H., & Levy, D. (1997). Antecedent hypertension confers increased risk for adverse outcomes after initial myocardial infarction. Hypertension, *30*, 1020-1024.

Haskell, W. L., Alderman, E. L., Fair, J. M., Maron, D. J., Mackey, S. F., Superko, H. R., Williams, P. T., Johnstone, I. M., Champagne, M. A., Krauss, R. M., & Farqhar, J. W. (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary disease : The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). Circulation, *89*(3), 975-990.

Henrichon, C. & Robichaud-Ekstrand, S. (2002). Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien. Mémoire non publié (2002), Université de Montréal, Montréal.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. Health Psychology, *1* (2), 152-163.

Ilfeld, F. D. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. Psychological Reports, *39*, 1215-1218.

Invernizzi, G., Bressi, C., Bertrando, P., Passerini, A., Giannelli, A., Clerici, M., Biglioli, C., & Cazzullo, C. L. (1991). Emotional profiles of families with a heart-operated patient : A pilot study. Psychotherapy Psychosomatic, *55*, 1-8.

Jalowiec, A. (1993). Coping with illness : Synthesis and critique of the nursing coping literature from 1980-1990. Dans J. S. Barnfather & L. L. Lyon (Eds.), Stress and coping : State of the science and implications for nursing theory, research, and practice. Indianapolis: Center Nursing Press.

Keckeisen, M. E., & Nyamathi, A. M. (1990). Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. Journal of Cardiovascular Nursing, 5(1), 25-33.

King, K. B. (1985). Measurement of coping strategies, concerns and emotional response in patients undergoing coronary artery bypass grafting. Heart and Lung, 14(6), 579-586.

Kramish Campbell, M., DeVillis, B. M., Strecher, V. J., Ammerman, A. S., DeVillis, R. F., & Sandler, R. S. (1995). Improving dietary behavior : The effectiveness of tailored messages in primary care setting. American Journal of Public Health, 84(5), 738-787.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

Leahey, M., & Wright, L. (1987). Families and life-threatening illness : Assumptions, assessment and intervention. Springhouse: Sprinhouse Corporation.

Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delanwy, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S., & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 49(2), 109-117.

Lewin, B., Robertson, I. H., Cay, E. L., Irving, J. B., & Campbell, M. (1992). Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. Lancet, 339, 1036-1040.

Lidell, E., & Fridlund, B. (1996). Long-term effects of a comprehensive rehabilitation program after myocardial infarction. Scandinavian Journal of Caring Science, 10, 67-74.

Linden, B. (1995). Evaluation of a home-based rehabilitation program for patients recovering from acute myocardial infarction. Intensive and Critical Care Nursing, 11, 10-19.

Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. Journal of Health and Social Behavior, 31, 103-122.

Mayou, R., & Bryant, B. (1987). Quality of life after coronary artery surgery. Quarterly Journal of medicine, 62, 239-248.

Milani, R. V., & Lavie, C. J. (1998). Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. The American Journal of Cardiology, 81, 1233-1236.

Miller, P., Wikoff, R., McMahon, M., Garrett, M. J., & Ringel, K. (1988). Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments post-myocardial infarction. Nursing Research, 37(5), 297-302.

Miller, P., Wikoff, R., McMahon, M., Garrett, M. J., Ringel, K., Collura, D., Siniscalchi, K., Sommer, S., & Welsh, N. (1989). Personal adjustments and regimen compliance 1 year after myocardial infarction. Heart and Lung, 18, 339-346.

Miller, P., Wikoff, R., Garrett, M. J., Stoltenberg, M., McMahon, M., & Smith, T. (1990). Regimen compliance two years after myocardial infarction. Nursing Research, 39(3), 333-336.

Mishara, B. (1987). Traduction française du Ways of Coping Questionnaire. Manuscrit inédit., Université de Montréal, Montréal.

Moos, R. H. (1977). Coping with physical illness. New York : Plenum Medical Book.

Moser, D. K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : The influence of perceived control. Heart and Lung, 24(4), 273-280.

Mullinax, C. H. (1995). Cardiac rehabilitation programs and the problem of patient dropout. Rehabilitation Nursing, 20(2), 90-92.

O'Connor, G. T., Buring, J. E., Yusuf, S., Goldhader, S. Z., Olmstead, E. M., Paffenbarger, R. S., & Hennekens, C. H. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation, 80(2), 234-244.

Oldridge, N. B., Guyatt, G. H., Fischer, M. E., & Rimm, A. A. (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction : Combined experience of randomized clinical trials. Journal of the American Medical Association, 260(7), 945-950.

Oldridge, N. B., Guyatt, G. H., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D., McKelvie, R., Runions, J., Streiner, D., & Torrance, G. (1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology, 67, 1084-1089.

Oldridge, N., Streiner, D., Hoffmann, R., & Guyatt, G. (1995). Profile of mood states and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. Medicine and Science in Sports and Exercise, 27(6), 900-905.

Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Armstrong, W. T., Ports, T. A., McLanahan, S. M., Kirkeeide, R. L., Brand, R. J., & Gould, K. L. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? Lancet, 336, 129-133.

Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Gould, K. L., Merritt, T. A., Sparler, S., Armstrong, W. T., Ports, T. A., Kirkeeide, R. L., Hogeboom, C., & Brand, R. J. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary disease. Journal of the American Medical Association, 280(23), 2001-2007.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Plach, S., Wierenga, M. E., & Heindrich, S. M. (1996). Effect of a post-discharge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health-promoting behaviors. Heart and Lung, 25(5), 367-372.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisé dans l'Enquête Santé Québec. Québec: Gouvernement du Québec.

Salisbury, H. (1994). Health visitors role in cardiac rehabilitation. Health Visitors, 67(8), 262-264.

Schuler, G., Hambrecht, R., Schlierf, G., Niebauer, J., Hauer, K., Neumann, J., Hoberg, E., Drinkmann, A., Bacher, F., Grunze, M., & Kübler, W. (1992). Regular physical exercise and low-fat diet : Effects on progression of coronary artery disease. Circulation, 86(1), 1-11.

Sirles, A. T., & Selleck, C. S. (1989). Cardiac disease and the family : Impact, assessment, and implications. Journal of Cardiovascular Nursing, 3(2), 23-32.

Smith, S. C., Blair, S. N., Criqui, M. H., Fletcher, G. F., Fuster, V., Gersh, B. J., Gotto, A. M., Gould, K. L., Greenland, P., Grundy, S. M., Hill, M. N., Hlatky, M. A., Houston-Miller, N., Krauss, R. M., LaRosa, J., Ockene, I. S., Oparil, S., Pearson, T. A., Rapaport, E., & Starke, R. D. (1995). Consensus Panel Statement : Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. Circulation, 92, 2-4.

Statistique Canada. (1998). Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 (82-567-XPB). Ottawa: Ministre de l'Industrie.

Thompson, D. R. (1989). A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners : effects on anxiety and depression. Journal of Advanced Nursing, 14, 291-297.

Thompson, D. R. (1991). Effect of in-hospital counseling on knowledge in myocardial infarction patients and spouses. Patient Education and Counseling, 18, 171-177.

Van Elderen-van Kemenade, T., Maes, S., & Van den Broek, Y. (1994). Effects of a health education program with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. British Journal of Clinical Psychology, 33, 367-378.

Wasson, J., Gaudette, C., Whaley, F., Sauvigne, A., Baribeau, P., & Welch, G. (1992). Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. Journal of the American Medical Association, 267(13), 1788-1793.

Les remerciements

Les auteurs tiennent à remercier mesdames Sylvie Cossette Ph D., professeure adjointe, Louise Gagnon Ph. D., professeure titulaire, Suzanne Kérouac M.Sc., professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ; Nathalie Martel, statisticienne et enfin, tous les participants de l'étude.

Tableau 1

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Échantillon N	Devis de recherche	Intervention
Miller, P. et al., 1988 1989 1990	103 IM 81 IM 51 IM	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 30 jours Temps 2 : 60 jours Temps 3 : 1 an Temps 4 : 2 ans	Une visite à domicile par l'infirmière 30 jours post-hospitalisation pour : 1) Évaluer les attitudes, les croyances, les ajustements personnels, psychosociaux et sociaux du couple ; 2) Identifier des problèmes et des difficultés reliés à l'assiduité 3) Élaborer un plan de santé (incluant le conjoint)
Thompson D.R. 1989-91	57 IM hommes et leur conjointe	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 5 jours Temps 2 : 60 jours Temps 3 : 3 mois Temps 4 : 6 mois	Programme d'enseignement et de soutien pour le patient et sa conjointe ; 4 fois pour une durée de 30 minutes lors de la période hospitalière (5 jours) ; offert par une infirmière de l'unité coronarienne.
Ornish, D. et al., 1990 1998	41 coronariens 35 coronariens	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 1 an Temps 2 : 5 ans	Une semaine de retraite à l'hôtel; enseignement sur le régime de vie ; diète végétarienne, sans médicament hypocholestérolémiant, techniques de gestion du stress sur cassette audio écoutée 60 minutes par jour ; exercices supervisés à 50-80 % de la FCmax 3 heures par semaine ; groupe de soutien 2 fois / semaine ; enseignement effectué par une équipe multidisciplinaire.
Gulanick, M. 1991	40 IM ou PAC	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 4 sem. Temps 2 : 9 sem.	Groupes 1 et 2 : enseignement et vidéo 15 min. Groupe 1 : épreuve d'effort seulement Groupe 2 : exercices 30 min. 3 fois / sem. X 5 sem. à 70-80 % FCmax. Enseignement effectué 4 sem. suite au congé de l'hôpital par l'infirmière et le cardiologue.

Note. Les résultats de ces études suivent aux pages 47-48-49.

Tableau 1 (suite)

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Echantillon <u>N</u>	Devis de recherche	Intervention
Fridlund, B. et al., 1991 Lidell, E. et al., 1996	110 IM 84 IM	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 4 sem. Temps 2 : 6 mois Temps 3 : 1 an Temps 4 : 5 ans	Rencontre de 60 minutes par l'infirmière à 3 semaines avec le patient et son conjoint pour discuter de l'adaptation familiale reliée à l'IM; à 5 semaines, 60 minute / semaine d'exercices de relaxation, 60minutes/ semaine d'enseignement structuré par thèmes offert par une équipe multidisciplinaire, pendant 6 mois incluant le conjoint.
Oldridge, N et al., 1991-95	201 IM (sujets avec score Beck > 5 ou STAI > 43 lors de l'hospitalisation)	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 8 sem. Temps 2 : 4 mois Temps 3 : 8 mois Temps 4 : 12 mois	Programme d'exercices supervisés à 65 % de la Fc max, 50 minutes 2 fois / semaine X 8 semaines ; enseignement, consultation, relaxation ; 90 minutes / semaines X 8 semaine ; programme offert conjointement aux couples par l'équipe multidisciplinaire.
Lewin B. et al., 1992	168 IM	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 6 sem. Temps 2 : 6 mois Temps 3 : 1 an	Livre autodidacte " <i>Heart Manual</i> " introduit par l'infirmière au congé de l'hôpital ; programme de 6 semaines ; exercices à la maison, enseignement sur la diète, la cessation du tabagisme et la médication ; 2 cassettes audio sur la gestion du stress et les techniques de relaxation, offert aux couples.
Schuler, G. et al., 1992	92 coronariens	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 3 sem. Temps 2 : 3 mois Temps 3 : 6 mois Temps 4 : 9 mois Temps 5 : 1 an	3 semaines d'hospitalisation sur un département de régulation métabolique. Diète phase 3, sans médicament hypocholestérolémiant, exercices supervisés 60 minutes 2 / sem. X 1 an ; échanges suite à chaque séance et exercices 20 min / jour à la maison ; consultation régulières (5 / année) avec le conjoint ; équipe multidisciplinaire.

Note. Les résultats de ces études suivent aux pages 47-48-49.

Tableau 1 (suite)

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Échantillon N	Devis de recherche	Intervention
Van Elderen, T. et al., 1994	48 IM	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : avant congé. Temps 2 : 2 mois Temps 3 : 1 an	Pendant l'hospitalisation ; 2 sessions de 90 minutes en groupe avec le conjoint offert par une équipe multidisciplinaire Séance 1 : médication, facteurs de risque ; Séance 2 : activités physiques et diète, suivi téléphonique 1 / sem. X 6 semaines par l'infirmière.
Haskell, W.L. et al., 1994	300 coronariens	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 1 an Temps 2 : 2 ans Temps 3 : 3 ans Temps 4 : 4 ans	Plan individualisé développé par l'infirmière pour la réduction de facteurs de risque cardiovasculaire ; rencontre avec la nutritionniste et un médicament hypocholestérolémiant prescrit au besoin sans frais ; programme d'exercices (supervisé à la maison) 30 minute 5 / sem. X 6 mois ; programme individualisé anti-tabagisme avec le psychologue, suivi téléphonique ; rencontre 2-3 mois à la clinique des facteurs de risque X 4 ans.
DeBusk, R.F. et al., 1994	585 IM	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 3 mois Temps 2 : 6 mois Temps 3 : 1 an	Lors de l'hospitalisation ; instruction offerte sur un carnet de bord pour la diète, le tabac et l'exercice ; suivi systématique de la clientèle suite à l'hospitalisation sur les modifications souhaitables selon le carnet de bord ; diète phase 2 ; exercices supervisés à la maison à 60-85 % FC max ; médication hypocholestérolémiante au besoin ; environ 9 heures de soins / patient pour la première année ; offert par une équipe multidisciplinaire.

Note. Les résultats de ces études suivent aux pages 47-48-49.

Tableau 1 (suite)

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Échantillon N	Devis de recherche	Intervention
Linden, B., 1995	34 IM	Expérimental randomisé Pré-test Temps 1 : 6 sem.	Livre autodidacte " <i>Heart Manual</i> " introduit par l'infirmière au congé de l'hôpital ; programme de 6 semaines ; exercices à la maison ; enseignement sur la diète, la cessation du tabagisme, la médication ; 2 cassettes audio sur la gestion du stress et les techniques de relaxation, offert aux couples.
Plach, D. et al., 1996	114 coronariens	Quasi-expérimental après l'intervention Groupe témoin Post-test : 3,4 mois	Enseignement offert par l'infirmière et la nutritionniste pendant 2 heures sur : la maladie coronarienne, les facteurs de risque cardiovasculaires, les auto-soins et la nutrition ; conjoint invité.

Notes. IM = infarctus du myocarde ; Beck = *Beck Depression Scale* ; STAI = *State Trait Anxiety Inventory* ; FCmax : fréquence cardiaque maximale ; sem. = semaine ; min. = minutes.
Les résultats de ces études suivent aux pages 47-48-49.

Tableau 1 (suite)

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Arrêt du tabagisme	Saine alimentation	Pratique de l'activité physique	Gestion du stress	Bien-être émotionnel		Fonctionnement social
					Anxiété	Dépression	Retour au
Miller et al., 1988	3 mois NS 6 mois NS HBS	3 mois NS 6 mois NS HBS	3 mois NS 6 mois NS HBS	3 mois NS 6 mois NS HBS	N/A	N/A	N/A
Miller et al., 1989	1 an NS HBS	1 an NS HBS	1 an NS HBS	1 an NS HBS	N/A	N/A	N/A
Miller et al., 1990	(-)2 ans * HBS	2 ans * HBS	2 ans NS HBS	2 ans NS HBS	N/A	N/A	N/A
Thompson 1989-91	N/A	N/A	N/A	N/A	5 jours patient ** conjoint ** HAD	5 jours patient ** conjoint NS HAD	N/A
Ornish et al., 1990 1998	1 an *** TS 5 ans N/A	1 an CHOLtotal * LDL ** HDL NS Poids *** 5 ans LDL NS poids ***	1 an *** 5 ans NS QM	1 an *** 5 ans*** QM	N/A	N/A	N/A
Gulanick 1991	N/A	N/A	4 sem. NS 9 sem. NS QM	N/A	N/A	N/A	N/A
Fridlund et al., 1991	6 mois NS 1 an NS	6 mois NS 1 an NS	6 mois *** 1 an ***	N/A	6 mois NS 1 an NS	6 mois NS 1 an NS	6 mois NS 1 an NS
Lidell et al., 1996	5 ans NS WHO	5 ans * WHO 5 ans NS IMC	WHO 5 ans ** WHO 5 ans ** EE		5 ans NS WHO	5 ans NS WHO	5 ans NS WHO

Tableau 1 (suite)

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Arrêt du tabagisme	Saine alimentation	Pratique de l'activité physique	Gestion du stress	Bien-être émotionnel		Fonctionnement social
					Anxiété	Dépression	Retour au travail
Oldridge et al., 1991-95	N/A	N/A	8 sem. * 1 an NS EE	N/A	8 sem. * 1 an NS STAI	8 sem. * 1 an NS BECK	1 an NS QM
Lewin et al. 1992	N/A	N/A	N/A	N/A	6 sem. * 6 mois NS 1 an * HAD	6 sem. * 6 mois NS 1 an * HAD	N/A
Schuler et al., 1992	1 an N/A	1 an poids *** HDL NS CHOL tot*** Triglycérides ***	1 an EE***	N/A	N/A	1 an NS DS	N/A
Van Elderen et al., 1994	2 mois NS 1 an NS GQHP	2 mois ** 1 an * GQHP	2 mois * 1 an NS GQHP	N/A	2 mois NS 1 an NS STAI	2 mois NS 1 an NS VED	N/A
Haskell et al., 1994	4 ans NS TS	4 ans poids *** IMC *** Plis peau***	4 ans QM* EE ***	N/A	N/A	N/A	N/A
DeBusk et al., 1994	1 an * QM et TS	1 an CHOLtot*** LDL ***	1 an EE***	N/A	N/A	N/A	N/A
Linden 1995	N/A stat. QM	N/A	6 sem.* QM	N/A	6 sem.* HAD	6 sem.* HAD	N/A

Tableau 1 (suite)

Études sur l'adaptation^a suite à la participation à un programme de réadaptation cardiaque, incluant un volet d'enseignement

Auteurs	Arrêt du tabagisme	Saine alimentation	Pratique de l'activité physique	Gestion du stress	Bien-être émotionnel		Fonctionnement social
					Anxiété	Dépression	Retour au travail
Plach et al., 1996	N/A	3,4 mois** HPLP	3,4 mois NS HPLP	3,4 mois NS HPLP	N/A	N/A	N/A

Notes: ^a Adaptation selon la santé ; le bien-être émotionnel ; le fonctionnement social. Adaptation selon la santé : adoption de saines habitudes de vie suivantes : Arrêt du tabagisme, saine alimentation, pratique de l'activité physique, gestion du stress.

Questionnaires d'adaptation : BECK = *Beck Depression Inventory* ; STAI = *State Trait Anxiety Inventory* ; GQHP = *General Questionnaire for Heart Patient* ; HBS = *Health Behavior Scale* ; HPLP = *Health Promoting Lifestyle Profile* ; VED = *Vital Exhaustion and Depression* ; WHO = WHO Questionnaire ; QM = questionnaire maison.

Tests objectifs : CHOL tot. = Cholestérol total ; HDL = lipoprotéines à densité élevée ; LDL = lipoprotéines à faible densité ; TS = Thiocyanate sanguin ou nicotine plasmatique ; EE = épreuve d'effort sous-maximale.

Sem. = semaine.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; NS = non significatif ; N/A = non applicable, non évalué.

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des sujets à l'étude

Caractéristiques	Echantillon total N = 109		Participants n = 33		Non participants n = 76		p
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>f</u>	%	
Sexe							
Masculin	80	73	27	82	53	70	0,19
Féminin	29	27	6	18	23	30	
Statut civil							
Avec conjoint	85	78	29	88	56	74	0,10
Sans conjoint	24	22	4	12	20	26	
Occupation							
Professionnel	7	6	3	9	4	5	0,82
Administrateur	8	7	4	12	4	5	
Commis	6	6	2	6	4	5	
Travailleur manuel	27	25	9	27	18	24	
Entrepreneur	11	10	2	6	9	12	
Retraité	34	31	9	27	25	33	
Ménagère	14	13	3	9	11	15	
Chômeur	2	2	1	3	1	1	
Suffisance de revenu^a							
Inférieure	1	1	0	0	1	1	0,23
Moyenne inférieure	5	5	0	0	5	7	
Moyenne	33	31	10	30	13	31	
Moyenne supérieure	45	42	12	36	33	44	
Supérieure	24	22	11	33	13	17	
Scolarité							
Primaire	33	30	7	21	26	34	0,60
Secondaire	42	39	14	42	28	37	
Collégial	23	21	8	24	15	20	
Universitaire	11	10	4	12	7	9	
Nationalité							
Canadienne	107	98	32	97	75	99	0,54
Autre	2	2	1	3	1	1	
Type de traitement							
Médical	19	17	7	21	12	16	0,61
ACTP	50	46	16	49	34	45	
Chirurgical	40	37	10	30	30	40	
Tabagisme préalable							
Fumeur	42	39	12	36	30	40	0,76
Non fumeur	67	62	21	64	46	61	
Âge							
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>p</u>
	59,3	9,5	58,0	9,2	59,8	9,6	0,36

^aSuffisance de revenu selon le nombre d'occupants dans la maison

f = fréquence ; % = pourcentage ; M = moyenne ; ET = écart type

*p < 0,05.

Tableau 3

Stratégies adaptatives selon la participation au programme d'enseignement "À vous de jouer"

No ^a	Stratégie adaptative	Participants		Non participants		p*
		n = 33		n = 76		
		0-1 ^b	2-3 ^c	0-1 ^b	2-3 ^c	
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Distanciation et évitement						0,12
20	J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin	17 (52)	16 (48)	18 (24)	58 (76)	0,02*
4	J'ai continué comme si rien ne s'était passé	26 (79)	7 (21)	48 (63)	28 (37)	0,36
8	J'ai essayé de tout oublier	25 (76)	8 (24)	54 (71)	22 (29)	0,48
2	J'ai espéré qu'un miracle se produise	28 (85)	5 (15)	62 (82)	14 (18)	0,49
21	J'ai imaginé des solutions miracles	28 (85)	5 (15)	62 (82)	14 (18)	0,72
3	J'ai accepté mon destin, c'était peut être juste de la malchance	14 (42)	19 (56)	33 (43)	43 (57)	0,96
Recherche de soutien social						0,0001*
1	J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation	14 (44)	18 (56)	51 (67)	15 (20)	0,0001*
9	J'ai reçu de l'aide professionnelle	13 (39)	18 (55)	63 (83)	13 (17)	0,0001*
12	J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème	20 (61)	13 (39)	61 (80)	15 (20)	0,002*
16	J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments	24 (73)	9 (27)	67 (88)	9 (12)	0,12
15	J'ai demandé conseil à un parent ou un ami que je respectais	21 (64)	12 (36)	59 (78)	17 (22)	0,36
6	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	16 (48)	17 (52)	36 (47)	39 (51)	0,75
Réévaluation positive et résolution de problèmes						0,053
10	J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi	7 (21)	26 (79)	40 (53)	35 (47)	0,007*
14	J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien	4 (12)	29 (88)	27 (36)	48 (64)	0,08
5	J'ai essayé de regarder les choses du bon côté	1 (3)	32 (97)	15 (20)	61 (80)	0,14
7	Ceci m'a donné le goût de faire quelque chose de créatif	19 (58)	14 (42)	55 (72)	21 (28)	0,23
19	J'ai changé quelque chose en moi	12 (36)	21 (64)	27 (36)	49 (64)	0,24
18	Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner	5 (15)	28 (85)	22 (29)	54 (71)	0,29
13	J'ai redécouvert ce qui était important dans la vie	9 (27)	24 (73)	26 (34)	50 (66)	0,41
11	J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions	21 (64)	12 (36)	54 (71)	22 (29)	0,60
17	J'ai tenu bon et je me suis battu pour ce qui me tenait à cœur	10 (30)	23 (70)	20 (26)	56 (74)	0,71

Note. ^a Numéro de la question retrouvée dans l'instrument de mesure "Les stratégies adaptatives" de Bouchard et al. (1995). ^b 0-1 = jamais- de temps à temps ; ^c 2-3 = souvent - beaucoup.

*p < 0,05.

Tableau 4

Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation au programme d'enseignement (N=109)

	Participants (<u>n</u> = 33)		Non participants (<u>n</u> = 76)				
Catégorie de stratégies adaptatives							
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>p</u> *		
Distanciation et évitement	1,02	0,53	1,19	0,52	0,12		
Recherche de soutien social	1,43	0,64	0,94	0,49	0,0001*		
Réévaluation positive et résolution de problèmes	1,89	0,49	1,66	0,61	0,14		
Santé							
Adoption de saines habitudes de vie	2,48	0,83	1,66	0,83	0,0001*		
Bien-être émotionnel	84,06	11,10	81,00	13,63	0,26		
Fonctionnement social	16,85	1,60	16,09	2,20	0,07		
	Participants (<u>n</u> = 33)			Non participants (<u>n</u> = 76)			
Adoption de saines habitudes de vie							
	<u>n</u>	<u>f</u>	%	<u>n</u>	<u>f</u>	%	<u>p</u> *
Cessation de fumer	12	11	92	30	24	80	0,35
Diminution de l'apport en gras dans son alimentation	30	29	97	73	50	68	0,008*
Pratique de l'activité physique	25	15	60	71	18	25	0,002*
Gestion du stress	30	13	43	72	19	26	0,01*
Fonctionnement social ^a							
Reprise des activités familiales	33	25	76	76	57	75	0,93
• Satisfaction	33	31	94	76	64	84	0,16
Reprise des activités sociales	33	22	67	76	49	65	0,82
• Satisfaction	33	28	85	76	62	82	0,67
Retour au travail ou reprise des tâches domestiques	33	20	61	76	28	37	0,02*
• Satisfaction	33	25	78	76	53	70	0,37

Notes. ^a correspond à l'addition des fréquences indiquant 3, autant que d'habitude et 4, plus que d'habitude.

Les données des sujets dont les habitudes de vie ne nécessitent pas d'être modifiées (ex. patient non-fumeur, habitude de vie idéale) ne sont pas incluses dans le calcul de la fréquence.

M = moyenne ; ET = écart type ; f = fréquence ; % = pourcentage

*p < 0,05.

Tableau 5

Fréquence d'utilisation de chaque stratégie adaptative (N = 109)

No ^a	Catégorie de stratégies adaptatives		%
5	J'ai essayé de regarder les choses du bon côté	RP/RP	85
18	Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner	RP/RP	76
20	J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin	D/É	68
13	J'ai redécouvert ce qui était important dans la vie	RP/RP	68
19	J'ai changé quelque chose en moi	RP/RP	65
17	J'ai tenu bon et je me suis battu pour ce qui me tenait à cœur	RP/RP	63
14	J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien	RP/RP	62
3	J'ai accepté mon destin, c'était peut être juste de la malchance	D/É	57
10	J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi	RP/RP	57
6	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	S	52
9	J'ai reçu de l'aide professionnelle	S	41
4	J'ai continué comme si rien ne s'était passé	D/É	33
7	Ceci m'a donné le goût de faire quelque chose de créatif	RP/RP	33
1	J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation	S	30
8	J'ai essayé de tout oublier	D/É	28
15	J'ai demandé conseil à un parent ou un ami que je respectais	S	27
12	J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème	S	26
2	J'ai espéré qu'un miracle se produise	D/É	18
21	J'ai imaginé des solutions miracles	D/É	18
11	J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions	RP/RP	18
16	J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments	S	17

Notes. ^a Numéro de la question retrouvée dans l'instrument de mesure le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives" de Bouchard et al. (1995).

Catégorie de stratégies adaptatives : D/É = Distanciation et évitement ; S = Recherche de soutien social ; RP/RP = Réévaluation positive et résolution de problèmes ; % = pourcentage d'utilisation de stratégies adaptatives.

Tableau 6

Corrélations entre les catégories de stratégies adaptatives et l'adaptation selon l'adoption de saines habitudes de vie, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social

Catégorie de stratégies adaptatives	Échantillon total		Participants		Non participants	
	N - 109		n = 33		n = 76	
	r	p	r	p	r	p
Selon l'adoption de saines habitudes de vie						
Distanciation et évitement	- 0,27	0,004*	0,18	0,33	-0,26	0,02*
Recherche du soutien social	0,41	0,001*	0,20	0,26	0,36	0,002*
Réévaluation positive et résolution de problèmes	0,52	0,001*	0,44	0,01*	0,52	0,0001*
Selon le bien-être émotionnel						
Distanciation et évitement	0,03	0,77	0,38	0,03*	-0,12	0,32
Recherche du soutien social	0,20	0,04*	0,14	0,42	0,32	0,005*
Réévaluation positive et résolution de problèmes	-0,04	0,64	-0,28	0,12	0,05	0,70
Selon le fonctionnement social						
Distanciation et évitement	0,10	0,32	-0,28	0,11	0,26	0,02*
Recherche du soutien social	-0,02	0,83	0,02	0,93	-0,15	0,20
Réévaluation positive et résolution de problèmes	0,05	0,58	0,23	0,20	-0,03	0,80

*p < 0,05.

Tableau 7

Sommaire de l'analyse de régression linéaire hiérarchique pour les variables qui prédisent l'adoption de saines habitudes de vie, le bien-être émotionnel et le fonctionnement social (N = 109)

Adoption de saines habitudes de vie ^a			
Variable	β	ES β	p
Étape 1			
* Participation	0,66	0,15	< 0,0001
Réévaluation positive et résolution de problèmes	0,72	0,12	< 0,0001
Étape 2			
* Participation	0,61	0,15	0,0001
Réévaluation positive et résolution de problèmes	0,70	0,12	< 0,0001
Distanciation et évitement	-0,32	0,13	0,016
Notes. ^a Étape 1, $R^2 = 0,38$ ($p < 0,0001$) ; Étape 2, $R^2 = 0,41$ ($p < 0,0001$). ^b La variable participation est forcée à l'étape 1 dans l'analyse. β = coefficient béta standardisé ; ES β = erreur standard du coefficient béta ; $p < 0,15$.			
Selon le bien-être émotionnel ^b			
Variable	β	ES β	p
Étape 1			
* Participation	-6,06	2,84	0,03
Recherche de soutien social	6,17	2,23	0,007
Étape 2			
* Participation	-14,85	5,09	0,004
Soutien	6,40	2,20	0,005
Participation et distanciation et évitement	8,51	4,12	0,04
Étape 3			
* Participation	2,44	9,54	0,80
Recherche de soutien social	7,37	2,21	0,001
Participation et distanciation et réévaluation positive et résolution de problèmes	-9,52	4,42	0,04
Participation et distanciation et évitement	8,73	4,05	0,03

Étape 4			
* Participation	-4,73	10,90	0,67
Recherche de soutien social	8,12	2,38	0,0009
Réévaluation positive et résolution de problèmes	-2,31	2,47	0,35
Distanciation et évitement	-2,93	2,70	0,28
Participation et réévaluation positive et résolution de problèmes	-7,51	4,94	0,13
Participation et distanciation et évitement	11,74	4,87	0,02

Notes. ^b Étape 1, $R^2 = 0,03$ ($p = 0,01$) ; Étape 2, $R^2 = 0,11$ ($p = 0,005$) ; Étape 3, $R^2 = 0,15$ ($p = 0,002$) ; Étape 4, $R^2 = 0,17$ ($p = 0,004$).

* La variable participation est forcée à l'étape 1 dans l'analyse.

β = coefficient béta standardisé ; $ES \beta$ = erreur standard du coefficient béta ; $p < 0,05$.

Le fonctionnement social ^c			
Variable	β	$ES \beta$	p
Étape 1			
* Participation	0,76	-0,42	0,07

Note. ^c Étape 1, $R^2 = 0,03$ ($p = 0,07$).

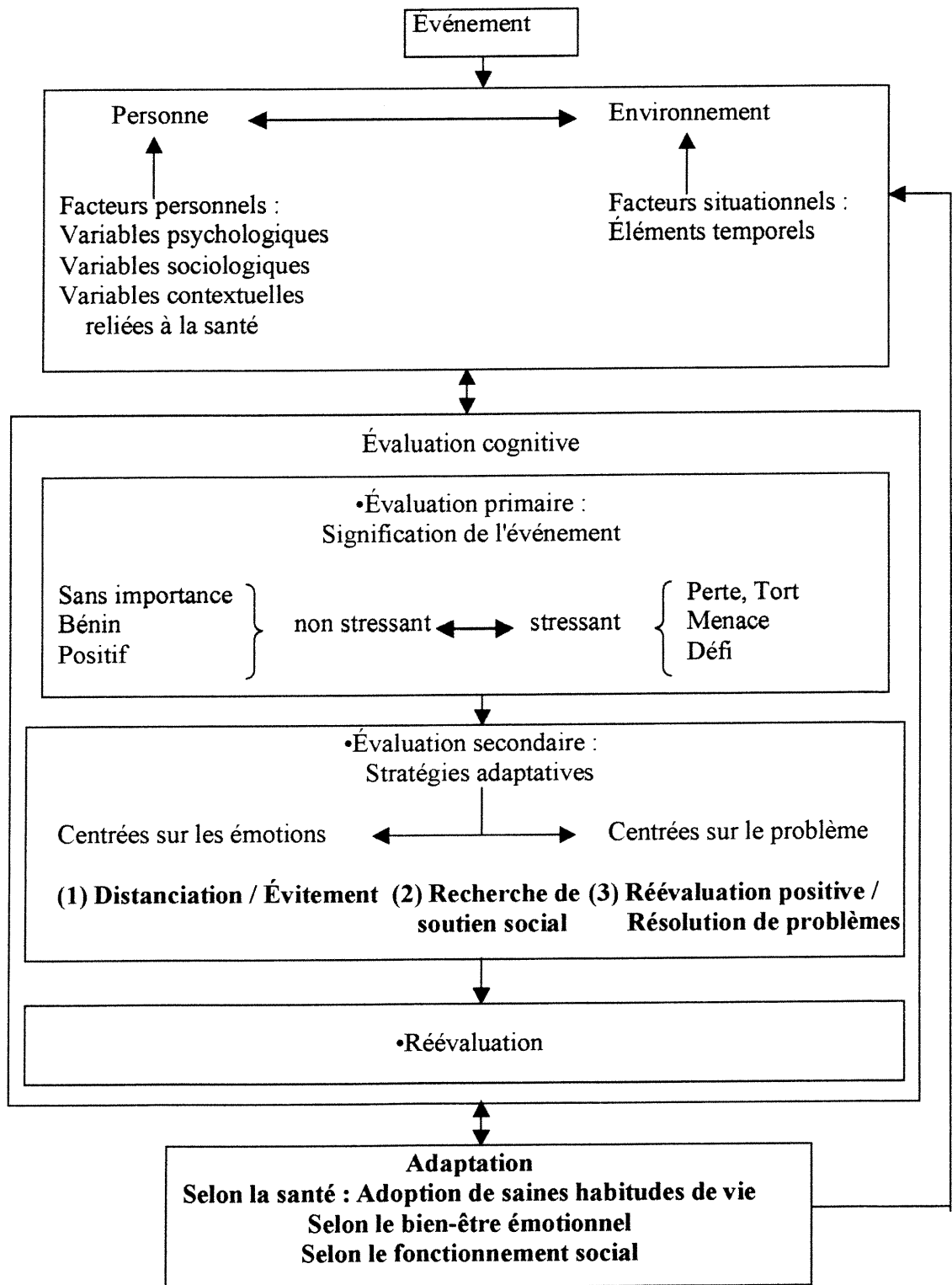
* La variable participation est forcée à l'étape 1 dans l'analyse.

β = coefficient béta standardisé ; $ES \beta$ = erreur standard du coefficient béta ; $p < 0,05$.

* $p < 0,05$.

La liste des figures

Figure 1. Schéma adapté du cadre théorique du stress et du *coping* de Bouchard et al. (1995), de Folkman et al. (1991) et de Lazarus et Folkman (1984).



Les références

Ades, P. A., Huang, D., & Weaver, S. O. (1992). Cardiac rehabilitation participation predicts lower hospitalization costs. *American Heart Journal*, *123*, 916-921.

Ades, P., Waldmann, M. L., Polk, D. M., & Coflesky, J. T. (1992). Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged > 62 years. *American Journal of Cardiology*, *69*, 1422-1425.

Aguilera, D. C. (1994). *Crisis Intervention : theory and methodology*. Seventh Edition. St-Louis : Mosby.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

Alonzo, A. A. (1999). Acute myocardial infarction and Posttraumatic Stress Disorder : the consequences of cumulative adversity. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *13* (3), 33-45.

Bar, F. W., Hoppener, P., Diederiks, J., Vonken, H., Bekkers, J., Hoofd, W., Appels, A., & Wellens, H. J. J. (1992). Cardiac rehabilitation contributes to the restoration of leisure and social activities after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *12* (2), 117-125.

Berra, K., Houston Miller, N., Sachs, D., & Barr Taylor, C. (1992). Cigarette smoking : Current concepts and issues for cardiovascular and pulmonary rehabilitation specialists. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *12* (6), 385-391.

Bittner, V. & Oberman, A. (1993). Efficacy studies in coronary rehabilitation. *Cardiology Clinics*, *11* (2), 333-347.

Blumenthal, J. A., Williams, R. S., Wallace, A. G., Williams Jr., R. B., & Needles, T. L. (1982). Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *44* (6), 519-527.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *27* (3), 371-377.

Boyer, R., Préville, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisé : résultats normatifs de l'Enquête Santé Québec. *Revue canadienne de psychiatrie*, *38*, 339-343.

Brailey, L. J. (1984). Issues in coping research. *Perspectives in Nursing*, *16* (1), 5-13.

Bramwell, L. (1990). Social support in cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, *1* (4), 7-13.

Burgess, A. W., Lerner, D. J., D'Agostino, R. B., Vokonas, P. S., Hartman, C. R., & Gaccione, P. (1987). A randomized control trial of cardiac rehabilitation. *Social Science Medicine*, *24* (4), 359-370.

Burke, L. E. & Scalzi, C. C. (1989). Behavioral responses of the patient and family : Myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. In S.L. Underhill, S.L. Woods, E.S. Sivarajan Froelicher, C.J. Halpenny (Ed.), *Cardiac Nursing, second edition* (pp. 692-702). Philadelphia : J.B. Lippincott.

Burns, N. & Groves, S. (1993). *The practice of nursing research : conduct critique and utilization*. (2nd ed.). Philadelphia : Saunders.

Buselli, E. F. & Stuart, E. M. (1999). Influence of psychosocial factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *13* (3), 60-72.

Case, R. B., Moos, A. J., Case, N., McDermott, M., & Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction : Impact on Prognosis. *JAMA*, *267* (4), 515-519.

Charlton, M. R. (1993). A cardiac rehabilitation compliance assessment tool. *Rehabilitation Nursing*, *18* (3), 179-184.

Clarke, M. (1984). Stress and coping : Constructs for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *9*, 3-13.

Cléroux, J., Feldman, R. D., & Petrella, R. J. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension : Recommendations on physical exercise training. *Canadian Medical Association Journal*, *160* (Suppl 9), S21-S28.

Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hébert, P., Fiebach, N. H., Eberlein, K. A., Godwin, J., Qizilbach, N., Taylor, J. O., & Hennekens, C. H. (1990). Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: Overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, *335*, 827-838.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). Maladie cardiaque et accident vasculaire cérébral. *Rapport statistique sur la santé de la population Canadienne* (pp.309-312). Canada : Services gouvernementaux Canada.

Crumlish, C. M. (1994). Coping and emotional response in cardiac surgery patients. *Western Journal of Nursing Research*, *16* (1), 57-68.

Dagenais, G. R., Ahmed, Z., Robitaille, N. M., Gingras, S., Lupien, P. J., Christen, A., Meyer, F., & Rochon, J. (1990). Total and coronary heart disease mortality in relation to major risk factors : Quebec cardiovascular study. *Canadian Journal of Cardiology*, *6* (2), 59-65.

Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. Dans Goulet, O. et Dallaire, C. ( dit.), *Soins infirmiers et société* (p.33-55). Montréal : Gaétan Morin  diteur.

Deanfield, J. A., Shea, M. G., & Wilson, R. A. (1986). Direct effects of smoking on the heart : Silent ischemic disturbances of coronary flow. American Journal of Cardiology, *6* (57), 1005.

DeBusk, R. F., Houston Miller, N., Superko, H. R., Dennis, C. A., Thomas, R. J., Lew, H. T., Berger, W. E. III, Heller, R. S., Rompf, J., Gee, D., Kraemer, H. C., Bandura, A., Ghandour, G., Clark, M., Shah, R. V., Fisher, L., & Barr Taylor, C. (1994). A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Annals of Internal Medicine, *120* (9), 721-729.

Engler, M. B. & Engler, M. M. (1995). Assessment of the cardiovascular effects of stress. Journal of Cardiovascular Nursing, *10* (1), 51-63.

Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (16 June, 1993). Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NECP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel II). JAMA, *23* (269), 3015-3023.

Fleury, J. & Moore, S. M. (1999). Family-centered care after acute myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, *13* (3), 73-82.

Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.), The Social Context of Coping (pp.241-260). New York : Plenum Press.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, *21*, 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process : Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48 (1), 150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Ways of Coping Questionnaire : Research edition. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion : Implications for theory and research. Social Science Medicine, 26 (3), 309-317.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter : cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50 (5), 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50 (3), 571-579.

Fondation des maladies du coeur du Canada. (1999). Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux du Canada. Ottawa, Canada : Fondation des maladies du cœur du Canada.

Frasure-Smith, N. (1991). In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. The American Journal of Cardiology, 67, 121-127.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction. JAMA, 270 (15), 1819-1825.

Fridlund, B., Hogstedt, B., Lidell, E., & Larsson, P. A. (1991). Recovery after myocardial infarction : Effects of a caring rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *5* (1), 23-32.

Gandjbakhch, I., Ollivier, J-P., & Pavie, A. (1995). *Maladie coronaire : Approches stratégiques et thérapeutiques*. Paris : Arnette Blackwell.

Gulanick, M. (1991). Is phase 2 cardiac rehabilitation necessary for early recovery of patients with cardiac disease? A randomized, controlled study. *Heart and Lung*, *20* (1), 9-15.

Haider, A. W., Chen, L., Larson, M. G., Evans, J. C., Chen, M. H., & Levy, D. (1997). Antecedent hypertension confers increased risk for adverse outcomes after initial myocardial infarction. *Hypertension*, *30*, 1020-1024.

Halm, M., Penque, S., Doll, N., & Beahrs, M. (1999). Woman and cardiac rehabilitation : Referral and compliance patterns. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *13* (3), 83-92.

Hanson Frost, M. (1993). Commentary on stressors and health outcomes : Implications for nursing research, theory, practice and policy agendas. In J.S. Barnfather and B.L. Lyon (Ed.), *Stress and Coping : State of the Science and Implications for Nursing Theory, Research and Practice* (pp.43-64). Indianapolis : Center Nursing Press.

Harlan III, W. R., Sandler, S. A., Lee, K. L., Lam, L. C., & Mark, D. B. (1995). Importance of baseline functional and socioeconomic factors for participation in cardiac rehabilitation. *The American Journal of Cardiology*, *76*, 36-39.

Haskell, W. L., Alderman, E. L., Fair, J. M., Maron, D. J., Mackey, S. F., Superko, H. R., Williams, P. T., Johnstone, I. M., Champagne, M. A., Krauss, R. M., & Farqhar, J. W. (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease : The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation*, *89* (3), 975-990.

Henrichon, C. & Robichaud-Ekstrand, S. (2002). Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien. Mémoire non publié (2002), Université de Montréal, Montréal.

Hill Rice, V., Fox, D. H., Lepczyk, M., Sieggreen, M., Mullin, M., Jarosz, P., & Templin, T. (1994). A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart & Lung*, *23* (6), 473-486.

Holme, I. (1990). An analysis of randomized trials evaluating the effect of cholesterol reduction on total mortality and coronary heart disease incidence. *Circulation*, *82* (6), 1916-1924.

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *2*, 213-218.

Hunink, M. G. M., Goldman, L., Tosteson, A. N. A., Millteman, M. A., Goldman, P. A., Williams, L. W., Tsevat, J., & Weinstein, M. C. (1997). The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. *JAMA*, *277* (7), 535-542.

Ilfeld, F. D. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, *39*, 1215-1218.

Invernizzi, G., Bressi, C., Bertrando, P., Passerini, A., Giannelli, A., Clerici, M., Biglioli, P., & Cazzullo, C. L. (1991). Emotional profiles of families with a heart-operated patient : A pilot study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *55*, 1-8.

Jain, D., Shaker, S. M., Burg, M., Wackers, F. J., Soufer, R., & Zaret, B. L. (1998). Effects of mental stress on left ventricular and peripheral vascular performance in patients with coronary artery disease. *Journal of the American College in Cardiology*, *31*, 1314-1322.

Jalowiec, A. (1993). Coping With Illness : Synthesis and Critique of the Nursing Coping Literature From 1980-1990. In J.S. Barnfather and B.L. Lyon (Ed.), *Stress and Coping : State of the Science and Implications for Nursing Theory, Research and Practice* (p.65-83). Indianapolis : Center Nursing Press.

Johnson Zerwic, J. (1999). Patient delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *13* (3), 21-32.

Keckeisen, M. E. & Nyamathi, A. M. (1990). Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *5* (1), 25-33.

K erouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pens ee infirmière*. Montréal :  tudes vivantes.

King, A. C., Haskell, W. L., Barr Taylor, C., Kraemer, H. C., & DeBusk, R. F. (1991). Group-vs home-based exercise training in healthy older men and women. A community-based clinical trial. *JAMA*, *266* (11), 1535-1542.

King, A. C., Haskell, W. L., Yong, D. R., Oka, R. K., & Stefanick, M. L. (1995). Long-term effects of varying intensities and formats of physical activity on participation rates, fitness, and lipoproteins in men and women aged 50 to 65 years. *Circulation*, *91* (10), 2596-2604.

King, K. B. (1985). Measurement of coping strategies, concerns, and emotional response in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung*, *14* (6), 579-586.

Kirk-Gardner, R. & Crossman, J. (1991). Cardiac risk factors of smoking, hypertension, obesity and family history : A review of the literature. Canadian Journal of Critical Nursing, 2 (1), 9-14.

Kovess, V., Murphy, H. B. M., Tousignant, M., & Fournier, L. (1985). Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski. (Tome 1 et 3). Verdun : unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, MAS et hôpital Rivière-des Prairies.

Lau, D.C.W. (1999). Obesity and cardiovascular disease risks : implications for practical clinical management. CVD Prevention, 2, 32-36.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York : Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), Health Promotion and Chronic Illness (p.11-31). Copenhagen : Who Regional Publications, European Series, No 44.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research : past, present, and future. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New-York : Springer Publishing Company.

Leahey, M. & Wright, L. (1987). Families and life-threatening illness : assumptions, assessment, and intervention. Springhouse : Springhouse Corporation.

Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S., & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, *49* (2), 109-117.

Lewin, B., Robertson, I. H., Cay, E. L., Irving, J. B., & Campbell, M. (1992). Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet*, *339*, 1036-1040.

Lidell, E. & Fridlund, B. (1996). Long-term effects of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *10*, 67-74.

Linden, B. (1995). Evaluation of a home-based rehabilitation program for patients recovering from acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*, 10-19.

Mark, D. B., Lam, L. C., Lee, K. L., Clapp-Channing, N. E., Williams, R. B., Pryor, D. B., Califf, R. M., & Hlatky, M. A. (1992). Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. *Circulation*, *86* (5), 1485-1494.

Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, *31*, 103-122.

Mayou, R. & Bryant, B. (1987). Quality of life after coronary artery surgery. *Quarterly Journal of Medicine*, *62*, 239-248.

McCall Comoss, P. (1988). Nursing strategies to improve compliance with life-style changes in a cardiac rehabilitation population. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *2* (3), 23-26.

Milani, R. V. & Lavie, C. J. (1998). Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. *The American Journal of Cardiology*, *81*, 1233-1236.

Miller, N. H., Warren, D., & Myers, D. (1996). Home-based cardiac rehabilitation and lifestyle modification : The MULTIFIT Model. Journal of Cardiovascular Nursing, 11 (1), 76-87.

Miller, S. P., Garrett, M. J., Stoltenberg, M., McMahon, M., & Ringel, K. (1990). Stressors and stress management 1 month after myocardial infarction. Rehabilitation Nursing, 15 (6), 306-318.

Miller, S. P., Wikoff, R., Garrett, M. J., McMahon, M., & Smith, T. (1990). Regimen compliance two years after myocardial infarction. Nursing Research, 39 (6), 333-336.

Miller, S. P., Wikoff, R., McMahon, M., Garrett, M. J., & Ringel, K. (1985). Indicators of medical regimen adherence for myocardial infarction patients. Nursing Research, 34 (5), 268-272.

Miller, T. W. (1993). The assessment of stressful life events. In L. Goldberger, S. Breznitz (Ed.), Handbook of Stress (2nd ed). (p.161-173). New York : The Free Press.

Mishara, B. (1987). Traduction française du Ways of Coping Questionnaire. Manuscrit inédit, UQAM

Moos, R. H. (1977). Coping with physical illness. New York : Plenum Medical Book..

Morgan, M. & Dyck, D. (1995). Petro-Canada heart health program. AAOHN Journal, 43 (8), 416-421.

Moser, D. K. & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : The influence of perceived control. Heart & Lung, 24 (4), 273-280.

Mullinax, C. H. (1995). Cardiac rehabilitation programs and the problem of patient dropout. Rehabilitation Nursing, 20 (2), 90-92.

Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. (1982). Multiple risk factor intervention trial : Risk factor changes and mortality results. JAMA, 248 (12), 1465-1477.

O'Connor, G. T., Buring, J. E., Yusuf, S., Goldhaber, S. Z., Olmstead, E. M., Paffenbarger, R. S., & Hennekens, C. H. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, *80* (2), 234-244.

Oldridge, N. B. (1986). Cardiac rehabilitation, self-responsibility, and quality of life. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *6* (4), 153-156.

Oldridge, N. B., Guyatt, G. H., Fischer, M. E., & Rimm, A. A. (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction : Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA*, *260* (7), 945-950.

Oldridge, N. B., Guyatt, G. H., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D., McKelvie, R., Runions, J., Streiner, D., & Torrance, G. (1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, *67*, 1084-1089.

Oldridge, N. B. & Streiner, D. L. (1990). The health belief model : predicting compliance and dropout in cardiac rehabilitation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *22* (5), 678-683.

Oldridge, N. B., Streiner, D. L., Hoffmann, R., & Guyatt, G. (1995). Profile of mood states and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *27* (6), 900-905.

Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Armstrong, W. T., Ports, T. A., McLanahan, S. M., Kirkeeide, R. L., Brand, R. J., & Gould, K. L. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *Lancet*, *336*, 129-133.

Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Gould, K. L., Merritt, T. A., Sparler, S., Armstrong, W. T., Ports, T. A., Kirkeeide, R. L., Hogeboom, C., & Brand, R. J. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*, *280* (23), 2001-2007.

Papademetriou, V. Gottdiener, J. S., Kop, W. J., Howell, R. H., & Krantz, D. S. (1996). Transient coronary occlusion with mental stress. *American Heart Journal*, *132* 1299-1301.

Parker, J. D. A., Endler, N. S., & Bagby, M. (1993). If it changes, it might be unstable : Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment*, *5* (3), 361-368.

Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, *19*, 2-21.

Perrault, C. (1987). Les mesures de santé mentale : Possibilités et limites de la méthodologie utilisée. (Cahier technique 87-06). Québec : Enquête Santé Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux.

Pipe, A.L. (1999). Smoking cessation : Closing the gap between guidelines and practice. *CVD Prevention*, *2*, 18-22.

Plach, S., Wierenga, M.E., & Heindrich, S.M. (1996). Effect of a post-discharge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health-promoting behaviors. *Heart & Lung*, *25* (5). 367-372.

Pollock, M. L., Welsch, M. A., & Graves, J. E. (1995). *Heart Disease and Rehabilitation* (3ième éd). Champaign II. : Human Kinetics.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisé dans l'enquête Santé Québec. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12 (5), 399-405.

Prochaska, J. O. & Goldstein, M. G. (1991). Process of smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine*, 12 (4). 727-735.

Redeker, N. S. (1992). A description of the nature and dynamics of coping following coronary artery by-pass surgery. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, 6 (1), 63-75.

Robertson, S. E. (1987). Le soutien social et son incidence sur les services de consultation à l'intention des handicapés. In H. I. Day & R. I. Brown (Éds.). *Connat 14*, 205-234. Ottawa : Emploi et Immigration Canada.

Robichaud-Ekstrand, S. (1992). Effets d'un programme d'exercices post-infarctus à domicile sur la capacité fonctionnelle, la capacité d'auto-soin et la perception d'auto-efficacité. Thèse de doctorat non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Roy, C. & Andrews, S. L. (1991). The Roy Adaptation Model : The definitive statement. Norwalk, Conn. : Appleton-Lange.

Sacks, F. M., Pfeffer, M. A., Moye, L. A., Rouleau, J. L., Rutherford, J. D., Cole, T. G., Brown, L., Warnica, J. W., Arnold, J. M. O., Wun, C-C., Davis, B. R., & Braunwald, E. For the Cholesterol and Recurrent Event Trial Investigators. (1996). The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. The New England Journal of Medicine, *335* (14), 1001-1009.

Salisbury, H. (1994). Health visitors' role in cardiac rehabilitation. Health Visitor, *67* (8), 262-264.

Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. (1994). Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease : the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet, *334*, 1383-1389.

Schuler, G., Hambrecht, R., Schlierf, G., Niebauer, J., Hauer, K., Neumann, J., Hoberg, E., Drinkmann, A., Bacher, F., Grunze, M., & Kübler, W. (1992). Regular physical exercise and low-fat diet : Effects on progression of coronary artery disease. Circulation, *86* (1), 1-11.

Shaper, A. G., Wannamethee, G., & Weatherall, R. (1991). Physical activity and ischemic heart disease in middle-aged British men. British Heart Journal, *66*, 384-394.

Sirles, A. T. & Selleck, C. S. (1989). Cardiac disease and the family : Impact, assessment, and implications. Journal of Cardiovascular Nursing, *3* (2), 23-32.

Sivarajan Froelicher, E., Kee, L. L., Newton, K. M., Lindskog, B., & Livingston, M. (1994). Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. Heart & Lung, *23* (5), 423-435.

Smith, S. C., Blair, S. N., Criqui, M. H., Fletcher, G. F., Fuster, V., Gersh, B. J., Gotto, A. M., Gould, K. L., Greenland, P., Grundy, S. M., Hill, M. N., Hlatky, M. A., Houston-Miller, N., Krauss, R. M., LaRosa, J., Ockene, I. S., Oparil, S., Pearson, T. A., Rapaport, E., & Starke, R. D. (1995). Consensus Panel Statement : Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation*, *92*, 2-4.

Statistiques Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 (82-567-XPB)*. Ottawa : Ministre de l'Industrie.

Strauss McErlean, E. (1999). Thrombolytic therapy versus primary angioplasty in the treatment of acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *13* (3), 46-59.

Sytkowski, P. A., Kannel, W. B., & D'Agostino, R. B. (1990). Changes in risk factors and the decline in mortality from cardiovascular disease : The Framingham Heart Study. *The New England Journal of medicine*, *322* (23), 1635-1641.

Thompson, D. R. (1989). A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners : effects on anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, *14*, 291-297.

Thompson, D. R. (1991). Effect of in-hospital counseling on knowledge in myocardial infarction patients and spouses. *Patient Education and Counseling*, *18*, 171-177.

Thompson, D. R. & Meddis, R. (1990). Wives' responses to counseling early after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, *34* (3), 249-258.

Van Elderen-Van Kemenade, T., Maes, S., & Van den Broek, Y. (1994). Effects of a health education program with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*, *33*, 367-378.

Wasson, J., Gaudette, C., Whaley, F., Sauvigne, A., Baribeau, P., & Welch, G. (1992). Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *Journal of the American Medical Association*, *267* (13), 1788-1793.

Wenger, N. K. (1991). Rehabilitation of the coronary patient : A preview of tomorrow. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *11* (2), 93-98.

Wiggins, N. (1989). Education and support for the newly diagnosed cardiac family : a vital link in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, *14*, 63-67.

Yates, B. C. (1987). Gender differences in compliance behaviors and health perceptions of coronary bypass surgery patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, *2* (3), 105-112.

Annexe A

Le "Questionnaire sur les stratégies adaptatives"

Version abrégée de Bouchard et al. (1995)

Traduction française de Mishara (1987)

Version originale de Folkman et Lazarus (1986)

À quelle fréquence utilisez-vous les stratégies adaptatives suivantes suite à votre événement coronarien.

0 = pas utilisé

1 = utilisé de temps en temps

2 = utilisé souvent

3 = beaucoup utilisé

1	J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation.	0	1	2	3
2	J'ai espéré qu'un miracle se produise.	0	1	2	3
3	J'ai accepté mon destin, c'était peut-être juste de la malchance.	0	1	2	3
4	J'ai continué comme si rien ne s'était passé.	0	1	2	3
5	J'ai essayé de regarder les choses du bon côté.	0	1	2	3
6	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	0	1	2	3
7	Ceci m'a donné le goût de faire quelque chose de créatif.	0	1	2	3
8	J'ai essayé de tout oublier.	0	1	2	3
9	J'ai reçu de l'aide professionnelle.	0	1	2	3

10	J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi.	0	1	2	3
11	J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions.	0	1	2	3
12	J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème.	0	1	2	3
13	J'ai redécouvert ce qui était important dans la vie.	0	1	2	3
14	J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien.	0	1	2	3
15	J'ai demandé conseil à un parent ou à un(e) ami(e) que je respectais.	0	1	2	3
16	J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments.	0	1	2	3
17	J'ai tenu bon et je me suis battu(e) pour ce qui me tenait à cœur.	0	1	2	3
18	Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner.	0	1	2	3
19	J'ai changé quelque chose en moi.	0	1	2	3
20	J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin.	0	1	2	3
21	J'ai imaginé des solutions miracles.	0	1	2	3

Annexe B

"L'échelle d'adoption de saines habitudes de vie"

Henrichon et Robichaud-Ekstrand (1999)

NO D'IDENTIFICATION :

Ce questionnaire permet d'évaluer l'adoption de saines habitudes de vie. Indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre situation au cours de la dernière semaine.

0 = aucunement

1 = légèrement

2 = moyennement

3 = énormément

4 = totalement

5 = ne s'applique pas

1. J'ai arrêté ou diminué de fumer. ()
2. J'ai diminué l'apport de gras dans mon alimentation. ()
3. Je pratique plus d'activités physiques qu'auparavant. ()
4. J'utilise des moyens sains et efficaces pour mieux gérer mon stress. ()

Annexe C

"L'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec**IDPESQ-14**

Préville et al. (1992)

Identifiez la réponse qui correspond le mieux à votre situation au cours de la dernière semaine.

- (0) jamais
- (1) de temps en temps
- (2) assez souvent
- (3) très souvent

1. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ?

(0) (1) (2) (3)

2. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?

(0) (1) (2) (3)

3. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?

(0) (1) (2) (3)

4. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les bleus ?

(0) (1) (2) (3)

5. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?

(0) (1) (2) (3)

6. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?

(0) (1) (2) (3)

7. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?
(0) (1) (2) (3)
8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?
(0) (1) (2) (3)
9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?
(0) (1) (2) (3)
10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?
(0) (1) (2) (3)
11. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?
(0) (1) (2) (3)
12. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres ?
(0) (1) (2) (3)
13. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?
(0) (1) (2) (3)
14. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?
(0) (1) (2) (3)

Note. * Pour le bien-être émotionnel recodification des résultats :

0 = 3 ; 1 = 2 ; 2 = 1 ; 3 = 0.

Annexe D

"L'échelle du fonctionnement social"

Henrichon (1999)

NO D'IDENTIFICATION :

Ce questionnaire évalue votre niveau de fonctionnement social. Dites dans quelle mesure ces questions s'appliquent à vous, en considérant l'ensemble de vos activités sociales entreprises pendant la dernière semaine, comparativement aux activités que vous aviez avant l'événement coronarien.

* 1 = Bien moins que d'habitude

2 = Moins que d'habitude

3 = Autant que d'habitude

4 = Plus que d'habitude

1. Avez-vous repris vos activités familiales ? ()
2. Êtes-vous satisfait de vos activités familiales ? ()
3. Avez-vous repris vos activités sociales ? ()
4. Êtes-vous satisfait de vos activités sociales ? ()
5. Avez-vous repris vos activités sur le marché du travail ou vos tâches domestiques ? ()
6. Êtes-vous satisfait de vos activités sur le marché du travail ou de vos tâches domestiques ? ()

Note. * Pour l'interprétation des analyses statistiques les réponses 1-2 et 3-4 ont été regroupées.

Annexe E

**"Le questionnaire de données sociodémographiques
et cliniques**

NO. d'identification : _____ Date : - -

1) Diagnostic médical :

- (a) angine
- (b) infarctus du myocarde
- (c) angioplastie coronarienne (ACTP)
- (d) chirurgie de revascularisation coronarienne (PAC)

2) Age :

3) Sexe :

- (a) masculin
- (b) féminin

4) Nationalité :

- (a) canadienne
- (b) autres :

5) Statut civil :

- (a) vivant avec un(e) conjoint(e)
- (b) vivant sans conjoint(e)

6a) Occupation : (avant l'événement coronarien)

- (a) professionnel
- (b) administrateur
- (c) commis
- (d) travailleur manuel
- (e) propriétaire/entrepreneur
- (f) retraité
- (g) ménagère
- (h) chômeur

6b) Travail :

- (a) à temps complet
- (b) à temps partiel
- (c) ne s'applique pas

7) Revenu familial : \$ _____/année**Nombre d'occupant dans la famille :****Niveau de l'échelle salariale obtenu :**

(a) inférieur 1-4 pers < 10 000 \$

5 et + < 15 000 \$

(b) moyenne inférieure 1-2 pers 10 000 \$- 14 999

3-4 pers 10 000 \$- 19 999

5 et + 15 000 \$- 29 000

- (c) moyenne 1-2 pers 15 000 \$- 29 999
 2-4 pers 20 000 \$- 39 000
 5 et + 30 000 \$- 59 999
- (d) moyenne supérieure 1-2 pers 30 000 \$- 59 999
 3-4 pers 40 000 \$- 79 999
 5 et + 60 000 \$- 79 999
- (e) supérieure 1-2 pers > 60 000 \$
 3 et + > 80 000 \$

8) Scolarité :

- (a) niveau primaire
 (b) niveau secondaire complété
 (c) niveau collégial complété
 (d) niveau universitaire complété

9) Avez-vous participé au programme d'enseignement "À vous de jouer" ?

- (a) non (passez à la question 11)
 (b) oui

La prochaine section s'adresse seulement à ceux qui ont participé seulement.

10a) A quel endroit ?

- (a) Hôpital du Sacré Cœur (Montréal)
 (b) Cité de la Santé (Laval)
 (c) autre :

10b) Quel a été votre taux de participation ?

- (a) 1 séance sur 4= 25%
- (b) 2 séances sur 4= 50%
- (c) 3 séances sur 4= 75%
- (d) 4 séances sur 4= 100%

10c) Votre conjoint (ou une autre personne) a-t-il participé au programme d'enseignement ?

- (a) non
- (b) oui, 1 séance sur 4= 25%
- (c) oui, 2 séances sur 4= 50%
- (d) oui, 3 séances sur 4= 75%
- (e) oui, 4 séances sur 4= 100%
- (f) ne s'applique pas

11) Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas participé au programme d'enseignement ?

- (a) je n'en avais pas besoin
- (b) je n'avais pas de transport
- (c) j'étais physiquement incapable
- (d) je n'étais pas prêt émotionnellement
- (e) autre :
- (f) ne s'applique pas, j'ai participé

12) Avez-vous consulté pour un problème médical depuis l'événement coronarien ?

(consultation autre que la visite de routine recommandée)

(a) oui

(b) non

13) Quelles sont les sources d'information qui vous ont permis d'acquérir des connaissances sur la maladie et la réadaptation coronarienne ?

(a) internet

(b) pamphlet, volume ou autres lectures

(c) contact personnel (voisins, amis, parents)

(d) intervenants de santé

(e) autres sources :

Je vous remercie de votre participation. Avez-vous des questions auxquelles je pourrais répondre ?

Annexe F

Madame Geneviève Bouchard
Département de psychologie,
Université de Moncton
Nouveau-Brunswick
E1A 3E9

Demande d'utilisation

Par la présente, je demande la permission d'utiliser le questionnaire sur les stratégies adaptatives que vous avez développé avec vos collègues (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995). J'aimerais l'utiliser lors de l'étude que je me propose d'effectuer et qui s'intitule : "Stratégies adaptatives et adaptation de personnes atteintes d'insuffisance coronarienne". Il est entendu que j'indiquerai la source lors de mes publications.

Merci à l'avance de votre sollicitude.


Carole Henrichon



Par la présente, j'autorise Madame Carole Henrichon à utiliser le questionnaire sur les stratégies adaptatives développé par Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer et Wright (1995).

Signé le 02-02-2000

Date


Signature



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
BAS-SAINT-LAURENT

Rimouski, le 21 décembre 1999

Madame Carole Henrichon
Hôpital du Sacré-Coeur
Salle d'opération

Montréal (Québec)

Madame,

La présente fait suite à notre conversation téléphonique de la semaine dernière concernant votre demande d'utilisation de l'indice de détresse psychologique de Santé Québec utilisée lors de l'enquête sociale et de santé (IDPESQ-14).


Cet indice est composé de 14 questions avec une échelle de réponse de type Likert. Je vous ai joint, en annexe, une procédure en programmation SPSS permettant de calculer les scores à cet indice tout en définissant un certain nombre de non réponses partielles. Cette procédure de calcul vous donne également le seuil de coupure de la catégorie élevée de détresse pour l'ensemble de la population québécoise de 15 ans, et plus déterminé lors de l'enquête Santé Québec de 1987.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez besoin d'informations supplémentaires pour l'utilisation de cette échelle d'estimation de la détresse psychologique.

Espérant le tout à votre convenance, je vous d'accepter, chère madame Henrichon, mes meilleurs vœux du temps des Fêtes.


Gilles Légaré
Épidémiologiste

P.j. (1)



Annexe G



Hôpital
du Sacré-Coeur
de Montréal

PROJET DE RECHERCHE

TITRE: Stratégies adaptatives et adaptation de personnes atteintes d'une insuffisance coronarienne

LIEU: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

CHERCHEUR: Madame Carole Henrichon, infirmière et docteur Pierre Pagé

COORDONNATEUR DU PROJET:

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE: Comparer les stratégies adaptatives et de déterminer quelles dimensions prédisent le niveau d'adaptation suite à un premier événement coronarien

TYPE DE RECHERCHE: Descriptive corrélationnelle.

ÉLIGIBILITÉ DES SUJETS: Sujets hospitalisés pour recevoir un traitement suite à un premier événement coronarien. Les sujets devront être exempts de déficits cognitifs ou autre maladie chronique incapacitante et comprendre et parler le français

LES CONSÉQUENCES ÉTHIQUES:

·	Liberté de participer:	oui
·	Confidentialité:	oui
·	Consentement éclairé:	oui
·	Liberté d'en sortir sans contrainte:	oui

FORMULE DE CONSENTEMENT: requise: oui
approuvée: oui

DATE DE RÉCEPTION : 31 janvier 2000

COMITÉ D'ÉTHIQUE: No de code: C.E.2000-03-27

DATE DE L'ÉTUDE PAR LE COMITÉ : 21 mars 2000

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

**AVIS:
FAVORABLE**

Me André Morel, président
Dr Jean-Luc Malo, secrétaire
M. Guy Beauregard, éthicien
Mme Rolande Daignault, représentante de la direction générale
Mme Anne Fillion, département de pharmacie
Mme Danielle Fleury, représentante de la DSI
Dr Jean-Jacques Gauthier, représentant de la DSPH
Mme Louise B. Harvey, représentante du public
Dr Alain Jodoin, représentant du CMDP
Dr Pierre Rousseau, représentant de l'Université de Montréal
Mme Marie-France Thibaudeau, représentante du C.A.


Me André Morel, président

Annexe H

Le formulaire de consentement

Titre : Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien.

Nom du chercheur : Carole Henrichon, inf. M.Sc.(cand.)

Té [REDACTED]

Nom de la directrice de recherche : Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph. D.
[REDACTED]

Nom du chercheur affilié au centre de recherche : Pierre Pagé, M.D.

Information générale

Subir un premier événement coronarien bouleverse une personne de plusieurs façons. Chaque personne réagit différemment et s'adapte à sa maladie comme elle le peut. Le but de cette recherche est d'identifier les stratégies adaptatives utilisées et de vérifier leurs effets sur l'adaptation pour la santé, le bien-être et le fonctionnement social. Les sujets qui ont subi un premier événement coronarien, peu importe leurs intentions de participer ou de ne pas participer au programme d'enseignement "À vous de jouer", sont invités à participer à cette recherche. Le nombre de sujets est de 30 dans chacun des groupes (participants et non-participants au programme "À vous de jouer"). Les connaissances obtenues permettront aux infirmières de favoriser l'adaptation chez la personne qui subit un événement coronarien.

Déroulement de la recherche

En participant à cette recherche, vous acceptez de répondre une seule fois à cinq questionnaires. Les questionnaires prendront environ 20 minutes à compléter et concernent les stratégies adaptatives utilisées, votre adaptation selon la santé, le bien-être et le fonctionnement social, et quelques données sur votre situation sociale et démographique. Vous répondrez aux questionnaires lors d'un entretien téléphonique huit semaines après votre congé de l'hôpital.

Risques et inconvénients

Il n'existe aucun risque à participer à cette recherche. Le seul inconvénient est le temps requis pour répondre aux questionnaires, soit environ 20 minutes à la maison par un entretien téléphonique.

Avantages

Il se peut que vous ne retiriez aucun avantage à participer à cette recherche. Par contre, votre participation permettra d'identifier les stratégies adaptatives efficaces chez la personne qui a subi un événement coronarien, ce qui permettra aux infirmières d'améliorer leurs connaissances afin de favoriser l'adaptation chez celles-ci. De plus l'investigatrice pourra vous référer auprès de personnes ressources si vous en exprimez le besoin.

Liberté de participation

Vous êtes libre de participer à cette recherche et de vous retirer en tout temps. Votre décision de ne pas participer à la recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite. Si vous avez des questions concernant cette recherche vous pouvez communiquer avec madame Carole Henrichon au numéro de téléphone suivant : [REDACTED]

Confidentialité

Les informations recueillies seront confidentielles et votre identité sera substituée à un numéro de codification. Aucune publication résultant de cette recherche ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Si vous désirez communiquer avec une personne ressource non impliquée dans ce protocole de recherche, Madame Manon Éthier, infirmière-chef de la cardiologie est disponible au numéro de téléphone suivant : [REDACTED]

CONSENTEMENT

J'ai lu et je comprends le contenu de cette formule. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je comprends que je demeure libre de me retirer en tout temps de cette recherche et je n'en subirai aucun préjudice.

Je, soussigné(e), accepte de participer à cette recherche.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Date : _____

Nom du participant
(lettres moulées)

Signature du participant

Nom du témoin
(lettres moulées)

Signature du témoin

Nom de la chercheuse
(lettres moulées)

Signature de la chercheuse

Un formulaire pour le sujet.

Un formulaire pour le dossier médical.

Un formulaire pour le dossier de recherche.