

Université de Montréal

Comportements de promotion de la santé  
des aidantes d'une personne atteinte  
d'un trouble mental et facteurs associés

par

France Laflamme

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention d'un grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières

Avril 2000

© France Laflamme, 2000



WY  
5  
058  
2000  
V.004  
ex 3

Établissement de Montréal

Comptes rendus de l'Assemblée de la Faculté  
des sciences d'une personne accréditée  
à un diplôme de premier cycle

Faculté des sciences  
Montréal

Membre du conseil de la Faculté des sciences  
à la suite de l'obtention d'un grade de  
Maîtrise en sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières



Montréal  
Le 12 mai 2012

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé  
Comportements de promotion de la santé  
des aidantes d'une personne atteinte  
d'un trouble mental et facteurs associés

présenté par  
France Laflamme

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Lauzon, inf. Ph.D., présidente du jury  
Francine Ducharme, inf. Ph.D., membre du jury  
Nicole Ricard, inf. Ph.D., directrice de recherche

Mémoire accepté le 13 juillet 2000

## Sommaire

Cette étude avait pour buts de (1) décrire les comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental, (2) vérifier la relation entre, d'une part leurs caractéristiques personnelles, leur perception d'auto-efficacité, leurs influences interpersonnelles, leurs influences situationnelles et, d'autre part leurs comportements de promotion de la santé et finalement, (3) vérifier la contribution des variables à l'étude aux comportements de promotion de la santé des aidantes. Basée sur le modèle en soins infirmiers McGill (1982) et le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1996), cette étude descriptive corrélationnelle a été réalisée auprès d'un échantillon de convenance composé de 61 aidantes. Les participantes ont répondu à un questionnaire concernant leurs caractéristiques personnelles et à des outils de mesure permettant d'évaluer leur perception d'auto-efficacité (Self-Rated for Health Practice Scale), leurs influences interpersonnelles, leurs influences situationnelles (Family Experiences Interview Schedule Short-Form) et leurs comportements de promotion de la santé (Health Promoting Lifestyle Profile II). Pour ce qui est des comportements de promotion de la santé, le score global moyen indique que le plus fort pourcentage (62%) des aidantes pratiquent quelquefois des comportements de promotion de la santé. Alors que les comportements les plus pratiqués sont ceux concernant une saine alimentation, la croissance personnelle et les relations interpersonnelles satisfaisantes, la pratique des comportements concernant la responsabilité pour leur santé, la gestion du stress et les exercices physiques s'avère occasionnelle. Parmi les caractéristiques personnelles, le nombre d'heures consacrées au travail rémunéré par les aidantes s'avère le seul facteur associé à l'échelle totale des comportements de promotion de la santé ( $r=-0,26, p<0,05$ ). Par ailleurs, la relation entre la perception d'auto-efficacité spécifique des aidantes et leurs comportements de promotion de la santé est fortement significative ( $r=0,65, p<0,01$ ). Par contre, il ne ressort aucune relation significative entre les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé des aidantes. En outre,

certaines sous-dimensions des influences situationnelles telles que le fardeau subjectif lié à la supervision des comportements dérangeants du proche, les réactions affectives et les inquiétudes des aidantes présentent des corrélations significatives négatives variant de  $r=-0,26$  à  $r=-0,31$  avec les comportements concernant la gestion du stress et les relations interpersonnelles satisfaisantes. Finalement, l'ensemble des variables explique 41% de la variance des comportements de promotion de la santé des aidantes. Seuls, la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé ( $\beta=0,59$ ,  $t=5,28$ ,  $p<0,000$ ) et l'impact du rôle d'aidante sur leur routine quotidienne ( $\beta=-0,25$ ,  $t=-2,15$ ,  $p<0,05$ ) s'avèrent des prédicteurs significatifs de ces comportements. Pour faire suite à ces résultats, il est recommandé que les interventions infirmières stimulent l'engagement des aidantes à prendre soin de leur propre santé et favorisent l'apprentissage ainsi que l'intégration à leur mode de vie de comportements concernant la gestion du stress, les relations interpersonnelles satisfaisantes et les exercices physiques. Pour ce faire, il importe de rehausser la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements ciblés des aidantes et de tenir compte de l'impact du rôle d'aidante sur leur routine quotidienne. Finalement, il ressort que les infirmières ont à clarifier leur rôle de promotion de la santé auprès des aidantes car il semble méconnu de leur part.

Mots clés : Promotion de la santé, aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental, santé mentale.

## Table des matières

Identification du jury.....	ii
Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des appendices.....	x
Remerciements.....	xi
Dédicace.....	xii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Le problème.....	4
Buts de l'étude.....	11
Questions de recherche.....	11
Chapitre 2 : La recension des écrits.....	13
Contexte historique.....	14
Évolution du concept de la promotion de la santé.....	14
Contexte théorique.....	17
Modèle en soins infirmiers McGill.....	17
Modèle de promotion de la santé de Pender.....	19
Contexte empirique.....	23
Comportements de promotion de la santé.....	23
Caractéristiques personnelles et comportements de promotion de la santé.....	26
Perception d'auto-efficacité et comportements de promotion de la santé.....	28
Influences interpersonnelles et comportements de promotion de la santé.....	31
Influences situationnelles et comportements de promotion de la santé....	34
Chapitre 3 : La méthode.....	38
Devis de recherche.....	39
Milieux et critères de sélection.....	39
Définition des variables.....	40
Instruments de mesure.....	41
Profil d'un mode de vie sain.....	42
Caractéristiques personnelles.....	43
Perception d'auto-efficacité.....	44
Influences interpersonnelles.....	46
Influences situationnelles.....	47

Chapitre 3 : La méthode (suite)	
Déroulement de l'étude.....	50
Caractéristiques de l'échantillon.....	52
Considérations éthiques.....	56
Limites méthodologiques.....	56
Chapitre 4 : Les résultats.....	57
Description des comportements de promotion de la santé.....	58
Statistiques descriptives des variables à l'étude.....	63
Relations entre les variables à l'étude.....	67
Caractéristiques personnelles et comportements de promotion de la santé.....	67
Perception d'auto-efficacité et comportements de promotion de la santé.....	70
Influences interpersonnelles et comportements de promotion de la santé.....	72
Influences situationnelles et comportements de promotion de la santé.....	72
Contribution des variables aux comportements de promotion de la santé.....	74
Sommaire des principaux résultats.....	77
Chapitre 5 : Discussion et Implications.....	79
Limites et forces de l'étude.....	80
Au plan conceptuel.....	80
Au plan des mesures.....	81
Au plan du devis de recherche.....	82
Représentativité et caractéristiques de l'échantillon.....	83
Représentativité.....	83
Caractéristiques de l'échantillon.....	85
Caractéristiques des personnes atteintes.....	86
Discussion des résultats obtenus.....	88
Description des comportements de promotion de la santé.....	88
Caractéristiques personnelles et comportements de promotion de la santé.....	93
Perception d'auto-efficacité et comportements de promotion de la santé.....	95
Influences interpersonnelles et comportements de promotion de la santé.....	101
Influences situationnelles et comportements de promotion de la santé.....	105
Contribution des variables aux comportements de promotion de la santé.....	110
Implication et recommandations.....	115
Pratique infirmière.....	115
Recherches infirmières futures.....	118
Développement de la théorie en sciences infirmières.....	120

Conclusion.....	123
Références.....	126
Appendices.....	141



## Liste des tableaux

### **Tableau**

1. Caractéristiques personnelles de l'échantillon.....	53
2. Scores moyens concernant les comportements de promotion de la santé...	59
3. Scores moyens concernant la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé.....	64
4. Scores moyens concernant les influences interpersonnelles relatives aux comportements de promotion de la santé.....	65
5. Scores moyens concernant les influences situationnelles relatives aux comportements de promotion de la santé.....	66
6. Coefficients “ r ” de Pearson entre les caractéristiques personnelles et les comportements de promotion de la santé.....	68
7. Coefficients “ r ” de Pearson entre la perception d'auto-efficacité et les comportements de promotion de la santé.....	71
8. Coefficients “ r ” de Pearson entre les influences situationnelles et les comportements de promotion de la santé.....	73
9. Analyse de régression multiple des variables indépendantes sur les comportements de promotion de la santé.....	75
10. Coefficients “ r ” de Pearson entre les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé.....	189

**Liste des figures****Figure**

1. Modèle de promotion de la santé de Pender..... 21

## Liste des appendices

### Appendice

A. Échelle concernant les comportements de promotion de la santé.....	142
B. Questionnaire concernant les caractéristiques personnelles.....	149
C. Échelle de mesure de la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé.....	153
D. Échelle concernant les influences interpersonnelles.....	159
E. Échelle concernant les influences situationnelles.....	162
F. Formulaire d'approbation des comités d'éthique des centres hospitaliers Autorisation de recruter des participantes du CLSC.....	178
G. Formulaire de consentement pour la personne atteinte d'un problème de santé mentale.....	182
H. Formulaire de consentement pour l'aidante d'une personne atteinte d'un problème de santé mentale.....	184
I. Coefficients de corrélations entre les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé.....	188
J. Analyse des données.....	190

## Remerciements

Je désire exprimer toute ma gratitude à Mme Nicole Ricard, directrice de ce projet de mémoire, pour son engagement, son énergie, sa disponibilité et sa rigueur scientifique.

Je remercie particulièrement mon conjoint, Daniel, pour son appui indéfectible ainsi que mes parents et ma famille pour leur confiance et leur soutien. Je veux aussi remercier Marie-France et Carole pour l'intérêt porté à ce travail ainsi que Line et Madeleine pour les échanges stimulants.

Cette étude a été possible grâce aux personnes suivies pour un problème de santé mentale et leurs aidantes qui ont généreusement accepté de m'accorder leur confiance et leur temps. C'est pourquoi, je tiens à les remercier chaleureusement.

Également, je tiens à remercier les organismes qui m'ont octroyé une bourse pour cette étude soit, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie et santé mentale (AQIIP) en association avec la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour la bourse Thérèse Rainville (santé mentale), l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la région de Montréal/Laval (ORIIM/L) ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour la bourse Marie-Gabrielle-Dolores-Côté (santé communautaire).

Ce mémoire est dédié à mes parents, Jacqueline Noël et Léonard Laflamme,  
eux qui m'ont transmis la persévérance et le plaisir d'apprendre.

## Introduction

D'après la politique de la santé et du bien-être (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1992), plusieurs facteurs dont l'évolution des connaissances scientifiques et technologiques, la croissance des coûts et l'augmentation des maladies chroniques contribuent à la modification actuelle de la prestation des soins de santé au Québec. Ainsi, la recherche de solutions efficaces et moins coûteuses aux problèmes de santé mentale des Québécois se traduit par la diminution des durées de séjour hospitalier et l'accentuation des efforts d'intégration des personnes atteintes d'un trouble mental dans la communauté. En conséquence, les soins prodigués antérieurement dans un contexte institutionnel se dispensent maintenant dans la communauté. Toutefois, plusieurs personnes présentant un problème de santé mentale requièrent de l'aide et du soutien de façon quotidienne pour demeurer dans leur milieu de vie. Or, les études réalisées auprès des familles dont un membre est atteint d'un trouble mental révèlent que le rôle d'aidant est endossé en majorité par une femme. D'autres études démontrent que ces femmes aidantes souffrent davantage de détresse psychologique, éprouvent des symptômes d'anxiété et de dépression, des troubles du sommeil et consomment davantage de médicaments que la population en général. Il importe donc de s'intéresser au mode de vie de ces femmes aidantes et à la promotion de leur santé. Le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1996) permet de croire que l'adoption de comportements de promotion de la santé par les aidantes contribuerait à rehausser leur niveau de bien-être et leur sentiment d'accomplissement personnel. Ce modèle propose également l'étude de facteurs pouvant influencer l'adoption de ces comportements de santé. C'est dans cette perspective que la présente étude porte sur les comportements de promotion de la santé des aidantes et sur les facteurs pouvant en influencer la pratique. Ainsi, le texte suivant présente de façon explicite la pertinence des objectifs de cette étude. Ensuite, la recension des écrits propose une description du contexte théorique à la

base de cette étude ainsi que du contexte empirique concernant les comportements de promotion de la santé des aidantes et les divers facteurs influençant ces comportements. Le chapitre de la méthode présente la démarche suivie pour la réalisation de cette étude. Le chapitre suivant concerne les résultats obtenus en réponse aux questions de la présente étude. Le dernier chapitre discute des résultats obtenus en lien avec les connaissances actuelles dans le domaine et se termine avec les implications des résultats obtenus. En somme, les connaissances générées par cette étude permettront aux infirmières d'améliorer leurs interventions visant la promotion de la santé des aidantes.



1  
2  
3

Chapitre 1  
Le problème

Les soins destinés à une personne atteinte d'un trouble mental se sont grandement modifiés depuis le début des années 70. Auparavant prodigués en établissement, ils sont maintenant dispensés dans le milieu de vie de la personne. On estime que plus de la moitié des personnes atteintes d'un trouble mental chronique vit dans sa famille (Dovil, Guttman, Ricard, & Villeneuve, 1997). Ces changements signifient que les familles doivent assumer davantage de soins à leur proche et cette aide est souvent endossée par les femmes. En effet, les études portant sur les aidants d'une personne atteinte d'un trouble mental font ressortir la représentation majoritaire des femmes d'âge moyen dans ce rôle (Bibou-Nakou, Dikaiou, & Bairactaris, 1997; Chafetz & Barnes, 1989; Chartrand, Horeau, & Laurin, 1984; Cook, 1988; Guberman, Broué, Lindsay, & Spector, 1993; Ricard, Fortin, & Bonin, 1995 ; St-Onge & Lavoie, 1987,1994,1997).

Comme certains auteurs, nous observons que ces femmes semblent se soucier davantage de la santé de leurs proches que de la leur (Fochs-Heller, 1986) et en arrivent jusqu'à présenter elles-mêmes des problèmes de santé. Deux études québécoises (Cousineau, 1989; St-Laurent, 1993) portant sur certaines habitudes de vie des aidants d'une personne atteinte d'un trouble mental indiquent que comparativement à la population en général, les aidantes se perçoivent en moins bonne santé, présentent davantage de problèmes de santé et obtiennent des résultats divergents lorsqu'il s'agit des habitudes de vie. D'autres recherches s'intéressant à l'impact du rôle d'aidant sur la santé des femmes indiquent que ces dernières présentent un niveau plus élevé de détresse émotionnelle que la population en général (Oldridge & Hugues, 1992; Ricard et al., 1995) ou que les hommes aidants (Ricard, Bonin, & Ezer, 1999).

Il y a lieu de se demander si la présence de tels problèmes est associée aux pratiques des aidantes en regard de leur santé. Or, jusqu'à maintenant, très peu d'études ont été menées pour décrire les moyens utilisés par les aidantes pour maintenir leur santé. Partant de ce fait, il devient primordial pour les infirmières de se préoccuper de la promotion de la santé des aidantes. Ainsi, cette étude porte sur la description des comportements de promotion de la santé des aidantes ainsi que sur la relation entre certains facteurs et l'adoption de ces comportements.

Pour bien comprendre en quoi le rôle d'aidant peut s'avérer une menace pour les comportements de promotion de la santé des femmes, il importe d'en préciser la nature. Les troubles mentaux graves et persistants sont des maladies chroniques, ponctuées de périodes de crise pouvant nécessiter plusieurs hospitalisations au cours de la vie impliquant ainsi un investissement à long terme de la part de l'aidant. Au quotidien, le rôle d'aidant comprend plusieurs aspects soit, le soutien aux soins physiques et aux activités sociales, la coordination du traitement, le soutien psychologique (Chafetz & Barnes, 1989), la gestion des comportements dérangeants ainsi que le stigma social les accompagnant et ce, dans un climat d'inquiétude et d'incertitude quant à l'issue de la maladie (Ricard et al., 1995). À ces difficultés quotidiennes, s'ajoutent les écarts entre les attentes des familles face aux professionnels de la santé et les services qui leur sont rendus (Hatfield, 1989). De plus, les tâches liées au rôle d'aidant s'additionnent à celles découlant des autres rôles détenus par les femmes soit, celles de mère, d'épouse et de travailleuse (Ricard & Fortin, 1993). De plus, récemment, la réorganisation des soins en santé mentale selon un mode ambulatoire (M.S.S.S., 1997) risque d'exiger davantage des femmes, leur laissant encore moins de possibilité pour s'occuper de leur propre santé et plus de chance de voir leur santé se détériorer. Or, compte tenu des exigences liées au rôle d'aidante, du contexte actuel de la réorganisation des soins, de leur impact sur la santé des femmes, du peu d'études sur les comportements de santé des femmes aidantes,

il importe que les infirmières soient mieux informées sur les modes de vie de ces dernières.

Jusqu'à maintenant, les études concernant la santé des aidants ont porté sur divers facteurs dont, les variables socio-économiques, le soutien social, les stratégies d'adaptation utilisées ainsi que les stressors liés à la condition du malade ou le fardeau objectif et subjectif (Almberg, Grafström, & Winblad, 1994 ; Chafetz & Barnes, 1989 ; Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman, & Greden, 1987 ; Cook, 1988 ; Cousineau, 1989 ; Noh & Avison, 1988 ; Noh & Turner, 1987 ; Ricard, 1991; Ricard & Fortin, 1993 ; St-Onge & Lavoie, 1987). Ces études permettent de tracer un portrait des aidantes et renseignent sur différents aspects liés à leur santé. Ainsi, la majorité des aidantes sont âgées entre 45 et 64 ans, plus de la moitié d'entre elles occupe un emploi rémunéré et la plupart consacre plus de 21 heures par semaine au rôle d'aidante (Dimond, 1995).

Par ailleurs, bien que les écrits concernant la promotion de la santé indiquent que certaines caractéristiques personnelles des femmes telles l'âge, la scolarité et le revenu, peuvent influencer leurs comportements de santé (Duffy, 1988; Duffy, 1997; Duffy, Rossow & Hernandez, 1996; Ratner, Bottorff, Johnson, & Hayduck, 1994), les écrits concernant les caractéristiques personnelles liées à la santé des aidants sont peu nombreux, n'offrent pas d'indications claires et varient selon les contextes de soins. Ainsi, la perception de l'état de santé de l'aidant est influencée par son âge et la cohabitation avec le proche lors d'une période de crise de ce dernier, et par son revenu pendant la période de rémission du proche (Ricard et al.,1995). Plus le rôle de l'aidant comporte d'exigences élevées, plus ce dernier est à risque de problèmes de santé. Également, les aidants signalant des rapports conflictuels avec leur entourage présentent davantage de problèmes de santé (Ricard & Fortin,1993).

En résumé, les écrits indiquent que le rôle d'aidant crée un état de tension émotive, influence les relations avec l'entourage et exige un engagement soutenu et à long terme influençant le bien-être des aidants (Ricard et al., 1995). Or, il est possible que ces conditions influencent aussi les habitudes de vie des aidantes. Alors que certaines aidantes s'investissent grandement dans leur rôle et prennent peu soin d'elles, d'autres semblent y parvenir. Ces constatations soulignent l'importance de se préoccuper des facteurs associés à la promotion de la santé des aidantes.

En effet, selon le modèle McGill, la promotion de la santé est le but visé par les soins infirmiers. Ce modèle s'avère une conception de soins infirmiers pertinente pour cette étude car il considère la santé comme un phénomène familial et il s'intéresse à l'impact du contexte familial sur l'état de santé de ses membres. La santé, concept central de ce modèle, est décrite comme étant un processus social incluant les attributs interpersonnels et les processus d'apprentissage d'une personne, dont l'adaptation et le développement personnel (Gottlieb & Rowatt, 1987). Selon cette perspective, l'infirmière vise la promotion de la santé de l'aidante en favorisant le processus d'apprentissage à l'expérience de santé du proche tout en stimulant chez elle l'adoption de comportements de promotion de la santé et son développement personnel. L'hypothèse sous-jacente est que la pratique de comportements de promotion de la santé permet à une personne de maintenir et de rehausser son potentiel de santé et son accomplissement personnel.

Pour remplir efficacement son rôle de promotion de la santé, l'infirmière doit connaître les facteurs pouvant influencer l'adoption de ces comportements. Le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1996) propose différents facteurs susceptibles de prédire les comportements de promotion de la santé d'une personne. Ces facteurs sont les caractéristiques personnelles, l'expérience antérieure concernant les comportements ciblés, différents facteurs cognitifs et affectifs liés aux comportements

ainsi que les demandes et les préférences entrant en compétition avec les comportements de promotion de la santé.

Parmi ceux-ci, en plus des caractéristiques personnelles des aidantes, il semble pertinent de retenir pour la présente étude, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles et les influences situationnelles. D'une part, ces variables ont été reconnues comme étant des prédicteurs significatifs de comportements de santé et d'autre part, elles rejoignent des prédicteurs de santé identifiés chez les aidantes.

La perception d'auto-efficacité se définit comme étant le jugement qu'une personne porte sur ses capacités à organiser et à effectuer un plan d'action avec succès (Bandura, 1977). Dans le domaine de la promotion de la santé, plusieurs études empiriques ont démontré la contribution de la perception d'auto-efficacité à la variance des comportements de promotion de la santé (Alexy, 1991; Clément, Bouchard, Jankowski, & Perreault, 1995; Duffy et al., 1996; Duffy, 1997; Gillis, 1994; Lusk, Ronis, & Hogan, 1997; Nagia, 1996) notamment, la perception d'auto-efficacité spécifique (Rodrigue, 1992). La perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé est donc retenue comme variable pour la présente étude.

Suivent les influences interpersonnelles, définies par Pender comme étant les perceptions, les croyances et les attitudes des personnes significatives comprises dans l'entourage d'une personne en ce qui a trait aux comportements de promotion de la santé (Pender, 1996). Les influences provenant de l'entourage des femmes par l'entremise de leur rôle au sein de la famille (Sallis & Nader, 1986) ou de leurs relations interpersonnelles (Bruenjes, 1994 ; Hartweg, 1993) semblent jouer un rôle important dans leur santé.

Deux récentes études empiriques indiquent que les influences interpersonnelles provenant des professeurs ou des pairs s'avèrent des prédicteurs significatifs des comportements de promotion de la santé de la population étudiée (Clément et al., 1995; Lusk et al., 1997). Également, une revue des écrits réalisée par Gillis (1993) fait ressortir que le soutien social, concept apparenté aux influences interpersonnelles, s'avère le deuxième prédicteur en importance des comportements de promotion de la santé. Par ailleurs, du côté des études concernant les aidants, il ressort que le nombre de problèmes de santé des aidantes est influencé par leur soutien social et professionnel (Ricard & Fortin, 1993). En fait, il est probable que l'aidante soit plus encline à s'occuper de sa santé si elle perçoit l'approbation en ce sens des personnes significatives de son entourage. Compte tenu de ces résultats, il apparaît intéressant d'en connaître davantage sur les influences provenant des personnes significatives des aidantes en regard de leurs comportements de promotion de la santé ; les influences interpersonnelles sont aussi retenues pour cette étude.

Quant au dernier facteur retenu, il s'agit des influences situationnelles lesquelles sont définies comme étant les perceptions d'une personne en regard d'une situation ou d'un contexte pouvant empêcher ou faciliter ses comportements de promotion de la santé (Pender, 1996). Des études concernant les femmes démontrent l'importance de considérer leur contexte social pour la promotion de leur santé (Evans & Nies, 1997 ; Woods, Lentz, & Mitchell, 1993). Également, les écrits concernant les aidants indiquent que les influences provenant de leur contexte de vie spécifique peuvent influencer leurs comportements de santé. Ainsi, le fardeau objectif et subjectif que représentent les exigences de soin et les perceptions des aidantes en regard de l'aide à fournir à une personne atteinte d'un trouble mental peuvent influencer leurs pratiques de santé. En effet, il est possible que le soutien aux activités quotidiennes du proche, les coûts financiers, la gestion de ses comportements dérangeants, les réactions affectives et les inquiétudes de l'aidante influencent certains comportements de santé tels, les moments

de détente ou les exercices physiques. C'est pourquoi, les influences situationnelles liées au rôle d'aidant sont retenues comme facteur à l'étude en lien avec les comportements de promotion de la santé.

Les écrits concernant la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental et le modèle théorique de Pender (1996) ont guidé le choix des variables pour cette étude. Les connaissances générées par cette étude permettront de guider les infirmières dans leurs interventions visant la promotion de la santé des aidantes.

### **Buts de l'étude**

Les buts de cette étude descriptive-corrélacionnelle sont de (a) décrire les comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental, (b) vérifier la relation entre d'une part, les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles, les influences situationnelles des aidantes et, d'autre part leurs comportements de promotion de la santé et, finalement (c) vérifier la contribution de ces variables aux comportements de promotion de la santé des aidantes.

### **Questions de recherche**

1. Quels sont les comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental ?
2. Quelle est la relation entre les caractéristiques personnelles et les comportements de promotion de la santé des aidantes ?
3. Quelle est la relation entre la perception d'auto-efficacité et les comportements de promotion de la santé des aidantes ?



4. Quelle est la relation entre les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé des aidantes ?
5. Quelle est la relation entre les influences situationnelles et les comportements de promotion de la santé des aidantes ?
6. Quelle est la contribution des variables étudiées aux comportements de promotion de la santé des aidantes ?

## Chapitre 2

### Recension des écrits

Ce chapitre présente le contexte historique du développement de la promotion de la santé et traite du contexte théorique sous-jacent à cette recherche soit, le modèle McGill développé par Moyra Allen (1982) et le cadre théorique de promotion de la santé de Pender (1996). Par la suite, le contexte empirique résume l'état des connaissances concernant les comportements de promotion de la santé des aidantes et les facteurs liés à ces comportements tels les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles et les influences situationnelles en lien avec l'adoption de comportements de promotion de la santé des aidantes.

### **Contexte historique**

#### **Évolution du concept de la promotion de la santé**

Malgré l'éradication des maladies infectieuses, l'Organisation Mondiale de la Santé constate en 1978 (O.M.S.,1978) que les taux de morbidité et de mortalité demeurent toujours élevés. Dès lors, l'O.M.S. s'emploie à trouver de nouvelles stratégies pour favoriser l'atteinte de la santé pour tous les citoyens du monde. Les analyses et les recherches portant sur les conditions de santé réalisées à cette époque font ressortir l'importance des facteurs sociaux et environnementaux dans la compréhension de l'état de santé des populations. C'est à partir de cette nouvelle perspective de la santé qu'un nouveau champ d'étude voit le jour, celui de la promotion de la santé.

Dans la même foulée, une publication du gouvernement fédéral canadien (Lalonde, 1974) met en lumière quatre facteurs influençant l'état de santé de la

population, soit la biologie humaine, le mode de vie, l'environnement physique et social ainsi que l'accessibilité aux services de santé. À la suite de l'ajout des dimensions comportementale et sociale, la représentation de la santé se modifie. Ainsi, la santé n'est plus l'absence de maladie, elle devient plutôt une ressource et un état de bien-être recherché par les individus et les collectivités.

C'est donc à partir de cette nouvelle perspective de la santé que l'O.M.S. (1984) définit la promotion de la santé comme un « processus permettant aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer » et fixe l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. En accord avec cet objectif, le gouvernement canadien se présente comme un leader mondial de la promotion de la santé en émettant d'abord, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (O.M.S., 1986) à la suite de la première conférence internationale pour la promotion de la santé. Puis, il publie le Plan d'ensemble pour la promotion de la santé (Epp, 1986), lequel met l'accent sur les conditions nécessaires à l'atteinte de la santé pour tous les Canadiens, telles que le renforcement des initiatives personnelles, l'entraide et un environnement sain. Selon Epp (1986), le principal défi à relever pour la promotion de la santé est le développement de l'autonomie et la prise en charge de la santé par les individus. Une personne qui prend en charge sa santé se reconnaît par le choix de son mode de vie ou plus précisément, par ses comportements de promotion de la santé.

Ce courant de pensée donne lieu à plusieurs études ainsi qu'à la mise en place de programmes d'intervention visant la promotion de la santé de groupes cibles. Toutefois, cette conception véhiculant l'idée que le comportement d'une personne relève uniquement d'une décision personnelle est rapidement dénoncée. À la suite de ces critiques, l'analyse des différents facteurs influençant le choix d'un comportement, selon une perspective systémique, favorise le développement de l'école de pensée écologique de la promotion de la santé (Bronfenbrenner, 1986). Ainsi, l'analyse

écologique d'un problème de santé fait ressortir que la santé est tributaire des multiples interactions ayant cours entre les aspects biologique, comportemental, environnemental, social, culturel, économique et politique reliés à ce problème.

C'est dans cette même perspective écologique, qu'en 1992, le gouvernement québécois se dote d'une Politique de santé et de bien-être (M.S.S.S., 1992). Cette politique reconnaît que les améliorations futures de la santé et du bien-être de la population se réaliseront à l'aide d'interventions ciblant à la fois les habitudes de vie, les conditions de vie, l'environnement physique et social ainsi que les politiques publiques. Parmi les objectifs énoncés par cette politique figure la diminution des problèmes de santé mentale, notamment chez les femmes lesquelles démontrent un niveau de détresse psychologique élevé (Gouvernement du Québec, 1987).

Également, cette politique énonce six stratégies pour améliorer la santé de la population. Il s'agit (a) de renforcer le potentiel des personnes, (b) de soutenir les milieux de vie pour le développement d'environnement sain et sécurisant, (c) d'améliorer les conditions de vie, (d) d'agir pour et avec les groupes vulnérables, (e) d'harmoniser les politiques publiques visant la santé et le bien-être et (f) d'orienter les services vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. Finalement, cette politique donne priorité aux recherches documentant les facteurs de protection de la santé de la population.

Tenant compte de ces orientations politiques, la présente étude est basée sur un cadre conceptuel et théorique congruent avec les connaissances scientifiques récentes. Ainsi, la prochaine section concerne le cadre de référence supportant l'étude. En premier lieu, est décrit le modèle McGill lequel oriente l'étude selon une perspective infirmière. Suivra la présentation du cadre théorique de promotion de la santé de Pender (1996) ainsi que la description des variables choisies pour la présente étude.

## Contexte théorique

### Modèle conceptuel en soins infirmiers McGill

Moyra Allen, une infirmière théoricienne canadienne, est l'instigatrice du modèle conceptuel en soins infirmiers appelé le modèle McGill (1982). Deux principaux facteurs ont contribué à la création de ce modèle : le désir de situer le rôle distinct des soins infirmiers lors de la transformation des services de santé survenue vers la fin des années 60 au Québec ainsi que l'évolution des connaissances scientifiques permettant d'établir un lien entre plusieurs problèmes de santé et le mode de vie ou les comportements de santé d'une personne.

Différentes sources ont inspiré la conceptrice du modèle McGill. Alors que les postulats à la base du modèle s'inspirent de la philosophie des soins de santé primaires (O.M.S., 1978), les bases théoriques proviennent de l'approche systémique découlant de la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968) et de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). Concernant les postulats, au départ, Allen (1982) identifie les suivants comme étant à la base de son modèle : (a) la santé est un phénomène familial et (b) les soins infirmiers sont une ressource de santé pour les familles et la communauté. Par la suite, Gottlieb et Rowat (1987) poursuivent l'identification des postulats en ajoutant les suivants : (c) la santé d'une nation représente sa plus grande valeur, (d) les individus, les familles et la communauté aspirent et sont motivés à atteindre une meilleure santé, (e) la santé est apprise à travers la participation active et la découverte personnelle.

Pour ce qui est des inspirations théoriques, la perspective systémique suggère de comprendre la santé de la personne en tenant compte de ses constantes interactions avec les personnes significatives comprises dans son environnement; les soins infirmiers

s'intéresse donc à toute la famille. Quant à la théorie de l'apprentissage social, elle permet de concevoir la personne/famille comme détenant un rôle actif dans sa santé, capable d'apprendre de ses expériences antérieures selon une constante évolution.

Plus précisément, le cadre conceptuel McGill affirme le but visé par les soins infirmiers soit maintenir, renforcer et développer la santé de la famille et de ses membres (Gottlieb & Rowat, 1987; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994). La santé, concept central du modèle, est considérée comme un processus social englobant les attributs interpersonnels et les processus d'apprentissage des membres d'une famille incluant l'adaptation et le développement personnel de ceux-ci (Gottlieb & Rowat, 1987). Ainsi, la santé d'une personne découle de ses caractéristiques personnelles, de ses échanges sociaux ainsi que des divers apprentissages réalisés pour s'adapter aux événements de la vie ou lors d'une étape de son développement personnel. Le processus d'adaptation se réalise par la résolution de problème et se traduit par les comportements de la personne/famille. Quant au développement, il concerne la mobilisation des forces et du potentiel de la personne/famille vers son actualisation personnelle (Kravitz & Frey, 1989). Amorcé dans le milieu familial, l'apprentissage à la santé se poursuit en différents lieux et à tous les âges de la vie (Gottlieb & Rowat, 1987; Kérouac et al., 1994).

En d'autres termes, lorsqu'une personne vit une expérience de santé, le rôle de l'infirmière consiste à modifier l'environnement de la personne/famille et à structurer des activités visant l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation ou de nouveaux comportements de santé et ce, à partir des forces et des compétences de ceux-ci. Chaque expérience de santé ou étape de développement de la personne/famille devient alors une occasion d'apprentissage à la santé. Finalement, en accord avec la philosophie de soins de santé primaires, l'intervention infirmière se réalise à partir des besoins exprimés par la personne/famille et selon un mode de collaboration.

Différents facteurs peuvent faciliter l'adoption de comportements de promotion de la santé chez la personne. Dans ce sens, le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1996), aussi orientée vers la santé, permet de sélectionner les variables pertinentes pour la présente étude. La section suivante présente les caractéristiques de ce modèle selon sa troisième et plus récente version.

#### Modèle de promotion de la santé de Pender (1996)

À l'instar de l'O.M.S., le modèle de promotion de la santé de Pender (1996) adopte une vision positive de la santé. Selon cette perspective, l'infirmière s'intéresse davantage aux compétences, aux ressources et aux capacités d'une personne qu'à ses déficiences ou à sa pathologie. Ainsi, contrairement aux théories de la prévention de la maladie, le modèle de Pender s'intéresse à la promotion de la santé et au renforcement du potentiel de santé d'une personne.

Pour faire suite aux connaissances développées par d'autres modèles théoriques, le modèle de Pender propose d'intégrer les multiples dimensions de la personne en interaction avec son environnement. À l'exemple du modèle McGill, la promotion de la santé s'observe par l'adoption d'un mode de vie sain ou de comportements de promotion de la santé chez une personne. Pender (1982) définit ces comportements comme étant des actions touchant divers aspects de la santé, initiées volontairement par une personne dans le but de maintenir et d'augmenter son niveau de bien-être, sa croissance personnelle et son sentiment d'accomplissement personnel.

Le modèle de Pender (1996) tire ses assises théoriques principalement de la théorie sociale cognitive de Bandura (1986), laquelle stipule que les perceptions et les sentiments d'une personne, ses comportements et son environnement interagissent de façon réciproque et souligne le rôle central du processus cognitif. Dans ce sens, le



concept de la perception d'auto-efficacité, concept clé du modèle, est défini comme étant la croyance d'une personne en regard de ses habiletés à accomplir une action donnée (Bandura, 1986).

Selon le modèle de Pender (1996), l'adoption de comportements de promotion de santé est influencée par trois catégories de variables : (a) les caractéristiques personnelles et l'expérience, (b) les perceptions et les sentiments de la personne en lien avec les comportements ciblés et (c) l'engagement dans un plan d'action ainsi que les demandes et les préférences pouvant entrer en compétition avec les comportements de promotion de la santé (voir la Figure 1 présentant le modèle de promotion de la santé de Pender, 1996).

Les « caractéristiques personnelles » et « l'expérience » incluent « l'expérience antérieure » et les « facteurs personnels ». Selon l'auteure, « l'expérience antérieure » d'un comportement est proposée avoir un effet direct par l'habitude développée de la pratique du ou des comportement(s) et indirect par l'entremise de la perception d'auto-efficacité, des avantages, des obstacles et des émotions reliés au(x) comportement(s) de promotion de la santé. Quant aux « facteurs personnels », il s'agit des aspects biologiques, psychologiques et socioculturels d'une personne et ils sont proposés influencer directement tant les perceptions et les émotions reliées aux comportements que les comportements eux-mêmes.

Deuxièmement, les « perceptions et les émotions reliées aux comportements de promotion de la santé » sont les variables centrales du modèle (Pender, 1996). Selon l'auteure, elles sont doublement significatives en raison de leur importance sur le plan du processus décisionnel ainsi que de leur potentiel à devenir des cibles d'intervention pour le professionnel de la santé. Ces variables sont proposées avoir une influence directe et indirecte sur les comportements de promotion de la santé (Pender, 1996).

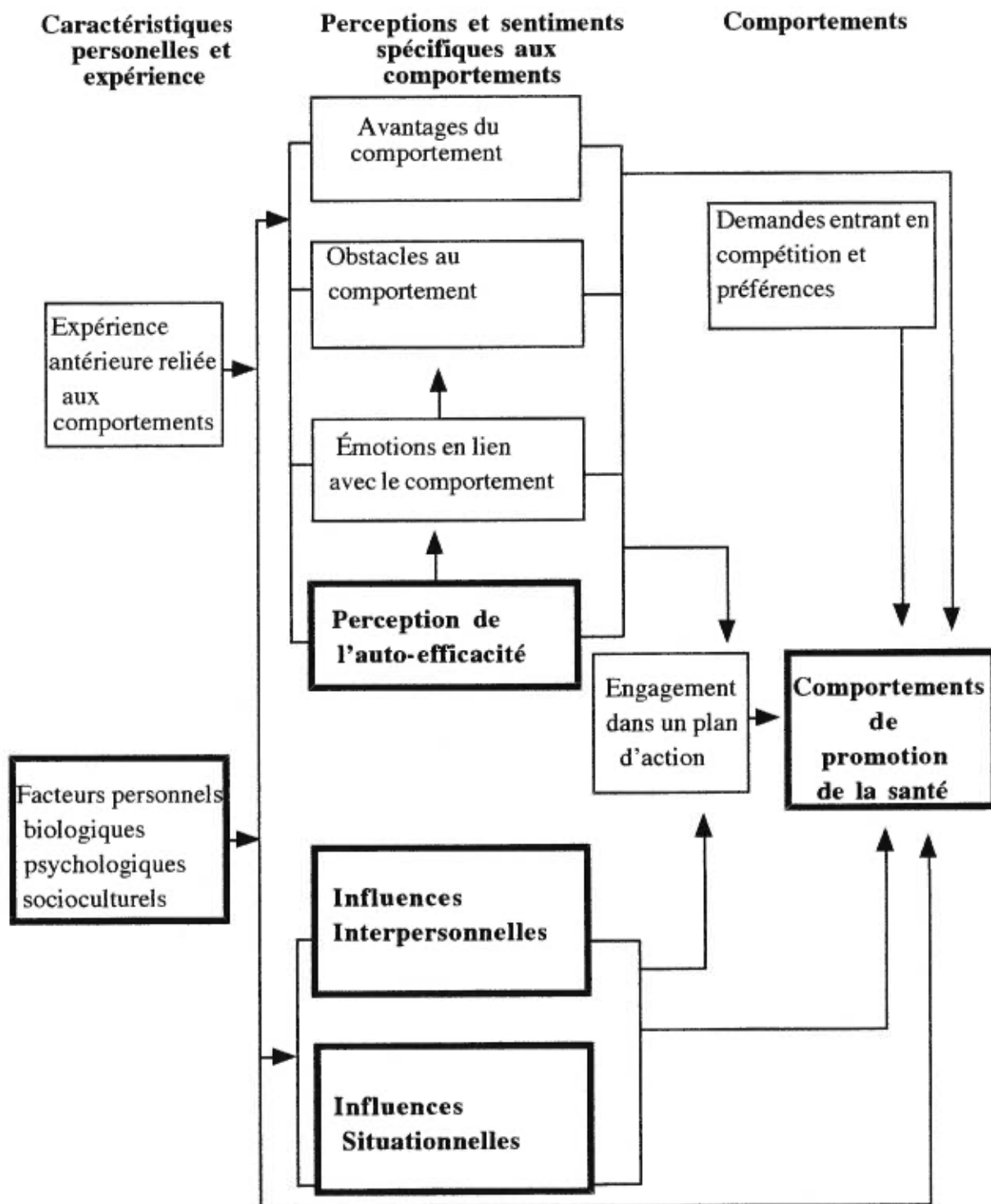


Figure 1. Modèle de promotion de la santé. Traduction et adaptation du Health Promotion in Nursing Practice (Pender, 1996). (3<sup>e</sup> éd.). p.67, Norwalk: Appleton and Lange.

Ces variables concernent plus spécifiquement (a) les avantages à adopter un comportement ; (b) les obstacles à adopter un comportement ; (c) la perception d'auto-efficacité en regard d'un comportement ; (d) les émotions en lien avec la pratique d'un comportement ; (e) les influences interpersonnelles concernent les perceptions en regard des normes, du soutien et des modèles provenant des personnes significatives de l'entourage et finalement, (f) les influences situationnelles concernent les perceptions en regard des options disponibles, des caractéristiques des demandes et de l'environnement.

Troisièmement, l'adoption d'un ou des comportement(s) de promotion de la santé dépend directement : (a) de l'engagement de la personne dans un plan d'action soit, le processus cognitif par lequel la personne s'engage à adopter un comportement et identifie des stratégies pour y arriver ; (b) des préférences ou des demandes entrant en compétition avec la pratique de comportement(s) de promotion de la santé. Finalement, ces comportements sont décrits par l'auteure comme étant des activités intégrées au mode de vie et concourant à une expérience de santé positive.

Selon une perspective holistique de la santé, ces comportements doivent donc inclure les multiples dimensions de l'être humain. Dans ce sens, Walker, Sechrist et Pender (1987) proposent six dimensions soit : (a) une saine alimentation se vérifiant par la prise régulière de repas composés d'aliments sains ; (b) la croissance spirituelle se définissant par le développement de son potentiel en accord avec ses propres buts ; (c) la responsabilité pour sa santé laquelle représente la prise de conscience de son rôle personnel en regard de la recherche de connaissances ou d'aide nécessaires au maintien ou au développement de sa santé ; (d) les relations interpersonnelles satisfaisantes se qualifiant par la réciprocité et le niveau d'intimité ; (e) la gestion du stress incluant la reconnaissance des sources de stress, la capacité de les contrôler et d'atteindre un état de relaxation et (f) la pratique régulière d'exercices physiques.

Cette dernière version du modèle propose l'étude de trois nouveaux facteurs : les émotions reliées au(x) comportement(s), l'engagement dans un plan d'action et les demandes et préférences entrant en compétition avec le(s) comportement(s) de promotion de la santé. Il faut souligner qu'à ce jour, les écrits consultés ont toujours examiné l'effet direct des variables sur les comportements de promotion de la santé et jamais l'engagement dans un plan d'action. La prochaine section portera sur le contexte empirique concernant les comportements de promotion de la santé des aidantes et les facteurs liés à ces comportements.

### Contexte empirique

#### Comportements de promotion de la santé

Définition. Les comportements de promotion de la santé se définissent comme étant des perceptions et des actions touchant les multiples dimensions de la santé, initiées volontairement par une personne dans le but de maintenir et augmenter son niveau de bien-être, son actualisation et son sentiment d'accomplissement personnel (Pender, 1982). Walker, Sechrist et Pender (1987, 1995) proposent l'étude de six dimensions : l'alimentation saine, les exercices physiques, la responsabilité pour sa santé, la gestion du stress, les relations interpersonnelles et la croissance spirituelle.

Études empiriques concernant les comportements de promotion de la santé des aidantes. Peu d'études se sont intéressées aux comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental. Toutefois, deux études québécoises ont décrit les habitudes de vie de ces aidants et comparent leur état de santé à celui de la population en général (Cousineau, 1989 ; St-Laurent, 1993). Une première étude, celle de Cousineau (1989), compare le profil de santé de 61 femmes aidantes à la population en général par l'entremise de résultats obtenus avec l'Enquête Santé Québec

(1987). Les habitudes de vie des aidantes telles que la consommation de cigarettes et d'alcool, l'alimentation, les heures de sommeil et les activités physiques ont été mesurées à l'aide d'une échelle inspirée de Belloc et Breslow (1972). Les résultats indiquent que les aidantes adoptent de bonnes habitudes de vie : une bonne alimentation et une consommation peu élevée de tabac et d'alcool.

Toutefois, l'auteure note une certaine dissonance sur le plan des résultats. Alors que 72% des aidantes qualifient leur santé de bonne à excellente, 55% d'entre elles souffrent de fréquents problèmes de sommeil comparativement à 21% des Québécoises interrogées lors de l'Enquête Santé Québec (Gouvernement du Québec, 1987). Par surcroît, 80% des aidantes déclarent prendre un ou des médicaments; des tranquillisants (sédatifs ou somnifères) pour 31% d'entre elles. Pour expliquer ces données, Cousineau (1989) propose différentes hypothèses, soit que les participantes s'accommodent d'un état de santé plus ou moins bon ou encore qu'elles sont conditionnées à l'oubli de soi et au rôle traditionnel de prise en charge. D'ailleurs, ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Ricard et Fortin (1993) indiquant que le taux de consommation de tranquillisants apparaît trois fois plus élevé chez les aidants que celui retrouvé dans la population en général (14,2% vs 5%).

Une deuxième étude comparative réalisée à partir des résultats obtenus par Santé Québec (Gouvernement du Québec, 1987), celle de St-Laurent (1993), visait à comparer la perception de la santé physique et mentale ainsi que les habitudes de vie de 268 corésidents d'une personne atteinte d'un trouble mental avec 768 témoins. La perception de la santé psychologique a été mesurée par l'indice de détresse psychologique (ILFELD) et l'indice de bien-être psychologique (BESQ). Les habitudes de vie ont été évaluées sur le plan de la dépendance à l'alcool, les risques reliés à l'usage de l'alcool et du tabac, les activités physiques et un indicateur de saines habitudes de vie (ISHAVI) inspiré de l'outil de mesure utilisé lors de l'enquête d'Alameda County (Belloc &

Breslow, 1972). Les résultats de l'étude démontrent que les corésidents se perçoivent en moins bonne santé que le groupe de comparaison. De plus, les corésidents rapportent une détresse psychologique plus élevée, un indice de bien-être inférieur et une perception de stress plus grande que le groupe témoin. Le fait d'être une femme et d'avoir un revenu peu élevé sont associés à un indice de détresse plus élevé et à une perception de bien-être faible. Pour ce qui est des habitudes de vie, les corésidents présentent une plus grande dépendance à l'alcool, des risques plus élevés reliés à l'alcool, une consommation hebdomadaire d'alcool plus grande, un usage de tabac plus grand, un faible niveau d'activité physique et un faible indicateur de saines habitudes de vie comparativement au groupe témoin. Néanmoins, il faut préciser que les corésidents présentent davantage de mauvaises habitudes de vie que les corésidentes.

En plus des deux études citées précédemment, une étude épidémiologique réalisée par Arey et Warheit (1980) auprès d'un échantillon aléatoire de 4,202 adultes (57% : femmes), confirme que les aidants présentent deux fois plus d'anxiété et de dépression et trois fois plus de difficultés sur le plan de leur fonctionnement social que des personnes non aidantes.

À la lumière des résultats des études citées précédemment, il apparaît que les aidants se perçoivent en moins bonne santé et présentent un niveau de détresse émotionnelle plus élevé que la population en général (Cousineau, 1989 ; St-Laurent, 1993). Bien que les femmes aidantes semblent adopter d'assez bonnes habitudes de vie, elles accusent un état de détresse psychologique, des problèmes d'insomnie et d'anxiété pour lesquelles elles consomment davantage de tranquillisants que la population en général (Cousineau, 1989; Ricard & Fortin, 1993).

Toutefois, étant donné que les instruments de mesure utilisés concernent principalement les habitudes de santé reliées à la santé physique, ils ne donnent pas

d'indications sur les comportements liés à la gestion du stress, aux relations interpersonnelles, à la responsabilité pour sa santé et à la croissance spirituelle des aidantes. Or, la définition de la santé proposée par l'O.M.S. et reprise par les modèles théoriques sous-jacents à cette étude souligne l'importance de considérer les différents aspects du mode de vie des aidantes. À ce jour, peu d'études ont examiné les comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental et les facteurs pouvant en influencer la pratique. C'est pourquoi, la présente étude porte sur ces comportements selon six dimensions soit : (a) l'alimentation saine; (b) la croissance spirituelle; (c) les activités physiques; (d) les relations interpersonnelles satisfaisantes; (e) la gestion du stress et (f) la responsabilité pour sa santé. Également, la présente étude propose d'examiner différents facteurs pouvant influencer les comportements de promotion de la santé : les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles ainsi que les influences situationnelles des aidantes. La section suivante portera sur les études empiriques concernant ces différents facteurs.

#### Caractéristiques personnelles des aidantes et comportements de promotion de la santé

Définition du concept et mécanismes d'action. Les caractéristiques personnelles des aidantes englobent les facteurs biologiques, psychologiques et sociodémographiques susceptibles d'influencer la pratique de leurs comportements de promotion de la santé. À ce sujet, Pender (1996) suggère d'inclure à l'étude seulement les facteurs susceptibles d'influencer les comportements ciblés. Ces facteurs sont stipulés influencer directement à la fois, les perceptions cognitives d'une personne et ses comportements de promotion de la santé.

Études empiriques concernant les caractéristiques personnelles et les comportements de promotion de la santé. Pour ce qui est des études provenant du domaine de la

promotion de la santé, les résultats indiquent que les caractéristiques personnelles démontrant des relations significatives avec les comportements de promotion de la santé sont le plus souvent, l'âge, le sexe, le revenu et la scolarité de la personne (Weitzel, 1989; Pender, Walker, & Sechrist, 1990; Frank-Stromborg, Pender, & Walker, 1990; Johnson, Ratner, & Bottorff, 1993)

Du côté des études concernant les aidantes, peu d'études ont examiné leurs caractéristiques personnelles en lien avec leurs comportements de promotion de la santé. Toutefois, les études portant sur leur expérience d'aidant permettent de dégager certaines indications. Ainsi, il semble que le fardeau des aidantes est associé à leur âge, la présence d'enfants et à leur capacité d'adaptation (Noh & Avison, 1988).

Par ailleurs, à la suite d'une revue de 15 écrits, Baronet (1999) signale une relation significative entre le fardeau de l'aidant et trois facteurs sociodémographiques : l'âge, la race de l'aidant ainsi que le fait de cohabiter avec le proche atteint d'un trouble mental. Ainsi, plus l'aidant est jeune, plus le fardeau est élevé. Alors que le fait d'être de race blanche est associé avec un fardeau total plus élevé chez l'aidant, la cohabitation avec le proche atteint d'un trouble mental est associée avec le fardeau objectif de l'aidant.

En ce qui concerne la cohabitation, d'autres études obtiennent des résultats semblables. Ainsi, l'étude de Jacob, Frank, Kupfer, et Carpenter (1987) indique que les aidants vivant avec leur proche expérimentent un fardeau plus élevé, davantage de soucis financiers et un sentiment d'isolement. De plus, les aidants les plus à risque d'épuisement sont ceux qui vivent avec un proche de sexe masculin présentant des conduites suicidaires (Jones, Roth, & Jones, 1995). Pour ce qui est du revenu familial, plus de la moitié des aidantes d'un conjoint déprimé ont constaté une diminution de leur revenu familial à la suite de la maladie de ce dernier (Fadden et al., 1987). De même, il



semble que les épouses aidantes ressentent davantage de fardeau que les enfants adultes agissant comme aidants (Grad & Sainsbury, 1963).

D'autres caractéristiques personnelles des aidantes telles que le travail rémunéré ou la fréquentation d'un organisme communautaire sont susceptibles d'influencer leur santé. En effet, selon Spaniol (1987), les stratégies d'adaptation positive au rôle d'aidant sont l'engagement dans des activités extérieures, le travail à l'extérieur de la maison, le maintien d'une vie de famille normale et l'appartenance à un groupe de soutien.

En outre, certaines variables liées à la maladie du proche semblent influencer la perception de santé des aidants. Alors que l'âge et la cohabitation avec le proche influencent la perception de santé de l'aidant lors d'une période de crise du proche, c'est le revenu familial qui l'influence pendant la période de rémission (Ricard et al., 1995). D'ailleurs, plus le rôle d'aidant comporte d'exigences élevées en matière de soins, plus ce dernier risque d'éprouver des problèmes de santé (Ricard & Fortin, 1993). Finalement, l'étude de Ricard et al. (1999) réalisée auprès de 359 aidants démontre que 40% du fardeau subjectif de l'aidant est expliqué par l'état de santé de la personne atteinte d'un trouble mental. En somme, certaines caractéristiques personnelles des aidantes et du proche atteint d'un trouble mental sont susceptibles d'influencer les comportements de promotion de la santé des aidantes, c'est pourquoi, il apparaît important de les considérer.

### Perception d'auto-efficacité et comportements de promotion de la santé

Description du concept et mécanismes d'action. Bandura (1977) définit la perception d'auto-efficacité comme étant la croyance d'une personne en regard de ses capacités à effectuer un plan d'action. L'auteur précise qu'il ne s'agit pas des capacités ou des aptitudes d'une personne, mais bien de son jugement quant à ce qu'elle peut

accomplir. La perception d'auto-efficacité est spécifique à un comportement donné et provient de quatre sources soit, l'expérience antérieure en regard du comportement, l'apprentissage vicariant obtenu par l'observation de l'entourage, la persuasion verbale et la régulation des émotions à partir de laquelle une personne juge de ses capacités, de ses forces et de sa vulnérabilité (Bandura, 1977). La perception d'auto-efficacité d'une personne influence ses choix d'activités, les efforts investis et la persistance devant les difficultés rencontrées. En fait, plus la perception d'auto-efficacité d'une personne est élevée, plus elle persistera malgré les difficultés (Bandura, 1982). Ainsi, posséder les compétences pour agir ne suffit pas, encore faut-il que la personne croit en ses capacités de les utiliser.

La perception d'auto-efficacité s'avère le concept central du modèle de promotion de la santé de Pender (1996). Selon ce modèle, la perception d'auto-efficacité influence directement les comportements d'une personne en agissant sur sa motivation et sa persistance et indirectement en influençant sa perception des obstacles à la pratique de ces comportements. La section suivante présente les résultats des différentes recherches concernant la perception d'auto-efficacité en regard des comportements de promotion de la santé.

Études empiriques concernant la perception d'auto-efficacité en lien avec les comportements de promotion de la santé. <sup>1</sup> À la suite d'une revue des études empiriques, Pender (1996) rapporte que la perception d'auto-efficacité s'avère un des principaux facteurs de prédiction des comportements de santé. À ce sujet, il importe de souligner que plusieurs études recensées ont utilisé une mesure d'auto-efficacité générale.

---

<sup>1</sup> Étant donné que les mécanismes expliquant l'adoption de comportements de promotion de la santé diffèrent entre les hommes et les femmes (Ratner, Bottorff, Johnson, & Hayduk, 1994), la recension des études empiriques retiendra principalement celles dont l'échantillon est en majorité féminin.

Tout d'abord, les deux études suivantes ont utilisé une mesure d'auto-efficacité spécifique. Ainsi, l'étude de Rodrigue (1992) portant sur les comportements de promotion de la santé d'un échantillon de convenance (N=53) de femmes québécoises âgées de 65 ans et plus démontre que la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé explique à elle seule 41% de la variance totale des comportements de promotion de santé ( $\beta = 0,54, p < 0,001$ ).

Une autre étude descriptive corrélationnelle de Stuijbergen et Becker (1994) réalisée auprès d'un échantillon (N=117) d'adultes (46% femmes) atteints d'incapacité physique indique que 46% de la variance des comportements de promotion de la santé est expliquée par trois variables soit, la perception d'auto-efficacité spécifique (38%), la perception d'auto-efficacité générale (6%) et par une définition de la santé orientée vers le bien-être (2%).

Les prochains résultats proviennent d'études qui ont utilisé une mesure d'auto-efficacité générale. Ainsi, l'étude de Duffy et al., (1996) réalisée auprès d'un échantillon de convenance (N=397 femmes) démontre qu'un groupe de trois variables comprenant la perception d'auto-efficacité générale, le contrôle interne et la perception de l'état de santé explique 71,1% de la variance des comportements de promotion de la santé.

Une autre étude, celle de Clément et al. (1995), réalisée auprès d'un échantillon de convenance (N=176) d'étudiants québécois de première année au baccalauréat en sciences infirmières (80,5% sont des femmes), indique que les variables cognitives expliquent 38% de la variance des comportements de promotion de santé. Parmi celles-ci, la perception d'auto-efficacité générale ( $\beta=0,49, p < 0,001$ ) s'avère le meilleur prédicteur de l'étude pour l'ensemble des comportements et pour chacune des sous-dimensions.

Par ailleurs, d'autres études obtiennent des résultats beaucoup moins significatifs. Ainsi, l'étude de Gillis (1994) réalisée auprès d'un échantillon de convenance (N =184 adolescentes et leurs parents), démontre que les variables à l'étude expliquent 41% de la variance des comportements de promotion de la santé. Parmi ces variables, la perception d'auto-efficacité générale explique le plus fort pourcentage soit, 9,3% de la variance totale. Par contre, dans une autre étude (Nagia, 1996), la perception d'auto-efficacité générale n'apparaît pas un facteur prédictif de la prise de calcium et des activités physiques chez un échantillon de convenance composée de 233 étudiantes.

En somme, selon les études recensées, la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé apparaît être un meilleur prédicteur que la perception d'auto-efficacité générale. Ces résultats vont dans le sens de la recommandation de Bandura (1986) selon laquelle il est préférable de mesurer la perception d'auto-efficacité spécifique au comportement étudié. C'est pourquoi, la mesure de la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé a été retenue pour la présente étude. La prochaine section concerne les influences interpersonnelles en lien avec les comportements de promotion de la santé.

### Influences interpersonnelles et comportements de promotion de la santé

Définition du concept et mécanismes d'action. Parmi les facteurs environnementaux stipulés par le modèle de Pender (1996), figurent les influences interpersonnelles, lesquelles sont définies comme étant les perceptions, les croyances ou les attitudes des personnes significatives de l'entourage d'une personne en regard de ses comportements de santé.

Selon Pender (1996), les influences interpersonnelles en regard des comportements de santé incluent trois processus : les normes, le soutien social et l'apprentissage

vicariant. D'une façon plus précise, les normes correspondent aux attentes des personnes significatives et aux standards acceptés socialement en regard d'un comportement de santé. Quant au soutien social, il s'agit de l'encouragement, instrumental ou affectif, à la pratique d'un comportement. Finalement, l'apprentissage vicariant est réalisé par l'observation de la performance d'une personne en regard d'un comportement spécifique. Selon le modèle de Pender (1996), les influences interpersonnelles agissent directement et indirectement sur l'adoption des comportements de promotion de la santé (Pender, 1996).

Étant donné leur rôle traditionnel de gardienne de la santé familiale, les choix de vie des femmes semblent liés à l'expérience de leur conjoint, leurs enfants et leurs parents âgés (Moen, Robinson, & Dempster-McClain, 1995). Aussi, l'interdépendance semble un concept important à considérer pour les études concernant les femmes. Par ailleurs, la nature du rôle d'aidant semble restreindre les loisirs et la socialisation des aidantes (Ricard, 1991), il est donc possible qu'elles utilisent des moyens facilement accessibles pour se renseigner sur la santé. C'est pourquoi, la présente étude portera sur diverses sources d'influences interpersonnelles, le conjoint, les enfants, les amies, les professionnels de la santé et les médias, susceptibles d'influencer les aidantes pour leurs comportements de promotion de la santé. Le texte suivant décrit les résultats d'études empiriques concernant les influences interpersonnelles en regard des comportements de santé.

Études empiriques concernant les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé. Un certain nombre d'études ont examiné les concepts pouvant s'apparenter aux influences provenant des personnes significatives en lien avec les comportements de santé. Toutefois, les résultats de ces études divergent. Ainsi, selon l'étude de Clément et al. (1995) citée précédemment, les résultats obtenus révèlent une faible contribution ( $\beta=0,13$ ,  $p<0,04$ ) des influences provenant des professeurs en ce qui

concerne les comportements de promotion de la santé des étudiants. Étant donné l'absence d'outil de mesure pour ce concept, les auteurs de cette étude ont construit un outil pour évaluer les influences interpersonnelles.

Une étude qualitative de Puskar (1995) a examiné les facteurs influençant l'arrêt de fumer chez des femmes (N=10). Parmi les quatre facteurs significatifs, deux facteurs pouvant être apparentés aux influences interpersonnelles ressortent soit, le fait d'être stigmatisé (normes sociales) et les critiques provenant des relations interpersonnelles (soutien social). Selon ces résultats, les normes sociales et l'absence de soutien ou la critique provenant de l'entourage semblent avoir influencé la décision d'arrêter de fumer des participantes.

Quant à l'étude de Gillis (1994) réalisée auprès d'adolescentes (N=184), elle indique une faible corrélation significative entre leurs comportements de promotion de la santé et ceux de leurs parents (mère,  $r=0,28, p < 0,01$  ; père,  $r=0,16, p < 0,05$ ). Toutefois, lors des analyses de régression multiple, les influences interpersonnelles ne s'avèrent pas un prédicteur des comportements de santé des adolescentes. Par ailleurs, selon les résultats de l'étude (N=140 femmes) de Sweeny et Gulino (1987), seule l'influence provenant du conjoint de la primipare permet de prédire la décision de la femme en regard de l'allaitement maternel.

À ce jour, les études concernant les influences interpersonnelles démontrent des résultats divergents. Plusieurs aspects de ce concept demeurent à clarifier afin de saisir la relation entre les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé et peu d'outils de mesure sont disponibles. Néanmoins, étant donné les normes sociales, les stéréotypes et le stigma rattachés à la maladie mentale, lesquels peuvent limiter l'adaptation de l'aidante à la maladie du proche, il apparaît pertinent d'évaluer les influences interpersonnelles provenant des personnes significatives des aidantes en

regard de leurs comportements de promotion de santé. La prochaine section présente la dernière variable d'intérêt soit les influences situationnelles en lien avec les comportements de promotion de la santé.

### Influences situationnelles et comportements de promotion de la santé

Définition du concept et mécanisme d'action. Les influences situationnelles sont définies par Pender (1996) comme étant les perceptions d'un contexte de vie, lesquelles peuvent faciliter ou empêcher les comportements de promotion de la santé d'une personne. Les influences situationnelles incluent la perception des options disponibles, les demandes du milieu et les composantes esthétiques d'un environnement dans lequel un comportement survient. Ainsi, il semble que les personnes pratiquent davantage de comportements de santé dans un environnement où elles se sentent bien et en sécurité. Selon le modèle de Pender (1996), les influences situationnelles ont un effet direct et indirect sur les comportements de promotion de la santé.

Études empiriques concernant les influences situationnelles et les comportements de promotion de la santé. Peu d'études ont examiné la relation entre les influences situationnelles des aidantes et leurs comportements de promotion de la santé. Par contre, plusieurs études ont porté sur la relation entre le fardeau lié à la tâche de l'aidant et leur état de santé. Les résultats provenant de ces études permettent de dresser un portrait de l'expérience vécue par les aidantes en lien avec leur santé ou leur bien-être.

Ainsi, les résultats de l'étude de Coyne et al. (1987) réalisée auprès de 42 aidants d'une personne atteinte d'un état dépressif démontrent que 40% d'entre eux en viennent à développer des symptômes nécessitant des services psychologiques pour eux-mêmes ; le fardeau subjectif étant le plus fort prédicteur de la détresse émotionnelle des aidants. Les résultats de l'étude de Gibbons et al. (1984) réalisée auprès de 183 aidants indiquent

que 72% d'entre eux rapportent des difficultés émotionnelles et physiques, des problèmes d'insomnie et d'anxiété ainsi que des symptômes psychosomatiques. De plus, la détresse subjective de l'aidant, des femmes en majorité, est significativement reliée aux symptômes psychotiques ( $r = 0,38$ ,  $p < 0,001$ ) présentés par la personne atteinte d'un trouble mental.

Pour ce qui est de l'étude de Noh et Turner (1987), réalisée auprès de 211 aidants, les auteurs concluent que la présence d'une personne atteinte d'un trouble mental est associée à un état de détresse psychologique pour certaines familles. Parmi les variables étudiées, le faible sentiment de compétence des aidants s'avère le plus fort prédicteur de la détresse des membres de la famille.

Les résultats de l'étude transversale de Ricard et Fortin (1993), réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 359 aidants de proportion relativement égale quant au sexe, indiquent que le fardeau subjectif s'avère un prédicteur significatif de l'état de santé mentale des aidants. Seulement 12% des aidants ne rapportent aucune source de fardeau subjectif. En fait, plus le fardeau est élevé, plus les aidants éprouvent de la détresse émotionnelle, ressentent du stress et présentent des problèmes de sommeil et de santé. De plus, ces résultats démontrent, tout comme ceux de Fadden et al. (1987), que les aidants de sexe féminin sont plus vulnérables à la présence d'un fardeau subjectif élevé.

Finalement, une étude longitudinale a été réalisée par Ricard et al. (1995) et porte sur le lien entre le fardeau subjectif et l'état de santé des aidants en temps de crise et lors d'une rémission de l'état de santé du proche. Selon les résultats obtenus, l'ensemble des prédicteurs contribue à expliquer 63% de la variation de l'indice de santé mentale des aidants en situation de crise, comparativement à 41% en période de rémission. Une fois de plus, le fardeau subjectif est le prédicteur le plus significatif de l'état de santé mentale des aidants. Comparativement aux hommes, les femmes agissant comme



aidantes ressentent davantage de détresse émotionnelle et leurs problèmes de sommeil sont significativement reliés à leur détresse émotionnelle ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,005$ ).

Les résultats suivants d'études provenant du domaine de la promotion de la santé et vont dans le même sens. Ainsi, l'étude de Nelson (1996) vise à décrire les pratiques de santé de préposées aux bénéficiaires (N=34) et examine les influences du quotidien sur leurs pratiques de santé. Selon les résultats, les contraintes de temps et d'énergie découlant des tâches reliées aux multiples rôles des participantes et le manque d'argent limitent leurs pratiques de santé.

Une autre étude, celle de Woods, Lentz, et Mitchell (1993), visait à tester un modèle théorique mettant en relation les rôles de femmes contemporaines, les normes sociales liées aux rôles féminins, les demandes sociales, les ressources personnelles et les comportements de promotion et de prévention de la santé chez un échantillon aléatoire (N= 470 femmes). D'après les résultats obtenus, les femmes vivant moins de stress ont un niveau de scolarité plus élevé et pratiquent davantage de comportements de promotion de la santé. Par contre, les femmes confrontées à plus de stress, ont un niveau de scolarité moins élevé, n'ont pas de conjoint et présentent davantage de comportements dommageables pour leur santé. Les auteurs soulignent l'importance de tenir compte du contexte de vie des femmes pour comprendre leurs pratiques de santé. D'ailleurs, une autre étude de Woods et Mitchell (1997), réalisée auprès de femmes (N=131), souligne l'importance du travail et de l'accomplissement personnel dans la vie des femmes.

Comme il a été décrit précédemment, le contexte de vie des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental a surtout été examiné sous l'angle du fardeau. Cependant aucune étude n'a mise en relation cette expérience du rôle d'aidant et les comportements de promotion de la santé des aidantes. Il apparaît donc important de

connaître les influences situationnelles provenant du contexte de vie spécifique des aidantes en lien avec leurs comportements de promotion de la santé. Le chapitre suivant décrit la méthode utilisée pour répondre aux questions de l'étude.

Chapitre 3  
La méthode

Le chapitre suivant présente la méthode qui a été utilisée pour réaliser cette étude soit, le devis de recherche, les milieux où s'est effectué le recrutement des aidantes et le choix de l'échantillon, la définition des variables, les instruments de mesure utilisés, le déroulement de l'étude, les caractéristiques de l'échantillon, les considérations éthiques ainsi que les limites méthodologiques.

### **Devis de recherche**

Il s'agit d'une étude descriptive-corrélacionnelle se basant sur le modèle de promotion de la santé de Pender (1996). Cette étude a pour buts de (a) décrire les comportements de promotion de la santé des femmes aidantes, (b) vérifier la relation entre, d'une part les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles, les influences situationnelles des aidantes et, d'autre part leurs comportements de promotion de la santé et finalement de (c) vérifier la contribution de ces variables aux comportements de promotion de la santé des aidantes.

### **Les milieux de recrutement et les critères de sélection de l'échantillon**

#### **Milieux de recrutement**

Cette étude s'intéresse à la population des femmes aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental. Un échantillon de convenance composé de 61 aidantes a été recruté à partir de deux Centres hospitaliers affiliés à l'Université de Montréal, l'un desservant l'est et l'autre le nord de Montréal et l'ouest de Laval. Deux organismes communautaires s'adressant aux familles d'une personne atteinte d'un problème de

santé mentale et un Centre Local de Services Communautaires (CLSC) ont également été sollicités pour le recrutement des participantes (femmes aidantes).

### Critères de sélection de l'échantillon

Les participantes devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : (a) être une femme ; (b) être âgée de 18 ans et plus ; (c) être identifiée comme la personne offrant un soutien continu à celle atteinte d'un trouble mental (être en contact direct au moins une fois semaine) ; (d) être l'épouse, la conjointe de fait, la mère, la fille, la sœur ou une amie proche de la personne atteinte d'un trouble mental ; (e) agir comme aidante depuis six mois et plus ; (f) n'avoir pas requis de soins psychiatriques depuis trois ans ; (g) être capable de lire, écrire et parler le français.

### Définition des variables

Comportements de promotion de la santé : Actions initiées volontairement par les aidantes en vue d'augmenter leur niveau de bien-être, leur actualisation et leur sentiment d'accomplissement personnel (Pender, 1982) sur le plan de la responsabilité pour sa santé, des exercices physiques, d'une saine alimentation, des relations interpersonnelles satisfaisantes, de la gestion du stress et de la croissance spirituelle (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Perception d'auto-efficacité : Jugement que l'aidante porte sur ses capacités à pratiquer quotidiennement des comportements de promotion de la santé (Bandura, 1977) selon six dimensions: l'alimentation saine, les exercices physiques, la responsabilité pour sa santé, les relations interpersonnelles satisfaisantes, la gestion du stress et la croissance spirituelle (Walker, Sechrist, & Pender, 1987, 1995).

Influences interpersonnelles : Perceptions, croyances et attitudes des personnes significatives comprises dans l'entourage en regard des comportements de promotion de la santé des aidantes (Pender, 1996). Ces perceptions, croyances et attitudes découlent des normes sociales, du soutien social et de l'apprentissage vicariant provenant des personnes significatives de l'aidante telles que le conjoint, les enfants, les amies, les professionnels de la santé et les médias de l'information.

Influences situationnelles : Perceptions des aidantes en regard de leur contexte de vie spécifique lequel peut favoriser ou limiter les comportements de promotion de la santé (Pender, 1996). Le contexte de vie des aidantes est considéré sous l'angle du concept de fardeau lequel rend compte des dimensions spécifiques au rôle d'aidant décrites par Tessler et Gamache (1994) en regard (a) de l'assistance à la personne atteinte d'un trouble mental pour ses activités quotidiennes ; (b) de la supervision pouvant être requise en regard de comportements dérangeants ; (c) du coût financier lié à la présence du proche ; (d) de l'impact quotidien du rôle d'aidant sur les plans du travail, des études, des activités sociales, des loisirs et du temps disponible pour les autres membres de la famille ; (e) des inquiétudes en regard de la situation du proche et (f) des réactions affectives de l'aidante en regard de son rôle.

### **Instruments de mesure**

Le texte suivant présente les instruments de mesure utilisés dans cette étude. Il s'agissait de quatre outils de mesure et d'un questionnaire visant à évaluer (a) la pratique des comportements de promotion de la santé des aidantes selon six dimensions (b) leurs caractéristiques personnelles (c) leur perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé, (d) leurs influences interpersonnelles en regard des comportements de promotion de la santé et (e) leurs influences situationnelles spécifiques à leur contexte d'aidante.

Profil d'un mode de vie sain : Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP II) (Walker et al., 1987,1995)

Description de l'échelle. Walker et al. (1987) ont développé une échelle pour mesurer les comportements de promotion de la santé à partir des écrits et des recherches empiriques, dont celle de Alameda County (Belloc & Breslow, 1972). Cette nouvelle version de l'échelle proposée par les auteurs tient compte des commentaires reçus par les utilisateurs de la première version et reflète davantage les écrits récents et la pratique actuelle. Ainsi, cette échelle d'un mode de vie sain (Appendice A, p.142) comprend 52 énoncés répartis selon six dimensions : l'alimentation saine (neuf items), les exercices physiques (huit items), la responsabilité pour sa santé (neuf items), les relations interpersonnelles (neuf items), la gestion du stress (huit items) et la croissance spirituelle (neuf items). Les réponses données à l'aide d'une échelle de type Likert de quatre points indiquent la fréquence d'un comportement donné, laquelle peut varier de 1 (jamais) à 4 (de façon routinière). Le score global est obtenu par la moyenne des 52 items et renseigne sur la pratique des comportements selon six dimensions. Le score de chacune des six sous-échelles est obtenu de façon similaire et renseigne sur la pratique d'un comportement spécifique.

Validité de la version anglaise. Les auteurs indiquent que la description de la validité et de la fidélité de la nouvelle version de l'instrument est à paraître sous peu. Toutefois, à la suite d'une communication écrite (Walker, 1998), il a été possible d'obtenir les données sur les alpha de Cronbach obtenus pour chacune des sous-échelles soit ; 0,86 pour la responsabilité pour sa santé ; 0,85 pour les exercices physiques ; 0,80 pour l'alimentation ; 0,86 pour la croissance spirituelle ; 0,87 pour les relations interpersonnelles ; 0,79 pour la gestion du stress et finalement, 0,94 pour l'échelle totale. Une analyse factorielle confirme la structure de six sous-échelles.

Version française. Étant donné que la nouvelle version du HPLP II comprend plusieurs énoncés semblables à la version antérieure traduite en français par Clément et al., 1995, ceux-ci ont été comparés et réutilisés lorsqu'ils étaient identiques. Les autres énoncés ont été traduits en français par la chercheuse selon la méthode de traduction inversée parallèle (Vallerand, 1989). Après avoir été traduits en français, les énoncés ont été retraduits en anglais par une personne bilingue. Les deux versions anglaises ont été comparées et remaniées. Pour la présente étude, l'alpha obtenu pour chacune des sous-échelles est de 0,73 pour la responsabilité pour sa santé ; 0,84 pour les exercices physiques ; 0,64 pour l'alimentation saine ; 0,77 pour la croissance spirituelle ; 0,71 pour les relations interpersonnelles ; 0,79 pour la gestion du stress et finalement, 0,91 pour l'échelle totale.

#### Questionnaire portant sur les caractéristiques personnelles des femmes aidantes

Un questionnaire concerne les caractéristiques personnelles des participantes (Appendice B, p.149). Il a été élaboré par l'instigatrice de cette étude et les données choisies tiennent compte à la fois des recommandations de Platt (1985) et Maurin et Boyd (1990) quant aux caractéristiques pouvant influencer les perceptions des aidantes en regard de leur rôle ainsi que celles de Pender (1996) en ce qui a trait aux comportements de promotion de la santé. Ainsi, les questions portent sur l'âge, l'état matrimonial, le revenu, la scolarité, l'occupation d'un emploi rémunéré, le nombre d'heures travaillées par semaine, le lien de parenté avec la personne atteinte d'un trouble mental, la durée du rôle d'aidant, la durée de la maladie du proche atteint d'un trouble mental, le nombre d'hospitalisations du proche au cours des cinq dernières années, le lieu de résidence (différent ou non de la personne atteinte d'un trouble mental) et finalement, la participation de l'aidante à un groupe d'entraide.



Échelle mesurant la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé (Self-Rated Abilities for Health Practices Scale : Becker, Stuifbergen, Oh, & Hall, 1993)

Description de l'échelle. Becker et al. (1993) proposent une échelle (Appendice C, p.153) pour évaluer la perception d'une personne en regard de son auto-efficacité spécifique à pratiquer des comportements de promotion de la santé en fonction de six dimensions, tel que proposé par le « Health Practice Lifestyle Profile » (Walker et al., 1987, 1995). Cette échelle de mesure comprend 28 items répartis en quatre sous-échelles et permet d'évaluer la perception d'auto-efficacité des aidantes en regard de la pratique de comportements concernant une alimentation saine (items 1 à 7), la perception d'auto-efficacité en regard du bien-être psychologique incluant les comportements liés à la gestion du stress, aux relations interpersonnelles satisfaisantes et à la croissance spirituelle (items 8 à 14), la perception d'auto-efficacité liée à la pratique d'exercices physiques (items 15 à 21) et la perception d'auto-efficacité en regard des comportements concernant la responsabilité pour sa santé incluant la recherche d'information et d'assistance pour sa santé (items 22 à 28). La participante évalue sa capacité à pratiquer un comportement de promotion de la santé selon une échelle de cinq points variant de 0 ( Je ne me sens pas du tout capable de) à 4 (Je me sens toujours capable de). Le score total s'obtient par la somme de tous les items et peut varier de 0 à 112, tandis que le score partiel d'une sous-échelle peut varier de 0 à 28. Plus le score est élevé, plus la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé est élevée.

Validité de la version anglaise. C'est à partir d'une revue des écrits concernant la promotion de la santé ainsi que de leur expérience en clinique et en recherche que les auteurs (Becker et al., 1993) ont d'abord proposé une échelle de cinquante items destinés à évaluer la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de

promotion de la santé. Par la suite, l'instrument fut réduit à trente-deux items et distribué pour révision à un groupe d'experts composé d'infirmières de niveau d'études doctorales et d'experts en promotion de la santé, en éducation et en développement d'instruments de mesure. À la suite de leurs suggestions, les trente-deux items furent regroupés en quatre sous-échelles. Un premier essai auprès de 15 personnes a permis de vérifier la clarté du vocabulaire employé et les instructions. L'instrument a été testé par la suite auprès de deux échantillons, soit 188 personnes recrutées lors d'une démonstration publique concernant la santé et 111 étudiants en sciences infirmières.

L'instrument démontre une bonne consistance interne ; les résultats des deux échantillons (N=188 et N=111) indiquent un coefficient alpha de Cronbach de 0,94 pour le score total. Quant aux sous-dimensions, elles ont obtenu respectivement un alpha de 0,92 et 0,89 pour la sous-échelle concernant les exercices physiques, un alpha de 0,81 pour la sous-échelle concernant l'alimentation saine, un alpha de 0,90 et 0,86 pour la sous-échelle concernant le bien-être psychologique et finalement, un alpha de 0,86 et 0,88 pour la sous-échelle concernant la responsabilité pour sa santé. Le test-retest effectué après deux semaines auprès de l'échantillon (N=111) d'étudiants en sciences infirmières démontre que l'outil obtient une bonne stabilité (0,70). Une analyse factorielle avec rotation Varimax confirme que les quatre facteurs comptent pour 61% de la variance. Les corrélations obtenues auprès de ces échantillons entre l'échelle de Becker et al. (1993) et les autres instruments mesurant l'attitude et le comportement supportent la validité de l'instrument. Ainsi, l'échelle « Self-Rated Abilities Scale » est modérément corrélée ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ) avec le « General Self-Efficacy » pour le premier échantillon (N=188). Tandis que pour le second échantillon (N=111), les résultats obtenus au « Self-Rated Abilities Scale » sont négativement corrélés ( $r=-0,55$ ,  $p<0,1$ ) à ceux obtenus avec le « Barriers to Health Promotion Scale » (Becker, Stuijbergen, & Sands, 1991) et positivement corrélés ( $r=0,69$ ,  $p<0,1$ ) aux résultats du « Health-Promoting Lifestyle Profile » (Walker, Sechrist, & Pender, 1987).

Traduction française. L'instrument a été traduit en français par la chercheuse selon la méthode de traduction inversée parallèle. Premièrement, les énoncés ont été traduits en français et retraduits en anglais par la suite par une personne bilingue. Les deux versions ont été comparées et remaniées jusqu'à ce qu'elles se comparent (Vallerand, 1989). Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach obtenu pour l'échelle totale est de 0,87. Pour ce qui est des différentes sous-échelles l'alpha de Cronbach est de 0,69 pour l'alimentation saine; 0,74 pour le bien-être psychologique; 0,85 pour les exercices physiques; et 0,75 pour la responsabilité pour sa santé.

#### Échelle concernant les influences interpersonnelles liées aux comportements de promotion de la santé

Description de l'échelle concernant les influences interpersonnelles construite par Clément et al. (1995). Étant donné l'absence d'outil de mesure concernant l'évaluation des influences interpersonnelles, Clément et al. (1995) ont construit une échelle pour évaluer la perception des influences interpersonnelles provenant des personnes significatives de l'entourage en regard des comportements de promotion de la santé d'étudiants universitaires. Dans sa première version, l'échelle était composée de deux énoncés pouvant être répondus selon une échelle de type Likert et le score pouvait varier de 2 à 10. Plus le score était élevé, plus grandes étaient les influences interpersonnelles. Un jury de dix experts a validé le contenu de l'instrument, lequel a obtenu un coefficient alpha de 0,87. À la suite des résultats obtenus lors de leur étude pilote, les auteurs (Clément et al., 1995) ont reconsidéré leur échelle. Une rencontre auprès de vingt étudiantes a permis de constater la faiblesse de la validité du contenu de l'échelle. Une autre échelle intégrant de nouvelles dimensions a été construite et comprend neuf énoncés de type Likert proposant un choix de réponses variant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) et dont le score total peut varier de 0 (aucun des énoncés ne s'applique) à 54.

Adaptation d'une échelle pour mesurer les influences interpersonnelles des aidantes. S'inspirant de l'échelle de Clément et al. (1995), une échelle permettant d'évaluer les influences interpersonnelles provenant des personnes significatives des aidantes en regard des comportements de promotion de la santé a été construite par l'instigatrice de l'étude (Appendice D, p.159). Cette échelle concerne les influences interpersonnelles en regard des comportements de promotion de la santé des aidantes pouvant provenir du conjoint, des enfants, des amies, des professionnels de la santé tels les infirmières et des médias soit, revues, journaux ou émissions de télévision. Cette échelle comprend quatorze énoncés pouvant être répondus selon une échelle de type Likert comprenant six choix de réponses variant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) et dont le score total peut varier entre 14 et 84.

Afin d'assurer la validité du contenu de l'échelle, l'opinion d'une personne experte détenant une scolarité de niveau post doctoral a été sollicitée. Cette personne s'est prononcée sur la pertinence des items en fonction de la variable à mesurer et sur la clarté des énoncés. À la suite de cette consultation, des correctifs ont été apportés. Dans la présente étude, l'échelle totale a obtenu un alpha de 0,66 ; ce coefficient ne peut être comparé puisque l'échelle a été adaptée spécifiquement pour la présente étude.

Échelle concernant les influences situationnelles : Family Experiences Interview Schedule-Short form (FBIS/SF) (Tessler & Gamache, 1994)

Description de l'échelle, version anglaise. Ce questionnaire d'entrevue a été développé (Appendice E, p.162) selon la façon traditionnelle de concevoir l'expérience de la famille ou le fardeau relié aux soins prodigués par la famille à une personne atteinte d'un trouble mental et est présenté ici dans sa version courte. Selon les auteurs, le fardeau est un concept général englobant les multiples difficultés reliées à la nature du rôle d'aidant et comprend deux dimensions, soit le fardeau objectif qui renvoie à la

nécessité de prodiguer des soins à long terme et le fardeau subjectif qui inclut la détresse émotionnelle, l'impact sur la routine de l'aidante, les inquiétudes et les réactions affectives associées au rôle d'aidant. Cette échelle évalue les différents aspects du rôle d'aidante, lesquels peuvent influencer ses comportements de promotion de la santé.

L'échelle comprend soixante-cinq items répartis en sept sous-échelles : (a) le fardeau objectif associé à l'assistance aux activités quotidiennes; (b) le fardeau objectif lié à la supervision des comportements dérangeants; (c) le fardeau subjectif associé à l'assistance aux activités quotidiennes; (d) le fardeau subjectif lié à la supervision des comportements dérangeants; (e) l'impact du rôle d'aidant sur sa routine quotidienne; et finalement la dernière sous-échelle divisée en deux soit, (f) les inquiétudes de l'aidante; et (g) ses réactions affectives en regard de son rôle d'aidante. Les énoncés sont mesurés selon une échelle de type Likert variant de 0 (pas du tout) à 3, 4 ou 5 (chaque jour ou beaucoup) selon les sous-échelles. L'échelle est complétée par la chercheuse qui encercle le chiffre indiquant la réponse donnée par l'aidante aux différentes questions. Les scores sont les moyennes des scores obtenus aux différentes sous-échelles. Cet instrument s'adresse aux aidants d'une personne atteinte d'un trouble mental pouvant demeurer dans la même maison ou ailleurs dans la communauté.

Selon les directives des auteurs (Tessler & Gamache, 1994), les réponses aux énoncés ont été codées différemment avant de procéder aux différentes analyses statistiques. Ainsi, les réponses aux sous-dimensions portant sur le fardeau objectif (section A et B de l'entrevue) ont été codées de 0 à 4. Les réponses aux sous-dimensions portant sur le fardeau subjectif (section A et B de l'entrevue) ont été codées de 0 à 3. Les quatre premiers énoncés de la section traitant de l'impact sur la vie quotidienne (section D de l'entrevue) ont été codés de 0 à 4, la cinquième question a été exclue en raison de la nature dichotomique des réponses. Les réponses de la section portant sur les inquiétudes (section E de l'entrevue) ont été codées de 0 à 4. Étant donné le sujet

d'intérêt différent, la dernière question de la section E est devenue la section portant sur les réactions affectives de la femme en regard de son rôle d'aidante (section F). Selon les directives des auteurs, cette dernière sous-dimension a été codée de façon inversée soit, de 5 (fortement en accord) à 1 (fortement en désaccord).

Propriétés psychométriques. L'échelle de mesure a été validée auprès de deux échantillons indépendants comprenant respectivement 305 et 176 familles. L'alpha de Cronbach obtenu pour les deux échantillons aux différentes sous-échelles sont les suivants : 0,77 et 0,79 pour le fardeau objectif lié à l'assistance à la vie quotidienne et 0,74 et 0,76 pour le fardeau subjectif lié à l'assistance à la vie quotidienne; 0,65 et 0,61 pour le fardeau objectif lié à la supervision des comportements dérangeants et 0,64 et 0,68 pour le fardeau subjectif lié à la supervision des comportements dérangeants ; 0,57 et 0,56 pour l'impact du rôle d'aidant sur sa routine quotidienne et finalement, 0,89 et 0,80 pour les inquiétudes incluant les réactions affectives de l'aidante.

Description de la version française. La méthode de traduction inversée parallèle a été utilisée pour obtenir la version française de l'échelle de mesure. Tout d'abord, deux groupes indépendants d'experts dans le domaine de la santé mentale ont traduit l'échelle en français. Après avoir comparé les deux traductions, une version finale a été adoptée. La version française a été traduite à nouveau en anglais par une personne bilingue. La version retraduite a été comparée à la version originale et des ajustements ont été faits pour s'assurer de la fidélité de la traduction tout en tenant compte du contexte québécois. L'échelle a été pré-testée par une équipe du Centre de recherche du Centre hospitalier Douglas.

Pour la présente étude, l'alpha obtenu pour chacune des sous-échelles est : (a) 0,76 pour le fardeau objectif lié à l'assistance à la vie quotidienne ; (b) 0,62 pour le fardeau subjectif lié à l'assistance à la vie quotidienne ; (c) 0,33 pour le fardeau objectif lié à la

supervision des comportements dérangeants ; (d) 0,45 pour le fardeau subjectif lié à la supervision des comportements dérangeants ; (d) 0,60 pour l'impact du rôle d'aidante sur sa vie quotidienne ; (e) 0,77 pour les inquiétudes de l'aidante ; (f) 0,86 pour les réactions affectives de l'aidante. Il faut souligner que les coefficients alpha obtenus dans la présente étude sont plus faibles que ceux obtenus par les auteurs dans la version anglaise.

### **Déroulement de l'étude**

#### **Démarches auprès des établissements de santé**

Le recrutement des participantes s'est effectué suite à l'acceptation du projet d'étude par le comité d'éthique respectif de chaque centre hospitalier ciblé et après avoir obtenu l'autorisation du Directeur des services professionnels pour consulter les dossiers (Appendice F, p.179). De plus, la chercheuse a obtenu du Conseil d'administration d'un CLSC, l'autorisation de recruter quelques participantes parmi la clientèle desservie par ce CLSC (Appendice F, p.179).

#### **Démarches auprès d'organismes communautaires**

La responsable d'un premier organisme communautaire a été contactée afin de solliciter la participation des femmes fréquentant l'organisme communautaire à la présente étude. Les membres ne désirant pas rencontrer la chercheuse, le projet d'étude leur fut présenté par la responsable de l'organisme communautaire; aucune personne n'a été intéressée à participer à l'étude. Un autre organisme communautaire fut contacté et la responsable de l'organisme a accepté que le projet d'étude soit présenté lors d'une rencontre d'information ; quatre femmes aidantes y ont été recrutées.

### Démarches auprès de la personne atteinte d'un trouble mental et auprès de la femme aidante

Tout d'abord, il s'agissait d'obtenir le consentement d'une personne atteinte d'un trouble mental hospitalisée ou suivie en clinique externe à ce que leur aidante, s'il y a lieu, soit contactée par la chercheuse. Pour ce faire, la personne atteinte d'un trouble mental a été rencontrée afin de lui expliquer le projet d'étude et obtenir un consentement éclairé de sa part permettant que l'aidante soit contactée pour solliciter sa participation à l'étude. De plus, la chercheuse a assuré la personne de la confidentialité des données recueillies. Si elle acceptait, cette personne devait signer un formulaire de consentement (Appendice G, p.182). À ce moment, la personne atteinte d'un trouble mental recevait comme consigne d'informer l'aidante qu'une chercheuse communiquerait avec elle par téléphone dans les jours suivants. Il importe de souligner l'aide reçue de la part des infirmières traitantes dans la formation de l'échantillon ; celles-ci ont facilité le contact avec le client et son proche favorisant ainsi grandement leur collaboration à l'étude.

Par la suite, chaque aidante fut contactée pour lui expliquer le but de l'étude et solliciter sa participation. Les aidantes qui ont accepté de participer ont été rencontrées à l'endroit de leur choix lequel devait assurer un caractère privé ; la majorité a été rencontrée à leur domicile. Avant de débiter les questionnaires de l'étude, la chercheuse s'est assurée de la compréhension de l'aidante quant à sa participation à l'étude. Par la suite, l'aidante devait signer un formulaire de consentement à participer à l'étude (Appendice H, p. 184). Finalement, l'aidante recevait un cahier comprenant les différents outils de mesures et les explications nécessaires pour les compléter elle-même sauf pour ce qui concerne le questionnaire d'entrevue mesurant les influences situationnelles. En effet, étant donné la nature des questions nécessitant écoute et empathie de la part de la chercheuse et selon la recommandation des auteurs, ce



questionnaire devait être complété par la chercheuse à partir des réponses de l'aidante. Au cours de toute la rencontre, la chercheuse est demeurée disponible à répondre aux questions de l'aidante. En moyenne, le temps requis pour compléter le questionnaire était de deux heures.

### Caractéristiques de l'échantillon

Quatre vingt treize personnes atteintes d'un trouble mental ont donné leur autorisation à ce que la chercheuse communique avec leur aidante. Parmi celles-ci, 63 aidantes (67,6%) ont accepté de compléter les questionnaires de l'étude ; deux (2,1%) questionnaires ont été rejetés car l'aidante ne répondait pas à tous les critères d'inclusion. Dix aidantes (10,7%) n'ont pu être rejointes et vingt (21,4%) ont refusé de participer à l'étude. Le manque de temps fut le motif le plus souvent invoqué pour le refus. À ce sujet, il est difficile de définir les caractéristiques des femmes qui ont refusé puisqu'elles ne souhaitent pas élaborer davantage et il s'avérait délicat d'obtenir plus d'information lors du contact téléphonique.

Le tableau 1 présente les caractéristiques personnelles de l'échantillon. La moyenne d'âge des participantes est de 51,1 ans ( $\underline{s}=15,3$ ) ; près du tiers (27,9%) se retrouve dans la catégorie des 61 ans et plus. La vie en couple s'avère l'état matrimonial le plus courant ; les deux tiers des femmes de l'échantillon étant dans cette catégorie (mariage :52,5% ; union de fait :14,8%). Le niveau de scolarité atteint est relativement élevé puisque près du tiers (31,1%) des participantes déclarent avoir terminé des études secondaires et près de la moitié a complété soit, des études collégiales (21,3%) ou universitaires (26,2%). Pour ce qui est du travail, la moitié (49,2%) des participantes n'ont pas d'emploi rémunéré et l'autre moitié occupe un emploi à temps plein (29,5%) ou à temps partiel (19,5%).

Tableau 1

## Caractéristiques personnelles de l'échantillon (N=61)

Caractéristiques	n	Pourcentage
<b>Ages groupés</b>		
Moins de 30 ans	4	6,60%
31 ans à 40 ans	11	18,00%
41 ans à 50 ans	15	24,60%
51 ans à 60 ans	14	23,00%
61 ans et plus	17	27,90%
<b>État matrimonial</b>		
Célibataire	5	8,20%
Mariée	32	52,50%
Séparée ou divorcée	5	8,20%
Conjoint de fait	9	14,80%
Veuve	10	16,40%
<b>Niveau de scolarité</b>		
Primaire	5	8,20%
Secondaire	19	31,10%
Technique court	8	13,10%
Collégial	13	21,30%
Universitaire	16	26,29%
<b>Emploi rémunéré</b>		
Pas de réponse	1	1,60%
Temps plein	18	29,50%
Temps partiel	12	19,70%
Aucun	30	49,20%
<b>Revenu familial</b>		
entre 0 et 14,999	7	12,10%
entre 15,000 et 29,999	12	20,70%
entre 30,000 et 44,999	11	19,00%
entre 45,000 et 59,999	11	19,00%
entre 60,000 et 74,999	8	13,80%
plus de 75,000	9	15,50%
<b>Nombres d'années comme aidante</b>		
1 à 2 ans	20	32,80%
3 à 4 ans	17	27,80%
5 et plus	24	39,20%
<b>Cohabitation avec la personne atteinte d'un trouble mental</b>		
oui	37	60,70%
non	24	39,30%
<b>Temps consacré par semaine au rôle d'aidante</b>		
2 à 3 heures semaine	13	21,70%
4 à 10 heures semaine	19	31,70%
11 à 20 heures semaine	6	10,00%
plus de 21 heures semaine	22	36,70%

Tableau 1

## Caractéristiques personnelles de l'échantillon (suite) (N=61)

Caractéristiques	n	Pourcentage
<b>Autre personne à soutenir</b>		
Aucune personne	29	47,50%
1 personne	21	34,40%
2 personnes et plus	11	18,00%
<b>Lien de parenté avec le proche</b>		
Conjointe	26	42,60%
Mère	16	26,20%
Fille de	9	14,70%
Sœur de	7	11,40%
Autre (belle-sœur, amie)	3	4,90%
<b>Participation de l'aidante à un organisme communautaire</b>		
Oui	17	27,90%
Non	44	72,10%
<b>Nombre de personnes vivant dans le même foyer que l'aidante</b>		
1 personne	10	16,40%
2 personnes	25	41,00%
3 personnes et plus	26	42,16%
<b>Nombre d'enfants moins de 18 ans vivant avec l'aidante</b>		
0 enfant	48	78,70%
1 enfant	4	6,60%
2 à 3 enfants	9	14,80%
<b>Nombre d'hospitalisations du proche au cours des 5 dernières années</b>		
0 hospitalisation	8	13,10%
1 hospitalisation	17	27,90%
2 hospitalisations	14	23,00%
3 hospitalisations et plus	22	36,10%
<b>Suivi médical actuel du proche</b>		
Hospitalisé	32	52,50%
Suivi en clinique externe	28	45,90%
Pas de suivi actuellement	1	1,60%
<b>Diagnostic du proche</b>		
Ne sait pas / pas de réponse	4	6,60%
Dépression	18	29,50%
Trouble bipolaire	22	36,10%
Schizophrénie	13	21,30%
Autre	4	6,50%

Les femmes de l'échantillon se retrouvent en nombre pratiquement égal dans toutes les catégories de revenu. Et la majorité (91,8%) des femmes sont nées au Québec.

Pour ce qui est du rôle d'aidante, les femmes composant l'échantillon l'exercent depuis une période variant de un à trente ans ; près de 40% assume ce rôle depuis plus de cinq ans. Les aidantes (60,7%) vivent avec la personne atteinte d'un trouble mental dans une forte proportion. Plus du tiers (36,7%) des femmes consacrent vingt et une heures et plus au rôle d'aidante au cours d'une semaine et un peu plus de la moitié (53,4%) s'y engage entre deux et dix heures par semaine. De surcroît, la moitié de ces femmes procurent du soutien à une (34,4%), deux (13,1%) ou même trois (4,9%) autres personnes de leur entourage.

Concernant d'autres aspects de la vie des participantes, il est intéressant de noter que la majorité (72,1%) d'entre elles ne participent à aucun groupe d'entraide. La plupart (83,7%) partage leur logis ; seulement 16,4% habite seule. De plus, tel que le suggèrent les données concernant leur âge, une grande proportion (78,7%) de ces femmes n'ont pas à prendre soin d'enfants de moins de dix-huit ans.

Pour ce qui est de l'histoire de la maladie mentale présentée par la personne atteinte, la très grande majorité (87,0%) a été hospitalisée au moins une fois au cours des cinq dernières années et plus du tiers (36,1%) a dû y recourir à trois reprises et plus. D'ailleurs, au moment de l'entrevue avec l'aidante, une moitié (52,5%) des personnes atteintes était hospitalisée et l'autre moitié (45,90%) était suivie en clinique externe. Les diagnostics médicaux motivant le suivi des personnes atteintes les plus souvent mentionnés sont, le trouble bipolaire (36,1%), la dépression majeure (29,5%) et la schizophrénie (21,3%).

### **Considérations éthiques**

Avant de solliciter la collaboration de la personne atteinte d'un trouble mental, la chercheuse s'est assurée que celle-ci était en mesure de donner un consentement éclairé. Par la suite, la personne atteinte et les aidantes ont signé respectivement un formulaire de consentement à participer à l'étude. Elles ont été informées par la chercheuse ainsi que par le biais du formulaire de consentement des buts de l'étude et de la nature de leur participation. Chaque personne contactée était libre de participer à l'étude et d'interrompre sa participation à tout moment. Le projet d'étude a été soumis au comité d'éthique de chacun des deux centres hospitaliers et la chercheuse a obtenu l'autorisation de poursuivre l'étude (Appendice F, p. 178). Le projet d'étude a été soumis au conseil d'administration du CLSC et la chercheuse a reçu l'autorisation d'y recruter des participantes (Appendice F, p. 178). Les questionnaires complétés ont été codifiés afin d'assurer la confidentialité des résultats et ils ont été conservés en lieu sûr. Les aidantes ont été informées de la possibilité d'obtenir les résultats à la fin de l'étude.

### **Limites méthodologiques**

Étant donné qu'il s'agit d'un échantillon de convenance de faible taille, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux autres aidantes de la province de Québec. Le temps restreint pour réaliser l'étude, les difficultés d'accessibilité à la population ciblée et les contraintes budgétaires ont déterminé ce choix d'échantillon. D'autres limites inhérentes aux outils de mesures et au devis de recherche sont aussi présentes et seront abordées au chapitre de la discussion. En outre, il faut souligner que les participantes ont pu être influencées par le désir de plaire socialement à la chercheuse ; cette situation a pu influencer les résultats obtenus par cette étude.

## Chapitre 4

### Résultats

Ce chapitre comporte quatre volets. La première section répond à la première question de l'étude concernant la description des comportements de promotion de la santé des aidantes. En deuxième partie, sont présentées les données descriptives s'appliquant à chacune des variables à l'étude. Quant à la troisième partie, elle présente les résultats permettant de répondre aux quatre questions suivantes de l'étude mettant en relation, d'une part les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles et les influences situationnelles et, d'autre part les comportements de promotion de la santé des aidantes. Finalement, la quatrième et dernière partie présente les analyses de régression multiple permettant de répondre à la sixième question de l'étude.

### **Description des comportements de promotion de la santé pratiqués par les aidantes**

Le tableau 2 présente les résultats obtenus avec l'instrument de mesure « Profil de vie sain » concernant la variable « comportements de promotion de la santé » et permettant de répondre à la première question de l'étude. Les données sont présentées selon la moyenne globale de l'échelle ainsi que la moyenne de chacune des six sous-dimensions.

Pour ce qui est du score moyen de l'échelle totale, il indique que les participantes intègrent « quelquefois » les comportements de promotion de la santé étudiés ( $\bar{x}=2,84, s=0,40$ ) à leur routine quotidienne. Plus précisément, un fort pourcentage (62%) des aidantes pratiquent « quelquefois » les comportements de promotion de la santé, tandis qu'une plus faible proportion (36%) des aidantes les pratiquent « souvent ».

Tableau 2

Scores moyens concernant les comportements de promotion de la santé (N=61)

Comportements de promotion de la santé	$\bar{x}$	$s$	I.C. $\alpha=0,05\%$	Étendue du score	Étendue théorique
Échelle totale	2,84	0,40	2,74-2,94	1,33-3,78	0-4
Sous-dimensions					
Alimentation saine	3,16	0,44	3,05-3,28	1,89-4,00	0-4
Croissance spirituelle	3,03	0,50	2,90-3,16	2,11-4,00	0-4
Relations interpersonnelles	3,03	0,45	2,91-3,14	2,11-3,89	0-4
Responsabilité pour sa santé	2,69	0,55	2,55-2,83	1,33-3,79	0-4
Gestion du stress	2,57	0,60	2,42-2,73	1,25-4,00	0-4
Exercice physique	2,49	0,76	2,30-2,68	1,00-4,00	0-4



Pour ce qui est des sous-dimensions, les comportements concernant une saine alimentation, la croissance spirituelle et les relations interpersonnelles indiquent un score moyen plus élevés que le score moyen global. À l'opposé, les sous-dimensions concernant la responsabilité pour sa santé, la gestion du stress et les exercices physiques obtiennent un score moyen plus bas que le score moyen global.

Fréquence de l'adoption de comportements de promotion de la santé liés à une alimentation saine. Une forte majorité (73,8%) d'aidantes rapportent pratiquer « souvent » les comportements liés à une saine alimentation tandis que le quart (24,6%) des aidantes ne pratiquent que « quelquefois » ces comportements. Parmi ceux-ci, le petit déjeuner du matin est le comportement qui obtient le score moyen le plus élevé chez les participantes ( $\bar{x}=3,72, s=0,71$ ). De plus, elles consomment « souvent » deux à trois portions de viande, trois à cinq portions de légumes, deux à trois portions de lait ainsi que deux à trois portions de fruits par jour. Selon le même score moyen, elles portent attention aux étiquettes des denrées alimentaires afin d'identifier les éléments nutritifs et elles choisissent de consommer des aliments faibles en gras et en cholestérol. Par contre, elles ne parviennent que « quelquefois » à limiter leur consommation d'aliments sucrés et à consommer six à douze portions de céréales, riz ou pâtes par jour; la plupart estimant ce nombre trop élevé.

Fréquence de l'adoption de comportements de promotion de la santé liés à la croissance spirituelle. Deux tendances se dessinent pour ce qui est de la pratique des comportements lié à la croissance spirituelle. Alors que plus de la moitié (55,7%) des aidantes pratiquent « souvent » ces comportements, l'autre partie (44,3%) des aidantes les pratiquent « quelquefois ». L'énoncé qui obtient le score moyen le plus élevé indique que les participantes estiment que leur vie à « souvent » une raison d'être ( $\bar{x}=3,54, s=0,62$ ). Également, elles reconnaissent ce qui est important pour elle dans la vie et elles se sentent en paix et satisfaites d'elles-même. Selon le même score moyen, elles

considèrent la vie spirituelle importante et elles ont l'impression de croître positivement. Toutefois, leurs réponses indiquent que ce n'est que « quelquefois » qu'elles envisagent l'avenir avec plaisir, qu'elles recherchent des expériences ou des défis nouveaux ou encore qu'elles trouvent leur vie intéressante et pleine de défis.

Fréquence de l'adoption de comportements de promotion de la santé liés aux relations interpersonnelles satisfaisantes. Ici aussi, les pourcentages indiquent deux tendances. Ainsi, un peu plus de la moitié (54%) des aidantes adoptent « souvent » des comportements liés aux relations interpersonnelles satisfaisantes et un peu moins de l'autre moitié (46%) des aidantes les pratiquent « quelquefois ». L'énoncé qui a obtenu le score moyen le plus élevé indique que les aidantes démontrent « souvent » de l'attention pour les personnes de leur entourage ( $\bar{x}=3,43, \underline{s}=0,65$ ). C'est aussi « souvent » que les aidantes entretiennent des relations interpersonnelles significatives et enrichissantes, qu'elles félicitent les personnes de l'entourage pour leur accomplissement, qu'elles règlent les conflits en discutant et qu'elles aiment toucher et être touchées par leurs proches. Cependant, ce n'est « qu'à l'occasion », qu'elles trouvent du soutien auprès de leur réseau social, qu'elles discutent de leurs préoccupations avec les proches, qu'elles parviennent à combler leurs besoins d'intimité ou à passer du temps avec des ami(e)s.

Fréquence d'adoption de comportements de promotion de la santé liés à la responsabilité pour sa santé. Le plus fort pourcentage (56%) des aidantes ne pratiquent que « quelquefois » les comportements liés à la responsabilité pour sa santé, le tiers (33%) d'entre elles les pratiquent « souvent » et un faible pourcentage (11%) de celles-ci ne les pratiquent « jamais ». Selon les scores moyens les plus élevés obtenus, les aidantes questionnent « souvent » les professionnels de la santé ( $\bar{x}= 3,21, \underline{s}=0,90$ ), tout comme elles rapportent tous signes ou symptômes inhabituels ( $\bar{x}=3,08, \underline{s}=0,99$ ). Ce n'est « qu'à l'occasion », toutefois, qu'elles recherchent un conseiller, demandent une

seconde opinion, s'informent sur leur santé, pensent à inspecter leur corps ou qu'elles écoutent des émissions d'information traitant de la santé. Par ailleurs, elles n'assistent pratiquement « jamais » à des programmes éducationnels concernant les soins de santé ( $\bar{x}=1,67, s=0,87$ ).

Fréquence de l'adoption des comportements de promotion de la santé liés à la gestion du stress. Le plus fort pourcentage (59%) des aidantes ne pratiquent que « quelquefois » les comportements concernant la gestion du stress, tandis qu'un peu plus du quart (26%) de celles-ci les pratiquent « souvent » et un plus faible pourcentage (15%) d'entre elles ne les pratiquent « jamais ». Les énoncés qui obtiennent les scores moyens les plus élevés indiquent que les aidantes parviennent « souvent » à accepter les événements qu'elles ne peuvent changer ( $\bar{x}=3,03, s=0,80$ ) ainsi qu'à prendre suffisamment de repos. Cette dernière donnée entre en contradiction avec les données suivantes puisque ce n'est « qu'occasionnellement », qu'elles parviennent à se concentrer sur des idées plaisantes au coucher, qu'elles prennent le temps de relaxer au cours de la journée, qu'elles préviennent la fatigue ou qu'elles arrivent à équilibrer le temps consacré au travail et aux loisirs. Par ailleurs, elles n'utilisent « jamais » de méthode spécifique de gestion du stress et elles n'ont pas tendance à se fixer de buts à long terme ( $\bar{x}=1,70, s=1,08$ ).

Fréquence de l'adoption de comportements de promotion de la santé liés à l'exercice physique. Un peu plus du tiers (38%) des aidantes pratiquent « quelquefois » des exercices physiques, tandis que les autres aidantes en pratiquent « souvent » (31%) ou « jamais » (31%). L'énoncé qui obtient le score moyen le plus élevé indique que les aidantes profitent « quelquefois » des activités quotidiennes pour faire des exercices physiques ( $\bar{x}=2,82, s=0,95$ ). De même, « quelquefois », elles pratiquent des activités récréatives, suivent un programme d'exercices physiques, pratiquent des exercices d'étirement ou des exercices physiques d'intensité modérée ou vigoureuse. Finalement,

elles ne se préoccupent pratiquement « jamais » d'atteindre la pulsation cardiaque recommandée lors de la pratique de ces exercices ( $\bar{x}=1,75, \underline{s}=0,98$ ).

### Statistiques descriptives des variables à l'étude

Les données descriptives concernant les caractéristiques personnelles des aidantes ont déjà été présentées au chapitre précédent. La prochaine section présente les données descriptives relatives aux autres variables de l'étude soit, la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé des aidantes, leurs influences interpersonnelles et leurs influences situationnelles.

#### Perception d'auto-efficacité des aidantes spécifique aux comportements de promotion de la santé

Le tableau 3 indique les scores obtenus pour la variable « perception d'auto-efficacité » selon l'échelle totale ainsi que pour chacune des sous-dimensions. Dans l'ensemble, il ressort que les femmes de l'échantillon obtiennent des scores moyens ( $\bar{x}=88,32, \underline{s}=12,46$ ) relativement élevés compte tenu de l'étendue des scores obtenus et du score maximal possible (0-112). Pour ce qui est des sous-dimensions de l'échelle, c'est la perception d'auto-efficacité liée à la responsabilité pour sa santé ( $\bar{x}=24,13, \underline{s}=3,56$ ) incluant la recherche d'information et d'assistance qui indique le score moyen le plus élevé. Suivent de près la perception d'auto-efficacité dans les sous-dimensions liées à une alimentation saine ( $\bar{x}=23,08, \underline{s}=3,57$ ) et au bien-être psychologique ( $\bar{x}=21,93, \underline{s}=3,82$ ); cette dernière incluant la perception d'auto-efficacité en regard des comportements traitant de la gestion du stress, de la croissance spirituelle et des relations interpersonnelles. Le score moyen le plus bas se retrouve à la perception d'auto-efficacité liée aux exercices physiques ( $\bar{x}=19,18, \underline{s}=6,09$ ).

Tableau 3  
Scores moyens concernant la perception d'auto-efficacité spécifique  
aux comportements de promotion de la santé (N=61)

Perception d'auto-efficacité spécifique	$\bar{x}$	$s$	I.C. $\alpha=0,05\%$	Étendue du score	Étendue théorique
Échelle totale	88,32	12,46	85,13-91,51	58-111	0-112
Sous-dimensions					
Responsabilité pour sa santé	24,13	3,56	23,22-25,04	13-28	0-28
Alimentation saine	23,08	3,57	22,16-23,99	14-28	0-28
Bien-être psychologique	21,93	3,82	20,96-22,91	13-28	0-28
Exercice physique	19,18	6,09	17,62-20,74	6-28	0-28

Tableau 4  
Scores moyens concernant les influences interpersonnelles relatives  
à la pratique de comportements de promotion de la santé (N=61)

Influences interpersonnelles	$\bar{x}$	$s$	I.C. $\alpha = 0,05$	Étendue du score	Étendue théorique
	52,69	13,01	49- 56	22 - 82	0 - 84

Influences interpersonnelles des aidantes concernant les comportements de promotion de la santé

Le tableau 4 présente les résultats obtenus avec l'instrument de mesure concernant les influences interpersonnelles des aidantes en regard de leurs comportements de promotion de la santé. Les énoncés de l'échelle concernent les perceptions, les croyances et les attitudes provenant du conjoint, des enfants, des ami(e)s de l'aidante, des professionnels de la santé côtoyés par l'aidante ainsi que des personnalités publiques et des médias d'information. Globalement, le score moyen obtenu à l'échelle des influences interpersonnelles est relativement peu élevé ( $\bar{x}=52,69, s=13,01$ ) si l'on considère l'étendue théorique du score (0-84). Les trois énoncés concernant les influences provenant des amis des aidantes indiquent les scores moyens les plus élevés par rapport à l'ensemble des items du questionnaire. Au quatrième rang se retrouve l'énoncé concernant les influences provenant des médias tels que la télévision, la radio, les revues et les journaux. Les scores les plus bas concernent les influences provenant des enfants, du conjoint et des personnalités publiques.

Tableau 5  
Scores moyens concernant les influences situationnelles relatives  
aux comportements de promotion de la santé (N=61)

Influences situationnelles	$\bar{x}$	$s$	I.C. $\alpha=0,05\%$	Étendue du score	Étendue théorique
Fardeau objectif Assistance AVQ	1,28	0,90	1,05-1,51	0,00-3,75	0-4
Fardeau subjectif Assistance AVQ	0,41	0,43	0,30-0,52	0,00-1,88	0-3
Fardeau objectif Supervision	0,43	0,41	0,32-0,53	0,00-1,29	0-4
Fardeau subjectif Supervision	0,54	0,51	0,41-0,68	0,00-2,14	0-3
Impact sur la routine quotidienne	0,98	0,86	0,76-2,00	0,00-3,50	0-4
Inquiétudes	2,04	0,82	1,83-2,25	0,00-3,71	0-4
Réactions affectives	2,43	1,02	2,17-2,70	1,00-4,38	1-5

### Influences situationnelles concernant les comportements de promotion de la santé

Le tableau 5 présente les résultats des données descriptives concernant les influences situationnelles liées à la situation particulière des aidantes. Pour ce faire, une échelle de fardeau décrivant l'expérience spécifique du rôle d'aidante a été utilisée. À l'examen des résultats, deux sous-dimensions ressortent davantage. Le score moyen le plus élevé se retrouve à la sous-dimension concernant les inquiétudes de l'aidante en regard des conséquences du trouble mental sur la vie actuelle et future de son proche ( $\bar{x}=2,04$ ,  $\underline{s}=0,82$ ), suivie de près par la sous-dimension traitant des réactions affectives négatives suscitées par la maladie du proche ( $\bar{x}=2,43$ ,  $\underline{s}=1,02$ ). Les sous-dimensions reliées au fardeau objectif et subjectif obtiennent des scores moyens relativement peu élevés. Sur le plan du fardeau objectif, l'assistance à la vie quotidienne ( $\bar{x}=1,28$ ,  $\underline{s}=0,90$ ) indique le score moyen le plus élevé. Tandis que sur le plan subjectif, c'est le fardeau lié à la supervision des comportements dérangeants du proche qui obtient le score moyen le plus élevé ( $\bar{x}=0,54$ ,  $\underline{s}=0,51$ ).

### Relations entre les variables à l'étude

La troisième partie répond aux quatre questions de l'étude concernant la relation entre, d'une part les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles, les influences situationnelles et, d'autre part les comportements de promotion de la santé des aidantes.

### Caractéristiques personnelles et Comportements de promotion de la santé

Le tableau 6 présente les corrélations entre les caractéristiques personnelles et les comportements de promotion de la santé et permet de répondre à la deuxième question de l'étude. Ainsi, une seule des caractéristiques personnelles des aidantes, le nombre



Tableau 6

Coefficients « r » de Pearson entre les caractéristiques personnelles et les comportements de santé (N=61)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Comportements Échelle totale	0,25	0,06	0,50	0,23	-0,26*	0,23	0,15	0,04	0,02	0,07	0,17	0,08	0,15	0,08	-0,14	0,15	-0,19
Responsabilité pour sa santé	0,00	0,09	0,14	0,07	-0,10	0,08	-0,06	0,05	0,01	0,11	0,18	-0,00	0,02	-0,03	-0,05	-0,03	0,06
Exercice physique	0,24	0,11	0,04	0,02	-0,15	0,19	0,17	0,03	-0,03	0,02	0,05	-0,05	0,26*	0,03	-0,06	0,06	-0,12
Alimentation saine	0,26*	0,11	0,28*	0,26*	-0,34**	0,26*	0,25*	0,09	-0,01	-0,03	0,12	0,13	-0,03	0,09	-0,19	0,08	-0,01
Croissance spirituelle	0,23	0,05	-0,18	0,29*	-0,18	0,13	0,22	0,03	0,05	0,12	0,11	0,20	0,11	0,18	-0,13	0,22	-0,30*
Relation interpersonnelle	0,00	-0,03	-0,08	0,15	-0,05	0,13	0,17	0,06	0,01	0,03	0,10	0,14	0,13	0,05	-0,16	0,15	-0,25*
Gestion du stress	0,33**	-0,08	0,03	0,27*	-0,37**	0,20	-0,05	-0,08	0,70	0,03	0,20	0,00	0,11	0,05	-0,04	0,17	-0,25

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$ 

Note. (1) âge (2) état matrimonial (3) scolarité (4) emploi rémunéré (5) heures consacrées au travail (6) revenu (7) durée du rôle d'aidante (8) cohabitation avec le proche (9) temps consacré au rôle d'aidante (10) autres personnes à soutenir (11) diagnostic du proche (12) lien de parenté avec l'aidante (13) nombre d'hospitalisations du proche au cours des cinq dernières années (14) participation de l'aidante à un organisme d'entraide (15) lieu de naissance de l'aidante (16) nombre de personnes habitant la même maison que l'aidante (17) nombre d'enfants de moins de dix-huit ans

d'heures consacrées à un travail rémunéré, présente une corrélation significative négative de faible intensité avec l'échelle totale des comportements de promotion de la santé ( $r=-0,26, p<0,01$ ).

Par ailleurs, d'autres aspects des caractéristiques personnelles indiquent des corrélations positives et négatives variant de faibles à modérées avec des sous-dimensions de l'échelle totale. Ainsi, les corrélations négatives obtenues entre les caractéristiques personnelles des aidantes et leurs comportements de promotion de la santé sont les suivantes. Le nombre d'heures consacrées à un travail rémunéré présente une corrélation significative négative d'intensité modérée avec la gestion du stress ( $r=-0,37, p<0,01$ ) et une saine alimentation ( $r=-0,34, p<0,01$ ). De même, le fait d'avoir à prendre soin d'enfants de moins de dix-huit ans est associé significativement d'une façon négative avec la croissance spirituelle ( $r=-0,30, p<0,05$ ) et les relations interpersonnelles ( $r=-0,25, p<0,05$ ) des aidantes.

D'autres relations significatives mais positives cette fois-ci, s'observent entre les caractéristiques personnelles des aidantes et leurs comportements de promotion de la santé. Ainsi, l'âge des aidantes présente une relation significative et positive avec les comportements liés à la gestion du stress ( $r=0,33, p<0,05$ ) et ceux concernant une saine alimentation ( $r=0,26, p<0,05$ ). Le fait que l'aidante occupe un emploi rémunéré est associé significativement et positivement d'une façon modérée avec les comportements concernant la croissance spirituelle ( $r=0,29, p<0,05$ ), la gestion du stress ( $r=0,27, p<0,05$ ) et une saine alimentation ( $r=0,26, p<0,05$ ). Trois autres caractéristiques personnelles des aidantes sont aussi associées aux comportements concernant une saine alimentation. Ainsi, le niveau de scolarité de l'aidante est associé significativement avec une alimentation saine ( $r=0,28, p<0,05$ ). De même, selon une même intensité, le revenu de l'aidante et la durée du rôle d'aidante sont reliés significativement avec les comportements concernant une saine alimentation ( $r=0,26, p<0,05$ ). Finalement, le

nombre d'hospitalisation du proche au cours des cinq dernières années est relié significativement avec les exercices physiques des aidantes ( $r=0,26, p<0,05$ ). Il est intéressant de souligner qu'aucune des caractéristiques personnelles suivantes ne présentent de relation avec les sous-dimensions de l'échelle des comportements de promotion de la santé : l'état matrimonial de l'aidante, son lieu de naissance, la cohabitation avec le proche, le temps consacré au rôle d'aidante dans une semaine, le fait d'avoir d'autres personnes que le proche à soutenir ainsi que le nombre de personnes habitant avec l'aidante, le diagnostic du proche et le lien de parenté de l'aidante avec celui-ci de même que la participation de l'aidante à un organisme communautaire. De plus, une seule sous-dimension des comportements de promotion de la santé, celle concernant la responsabilité pour sa santé, ne présente aucune relation avec les caractéristiques personnelles des aidantes.

#### Perception d'auto-efficacité et Comportements de promotion de la santé

Le tableau 7 indique les coefficients de corrélation entre la perception d'auto-efficacité et les comportements de promotion de la santé des aidantes et permet ainsi de répondre à la troisième question de l'étude. Le score total de la perception d'auto-efficacité est corrélé significativement et fortement avec le score total des comportements de promotion de la santé des participantes ( $r=0,65, p<0,01$ ). D'une façon plus détaillée, la perception d'auto-efficacité est significativement et fortement corrélée avec les comportements liés à la croissance spirituelle ( $r=0,59, p<0,01$ ). De même, la perception d'auto-efficacité est corrélée significativement et fortement avec les comportements d'exercices physiques ( $r=0,55, p<0,01$ ), les comportements liés à la gestion du stress ( $r=0,53, p<0,01$ ) ainsi que les comportements concernant les relations interpersonnelles satisfaisantes ( $r=0,50, p<0,01$ ). Par ailleurs, les corrélations significatives les moins fortes se retrouvent entre la perception d'auto-efficacité et les

Tableau 7

Coefficients « r » de Pearson entre la perception d'auto-efficacité et les comportements de santé (N=61)

Variables	Perception auto-efficacité alimentation	Perception auto-efficacité bien-être	Perception auto-efficacité exercice physique	Perception auto-efficacité responsabilité santé	Perception auto-efficacité échelle totale
Comportements Échelle totale	0,37**	0,56**	0,51**	0,41**	0,65**
Responsabilité pour sa santé	0,23	0,17	0,11	0,45**	0,30*
Exercice physique	0,13	0,39**	0,68**	0,20	0,55**
Alimentation saine	0,35**	0,24	0,24	0,23	0,36**
Croissance spirituelle	0,43**	0,59**	0,43**	0,30*	0,60**
Relations interpersonnelles	0,29*	0,52**	0,27*	0,45**	0,50**
Gestion du stress	0,26*	0,56**	0,44**	0,24	0,53**

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01

comportements liés à une saine alimentation ( $r=0,36, p<0,01$ ) et ceux liés à la responsabilité pour sa santé ( $r=0,30, p<0,05$ ).

#### Influences interpersonnelles et Comportements de promotion de la santé

En réponse à la quatrième question de l'étude, les analyses de corrélation indiquent qu'aucune corrélation significative ne ressort entre d'une part, les influences interpersonnelles provenant du conjoint, des enfants, des amies, des professionnels de la santé et des médias d'information et d'autre part, les comportements de promotion de la santé des aidantes et ce, qu'ils s'agissent de l'échelle totale ou des sous-dimensions des comportements de promotion de la santé (voir Appendice I, p.188).

#### Influences situationnelles et Comportements de promotion de la santé

Les influences situationnelles ont été mesurées à l'aide d'une échelle de fardeau portant sur l'expérience d'un aidant d'une personne atteinte d'un trouble mental. Étant donné qu'un score global de cet outil n'est pas possible, les résultats obtenus sont examinés pour chaque sous-dimension. Le tableau 8 présente les coefficients de corrélation entre les influences situationnelles et les comportements de promotion de la santé et permet de répondre à la cinquième question de l'étude. Ainsi, aucune relation significative ne ressort entre les sous-dimensions des influences situationnelles et l'échelle totale des comportements de promotion de la santé. Toutefois, une corrélation significative modérée et négative est observée entre la sous-dimension traitant des réactions affectives négatives des aidantes et leurs comportements concernant les relations interpersonnelles ( $r=-0,31, p<0,05$ ).

Tableau 8

Coefficients « r » de Pearson entre les influences situationnelles et les comportements de promotion de santé (N=61)

Variables	Fardeau objectif AVQ	Fardeau objectif supervision	Fardeau subjectif AVQ	Fardeau subjectif supervision	Impact vie quotidienne	Inquiétudes	Réactions affectives négatives
Comportements Échelle totale	0,05	-0,07	0,20	-0,09	-0,20	-0,14	0,21
Responsabilité pour sa santé	-0,05	-0,01	0,17	0,03	-0,23	0,07	0,08
Exercice physique	0,09	-0,03	0,20	-0,03	0,01	-0,07	-0,15
Alimentation saine	-0,08	-0,18	0,20	-0,09	-0,24	-0,12	-0,15
Croissance spirituelle	0,13	0,04	0,12	-0,11	-0,11	-0,09	-0,22
Relations interpersonnelles	0,01	0,01	0,11	0,05	-0,12	-0,10	-0,31*
Gestion du stress	0,07	-0,17	0,09	-0,26*	-0,23	-0,30*	-0,22

\*  $p < 0,05$

Quant aux inquiétudes ressenties par les aidantes, elles sont corrélées significativement de façon modérée et négative avec les comportements liés à la gestion du stress ( $r=-0,30$ ,  $p<0,05$ ). Cette donnée indique que plus les aidantes se sentent inquiètes pour leur proche, moins elles pratiquent de comportements de gestion de stress. De même, le fardeau subjectif concernant la supervision des comportements dérangeants tels, que l'agressivité, les idées suicidaires ainsi que la consommation de drogues ou d'alcool, démontre une corrélation significative modérée et négative avec les comportements de gestion du stress des femmes aidantes ( $r=-0,26$ ,  $p<0,05$ ). Ainsi, plus les aidantes perçoivent comme lourde la supervision des comportements dérangeants du proche, moins elles pratiquent de comportements concernant la gestion du stress.

### **Contribution des variables aux comportements de promotion de la santé**

Une analyse de régression multiple a permis d'évaluer la contribution relative des variables étudiées aux comportements de promotion de la santé et ainsi répondre à la dernière question de recherche. Dans un premier temps, des analyses bivariées ont été réalisées afin de vérifier les liens entre, d'une part les variables indépendantes et d'autre part, la variable dépendante, soit les comportements de promotion de la santé. Étant donné le nombre restreint de sujets, cette étape a aussi permis de limiter le nombre de variables à retenir pour l'analyse finale. De plus, certaines caractéristiques personnelles ont été regroupées afin de diminuer le nombre de catégories. Par la suite, des analyses de variance et des tests de  $t$  ont été utilisés pour les caractéristiques personnelles nominales et ordinales et des corrélations simples ont été réalisées pour les variables continues. Parmi les caractéristiques personnelles, une seule variable, soit le nombre d'hospitalisation du proche au cours des cinq dernières années, est associée au score total de comportements de promotion de la santé. C'est pourquoi, seule cette variable a été retenue dans l'analyse finale (Voir appendice J, p. 190).

Tableau 9  
Analyse de régression multiple des variables indépendantes  
sur les comportements de promotion de la santé (N=61)

<b>Variabes</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
Nombre d'hospitalisations	0,05	0,03	0,16	1,44	N.S.
Perception d'auto-efficacité	0,02	0,00	0,59	5,28****	0,000
Influences interpersonnelles	0,00	0,00	0,01	0,05	N.S.
Influences situationnelles					
A VQ	0,21	0,35	0,07	0,58	N.S.
Supervision	0,12	0,42	0,04	0,29	N.S.
Impact routine	-0,56	0,26	-0,25	-2,15*	0.05
Inquiétudes	-0,05	0,07	-0,10	-0,69	N.S.
Réactions affectives	-0,01	0,05	-0,03	-0,21	N.S.
Constante	1,26	0,42		3,00	

$R^2 = 0,41$  (F=6,210, p<0,01)



L'analyse de régression multiple des comportements de promotion de la santé sur les variables indépendantes, soit les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité spécifique, les influences interpersonnelles et les influences situationnelles (tableau 9), démontre que l'ensemble des variables explique 41% de la variance de l'adoption de comportements de santé. De ce groupe, seules les variables de la perception d'auto-efficacité ( $\beta=0,59, t=5,28, p<0,000$ ) et des influences situationnelles concernant l'impact du rôle d'aidante sur sa routine quotidienne ( $\beta=-0,25, t=-2,15, p<0,05$ ) sont des prédicteurs significatifs des comportements de promotion de la santé.

#### Contribution des variables indépendantes à chacune des sous-dimensions des comportements de promotion de la santé

Les comportements de promotion de la santé concernent divers aspects de la vie des aidantes et par conséquent, ceux-ci peuvent être influencés par des facteurs variés. Pour ce motif, une analyse de régression multiple de chaque sous-dimensions des comportements de promotion de la santé sur les variables indépendantes a été réalisée. Les résultats indiquent que la perception d'auto-efficacité des aidantes s'avère un prédicteur significatif de chacune des sous-dimensions des comportements. En plus, la scolarité, le nombre d'heures consacrées au travail rémunéré, la durée du rôle d'aidante, l'impact du rôle de l'aidante sur sa routine quotidienne ainsi que ses réactions affectives sont des prédicteurs d'une saine alimentation des aidantes. Tandis que l'âge et l'impact du rôle d'aidante sur sa routine quotidienne sont des prédicteurs de leur gestion du stress. Finalement, le nombre d'hospitalisations du proche au cours des cinq dernières années est un prédicteur des exercices physiques des aidantes.

### Sommaire des principaux résultats

En résumé, pour ce qui est des comportements de promotion de la santé, une forte proportion (62%) des aidantes pratiquent « quelquefois » ces comportements, tandis qu'un plus faible pourcentage (36%) d'entre elles les pratiquent « souvent ». Par ordre décroissant, les comportements les plus pratiqués sont ceux concernant une saine alimentation, la croissance personnelle et les relations interpersonnelles satisfaisantes. Tandis que les comportements associés à la responsabilité pour sa santé, à la gestion du stress et aux exercices physiques obtiennent des scores moyens moins élevés.

Sur le plan des relations entre les variables à l'étude, il ressort que des caractéristiques personnelles des aidantes, seul le nombre d'heures consacrées à un travail rémunéré est associé significativement et négativement à l'échelle totale des comportements de promotion de la santé ( $r=-0,26, p<0,01$ ). De plus, les résultats indiquent une forte relation significative entre la perception d'auto-efficacité spécifique et les comportements de promotion de la santé des participantes ( $r=0,65, p<0,01$ ). Par contre, aucun lien significatif n'a été démontré entre les influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé. En outre, une corrélation significative négative et modérée ressort entre certaines sous-dimensions de l'échelle des influences situationnelles et certains comportements de promotion de la santé. Ainsi, les réactions affectives négatives de l'aidante envers la maladie du proche atteint d'un trouble mental, sont associées significativement et négativement aux comportements concernant les relations interpersonnelles satisfaisantes ( $r=-0,31, p<0,05$ ). De plus, les inquiétudes des aidantes sont corrélées significativement et négativement avec la gestion du stress ( $r=-0,30, p<0,05$ ). De même, la perception du fardeau subjectif concernant la supervision des comportements dérangeants du proche est corrélée significativement et négativement avec la gestion du stress ( $r=-0,26, p<0,05$ ).

Enfin, l'ensemble des variables explique 41% de la variance des comportements de promotion de la santé. Parmi celles-ci, deux d'entre elles s'avèrent des prédicteurs de ces comportements. Ainsi, une sous-dimension des influences situationnelles soit, l'impact d'avoir à prendre soin du proche sur la routine quotidienne de l'aidante ( $\beta=0,59, t=5,28, p<0,000$ ) et la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé ( $\beta=-0,25, t=-2,15, p<0,05$ ) s'avèrent des prédicteurs significatifs de l'ensemble des comportements de promotion de la santé des aidantes de l'échantillon.

## Chapitre 5

Discussion et implications

Le prochain chapitre explique et commente les résultats obtenus aux différentes questions de l'étude. Les deux premières parties portent sur les limites et les forces de l'étude ainsi que sur la représentativité et les caractéristiques de l'échantillon. En troisième partie, les résultats obtenus aux questions de l'étude sont discutés et comparés à l'état des connaissances actuelles. Finalement, la quatrième partie traite des recommandations en regard du développement de la théorie en sciences infirmières, de la pratique clinique et des recherches futures.

### **Limites et forces de l'étude**

Le texte suivant concerne les limites et les forces de cette étude en regard des assises conceptuelles et théoriques qui ont guidé l'orientation de cette recherche, des outils de mesure utilisés et du devis de recherche retenu.

#### **Limites et forces au plan conceptuel**

L'intérêt de cette étude réside dans l'harmonisation des deux modèles théoriques retenus soit, le modèle de McGill et le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1996) lesquels ont guidé le développement de cette étude. En plus de tirer leurs assises conceptuelles de la théorie sociale cognitive de Bandura (1986) misant sur les compétences de la personne, ces deux modèles visent la promotion de la santé de la population.

Le choix du modèle McGill est intéressant puisqu'il s'inspire de la théorie des systèmes. Ainsi, il suggère de considérer l'effet de l'expérience de santé du proche

atteint d'un trouble mental sur les autres membres de la famille notamment, l'aidante. L'élaboration d'interventions infirmières efficaces nécessitent toutefois la connaissance des facteurs pouvant influencer les comportements de promotion de la santé des aidantes. C'est pourquoi le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1996) a été retenu. En plus des caractéristiques personnelles et de la perception d'auto-efficacité, ce modèle guide vers le choix de variables peu étudiées jusqu'ici, soit les influences interpersonnelles et les influences situationnelles. Il faut souligner que dans le contexte de la réalisation d'un mémoire de maîtrise, la présente étude ne visait pas la vérification du modèle conceptuel de Pender (1996).

#### Limites et forces au plan des mesures

L'utilisation du « profil de vie sain », un instrument de mesure comportant des propriétés psychométriques démontrées et utilisé à maintes reprises dans les études portant sur la promotion de la santé constitue une force de l'étude. Toutefois, l'utilisation de ce modèle comporte certaines contraintes telles le peu d'outils disponibles et possédant des propriétés psychométriques démontrées pour évaluer les influences interpersonnelles et les influences situationnelles. Ainsi, pour évaluer les influences interpersonnelles, un outil de mesure inspiré de celui de Clément et al. (1995) a été développé par la chercheuse. Cet outil demeure à préciser ; malgré un alpha de Cronbach de 0,66, il est possible que cet instrument ne soit pas suffisamment sensible pour bien saisir les influences interpersonnelles en regard des comportements étudiés.

Pour la mesure des influences situationnelles, un outil décrivant la situation spécifique des aidants auprès d'une personne atteinte d'un trouble mental a été utilisé. Cet outil met en lumière les différentes dimensions de l'expérience des aidantes. De plus, l'outil développé par Tessler et Gamache (1994) s'intéresse à un aspect peu étudié à ce jour, les émotions ressenties par les aidantes en regard de la maladie mentale de

leur proche. Cependant, il importe de souligner que tous les facteurs facilitants ou contraignants compris dans l'environnement des femmes aidantes en regard des comportements de promotion de la santé n'ont pas été mesurés par cet outil. Évidemment, le développement d'un outil de mesure capable de saisir l'ensemble de la situation des aidantes et comportant des propriétés psychométriques démontrées serait préférable.

Par ailleurs, il est possible que certains biais se soient introduits au cours de l'étape de la mesure. Ainsi, le stigma lié à la maladie mentale a pu limiter l'expression des aidantes, notamment pour l'outil concernant les influences situationnelles. Sans en diminuer la valeur, le discours valorisant l'autonomie et le retour rapide dans le milieu de vie de la personne atteinte d'un trouble mental a pu gêner l'expression des besoins personnels des aidantes ; celles-ci étant généralement plus sensibles aux besoins de leurs proches qu'aux leurs en raison des stéréotypes liés au rôle traditionnel des femmes. La « désirabilité sociale » a pu aussi influencer les réponses des participantes; celles-ci ont pu vouloir donner l'impression de bien se débrouiller avec cette situation et répondre aux attentes implicites de la société.

#### Limites et forces du devis de recherche

L'échantillonnage accidentel, non probabiliste, utilisé pour la présente étude constitue une première limite et empêche la généralisation des résultats. De plus, étant donné qu'il s'agit d'une étude transversale, elle ne saisit qu'un moment dans la réalité de ces femmes. C'est pourquoi, une étude longitudinale permettrait de mieux saisir l'expérience des aidantes en regard de leurs pratiques de santé. Également, soulignons que le présent devis ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les variables étudiées. Par ailleurs, l'originalité du contexte s'avère un point intéressant de l'étude. En

effet, il s'agit d'une des premières études québécoises s'intéressant à la promotion de la santé des aidantes dans le contexte du virage ambulatoire en santé mentale.

### **Représentativité et caractéristiques de l'échantillon**

#### **Représentativité**

Divers facteurs ont pu introduire des biais lors de la formation de l'échantillon réalisée en deux étapes. Il est difficile de préciser le nombre et le motif des refus cumulés à la première étape car le plus souvent, ce sont les intervenants des milieux de soins qui contactaient en premier la personne malade. Cependant, les personnes présentant des symptômes de méfiance ont pu se sentir menacées par cette demande et ont pu refuser plus souvent que les autres.

Après avoir obtenu l'accord de la personne atteinte d'un trouble mental, il s'agissait, en deuxième étape, d'obtenir la collaboration de l'aidante. À la suite de cette séquence, le taux de refus des femmes aidantes se situe à 21,4%. Ce taux apparaît peu élevé compte tenu du fait que la demande de collaboration à l'étude s'effectuait par téléphone lors du premier contact avec la femme aidante. Dans ce contexte, il a été difficile de vérifier le motif véritable du refus de participer de certaines femmes. Toutefois, il est possible que certaines femmes aient refusé leur collaboration par crainte de recevoir une personne inconnue à leur domicile. D'autres aidantes ont pu refuser leur participation en raison d'un fardeau élevé ou de la fatigue. En effet, plusieurs aidantes ont été recrutées par le biais de personnes hospitalisées, ce qui implique qu'elles venaient de vivre une période de crise nécessitant l'hospitalisation de leur proche, période qui est reconnue comme pouvant contribuer à la détérioration de l'état de santé de ces dernières (Ricard & Fortin, 1993).



La variété des contextes de recrutement s'avère un point fort de l'étude. De fait, les participantes ont été recrutées en majorité par l'entremise de personnes hospitalisées (54%) ou suivies en cliniques externes (31%); quelques unes proviennent d'un centre local de services communautaires (8,1%) (CLSC) ou d'un organisme communautaire (6,5%). Le recrutement a été réalisé en grande partie par l'entremise de milieux hospitaliers ce qui permet d'éviter le biais provenant des aidants se portant volontaires lesquels, dans certains cas, peuvent présenter davantage de détresse (Schulz, et al., 1997). De plus, les personnes recrutées à partir d'un groupe d'entraide ont la particularité d'être capables de demander de l'aide et du soutien. En somme, la diversité des milieux de recrutement des participantes constitue un atout puisqu'elle augmente la probabilité d'obtenir un échantillon représentatif des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental.

Une autre force de l'étude réside dans la diversité du lien de parenté avec l'aidante. En effet, la personne atteinte d'un trouble mental est soit le conjoint (42%), l'enfant (26,20%), le père ou la mère (14,70%), la sœur ou le frère (11,40%) ou encore l'amie ou la belle-soeur de l'aidante (4,91%). Cette diversité de liens diffère des études antérieures où l'aidante est en majorité la mère de la personne atteinte (Maurin & Boyd, 1990). Malgré la variété des contextes de soins, les divers liens de parenté représentés, et en l'absence de données sur l'ensemble de la population des aidantes et leurs caractéristiques, il demeure néanmoins difficile d'affirmer que l'échantillon est représentatif de la population des aidantes.

Finalement, la collecte des données réalisée à l'aide d'entrevues personnalisées plutôt que par enquêtes postales comme c'est le cas dans les études antérieures auprès des aidants, s'avère une autre force de la présente étude. Cette caractéristique permet d'assurer un plus grand contrôle sur les données dans le sens où il est possible de

répondre aux interrogations des aidantes concernant les questionnaires ce qui a pour effet d'augmenter la fiabilité des données.

### Caractéristiques de l'échantillon

Les aidantes de la présente étude sont âgées en moyenne de 51,13 ans, présentent divers liens de filiation avec la personne atteinte d'un trouble mental et sont réparties également selon les différentes tranches de revenu. La moitié d'entre elles ont un niveau de scolarité collégiale (21,3%) ou universitaire (26,20%) et occupent un emploi rémunéré. Plus du tiers de ces femmes consacrent 21 heures et plus par semaine au rôle d'aidante en plus d'apporter du soutien à une autre personne. Finalement, un fort pourcentage (70%) des participantes ne fréquentent pas les groupes communautaires.

Concernant la moyenne d'âge et l'emploi, le présent échantillon se compare à ceux obtenus dans d'autres études québécoises où l'âge moyen des aidants varie entre 47 et 57 ans et où les participants occupent un emploi dans une proportion variant entre 50% et 75% (Ricard, 1991 ; Ricard & Fortin, 1993 ; Ricard et al., 1995 ; St-Onge & Lavoie, 1987).

Par ailleurs, le présent échantillon se distingue des autres études par la diversité des liens de parenté entre la personne aidée et l'aidante, un niveau de scolarité plus élevé et un taux plus faible de fréquentation des organismes communautaires. Ainsi, les divers liens de filiation indiquent que le rôle d'aidante engendre des répercussions sur tous les membres de la famille élargie. Ces données se comparent à ceux d'une étude québécoise réalisée à l'aide d'un échantillon aléatoire recueilli par l'entremise de centres hospitaliers (Ricard & Fortin, 1993), mais différent des études dont les échantillons ont été recueillis par l'entremise de groupes d'entraide fréquentés en majorité par des parents (Citron, Solomon, & Draine, 1999 ; St-Onge & Lavoie, 1987). Le présent

échantillon s'avère plus scolarisé que ceux d'autres études québécoises indiquant une scolarité moyenne de niveau secondaire (Ricard & Fortin, 1993 ; Ricard et al., 1995 ; St-Onge & Lavoie, 1987); cette donnée s'explique difficilement puisque les aidantes proviennent de divers milieux sociaux. Par ailleurs, il faut souligner que plusieurs (36,7%) participantes consacrent 21 heures et plus par semaine au rôle d'aidante. Par surcroît, la moitié d'entre elles apportent du soutien à une autre (34,4%) et même à deux autres personnes et plus (18%).

Enfin, le fait qu'un fort pourcentage (70%) des participantes ne fréquentent pas de groupes d'entraide diffère grandement des études américaines où le recrutement des aidantes se réalise principalement par l'entremise de ces groupes. Contrairement au Québec où les groupes communautaires sont en émergence, les regroupements de parents aux États-Unis représentent une force politique très bien organisée et influente. À ce sujet, il est possible que les participantes ne connaissent pas ces groupes communautaires ou encore que le stigma lié à la maladie mentale et les normes sociales n'encouragent pas le recours aux ressources communautaires. Également, il se peut que les aidantes d'un conjoint ne trouvent pas de réponses à leurs besoins auprès des groupes d'entraide puisqu'ils sont fréquentés en majorité par des parents. Toutefois, le présent taux de participation au groupe d'entraide (30%) est plus élevé que celui (8%) obtenu il y a quelques années, par l'étude québécoise de Ricard et Fortin (1993).

#### Caractéristiques des personnes atteintes d'un trouble mental

Quant aux personnes atteintes d'un trouble mental, il s'agit de 17 femmes (28%) et de 44 hommes (72%), lesquels sont atteints d'un trouble d'humeur (66%) (trouble bipolaire :36,10% ; dépression :29,50%), d'une schizophrénie (21,30%) ou d'un trouble non identifié (13%). Leurs caractéristiques se comparent à celles des études américaines antérieures pour ce qui est du sexe, puisqu'il comporte davantage d'hommes (72%) que

de femmes (28%) mais différent des études québécoises comportant davantage de femmes (55%,60%) que d'hommes (45%,40%) (Ricard & Fortin, 1993 ; Ricard et al., 1995).

Par ailleurs, les caractéristiques des personnes atteintes diffèrent sur le plan de l'habitation et du diagnostic. Ainsi, le présent échantillon comporte un plus fort pourcentage (60,7%) de personnes atteintes habitant la même résidence que l'aidante. Cette donnée s'explique par le fait qu'il s'agit principalement du conjoint de l'aidante (43%), comparativement aux autres études où les enfants sont représentés en majorité. Sur le plan diagnostic, les personnes atteintes diffèrent des autres études en présentant moins de diagnostic de schizophrénie (21%) et davantage de troubles de l'humeur (66%). Sur ce point, le présent échantillon diffère de plusieurs études antérieures dont l'échantillon fut composé à partir de groupes d'entraide ; ceux-ci étant fréquentés en majorité par des parents d'enfant schizophrène (Citron, Solomon, & Draine, 1999 ; Rose, 1996). À ce sujet, les pourcentages retrouvés dans chacune des catégories de diagnostic du présent échantillon démontrent une certaine diversité des personnes atteintes d'une maladie mentale, ce qui constitue une force de l'étude.

Plusieurs personnes (60%) atteintes d'un trouble mental ont dû être hospitalisées au moins à deux reprises au cours des cinq dernières années; cette fréquence se compare à l'étude de Ricard et al. (1995). Ces résultats impliquent que ces personnes ont présenté une détérioration significative de leur condition de santé. Or, il importe de souligner qu'actuellement, seules les personnes présentant des symptômes sévères sont hospitalisées et ce, pour une très courte durée. Par conséquent, ces conditions entraînent une augmentation des exigences du rôle d'aidante puisqu'en plus de devoir soutenir davantage la personne malade en état de crise, les aidantes disposent de moins de temps qu'antérieurement pour récupérer suite à cette période de crise. Le texte suivant discute des résultats obtenus aux différentes questions de l'étude.

## Discussion des résultats obtenus

### Description des comportements de promotion de la santé des aidantes

Le texte suivant discute des résultats obtenus à la première question de recherche concernant les comportements de promotion de la santé des aidantes. La plus forte proportion (62%) des aidantes pratiquent « quelquefois » les comportements de promotion de la santé étudiés. Le score global moyen ( $\bar{x}=2,84$ ) obtenu se compare à celui obtenu ( $\bar{x}=2,89$ ) par Rodrigue (1992) avec un échantillon de femmes âgées québécoises de 65 ans et plus ainsi qu'avec d'autres échantillons féminins dont la moyenne d'âge varie entre 45 et 72 ans (Conn & Armer, 1995 ( $\bar{x}=3,13$ ); Duffy, 1988 ( $\bar{x}=2,88$ ); O'Brien, 1993 ( $\bar{x}=2,83$ )).

Étant donné qu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres études portant sur les comportements de promotion de la santé des aidants d'une personne atteinte d'un trouble mental, certains rapprochements peuvent être faits avec des écrits concernant ces aidants. Ainsi, les présents résultats diffèrent de l'étude de St-Laurent (1993) concluant que les corésidents d'une personne atteinte d'un trouble mental présentent davantage de mauvaises habitudes de vie qu'un groupe témoin. Toutefois, il faut préciser qu'à l'exception des exercices physiques, les variables étudiées, la consommation de cigarette et d'alcool, les habitudes de sommeil et le poids corporel, diffèrent des comportements de promotion de la santé évalués dans la présente étude. De plus, l'échantillon de St-Laurent (1993) comprend plus d'hommes (55,56%) que de femmes (44,44%) et une proportion plus élevée de personnes de moins de 35 ans. Or, lorsqu'il s'agit de pratiques de santé, ces caractéristiques peuvent influencer les résultats puisque les femmes pratiquent davantage de comportements de promotion de santé que les hommes (Belloc & Breslow, 1972 ; Duffy, 1993 ; O'Brien, 1993 ; Pender, Walker,

Sechrist, & Frank-Stromborg, 1990 ; Walker et al., 1988) et les personnes âgées adoptent de meilleures pratiques de santé que les plus jeunes (Belloc & Breslow, 1972).

Alimentation saine. Près du trois quart (73,8%) des aidantes pratiquent « souvent » les comportements liés à une saine alimentation. Le score moyen obtenu pour ces comportements ( $\bar{x}=3,16$ ) indique qu'ils sont les plus pratiqués par les participantes. Cette donnée ne surprend guère puisque l'alimentation s'avère une réponse à un besoin fondamental de l'organisme humain. Également, la grande place qu'occupent le poids santé, l'obsession de la minceur ou encore la nourriture sans gras et sans cholestérol dans la publicité peut contribuer à ce qu'une saine alimentation soit la pratique de santé la plus adoptée par les femmes. Par ailleurs, cette donnée se compare aux résultats obtenus par une étude québécoise portant sur un échantillon de femmes âgées de plus de 65 ans (Rodrigue, 1992) et à ceux d'études américaines (Conn & Armer, 1995 ; Nelson, 1996).

Croissance spirituelle. Plus de la moitié (55,7%) des aidantes pratiquent « souvent » les comportements liés à la croissance spirituelle. Les comportements concernant la croissance spirituelle ( $\bar{x}=3,03$ ) se classent deuxième en fréquence. Il est permis de penser que les aidants se tournent vers la spiritualité pour trouver du courage et du réconfort ainsi qu'un sens et une signification à leur expérience. Sous un autre angle, on peut émettre l'hypothèse que l'aidante se sentant isolée, se tourne vers la prière pour y trouver du soutien. D'ailleurs, selon certains auteurs (Baines, 1984 ; Doornbos, 1997 ; Kaye & Robinson, 1994), la prière, le pardon et les comportements spirituels seraient utilisés par les aidants en guise de mécanismes d'adaptation. Toutefois, bien que ce comportement apparaisse important pour les aidants, il fait rarement l'objet d'étude (Oldnall, 1996).

D'un autre côté, l'importance accordée à la croissance spirituelle peut également s'expliquer par l'âge des participantes. Selon McFadden et Gerl (1990), la spiritualité est liée à un processus de maturation apparaissant dans la seconde partie de la vie. Selon ces auteurs, ce processus permet de croître et de se développer intellectuellement et psychologiquement, ce qui favorise la tolérance aux ambiguïtés, aux paradoxes et permet de s'engager selon ses propres valeurs. Puisque la majorité (75%) est âgée de quarante ans et plus, ces aidantes se retrouvent donc engagées dans ce processus de maturation particulier à la seconde étape de leur vie et par conséquent, elles sont davantage enclines à pratiquer les comportements liés à la spiritualité.

Relations interpersonnelles. Les comportements concernant les relations interpersonnelles se classent au troisième rang ( $\bar{x}=3,03$ ). En fait, un peu plus de la moitié (54%) des aidantes adoptent « souvent » ces comportements et les autres (46%) les adoptent « quelquefois ». Alors que les participantes procurent facilement du soutien et de l'affection à leurs proches, elles semblent cependant expérimenter peu de réciprocité dans leurs échanges. En outre, elles indiquent que ce n'est « que rarement » qu'elles trouvent du soutien, discutent de leurs préoccupations ou parviennent à combler leurs besoins d'intimité. Aussi, faut-il se demander si les aidantes du présent échantillon pratiqueraient davantage de comportements concernant les relations interpersonnelles si elles en avaient la possibilité. À ce propos, les résultats de Ricard (1991) indiquent que pour les aidantes, les besoins de socialisation (98,6%) et d'interactions intimes (82%) sont parmi les plus importants mais aussi, ceux qui sont les moins satisfaits (44,3% ; 59,1%). À ce sujet, il est possible que le stigma lié à la maladie mentale limite la satisfaction des besoins sociaux des femmes aidantes. Tel que mentionné par certaines femmes au cours de la collecte de données, le stigma lié à la maladie mentale peut empêcher ces dernières de discuter de leur situation avec leur entourage de crainte d'être blâmées ou rejetées. Cette situation peut contribuer à générer un sentiment d'isolement et par conséquent, engendrer des difficultés d'adaptation. D'un autre côté, la

socialisation des femmes peut faire en sorte qu'elles soient peu enclines à reconnaître leurs propres besoins et à demander ce dont elles ont besoin. En conséquence, elles parviennent difficilement à obtenir satisfaction. En somme, la satisfaction concernant les relations interpersonnelles des femmes aidantes demeurent à clarifier.

Responsabilité pour sa santé. Au quatrième rang, viennent les comportements concernant la responsabilité pour la santé ( $\bar{x}=2,69$ ). Alors que le plus fort pourcentage (56%) des aidantes pratiquent ces comportements « quelquefois », le tiers (33%) d'entre elles les pratiquent « souvent » et les autres (11%) ne les pratiquent « jamais ». En ce qui concerne le score global moyen, il est légèrement plus élevé que celui obtenu auprès d'autres échantillons féminins (Duffy, 1988 ; Walker, Kerr, Pender, & Sechrist, 1990). Il faut se demander si les participantes se sentent davantage concernées par leur santé parce qu'elles la sentent menacées. En fait, plusieurs études font ressortir les risques pour la santé liés au rôle d'aidant (Coyne et al., 1987; M.S.S.S., 1994 ; Ricard, 1991 ; Ricard & Fortin, 1993). Selon les réponses obtenues aux divers énoncés de cette catégorie, il n'est pas évident que l'intérêt des aidants concerne leur propre santé. En effet, il est possible qu'elles s'intéressent plutôt à la santé de leur proche. Dans les faits, elles rapportent écouter peu d'émissions traitant de la santé et elles n'assistent pratiquement jamais à des programmes éducationnels concernant leur propre santé. D'ailleurs, lors d'une causerie organisée pour des aidants, ces derniers furent étonnés de constater que la présentation concernait leur propre santé.

Gestion du stress. La gestion du stress ( $\bar{x}=2,57$ ) se classe au cinquième rang. Le plus fort pourcentage (59%) des aidantes adoptent « quelquefois » ces comportements, un peu plus du quart (26%) d'entre elles les pratiquent « souvent » et le plus faible pourcentage (15%) des participantes ne les pratiquent « jamais ». Parmi les résultats obtenus, il faut souligner que les participantes pratiquent peu de méthode de relaxation ( $\bar{x}=1,75$ ). Lors de la collecte de données, plusieurs participantes ont déclaré



ne pas connaître de méthode de gestion de stress. Sur ce plan, les aidantes diffèrent sans doute peu de la population en général. En fait, un sondage rapporté dans un document de l'Association Canadienne de la Santé Mentale (ACSM, 1999), conclut que quatre personnes sur dix ne connaissent pas de moyens pour maintenir et améliorer leur santé mentale. Il est aussi possible, qu'étant très préoccupées par l'état de santé de leur proche, les aidantes ne trouvent pas pertinent de s'occuper de leur propre santé. Tout comme l'indique l'étude de Winslow (1998), les aidantes ont parfois besoin de recevoir « la permission » pour utiliser les services de répit. Dans le même sens, les aidantes semblent avoir grandement besoin d'être encouragées à s'occuper de leur propre santé, notamment pour les stratégies de gestion du stress. Également, il apparaît que les aidantes pourraient apprendre à déléguer différentes tâches ou responsabilités à d'autres membres de la famille ou de l'entourage.

Exercices physiques. Finalement, la pratique d'exercices physiques se classe au dernier rang et obtient le score moyen le plus faible ( $\bar{x}=2,49$ ). Un peu plus du tiers (38%) pratiquent ces exercices « quelquefois », les deux autres tiers les pratiquent « souvent » (31%) ou « jamais » (31%). Cette donnée n'est pas très surprenante puisque d'après l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (M.S.S.S., 1994), seulement un québécois sur quatre est considéré comme actif ; ce qui implique de pratiquer une activité physique trois fois par semaine et ce, pour une durée de vingt à trente minutes. Étant donné que la plus forte proportion des participantes se situe dans la catégorie des soixante ans et plus, il est permis de croire que ces femmes n'ont pas été socialisées à faire régulièrement des exercices physiques et par le fait même, elles n'ont pu constater le pouvoir énergisant des activités physiques et les bienfaits pouvant en résulter. Également, il est possible que la surabondance de rôles, le surmenage et le cumul de tâches liées au rôle d'aidant limitent la pratique d'exercices physiques chez les aidantes (Verhoef & Love, 1992 ; Burton et al., 1997). Toutefois, la promotion des exercices

physiques chez les aidantes semble indiquée pour leur effet bénéfique sur la santé physique et le soulagement de la tension mentale (Tuscon & Sinyor, 1993).

Somme toute, la fréquence des comportements de promotion de la santé chez les aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental comporte des similitudes avec les résultats obtenus auprès de femmes québécoises de 65 ans et plus (Rodrigue, 1992). Globalement, les scores moyens obtenus diffèrent peu d'autres études réalisées avec des échantillons féminins. Cette situation permet de croire, tel que le propose Wasow (1995), que le stress et les risques pour la santé des membres de la famille d'une personne atteinte d'un trouble mental ne sont pas nécessairement dus à de mauvaises habitudes de vie ou à un dysfonctionnement antérieur mais plutôt aux contraintes découlant de leur expérience de vie comme aidant.

#### Caractéristiques personnelles et Comportements de promotion de la santé

Selon les présents résultats, la seule caractéristique personnelle des aidantes corrélée avec l'ensemble des comportements de promotion de la santé est le nombre d'heures consacrées à un emploi rémunéré et ce, d'une façon négative. Cependant, le fait d'occuper un emploi est lié significativement et positivement aux comportements concernant la croissance spirituelle, une saine alimentation et la gestion du stress. Ainsi, dans une certaine mesure, le fait d'occuper un emploi favorise la pratique de certains comportements de santé chez les aidantes, toutefois, s'il occupe trop de temps, il devient plutôt un obstacle à la pratique de l'ensemble des comportements de promotion de la santé et ce, particulièrement pour la gestion du stress et une saine alimentation.

En outre, plusieurs caractéristiques personnelles des aidantes sont associées significativement et positivement aux comportements liés à une saine alimentation, soit le niveau de scolarité, l'âge, l'emploi, le revenu et la durée du rôle d'aidante. Cette

donnée va dans le même sens que d'autres études indiquant qu'en plus de l'âge et du revenu, les femmes plus scolarisées adoptent davantage de comportements de promotion de la santé (Duffy, 1988; Duffy, 1997 ; Duffy et al., 1996; Ratner et al.,1994).

De plus, l'âge des aidantes est aussi associé positivement aux comportements de gestion du stress. À ce sujet, il est possible que l'expérience acquise par les aidantes avec les années de vie favorise le développement de leurs capacités d'adaptation et de leurs stratégies pour gérer une situation stressante. D'un autre côté, le nombre d'hospitalisations du proche au cours des cinq dernières années est associé significativement et positivement avec les exercices physiques des aidantes. À cet égard, il est permis de penser que les aidantes en viennent à pratiquer des activités physiques pour gérer leur stress découlant des réhospitalisations de leur proche.

Finalement, le fait d'avoir des enfants de moins de dix-huit ans pour une aidante est associé significativement et négativement aux comportements concernant la croissance spirituelle et les relations interpersonnelles. Cette donnée va dans le même sens que les résultats de Noh et Avinson (1988) indiquant que la présence d'enfants est associé avec le fardeau objectif de l'aidant. Ainsi, il est possible que le fait d'avoir des enfants limite les occasions de l'aidante pour s'occuper de son développement personnel ou de l'entretien de ses relations interpersonnelles.

Par ailleurs, selon les présents résultats, ni le temps consacré au rôle d'aidant, ni le nombre de personnes à charge ne sont associés avec les comportements de promotion de la santé des aidantes. À ce sujet, différentes hypothèses peuvent être émises. D'une part, il est possible que les participantes possédant une bonne santé s'impliquent davantage auprès de leurs proches et ce, tant que leur état de santé demeure satisfaisant. D'autre part, les sentiments d'utilité et de compétence ressentis par les participantes dans

l'accomplissement de leur rôle d'aidante peuvent les stimuler à s'impliquer encore davantage

### Perception d'auto-efficacité et Comportements de promotion de la santé

Le texte suivant commente les résultats obtenus à la troisième question de l'étude. Ainsi, la perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé est corrélée fortement et significativement avec l'ensemble des comportements de promotion de la santé ( $r=0,65$ ,  $p<0,01$ ). Ce qui signifie que plus les aidantes se sentent compétentes en regard de ces comportements, plus elles parviennent à les intégrer dans leur routine quotidienne. Ce résultat est semblable à celui ( $r=0,64$ ,  $p<0,001$ ) obtenu dans l'étude québécoise de Rodrigue (1992) avec des femmes âgées de plus de soixante cinq ans.

La perception d'auto-efficacité s'avère le concept central du modèle de promotion de la santé de Pender (1996) et est définie par Bandura comme étant le jugement d'une personne en regard de ses capacités à effectuer un comportement. D'après Bandura (1977, 1986, 1992, 1997), la perception d'auto-efficacité d'une personne est cruciale pour l'adoption d'un comportement. Ainsi, une personne qui n'est pas convaincue de ses capacités personnelles à effectuer un comportement risque d'en abandonner la pratique si elle n'obtient pas de résultats rapides. Au contraire, plus une personne croit en ses capacités, plus elle persévère dans ses efforts à accomplir une activité. La perception d'auto-efficacité influence le fonctionnement humain par l'entremise de quatre processus majeurs : la motivation, les perceptions, l'état affectif et le processus de sélection. Au cours des dernières années, l'importance de la perception d'auto-efficacité d'une personne dans l'adoption et le maintien de comportements de promotion de la santé a été soulignée par plusieurs auteurs (Clark & Dodge, 1999 ; Kok, DenBoer, DeVries, Gerards, Hospers, & Mudde, 1992 ; Schwarzer, 1992 ; Strecher, DeVillis,

Becker, & Rosenstock, 1986 ; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). Également, après avoir comparé l'apport de différentes variables suggérées par les principaux modèles théoriques en éducation à la santé, Schwarzer (1992) reconnaît l'importance de la perception d'auto-efficacité dans l'adoption des comportements de santé.

Selon la présente étude, la perception d'auto-efficacité spécifique est aussi corrélée significativement avec chacune des sous-dimensions des comportements de promotion de la santé mais selon différentes intensités variant de forte à modérée. À la lumière de ces résultats, il apparaît que les différentes forces de corrélations obtenues ne sont pas nécessairement en lien avec le rang ou la fréquence des comportements de promotion de la santé adoptés par les aidantes. Cette situation indique que d'autres facteurs sont susceptibles d'influencer la pratique de ces comportements.

Ainsi, les comportements liés à une alimentation saine obtiennent la plus forte fréquence mais présentent une des plus faibles relations significatives avec la perception d'auto-efficacité spécifique. Ainsi, il est possible que ces comportements soient tellement bien intégrés à la routine journalière des femmes aidantes que leur pratique soit devenue un automatisme. En outre, le fait que les comportements concernant l'alimentation soient souvent associés symboliquement aux femmes et constituent même un des premiers apprentissages du rôle féminin s'avère un autre aspect à considérer. Ainsi, il est possible que ces comportements soient perçus comme étant obligatoires chez les participantes.

Les participantes se perçoivent modérément efficaces en matière de responsabilité pour leur santé et la pratique de ces comportements se classe au quatrième rang ( $\bar{x}=2,69, s=0,55$ ) pour leur fréquence. De plus, il ressort une relation significative mais modérée entre ces deux variables. À cet égard, il est possible que malgré leur perception d'auto-efficacité en regard de ces comportements, les aidantes se sentent davantage

préoccupées par la santé de leur proche que par leur propre santé. Particulièrement, en ce qui concerne la maladie mentale, l'incertitude quant à l'étiologie et à l'évolution de la maladie ainsi que les conditions de vie futures du proche représentent habituellement de vives sources d'inquiétudes chez les aidantes (Guberman, Maheu, & Maillé, 1991 ; Cook, 1988 ; Cousineau, 1989). C'est pourquoi, elles peuvent choisir de mobiliser leur énergie davantage vers la récupération de la santé du proche que vers la promotion de leur propre santé. Bref, il semble qu'en présence d'une maladie mentale chez un proche, la promotion de leur propre santé ne soit pas la priorité des femmes aidantes.

Il est même possible que ces femmes ne perçoivent pas que leur santé puisse être en danger. Ainsi, il se peut que l'aidante ne soit pas ou peu consciente de sa propre vulnérabilité face à la maladie ; une sorte de « pensée magique » laissant croire à une perception d'invulnérabilité pour elle-même. Si tel est le cas, l'aidante aura besoin d'être encouragée à prendre soin de sa propre santé. Il est aussi possible que certaines normes sociales traditionnelles attribuant à la femme la responsabilité de prendre soin d'un proche malade jouent un rôle important dans le choix des participantes à pratiquer ou non certains comportements de santé lorsque survient la maladie d'un proche. Ces mêmes normes encouragent l'oubli de soi chez les femmes au profit de leurs proches.

Les normes sociales peuvent aussi influencer la décision des aidantes de pratiquer ou non un comportement. Ainsi, en plus des normes traditionnelles associées au rôle féminin, les aidantes québécoises peuvent ressentir une pression sociale à s'occuper de leur proche malade devant le désengagement de l'état dans la prestation des soins de santé aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Ou encore, il se peut que l'apprentissage vicariant, soit par imitation des personnes de l'entourage, contribue à perpétuer chez les femmes un modèle de comportement consistant à prendre soin de ses proches en s'oubliant elle-même.

Par ailleurs, une forte relation significative ressort entre la perception d'auto-efficacité et les comportements liés à la croissance spirituelle, les exercices physiques, la gestion du stress et les relations interpersonnelles satisfaisantes. Par contre, malgré une relation significative et forte entre ces variables, la fréquence de ces comportements diffère, notamment ceux concernant la gestion du stress et les exercices physiques. Il semble que des facteurs autres que la perception d'auto-efficacité influencent la pratique de ces comportements chez les aidantes.

En ce qui concerne les relations interpersonnelles, malgré la perception d'efficacité des aidantes en regard de ces comportements, il est possible que celles-ci perçoivent les symptômes manifestés par leur proche comme des obstacles à leurs relations interpersonnelles. En effet, différents facteurs en lien avec la maladie mentale d'un proche peuvent être sources de limites aux relations interpersonnelles de l'aidante soit, le manque de temps en raison du cumul de tâches ou le nombre d'heures consacrées à la tâche d'aidante, l'isolement dû au stigma lié à la maladie mentale ou encore la réserve à parler des difficultés vécues avec leur proche. En fait, les effets adverses de la maladie mentale sur la famille les plus souvent mentionnés sont les conflits entre les membres de la famille, les perturbations sur le plan de la vie sociale et du fonctionnement au travail de l'aidante (Ricard et al., 1999). D'un autre côté, il apparaît que le manque de soutien social incluant celui provenant des membres de la famille ou des professionnels de la santé s'avère le plus fort prédicteur des symptômes dépressifs chez les aidants (Song, Biegel, & Miligan, 1997).

Concernant la gestion du stress, les aidantes déclarent en majorité qu'elles n'utilisent pratiquement jamais de moyens spécifiques de gestion de stress. Or, selon leurs commentaires, plusieurs des participantes ne connaissent pas ces techniques. Par ailleurs, même si les aidantes connaissent les techniques de gestion de stress, il est possible que ce moyen ait été jugé peu efficace à court terme et donc abandonné. Ainsi,

les aidantes peuvent avoir l'impression que les techniques de gestion du stress auront peu d'effet sur leurs capacités à gérer les symptômes de la maladie du proche, surtout lorsque ce dernier est en période de crise. Il est aussi possible que les aidantes ne prennent pas conscience des nombreuses sources de stress auxquelles elles doivent faire face, étant davantage centrées sur la condition de leur proche. De même, il est probable que la restructuration cognitive, un autre moyen efficace de gestion du stress, ne soit pas connue par les aidantes. Quoiqu'il en soit, il est certain qu'une meilleure connaissance des stratégies de gestion du stress, serait avantageuse pour les aidantes.

Quant aux résultats portant sur la croissance spirituelle, ces comportements obtiennent le deuxième rang en fréquence et présentent la force de relation la plus élevée avec la perception d'auto-efficacité. Il est possible que les femmes se sentant compétentes soient celles qui présentent une meilleure estime d'elle-même, celles qui ont précisé leurs valeurs et leurs objectifs de vie et par conséquent, celles qui dégagent le plus de sérénité face aux différentes situations de la vie. D'ailleurs, suite à une revue des écrits, Miller (1995) conclut que la santé des femmes, la promotion de leur santé ainsi que la religion et la spiritualité s'avèrent des aspects liés de très près entre eux. Ces résultats sont aussi semblables à ceux obtenus par Stuifbergen et Becker (1994).

En terminant, alors que les comportements concernant les exercices physiques obtiennent la fréquence la plus basse, ils présentent une forte relation significative avec la perception d'auto-efficacité. En fait, peu d'aidantes se sentent compétentes et pratiquent des activités physiques. Par contre, celles qui se sentent compétentes à cet égard ont beaucoup plus tendance à adhérer à ce comportement de santé. Différents facteurs sociaux peuvent expliquer ce résultat. Ainsi, selon la moyenne d'âge (52,13 ans) des participantes, il est probable que l'éducation reçue par ces femmes ait peu encouragé la pratique régulière d'activités physiques; par conséquent, elles n'ont pu développer leurs habiletés sur ce plan. Ainsi, elles ne peuvent référer à une expérience



antérieure pour renforcer leur pratique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de McAuley, Lox et Duncan (1993) indiquant que les adultes ayant une faible perception d'auto-efficacité ont de la difficulté à adopter une routine régulière d'exercice et à la maintenir.

En somme, ces données se comparent aux résultats d'études empiriques concernant la relation entre la mesure de la perception d'auto-efficacité et l'adoption ou le maintien des comportements de promotion de la santé (Alexy, 1991; Clark & Dodge, 1999; Clément et coll., 1995 ; Duffy, 1997 ; Duffy et al., 1996 ; Gillis, 1994 ; Lusk & Kelemen, 1993 ; Lusk et al., 1997 ; Lusk, Ronis, Kerr, & Atwood, 1994 ; O'Leary, 1992 ; Pender et al., 1990 ; Rodrigue, 1992 ; Sallis, Hovell, Hofstetter, & Barrington, 1992 ; Schwarzer, 1994 ; Weitzel, 1989). Toutefois, il faut rappeler que les comparaisons entre les résultats d'études obtenus à l'aide de différents instruments de mesure demeurent délicates. En effet, plusieurs études mentionnées précédemment, sauf celle de Rodrigue (1992), utilisent une échelle de mesure d'auto-efficacité générale. Rappelons que pour la présente étude, une mesure d'auto-efficacité spécifique a été utilisée tel que le recommande Bandura (1986).

Par ailleurs, en raison de la nature transversale de cette étude, il faut se demander s'il existe un effet réciproque de la pratique des comportements de promotion de la santé sur la perception d'auto-efficacité. À ce sujet, Pender (1996), tel que le propose Bandura (1986) dans son modèle social cognitif, considère que la personne, son comportement ainsi que son environnement s'influencent de façon réciproque et dynamique. Ainsi, la perception d'auto-efficacité ne doit pas être traitée de façon isolée mais doit plutôt être comprise comme le résultat de l'interaction entre la personne, son comportement et les facteurs de son environnement (Clark & Dodge, 1999). Ainsi perçue, la perception d'auto-efficacité peut être à la fois le résultat d'un comportement spécifique et le prédicteur du même comportement.

Finalement, il ressort que la perception d'auto-efficacité ne présente pas la même influence ou le même poids selon le type de comportements de promotion de la santé étudié. D'autres facteurs qui n'ont pu être mis en évidence semblent jouer un rôle dans l'adoption des comportements de promotion de la santé.

### Influences interpersonnelles et Comportements de promotion de la santé

Pour ce qui est de la quatrième question de l'étude, les résultats n'indiquent pas de relations significatives entre les influences interpersonnelles provenant, soit du conjoint, des enfants, des amies, des professionnels de la santé ou des médias et les comportements de promotion de la santé des participantes. Ces données surprennent puisqu'ils diffèrent de ceux obtenus récemment par des études concernant la même variable (Clément et al., 1995; Lusk, Ronis, & Hogan, 1997). De même, ils diffèrent des études démontrant l'influence de la perception du soutien social, concept pouvant s'apparenter aux influences interpersonnelles, dans l'adoption d'un ou des comportements de promotion de la santé (Auslander & Litwin, 1991; Johnson & Meischke, 1993 ; Lusk & Kelemen, 1993; Padula, 1997 ; Riffle, Yoho, & Sams, 1989 ; Sallis et al., 1992; Sweeny & Gulino, 1987; Zimmerman & Connor, 1989). Toutefois, étant donné le récent développement du concept « influences interpersonnelles » et l'utilisation de différentes échelles pour le mesurer, il importe d'être prudent sur le plan des comparaisons.

Différentes hypothèses peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord, il est possible que les conjoints et les enfants des aidantes les influencent peu dans leurs comportements de promotion de la santé. Au cours de la collecte de données, plusieurs aidantes ont affirmé que c'était plutôt leur rôle d'encourager les pratiques de santé des membres de leur famille. D'ailleurs, des études récentes soulèvent un doute quant à la

croissance selon laquelle la vie commune favoriserait l'influence réciproque des personnes sur le plan des comportements de santé. Il semble que même après plusieurs années de mariage, il existe peu de ressemblances entre les pratiques de santé des époux (Conn & Armer, 1995 ; Tams & Moum, 1992) ; ce qui donne à penser que chaque personne conserve son indépendance sur ce plan. Donc, à ce jour, les résultats obtenus dans ce domaine d'étude apparaissent contradictoires.

Selon les présents résultats, il est possible que les amies influencent davantage les aidantes sur le plan des comportements de santé. En fait, les scores moyens les plus élevés de cette échelle de mesure se remarquent aux trois questions concernant les influences provenant des amies. Différentes études rapportent des résultats allant en ce sens. Ainsi, il semble que l'amitié soit une ressource extrêmement importante au cours des différentes étapes de la vie des femmes (Rubin, 1985 ; Pogrebin, 1987). Il est même proposé que la disponibilité d'amies proches s'avère plus importante pour la santé mentale des femmes que leurs ressources économiques ou sociales (Simonsick, 1993). De plus, il semble que les relations amicales contribuent davantage au bien-être et à la satisfaction de la vie des femmes d'âge mur que les relations avec leurs enfants (Beckman, 1981) ou leurs petits enfants (Wood & Robertson, 1978). En somme, il semble que les femmes peuvent s'influencer mutuellement sur le plan de leur santé. Toutefois, le raffinement de l'outil de mesure qui a été utilisé pour apprécier les influences interpersonnelles permettrait d'améliorer les connaissances à ce sujet lors d'études ultérieures.

En ce qui concerne les professionnels de la santé, les participantes considèrent qu'ils influencent très peu leurs comportements de promotion de la santé. Lors de la collecte des données, les participantes réfèrent davantage aux médecins qu'aux infirmières ; les infirmières ne semblent pas perçues comme ayant un rôle de promotion de la santé. De fait, même si les infirmières posent des actions en ce sens, il semble que

les aidantes ne leur accordent pas un poids significatif. Les infirmières n'occuperaient donc pas pleinement leur rôle en promotion de la santé ou elles ne l'affirmeraient pas de façon suffisamment explicite. D'ailleurs, selon des études québécoises, les infirmières sont rarement reconnues comme une source d'aide valable par les personnes traitées (Page & Ricard, 1995) ou par les aidants (Ricard & Fortin, 1993). Étant donné que la population retient et demande les services qu'elle connaît (Hamric, Spross, & Hanson, 1996), il apparaît que malgré l'évolution des soins infirmiers des dernières années, la population perçoit encore les soins infirmiers selon les stéréotypes traditionnels liés au rôle de l'infirmière.

Cette donnée soulève un problème important. Comment expliquer que les infirmières pour qui la promotion de la santé constitue un des buts de l'exercice, ne soient pas davantage reconnues comme une source d'influence pour la santé des femmes aidantes ? Il est possible que la philosophie de soins adoptée par les infirmières oeuvrant au sein des centres hospitaliers ciblés par notre étude contribuent à orienter les soins de l'infirmière davantage vers la personne atteinte d'une maladie qu'auprès des membres de la famille. En plus de ne pas favoriser le développement de soins adaptés aux membres de la famille, cette situation peut même faire en sorte que certaines infirmières ne considèrent pas la famille comme une cible de leurs interventions.

En fait, certaines croyances ou manque de connaissances des infirmières peuvent limiter l'implication des familles dans le traitement de leur proche (Talbot, Duhamel, Giroux, & Hamel, 2000). Il semble que les infirmières n'impliquant pas les membres de la famille aux soins adhèrent à certaines croyances telles que la peur de manquer de temps pour effectuer leurs autres tâches, la crainte de ne pouvoir répondre à toutes leurs questions ou encore l'impression que ce n'est pas leur travail (Wright, & Leahey, 1999 ; Wright, Watson, & Bell, 1996).

Également, l'organisation traditionnelle des soins en centre hospitalier est axée principalement sur la personne malade et très peu sur la santé des membres de la famille. Jusqu'à récemment, la famille de la personne atteinte d'un trouble mental était davantage perçue comme un visiteur qu'un membre actif dans le traitement (Hanson & Boyd, 1996). En outre, il faut souligner que le mandat des centres hospitaliers oriente les soins des infirmières principalement vers le traitement des maladies et non vers la promotion de la santé.

Bien qu'il n'existe pas de corrélation significative entre les influences provenant des médias et les comportements de promotion de la santé des participantes, il est intéressant de souligner que l'énoncé concernant les influences provenant des médias d'information obtient le quatrième score moyen le plus élevé. Étant donné que la situation particulière des aidantes est propice à l'isolement, il est permis de penser que ce contexte de vie pourrait favoriser l'utilisation de médias, y compris les médias électroniques, pour satisfaire leurs besoins d'information en regard de la santé. Or, il n'y a pas de convergence en ce qui concerne les résultats des études sur ce plan. D'une part, ces présents résultats vont dans le même sens que Bandura (1997) affirmant que tout en étant utiles pour diffuser les connaissances, les médias ne suffisent habituellement pas à faire changer les comportements d'une personne puisque celle-ci doit savoir comment faire et se sentir compétente pour modifier ou adopter un comportement. D'autre part, les présents résultats divergent des auteurs affirmant que les médias constituent la seconde option après la communication interpersonnelle pour influencer un comportement de santé (McAlister, 1996) et que leurs influences sur les comportements de santé de la population sont de plus en plus reconnues (Breslow, 1996). Étant donné la place sans cesse grandissante des médias électroniques dans la vie quotidienne de la population, de futures études pourraient en préciser les influences sur la santé de la population. Ainsi, d'autres études sont nécessaires pour décrire ce phénomène. Pour ce faire, l'élaboration d'instruments de mesure plus sensibles comportant des propriétés

psychométriques démontrées serait souhaitable. Bref, il apparaît que la promotion de la santé de la population exige que les infirmières développent leurs capacités d'influence et qu'elles incluent les dimensions familiales, collectives, politiques et environnementales à leurs interventions (O'Neill, 1999).

#### Influences situationnelles et Comportements de promotion de la santé.

Le texte suivant commente les résultats relatifs à la cinquième question de recherche. Selon les résultats, il existe aucune relation significative entre chacune des six sous-dimensions des influences situationnelles et l'échelle totale des comportements de promotion de la santé des participantes. Toutefois, un examen plus détaillé des résultats indique une relation significative et négative d'intensité modérée entre trois sous-dimensions des influences situationnelles, soit les réactions affectives, les inquiétudes et la perception subjective du fardeau en lien avec la supervision des comportements dérangeants et deux sous-dimensions des comportements, les relations interpersonnelles et la gestion du stress des aidantes. Rappelons qu'une échelle de fardeau spécifique à l'expérience des aidants d'une personne atteinte d'un trouble mental a été utilisée en guise de mesure des influences situationnelles. Aussi, il est possible que l'outil utilisé ne permette pas de répondre précisément à la question de recherche. Des questions portant sur l'influence directe des divers aspects du rôle d'aidant sur la pratique de comportements spécifiques auraient peut-être permis de distinguer plus précisément la relation entre ces deux facteurs.

Les résultats obtenus sont surprenants puisque logiquement on pourrait s'attendre à ce qu'il existe une relation significative entre le contexte de vie particulier des aidantes et leurs comportements de promotion de la santé. Les présents résultats n'appuient que partiellement les écrits concernant la santé des femmes recommandant de prendre en considération l'impact de leurs multiples rôles sur leur santé (Auerbach & Figert, 1995 ;

Lennon & Rosenfield, 1992 ; Nelson, 1996) notamment, le rôle d'aidant lequel semble générer davantage de stress (McKinlay, Triant, McKinlay, Brambilla, & Ferdock, 1990 ; Shulz et al., 1997). Les présents résultats démontrent certaines similitudes, surtout en ce qui concerne la gestion du stress, avec l'étude comparative de Burton et al. (1997) laquelle conclut que prodiguer une grande quantité de soins augmente significativement la probabilité que l'aidant ne puisse pas se reposer, manque de temps pour faire des exercices ou pour récupérer suite à une maladie et oublie de prendre ses propres médicaments.

La force de la relation négative la plus élevée se retrouve entre la sous-dimension évaluant les réactions affectives des aidantes en regard de leur rôle et les comportements concernant les relations interpersonnelles. Ainsi, plus l'aidante se sent déçue, fatiguée, irritée, en colère, déprimée ou dépassée par son rôle, moins elle entretient de relations interpersonnelles satisfaisantes, en passant du temps avec ses proches, en comblant ses besoins d'intimité, en discutant de ses problèmes ou en se procurant du soutien. D'une part, il est possible que l'aidante envahie par des émotions négatives soit tellement préoccupée par sa situation qu'elle éprouve peu de plaisir lors de rencontres sociales et que, par conséquent elle préfère s'isoler. D'autre part, il se peut qu'en raison du stigma lié à la maladie mentale, l'aidante évite les rencontres sociales par crainte du jugement ou des remarques désobligeantes en regard de son proche malade. Dans ce contexte, on peut comprendre que l'aidante soit peu encline à demander de l'aide. Ces données vont dans le même sens que les écrits concernant les aidants. En effet, il semble que ceux-ci se privent d'inviter des amis à la maison en raison de l'imprévisibilité des comportements du proche et par crainte de réactions négatives à son égard (Chafetz & Barnes, 1989 ; Fadden et al., 1987 ; Guberman et al., 1991). Également, les aidants ressentant une plus grande charge émotionnelle auraient tendance à se sentir moins affilié à leur entourage, à se sentir en moins bonne santé et à moins interagir avec leur réseau social (intimité, amitié, confidentialité) (England, 1996).

La relation inverse est aussi possible, c'est-à-dire que moins l'aidante entretient de relations interpersonnelles satisfaisantes, plus elle peut ressentir de sentiments négatifs en regard de son rôle. Étant donné l'importance que revêtent les interactions sociales pour les femmes d'âge moyen (Hartweg, 1993), il est possible que se sentant limitées sur le plan social, les aidantes puissent ressentir de la déception ou de l'amertume en regard de leur rôle.

Par ailleurs, selon une revue des écrits réalisée par Callaghan et Morrissey (1993), il ressort que le soutien social influence la santé selon trois processus. Tout d'abord, le soutien social permettrait de régulariser les pensées, les émotions et les comportements d'une personne contribuant ainsi à la promotion de sa santé (House, Landis, & Umberson, 1988). Ensuite, le soutien social encouragerait l'émergence d'un sens personnel à sa vie (Antonovsky, 1979) et il faciliterait la pratique des différents comportements de promotion de la santé (Umberson, 1987). En somme, il semble que le maintien de relations interpersonnelles satisfaisantes chez les aidantes est un facteur influençant positivement leur santé tandis qu'à l'opposé, l'isolement semble être un facteur de risque pour leur santé.

Ensuite, les résultats indiquent que la sous-dimension des inquiétudes des aidantes en regard des conséquences de la maladie mentale du proche présente une relation modérée et négative avec leurs comportements de gestion de stress. Autrement dit, plus l'aidante ressent des inquiétudes concernant la sécurité, les soins reçus, la vie sociale, la santé physique, les conditions de vie, les conditions financières ou l'avenir de son proche, moins elle pratique de comportements liés à la gestion du stress tels qu'agir selon des buts à long terme, utiliser une méthode spécifique de gestion du stress ou rechercher un équilibre entre le travail et la détente.



En fait, l'utilisation d'une méthode spécifique de gestion du stress se retrouve parmi les trois comportements les moins pratiqués par les aidantes et celles qui ressentent davantage d'inquiétudes les pratiquent encore moins. À cet égard, il est probable que les aidantes soient tellement préoccupées par la santé de leur proche, qu'elles parviennent difficilement à prendre du recul et à reconnaître leurs propres signaux de stress. D'un autre côté, l'aidante ne peut à elle seule résoudre toutes les difficultés vécues par son proche ; certains stressseurs dépassent ses capacités. Bien que la gestion du stress puisse soulager la tension de l'aidante en lui permettant de se dégager du vécu quotidien, il est clair que certains stressseurs liés au contexte social et à la nature de la maladie mentale ne seront pas diminués par cette pratique. Dans ces conditions, il est peu surprenant que celles-ci ne considèrent pas la gestion du stress comme une activité pouvant les soulager de leurs multiples inquiétudes.

Ces résultats vont dans le même sens que les écrits concernant les aidants puisqu'il semble que la principale caractéristique des aidants est le sentiment « d'être stressé » (Shulz et al., 1997). Différentes études font état des inquiétudes des aidantes, notamment celles de mères agissant comme aidante auprès de leur enfant atteint d'un trouble mental (Biegel, Sales, & Schulz, 1991 ; Cook, 1988 ; Hatfield, 1978 ; St-Onge et Lavoie, 1987,1994). D'autres études concernant le fardeau des aidants démontrent que plus les stressseurs liés à la condition du malade s'accroissent, plus la perception du fardeau subjectif de l'aidant augmente (Solomon & Draine, 1995) et moins ce dernier adopte de pratiques de santé (Burton, et al., 1997) ou des comportements de promotion de la santé (O'Brien, 1993).

Par ailleurs, selon le modèle théorique de Lazarus & Folkman (1984), le processus de coping ou de gestion de stress d'une personne découle, premièrement de sa perception du stress liée à une situation spécifique et secondairement, de la perception de ses propres ressources ainsi que de celles comprises dans son environnement pour

faire face à la dite situation. Ainsi, selon cette théorie, les inquiétudes des aidantes découleraient tout d'abord de leurs perceptions concernant les différents aspects liés à la maladie mentale de leur proche tels que la nature de cette maladie, la chronicité, le stigma, l'expérience des rechutes antérieures ou les inquiétudes face à l'avenir et, secondairement, de la perception de leurs ressources personnelles ainsi que de celles comprises dans leur environnement pour composer avec la maladie mentale de leur proche. Donc, si les ressources de l'environnement sont inexistantes ou difficilement accessibles, ou encore si les comportements du proche sont difficiles à gérer, il est très probable que les aidantes se sentent stressées. En conséquence, il apparaît que les conditions de vie actuelles des aidantes ne favorisent pas la gestion de leur stress. Toutefois, l'apprentissage de méthodes de gestion du stress telles que la résolution de problèmes ou la restructuration cognitive, contribuerait sûrement à la promotion de la santé des aidantes.

Une dernière sous-dimension, la perception des aidantes en regard du fardeau subjectif concernant la supervision des comportements dérangeants du proche présente une force de relation négative d'intensité modérée avec leurs comportements de gestion du stress ( $r=-0,26$ ,  $p<0,05$ ). Ainsi, plus l'aidante perçoit comme un fardeau le fait d'avoir à superviser chez son proche des comportements tels que l'agressivité, les idées suicidaires et les abus de substances, moins elle pratique de comportements liés à la gestion du stress.

Comme il a été souligné précédemment, il est plausible que la supervision de tels comportements chez le proche s'avère une source de stress élevé pour l'aidante. En ce sens, les présents résultats concordent avec d'autres études concernant les aidants, notamment ceux obtenus par Ricard et al., (1999) indiquant que bien que peu fréquents, les comportements agressifs, violents et suicidaires du proche sont ceux qui génèrent le plus de stress et qui contribuent le plus à augmenter la perception du fardeau chez

l'aidant. De plus, comparativement aux aidants masculins, les aidantes manifestent davantage de craintes face aux comportements hostiles et violents de leur proche, d'autant plus qu'elles en sont souvent la cible (Cook, 1988). En fait, devant de tels comportements, les aidantes peuvent se sentir très impuissantes et éprouver beaucoup de tension. Dans ce contexte, il est probable que l'aidante ne pense pas aux comportements de gestion du stress pour se soulager. Par contre, l'absence de comportements liés à la gestion du stress peut aussi contribuer à une perception plus lourde de leur fardeau. De ce point de vue, l'apprentissage de la gestion du stress chez les aidants devrait être conçue en tenant compte de la nature de ces stressseurs, du développement des habiletés pour y faire face et de l'accessibilité à des ressources tel qu'un établissement du réseau de la santé lorsque cela s'avère nécessaire. Par ailleurs, d'autres études sont nécessaires pour mieux définir les stratégies à utiliser par les aidantes pour diminuer le stress généré par les comportements dérangeants du proche.

En somme, la promotion de la santé des aidantes est liée à la création d'environnement soutenant tel que préconisé par la charte d'Ottawa (O.M.S., 1986). En plus de leur laisser le choix quant à leur implication dans le rôle d'aidante, un tel environnement devrait fournir toute information concernant la maladie mentale du proche et les aspects nécessaires à leur soutien. Également, il devrait favoriser la disparition du stigma lié à la maladie mentale et fournir les moyens d'assurer à la fois, la sécurité du proche et la quiétude de l'aidante

#### Contribution des variables de l'étude aux comportements de promotion de la santé

Des analyses préliminaires ont permis de sélectionner les variables apparaissant les plus pertinentes en vue d'identifier leur contribution à l'adoption de comportements de promotion de la santé. Une seule des caractéristiques personnelles des aidantes, le nombre d'heures consacrées au travail, est associée au score total des comportements de

promotion de la santé. Ainsi, cette variable et les autres variables à l'étude ont été incluses dans les analyses de régression finales. Ainsi, l'ensemble des variables explique 41% de la variance des comportements de promotion de la santé des aidantes. La perception d'auto-efficacité spécifique aux comportements de promotion de la santé et une sous-dimension des influences situationnelles, soit l'impact du rôle d'aidant sur la vie quotidienne, sont les deux prédicteurs des comportements de promotion de la santé. Ces résultats signifient que les aidantes se percevant compétentes en regard des comportements de promotion de la santé et percevant moins d'impact de la maladie du proche sur leur routine quotidienne, pratiquent davantage ces comportements de promotion de la santé.

Le résultat concernant la perception d'auto-efficacité ( $\beta=0,59$ ,  $t=5,28$ ,  $p<0,000$ ), va dans le même sens que celui de Burton et al. (1997) indiquant que les aidants (personnes âgées) ayant une forte perception de contrôle (mesurée selon l'échelle de maîtrise de Pearlin, Liberman, Menaghan, & Mullan, 1981) démontrent de meilleures pratiques de santé que ceux dont la perception de contrôle est faible.

En accord avec la théorie sociale cognitive de Bandura, la perception d'auto-efficacité joue un rôle central dans le modèle de Pender. En effet, en plus d'agir sur la performance d'un comportement donné, ce facteur contribue à la motivation et aux capacités d'autorégulation d'une personne (Bandura, 1997). D'ailleurs, dans une récente publication, Bandura (1997) souligne que plusieurs modèles conceptuels incluent maintenant la perception d'auto-efficacité comme étant un facteur d'influence important à considérer pour la pratique de comportements de santé.

Des études longitudinales demeurent toutefois nécessaires pour confirmer le pouvoir prédictif de cette variable. Les quelques études longitudinales réalisées à ce jour n'indiquent pas de convergence en ce sens. Alors que les résultats de deux études

longitudinales (De Vries, 1989 ; Mudde, Kok, & Strecher, 1989) démontrent que la mesure de la perception d'auto-efficacité prédit l'arrêt de fumer, une autre étude longitudinale conclut que les facteurs cognitifs (dont la perception d'auto-efficacité) contribuent peu aux comportements de promotion de la santé (Bottorff, Johnson, Ratner, & Hayduck, 1996 ). Il est possible que ces résultats divergents découlent de l'utilisation d'outils de mesure différents ou peu sensibles. Bref, même si son action demeure à clarifier, il demeure que le renforcement de la compétence s'avère une intervention de choix pour favoriser les comportements de promotion de la santé des aidantes.

Par ailleurs, une des sous-dimensions des influences situationnelles, l'impact du rôle d'aidante sur sa routine quotidienne ( $\beta = -0,25$ ,  $t = -2,15$ ,  $p < 0,05$ ), se révèle être un prédicteur négatif des comportements des participantes. Ainsi, l'impact du rôle d'aidante sur leur routine quotidienne contribue négativement à leurs comportements de promotion de la santé. Il est permis de croire que face à une situation en lien avec la santé de son proche, l'aidante préférera répondre aux besoins de son proche et lui éviter des conséquences fâcheuses au lieu de pratiquer un comportement de promotion de la santé. D'ailleurs, lors de la collecte des données, plusieurs participantes ont mentionné avoir laisser tomber des activités physiques et des sorties sociales ou encore manger plus rapidement afin de consacrer davantage de temps à certaines tâches inhérentes au rôle d'aidante.

Par contre, il est étonnant que les autres dimensions de l'échelle des influences situationnelles ne démontrent pas d'influence sur les comportements de promotion de la santé des aidantes. Il y a lieu de s'interroger sur les qualités psychométriques de l'outil de mesure puisque les coefficients alpha obtenus aux sous-échelles mesurant la perception objective et la perception subjective sont relativement bas, indiquant ainsi une consistance interne insatisfaisante. D'un autre côté, lors des entrevues, nous avons observé chez les femmes une certaine hésitation à répondre aux questions de ces sous-

échelles. Il est possible que les femmes aient ressenti un malaise à répondre à ces questions lesquelles pouvaient entrer en contradiction avec leurs valeurs.

Selon les présents résultats, les sous-échelles concernant la perception objective et la perception subjective ne contribuent pas aux comportements de promotion de la santé des aidantes. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par d'autres études concernant des aidants d'une autre catégorie de personnes malades (Burton et al., 1997 ; O'Brien, 1993) et indiquant que la charge de soins influence les comportements de promotion de la santé de ces aidants. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'être aidant d'une personne atteinte d'un trouble mental, il semble que ce soit l'impact de ce rôle sur la vie quotidienne de l'aidante plutôt que la charge de soins (fardeau objectif) qui agirait comme prédicteur négatif des comportements de promotion de la santé. À ce sujet, il faut préciser la différence entre la nature des soins dispensés par l'aidante d'une personne atteinte d'un trouble mental comparativement à celle d'une personne atteinte d'une maladie chronique dégénérative. Alors que la première doit composer avec l'imprévisibilité et les multiples rechutes d'une maladie qui n'est pas toujours bien identifiée, l'autre dispense des soins physiques à une personne dont la maladie est reconnue. Il faut ajouter le stigma lié à la maladie mentale provenant des croyances populaires selon lesquelles la maladie mentale peut être attribuable à une faiblesse de caractère de la personne atteinte. Néanmoins, ces résultats concordent avec ceux d'autres études (Jones, Roth, & Jones, 1995) indiquant que l'impact du rôle d'un aidant sur sa routine quotidienne occasionne davantage de fardeau que le comportement du proche atteint d'un trouble mental sauf lors d'une décompensation ou d'une situation de crise (Ricard et al., 1999).

Cet aspect soulève une interrogation. Est-ce que cette sous-échelle du fardeau ne correspondrait pas davantage à une autre variable du modèle de Pender soit, « les demandes et préférences entrant en compétition avec les comportements de promotion de la santé » ? En effet, Pender définit cette dernière variable comme étant une

demande de dernière minute pouvant occasionner de fâcheuses conséquences pour soi ou l'entourage et sur laquelle la personne a peu de contrôle (Pender, 1996). Selon Pender (1996), cette variable influencerait directement l'adoption des comportements de promotion de la santé. Rappelons que les questions de la sous-échelle concernant l'impact sur la routine quotidienne réfèrent à divers impacts survenus au cours des trente derniers jours et découlant directement du rôle d'aidante sur sa routine quotidienne tels que les absences au travail, les perturbations en regard des activités sociales et de la routine domestique ainsi que la diminution du temps consacré aux autres membres de la famille. Ainsi, en raison du caractère imprévisible de la maladie mentale du proche et du fait que plus de la moitié (52,50%) était hospitalisée au moment de la collecte des données, il est plausible que l'aidante ait manqué du travail, disposé de moins de temps pour son entourage, modifié ses activités sociales ou sa routine domestique pour répondre aux besoins du proche et ce, au détriment du comportement de promotion de la santé planifié antérieurement. En raison du caractère imprévisible des demandes liées à la maladie mentale du proche, il semble que ces énoncés se rapprochent des « demandes entrant en compétition » avec les comportements de promotion de la santé.

Étant donné que les variables sélectionnées parmi celles proposées par le modèle de Pender (1996) ont permis d'expliquer 41% de la variance des comportements de promotion de la santé des aidantes, 59% de la variance demeure à expliquer. Ainsi, d'autres variables jouent un rôle dans l'adoption de ces comportements par les aidantes. Parmi les autres variables proposées par Pender (1996), de futures études pourraient s'intéresser à certaines caractéristiques des aidantes telles leur type de personnalité ou leurs croyances en regard de ces comportements de promotion de la santé ainsi qu'à d'autres variables cognitives telles la perception des obstacles et des avantages liés à ces comportements.

## **Implication et recommandations en regard de la pratique infirmière, des recherches futures et du développement de la théorie en sciences infirmières**

### La pratique infirmière

Les résultats obtenus fournissent des indications pour le développement d'interventions spécifiques rejoignant différents niveaux de la pratique infirmière soit, individuel, familial, social, organisationnel et politique. Sur le plan individuel, étant donné que les comportements découlent des croyances d'une personne, il y a lieu d'aider les femmes à questionner certaines valeurs transmises lors de leur éducation telle que l'oubli de soi. Pour ce faire, il importe de s'intéresser à la croissance spirituelle des femmes aidantes soit, leurs valeurs, leurs buts et leurs croyances ; un aspect trop souvent négligé par les interventions infirmières (Oldnall, 1996 ; Wright, Watson, & Bell, 1996). Ainsi, selon une approche cognitive, il s'agit d'aider les aidantes à identifier les croyances pouvant être contraignantes pour leur santé. Par la suite, les interventions visent à questionner la pertinence de ces croyances contraignantes, notamment celles générant des sentiments de culpabilité et de responsabilité excessive envers leur proche. Finalement, il faut aider les femmes à restructurer leurs croyances de façon à ce qu'elles favorisent leur santé (Domar & Dreher, 2000).

Par la suite, d'autres interventions infirmières auraient pour but de favoriser l'intégration à la routine quotidienne des aidantes de comportements concernant les relations interpersonnelles satisfaisantes, la gestion du stress, la responsabilité pour sa santé et les exercices physiques. Ainsi, ces interventions viseraient l'apprentissage de stratégies pour augmenter la réciprocité des relations interpersonnelles des aidantes telles que l'affirmation de leurs besoins ainsi que la demande d'aide et de soutien. Pour ce qui est de la gestion du stress, les infirmières pourraient concevoir des activités favorisant l'apprentissage de techniques spécifiques de gestion du stress, la



reconnaissance de leurs sources de stress et de leurs limites et l'expression de ces dernières. De plus, l'analyse des perceptions générant de l'anxiété chez l'aidante pourrait donner lieu à des modifications de ces perceptions et ainsi diminuer leur stress. Étant donné que le manque de connaissances peut contribuer soit, à limiter l'adaptation au rôle d'aidante ou à entretenir des attentes irréalistes envers le proche malade, d'autres types d'interventions infirmières pourraient contribuer à augmenter les connaissances des aidantes en regard de la maladie mentale du proche. Pour pallier le manque de connaissances, il y aurait lieu d'élaborer un programme éducatif pour des groupes d'aidantes traitant entre autres de l'étiologie de la maladie mentale, de la médication psychotrope et de la gestion des comportements dérangeants du proche. En plus de permettre l'acquisition de nouvelles connaissances, ces rencontres de groupe favoriseraient le soutien et le partage entre les participantes. Dans le même sens, il y a lieu d'encourager les aidantes à participer à des organismes communautaires afin de faciliter les échanges entre elles et contribuer à l'augmentation de leur réseau de soutien social. De plus, les infirmières pourraient instruire les aidantes sur la façon de composer avec le fonctionnement du système de santé afin qu'elles obtiennent l'aide requise pour la condition de santé de leur proche. Finalement, les infirmières pourraient stimuler les aidantes à intégrer des activités physiques qu'elles aiment à leur routine quotidienne afin qu'elles en retirent des bénéfices tant sur le plan physique que psychologique.

Pour faciliter l'adoption de ces comportements, les interventions infirmières auraient avantage à mettre l'accent sur le développement et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle des aidantes spécifique aux comportements de promotion de la santé ciblés. Pour ce faire, quatre types d'interventions peuvent être utilisés : des démonstrations structurées, l'apprentissage vicariant, la persuasion verbale et l'autorégulation des émotions en regard du comportement donné (Bandura, 1997).

Sur le plan familial, l'infirmière pourrait proposer à la famille du proche et de l'aidante des rencontres systémiques familiales dans le but de faciliter les échanges en ce qui a trait à la maladie mentale du proche, au soutien et au partage entre les membres de la famille tout en faisant ressortir les forces de chacun, y compris celles de la personne atteinte. De ces rencontres pourrait aussi découler un partage plus équitable des différentes tâches reliées au rôle d'aidant entre les membres d'une famille.

D'autres recommandations s'adressent au rôle social des infirmières puisque celles-ci ne sont pas citées d'emblée par les aidantes en tant que professionnel de la santé pouvant influencer leurs comportements de promotion de la santé. Étant donné que le public ne demande pas un service qu'il ne connaît pas (Hamric et al., 1996), il y a tout lieu de croire que ce public ne retient pas non plus les services qu'il n'attend pas recevoir du dit professionnel. En conséquence, il est primordial que les infirmières décrivent clairement leur rôle de promotion de la santé lorsqu'elles interviennent auprès des aidantes. De plus, il s'agit d'une contribution spécifique du rôle des infirmières que celles-ci auraient avantage à faire ressortir dans les équipes de base en santé mentale. Sur une plus grande échelle, des campagnes médiatiques contribueraient à sensibiliser plus rapidement la population au rôle actuel de l'infirmière (Dussault et al. 1999).

Concernant le contexte organisationnel, jusqu'à récemment, la philosophie de soin adoptée par les infirmières ainsi que l'organisation des soins en milieu hospitalier se révèlent être deux facteurs pouvant favoriser l'orientation des soins principalement vers la personne atteinte plutôt que vers la famille (Hanson & Boyd, 1996 ; Talbot, Duhamel, Giroux, & Hamel, 2000). Or, il apparaît que la promotion de la santé des aidantes exige que les infirmières adoptent une philosophie de soin intégrant la famille du proche atteint d'un trouble mental. En plus de tenir compte de la situation de la famille, la planification des soins pourrait s'harmoniser avec les ressources communautaires disponibles dans le milieu de vie du proche. Plus précisément, il y aurait lieu que

l'infirmière tienne compte, dans sa planification des soins, du contexte social de l'aidante, de sa situation économique, de l'ensemble de ses responsabilités et des sources de soutien disponibles dans la communauté (Bridges & Lynam, 1993).

Finalement, il importe que les infirmières considèrent les dimensions collectives, politiques et environnementales de leurs interventions comme étant des aspects normaux et légitimes de leur rôle (O'Neill, 1999). Pour ce faire, les infirmières pourraient investir les lieux de pouvoir tel le conseil d'administration d'un établissement de santé et ainsi, utiliser leurs connaissances et leurs influences pour le développement d'actions favorisant la santé des aidantes et des membres de leur famille.

#### Recherches infirmières futures

Bien que la promotion de la santé soit au cœur de la pratique infirmière, peu d'infirmières sont présentes dans le champ de la recherche en promotion de la santé (Gottlieb, 1992). En conséquence, de nombreuses pistes demeurent à explorer lors de futures recherches en sciences infirmières et le texte suivant en propose quelques unes. Sur le plan de l'échantillon, une prochaine étude pourrait être planifiée avec un échantillon plus large lequel serait recruté par l'entremise d'une plus grande diversité de milieux permettant ainsi d'augmenter la possibilité de généraliser les résultats obtenus. De même, il serait pertinent de connaître les caractéristiques des femmes aidantes dont les proches ont refusé leur participation à l'étude (Solomon & Draine, 1995). De toute évidence, les outils mesurant les influences interpersonnelles et situationnelles en lien avec les comportements de promotion de la santé doivent être raffinés et adaptés au contexte de vie spécifique des aidantes. De tels instruments de mesure s'avèrent nécessaires puisqu'une stratégie écologique de promotion de la santé doit tenir compte de toutes les forces comprises dans l'environnement (Breslow, 1996).

Puisque le besoin de spiritualité des femmes aidantes et la promotion de leur santé semblent liés de près (Miller, 1995), ces aspects pourraient faire l'objet d'une prochaine étude auprès des aidantes. Une autre étude pourrait s'intéresser à l'évaluation des connaissances et des capacités des infirmières à répondre à ce besoin chez les aidantes. De plus, il serait intéressant d'évaluer les dimensions concernant la croissance spirituelle comprises dans les programmes d'intervention de promotion de la santé des aidantes déjà existants.

Par ailleurs, une étude longitudinale s'intéressant aux comportements de promotion de la santé des aidantes permettrait de mettre en lumière les facteurs favorisant la promotion de leur santé au cours de leur processus d'adaptation. Selon Prochaska et Velicer (1997), aucune théorie ne parvient à rendre compte de la complexité des changements de comportements. C'est pourquoi, ces auteurs proposent l'utilisation d'un modèle théorique épousant un paradigme évolutif plutôt qu'un paradigme d'effet simple de certaines variables. Ceci signifie que l'on pourrait soit, étudier la même cohorte dans une perspective longitudinale ou recruter des aidantes au début de leur rôle et d'autres à un stade plus avancé. Vue sous cet angle, l'étude des comportements de promotion de la santé des aidantes tiendrait compte du processus d'adaptation au rôle d'aidant. En accord avec le concept de « readiness » inclus dans le modèle de McGill, les connaissances découlant d'études basées sur le modèle théorique de Prochaska et Velicer (1997) permettraient peut-être le raffinement des interventions infirmières selon les différentes étapes d'adaptation au rôle d'aidant.

D'autres auteurs (Labonté & Robertson, 1996) croient que le paradigme constructiviste conviendrait mieux à l'étude de la promotion de la santé en raison de son intérêt pour l'expérience vécue par la personne et comprise selon son contexte historique et social particulier. Selon ce paradigme, l'étude de l'expérience de l'aidante illuminerait les différents facteurs jouant un rôle dans la promotion de sa santé, y

compris le stigma lié à la maladie mentale et les conditions sociales et environnementales. En fait, il semble que des études qualitatives et quantitatives découlent des résultats complémentaires.

Finalement, le développement et l'évaluation d'un programme visant la promotion de la santé des aidantes pourraient faire l'objet d'une prochaine étude. Il serait aussi intéressant de réaliser une étude à partir d'un devis quasi expérimental afin d'évaluer l'efficacité des interventions infirmières sur la pratique de comportements de promotion de la santé des aidantes. En somme, il apparaît indispensable que la recherche en promotion de la santé démontre son utilité impliquant ainsi, la définition d'indicateurs de qualité et d'efficacité des interventions prodiguées en regard des comportements de promotion de la santé (Deal, 1994 ; O'Neill, 1999).

#### Développement de la théorie en sciences infirmières

La présente étude appuie l'utilité du modèle McGill lequel nous a orienté vers l'étude d'un phénomène peu étudié à ce jour, soit les comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental. En fait, ce modèle suggère de regarder le phénomène de la santé des aidantes selon une perspective infirmière découlant de la philosophie de soins de santé primaires et des concepts tirés de l'approche systémique et de la théorie sociale cognitive. Ainsi, la philosophie de soins de santé primaires propose une relation de collaboration entre l'infirmière et l'aidante. Or, selon notre étude, il apparaît que l'infirmière n'est pas perçue comme une collaboratrice par ces dernières. Il serait donc intéressant de développer davantage ce concept de collaboration. Ainsi, on pourrait développer des théories en sciences infirmières sur le mode de collaboration le plus susceptible de favoriser la promotion de la santé, notamment des aidantes.

Quant à l'approche systémique, elle permet de considérer l'impact de la situation de santé d'un membre sur les autres membres de la famille, dans ce cas-ci, l'aidante. Pour ce qui est de la théorie sociale cognitive, elle dirige vers l'étude de facteurs cognitifs tels que la perception d'auto-efficacité. D'ailleurs, les présents résultats démontrent l'importance de cette variable sur les comportements de promotion de la santé des aidantes. Tout compte fait, il ressort que le modèle McGill s'harmonise bien à la prestation des soins de santé selon un mode ambulatoire.

Pour ce qui est du modèle de Pender (1996), son intérêt réside principalement dans la proposition d'un modèle théorique de la promotion de la santé selon une perspective infirmière. En fait, il s'agit de la troisième version du seul modèle théorique s'intéressant au mode de vie ou à un ensemble de comportements de promotion de la santé. Plus précisément, ce modèle théorique propose d'expliquer les comportements de promotion de la santé d'une population à l'aide de facteurs incluant les caractéristiques personnelles, l'aspect cognitif de la personne et les influences provenant de l'environnement. Étant donné que les variables choisies pour la présente étude ont permis d'expliquer 41% de la variance des comportements de promotion de la santé des aidantes, une prochaine étude pourrait s'intéresser à d'autres variables. Ainsi, une telle étude pourrait examiner l'influence de la personnalité des aidantes ainsi que de leur perception des bénéfices et des barrières en regard des comportements de promotion de la santé. Également, il serait intéressant d'examiner l'influence de l'engagement dans un plan d'action sur les comportements de promotion de la santé. Ainsi, il serait pertinent d'apprendre de quelle façon les différentes variables du modèle influencent l'engagement dans un plan d'action, ont-elles un effet direct ou indirect sur l'engagement dans un plan d'action?

Par ailleurs, ce modèle théorique comporte certaines faiblesses. D'une part, sa vérification empirique est difficile en raison des nombreuses variables le composant.

Ainsi, plus une étude comprend de variables, plus la probabilité d'obtenir des résultats significatifs augmente. D'autre part, il faut préciser que dans les contextes de recherche qui nous intéressent, l'étude de plusieurs variables comporte des contraintes de faisabilité. En outre, la perception d'auto-efficacité et les variables décrivant les influences provenant de l'environnement, soit les influences interpersonnelles et situationnelles sont intéressantes à considérer au sein du modèle. Toutefois, il serait avantageux de mieux cerner ces dernières variables afin d'en améliorer la mesure. De plus, il est probable qu'une recherche qualitative complémentaire permettrait de cerner les variables les plus significatives pour la promotion de la santé des aidantes.

## Conclusion



Cette étude constitue, à notre connaissance, une première réalisation dans le domaine de la promotion de la santé de la femme aidante d'une personne atteinte d'un trouble mental. La contribution originale de cette étude au développement des connaissances en sciences infirmières se situe sur plusieurs plans. En plus d'offrir une information pertinente dans un champ de connaissances peu développé en sciences infirmières, soit la promotion de la santé, la présente étude fait le lien entre ces connaissances et celles provenant du domaine de la santé mentale. Ensuite, cette étude a été réalisée dans un contexte organisationnel nouveau soit, la prestation des soins en santé mentale selon un mode ambulatoire.

En accord avec les énoncés des plans d'action concernant la santé mentale (M.S.S.S., 1997) et la santé des femmes (M.S.S.S., 1997) proposant de soutenir la famille d'un proche atteint d'un trouble mental et de protéger la santé des aidantes, les présents résultats proposent des pistes claires pour l'élaboration de programme de promotion de la santé des aidantes; un domaine où la carence des services est évidente (Dorvil et al., 1997).

Par ailleurs, bien que l'expansion du rôle de l'infirmière en santé mentale communautaire demeure à définir plus clairement, le problème étudié et les résultats obtenus illustrent bien un contexte privilégié d'action pour les infirmières. À ce sujet, il importe que les infirmières informent la population de l'expansion de leur rôle en milieu communautaire et expliquent leur apport à la santé. De plus, les infirmières ont à préciser leur contribution spécifique au sein des équipes multidisciplinaires, notamment l'enseignement à la santé et l'adaptation de la personne/famille à l'expérience de santé d'un des leurs. Également, les infirmières en santé mentale ont à intégrer davantage les

connaissances biologiques à leur intervention de nature psychosociale afin d'être consistantes avec la philosophie de santé globale qu'elles font valoir (Chafetz & Ricard, 1999). En outre, les infirmières ont intérêt à démontrer aux gestionnaires de la santé ainsi qu'aux décideurs politiques leur contribution spécifique pour la santé de la population.

Enfin, les changements au sein du système de santé et l'expansion des connaissances scientifiques s'avèrent des incitatifs de plus pour favoriser le développement de la pratique avancée des infirmières en santé mentale. En plus d'agir auprès de la personne et sa famille, les infirmières auront à s'impliquer auprès des différentes instances du pouvoir où elles pourront militer en faveur de la mise en place de conditions de vie favorables à la protection et à la promotion de la santé de la population.

## Références

- Alexy, B. B.(1991). Factors associated with participation or non participation in a work place wellness center. Research in Nursing & Health, 14, 33-40.
- Allen, M. (1982). A model of nursing : A plan for research and development. Dans Research : A base for the future proceedings of the international conference on nursing research. Edinburgh : University of Edinburgh.
- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1994). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for ages demented relatives. Journal of Advanced Nursing, 26, 683-691.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco.
- Arey, S., & Warheit, G. J. (1980). Psychosocial costs of living with psychologically disturbed family members. Dans L. N. Robins, Clayton, P. J., Wing J. K. (Dir.), The social consequence of psychiatric illness (pp.158-165) New-York : Brunner/ Mazel.
- Association Canadienne pour la santé mentale (1999). Fais ton p'tit bonheur de chemin. Dossier d'information. Semaine de promotion de la santé mentale 1999.
- Auerbach, J. D., & Figert, A. E. (1995). Women's health research : Public policy and sociology. Journal of Health and Social Behavior. (extra issue),115-131.
- Auslander, G. K., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly. Journal of Aging and Health. 3(4), 493-510.
- Baines, E. (1984). Caregiver stress in the older adult. Journal of Community Health Nursing.1(4), 257-263.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). Social learning theory. Englewood, New Jersey : Prentice - Hall.

- Bandura, A. (1992). Exercice of personal agency through the self-efficacy mechanism. Dans R. Schwarzer (Dir.), Self-efficacy : Through control of action (pp.3-38). Washington : DC Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. The exercise of control. New-York.
- Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. Clinical Psychology Review, 19(7), 819-841.
- Becker, H. A., Stuijbergen, A., & Sands, D. (1991). Development of a scale to measure barriers to health promotion activities among persons with disabilities. American Journal of Health Promotion, 5(6), 449-454.
- Becker, H., Stuijbergen, A., Oh, H. S., & Hall, S. (1993). The self-rated abilities for health practices scale : A health efficacy measure. Health Values, 17(5), 42-50.
- Beckman, L. J. (1981). Effects of social interaction and children's relatives inputs on older women's psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 41(6), 1075-1086.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medecine, 1, 409-421.
- Bibou-Nakou, I. Dikaiou, M., & Bairactaris, C. (1997). Psychosocial dimensions of family burden among two group of carers looking after psychiatric patients. Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology, 32, 104-108.
- Biegel, D.E., Sales, E., & Shulz, R. (1991). Family caregiving in chronic illness : Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke. Newbury Park: Sage.
- Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Ratner, P. A., & Hayduck, L. A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research, 45(1), 30-36.
- Breslow, L. (1996). Social ecological strategies for promoting healthy lifestyles. American Journal of Health Promotion, 10(4), 253-257.

- Bridges, J. M., & Lynam, M. J. (1993). Informal carers : A marxist analysis of social, political, and economic forces underpinning the role. Advances in Nursing Science, 15(3), 33-48.
- Brofenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : research perspectives. Developmental Psychology, 22, 123-142.
- Bruenjes, S. J. (1994). Orchestrating health : middle-aged women's process of living health. Holistic Nursing Practice, 8(4), 22-32.
- Burton, L. C., Newsom, J. T., Schulz, R., Hirsh, C. H., & German, P. S. (1997). Preventive health behaviors among spousal caregivers. Preventive Medicine, 26(2), 162-169.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health : A review. Journal of Advanced Nursing, 18, 203-210.
- Chafetz, L., & Barnes, L. (1989). Issues in psychiatric caregiving. Archives of Psychiatric Nursing, 3(2), 61-68.
- Chafetz, L., & Ricard, N. (1999). The biopsychosocial perspective in psychiatric nursing : Myth or future reality ? Canadian Journal of Nursing Research, 31(2), 17-23.
- Chartrand, M., Horeau, C., & Laurin, P. (1984). Impact de la maladie mentale sur la famille, étude exploratoire sur le vécu des familles ayant un membre en psychiatrie. Montréal : Association québécoise des parents et amis des malades mentaux.
- Citron, M., Solomon, P., & Draine, J. (1999). Self-group for families of persons with mental illness : Perceived benefits of helpfulness. Community Mental Health Journal, 35(1), 15-30.
- Clark, N. M., & Dodge, J. A. (1999). Exploring sel-efficacy as a predictor of disease management. Health Education and Behavior. 26(1), 72-89.
- Clément, M., Bouchard, L., Jankowski, L. W., & Perreault, M. (1995). Comportements de promotion de santé d'étudiantes de première année au baccalauréat en sciences infirmières : étude pilote. Canadian Journal of Nursing Research, 27(4), 111-131.

- Conn, V. S., & Armer, J. S. (1995). Older spouses : Similarity of health promotion behaviors. Journal of Family Nursing, 1(4), 397-414.
- Cook, J. A. (1988). Who “ mothers ” the chronically ill ? Family Relations, 37, 42-49.
- Cousineau, H. (1989). État de santé et réseau de soutien de soignantes naturelles de malades mentaux chroniques. Mémoire de maîtrise non publié. Montréal : Université de Montréal.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (3), 347-352.
- De Vries, H. (1989). Smoking Prevention in Dutch Adolescents. University of Limburg. The Netherlands. Maastricht.
- Deal, L. W. (1994). The effectiveness of community interventions : A literature review. Public Health Nursing, 11(5), 315-323.
- Dimond, D. (1995). Mid-life women, eldercare and employment. Journal of Gerontological Nursing, 21(12), 3-4.
- Domar, A. D., & Dreher, H. (2000). Self-nature. Learning to care for yourself as effectively as you care for everyone else. New-York : Viking.
- Doornbos, M. M. (1997). The problems and coping methods of caregivers of youth adults with mental illness. Journal of Psychosocial Nursing, 35(9), 22-26.
- Dorvil, H. H., Guttman, N., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Québec. Comité de la santé mentale du Québec.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. Image. Journal of Nursing Scholarship, 25(1), 23-28.

- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed mexican american women. Nursing Research, 45(1), 18-25.
- Duffy, M. E. (1997). Determinants of reported health promotion behaviors in employed mexican american women. Health Care for Women International, 18, 149-163.
- Dussault, G., Fournier, M.-A., Zanchetta, M. S., Kérouac, S., Denis, J-L., Carpentier, M., & Grossman, M. (1999). Le marché du travail en soins infirmiers au Canada. Rapport présenté à la Table ronde sur invitation des intervenants en soins infirmiers. Montréal : Université de Montréal.
- England, M. (1996). Sense of relatedness and off-spring caregivers : linkage with crisis,  motional arousal, and perceived health. Archives of Psychiatric Nursing, 10(2), 85-95.
- Epp, J. (1986). La santé pour tous , plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.
- Evans, M. S, & Nies, M. A. (1997). The effects of daily hassles on exercise participation in perimenopausal women. Public Health Nursing, 14(2), 129-133.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care : the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. British Journal of Psychiatry, 150, 285-292.
- Fochs-Heller, A. (1986). La femme protectrice de la santé. Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme. Ottawa.
- Francell, C. G., Conn, V. S., & Gray, D. P. (1988). Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. Hospital and Community Psychiatry, 39, (12), 1296-1300.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., & Walker, S. N. (1990). Determinants of health-promoting lifestyles in ambulatory cancer patients. Social Science Medecine, 31, 1159-1168.
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M., & Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic patient and their families. A survey in a psychiatric service base on a DGH unit. British Journal of Psychiatry, 144, 70-77.



- Gillis, A. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle : An integrative review. Journal of Advanced Nursing, 18, 345-353.
- Gillis, A. (1994). Determinants of health-promoting lifestyles in adolescent females. Canadian Journal of Nursing Research, 26(2), 13-28.
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill Model of nursing: a practice-derived model. Advances in Nursing Science, 9(4), 51-61.
- Gottlieb, L. (1992). Nurses not heard in the health promotion movement. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 24(4),1-2.
- Gouvernement du Québec. (1987). Et la santé, ça va ? Rapport de l'Enquête Santé Québec (tome 1). Québec : Les publications du Québec.
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. The Lancet, 9, 544-547.
- Guberman, N., Maheu, P., & Maillé, C. (1991). Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes familles et adultes dépendants. Éditions du remue-ménage. Montréal.
- Guberman, N., Broué, J., Lindsay, J., & Spector, J., Dans Blanchet, L., Dorion, F., Fréchette, F. (1993). Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes. Comité de la santé mentale du Québec. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (1996). Advanced Nursing Practice. An integrative approach. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Hanson, S. M. H., & Boyd, S. T. (1996). Family health care nursing. Theory, practice, and research. Etats-Unis : F.A. Davis Company.
- Hartweg, D. L. (1993). Self-care actions of healthy middle-aged women to promote well being. Nursing Research, 42(4), 221-227.
- Hatfield, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. Social Work, 23, 355-359.
- Hatfield, A. B. (1989). The family as partner in the treatment of mental illness. Hospital and Community Psychiatry, 30(5), 338-340.

- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationship and health. Science, 241, 540-545.
- Jacob, M. Frank, E., Kupfer, D. J., & Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression : an assessment of family burden and family attitudes. Journal of Clinical Psychiatry, 48(10), 395-400.
- Johnson, J. D., & Meischke, H. (1993). Cancer related channel selection : an extension for a sample of women who have had a mammogram. Women & Health, 20(2), 31-44.
- Johnson, J. L., Ratner, P. A., & Bottorff, J. L. (1993). An exploration of Pender's Health Promotion Model using Lisrel. Nursing Research, 42(3), 132-138.
- Jones, S. L., Roth, D., & Jones, P. K. (1995). Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. Psychiatric Services, 46, 141-145.
- Kaye, J., & Robinson, K. M. (1994). Spirituality among caregivers. Image : Journal of Nursing Scholarship, 26(3), 218-221.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval : Editions  tudes vivantes.
- Kok, G., DenBoer, D. J., DeVries, H., Gerards, F., Hospers, H. J., & Mudde, A.N. (1992). Self-efficacy and attribution theory in health education. Dans R. Schwarzer (Dir), Self-efficacy : Trought control of action. Washington :DC Hemisphere.
- Kravitz, M., & Frey, M. A. (1989). The Allen nursing model. Dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Dir). Conceptual models of nursing : Analysis and Application, (2<sup>e</sup>  d.), (pp.313-329). California : Appleton & Lange.
- Labont , R., & Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff : The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. Health Education Quarterly, 23(4), 431-447.
- Lalonde, M. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail. Ottawa : Ministère de la Santé national et du Bien-être social.
- Lazarus R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New-York : Springer Publishing.

- Lennon, M. C., & Rosenfield, S. (1992). Women and mental health: The interaction of job and family conditions. Journal of Health and Social Behavior, 33, 316-327.
- Lusk, S. L., & Kelemen, M. J. (1993). Predicting use of hearing protection: A preliminary study. Public Health Nursing, 10(3), 189-196.
- Lusk, S. L., Ronis, D. L., Kerr, M., & Atwood, J. R. (1994). Test of the health promotion model as a causal model of construction workers use of hearing protection. Research in Nursing & Health 20, 183-194.
- Lusk, S. L., Ronis, D. L., & Hogan, M. M. (1997). Test of the health promotion model as a causal model of construction workers' use of hearing protection. Research in Nursing & Health, 20, 183-194.
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. Archives of Psychiatric Nursing 4(2), 99-107.
- McAlister, A. L. (1996). Population behavior change: A theory-based approach. Washington D.C.: Pan American Health Organization.
- McAuley, E., Lox, C., & Duncan, T. E. (1993). Long-term maintenance of exercise, self-efficacy, and physiological change in older adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 48, 218-224.
- McFadden, S. H., & Gerl, R. R. (1990). Approaches to understanding. Spirituality in the second half of life. Generations, 14(4), 35-38.
- McKinlay, S. M., Triant, R. S., McKinlay, J. B., Brambilla, D. J., & Ferdock, M. (1990). Multiple roles for middle-aged women and their impact on health. Dans M.G.W. Ory, (Dir.), Gender health and longevity. Multidisciplinary perspectives (pp.119-136). Springer Publishing Company
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly, 15(4), 351-377.
- Miller, M. A. (1995). Culture, spirituality, and women's health. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 24(3), 257-263.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992). La politique de la santé et du bien-être. Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1994). Enquête Sociale et de Santé 1992-1993. Faits saillants. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1997). Orientations pour la transformation des services de santé mentale. Document de consultation. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1997). Plan d'action 1997-2000 :Santé, bien-être et conditions de vie des femmes. Gouvernement du Québec.
- Moen, P., Robinson, J., & Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and women's well-being : A life course approach. Journal of Health and Social Behavior, 36 (sept.), 259-273.
- Mudde, A. M., Kok, G. J., & Strecher, V. J. (1989). Self-efficacy and success-expectancy as predictors of the cessation of smoking. Paper presented at the First European Congress of Psychology, Amsterdam, The Netherlands.
- Nagia, S. A. (1996). Predictors of osteoporosis prevention among college women. American Journal of Health Behavior, 20 (6), 379-388.
- Nelson, M. A. (1996). Health-practices and role involvement among low-income working women. Health Care for Women International,18, 195-205.
- Noh, S., & Turner, R. J. (1987). Living with psychiatric patients : implications for the mental health of family members. Social Science Medecine, 25(3), 262-271.
- Noh, S., & Avison, W. R. (1988). Sources of discharged psychiatric patients : factors associated with their experiences of burden. Journal of Marriage and the Family, 50, 377-389.
- O'Brien, M. T. (1993). Multiple sclerosis : Health-promoting behaviors of spousal caregivers. Journal of Neuroscience Nursing, 25(2), 105-112.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and Health : behavioral and stress-physiological mediation. Cognitive Therapy and Research, 16(2),229-245.
- O'Neill, M. (1999). Promotion de la santé : Enjeux pour l'an 2000. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 30(4), 249-256.

- Oldnall, A. (1996). A critical analysis of nursing : meeting the spirituality needs of patients. Journal of Advanced Nursing, 23(1), 138-144.
- Oldridge, M. L., & Hugues, I. C. T. (1992). Psychosocial well-being in families with a member suffering from schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 161, 249-251.
- Organisation mondiale de la santé (1978). Primary health care : Report of the international conference in primary health care. Alma- Ata (URSS). Geneva : World Health Organisation.
- Organisation mondiale de la santé. (1984). Promotion de la santé : Un document de discussion sur les concepts et principes. Copenhague : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. Santé et Bien-être Canada. Association canadienne de santé publique. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa.
- Padula, C. A. (1997). Predictors of participation in health prootion activities by elderly couples. Journal of Family Nursing, 31(1), 88-106.
- Page, C., & Ricard, N. (1995). Étude comparative sur les nécessités d'autosoin d'une clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif. Canadian Journal of Nursing Research, 27(3), 87-109.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, E. G. (1981). The stress process. Journal of Health Social Behavior, 22, 337-356.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice. (1ed.). Norwalk : Appleton & Lange, Connecticut.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice. (3ed.). Norwalk : Appleton & Lange, Connecticut.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family : an evaluation of some rating scale. Psychological Medicine, 15, 383-393.

- Pogrebin, L. C. (1987). Among friends. New-York : McGraw-Hill.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12(1); 38-48.
- Puskar, M. (1995). Smoking cessation in women : findings from qualitative research. Nurse Practitioner, 20(11), 80-89.
- Ratner, P. A., Bottorff, J. L., Johnson, J. L., & Hayduck, L. A. (1994). The interaction effects on gender within the health promotion model. Research in Nursing, 17, 341-350.
- Ricard, N. (1991). État de santé et réseau de soutien social de soignantes naturelles d'une personne atteinte de trouble mental. Canadian Journal of Community Mental Health / Revue canadienne de santé mentale communautaire, 10(2), 111-131.
- Ricard, N., & Fortin, F. (1993). Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé des soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental. Rapport de recherche. Subvention du Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal.
- Ricard, N., Fortin, F., & Bonin, J-P. (1995). Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission. Rapport de recherche. Subvention du Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal.
- Ricard, N., Bonin, J-P., & Ezer, H. (1999). Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients. International Journal of Nursing Studies, 36(1), 73-83.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J. (1989). Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly. Public Health Nursing, 6(4), 204-211.
- Rodrigue, C. (1992). Auto-efficacité, définition de la santé et comportements de promotion de la santé de femmes âgées vivant seules. Mémoire de maîtrise, non publié. Université de Montréal.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients : A critical review and future research directions. Archives of Psychiatric Nursing, 10(2), 67-76.

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly, 15(2), 175-183.
- Rubin, L. (1985). Just friends. New-York : Harper & Row.
- Sallis, J. F., & Nader, P. R. (1988). Family determinants of health behaviors dans D.S. Gochman (Dir.), Health Behaviors. (pp.107-121). New- York : Plenum Press.
- Sallis, J. F., Hovell, M. F., Hofstetter, C. R., & Barrington, E. (1992). Explanation of vigorous physical activity during two years using social learning variables. Social Science and Medicine, 34(1), 25-32.
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsh, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving : The caregiver health effects study : An ancillary study of the cardiovascular health study. Annals of Behavioral Medicine, 19(2), 110-116.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors : theoretical approaches and a new model. Dans R. Schwarzer (Dir.), Self-efficacy : thought control of action (pp.217-242). Washington DC : Hemisphere publishing corporation.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions : a systemic overview. Psychology and Health, 9, 161-180.
- Simonsick, E. M. (1993). Relationship between husband's health status and the mental health of older women. Journal of Aging and Health, 5(3), 319-337.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults : relation to stress, coping, and adaptation. Journal of Orthopsychiatry, 65(3), 419-427.
- Song, L., Biegel, D. E., & Miligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 33(4), 269-286.
- Spaniol, L. (1987). Coping strategies of family caregivers. Dans Hatfield, A. B., & H.P. Lefley (Dir.), Families of the mentally ill: Coping and adaptation. (pp. 208-222. New-York: Gilford.

- St-Laurent, D. (1993). L'état de santé perçue et les habitudes de vie des corésidents de personnes présentant des troubles mentaux. Coll. Études et analyses. Québec : Gouvernement du Québec.
- St-Onge, M., & Lavoie, F. (1987). Impact de la présence d'une personne atteinte de troubles mentaux chroniques sur les parents membres d'un groupe d'entraide et analyse de leurs stratégies d'adaptation : étude descriptive. Revue canadienne de santé mentale communautaire,6(2), 51-63.
- St-Onge, M., & Lavoie, F. (1994). L'aide que les femmes offrent à leur fils ou à leurs filles présentant des troubles psychotiques et le réseau de soutien de ces femmes. Revue canadienne de santé mentale communautaire, 13, 73-95.
- St-Onge, M., & Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders : factors associated with their psychological distress. American Psychology, 47(1), 6-22.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. American Psychologist,47(1), 6-22.
- Strecher, V. J., De Villis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly, 13(1), 73-91.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. Research in Nursing & Health,17, 3-13.
- Sweeney, M. A., & Gulino, C. (1987). The health belief model as an explication for breast-feeding practices in a hispanic population. Advances in Nursing Sciences, 9(4), 35-50.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). Using multivariate statistics. (2<sup>e</sup>ed.). New-york : Harper & Row.
- Talbot, L., Duhamel, F., Giroux, F., & Hamel, S. (2000). Les interventions en soins infirmiers auprès de la famille : où en sommes nous ? L'infirmière du Québec,7(4),14-22.
- Tams, K., & Moum, T. (1992). No large convergence during marriage for health, lifestyle, and personality in a large sample of norwegian spouses. Journal of Marriage and the Family, 54, 957-971.



- Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (1994). The family burden interview schedule-short form (FBIS/SF). Dans R. C. Tessler, & G. M. Gamache (Dir.), Toolkit for evaluating family experiences with severe mental illness. (pp.110-112). Cambridge, MA : Human Services Research Institute.
- Tuscon, K. M., & Sinyor, D. (1993). On the effective benefits of acute aerobic exercise : Taking stock after twenty years of research. Dans E.I.P. Seraganian (Dir.), Exercise Psychology : The influence of physical exercise on psychological process. New-York :Wiley.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behavior, social control as a dimension of social integration. Journal of Health and Social Behavior, 28, 306-319.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne, 30(4), 662-680.
- Verhoef, M. J., & Love, E. J. (1992). Women's exercise participation : The relevance of social roles compared to non-role related determinants. Canadian Journal of Public Health, 83(5), 367-370.
- Von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory : Foundation development, applications. New-York : George Brazillier.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. Nursing Research,36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Kerr, M., Pender, N. J., & Sechrist, K. (1990). A spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. Nursing Research, 39, 268-273.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). Health-Promoting Lifestyle Profile II. College of nursing : University of Nebraska Medical Center.
- Walker, S. N. (1998). Health-promoting lifestyle Profile II. Communication écrite personnelle.
- Wasow, M. (1995). The skipping stone : Ripple effects of mental illness on the family. Science & Behavior book (Ed). Palo Alto.

- Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research,11, 99-104.
- Winslow, B. W. (1998). Family caregiving and the use of formal community support services : A qualitative case study. Issues in Mental Health Nursing, 19, 11-27.
- Wood, V., & Robertson, J. F. (1978). Friendship and kinship interaction : differential effect on the morale of the elderly. Journal of Marriage and the Family, 40, 367-375.
- Woods, N. F., Lentz, M., & Mitchell, E. (1993). The new woman : Health-promoting and health-damaging behaviors. Health Care for Women International, 14, 389-405.
- Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (1997). Women's images of middle : Observations from the Seattle midlife women's health study. Health Care for Women International,18, 439-453.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). Beliefs : The heart of healing in families and illness. New-York :Basis Books.
- Wright, L., & Leahey, M. (1999). Maximizing time, minimizing suffering : The 15 minutes (or less) Family Interview. Journal of Family,5(3), 259-274.
- Zimmerman, R. S., & Connor, C. (1989).Health promotion in context : the effects of significant others on health behavior change. Health Education Quarterly, 16(1), 57-75.

Appendice A

Échelle concernant les comportements de promotion de la santé

### Profil de style de vie

Ce questionnaire comprend des énoncés concernant votre style de vie présent et vos habitudes personnelles. Indiquez la régularité avec laquelle vous pratiquez chacun des comportements décrits en plaçant un crochet (✓) dans la case appropriée.

	1	2	3	4
	Jamais	Quelquefois	Souvent	De routine
1. Je discute de mes problèmes personnels et de préoccupations avec mes proches.				
2. Je choisis des aliments faibles en gras et en cholestérol.				
3. Je rapporte à un médecin ou à un autre professionnel de la santé tout signe ou symptôme inhabituel.				
4. Je fais régulièrement des exercices physiques.				
5. Je dors suffisamment.				
6. J'ai le sentiment de croître et de changer de façon positive.				
7. Je félicite facilement les autres pour leurs accomplissements.				
8. Je limite ma consommation de sucre et de nourriture sucrée.				
9. Je lis ou j'écoute les émissions de télévision concernant la santé.				
10. Je pratique un exercice vigoureux pour une durée de vingt minutes ou plus, au moins trois fois par semaine (marche rapide, vélo, danse aérobique)				
11. Je prends un peu de temps chaque jour pour relaxer.				

1 2 3 4

	Jamais	Quelquefois	Souvent	De routine
12. Je crois que ma vie a une raison d'être.				
13. Je maintiens des relations interpersonnelles significatives et satisfaisantes.				
14. Je mange de 6 à 11 portions de pain, céréales, riz et pâtes à chaque jour.				
15. Je questionne les professionnels de la santé et m'assure de comprendre leurs recommandations.				
16. Je pratique une activité physique modérée (ex.: une marche de 30-40 minutes cinq fois et plus dans la semaine).				
17. J'accepte les choses que je ne peux pas changer.				
18. J'envisage l'avenir avec plaisir.				
19. Je passe du temps avec des amis intimes.				
20. Je mange de 2 à 4 portions de fruits chaque jour.				
21. Je questionne mon médecin ou cherche une seconde opinion lorsque je suis en désaccord avec les recommandations faites.				
22. Je pratique des activités récréatives telles la marche, la nage, les promenades en vélo.				

1 2 3 4

	Jamais	Quelquefois	Souvent	De routine
23. Je me concentre sur des pensées agréables à l'heure du coucher.				
24. Je me sens satisfaite et en paix avec moi-même.				
25. Je trouve facile de démontrer de l'affection et de l'amour à mon entourage.				
26. Je mange de 3 à 5 portions de légumes à chaque jour.				
27. Je discute de mes préoccupations de santé avec les professionnels de la santé.				
28. Je fais des exercices d'étirement au moins trois fois semaine.				
29. Je pratique une méthode de relaxation pour contrôler mon stress.				
30. J'oriente ma vie selon des buts à long terme.				
31. J'aime toucher et être touché(e) par les personnes qui me sont chères.				
32. Je mange de 2 à 3 portions de lait, yogourt et fromage à chaque jour.				
33. Je regarde attentivement mon corps au moins une fois par mois pour déceler tous changements physiques ou signes de danger.				

	1	2	3	4
	Jamais	Quelquefois	Souvent	De routine
34. Je profite des activités quotidiennes pour faire de l'exercice (marche, escalier, stationner plus loin)				
35. J'équilibre mon temps de loisir et de travail.				
36. Je trouve chaque journée intéressante et pleine de défis.				
37. Je trouve des façons de combler mes besoins d'intimité.				
38. Je mange seulement 2 à 3 portions de viande, poulet, poisson, oeufs et noix chaque jour.				
39. Je cherche de l'information auprès des professionnels de la santé pour prendre bien soin de moi.				
40. Je fais vérifier mon taux de cholestérol et je connais le résultat.				
41. Je pratique la relaxation ou la méditation de 15-20 minutes à chaque jour.				
42. Je sais ce qui est important pour moi dans la vie.				
43. J'obtiens du soutien par l'entremise des personnes de mon réseau social.				

1 2 3 4

	Jamais	Quelquefois	Souvent	De routine
44. Je lis les étiquettes pour identifier les éléments nutritifs des aliments emballés.				
45. J'assiste à des programmes éducatifs concernant les soins de santé.				
46. J'atteins la pulsation recommandée lorsque je fais des exercices physiques.				
47. J'organise ma vie de façon à prévenir la fatigue.				
48. La vie spirituelle est importante pour moi.				
49. Je règle les conflits à l'aide de discussion et de compromis.				
50. Je déjeune chaque matin.				
51. Je cherche une personne pour me guider et me conseiller lorsque c'est nécessaire.				
52. Je recherche les expériences nouvelles et j'aime affronter de nouveaux défis				



Dear Colleague:

Thank you for your request and payment to use the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. As indicated in the enclosed form, you have permission to copy and use the enclosed *Health-Promoting Lifestyle Profile II* for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal without further permission. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited without specific permission.

While not required as a condition of use, we would appreciate your providing us your HPLPII data along with a few demographic items on disk at the completion of your study. Such data would be used only to develop norms for various population groups and to evaluate psychometric characteristics of the scales across population groups. If the event that you are willing to provide such data, a cover sheet and instructions for format are enclosed.

We thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II* and wish you much success with your efforts.

Sincerely,



Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN  
Professor and Chair,  
Department of Gerontological, Psychosocial and Community Health Nursing

Encl.: Health-Promoting Lifestyle Profile II  
Scoring instructions  
List of publications reporting use of the original Lifestyle Profile

Appendice B

Questionnaire concernant les caractéristiques personnelles

### Caractéristiques personnelles

Inscrivez un crochet (✓) dans la case de droite qui correspond le mieux à votre réponse.

1. Quelle est votre date de naissance ?.....							
2. Sexe du répondant: (1) masculin (2) féminin							
<b>1 2 3 4 5 6 7</b>							
3. Quel est votre état matrimonial ? (1) célibataire (2) marié(e) (3) séparé(e)/divorcé(e) (4) conjoint(e) de fait							
4. Niveau de scolarité: combien d'années de scolarité avez-vous complétées ? (1) primaire (2) secondaire (3) technique court (4) collégial (5) universitaire							
5. Est-ce que vous avez un emploi rémunéré ? (1) Temps plein (2) Temps partiel (3) Aucun - passez à la question 7							
6. Si vous travaillez, cochez combien d'heures / semaine (1) de 1 à 10 heures / semaine (2) de 11 à 25 heures / semaine (3) de 26 à 40 heures / semaine (4) 40 heures et plus							

### Caractéristiques personnelles

	1	2	3	4	5	6	7
7. Votre revenu familial annuel avant impôt se situe entre (1) 0 et 14,999 (2) 15,000 et 29,999 (3) 30,000 et 44,999 (4) 45,000 et 59,999 (5) 60,000 et 74,999 (6) plus de 75,000							
8. Depuis combien de temps agissez-vous comme aidante auprès de votre proche ? (1) moins de 1 an (2) entre 1 an et 3 ans (3) entre 3 ans et 5 ans (4) plus de 5 ans							
9. Est-ce que votre proche et vous habitez la même maison ? (1) Oui (2) Non							
10. Combien de temps lui consacrez-vous dans une semaine ? (1) environ 2 à 3 heures / semaine (2) environ 4 à 10 heures / semaine (3) environ 11 à 20 heures / semaine (4) plus de 21 heures / semaine							
11. Y a-t-il d'autres personnes qui nécessitent votre soutien ? (1) enfants (2) parents (3) autres                      Combien..... (4) aucune							
12. Est-ce que vous connaissez le diagnostic de votre proche (1) Oui, lequel..... (2) Je ne le sais pas							

## Caractéristiques personnelles

	1	2	3	4	5	6	7
<p>13. Quel est votre lien de parenté avec votre proche ?</p> <p>(1) conjoint (2) enfant (3) frère (4) soeur (5) père (6) mère (7) autres, spécifiez.....</p>							
<p>14. Pouvez-vous dire le nombre de fois que votre proche a dû être hospitalisé au cours des <b>cinq dernières années</b> ?</p> <p>(1) Nombre de fois, spécifiez..... (2) Je ne le sais pas</p>							
<p>15. Participez-vous à un organisme communautaire ou à un groupe d'entraide ?</p> <p>(1) Oui (2) Non</p>							
<p>16. Où êtes-vous né(e) ?</p> <p>(1) Québec (2) Autres provinces canadiennes (3) À l'extérieur du Canada, précisez(.....)</p>							
<p>17. Quel est le nombre total de personnes incluant vous-même habitant présentement votre foyer ?</p> <p>Nombre de personnes.....</p>							
<p>18. Combien avez-vous d'enfants de moins de dix-huit ans ?</p> <p>(1) Nombre d'enfants..... (2) Aucun</p>							

## Appendice C

Échelle concernant la perception d'auto-efficacité  
spécifique aux comportements de promotion de la santé

Les énoncés suivants concernent la **perception de votre capacité** à pratiquer différents comportements de santé dans votre contexte de vie actuel. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Lisez bien chacun des items et utilisez l'échelle pour indiquer comment vous vous sentez capable de pratiquer chacun de ces comportements

**1    2    3    4    5**

<b>Je suis capable</b>	Je ne me sens pas du tout capable de	Je me sens peu capable de	Quelquefois, je me sens capable de	Je me sens souvent capable de	Je me sens toujours capable de
1. De trouver des aliments sains compte tenu de mon budget, Exemple.....					
2. De manger en respectant les groupes alimentaires recommandés par le guide alimentaire.					
3. De conserver un poids santé.					
4. De brosser mes dents trois fois par jour.					
5. D'identifier des aliments riches en fibres.					
6. De reconnaître, d'après les étiquettes quels sont les aliments bons pour ma santé.					
7. De boire la quantité d'eau nécessaire dans la journée.					
8. D'identifier des activités qui m'aident à me détendre. Exemple.....					

1 2 3 4 5

<b>Je suis capable</b>	Je ne me sens pas du tout capable de	Je me sens peu capable de	Quelquefois, je me sens capable de	Je me sens souvent capable de	Je me sens toujours capable de
9. De m'organiser pour ne pas me sentir seule.					
10. De faire des activités qui me font du bien.					
11. D'organiser ma vie de façon à ne pas m'ennuyer.					
12. De parler de mes ennuis à mes amis ou ma famille.					
13. De reconnaître mes réactions lorsque je suis stressée.					
14. D'apporter les modifications requises dans ma vie afin de diminuer mon stress.					
15. De faire des exercices qui sont bons pour ma santé. Exemple.....					
16. D'insérer régulièrement des exercices physiques dans ma routine.					
17. De faire des exercices que j'aime.					



1 2 3 4 5

Je suis capable	Je ne me sens pas du tout capable de	Je me sens peu capable de	Quelquefois, je me sens capable de	Je me sens souvent capable de	Je me sens toujours capable de
18. De trouver des endroits accessibles pour faire des exercices dans ma communauté.					
19. De reconnaître la fatigue et savoir quand je dois cesser les exercices.					
20. De faire des exercices d'étirement.					
21. De ne pas me blesser en faisant des exercices.					
22. D'identifier les personnes qui peuvent me renseigner sur des sujets concernant ma santé. Exemple.....					
23. De reconnaître les changements négatifs dans ma condition de santé: ex.: pression artérielle, difficulté à respirer.					
24. De reconnaître les symptômes importants à signaler à un médecin ou une infirmière.					

	1	2	3	4	5
<b>Je suis capable</b>	Je ne me sens pas du tout capable de	Je me sens peu capable de	Quelquefois, je me sens capable de	Je me sens souvent capable de	Je me sens toujours capable de
25. D'utiliser une médication telle que prescrite.					
26. De parler à un médecin ou à une infirmière afin de recevoir des conseils sur les façons de demeurer en bonne santé.					
27. De reconnaître mes droits et de les faire respecter.					
28. D'obtenir de l'aide de quelqu'un si j'en ai besoin.					



March 10, 1998

France LaFlamme  
[REDACTED]

Dear Ms. Laflamme:

I have enclosed a copy of the Self-Rated Abilities for Health Practices Scale, as you requested. You certainly have my permission to use the scale and translate it into French. I request that you send me a copy of your French translation for my files. To derive the four subscales, simply add together ratings for the first 7 items to get the Nutrition scale, Items 8-14 for the Psychological Well Being Scale, Items 15-21 for the Exercise Scale, and the remaining 7 items for the Health Responsibility Scale. Add all 28 items together to derive the Total Scale. However, please note that the scale was developed for individuals with disabilities or other life conditions that would limit their abilities to develop the skills to carry out simple health promoting behaviors. When we used this scale with non-impaired adults, they rated themselves high in almost all areas. Consequently, we observed a ceiling effect; scores were so highly skewed that it was difficult to see significant relationships with other variables. Unless your sample has impairments or limited life experiences that would inhibit their ability to carry out these behaviors, you may want to consider other measure of self-perceived health abilities.

Best wishes with your research. Since there is no charge for the tool, I am returning your money order.

Sincerely,  
[REDACTED]

Heather Becker, Ph.D.  
Research Scientist

Appendice D

Échelle concernant les influences interpersonnelles

### Influences interpersonnelles

Ce questionnaire vise à connaître les influences des personnes de votre entourage sur votre pratique de comportements de santé. Placez un crochet (✓) dans la boîte correspondant à l'énoncé décrivant le mieux **vosre impression de ce que pensent** les personnes de votre entourage concernant vos pratiques de santé. Notez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1 2 3 4 5 6 7

	Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légalement en désaccord	Légalement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord	Ne s'applique pas
1. Mon conjoint s'attend à ce que j'aie de bons comportements de santé.							
2. La façon dont mon conjoint(e) s'occupe de sa santé m'incite à adopter de bons comportements de santé.							
3. Mon conjoint (e) m'encourage à ce que je m'occupe bien de ma santé.							
4. Mes enfants s'attendent à ce que j'aie de bons comportements de santé.							
5. La façon dont mes enfants s'occupent de leur santé m'incite à adopter de bons comportement de santé.							
6. Mes enfants m'encouragent à ce que je m'occupe bien de ma santé.							
7. Mes ami(e)s s'attendent à ce que j'aie de bons comportements de santé.							
8. La façon dont la plupart de mes ami(e)s s'occupent de leur santé m'incite à adopter de bons comportements de santé							

## Influences interpersonnelles

	1	2	3	4	5	6	7
	Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légerement en désaccord	Légerement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord	Ne s'applique pas
9. Mes ami(e)s pensent qu'il est important que je m'occupe de ma santé.							
10. Les professionnel(le)s de la santé que j'ai rencontrés lors du traitement de mon proche atteint d'un problème de santé mentale, se préoccupaient de ma santé.							
11. La façon dont les professionnel(le)s de la santé que je connais s'occupent de leur santé, m'incite à adopter de bons comportements de santé.							
12. D'après les professionnel(le)s de la santé rencontrés lors du traitement de mon proche, il est important que je m'occupe bien de ma santé.							
13. La façon dont les différentes personnalités de la télévision, de la radio et des journaux se préoccupent de leur santé, m'encourage à adopter des comportements bons pour ma santé.							
14. Les médias d'information (télévision, radio, revues, journaux), m'influencent dans ma façon de prendre soin de ma santé							

Appendice E

Échelle concernant les influences situationnelles

**Section A: Module concernant les besoins d'assistance à la vie quotidienne**

Les personnes atteintes d'un trouble mental ont souvent besoin d'aide ou d'un rappel pour accomplir des activités quotidiennes. Les prochaines questions concernent cet aspect. Elles peuvent ne pas s'appliquer à (Nom): veuillez donc répondre au meilleur de votre connaissance. L'interviewer encercle le chiffre qui correspond le mieux à la situation.

**A1. Au cours des trente derniers jours, avez-vous aidé (Nom) à prendre soin de son apparence, à se laver ou se vêtir, ou lui avez-vous rappelé de le faire ?**

- Pas du tout (passer à A3).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**A2. À quel point cela vous a-t-il dérangé d'aider (Nom) à accomplir ces activités ou de lui rappeler de les accomplir ?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**A3. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous aidé ou encouragé (Nom) à prendre sa médication ou lui avez-vous rappelé de le faire ?**

- Pas du tout ou ne prends pas de médication(passer à A5).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**A4. À quel point cela vous a-t-il dérangé d'aider ou d'encourager (Nom) à prendre sa médication ou de lui rappeler de le faire?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4



**Section A: Module concernant les besoins d'assistance à la vie quotidienne**

**A5. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous aidé (Nom) à effectuer ses travaux ménagers ou à faire sa lessive, ou lui avez-vous rappelé de le faire ?**

- Pas du tout (passer à A7).....1  
 Moins d'une fois par semaine.....2  
 Une ou deux fois par semaine.....3  
 Trois à six fois par semaine.....4  
 Tous les jours.....5

**A6. À quel point cela vous a-t-il dérangé d'aider (Nom) à effectuer ses travaux ménagers ou à faire sa lessive, ou de lui rappeler de le faire?**

- Pas du tout.....1  
 Très peu.....2  
 Moyennement.....3  
 Beaucoup.....4

**A7. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous aidé (Nom) à faire ses achats pour l'épicerie, les vêtements ou autres, ou lui avez-vous rappelé de le faire ?**

- Pas du tout (passer à A9).....1  
 Moins d'une fois par semaine.....2  
 Une ou deux fois par semaine.....3  
 Trois à six fois par semaine.....4  
 Tous les jours.....5

**A8. À quel point cela vous a-t-il dérangé d'aider (Nom) à effectuer ses achats pour l'épicerie, vêtements, ou autres, ou de lui rappeler de le faire?**

- Pas du tout.....1  
 Très peu.....2  
 Moyennement.....3  
 Beaucoup.....4

**Section A: Module concernant les besoins d'assistance à la vie quotidienne**

**A9. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous cuisiné pour (Nom) ou l'avez-vous aidé à préparer ses repas?**

- Pas du tout (passer à A11).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**A10. À quel point cela vous a-t-il dérangé de cuisiner pour (Nom) ou de l'aider à préparer ses repas?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**A11. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous voyagé (Nom) ou l'avez-vous aidé à utiliser les transports en commun?**

- Pas du tout (passer à A13).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**A12. À quel point cela vous a-t-il dérangé de voyager (Nom) ou de l'aider à utiliser les transports en commun?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**Section A: Module concernant les besoins d'assistance à la vie quotidienne**

**A13. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous aidé (Nom) à gérer son argent ou l'avez-vous géré pour lui (elle)?**

- Pas du tout (passer à A15).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**A14. À quel point cela vous a-t-il dérangé d'aider (Nom) à gérer son argent?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**A15. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous aidé (Nom) à utiliser son temps pour des activités telles que travailler, aller à l'école, visiter des amis ou aller à ses rendez-vous concernant son traitement ?**

- Pas du tout (passer à la section B).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**A16. À quel point cela vous a-t-il dérangé d'aider (Nom) à utiliser son temps pour des activités telles que travailler, aller à l'école, visiter des amis ou aller à ses rendez-vous concernant son traitement?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

## Section B: Supervision

**B1. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de poser des gestes embarrassants en public ou en présence d'invités?**

- Pas du tout (passer à B3).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**B2. À quel point cela vous a-t-il dérangé de tenter d'empêcher ou d'arrêter les comportements embarrassants de (Nom)?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**B3. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de demander de l'attention de façon excessive ?**

- Pas du tout (passer à B5).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**B4. À quel point cela vous a-t-il dérangé de composer avec les comportements de recherche d'attention de (Nom)?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

## Section B: Supervision

**B5. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de tenir quelqu'un éveillé durant la nuit ?**

- Pas du tout (passer à B7).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**B6. À quel point cela vous a-t-il dérangé de composer avec ce comportement dérangeant de (Nom) ?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**B7. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de blesser ou de menacer de blesser quelqu'un ?**

- Pas du tout (passer à B9).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**B8. À quel point cela vous a-t-il dérangé de le faire ?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

## Section B: Supervision

**B9. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de parler, de menacer ou de tenter de se suicider?**

- Pas du tout (passer à B11).....1  
 Moins d'une fois par semaine.....2  
 Une ou deux fois par semaine.....3  
 Trois à six fois par semaine.....4  
 Tous les jours.....5

**B10. À quel point cela vous a-t-il dérangé de composer avec les comportements suicidaires de (Nom) qu'ils s'agissent de paroles, de menaces ou de tentatives ?**

- Pas du tout.....1  
 Très peu.....2  
 Moyennement.....3  
 Beaucoup.....4

**B11. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de boire excessivement ?**

- Pas du tout (passer à B13).....1  
 Moins d'une fois par semaine.....2  
 Une ou deux fois par semaine.....3  
 Trois à six fois par semaine.....4  
 Tous les jours.....5

**B12. À quel point cela vous a-t-il dérangé de composer avec la consommation d'alcool excessive de (Nom)?**

- Pas du tout.....1  
 Très peu.....2  
 Moyennement.....3  
 Beaucoup.....4

**Section B: Supervision**

**B13. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous tenté d'empêcher ou d'arrêter (Nom) de consommer des drogues ou des médicaments telles que marijuana, cocaïne, amphétamine ou héroïne ?**

- Pas du tout (passez à la section suivante).....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**B14. À quel point cela vous a-t-il dérangé de composer avec la consommation de drogue ou de médicaments de (Nom)?**

- Pas du tout.....1
- Très peu.....2
- Moyennement.....3
- Beaucoup.....4

**Section C: Coûts financiers**

C1 Est-ce que (Nom) a constitué pour vous un fardeau financier au cours des douze derniers mois ? Était-ce:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Jamais.....                 | 1 |
| Rarement.....               | 2 |
| Quelquefois.....            | 3 |
| Souvent.....                | 4 |
| Constamment ou presque..... | 5 |



### Section D: Impact sur la routine quotidienne

**D1. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous manqué ou été en retard au travail ou à l'école à cause de votre implication auprès de (Nom)?**

- Pas du tout .....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**D2. Au cours des trente derniers jours, combien de fois est-ce que vos activités sociales ou vos loisirs ont été modifiés ou perturbés à cause de (Nom)?**

- Pas du tout .....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**D3. Au cours des trente derniers jours, combien de fois est-ce que vos tâches ou votre routine domestique habituelle ont été perturbées à cause de (Nom)?**

- Pas du tout .....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**D4. Au cours des trente derniers jours, combien de fois est-ce que le fait de prendre soin de (Nom) vous a empêché de donner aux autres membres de votre famille autant de temps et d'attention qu'ils avaient besoin ?**

- Pas du tout .....1
- Moins d'une fois par semaine.....2
- Une ou deux fois par semaine.....3
- Trois à six fois par semaine.....4
- Tous les jours.....5

**Section D: Impact sur la routine quotidienne**

D5. Est-ce que la maladie de (Nom) a influencé votre routine quotidienne, votre travail ou votre vie sociale ? De quelle façon?

- Réduction des heures de travail, emploi abandonné.....oui.....non
- Prise de retraite anticipée ou retardée.....oui.....non
- Temps consacré à la vie sociale diminué ou augmenté.....oui.....non
- Amitiés perdues ou modifiées.....oui.....non
- Temps consacré aux vacances diminué ou augmenté.....oui.....non
- Autres.....
- .....
- .....

### Section E: Inquiétudes

Même lorsque les gens ne se cotoient pas régulièrement, il peut arriver que l'un s'inquiète de l'autre. Je voudrais vous poser des questions concernant vos inquiétudes et vos préoccupations au sujet de (Nom).

E 1. Vous inquiêtez-vous à propos de la sécurité de (Nom)?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

E2. Vous inquiêtez-vous à propos du type d'aide et de soins que (Nom) reçoit?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

E3. Vous inquiêtez-vous à propos de la vie sociale de (Nom)?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

E4. Vous inquiêtez-vous à propos de la santé physique de (Nom)?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

**Section E: Inquiétudes**

E5. Vous inquiétez-vous à propos des conditions de vie de (Nom)?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

E6. Vous inquiétez-vous de la façon dont (Nom) pourrait se débrouiller financièrement si vous n'étiez pas là pour l'aider ?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

E7. Vous inquiétez-vous à propos de l'avenir de (Nom)?

- Jamais.....1
- Rarement.....2
- Quelquefois.....3
- Souvent.....4
- Constamment ou presque.....5

## Section E: Inquiétudes

E8. Les personnes ayant un proche ou un ami atteint d'un trouble mental ont souvent des sentiments mitigés à son endroit. Pour chacun des énoncés suivants, dites-moi comment vous vous sentez?

A. Je suis déçue de (Nom)

- Fortement en accord.....1
- Plutôt en accord.....2
- Ambivalent (ne pas lire).....3
- Plutôt en désaccord.....4
- Fortement en désaccord.....5

B. Je suis fatiguée d'organiser ma vie autour de (Nom)

- Fortement en accord.....1
- Plutôt en accord.....2
- Ambivalent (ne pas lire).....3
- Plutôt en désaccord.....4
- Fortement en désaccord.....5

C. Avec le temps, je deviens de plus en plus irritée par (Nom)

- Fortement en accord.....1
- Plutôt en accord.....2
- Ambivalent (ne pas lire).....3
- Plutôt en désaccord.....4
- Fortement en désaccord.....5

D. Je me sens critique devant les actions de (Nom)

- Fortement en accord.....1
- Plutôt en accord.....2
- Ambivalent (ne pas lire).....3
- Plutôt en désaccord.....4
- Fortement en désaccord.....5

### Section E: Inquiétudes

E. Je suis très en colère envers (Nom)

- Fortement en accord.....
- Plutôt en accord.....
- Ambivalent (ne pas lire).....
- Plutôt en désaccord.....
- Fortement en désaccord.....

F. Je me sens déprimée lorsque je pense à la situation de

- Fortement en accord.....
- Plutôt en accord.....
- Ambivalent (ne pas lire).....
- Plutôt en désaccord.....
- Fortement en désaccord.....

G. Je suis embarrassée par les comportements de (Nom)

- Fortement en accord.....
- Plutôt en accord.....
- Ambivalent (ne pas lire).....
- Plutôt en désaccord.....
- Fortement en désaccord.....

H. Prendre soin de (Nom) représente un fardeau qui dépasse

- Fortement en accord.....
- Plutôt en accord.....
- Ambivalent (ne pas lire).....
- Plutôt en désaccord.....
- Fortement en désaccord.....

Appendice F

Formulaire d'approbation du comité d'éthique des centres hospitaliers

Autorisation du CLSC pour recruter des participantes



Le 18 septembre 1998

Madame France Laflamme  
Centre de recherche Fernand-Seguin

**OBJET      PROJET DE RECHERCHE 12-98-99**

Madame,

Lors de la réunion du comité d'éthique tenue le 16 septembre, il a été résolu de considérer comme étant conforme au point de vue éthique le projet de recherche suivant:

LAFLAMME France, RICARD Nicole: "Description des comportements de promotion de la santé et facteurs associés chez les aidantes auprès d'une personne atteinte d'un trouble mental".

Espérant le tout conforme, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LE PRÉSIDENT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE,

Frédéric Grunberg, md  
FG/cv





**PROJET DE RECHERCHE**

**TITRE:** Description des comportements de promotion de la santé et facteurs associés chez les aidantes auprès d'une personne atteinte d'un trouble mental

**LIEU:** Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

**CHERCHEUR:** Mesdames France Laflamme et Nicole Ricard

**COORDONNATEUR DU PROJET:**

**PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE:** Décrire les comportements de santé des aidantes et de vérifier la relation entre, d'une part, leur perception d'auto-efficacité, leurs influences interpersonnelles, leurs influences situationnelles et, d'autre part, leur pratique de comportements de santé

**TYPE DE RECHERCHE:** Étude corrélationnelle effectuée auprès de soixante femmes agissant comme aidante auprès d'une personne atteinte d'un trouble mental

**ÉLIGIBILITÉ DES SUJETS:** Être une femme, être âgée de plus de 18 ans, être identifiée comme la personne offrant du soutien à celle atteinte d'un trouble mental, offrir ce soutien depuis plus de six mois, ne pas être suivie pour un trouble sévère et persistant, ne pas souffrir d'une maladie physique grave, lire, écrire et parler 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 :** Octobre 1998

**COMITÉ D'ÉTHIQUE:** No de code: C.E.98-11-92

**DATE DE L'ÉTUDE PAR LE COMITÉ :** 19 octobre 1998

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

**AVIS:  
FAVORABLE**

Me André Morel, président  
Dr Pierre Tessier, secrétaire  
M. Guy Beauregard, éthicien  
Dr Daniel G. Bichet, directeur associé à la recherche clinique  
Mme Anne Fillion, département de pharmacie  
Dr Jean-Jacques Gauthier, représentant de la DSPH  
Dr Alain Jodoin, représentant du CMDP  
Mme Danièle Forget, représentante de la DSI  
Dr Pierre Rousseau, représentant de l'Université de Montréal  
Mme Marie Saint-Amour, représentante de la direction générale  
Mme Marie-France Thibaudeau, représentante du C.A.

Pierre Tessier, M.D., M.Sc., secrétaire

Le 5 février 1999

Madame France Laflamme  
Infirmière - Santé mentale  
CLSC Lamater

**OBJET : Clientèle du CLSC Lamater dans le cadre de votre projet de recherche pour l'obtention d'une maîtrise en sciences infirmières**

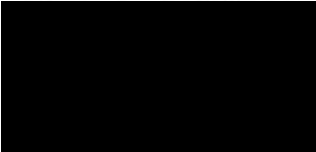
Madame,

Par la présente, je vous confirme que vous pouvez considérer notre clientèle, si elle s'insère dans vos critères de sélection des sujets pour votre projet de recherche *«Description des comportements de promotion de la santé et facteurs associés chez les aidantes auprès d'une personne atteinte d'un trouble mental»*.

Les membres du conseil d'administration ont été informés, lors de la rencontre du 28 janvier dernier.

Je vous souhaite du succès dans votre recherche. Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Le directeur général intérimaire,

  
François Savard

FS\cgl

CC: Mme Michèle Côté-Leclerc, coordonnatrice

Appendice G

Formulaire de consentement

Personne atteinte d'un problème de santé mentale



Appendice H

Formulaire de consentement

Aidante d'une personne atteinte d'un problème de santé mentale

### **Formulaire d'information et de consentement**

**Titre du projet d'étude :** Comportements de promotion de la santé des aidantes d'une personne atteinte d'un trouble mental et facteurs associés.

**Nom de la chercheuse :** France Laflamme, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Tél. :514-936-2588

**Nom de la directrice de recherche :** Mme Nicole Ricard, inf. Ph.D. professeure titulaire à l'Université de Montréal et chercheuse au centre Fernand Seguin 514-343-6379

**Objectif de l'étude :** Cette étude s'intéresse à la santé des femmes qui agissent comme aidantes auprès d'un proche présentant un problème de santé mentale. Elle vise à connaître les moyens que vous prenez pour maintenir ou améliorer votre santé et à comprendre les facteurs influençant vos choix. Ainsi, pour réaliser cette étude, nous demanderons la participation de 60 aidantes.

**Participation à l'étude :** Nous avons obtenu le consentement de votre proche pour entrer en contact avec vous et demander votre collaboration à cette étude. Votre participation implique que vous consacriez environ deux heures à répondre aux différentes questions. Ces questions concernent vos caractéristiques personnelles et vos comportements de promotion de la santé ainsi que certains facteurs tels que votre perception d'auto-efficacité, les influences provenant des personnes de votre entourage et celles provenant de votre rôle d'aidante. Ce dernier questionnaire sera rempli à l'aide de l'infirmière chercheuse. Pour ce faire, celle-ci vous rencontrera dans un lieu à votre convenance, soit à votre domicile ou dans un local situé au centre hospitalier.

**Inconvénients** : Le seul inconvénient lié à votre participation à cette étude sera de consacrer le temps nécessaire pour répondre aux différentes questions.

**Bénéfices** : Votre participation à l'étude vous permettra d'identifier vos forces personnelles concernant vos pratiques de santé. De plus, vos réponses contribueront à l'identification des facteurs favorisant les pratiques de santé des aidantes et permettront d'augmenter l'efficacité des interventions infirmières visant la promotion de la santé des aidantes. Par ailleurs, si vous désirez de l'information supplémentaire concernant votre santé, des références pourront vous être suggérées.

**Confidentialité et anonymat** : Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront confidentiels en tout temps. Les questionnaires seront codifiés et non identifiés ce qui implique que personne ne pourra connaître vos réponses et que votre anonymat sera respecté. De plus, aucune publication concernant cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Toutes les données seront détruites à la fin du projet d'étude.

**Responsabilité** : En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs et les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

**Participation volontaire et droit de retrait** : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision à la chercheuse. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur les soins prodigués à votre proche.





Appendice I

Tableau de coefficients « r » entre les  
influences interpersonnelles et les comportements de promotion de la santé

Tableau 10  
Coefficients « r » de Pearson entre  
les influences interpersonnelles et les comportements de santé (N=61)

Variables	Influences interpersonnelles
Comportements Échelle totale	-0,06
Responsabilité pour sa santé	0,09
Exercice physique	-0,08
Alimentation saine	-0,10
Croissance spirituelle	-0,15
Relations interpersonnelles	-0,03
Gestion du stress	-0,01

Appendice J  
Analyse des données

### Analyse des données

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel Excel. Après vérifications, le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel S.P.S.S. Les analyses sur les qualités psychométriques des outils ont été réalisées. Des statistiques descriptives ont permis de décrire les caractéristiques de l'échantillon et de répondre à la première question de l'étude. Par la suite, des analyses de corrélations de type Pearson «  $r$  » ont été effectuées pour répondre aux questions deux, trois, quatre et cinq de l'étude. Ces résultats ont distingué les relations entre, d'une part les variables indépendantes soit, les caractéristiques personnelles, la perception d'auto-efficacité, les influences interpersonnelles, les influences situationnelles et, d'autre part la variable dépendante soit, les comportements de promotion de la santé. Finalement, la réponse à la sixième question de l'étude a été obtenue à l'aide des analyses de régression multiple, lesquelles ont permis de distinguer la contribution des variables indépendantes dans la variation de la variable dépendante, soit les comportements de promotion de la santé.

À ce sujet, concernant les échelles de perception d'auto-efficacité, des influences interpersonnelles et des influences situationnelles, les analyses descriptives ont permis de vérifier si ces variables répondaient aux critères de normalité, d'homoscédasticité et d'indépendance des résidus nécessaires à l'analyse de régression. Trois variables provenant de l'échelle des influences situationnelles, soit les sous-dimensions concernant l'assistance à la vie quotidienne, la supervision et l'impact de prendre soin d'une personne malade sur la routine quotidienne de l'aidante, présentaient une forte asymétrie positive; une transformation logarithmique a été effectuée afin de remédier à ce problème. Les autres conditions se sont avérées adéquates. De plus, il a été vérifié, à l'aide de l'écart de Mahalanobis (Tabachnick & Fidell, 1989) qu'il n'y avait pas de sujets présentant des résultats extrêmes en utilisant le critère  $p < 0,001$ . Par ailleurs, les

analyses de tolérance démontrent qu'il n'y a pas de collinéarité entre les variables indépendantes