

2m11.2988.2

Université de Montréal

Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel
par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque

Par

Rose-Pascale Paul

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences infirmières

Juin 2002



WVY

5

158

2002

15.016

L'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel
par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque

Présenté par :

Rose-Pascale Paul

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Francine Gratton, Inf., Ph.D.	Président-rapporteur
Sylvie Robichaud-Ekstrand, Inf., Ph.D.	Directrice de recherche
Sylvie Le May, Inf., Ph.D.	Membre du jury

Mémoire accepté le : 18 juin 2002

Le sommaire

Les personnes âgées ont de plus en plus recours à la chirurgie cardiaque pour atténuer les symptômes reliés à la maladie cardiovasculaire. Lors de la convalescence à domicile, elles sont dépendantes des gens de leur entourage pour répondre à leurs besoins physiques et émotionnels. Le but de cette étude vise à décrire et comparer l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus et reçus du réseau de soutien social informel, lors de la convalescence à domicile, tels que perçus par des personnes âgées de 70 ans et plus qui subissent une chirurgie cardiaque. Le devis de recherche est de type descriptif et comparatif. Le modèle conceptuel de Barrera a été intégré à celui de Roy.

La collecte de données s'est effectuée dans un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal, spécialisé en cardiologie, et par un suivi téléphonique à domicile. Les 45 participants, 31 hommes et 14 femmes, âgés en moyenne de 74 ans ($ET= 3,37$), ont subi une chirurgie de revascularisation du myocarde, un remplacement valvulaire ou une combinaison des deux chirurgies. La veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital, les participants ont complété une version modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » (Lepage, 1984) pour identifier l'importance et la disponibilité perçues des types d'aides (matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction) attendus et reçus lors de la convalescence à domicile.

Les perceptions de l'importance et de la disponibilité de l'aide reçue provenant du réseau de soutien social informel à celle qui a été attendue, divergent le mois suivant le congé de l'hôpital. Les résultats des MANOVA à mesures répétées

concernant les interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suivant le congé de l'hôpital sont significatifs pour les catégories de l'aide émotionnelle ($p = 0,002$), l'orientation personnelle ($p = 0,003$), la rétroaction positive ($p = 0,001$), incluant quinze différents types d'aides. Les ANOVA à mesures répétées révèlent que l'importance de l'aide attendue et reçue entre la veille de la chirurgie et un mois suite au congé de l'hôpital diminue seulement pour la catégorie de l'aide matérielle ($p = 0,0001$). Cependant, la disponibilité de l'aide attendue et reçue diminue significativement dans toutes les catégories ($p \leq 0,01$). Les ANOVA à mesures simples dans un temps présentent des différences significatives entre l'importance et la disponibilité pour les catégories de l'aide matérielle ($p = 0,002$) et de la rétroaction positive ($p = 0,002$) la veille de la chirurgie cardiaque, tandis qu'un mois suivant le congé de l'hôpital, toutes les catégories présentent des différences significatives ($p < 0,0001$), à l'exception de la rétroaction positive ($p = 0,24$).

Des recommandations infirmières sont proposées pour 15 types d'aides. Il est recommandé que les infirmières adaptent leur enseignement préopératoire et le suivi à domicile pour que les personnes âgées évaluent correctement les ressources disponibles de leur réseau de soutien informel. Les infirmières doivent aussi revoir, avant le congé de l'hôpital, les ressources à mobiliser provenant du réseau de soutien formel lorsque jugées nécessaire.

Mots clés : Soutien social informel, personnes âgées, chirurgie cardiaque

Abstract

Expected and Received Assistance from the Informal Social Support Network by Older Persons undergoing Heart Surgery

More older persons are undergoing heart surgery to reduce physical symptoms related to coronary heart disease. Once returned at home, they are dependant on others for assistance to meet their physical and emotional needs. This study compares importance and availability of expected and received types of assistance, during the convalescence period at home, from the informal social support network, as perceived by older persons undergoing heart surgery. The research design is descriptive and comparative. Barrera's conceptual framework has been integrated to Roy's.

Data collection took place in a Montreal cardiac teaching hospital and by telephone follow-up at home. The 45 participants, 31 men and 14 women, with a mean age of 74 years ($SD = 3.37$), underwent myocardium revascularisation, valve replacement, or a combination of both surgeries. The day before heart surgery and one month following the discharge from the hospital, the participants completed a French modified and adapted version of the "Inventory of Socially Supportive Behaviors" (Lepage, 1984) to identify perceived importance and availability of expected and received types of assistance (material, physical, emotional, guidance, and feedback) while at home on convalescence. The importance and the availability of expected and received assistance from the informal social support as perceived by older persons undergoing heart surgery differ a month following hospital discharge. Repeated-measure MANOVAs result in significant interactions between importance and

availability of assistance, and between the day before heart surgery and one month following hospital discharge in three categories of assistance (emotional, $p = 0.002$; guidance, $p = 0.003$; feedback, $p = 0.001$), which include 15 different types of assistance.

Repeated-measure ANOVAS indicate that importance of the expected and received importance, between the day before heart surgery and one month following hospital discharge decreases only for material assistance ($p = 0.0001$) and remains similar for all other categories ($p \geq 0.50$). However, its availability significantly decreases in all categories ($p \leq 0.01$). One way ANOVAs revealed significant differences between importance and availability for material assistance ($p = 0.002$) and feedback ($p = 0.002$) assistances, while one month following hospital discharge, all categories show significant differences ($p \leq 0.0001$), with the exception of feedback assistance ($p = 0.24$).

Nursing recommendation have been made for 15 types of assistance. It is therefore recommended for nurses to reevaluate and adapt their preoperative teaching program and hospital discharge follow-up to older persons, to correctly evaluate available resources from the informal social support network. Nurses must also mobilise needed resources in the formal support network before hospital discharge, whenever necessary.

Keywords : Informal Social Network, Older Persons, Cardiac Surgery

La table des matières

L'identification du jury.....	ii
Le sommaire (version française).....	iii
Abstract.....	v
La table des matières.....	vii
La liste des figures.....	x
La liste des tableaux.....	xi
La dédicace.....	xiii
Les remerciements.....	xiv
Premier chapitre – La problématique.....	1
Le but de l'étude.....	9
La question de recherche.....	9
Deuxième chapitre – La recension des écrits.....	10
L'expérience de la chirurgie cardiaque.....	11
Les modèles conceptuels.....	15
Le modèle de Barrera.....	15
Le modèle d'adaptation de Roy.....	24
Le cadre conceptuel : l'intégration des modèles de Barrera et de Roy.....	30
Le soutien social.....	32
Troisième chapitre – La méthode.....	46
Le devis de recherche.....	47
La définition des termes.....	47
Le milieu et l'échantillon.....	48

Les critères de sélection.....	49
L'instrument de mesure.....	51
La version originale anglaise du « <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i> ».....	51
La version française de « L'inventaire de comportements de soutien social » (Lepage, 1984).....	52
La version française modifiée de « L'inventaire de comportements de soutien social ».....	53
La version française <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ).....	55
Le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques.....	55
Le déroulement de l'étude.....	56
Les considérations éthiques.....	57
Les limites de l'étude.....	57
Le plan d'analyse des données.....	59
Quatrième chapitre – L'article de publication.....	60
Les références.....	100
Annexe A : L'inventaire de comportements de soutien social Version française modifiée et adaptée pour la veille de la chirurgie cardiaque.....	107
Annexe B : L'inventaire de comportements de support social Version française modifiée et adaptée pour le mois suivant le congé de l'hôpital.....	114
Annexe C : L'autorisation pour utiliser « L'inventaire de comportements de soutien social ».....	121
Annexe D : Le <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ).....	123
Annexe E : Le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques.....	125

Annexe F : Les lettres d'approbation des comités internes de recherche et d'éthique.....	127
Annexe G : La formule de consentement.....	130
Annexe H : L'autorisation pour présenter le mémoire sous la forme d'article.....	134
Annexe I : L'autorisation du co-auteur pour publier l'article.....	136
Annexe J : La lettre à l'éditeur pour la publication de l'article.....	138

La liste des figures

Figure 1 : Le schéma du modèle conceptuel de Roy.....	26
Figure 2 : Le schéma du modèle de Barrera intégré au modèle conceptuel de Roy.....	31

La liste des figures (article de publication)

Figure 1 : Le schéma du modèle de Barrera intégré au modèle conceptuel de Roy.....	40
---	----

La liste des tableaux

Tableau 1 :	Quelques études ayant pour instrument de mesure « L'inventaire de comportements de soutien social » de Barrera (1981 ; 1986)...	21
Tableau 2 :	Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque	40

La liste des tableaux (article de publication)

Tableau 1 : Les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets à l'étude (N = 45).....	32
Tableau 2 : La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'aide matérielle.....	33
Tableau 3 : La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'aide physique.....	34
Tableau 4 : La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'aide émotionnelle.....	35
Tableau 5 : La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'orientation personnelle.....	36
Tableau 6 : La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de la rétroaction positive.....	37

La dédicace

Je dédie ce mémoire à mes parents, Georges Paul et
Édelyne Paul ainsi qu'à ma sœur, Ronide Paul qui m'ont
encouragée.

Les remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier madame Sylvie Robichaud, directrice de recherche, pour son expertise, son dévouement, son encouragement et pour m'avoir soutenue dès le début de mon inscription aux études supérieures et tout au long de la réalisation de ce projet.

Je remercie également mesdames, Francine Gratton, Sylvie Le May, Jacinthe Pepin et Bilkis Vissandjée pour leurs conseils en regard à ce projet de recherche et pour avoir été membres du jury.

Je remercie madame Michèle Perron, statisticienne, pour sa grande disponibilité et sa participation à l'analyse des données statistiques de cette recherche.

Par ailleurs, je désire remercier les patients qui ont participé volontairement à ce projet contribuant ainsi à sa réalisation. De plus, je tiens à remercier les infirmières et les membres du personnel de l'Institut de Cardiologie de Montréal, tout particulièrement ceux de l'unité de chirurgie du 3^e Centre pour m'avoir encouragée tout au long de ce projet. MERCI.

Enfin, je remercie grandement mes parents, ma sœur, ma famille et mes amis qui m'ont inconditionnellement soutenue et encouragée dès le début de mes études. Votre support a contribué grandement à la concrétisation de ce projet.

Premier chapitre

La problématique

La prévalence de la maladie cardiovasculaire croît de façon constante dans la population canadienne puisque cette dernière devient de plus en plus vieillissante et que l'importance de cette maladie augmente avec l'âge (Pathy, 1999 ; Shuraib, 1997). Par conséquent, plus de personnes âgées auront recours à divers traitements médicaux et chirurgicaux, incluant la chirurgie cardiaque, pour atténuer les symptômes physiques reliés à cette maladie qui provoquent des répercussions importantes sur leur vie.

Les taux les plus élevés de chirurgies de revascularisation du myocarde se situent auprès de personnes issues des groupes d'âge 65 à 74 ans (584 et 200 par 100 000 habitants pour les hommes et les femmes, respectivement) et 75 à 84 ans (383 et 135 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes, respectivement). Ces tendances sont similaires en ce qui concerne les chirurgies valvulaires (112 et 70 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes du groupe d'âge de 65 à 74 ans et 110 et 70 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes de 75 à 84 ans) (Fondation des Maladies du Cœur du Canada, 1999). Ces taux de chirurgies cardiaques continueront d'augmenter étant donné le vieillissement de la population, ainsi que l'amélioration constante et le succès grandissant des techniques de revascularisation du myocarde et de chirurgie valvulaire auprès de personnes âgées.

Depuis quelques années, les soins ambulatoires font partie des nouvelles façons de gérer la convalescence suite à la chirurgie cardiaque. Les plans de soins interdisciplinaires actuels ont comme objectif principal de réduire dans la mesure du possible la durée du séjour hospitalier (King & Koop, 1999 ; Lenz & Perkins,

2000). Une durée de séjour post-chirurgie de cinq jours est préconisée pour tous ces patients, indépendamment de leur âge.

La convalescence nécessite généralement de trois à quatre mois pour favoriser la guérison du sternum et le rétablissement du métabolisme indépendamment de l'âge. Au cours de cette période de convalescence, les patients sont appelés à effectuer des ajustements dans leur façon de vivre (Jaarsma, Kastermans, Dassen, & Philipsen, 1995).

Selon nos observations, plusieurs patients âgés qui subissent une chirurgie cardiaque rapportent une expérience postopératoire difficile au moment de leur convalescence à domicile. Au cours de cette période, en particulier entre la première et la quatrième semaine, ces personnes expérimentent, à différents niveaux, des symptômes incluant des inconforts au niveau de la plaie sternale, une fatigue, une perte de l'appétit et des sensations d'essoufflement (Carroll, 1993). Ces symptômes ont souvent été peu perceptibles lors de l'hospitalisation, puisqu'il existe un meilleur contrôle de la douleur et que les activités entreprises à l'hôpital sont limitées (Gortner, Dirks, & Wolfe, 1992). Ainsi, les patients sont portés à croire que leur convalescence à domicile se fera rapidement, d'autant plus qu'ils ont été informés que leur myocarde est en meilleur état qu'avant la chirurgie, due à sa revascularisation. De plus, l'enseignement préopératoire met l'accent sur les bienfaits de cette revascularisation du myocarde et beaucoup moins sur les effets secondaires associés à la thoracotomie et à la circulation extracorporelle. Par conséquent, plusieurs patients âgés ainsi que des membres du réseau de soutien informel s'aperçoivent que l'aide nécessaire surpasse leurs ressources, surtout quand la récupération se fait plus lentement qu'anticipée.

Barrera (1986) note l'importance du soutien social informel sur le bien-être physique et psychologique d'une personne. Ce dernier conceptualise le soutien social comme étant un concept global regroupant les trois catégories suivantes : l'intégration sociale, le soutien réel et le soutien perçu. L'intégration sociale se traduit par l'ensemble de liens que la personne entretient avec les individus présents dans son entourage. L'intégration sociale correspond ainsi au concept de réseau de soutien social informel de la personne âgée qui a subi une chirurgie cardiaque. Le soutien réel se définit par l'aide offerte par des individus issus du réseau de soutien social informel. Il s'agit ainsi de l'aide offerte aux personnes âgées ayant subi une chirurgie cardiaque vivant leur convalescence à domicile. Le soutien social perçu se caractérise comme étant l'évaluation cognitive que fait l'individu de la disponibilité et de l'adéquation du soutien offert ou encore par la satisfaction de ces dernières. Dans cette étude, l'adéquation du soutien social informel offert est évaluée par l'importance de ce soutien offert aux personnes âgées ayant subi une chirurgie cardiaque et vivant leur convalescence à domicile. Barrera (1986) stipule que l'intégration sociale (réseau de soutien social informel) est directement reliée au bien-être de l'individu indépendamment du niveau de stress en cours. De plus, il stipule que la présence d'événements stressants telle que la chirurgie cardiaque est positivement reliée au degré de soutien réel constitué en types d'aides apportés à une personne vivant cet événement. Enfin, Barrera (1986) soutient qu'il existe une corrélation négative entre le soutien perçu (importance et disponibilité) et la détresse psychologique. Puisque le but des soins infirmiers est de favoriser l'adaptation lors d'événements comme la chirurgie

cardiaque (Berger, 1986 ; Roy, 1999), il est donc important pour l'infirmière d'évaluer auprès de la clientèle âgée, qui subira une chirurgie cardiaque, l'importance et la disponibilité de l'aide provenant du réseau de soutien social informel afin de favoriser le rétablissement postopératoire.

Généralement, lorsque la personne âgée a besoin de soins en raison de son état de santé, c'est souvent la conjointe ou le conjoint qui les assument (Guberman & Maheu, 1997). Selon Santé Canada (1999), une forte proportion du soutien social informel provient de femmes âgées de plus de 65 ans. De plus, les hommes mariés représentent la catégorie du soutien social informel plus âgé, ayant pour moyenne d'âge 73 ans puisque ces derniers sont généralement plus âgés que leur épouse (Statistique Canada, 1999). Garant et Bolduc (1990) stipulent qu'environ 26 % des personnes âgées, plus ou moins en bonne santé, offrent de l'aide à leur conjoint. Lorsque le conjoint n'est pas présent ou incapable de fournir de l'aide, c'est un des enfants adultes qui prend généralement la responsabilité des soins. Il est reconnu que 70 % à 80 % des soins à domicile sont prodigués par des membres de la famille (Garant & Bolduc, 1990 ; Guberman & Maheu, 1997 ; Lauzon & Adam, 1996 ; Statistique Canada, 1999). Garant et Bolduc (1990) notent qu'une minorité de personnes âgées identifie un ami ou un voisin comme étant le membre principal du réseau de soutien social informel. De plus, Guberman et Maheu (1997) notent un effet prédominant des femmes en tant que membres principaux du réseau de soutien social informel dans 70 % à 80 % des cas. King et Koop (1999) stipulent que les femmes célibataires ou mariées ayant subi une chirurgie cardiaque se réfèrent à leur réseau de soutien social informel féminin contrairement aux hommes qui, eux, ont tendance à recevoir de l'aide provenant de leur épouse. Selon Chen et Wilkins (1998), les types d'aides prodiguées par le réseau de

soutien social informel comprennent l'aide qui a trait aux activités domestiques (les courses, le ménage, etc.), aux activités de la vie quotidienne (manger, se mobiliser) et aux aspects émotionnels.

L'importance du soutien social informel lors de la période de rétablissement postopératoire a préoccupé plusieurs auteurs au cours des dernières décennies. Ainsi, d'après Yates (1994), la présence d'une aide émotionnelle provenant du conjoint, de la famille ou des amis est un élément important qui contribue à un bon rétablissement des patients qui souffrent d'un problème cardiaque. De plus, elle est associée à une diminution de l'anxiété préopératoire et à une récupération postopératoire physique et psychologique plus rapide (Moser, 1994). King et al. (1993) rapportent que l'aide émotionnelle joue un rôle important dans la santé psychologique préopératoire et postopératoire chez une clientèle qui a vécu l'expérience d'une chirurgie cardiaque. Toutefois, aucune étude jusqu'à présent, n'a été effectuée auprès de personnes âgées (hommes et femmes) en vue d'évaluer la perception de l'importance et de la disponibilité de l'aide reçue lors de la convalescence à domicile comparativement à ce qui était attendue avant la chirurgie cardiaque.

Yates (1994) rapporte l'existence de très peu d'éléments connus concernant les types d'aides apportés provenant du réseau de soutien social informel qui seraient bénéfiques au recouvrement de la santé. Logsdon, Usui, Cronin et Miracle (1998) ont noté, auprès de 58 femmes, que le manque de concordance entre l'aide attendue au cours du séjour hospitalier et l'aide reçue lors de la convalescence à domicile peut influencer l'estime de soi. De plus, ces auteurs notent que l'estime de soi est associée au recouvrement de la santé. Toutefois, cette étude a seulement évalué de façon générale les bienfaits du soutien social lié à l'estime de soi. Il serait donc intéressant

d'évaluer en profondeur les types d'aides (aide matérielle, aide physique, orientation personnelle, aide émotionnelle et rétroaction) pouvant être importants et disponibles auprès de personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque.

Une des responsabilités des infirmières est de s'assurer, lors de l'enseignement pré et postopératoire, de l'importance et de la disponibilité de l'aide provenant du soutien social informel des personnes âgées avant qu'elles retournent à leur domicile. Selon le modèle conceptuel de Roy (Berger, 1986 ; Andrews, 1991 ; Roy, 1999), les attentes du patient face à son réseau de soutien social affectent la qualité de la relation, donc l'adaptation dans le mode de l'interdépendance. Par conséquent, si le patient s'attend à recevoir une aide quelconque provenant des membres du réseau de soutien social informel au moment de la convalescence, il est indispensable que ces derniers en soient conscients et puissent juger de leur capacité à répondre aux attentes. Ainsi, lorsque les personnes en interrelation peuvent définir leurs attentes et les communiquer, cette relation s'en trouve améliorée. S'assurer de l'importance et de la disponibilité du soutien social informel permettra de réduire les répercussions psychosociales qui provoquent beaucoup d'anxiété et des visites inutiles à l'urgence. Selon Gortner et al. (1992), offrir de l'information aux patients et à leurs familles sur les réalités du rétablissement postopératoire à domicile, et mettre l'accent sur l'importance du soutien social informel en évaluant les types d'aides disponibles augmenteraient les chances de succès du rétablissement postopératoire.

Le modèle d'adaptation de Roy (Berger, 1986 ; Andrews, 1991 ; Roy, 1999), constitué de quatre modes, décrit la personne comme étant un être bio psychosocial qui est en interaction constante avec son environnement et qui s'adapte aux divers stimuli environnementaux internes et externes. Puisque le soutien social informel est la

variable principale examinée, la présente étude portera surtout sur le mode de l'interdépendance. Le mode d'interdépendance incorpore le développement et le maintien des relations affectives avec les personnes qui nous entourent, surtout en ce qui concerne un proche significatif et son système de soutien. Un des objectifs concernant le mode de l'interdépendance est de connaître des approches pouvant répondre au besoin d'interdépendance par la promotion et le maintien des relations interpersonnelles. Par exemple, elles peuvent se faire sous forme d'enseignement aux personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque.

Il devient donc primordial que les infirmières évaluent et comprennent la perception de l'importance et de la disponibilité de l'aide provenant du réseau de soutien social informel évoquée par les personnes âgées qui ont subi une chirurgie cardiaque. Ainsi, cette étude qui consiste à comparer l'importance et la disponibilité de l'aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel permettra aux infirmières de réajuster les informations offertes aux personnes âgées lors de la période pré et postopératoire. De plus, ces informations permettront de faire des ajustements avec le réseau de soutien formel si le réseau de soutien informel s'avère insuffisant.

Le but et la question de recherche

Le but de l'étude

Cette étude décrit et compare les perceptions de personnes âgées de 70 ans et plus, de l'importance et de la disponibilité des types d'aides attendus et reçus du réseau de soutien social informel, la veille d'une première chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital lors de la période de convalescence immédiate à domicile.

La question de recherche

En comparant les perceptions des types d'aides entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suivant le congé de l'hôpital, les perceptions de l'importance et de la disponibilité des types d'aides attendus et reçus sont-elles similaires ?

Deuxième chapitre

La recension des écrits

Une recension des écrits portant sur la chirurgie cardiaque a été effectuée pour déterminer l'état actuel des connaissances sur ce sujet. Par la suite, il sera question des deux modèles conceptuels qui ont servi d'assises pour cette recherche soit, le modèle de Barrera (1981 ; 1986) et le modèle d'adaptation de Roy (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy, 1999). Enfin, une recension des écrits portant sur le soutien social informel a été effectuée afin d'en évaluer sa relation sur le bien-être physique et biologique de la clientèle cardiaque.

L'expérience de la chirurgie cardiaque

La maladie cardiovasculaire, spécialement celle affectant les coronaires, demeure la première cause de mortalité auprès des personnes âgées. Les hommes de tout âge sont plus touchés que les femmes par la maladie coronarienne. Toutefois, on peut remarquer une augmentation de l'incidence chez les femmes après la ménopause en raison des changements hormonaux (Arcand & Hébert, 1997). En fonction du niveau de gravité de la maladie chez ces individus, les personnes âgées auront recours à divers traitements, incluant la chirurgie cardiaque, afin d'atténuer les symptômes reliés à cette maladie.

Le taux le plus élevé de chirurgies de revascularisation du myocarde en 1996 et 1997 se situait, auprès de personnes du groupe d'âge de 65 à 74 ans (584 et 200 par 100 000 habitants pour les hommes et les femmes, respectivement), le groupe de 75 à 84 ans était en deuxième rang (383 et 135 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes, respectivement). Ces tendances sont similaires en ce qui concerne les chirurgies valvulaires (112 et 70 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes du groupe d'âge de 65 à 74 ans). Le groupe de 75 à 84 ans était aussi en deuxième rang

(110 et 70 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes) (Fondation des Maladies du cœur du Canada, 1999). Cette proportion concernant ces deux types de chirurgie continuera d'augmenter dû à une longévité accrue des personnes âgées au pays et aux améliorations des techniques chirurgicales.

Les chirurgies de revascularisation du myocarde et de remplacements valvulaires sont reconnues comme étant des interventions à risque élevé lorsque subies par des personnes âgées (Brown, 1992 ; David & Verderber, 1995). Des études ont démontré que le taux de mortalité suite à une chirurgie cardiaque chez les personnes âgées de 70 à 80 ans est de 9,5 %, comparé à 11 % chez les personnes âgées entre 80 et 88 ans (Brown, 1992). Même si les risques per et postopératoires sont plus élevés chez les personnes âgées, leur qualité de vie à long terme est améliorée par la chirurgie cardiaque. La chirurgie cardiaque est donc considérée comme une bonne option pour plusieurs personnes âgées (Brown, 1992). Afin de mieux comprendre l'expérience vécue suite à la chirurgie cardiaque, les prochains paragraphes décriront la chirurgie de revascularisation du myocarde et de remplacements valvulaires ainsi que la récupération postopératoire des personnes de tout âge qui ont subi ces interventions chirurgicales.

La revascularisation du myocarde est une intervention thérapeutique possible lors d'un blocage de la lumière dans les artères coronaires (Johansen et al., 1998). La chirurgie de revascularisation du myocarde consiste à prélever un vaisseau sur une autre partie du corps et à le greffer en aval de la lésion artérielle, créant ainsi une voie parallèle à l'artère obstruée. Cette opération réduit ainsi l'angine de poitrine et augmente la tolérance à l'effort. Conséquemment, elle améliore la qualité de vie de la

personne (Brunner & Suddarth, 1994). Les candidats qui sont plus susceptibles de subir cette chirurgie sont les patients dont la médication ne peut soulager les symptômes d'angine grave et qui ne souffrent d'aucune affection qui rendrait l'intervention chirurgicale risquée (Johansen et al., 1998).

Le remplacement valvulaire est indiqué pour les cas de rétrécissement et de régurgitation valvulaire (Brunner & Suddarth, 1994). La syncope, l'angine et les courtes respirations sont parmi les symptômes rencontrés chez les personnes ayant des problèmes valvulaires (Brown, 1992). Cette chirurgie est fortement recommandée lorsque la personne devient incapable d'entreprendre ses activités quotidiennes.

Pour l'ensemble de la population canadienne et suite à la restructuration du système de la santé, l'écart moyen du séjour hospitalier, suite à une chirurgie cardiaque varie entre 5 et 10 jours (Fondation des maladies du cœur du Québec, 2000). Durant cette brève période d'hospitalisation, l'infirmière dresse un plan d'enseignement auprès du patient et de sa famille afin de bien le préparer pour sa convalescence. La période de convalescence à domicile varie entre trois et quatre mois. Ce temps de récupération est essentiel dans le but de favoriser la guérison du sternum et le rétablissement des fonctions métaboliques de l'organisme. Au cours de cette période, la personne expérimentera de l'inconfort incluant de la fatigue, des troubles du sommeil, de la douleur au niveau de l'incision et des muscles ainsi qu'une perte d'appétit. Ces inconforts s'améliorent vers la huitième semaine de récupération post-chirurgicale (King & Parrinello, 1988).

Toutefois, la transition qui se fait entre le congé de l'hôpital et la convalescence à domicile peut être difficile pour les personnes âgées (Lenz & Perkins, 2000). Souvent, elles sont portées à croire que leur recouvrement à la santé se fera rapidement. De plus, la convalescence à domicile amène plusieurs changements dans le réseau de soutien informel puisque les personnes âgées ne sont pas tout à fait rétablies au moment de leur retour à domicile (Lenz & Perkins, 2000). Des observations cliniques ont démontré que le patient et les membres du réseau de soutien social informel se sentent dépourvus lorsqu'ils s'aperçoivent que l'aide nécessaire surpasse leurs ressources. Il est donc important que les infirmières s'assurent de la disponibilité de l'aide provenant du réseau de soutien social informel lors de la convalescence afin de permettre aux personnes âgées de bien récupérer pour recouvrer leur santé. L'aide reçue à domicile provenant du réseau de soutien social informel pourrait permettre, aux patients et aux membres du réseau de soutien social informel, d'évaluer conjointement les signes de complications pouvant apparaître au moment de la convalescence. Plusieurs complications peuvent survenir suite à une chirurgie cardiaque. Les complications les plus souvent rencontrées comprennent les arythmies (surtout la fibrillation auriculaire), les problèmes respiratoires, les atteintes neurologiques et les infections (Carroll, 1993). L'incidence de présenter une complication postopératoire est plus élevée chez les personnes âgées que chez les plus jeunes (Carroll, 1993).

En somme, l'aide provenant du réseau de soutien informel lors de la convalescence devient de plus en plus important considérant l'accroissement de la population âgée au Canada et aux recours plus élevés à ces deux types de chirurgies auprès de cette clientèle. De plus, suite à une chirurgie cardiaque, les types d'aides

procurés par les membres du réseau de soutien social informel lors de la convalescence à domicile (aide matérielle, aide physique, aide émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction) sont des éléments importants qui aident l'individu à récupérer physiquement et psychologiquement.

Les modèles conceptuels

Le modèle de Barrera

La conceptualisation du soutien social selon Barrera (1981 ; 1986) sera utilisée dans cette étude comme étant complémentaire au modèle conceptuel de Roy (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy, 1999). Barrera (1981 ; 1986) décrit différents aspects du soutien social qui peuvent influencer le bien-être des individus vivant des événements stressants et identifient les mécanismes qui semblent exercer cette influence. Ce dernier note l'importance du soutien social informel sur le bien-être physique et psychologique de la personne. Barrera (1981 ; 1986) perçoit le soutien social comme étant un concept global qui regroupe un ensemble de variables. Ces variables sont regroupées en trois catégories soit : l'intégration sociale, le soutien perçu et le soutien réel.

L'intégration sociale fait référence aux liens qui unissent les individus aux personnes significatives issues de leur environnement social. Pour mesurer ces liens, Barrera examine les réseaux de soutien ne faisant appel qu'aux personnes susceptibles d'apporter de l'aide. Ces personnes font partie du réseau de soutien et sont identifiées par les genres de types d'aides qu'elles apportent. Les différents types d'aides sont les suivants : l'aide matérielle (aide procurée sous forme d'argent ou d'objets physiques), l'aide physique (aide offerte sous forme de services ou de partage des tâches), l'aide émotionnelle (interactions non directives concernant l'expression des sentiments et des inquiétudes véhiculés par la personne), l'orientation personnelle

(conseils et informations offerts dans le but d'orienter des actions), la rétroaction positive (information fournie à la personne sur elle-même) et la participation sociale (participation à certaines activités favorisant la détente et le divertissement). La mesure des différents types d'aides apportées va au-delà de la quantification des liens sociaux mais elle mesure aussi le degré de disponibilité et d'adéquation des types d'aides apportés. Pour cette étude, l'adéquation de l'aide provenant du réseau de soutien social informel sera évaluée par le niveau de l'importance pour la personne âgée ayant subi une chirurgie cardiaque et vivant sa convalescence à domicile. Le soutien réel se traduit par les actions accomplies dans le but de porter de l'aide à autrui. Il s'agit ainsi de l'aide offerte aux personnes âgées ayant subi une chirurgie cardiaque vivant leur convalescence à domicile. La mesure du soutien réel permet, entre autre, d'évaluer la réponse du réseau de soutien informel à un stress que vit l'individu. Le soutien perçu se caractérise comme étant l'évaluation cognitive que fait une personne face à la disponibilité, l'adéquation ou sa satisfaction face au soutien offert par les membres du réseau de soutien social informel. Dans le domaine de la recherche, le soutien perçu se mesure par l'évaluation que fait l'individu face à la disponibilité et l'adéquation de l'aide reçue. Toutefois, tel que mentionné plus tôt, l'adéquation de l'aide provenant du soutien social informel offerte sera évaluée par le niveau de l'importance de l'aide offerte aux personnes ayant subi une chirurgie cardiaque. Cette importance se définit comme étant une perception de la nécessité ou de la portée des différents types d'aides provenant du réseau de soutien social informel tandis que la disponibilité fait référence à la perception de la présence des différents types d'aides attendus et reçus. Il s'agit de la fréquence d'accès à un ou plusieurs types d'aides provenant du réseau de soutien social informel. L'importance et la disponibilité sont évaluées par la version modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » de Lepage (1984).

Barrera (1986) a élaboré quatre différents modèles simples permettant de décrire l'association des variables du soutien social à l'ensemble d'événements stressants et au bien être. Cet auteur stipule que la présence d'événements stressants est positivement reliée au degré de soutien réel (types d'aides) apporté à une personne en détresse. Ce phénomène se démontre par une augmentation de la présence des membres du réseau de soutien social informel auprès d'une personne ayant vécu un événement stressant tel que la chirurgie cardiaque. En d'autres mots, les membres du réseau de soutien augmenteront spontanément leur aide lorsque la personne est confrontée à un ou plusieurs événements stressants.

Lorsque la personne voit ses besoins mal comblés par ses proches significatifs, elle aura tendance à s'intégrer à un groupe qui répondra mieux à ses besoins (le réseau de soutien formel, ex.: services de santé). Barrera (1986) stipule, par cette action, qu'il existe une relation entre le soutien social informel et la détresse. Pour expliquer cette relation, cet auteur a élaboré le modèle du «*Support Seeking/Triage Model*». Ce modèle démontre que lorsqu'un individu expérimente un événement stressant, et que cette personne n'a aucune ressource, celle-ci cherchera activement des ressources nécessaires. Le fait de chercher de l'aide provenant de l'extérieur influencera positivement l'état émotionnel de la personne. Cependant, si l'événement stressant se prolonge, la détresse plutôt que le bien-être s'installera. Barrera (1986) stipule que ce modèle ne tient pas compte de l'effet adverse quand l'aide offerte est vue comme étant négative chez la personne concernée.

Barrera (1986) présente aussi une corrélation positive entre le soutien perçu (l'importance de l'aide et la disponibilité de celle-ci) et le bien-être. Cette corrélation

est expliquée par deux mécanismes, soit le modèle de prévention du stress et l'influence du stress sur la perception de l'aide provenant du réseau de soutien social. Le modèle de prévention du stress stipule que l'apport d'un soutien social adéquat continu diminue et prévient le développement de la détresse psychologique. Lorsque l'événement stressant devient aigu et que l'aide venant du réseau demeure insuffisante, le second mécanisme se déclenche soit : l'influence du stress sur la perception de l'aide provenant du réseau de soutien social. Ce déclenchement provoque alors une diminution de la perception positive de l'aide offerte par le réseau du soutien social informel, ce qui aura pour effet d'augmenter la détresse psychologique.

Barrera (1986) a adopté le modèle additif qui consiste à examiner le lien entre l'intégration sociale, le bien-être et la santé physique. Ce modèle démontre que l'intégration sociale et les événements stressants sont deux variables indépendantes qui exercent une influence sur le bien-être. La conceptualisation du soutien social de Barrera (1981 ; 1986) permet donc d'examiner l'aspect multidimensionnel du soutien social et de sa relation avec l'état de santé.

Barrera (1981) a développé un instrument de mesure intitulé : « L'inventaire de comportements de soutien social » traduit par Lepage (1984). Cet instrument de mesure n'a jamais été utilisé auprès d'une clientèle qui a subi une chirurgie cardiaque, apportant ainsi un aspect original à l'étude. De plus, l'utilisation de cet instrument de mesure élaboré par Barrera permettra d'évaluer les types d'aides provenant du réseau de soutien social informel des personnes âgées qui vivent leur convalescence post-chirurgicale à la

maison. Quelques études ont été effectuées auprès de certaines clientèles ayant utilisé cet inventaire. Parmi ces études, trois sont choisies pour faire des liens avec la présente étude (tableau 1).

Les deux premières études rapportent des effets bénéfiques du soutien social sur l'estime de soi. Waggener et Galassi (1993) notent, auprès de 90 participants, que la satisfaction face au soutien social reçu contribue à augmenter l'estime de soi, diminuer l'anxiété, la dépression et les symptômes somatiques. Kelly, Soderlund et Albert (1999) rapportent que le soutien social n'améliore pas la santé psychologique des individus atteints du syndrome de fatigue chronique et ce, autant chez les personnes ayant reçu du soutien que chez les personnes, qui n'en ont pas reçu. Toutefois, cette étude ne permet pas de généraliser cette donnée à toute la population dû à un nombre restreint de sujets dans l'échantillon.

Stokes et Wilson (1984) ont effectué, auprès de 179 étudiants en psychologie, une étude examinant les dimensions de l'instrument de mesure : *Inventory of Socially Supportive Behaviors* (ISSB) de Barrera (1981) et en explorant la différence entre le soutien social reçu par les femmes à celui reçu par les hommes. Les résultats suggèrent qu'il serait approprié d'utiliser cet instrument comme une mesure globale permettant ainsi d'évaluer le nombre de personnes issues du réseau de soutien social. Par contre l'instrument ne semble pas mesurer la perception d'un individu face à l'importance de son soutien. Toutefois, le fait d'utiliser la version française modifiée par Lepage (1984) permettra non seulement d'évaluer le nombre de personnes issues du réseau de soutien, mais également l'importance et la disponibilité de l'aide fournie par ces personnes, apportant ainsi un aspect unique à la recherche. De plus, cette recherche apportera un

aspect innovateur puisque plusieurs types d'aides y seront évalués contrairement aux études antérieures qui ont traité uniquement de l'aide émotionnelle.

Tableau 1

Quelques études ayant pour instrument de mesure «L'inventaire de comportements de soutien social» de Barrera (1981 ; 1986)

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Waggener & Galassi (1993)	Étudier la relation entre le soutien social et la première année d'ajustement suite à une séparation ou à un divorce.	Étude corrélationnelle	N : 90 participants n : 42 hommes et 48 femmes, séparés depuis au plus 14 mois ont participé à l'étude.	Trois instruments de mesure ont été utilisés afin d'évaluer la variable indépendante soit : 1. <i>Separation Questionnaire</i> 2. <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i> (Barrera, 1981) 3. <i>Social Support Inventory</i> (Brown et al., 1987) Trois instruments de mesure ont été utilisés afin d'évaluer la variable dépendante soit : 1. <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1977) 2. <i>Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965) 3. <i>Attachment Scale</i> (Kitson, 1982) 4. <i>Divorce Reaction Inventory</i> (Brown & Reimer, 1984)	La fréquence et la satisfaction du soutien social comptent beaucoup lors de l'ajustement à la séparation tout spécialement sur l'estime de soi et les symptômes. La satisfaction du soutien social est un bon prédicteur de l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, les symptômes somatiques.

Tableau 1 (suite)

Quelques études ayant pour instrument de mesure «L'inventaire de comportements de soutien social» de Barrera (1981 ; 1986)

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Kelly, Soderlund & Albert (1999)	Décrire et comparer l'influence du soutien social informel auprès des individus atteints du syndrome de fatigue chronique. Examiner la perception du syndrome de fatigue chronique auprès du soutien social informel afin de déterminer si leurs croyances face à ce syndrome peut affecter l'apport du soutien	Étude descriptive comparative	N : 41 sujets Âge : 46 ans (27 et 73 ans)	1) <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> (Beck & Steer, 1989) 2) <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i> (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) 3) <i>Profile of Mood States (POMS)</i> (McNair, Lorr & Droppleman, 1992) 4) <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</i> (Barrera, 1981)	Le soutien social n'améliore pas la santé psychologique des individus atteints du syndrome de fatigue chronique et ce, autant chez les personnes ayant reçu du soutien que chez les personnes qui n'en ont pas reçu ($p > 0,05$). Il a été impossible de déterminer si la croyance concernant ce syndrome avait un impact sur la quantité du soutien

Tableau 1 (suite)

Quelques études ayant pour instrument de mesure «L'inventaire de comportements de soutien social» de Barrera (1981 ; 1986)

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Stokes et Grimard Wilson (1984)	<p>Explorer les dimensions de l'instrument de mesure : <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</i>.</p> <p>Etudier, à l'aide de l'instrument de mesure : <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</i>, la relation entre le soutien social reçu par les femmes et celui reçu par les hommes.</p>	Étude exploratoire et corrélationnelle	<p>n : 97 étudiants</p> <p>n : 82 étudiantes</p> <p>participant à un cours de psychologie.</p>	<p>Les participants à l'étude ont complété les instruments de mesure suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</i> de Barrera (1981). 2. <i>Social Network List (SNL)</i> (Hirsch, 1980). 	<p>Les résultats suggèrent que l'instrument de mesure intitulé <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</i> serait approprié dans une mesure globale nous permettant d'évaluer le nombre de personnes issues du réseau de soutien social. Cet instrument ne permet pas de mesurer la perception qu'a un individu face à l'adéquation de son soutien.</p> <p>Les femmes reçoivent plus de soutien social émotionnel que les hommes ($p < 0,001$). Les femmes ont un plus grand réseau de soutien social informel que les hommes ($p < 0,05$).</p>

Le modèle d'adaptation de Roy

Le modèle d'adaptation de Roy en sciences infirmières (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy, 1999) sert de cadre conceptuel infirmier à la présente étude. Roy décrit la personne comme étant un être bio psychosocial qui est en interaction constante avec son environnement (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994). La personne détient son propre système d'adaptation, c'est-à-dire, un système ouvert qui réagit aux divers stimuli environnementaux internes et externes. Ces stimuli sont à l'origine des comportements qui surviennent pour aider l'individu à s'adapter à une nouvelle situation. Pour faire face aux changements, la personne utilise des mécanismes d'adaptation innés et acquis d'origines biologique, psychologique et social. D'après Roy (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy, 1999), la capacité d'adaptation de la personne dépend des stimuli auxquels elle est exposée soit : le stimulus focal, les stimuli contextuels et les stimuli résiduels.

Le stimulus focal fait référence à l'événement qui confronte immédiatement la personne (ex. : chirurgie cardiaque). Dans la situation qui nous intéresse, les stimuli contextuels sont vus comme étant tous les autres facteurs qui sont présents lors de l'événement confrontant (ex. : culture, stress associé à la chirurgie cardiaque). Enfin, les stimuli résiduels sont des facteurs inconnus (traits de personnalité, expériences) de la personne qui vont influencer l'événement confrontant. Il faut noter que, lorsque la personne prend conscience des stimuli résiduels, ceux-ci deviennent alors contextuels. Par conséquent, c'est la façon avec laquelle la personne reconnaît les stimuli qui sont au centre du processus d'adaptation.

Selon le modèle d'adaptation de Roy (1986 ; 1991 ; 1999), le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation de l'individu dans chacun des quatre modes d'adaptation. Les modes d'adaptation comprennent le mode physiologique, le concept de soi, le fonctionnement dans les rôles et l'interdépendance. Une réponse adaptative dans un ou plusieurs modes influencera celles des autres puisque les modes d'adaptation sont interreliés. Le modèle conceptuel de Roy est représenté schématiquement à la figure 1.

Le mode physiologique fait référence aux besoins fondamentaux qui sont requis pour maintenir l'intégrité bio-physiologique du système humain. L'activité physique, la nutrition, l'élimination, l'oxygénation et le repos en sont des exemples. Pour sa part, le mode concept de soi consiste en l'ensemble des croyances et des sentiments qu'une personne a d'elle-même. Ce mode est formé de perceptions internes et de celles invoquées par les réactions venant d'autres personnes. Le mode fonctionnement dans les rôles fait référence au rôle qu'a l'individu dans la société et à ses obligations sociales et familiales. Il est influencé par le stade de développement et la performance du rôle. En dernier, le mode d'interdépendance incorpore le développement et le maintien des relations affectives avec les personnes qui les entourent, surtout en ce qui concerne un proche significatif. Puisque le soutien social est la variable principale à l'étude, le mode D'interdépendance du modèle de Roy sera décrit plus en détail.

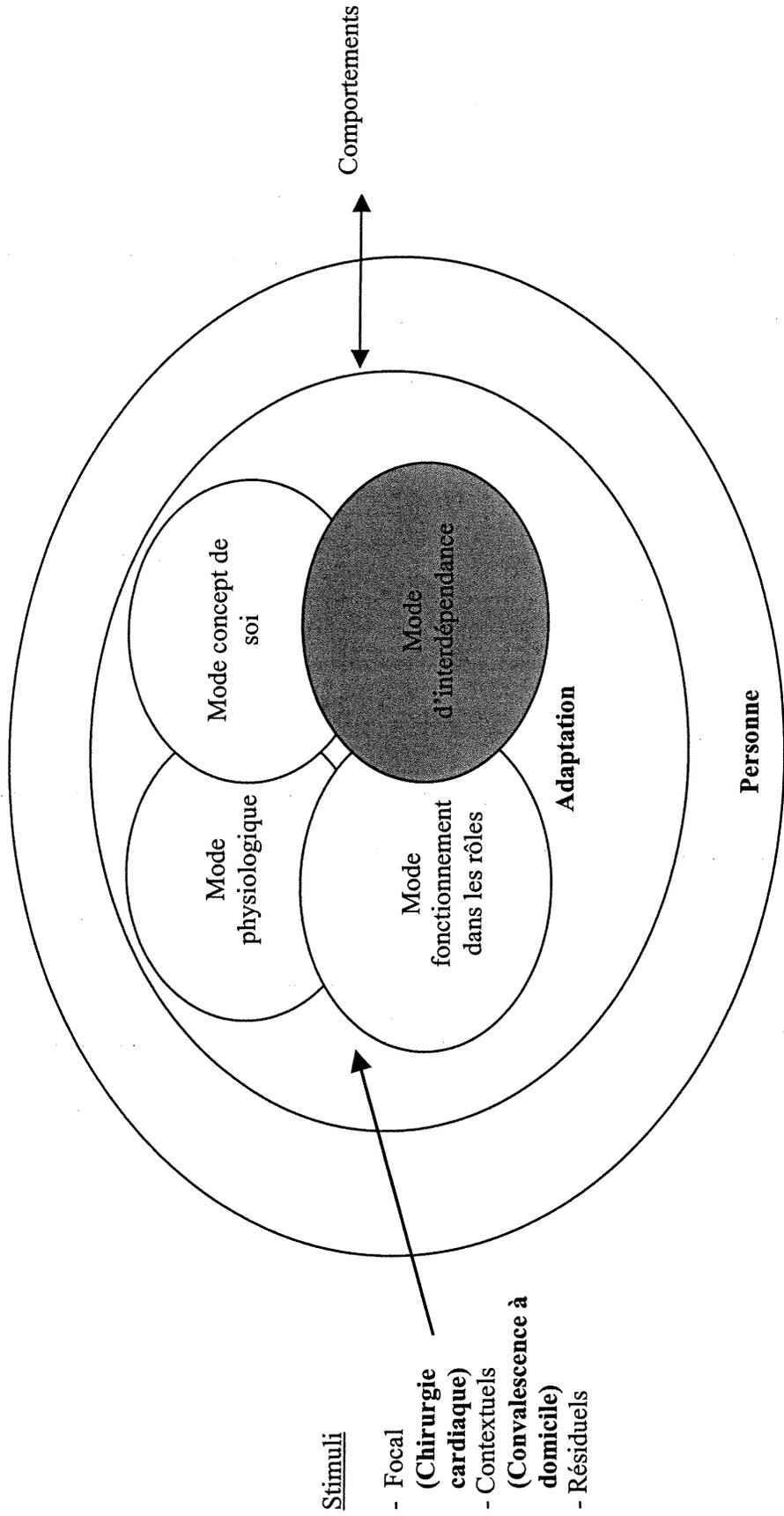


Figure 1. Le schéma du modèle conceptuel de Roy.

Le mode d'interdépendance

Le mode d'interdépendance se définit comme étant l'ensemble des relations interpersonnelles des individus (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy, 1999). Ces relations impliquent la capacité d'aimer, de respecter et de valoriser les autres et celle d'accepter et de répondre au respect et à la valorisation des autres. La personne qui atteint un équilibre satisfaisant en ce qui a trait à l'interdépendance se sent confiante et adéquate dans ses relations interpersonnelles (Berger, 1986). Le mode d'interdépendance est un type de mode social car les besoins sont comblés par des interactions sociales.

Le mode d'interdépendance est relié aux besoins de l'individu sur le plan affectif. Les proches significatifs comprennent les individus dont la personne accorde le plus d'importance et de signification. Ce sont des individus clés qui sont aimés et valorisés, et qui, en retour, respectent et valorisent le plus la personne concernée. Ils peuvent correspondre au conjoint ou à un membre de la famille.

Les autres membres du réseau de soutien informel correspondent aux individus qui comblent les besoins d'interdépendance d'une personne. Dans cette étude, ce réseau comprend les amis ou les voisins. Il remplit les mêmes fonctions que les proches significatifs soit : de donner et de recevoir de l'amour, du respect et de la valorisation, mais de façon moins intense que les relations établies par les proches significatifs.

Le mode d'interdépendance examine les comportements de la personne en relation avec ses proches significatifs et son réseau de soutien. Il existe deux types de comportements, soit : les comportements réceptifs et les comportements contributifs. Les comportements réceptifs impliquent que la personne reçoit, prend et assimile

l'aide qui lui est donnée. Les comportements contributifs signifient que la personne donne et prend soin de l'autre (ex. : l'aide donnée au niveau des activités quotidiennes). Dans le contexte de la chirurgie cardiaque, le patient et sa famille se voient obligés de définir de nouveaux liens d'interdépendance, que ce soit par assistance informative (ex. : besoin d'obtenir une réponse à des questions concernant les marches à suivre en ce qui a trait à la convalescence), par un soutien affectif (ex. : besoin d'être soutenu ou d'être réconforté) ou par une aide directe (ex. : besoin d'aide au niveau des activités quotidiennes). Ainsi, le patient se doit de définir auprès de son réseau de soutien social informel ses attentes face à l'importance d'un ou plusieurs types d'aides qu'il aimerait recevoir lors de la convalescence. Selon Roy (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy, 1999), une des responsabilités de l'infirmière est de s'assurer, auprès de la personne âgée et de son réseau de soutien social informel, de la prise de conscience des attentes réciproques de chacun. Suite à cette intervention, l'infirmière se doit de véhiculer des informations consistantes afin de permettre à la personne âgée de vivre une bonne convalescence. Suite à ces informations, il est essentiel que les membres du réseau de soutien social informel soient conscients et en mesure de répondre aux attentes lorsque possible. Par conséquent, lorsque deux personnes en interrelations peuvent définir clairement leurs attentes et se les communiquer, cette relation s'en trouve améliorée (Roy, 1986 ; 1991; 1999).

Étant donné le caractère aigu des symptômes vécus et des soins requis lors de la convalescence par les personnes qui subissent une chirurgie cardiaque, les modifications observables au mode d'interdépendance entre le patient et la famille sont transitoires. Il

est donc nécessaire d'orienter l'étude vers le patient et la perception du soutien reçu de sa famille, amis ou voisins au cours de la convalescence.

Les responsabilités qui incombent le soutien social informel du patient après la chirurgie cardiaque sont primordiales. Notons que plusieurs études (Kulik & Mahler, 1989 ; Moser, 1994 ; Yates et al., 1995) ont démontré que l'aide apportée par le soutien social diminue l'anxiété, la douleur postopératoire et la détresse psychologique. Ceci a pour effet d'augmenter plus rapidement le rétablissement physique de l'individu au moment de la convalescence.

Une étude longitudinale, ayant utilisé le modèle d'adaptation de Roy, a été effectuée auprès de 83 femmes souffrant de la maladie coronarienne (Varvaro, 1991). Cette étude avait pour but de mesurer les habiletés d'adaptation des femmes confrontées à cette maladie dans chacun des modes d'adaptation. Au cours de cette étude, quelques instruments de mesure ont été administrés soit : *Self-Care Activities and Leisure Time Activities Scale* (Varvaro, Unpublished observations, 1990), *Management of Emotional Concerns in Daily Life after Illness* (Vavaro, Unpublished observations, 1986), *The Quality of Life Scale* (Olson et al., 1983) et *Perceived Role Adjustment Scale*. Les résultats ont démontré que les femmes souffrant d'une maladie coronarienne voyaient une adaptation plus difficile face aux modes physiologique et de fonctionnement dans les rôles. Ainsi, la fatigue et la perte d'énergie reliées au mode physiologique affectent le mode de fonctionnement dans les rôles ayant pour conséquence, un sentiment d'inutilité au sein du rôle familial. Toutefois, les résultats ont été peu concluants face aux modes liés au concept de soi et à l'interdépendance dû à la limitation de certains instruments de mesure destinés à évaluer ces modes.

Cette étude a su démontrer l'utilité du modèle conceptuel de l'adaptation de Roy auprès de la population atteinte d'une maladie coronarienne. Il serait donc intéressant de voir son utilité auprès d'une clientèle âgée subissant une chirurgie cardiaque et vivant leur convalescence à domicile.

Le cadre conceptuel : l'intégration des modèles de Barrera et de Roy

La figure 2 du modèle conceptuel de Roy (1986 ; 1991 ; 1999) démontre son interrelation avec le modèle de Barrera (1981 ; 1986). Tel que mentionné plus tôt, Barrera (1981 ; 1986) examine les réseaux de soutien en faisant appel qu'aux personnes susceptibles d'apporter de l'aide. Cet auteur identifie ces types d'aides suivant : l'aide matérielle, l'aide physique, l'aide émotionnelle, l'orientation personnelle, la rétroaction positive et la participation sociale. Les types d'aides sont représentés à la figure 2 du modèle conceptuel de Roy (1986 ; 1991 ; 1999) démontrant ainsi une complémentarité avec le mode de l'interdépendance au sein de ce modèle. Il faut noter la mise en retrait du type d'aide associé à la participation sociale s'expliquant par l'absence d'items correspondant à ce type d'aide dans l'instrument de mesure. Le réseau de soutien social informel incorporé dans le schéma du modèle de Roy (1986 ; 1991 ; 1999) démontre son lien avec la personne et les types d'aides qu'il peut leur apporter. La flèche unidirectionnelle qui relie les stimuli aux modes d'adaptations fait référence aux événements qui confrontent immédiatement la personne âgée soit : la chirurgie cardiaque et la convalescence à domicile. La flèche bidirectionnelle qui relie la personne au comportement et au bien-être démontre la façon dont la personne s'est adaptée suite aux types d'aides reçus provenant du réseau de soutien social informel lors de l'événement stressant.

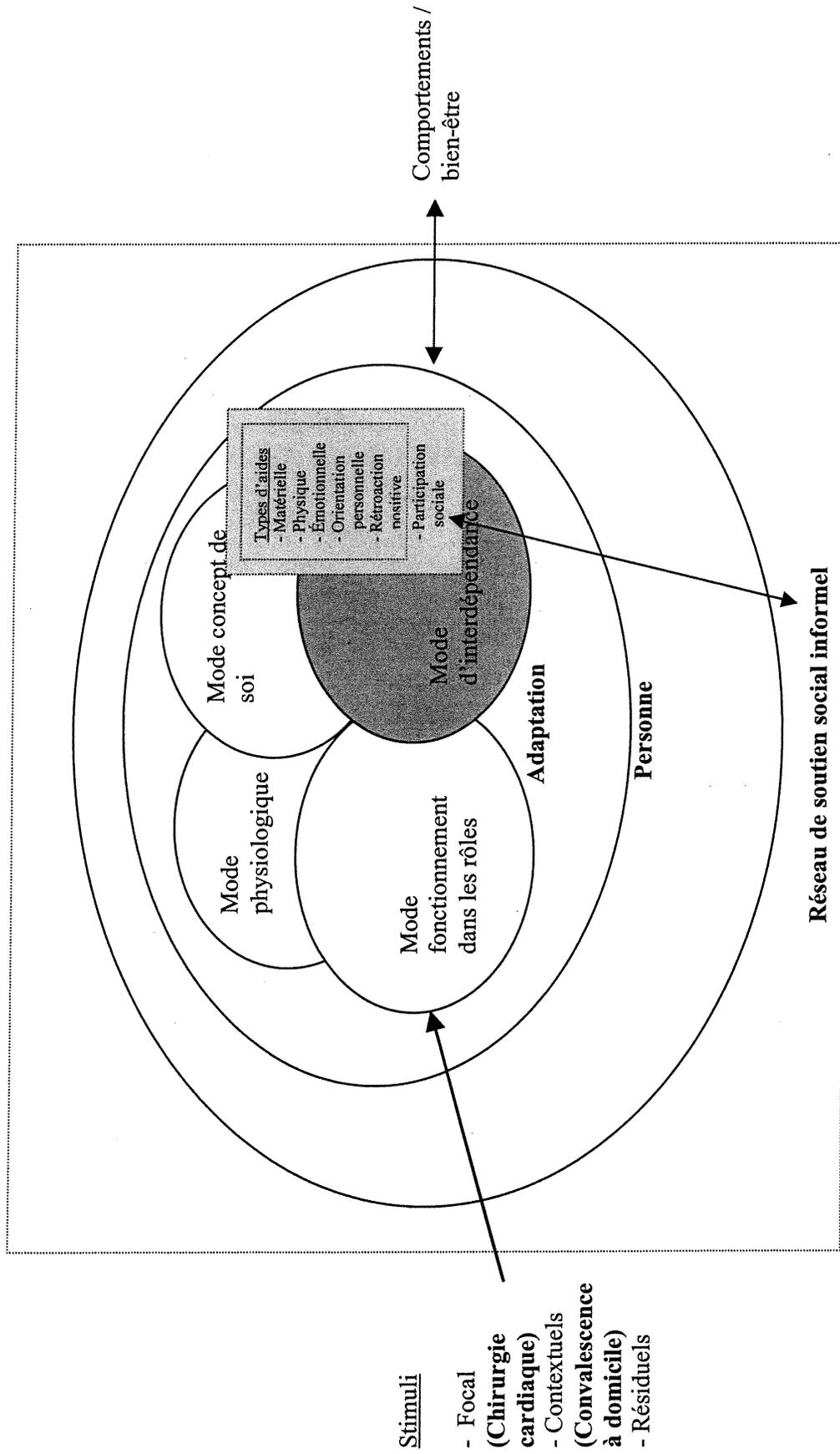


Figure 2 : Le schéma du modèle de Barrera intégré au modèle conceptuel de Roy.

Le soutien social

Au cours des dernières années, de nombreux écrits ont été publiés sur le concept du soutien social, de ses effets sur la santé et le bien-être et de ses utilités pendant les périodes de crise. Trois pionniers, Caplan (1974), Cassel (1974) et Cobb (1976) ont dominé les écrits concernant le soutien social.

Caplan (1974) décrit le soutien social comme « ...un ensemble de relations sociales continues qui permet aux individus d'obtenir des réactions sur eux-mêmes et des réponses positives à leurs attentes, ce qui peut contrebalancer les lacunes de ce type de communications avec la collectivité en général ». Caplan stipule que le soutien social est constitué de trois éléments soit : les ressources psychologiques, les ressources matérielles et les expériences supplémentaires nécessaires pour mieux faire face à la situation.

Plus tard, Cassel (1974) et Cobb (1976) ont cherché à comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes deviennent malades dûe à leur incapacité de faire face aux événements stressants de leur vie, alors, que d'autres ont la capacité de chercher les ressources nécessaires et atteignent une adaptation adéquate. Ces auteurs ont alors conclu que les personnes qui ont recours à l'appui d'autres personnes suite à un haut niveau de stress ne ressentent pas autant de problèmes de santé que celles qui vivent ou qui se sentent seules.

Cassel (1974) met l'accent sur l'importance, pour l'individu, d'obtenir des réactions provenant des proches lorsque celui-ci est confronté à un événement stressant. Il souligne que les phénomènes psychosociaux jouent un rôle de soutien et de protection causant ainsi une diminution des conséquences physiologiques et psychologiques reliées à la situation de stress.

Cobb (1976), pour sa part, considère le soutien social comme étant de l'information qui porte la personne à croire qu'on l'aime et qu'on tient à elle. Cet auteur insiste sur le fait que le concept du soutien social repose sur l'information que l'on donne à l'individu et non sur l'offre de biens et de services. De plus, Cobb (1976) rapporte que c'est la façon dont l'individu perçoit l'information qui détermine si celle-ci l'aidera ou non.

House (1981) a élaboré une définition multifactorielle du soutien social. Il considère le soutien social comme étant un échange interpersonnel qui met en jeu un ou plusieurs points suivants : les préoccupations émotionnelles fondées sur la bienveillance et l'empathie, l'aide venant de biens et de services, un soutien informationnel provenant de renseignements donnés permettant de régler le problème et finalement, un soutien en évaluation, qui consiste à donner de l'information pour aider la personne à évaluer ses réalisations. House (1981) estime que ces éléments, originaires de la définition, doivent être vus comme composantes interreliées. Cohen et Wills (1985), pour leur part, stipulent que le soutien social est considéré comme étant un ensemble de quatre formes d'appui interreliées, incorporant le soutien émotionnel, le soutien instrumental (matériel), le soutien informationnel et le compagnonnage social.

Parallèlement au contexte, Hétu (1992) décrit le soutien informel comme étant constitué d'un ensemble de personnes avec lesquelles l'individu a des contacts périodiques et significatifs. Ce type de soutien correspond à la famille, aux amis et voisins de l'individu. Selon Pender (1996), la famille constitue le premier niveau de contact de soutien chez un individu qui vit des moments difficiles. Pour répondre à ces besoins, la famille se doit d'être sensible aux besoins évoqués par l'individu afin de lui donner un soutien adéquat.

Deux hypothèses servant à décrire la relation entre le soutien social et le bien-être ont dominé les écrits au cours des dernières années. La première, le modèle tampon (*buffering model*), propose un effet positif mais indirect du soutien social sur des événements stressants spécifiques. La seconde, le modèle modérateur (*main-effect model*), propose une relation positive directe entre le soutien social et le bien-être et ce, en dépit du stress vécu (Cohen & Wills, 1985).

En résumé, il existe peu de consensus offrant une définition exacte du soutien social. Toutefois, il faut noter que plusieurs recherches ont démontré que le soutien social contribue grandement à la diminution de l'incidence de la maladie cardiovasculaire et à la diminution du taux de mortalité relié à cette maladie (Stewart et al., 1997 ; Orth-Gomer et al., 1993 ; Wolostin et al., 1997 ; Frasure-Smith et al., 2000). Selon Orth-Gomer et al. (1993), un faible soutien émotionnel et une faible intégration sociale était associé au risque de développer une maladie coronarienne. Wolostin et al. (1997) rapportent que la perception d'un manque de soutien était associée à une hausse de mortalité et à une diminution du fonctionnement physique de la personne. De plus, ces derniers soulignent que le soutien tangible contribue à l'amélioration de la santé d'un patient qui est atteint d'une maladie cardiovasculaire. Frasure-Smith et al. (2000) ont démontré, suite à une étude effectuée auprès de 887 patients ayant vécu un infarctus du myocarde, que le soutien social n'était pas directement relié à la survie. Toutefois, un haut niveau d'un soutien social atténue les symptômes de la dépression au cours de la première année suivant l'infarctus auprès de patients dépressifs. D'autres auteurs s'entendent unanimement sur le fait que le soutien social est associé à une diminution de la douleur postopératoire, à un rétablissement postopératoire plus rapide et à un bon rétablissement psychologique (Fontana et al., 1989 ; Kulik & Mahler 1989 ; King et al., 1993 ; Yates, 1995 ; Smith et al., 1997 ;

Oxman & Hull (1997) ; Logsdon, Usui, Cronin, & Miracle, 1998). Celles-ci sont représentées au tableau 3.

Quelques études ont rapporté des effets bénéfiques du soutien social sur le rétablissement postopératoire auprès de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque. Fontana et al. (1989) a découvert que le soutien social, défini par l'intimité, joue un rôle important au cours des six premiers mois suivant une incidence cardiaque. Il stipule que le soutien social lié à l'intimité est directement relié à une diminution du stress, de la détresse psychologique et des symptômes cardiaques. Kulik et Mahler (1989) notent que le soutien social provenant du conjoint contribue à une diminution du temps de l'hospitalisation.

King et al. (1993) ont trouvé que le soutien émotionnel était un facteur important qui aidait l'individu à récupérer lors de la convalescence suite à une chirurgie cardiaque. Ils affirment que le soutien émotionnel augmente le bien-être psychologique en donnant à l'individu l'impression de se sentir aimé, valoriser et accepté par les personnes qui l'entourent.

Selon Moser (1994), le soutien social joue un rôle important lors de la réadaptation d'un individu suite à un événement cardiaque. Elle note qu'il existe un lien étroit entre le soutien social et la diminution de l'anxiété préopératoire, ce qui résulte à la longue en une meilleure récupération lors de la convalescence.

Chez les patients qui ont subi une chirurgie cardiaque, le soutien social est associé à une réduction de la détresse psychologique, des plaintes de dyspnée et d'anxiété. Par conséquent, un faible soutien social peut augmenter le risque d'avoir d'autres complications cardiaques et diminue le bien-être physique et psychologique de l'individu durant la convalescence (Moser, 1994).

Yates (1995) stipule que l'aide tangible provenant du conjoint serait associée à un meilleur recouvrement de la santé à court terme. De plus, le soutien émotionnel provenant du conjoint est associé à un meilleur rétablissement de la santé à court terme. Smith (1997) stipule que les individus issus de son étude qui ont reçu moins de soutien social affectif informel ont bien retrouvé leur santé.

Toutefois, pour faire un lien avec la présente étude, les auteurs Logsdon et McBride, (1989) stipulent que l'adaptation d'une personne face à un événement stressant est influencée par le degré de la concordance entre l'aide attendue et provenant du réseau de soutien social informel comparé à celle reçue. Cette concordance s'applique aussi lors de situations impliquant une chirurgie majeure. Selon Logsdon, McBride et Brikimer (1994), une moindre disponibilité de l'aide reçue provenant du réseau de soutien social informel comparé à ce qui était attendu peut créer une dépression chez l'individu. Plus récemment, Logsdon, Usui, Cronin et Miracle (1998) ont découvert, dans leur étude corrélationnelle longitudinale effectuée auprès de 58 femmes, que le manque de concordance entre l'aide attendue au cours du séjour à l'hôpital et reçue lors de la phase II de la réadaptation cardiaque peut influencer l'estime de soi. De plus, l'estime de soi influencera le fonctionnement social et l'état émotionnel de la personne. Cependant, Logsdon et al. (1998) n'ont pas examiné si la qualité du soutien social reçu au moment de la convalescence correspond aux types d'aides désirées. Cette étude ne permet pas de généraliser les données recueillies auprès de toute la population car elle fut seulement effectuée auprès de la clientèle féminine. De plus, l'auteur a évalué de façon générale les biens faits du soutien social, sur le rétablissement émotionnel de la personne vivant la convalescence à domicile. Il serait

intéressant d'évaluer plus en profondeur l'importance et la disponibilité des types d'aides (aide matérielle, aide physique, aide émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction) attendues et reçues provenant du réseau de soutien social informel auprès de personnes âgées, hommes et femmes, qui subissent une chirurgie cardiaque. Ces résultats permettront ainsi de généraliser auprès de toute la population de personnes âgées les types d'aides à recevoir lors de la convalescence.

Il faut noter l'existence de plusieurs autres études qui démontrent une relation positive entre le soutien social et le bien-être. Il existe cependant peu de données empiriques qui pourraient guider les membres du réseau de soutien informel sur les types d'aides qui seraient importants lors de la convalescence immédiate à domicile (Yates et al., 1994). Cependant, ces auteurs citent l'importance probable de l'aide matérielle lors de la phase initiale de la convalescence. Cette aide a tendance à diminuer avec le temps.

Tel que mentionné plus tôt, le soutien social est un élément clé au bien-être. Toutefois, il ne peut être toujours considéré comme étant positif. Par moments, une personne atteinte d'une maladie ou se rétablissant d'une maladie physique peut recevoir trop d'attention qui peut ne pas convenir à ses besoins (Roberston, 1987). Un soutien social négatif est le terme qui désigne cette situation. Par conséquent, il est primordial de ne pas seulement évaluer la disponibilité de l'aide reçue provenant du réseau de soutien social informel de l'individu mais d'en évaluer également son importance.

La plupart des études sur la prestation de l'aide fourni par le réseau de soutien informel affirment que l'aide provient principalement du conjoint suivi des enfants adultes (Guberman & Maheu, 1997 ; Côté et al., 1998). Les enfants adultes qui

fournissent de l'aide aux personnes âgées peuvent être aux prises avec plusieurs responsabilités (emploi, jeunes enfants) pouvant ainsi réduire l'apport de l'aide auprès de ces personnes. De plus, selon certains auteurs, la proximité géographique pourrait influencer positivement le taux de la participation à la prestation des soins auprès de la clientèle âgée.

Pour faire un lien avec la présente étude, quelques études dont Conn, Taylor et Abele (1991) notent l'existence d'un réseau de soutien social plus faible chez les personnes âgées que chez les plus jeunes ayant subi un infarctus du myocarde. Cependant, les membres issus du réseau de soutien social des personnes âgées procurent généralement de l'aide de type matériel, physique, émotionnelle et informationnelle suite à cet événement. Hildingh et al. (1996) ont effectué une étude descriptive auprès de 128 personnes incluant 87 hommes et 41 femmes. Ces derniers stipulent que les personnes âgées exprimaient un grand besoin face à l'aide émotionnelle et l'aide liée à l'expertise au cours des trois mois suivant un infarctus du myocarde. L'aide matérielle et informationnelle figurait aussi parmi les besoins identifiés par les personnes âgées, mais à un degré moindre. De plus, les résultats de cette recherche ont démontré que les proches significatifs de la personne âgée (épouse, enfants adultes et amis) procuraient un soutien social informel plus élevé que celle provenant des autres membres de la famille et des voisins. Toutefois, tel que mentionné plus tôt, il existe peu de données empiriques qui pourraient guider les membres du réseau de soutien informel sur les types d'aides qui seraient importants lors de la phase II de réadaptation suite à une chirurgie cardiaque (Yates et al., 1994).

En résumé, le soutien social est un élément essentiel qui contribue à l'amélioration du bien-être psychologique et physique auprès des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou ayant subi une chirurgie cardiaque. Plusieurs études ont démontré l'existence d'un faible réseau de soutien social auprès de la population âgée due à leurs responsabilités familiales. Peu d'études ont été effectuées en vue d'évaluer les types d'aides pouvant être nécessaires lors de la convalescence à domicile auprès des personnes âgées. Conséquemment, des connaissances dans ce domaine sont grandement nécessaire pour guider les membres du réseau de soutien social informel face aux types d'aides qu'ils devront apporter à la personne âgée lors de la convalescence à domicile.

Tableau 2

Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Fontana et al., (1989)	Étudier la relation entre le soutien social (l'intimité) et le stress, la détresse psychologique et les symptômes cardiaques. Déterminer quelles périodes de temps le soutien social (l'intimité) influence le plus la détresse psychologique et les symptômes cardiaques incluant la dyspnée et l'angine.	Étude descriptive corrélationnelle et longitudinale. Mesures répétées à : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • 3, 6 et 12 mois suite au congé de l'hôpital. 	N = 73 sujets n = 28 infarctus du myocarde ; 45 pontages coronariens Âge = 59,5 ans (35 à 73 ans)	Soutien social : <i>UCLA Loneliness Scale</i> (Russell, Peplau & Cutrona, 1980) Stress : index se basant sur la théorie de l'intimité, de la menace, de la détresse psychologique et de l'angine évaluant la probabilité : de la réapparition des symptômes cardiaques, la mort subite et la probabilité de ne pas atteindre un recouvrement total de la santé. <i>Détresse psychologique : Symptom Checklist-90-Revised</i> (Derogatis, 1977) <i>Symptômes cardiaques : Instrument évaluant les symptômes d'angine et de dyspnée</i> (Rose & Blackburn, 1968)	Le soutien social (l'intimité) est relié à une diminution du stress, de la détresse psychologique et des symptômes cardiaques ($p < 0,05$). Le soutien social (l'intimité) est directement relié à une diminution de la détresse psychologique ($\beta = -0,42$; $p < 0,005$) et à une diminution de la dyspnée ($\beta = -0,33$; $p < 0,005$) à trois mois et six mois suite à l'hospitalisation ($\beta = -0,22$; $p < 0,005$ pour la détresse psychologique et $\beta = -0,33$; $p < 0,005$ pour la dyspnée). Le soutien social (l'intimité) est indirectement relié à une diminution de l'angine à trois mois et six mois suite à l'hospitalisation. Ainsi, l'angine diminue lorsqu'il y a une diminution de la détresse psychologique ($\beta = -0,41$; $p < 0,005$) et une diminution du sentiment de menace ($\beta = -0,23$; $p < 0,005$) pour ces deux périodes de temps.

Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Kulik & Mahler (1989)	Étudier la relation entre le soutien social (défini sous forme de la fréquence des visites) offert par la conjointe sur l'anxiété préopératoire et le recouvrement postopératoire immédiat chez les sujets qui subissent une chirurgie de revascularisation du myocarde.	Étude quasi expérimentale 2 (relation maritale) X 2 (soutien à l'hôpital) Mesures répétées à : <ul style="list-style-type: none"> • deux jours précédents la chirurgie • six jours suivant la chirurgie à l'hôpital. 	<p>$n = 56$ hommes (mariés) $n = 16$ hommes (célibataires) Âge = 57,80 ans $ET = 5,98$ (38 à 69 ans)</p>	<p><u>Anxiété</u> : <i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). <u>Douleur postopératoire</u> Instrument évaluant la prise de la médication. <u>Durée de l'hospitalisation</u> Instrument évaluant la durée de l'hospitalisation. <u>Mobilité postopératoire</u> Instrument de mesure évaluant le degré de mobilité de la personne.</p>	<p>Un haut niveau de soutien social auprès des personnes mariées est relié à : une diminution de l'anxiété préopératoire ($p \leq 0,05$). une diminution de la prise de médicaments en période postopératoire ($p < 0,07$). une diminution du temps de l'hospitalisation ($p \leq 0,05$). Toutefois, il n'existe aucune différence significative entre le niveau du soutien social et la mobilité postopératoire ($p > 0,05$).</p>

Tableau 2 (suite)

Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
King et al. (1993)	Étudier la relation entre le soutien social et le rétablissement psychologique suite à une chirurgie de revascularisation du myocarde.	Étude longitudinale corrélative. Une mesure a été faite au moment de la chirurgie et à un an plus tard.	N : 155 hommes et 103 conjointes	<i>Life Scale</i> (Dienner et al., 1985) <i>POMS-BI</i> (Lorr & McNair, 1982) <i>Sickness Impact Profile</i> (Bergner et al., 1976) <i>Angina Severity Index</i>	Le soutien lié à l'estime a été relié au rétablissement psychologique et émotionnel chez les patients et leur conjointe.
Smith et al. (1997)	Étudier la relation entre les ressources utilisées (soutien informel et formel) et le processus de rétablissement auprès de sujets ayant subi une chirurgie de revascularisation du myocarde ou un infarctus du myocarde	Étude prospective corrélative. <u>Mesures répétées</u> : • Au moment de l'hospitalisation • Trois mois suivant le congé hospitalier	n : 147 personnes (infarctus du myocarde) n : 159 personnes (subi une chirurgie de revascularisation du myocarde) Âge : 54 ans ET : 8,3. Âge : 55 ans ET : 6,7 (subi une chirurgie cardiaque)	<ul style="list-style-type: none"> Un instrument évaluant les données objectives des patients face à leurs capacités d'exécuter leurs activités quotidiennes et leurs capacités à travailler. La capacité à travailler a été évaluée à l'aide d'un test à l'effort effectué sur bicyclette. 	<p>Un petit réseau de soutien social ($\beta = -6,12$; $p \leq 0,05$) avec un bon niveau de fréquence du soutien ($\beta = 7,99$; $p \leq 0,001$) augmente le recouvrement de la santé au cours des trois mois suivant le congé de l'hôpital.</p> <p>Un haut niveau d'activités précédant l'hospitalisation est relié à un bon rétablissement de la santé au cours des trois mois suivant le congé de l'hôpital ($\beta = 0,23$; $p \leq 0,01$).</p>

Tableau 2 (suite)

Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Yates (1994)	Étudier la relation entre différents types de soutien social (informationnel, émotionnel et matériel) et le recouvrement à court ou long terme de la santé, physique et psychologique, chez les patients ayant été hospitalisés pour un infarctus du myocarde ou une chirurgie cardiaque.	Étude quasi expérimentale 2 (le soutien social provenant du conjoint et le soutien professionnel) X 2 (recouvrement physique et psychologique)	N = 93 personnes Âge = 61 ans ET = 10 (30 à 80 ans)	L' <u>aide tangible</u> , le <u>soutien émotionnel</u> et le <u>soutien informationnel</u> : <i>Perceived Support Network Inventory</i> (Oritt, Paul & Behrman, 1985) <u>Recouvrement psychologique</u> : <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977) <u>Soutien social et recouvrement physique</u> : <i>Visual Analog Scales</i> (Coward, 1989)	Le soutien émotionnel provenant du conjoint est relié à une diminution de la dépression au cours des deux mois suivant l'hospitalisation soit ($r = -0,22$; $p < 0,05$). L' <u>aide tangible</u> provenant du conjoint est reliée à une diminution de la dépression au cours des deux mois suivant l'hospitalisation soit ($r = -0,27$; $p < 0,05$). Le niveau de la satisfaction face à l' <u>aide</u> provenant du conjoint est relié à une diminution de la dépression au cours des deux mois suivant l'hospitalisation soit ($r = -0,34$; $p < 0,05$). Le soutien professionnel est relié à un bon recouvrement physique à court ($r = 0,22$; $p < 0,05$) et à long terme ($r = 0,26$; $p < 0,05$).

Tableau 2 (suite)

Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Oxman et Hull (1997)	Étudier la relation entre les composantes du soutien social (émotionnel, matériel et le soutien informationnel) et l'état psychologique, l'état physique auprès des personnes âgées ayant subi une chirurgie cardiaque.	Étude descriptive corrélationnelle <u>Mesures répétées</u> : <ul style="list-style-type: none"> • L'hospitalisation • Un mois, six mois suivant la chirurgie. 	<u>N</u> : 147 personnes âgées ayant subi une chirurgie cardiaque. <u>Âge</u> : 69 ans (55 à 91 ans) <u>ET</u> : 7	<u>Soutien social</u> : <i>Social Network Questionnaire</i> (Seeman & Berkman, 1988) <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i> (Barrera, 1983) <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (Zimet, Dahelm, Zimet, & Farley, 1988) <u>Dépression</u> : <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (Hamilton, 1963). <u>Activités de la vie quotidienne</u> : <i>Sickness Impact Profile</i> (Bergner, 1978)	La perception d'un soutien social adéquat, le mois suivant la chirurgie cardiaque, est reliée à une faible dépression ($r = -0,31$ soit $p \leq 0,001$). La régularité d'un ou de plusieurs membres du réseau de soutien social est reliée à la une diminution de la dépression ($\beta = -0,16$, $p \leq 0,05$) par l'intermédiaire de la perception du soutien adéquat provenant de ce réseau ($\beta = -0,13$, $p \leq 0,05$) six mois après le congé de l'hôpital. La régularité d'un ou de plusieurs membres du réseau de soutien social est associée à un faible niveau de la diminution de l'activité quotidienne le mois suivant la chirurgie ($\beta = -0,13$, $p \leq 0,10$) et est, par la suite, reliée à une faible dépression six mois après le congé de l'hôpital ($\beta = -0,14$, $p \leq 0,05$).

Tableau 2 (suite)

Les études portant sur la relation entre le soutien social informel et le rétablissement physique et psychologique de personnes ayant subi une chirurgie cardiaque

Auteurs	But	Devis	Échantillon	Instruments de mesure	Résultats
Logsdon, Usui, Cronin & Miracle (1998)	Examiner les différences perçues et reçues au cours des trois mois suivant la chirurgie cardiaque pour le soutien social et l'estime de soi sur l'ajustement émotionnel et fonctionnel.	Étude prédiction. <u>Mesures répétées</u> : <ul style="list-style-type: none"> • L'hospitalisation • Un mois et 3 mois suite à une chirurgie cardiaque 	N : 58 femmes Âge : 60,5 ans	<u>Soutien social</u> : <i>Personal Resource Questionnaire</i> (Braudt & Weinert, 1981) <u>Estime de soi</u> : <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965) <u>Dépression</u> : <i>Profile of Mood States</i> (McNair, Lorr, & Broppleman, 1971) <u>Activités quotidiennes</u> : <i>Sickness Impact Profile</i> (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981)	Un soutien social très élevé comparativement à ce qui a été anticipé influence grandement l'estime de soi au cours des trois mois suivant le congé de l'hôpital ($R^2 = 0,57$; $p = 0,0001$). Une estime de soi élevée est reliée à une faible dépression ($R^2 = 0,56$; $p = 0,001$). Un haut estime de soi est relié à un bon niveau d'efficacité de l'activité quotidienne ($R^2 = 0,49$; $p = 0,0001$).

Troisième chapitre

La méthode

Ce chapitre aborde en premier le devis de recherche, le milieu et l'échantillon de l'étude, ainsi que les critères de sélection. Ensuite, il est question des définitions conceptuelles et opérationnelles des variables à l'étude, suivies de la description des instruments de mesure et du questionnaire de données socio-démographiques et cliniques. Le déroulement de l'étude, les considérations éthiques, les limites de l'étude et l'analyse des données figurent parmi les autres aspects traités dans ce chapitre.

Le devis de recherche

Cette étude est de type descriptif et comparatif. Elle décrit et compare les perceptions de personnes âgées de 70 ans et plus, de l'importance et de la disponibilité des types d'aides attendus et reçus du réseau de soutien social informel, la veille d'une première chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital lors de la convalescence à domicile.

La définition des termes

Le réseau de soutien social informel : Ensemble de personnes dans l'entourage qui offre divers types d'aides. Cet ensemble de personnes peut être composé du conjoint(e), des membres de la famille, des amis (es) et, ou de voisins (es) (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1990).

Les types d'aides : Formes de soutien qui sont classifiées en cinq catégories distinctes incluant : 1) l'aide matérielle qui correspond à un soutien sous forme de biens ou d'argent ; 2) l'aide physique correspondant aux services et soins prodigués pour la personne ; 3) l'aide émotionnelle comprenant des interactions sur des sentiments personnels se faisant de manière non directive entre deux individus ; 4) l'orientation personnelle qui inclut des informations ou des conseils donnés dans le dessein d'orienter des actions et 5) la rétroaction positive qui représente une évaluation spontanée

L'importance des types d'aides : Perception de la gravité ou de la portée des différents types d'aides provenant du réseau de soutien informel, évaluée par la version modifiée et adaptée de *Inventory of Socially Supportive Behaviors* de Barrera (1981), traduite par Lepage (1984) « L'inventaire de comportements de soutien social ».

La disponibilité des types d'aides : Perception de la présence des différents types d'aides attendus et reçus. Il s'agit de la fréquence d'accès à un ou plusieurs types d'aides provenant du réseau de soutien social informel. Celle-ci est mesurée à l'aide de la version modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » de Lepage (1984).

La période de convalescence immédiate : Période de temps entre le congé de l'hôpital suite à la chirurgie cardiaque et un mois plus tard.

Le milieu et l'échantillon

La collecte de données s'est effectuée dans un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal, spécialisé en cardiologie. La population à l'étude est constituée de personnes âgées de 70 ans et plus qui ont subi une chirurgie de revascularisation du myocarde, un remplacement valvulaire ou une combinaison des deux chirurgies. En 1998, les chirurgiens du centre hospitalier à l'étude ont effectué 369 chirurgies cardiaques auprès de personnes âgées de 70 ans et plus. De ce nombre, 270 personnes ont subi une chirurgie de revascularisation du myocarde, 43 ont subi un remplacement de valves, 52 personnes ont subi les deux chirurgies simultanément et 4 ont subi un remplacement complexe de valves. Ces données englobent les chirurgies qui ont uniquement été effectuées pour la première fois auprès de cette clientèle. Un échantillon de convenance a été utilisé.

Un calcul de la taille échantillonnale d'un test de t pour mesures appariées a été effectué pour déterminer approximativement le nombre de sujets pouvant participer à l'étude (Lachin, 1981). Suite à ce calcul ayant pour niveau critique ($\alpha = 5,00\%$), les résultats ont démontré un nombre minimal de 37 personnes qui doivent constituer l'échantillon.

Les critères de sélection

Les sujets répondants aux critères de sélection suivants ont pu participer à cette étude :

- Être un homme ou une femme âgé de 70 ans et plus ;
- Avoir subi, pour la première fois, une chirurgie cardiaque ;
- Avoir séjourné à l'hôpital pour un maximum de 10 jours suite à la chirurgie et retourner, par la suite, à domicile lors de la convalescence;
- Parler et lire le français ;
- Résider dans la région de Montréal et de ses environs ;
- Ne pas avoir été hospitalisé de nouveau pendant les deux premiers mois de convalescence à domicile ;
- Ne pas avoir habité dans une maison de convalescence suite à la chirurgie ;
- Ne présenter aucun déficit cognitif ou une atteinte chronique débilante, (ceux-ci ont été identifiés dans les notes médicales du dossier du patient et à l'aide d'un instrument de mesure soit : le *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1974).

Le choix du groupe d'âge a été fait en fonction de la rareté d'études effectuées auprès de cette clientèle âgée qui subit de plus en plus une chirurgie cardiaque et de l'accroissement possible des besoins pour cette clientèle en période postopératoire. Dummont et Larouche (1997) citent que c'est à l'âge de 75 ans plutôt qu'à 70 ans que les personnes âgées doivent s'ajuster aux diminutions de leur état physique. De plus, les personnes âgées de 75 ans dépendent plus d'autrui sur le plan économique et émotionnel. Toutefois, la sélection du critère d'âge débutant à 75 ans a été rejetée car, selon nos observations cliniques, c'est à cet âge que, plusieurs de ces personnes effectuent leur récupération dans une maison de convalescence suite au congé de l'hôpital. Ainsi, le critère d'âge débutant à 70 ans a été sélectionné pour faciliter le recrutement.

Le fait d'avoir subi pour la première fois une chirurgie cardiaque, permet d'évaluer l'aide attendue par des personnes âgées qui n'ont jamais vécu l'expérience de ce type de convalescence et ainsi d'identifier un écart possible entre les attentes et le soutien reçu. Être de retour à la maison depuis un mois suite à la chirurgie et ce, après 10 jours ou moins d'hospitalisation suite à la chirurgie et sans avoir été hospitalisé de nouveau, ni avoir séjourné dans une maison de convalescence permet d'obtenir un échantillon plus homogène qui ne présente pas de complications chirurgicales majeures influençant ainsi l'importance et la nature du soutien.

Le choix du critère de la langue française est relié au fait que les instruments sont de langue française et au fait que la majorité de la clientèle de l'établissement participant à l'étude est francophone. Le choix du critère relié au lieu de résidence a été effectué en vue d'uniformiser les résultats de recherche à une région donnée.

La présence de déficits cognitifs ou de l'atteinte d'une maladie chronique débilitante peut influencer la capacité de répondre convenablement aux énoncés des instruments de mesure. De plus, elle peut influencer les attentes face à l'importance et à

la disponibilité du réseau de soutien social informel. Par conséquent, ces variables pourraient devenir confondantes.

L'instrument de mesure

La collecte de données de cette étude a été réalisée à l'aide de la version française modifiée et adaptée de *Inventory of Socially Supportive Behaviors* de Barrera (1981) traduite par Lepage (1984) : « L'inventaire de comportements de soutien social ». Un instrument de dépistage intitulé : *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1974), traduit en langue française par l'investigatrice principale de cette étude, a été utilisé afin d'évaluer les problèmes cognitifs potentiels des sujets à l'étude. Un questionnaire maison regroupant certaines données socio-démographiques et cliniques a été développé par l'investigatrice. Les pages qui suivent décrivent les instruments de mesure ainsi que les résultats des analyses de validité et de fidélité qui y sont reliés.

La version originale anglaise du

« *Inventory of Socially Supportive Behaviors* »

L' *Inventory of Socially Supportive Behaviors* est un instrument de mesure qui permet d'évaluer l'aide reçue provenant d'un réseau de soutien social (Barrera, 1981). Cet instrument comprend une échelle de type Likert variant de 1 (Pas du tout) à 5 (À tous les jours). Il comporte 40 énoncés, dont 8 énoncés évaluent l'aide matérielle, 6 évaluent l'assistance physique, 9 examinent les interactions intimes, 9 examinent l'orientation personnelle et 8 évaluent la rétroaction positive. Bien que le modèle de Barrera inclut la participation social au sein du réseau comme un type d'aide, l'instrument de mesure ne présente aucun item qui l'évalue. Des tests de fiabilité (*test-retest*) ont été effectués par cet auteur auprès d'un échantillon de 71 étudiants de niveau universitaire. La validité de contenu a été vérifiée par trois auteurs qui ont eu à

se prononcer sur le degré avec lequel l'instrument de mesure reflète le concept mesuré. L'instrument a été administré, deux jours de suite, et les coefficients alphas de Cronbach étaient 0,93 et 0,94, respectivement, représentant une bonne cohérence interne pour l'ensemble des items. La validité de congruence a été démontrée en évaluant la relation de cet instrument avec d'autres instruments de mesure qui ont aussi pour objet d'évaluer le réseau du soutien social informel. Pour ce qui est de la relation avec le *Arizona Social Support Interview Schedule* de Barrera (1981), les résultats ont démontré une corrélation significative entre ces deux instruments, ($r(43) = 0,42, p < 0,01$), quand administré auprès de 43 étudiants de niveau universitaire. De même, le *Family Environment Scale* de Moos (1974 ; 1975) démontre une corrélation significative avec le *Inventory of Socially Supportive Behaviors* de Barrera (1981) ($r(41) = 0,36, p < 0,01$), auprès de 41 étudiants de niveau universitaire.

La version française de « L'inventaire de comportements de soutien social »

Lepage (1984) a traduit en langue française l'instrument de mesure initialement appelé *Inventory of Socially Supportive Behaviors* de Barrera (1981). La validité de contenu de la version française a été établie par quatre juges bilingues dont deux infirmières, un psychologue et un anthropologue qui ont eu à se prononcer et à suggérer des modifications sur la traduction des 40 énoncés de mesure. La cohérence interne pour l'ensemble des énoncés était bonne avec des alphas de Cronbach de 0,89 et 0,88 au premier et deuxième temps d'administration à deux jours d'intervalle, respectivement. La validité interne a pu être affectée car l'intervalle entre les deux tests est trop court. L'autorisation pour utiliser cet instrument de mesure est insérée à la suite de l'instrument à l'annexe C du mémoire.

La version française modifiée de « L'inventaire de comportements de soutien social »

Pour les fins de cette recherche, l'investigatrice a adapté la version traduite par Lepage (1984) modifiant certains énoncés dans le but que l'instrument puisse être utilisé durant les périodes préopératoire et postopératoire d'une chirurgie cardiaque. Ces deux versions modifiées contenant 38 énoncés chacune sont représentées à l'annexe A pour la veille de la chirurgie cardiaque et à l'annexe B à un mois suite au congé de l'hôpital. Dans la version préopératoire, les énoncés sont rédigés au futur simple (ex . : « ... vous direz qui vous deviez consulter pour obtenir de l'aide »), tandis que ceux de la version émise lors de la convalescence à domicile sont écrits au passé simple (ex . : « ... vous a dit que vous devriez consulter pour obtenir de l'aide »). De plus, suite aux commentaires de 10 patients concernant ce questionnaire, deux énoncés sur quatre correspondant à l'aide matérielle reliée à l'argent ont été éliminés car ils ne reflétaient pas la réalité des besoins de patients québécois et deux autres ont été combinés en un seul (« ...vous donnera de l'argent en cas de besoin »).

Deux échelles de type Likert sont utilisées. La première échelle évalue l'importance des types d'aides provenant du réseau de soutien social informel attendus avant la chirurgie et reçus au cours du premier mois de la convalescence. Le choix de réponses possibles sont les suivants : 1 (Pas important), 2 (Peu important), 3 (Moyennement important), 4 (Assez important) et 5 (Très important). La seconde échelle évalue la disponibilité des types d'aides provenant du réseau de soutien social informel attendus avant la chirurgie et reçus durant cette même période, avec l'échelle de type Likert suivante : 1 (Pas disponible), 2 (Disponible 1 à 2 fois par semaine), 3 (Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours), 4 (Disponible à chaque jour) et 5 (Disponible plusieurs fois par jour). L'échelle évaluant la disponibilité a été modifiée de la version originale dans le but de s'adapter à une

clientèle vivant une expérience de santé plus grave au cours du mois suivant leur retour à la maison.

Les types d'aides provenant du réseau de soutien social informel évalués par cet instrument de mesure et leurs énoncés respectifs sont les suivants : l'aide matérielle (1, 2, 3, 4, 5, 6,), l'aide physique (9, 10, 11, 12), l'aide émotionnelle (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), l'orientation personnelle (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) et la rétroaction positive (33, 34, 35, 36, 37, 38). Les 38 énoncés relevant de cet instrument de mesure ont été regroupés sous les catégories des types d'aides. Ces modifications et adaptations n'ont cependant pas affecté la cohérence interne de l'instrument, puisque les alphas de Cronbach, dans la présente étude sont respectivement, 0,90 et 0,88 pour les 38 énoncés de l'échelle d'importance et 0,93 et 0,96 pour l'échelle de disponibilité, la veille et un mois suivant le congé de l'hôpital. Les coefficients de cohérence interne pour chaque catégorie des types d'aides pour l'importance et la disponibilité la veille et à un mois suite au congé de l'hôpital sont respectivement les suivants : aide matérielle (0,56, 0,49 ; 0,73, 0,69), aide physique (0,51, 0,76 ; 0,61, 0,86), aide émotionnelle (0,80, 0,77 ; 0,63, 0,79), orientation personnelle (0,88, 0,91 ; 0,87, 0,92) et rétroaction positive (0,86, 0,92 ; 0,77, 0,90). Les types d'aides énumérés représentent bien, pour la plupart, leur catégorie respective.

De plus, pour chacune des catégories d'aides issues de cet instrument, une question reliée au réseau de soutien social y a été insérée. Cette question a permis d'identifier, par ordre d'importance pour chaque type d'aide, les membres du réseau de soutien informel chez qui la personne âgée s'attendait à recevoir de l'aide lors de la convalescence comparativement à ce qui a réellement été reçu. Une moyenne des scores pour chacun des membres provenant du réseau de soutien social informel a été

effectuée afin de préciser lesquels d'entre eux offrent le plus souvent d'aide aux personnes âgées.

La version française du *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

Constitué de 10 questions ouvertes, le *Short Portable Mental Status Questionnaire* évalue, plusieurs aspects cognitifs soit : une question évaluant la mémoire récente, deux questions évaluant la mémoire lointaine, cinq questions évaluant l'orientation dans le temps et l'espace, une question évaluant les informations sur les événements courants et une question axée sur une série de calcul mathématique (voir l'annexe D). Il a été traduit en français par l'investigatrice principale, en utilisant la méthode inversée. Ainsi, les sujets devaient répondre correctement à six questions sur 10 afin de présenter un fonctionnement cognitif variant entre bon et excellent. La cohérence interne de la version originale anglaise est bonne et démontrée par des alphas de Cronbach de 0,82, mais s'est dévoilée plus faible dans la présente étude, avec un alpha de Cronbach de 0,50. Pour être éligibles à participer à la présente étude, les sujets ne devaient pas présenter de déficit cognitif, conséquemment, aucune variance n'a été notée puisque tous les sujets ont répondu correctement à 8 des 10 questions.

Le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques

Dans le dessein de décrire l'échantillon, ce questionnaire a recueilli diverses informations socio-démographiques telles que le sexe, l'âge, le statut civil, la personne avec qui l'on réside la veille de la chirurgie cardiaque et au moment de la convalescence et le lieu de provenance. Les données cliniques incluent la date de la chirurgie et le type de chirurgie. Ce questionnaire est présenté à l'annexe E.

Le déroulement de l'étude

Suite à l'acceptation du projet de recherche par les membres des comités internes de recherche et d'éthique d'un centre hospitalier universitaire affilié à l'Université de Montréal et spécialisé en cardiologie, l'investigatrice a consulté les registres des patients admis aux unités de soins chirurgicaux afin d'établir leur éligibilité à cette étude. Les patients rencontrant les critères de sélection ont été approchés par l'intervenant soignant pour leur demander la permission que l'investigatrice de cette étude puisse les rencontrer pour leur expliquer son projet de recherche. Ce premier contact s'est effectué la veille de la chirurgie cardiaque. Les sujets désirant participer à cette étude ont signé une formule de consentement. L'instrument de mesure modifiée et adaptée de Lepage (1984) « L'instrument de comportements de soutien social informel » et la version française du *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975) ont été administrés au moment de cette première rencontre, soit la veille de la chirurgie ainsi que le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques. Considérant l'âge des sujets, une assistance a été offerte pour les aider à bien compléter l'instrument de mesure et les questionnaires lors de l'entretien face à face. Malgré l'intention d'aller à leur domicile le mois suivant le congé de l'hôpital, tel que décrit dans le formulaire de consentement, les participants ont préféré que l'entretien se fasse par téléphone. Ces derniers étaient légèrement réticents face à une collecte de données à domicile. À ce moment, seulement l'instrument de mesure destiné à évaluer les types d'aides provenant du réseau de soutien informel a été administré de nouveau. Il faut noter que les sujets détenaient, avec eux, l'instrument de mesure au moment de l'entrevue. Cet instrument leurs avaient été donné la veille de la chirurgie.

Les considérations éthiques

Suite à l'acceptation du projet de recherche par les membres du comité d'approbation de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le projet a été révisé pour sa valeur scientifique et ses considérations éthiques par les membres des comités internes de la recherche et d'éthique du centre hospitalier où s'est déroulé l'étude. La lettre de présentation s'adressant à ces comités est présentée à l'annexe F. Les sujets désirant participer à l'étude ont signé une formule de consentement après avoir obtenu toutes les informations relatives à l'étude et à leur participation. Celle-ci est présentée à l'annexe G.

Les sujets ont été avisés que leur participation à ce projet se faisait sur une base volontaire non rémunérée et que ces derniers pouvaient s'en retirer librement en tout temps. Ils ont été réassurés qu'ils ne subiraient aucun risque physique relié à leur participation à ce projet. Les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet sont demeurés confidentiels, mais ont été utilisés à des fins d'analyses dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de maîtrise et pour une publication. La confidentialité a été respectée par l'assignation d'un numéro d'identification à chaque sujet et la liste de codification a été mise sous clés dans la filière de la chercheuse.

Les limites de l'étude

Certaines limites ont été décelées lors de l'élaboration de cette étude, pouvant affecter les validités interne et externe de l'étude. Les facteurs pouvant influencer la validité interne de cette étude sont les suivants : les facteurs historiques, la maturation, la prise de plus d'une mesure et l'effet de réactivité des sujets.

Validité interne

Des facteurs historiques ont pu affecter l'étude. Par exemple, le soutien social informel a pu varier selon la saison dans laquelle les sujets à l'étude vivaient leur convalescence. Donc, le soutien social informel a pu être plus présent en été qu'en hiver. De plus, la maturation des sujets dans le temps a pu influencer la validité interne de l'étude. Par exemple, l'administration du questionnaire à un mois suivant l'hospitalisation a pu influencer les résultats, car les sujets à l'étude n'étaient pas complètement rétablis de leur chirurgie (fatigue, douleur). Enfin, la fluctuation de l'instrument de mesure a sans doute affecté la validité interne de l'étude. L'administration d'un questionnaire en deux temps soit ; la veille de l'opération et un mois suivant leur retour à la maison a pu sensibiliser les sujets en leur permettant d'augmenter leur soutien social informel lors de leur convalescence.

Validité externe

L'effet de réactivité a pu affecter la validité externe de l'étude provoquant chez les sujets de l'étude une modification de leurs réponses dues au fait qu'ils soient au courant de leur participation à l'étude. L'administration de l'instrument de mesure par téléphone a pu affecter la validité externe de l'étude en augmentant chez les sujets la probabilité de modifier leurs réponses puisqu'il y a absence d'interaction direct entre l'investigatrice et les sujets. De plus, la méthode d'échantillonnage peut être une limite de cette étude. En effet, l'échantillon recueilli de façon non aléatoire et accidentelle a conduit à un échantillon de convenance dans un centre hospitalier. Cet échantillon représente donc seulement un certain pourcentage de la population québécoise affectant ainsi les validités externes de l'étude.

Le plan d'analyse des données

La description de l'échantillon est reproduite à l'aide de tableaux de fréquence pour les variables catégorielles ainsi que par des moyennes et leurs écarts types respectifs pour les variables continues. Pour apprécier la nature de la distribution des variables principales à l'étude, des mesures de biais oblique (*Skewness*) et d'aplatissement (*Kurtosis*) ont été réalisées. Les résultats obtenus pour l'ensemble de l'importance et de la disponibilité des cinq catégories d'aides présentent une distribution penchant légèrement vers la droite, indiquant un léger biais oblique positif et une distribution normale d'aplatissement, s'approchant à zéro. Considérant cette distribution, des analyses paramétriques ont été utilisées. Les moyennes de l'importance et de la disponibilité de chacun des 38 types d'aides ainsi que de chacune des cinq catégories de types d'aides (matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction positive) ont été comparées entre la veille de la chirurgie et un mois suite au congé de l'hôpital en utilisant des analyses de variance multivariées (MANOVA) à mesures répétées. Des analyses de variance univariées (ANOVA) simples et répétées ont permis de déterminer plus précisément l'emplacement des différences significatives. Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de signification 0,05, à l'aide du programme statistique *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

Quatrième chapitre
L'article de publication

ENTÊTE : AIDE ATTENDUE ET REÇUE DU RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL
INFORMEL

Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel
par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque*

Rose Pascale Paul, Inf., M.Sc.
Institut de Cardiologie de Montréal
Montréal, Québec

Sylvie Robichaud-Ekstrand, Inf., Ph.D.
Université de Montréal et
Institut de Cardiologie de Montreal
Montréal, Québec

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

Adresse de correspondance :

Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D.
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
C.P.6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7
Courriel-E : 
Sylvie-Robichaud-Ekstrand@umontreal.ca

Entête : AIDE ATTENDUE ET REÇUE DU RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL
INFORMEL

Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel
par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque*

Rose Pascale Paul, Inf., M.Sc.
Institut de Cardiologie de Montréal
Montréal, Québec

Sylvie Robichaud-Ekstrand, Inf., Ph.D.
Université de Montréal et
Institut de Cardiologie de Montreal
Montréal, Québec

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

Adresse de correspondance :

Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D.
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
C.P.6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7
Courriel-E [REDACTED]
Sylvie-Robichaud-Ekstrand@umontreal.ca

**Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel
par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque**

Cette étude décrit et compare l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus et reçus du réseau de soutien social informel, lors de la convalescence à domicile, tels que perçus par des personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque. Le devis de recherche est de type descriptif et comparatif. Le modèle conceptuel de Barrera a été intégré à celui du modèle d'adaptation de Roy. Les 45 participants, 31 hommes et 14 femmes, âgés en moyenne de 74 ans ($ET = 3,37$ ans), ont subi une chirurgie de revascularisation du myocarde, un remplacement valvulaire ou une combinaison des deux chirurgies. La veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital, les participants ont complété une version modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » (Lepage, 1984) pour identifier l'importance et la disponibilité perçues des types d'aides (matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction) attendus et reçus lors de la convalescence à domicile.

Les résultats des MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suivant le congé de l'hôpital sont significatifs pour les catégories de l'aide émotionnelle ($p = 0,002$), l'orientation personnelle ($p = 0,003$) et la rétroaction positive ($p = 0,001$). Les ANOVA indiquent que les personnes âgées évaluent l'aide reçue aussi importante un mois suite au congé de l'hôpital comparativement à la veille de la chirurgie. Cependant, la disponibilité de l'aide est moindre qu'anticipée le mois suivant la chirurgie. Il est nécessaire que les infirmières réévaluent et adaptent l'enseignement préopératoire et la planification du congé des personnes âgées pour 15 types d'aides significatives selon les ressources disponibles provenant du réseau de soutien informel et mobilisent celles du réseau de soutien formel avant le congé de l'hôpital.

Mots clés : Soutien social informel, personnes âgées, chirurgie cardiaque.

Expected and Received Assistance from the Informal Social Support

Network by Older Persons undergoing Heart Surgery

This study describes and compares the importance and availability of expected and received types of assistance, during the convalescence period at home, from the informal social support network, as perceived by older persons undergoing heart surgery. The research design is descriptive and comparative. Barrera's conceptual framework has been integrated to Roy's model of adaptation. The 45 participants, 31 men and 14 women with a mean age of 74 years ($SD = 3.37$ years), underwent myocardium revascularisation, valve replacement, or a combination of both surgeries. The day before the heart surgery and one month following the hospital discharge, the participants completed a French modified and adapted version of the "Inventory of Socially Supportive Behaviors" (Lepage, 1984) to identify perceived importance and availability of expected and received types of assistance (material, physical, emotional, guidance, and feedback) while at home on convalescence.

Repeated-measure MANOVAs result in significant interactions between importance and availability of assistance, and between the day before heart surgery and one month following hospital discharge in three categories of assistance (emotional, $p = 0.002$; guidance, $p = 0.003$; feedback, $p = 0.001$). ANOVAs indicate that older persons perceive, one month after hospital discharge, the received assistance as important as anticipated the day before their surgery, but its availability is less. It is therefore important for nurses to reevaluate and adapt their pre-operative teaching program for older persons, especially as pertaining to the significant 15 types of assistance, and according to available resources from the informal social support network, and to mobilize the formal support network before hospital discharge.

Keywords: Informal Social Network, Older Persons, Cardiac Surgery

**Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel
par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque**

La prévalence de la maladie cardiovasculaire auprès des personnes âgées croît de façon constante puisque la population canadienne devient de plus en plus vieillissante et l'importance de cette maladie augmente avec l'âge (Pathy, 1999 ; Shuraib, 1997). En fonction du niveau de gravité de la maladie cardiovasculaire, les personnes âgées ont de plus en plus recours à la chirurgie cardiaque afin d'atténuer les symptômes physiques qui y sont associés. Les taux les plus élevés de chirurgies de revascularisation du myocarde se situent auprès de personnes issues des groupes d'âge 65 à 74 ans (584 et 200 par 100 000 habitants pour les hommes et les femmes, respectivement) et 75 à 84 ans (383 et 135 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes, respectivement). Ces tendances sont similaires en ce qui concerne les chirurgies valvulaires (112 et 70 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes du groupe d'âge de 65 à 74 ans et 110 et 70 par 100 000 habitants chez les hommes et les femmes de 75 à 84 ans) (Fondation des Maladies du Cœur du Canada, 1999). Ces taux de chirurgies cardiaques continueront d'augmenter étant donné le vieillissement de la population, ainsi que l'amélioration constante et le succès grandissant des techniques de revascularisation du myocarde et de chirurgie valvulaire auprès de personnes âgées.

Depuis quelques années, les soins ambulatoires font partie des nouvelles façons de gérer la convalescence suite à la chirurgie cardiaque. Les plans de soins interdisciplinaires actuels en chirurgie cardiaque ont comme objectif principal de réduire, dans la mesure du possible, la durée du séjour hospitalier à cinq jours pour tous les patients, indépendamment de leur âge (King & Priscilla, 1999 ; Lenz & Perkins,

2000). Au cours de la période de convalescence à domicile, les patients sont appelés à effectuer des ajustements dans leur façon de vivre (Jaarsma, Kastermans, Dassen, & Philipsen, 1995). Plusieurs personnes âgées rapportent une expérience postopératoire difficile, en particulier entre la première et la quatrième semaine de leur convalescence à domicile. Ces personnes éprouvent alors différents symptômes incluant des inconforts au niveau de la plaie sternale, une fatigue, une perte de l'appétit et des sensations d'essoufflement (Carroll, 1993). Ces symptômes sont souvent moins apparents lors de l'hospitalisation puisque la dépense énergétique des activités entreprises à l'hôpital n'équivaut pas celle à la maison (Gortner, Dirks, & Wolfe, 1992). De plus, lors d'une première chirurgie cardiaque, plusieurs des patients s'attendent à une convalescence courte et facile. Ils ne croient pas que leur condition nécessite autant d'aide à domicile. Ces perceptions erronées entre l'aide attendue la veille de la chirurgie et l'aide reçue le mois suivant le congé de l'hôpital résultent en une mauvaise planification de ressources des réseaux de soutien informel et formel. Un sentiment de dépourvu et de panique survient chez certaines personnes âgées les poussant à revenir à l'urgence pour consulter, même si le besoin d'aide professionnelle n'est pas toujours nécessaire. Il est reconnu, dans 70 à 80 % des cas, que l'aide fournie au domicile des personnes âgées provient des membres de la famille ou des substituts (Garant & Bolduc, 1990 ; Guberman & Maheu, 1997 ; Lauzon & Adam, 1996 ; Statistique Canada, 1999 ; Waters, Allsopp, Davidson, & Dennis, 2001). Il en revient donc à l'infirmière de s'assurer que les perceptions entre l'aide attendue et celle disponible du réseau de soutien social informel soient les plus exactes que possible pour éviter des visites à l'urgence et des réadmissions hospitalières.

L'importance du soutien social informel lors de la convalescence suite à une chirurgie cardiaque a préoccupé plusieurs auteurs au cours des dernières décennies. Fontana, Kerns, Rosenberg et Colonese (1989) ainsi que Oxman et Hull (1997) ont découvert que le soutien social joue un rôle important au cours des six premiers mois suivant un événement cardiaque et est relié à une amélioration des signes de la détresse psychologique. Selon Kulik et Mahler (1989), un soutien social venant de la conjointe est associé à une diminution des douleurs angineuses, de la douleur postopératoire et à un rétablissement postopératoire rapide, ce dernier point étant aussi soutenu par Smith et al. (1997). King et al. (1993), tout comme Yates (1994), ont trouvé que l'aide émotionnelle est un facteur important qui favorise, chez l'individu, une meilleure récupération lors de la convalescence à court et à long terme suite à une chirurgie cardiaque. Ils affirment que l'aide émotionnelle augmente le bien-être psychologique en donnant à l'individu l'impression de se sentir aimé, valorisé et accepté par les personnes qui l'entourent. D'autre part, l'aide tangible provenant du conjoint est associée à un meilleur recouvrement de la santé émotionnelle au cours des deux premiers mois suivant un événement cardiaque. Selon Moser (1994), les membres du réseau de soutien social informel jouent un rôle important lors de la convalescence d'un individu, suite à un événement cardiaque. Elle note l'existence d'un lien étroit entre le soutien social informel et la diminution de l'anxiété préopératoire, ce qui résulte à la longue en une meilleure convalescence. De plus, ce soutien social est associé à une réduction de la détresse psychologique, ainsi que des plaintes de dyspnée et d'anxiété auprès des patients qui ont subi une chirurgie cardiaque. Par conséquent, un pauvre réseau de soutien social informel peut augmenter le risque de développer d'autres

complications cardiaques et d'affecter le bien-être physique et psychologique de l'individu durant sa convalescence (Moser, 1994).

Selon Logsdon, McBride et Brikimer (1994), une moindre disponibilité des types d'aides reçus provenant du réseau de soutien social informel comparé à ce qui était attendu, peut créer une dépression chez l'individu. Plus récemment, Logsdon, Usui, Cronin et Miracle (1998) ont repris l'étude de Logsdon et al. (1994) auprès d'une clientèle cardiaque et ont découvert, dans leur étude de prédiction longitudinale effectuée auprès de 58 femmes, que le manque de concordance entre l'aide attendue au cours du séjour à l'hôpital et celle reçue lors de la convalescence à domicile est associé à une diminution de l'estime de soi. De plus, l'estime de soi est reliée positivement au fonctionnement social et l'état émotionnel de la personne. Selon ces auteurs, l'estime de soi est grandement associée au recouvrement de la santé des femmes qui ont subi une chirurgie cardiaque.

Il existe cependant peu de données empiriques qui peuvent guider les membres du réseau de soutien informel sur les types d'aides qui sont importants et disponibles lors de la convalescence immédiate de leur proche qui subit une chirurgie cardiaque (Yates, Skaggs, & Parker, 1994). Il devient donc intéressant d'évaluer plus en profondeur l'importance et la disponibilité des types d'aides (matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction positive) attendues et reçues provenant du réseau de soutien social informel auprès de personnes âgées, hommes et femmes, qui subissent une chirurgie cardiaque. Les résultats de la présente étude s'appliqueront donc à une population élargie de personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque soit, une chirurgie de revascularisation du myocarde, un remplacement valvulaire ou une combinaison des deux chirurgies.

Selon le modèle conceptuel de Roy, les attentes du patient face à son réseau de soutien social informel affectent la qualité de la relation, donc son adaptation dans le mode de l'interdépendance (Andrews, 1991 ; Berger, 1986 ; Roy 1999). Par conséquent, si le patient s'attend à recevoir une aide particulière provenant des membres du réseau de soutien social informel au moment de la convalescence, il est important que ces derniers en soient conscients et puissent juger de leur capacité à répondre aux attentes. Il devient donc primordial que les infirmières évaluent et comparent les perceptions de l'importance et de la disponibilité des types d'aides provenant du réseau de soutien social informel évoquées par les personnes âgées qui ont subi une chirurgie cardiaque. Ainsi, cette étude permettra aux infirmières de réajuster les informations offertes aux personnes âgées et aux membres de leur réseau de soutien informel lors des périodes pré et post opératoires. De plus, ces informations permettront de mieux planifier l'enseignement préopératoire et le suivi de cette clientèle âgée ainsi que d'effectuer les ajustements nécessaires avec le réseau de soutien formel, si le réseau de soutien informel s'avère insuffisant.

Le cadre conceptuel : l'intégration des modèles de Barrera et de Roy

L'intégration du modèle de Barrera (1986) au modèle d'adaptation de Roy (Andrews, 1991) est représentée schématiquement à la figure 1. Roy décrit la personne comme étant un être biopsychosocial qui est en interaction constante avec son environnement et qui s'adapte aux divers stimuli environnementaux internes et externes. La flèche unidirectionnelle qui relie les stimuli aux modes d'adaptation fait référence aux événements auxquels est confrontée la personne âgée subissant une chirurgie cardiaque et poursuivant sa convalescence à domicile. Pour s'adapter aux stimuli focal et contextuels, la personne utilise des mécanismes innés et acquis d'origines biologique, psychologique et sociale. Le but des soins infirmiers dans ce modèle est de favoriser l'adaptation de l'individu dans chacun des quatre modes

suivants : le mode physiologique, le mode concept de soi, le mode fonctionnement dans les rôles et le mode d'interdépendance. Puisque le soutien social informel est la variable principale examinée, la présente étude se concentre sur le mode de l'interdépendance. Le mode de l'interdépendance incorpore le développement et le maintien des relations affectives avec les personnes qui les entourent, surtout en ce qui concerne un proche significatif et son système de soutien. La personne qui atteint un équilibre satisfaisant en ce qui concerne le mode d'interdépendance se sent confiante et adéquate dans ses relations interpersonnelles (Berger, 1986).

Barrera (1986) conceptualise le soutien social comme étant un concept global regroupant les trois catégories suivantes : l'intégration sociale, le soutien réel et le soutien perçu. L'intégration sociale se traduit par l'ensemble des liens que la personne entretient avec les individus présents dans son entourage. Le soutien réel comprend différents types d'aides offerts par des individus issus du réseau de soutien social informel qui est représenté, à la figure 1, par une flèche bidirectionnelle. Il s'agit ainsi des catégories suivantes de types d'aides : matérielle, physique, émotionnelle, d'orientation personnelle, de rétroaction positive et de la participation sociale reçus par les personnes âgées. Il faut noter la mise en retrait du type d'aide associé à la participation sociale s'expliquant par l'absence d'items correspondant à ce type d'aide dans l'instrument de mesure. Le soutien social perçu se caractérise comme étant l'évaluation cognitive que fait l'individu de l'importance (adéquation) et de l'écart dans la disponibilité des types d'aides attendus et reçus qui proviennent du réseau de soutien informel. La flèche bidirectionnelle qui relie la personne aux comportements et au bien-être représente la façon dont la personne s'adapte après avoir reçu différents types d'aides au moment de sa convalescence immédiate à domicile. (Insérer la figure 1, ici).

Le but et la question de recherche

Le but de l'étude

Cette étude décrit et compare les perceptions de personnes âgées de 70 ans et plus, de l'importance et de la disponibilité des types d'aides attendus et reçus du réseau de soutien social informel, la veille d'une première chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital lors de la période de convalescence immédiate à domicile.

La question de recherche

En comparant les perceptions des types d'aides entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suivant le congé de l'hôpital, les perceptions de l'importance et de la disponibilité des types d'aides attendus et reçus sont-elles similaires ?

La méthode

La définition des termes

Le réseau de soutien social informel : Ensemble de personnes dans l'entourage qui offre divers types d'aides, qui peuvent inclure des soins professionnels si ceux-ci ne font pas parties des services actuels de santé. Cet ensemble de personnes peut être composé du conjoint (e), des membres de la famille, d'amis et, ou de voisins.

Les types d'aides : Formes de soutien qui sont classifiées en cinq catégories distinctes incluant : 1) l'aide matérielle qui correspond à un soutien sous forme de biens ou d'argent ; 2) l'aide physique correspondant aux services et soins prodigués pour la personne ; 3) l'aide émotionnelle comprenant des interactions sur des sentiments personnels se faisant de manière non directive entre deux individus ; 4) l'orientation personnelle qui inclue des informations ou des conseils donnés dans le dessein d'orienter des actions et 5) la rétroaction positive qui représente une évaluation

spontanée d'actions et d'idées. Chacun de ces types d'aides est évalué selon leur niveau d'importance et de disponibilité.

L'importance des types d'aides : Perception de la nécessité ou de la portée des différents types d'aides provenant du réseau de soutien informel, évaluée par la version modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » de Lepage (1984).

La disponibilité des types d'aides : Perception de la présence des différents types d'aides attendus et reçus. Il s'agit de la fréquence d'accès à un ou plusieurs types d'aides provenant du réseau de soutien social informel. Celle-ci est mesurée à l'aide de la version modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » de Lepage (1984).

L'échantillon

Le recrutement des sujets a été effectué entre le 12 avril 2001 et le 6 septembre 2001 dans un centre hospitalier universitaire (spécialisé en cardiologie) de la région de Montréal, Canada. Pour être éligible à participer à cette étude, les sujets devaient rencontrer les critères de sélection suivants : subir pour la première fois une chirurgie de revascularisation du myocarde, un remplacement valvulaire ou une combinaison des deux chirurgies cardiaques ; être âgés de 70 ans et plus ; séjourner à l'hôpital pour un maximum de 10 jours suite à la chirurgie ; retourner à son domicile lors de la convalescence immédiate suite au congé de l'hôpital ; ne pas être hospitalisé de nouveau pendant le premier mois de convalescence à domicile ; ne présenter aucun déficit cognitif (selon le *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer (1975) ou une atteinte débilante ; parler et lire le Français ; et résider dans la région de Montréal ou de ses environs.

Au cours de cette période de recrutement, 53 personnes ont rencontré ces critères de sélection. Parmi celles-ci, huit ont été exclues de l'étude puisque trois sont décédées et cinq ont été hospitalisées de nouveau, représentant un taux d'attrition de 10 %. L'échantillon final de convenance est donc constitué de 45 sujets. Le tableau 2 présente le profil détaillé de l'échantillon à l'étude quant aux caractéristiques socio-démographiques et cliniques. Chez l'ensemble des 45 sujets, 31 (69 %) sont des hommes et 14 (31 %) des femmes, avec une moyenne d'âge de 74 ans (ET = 3,37 ans). La majorité des participants sont mariés (30 ; 67 %), effectuent leur convalescence à leur propre domicile (42 ; 93 %) et proviennent de la région de Montréal (27 ; 60 %). Presque deux tiers des sujets ont subi une chirurgie de revascularisation du myocarde (28 ; 62 %). Le conjoint représente la personne ressource la plus disponible lors de la convalescence à domicile (entre 55 % et 65 %), suivi des membres de la famille (entre 29 % et 38 %) pour l'ensemble des types d'aides suivants, qui sont présentés en ordre d'importance : matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction.

L'instrument de mesure

L'inventaire de comportements de soutien social

La version française modifiée et adaptée de « L'inventaire de comportements de soutien social » de Lepage (1984) évalue respectivement, les perceptions de l'importance et de la disponibilité des types d'aides provenant du réseau de soutien informel, sur deux échelles distinctes de type Likert, qui varient de 1 (Pas important) à 5 (Très important) et de 1 (Pas disponible) à 5 (Disponible plusieurs fois par jour). Cet inventaire a été traduit du *Inventory of Socially Supportive Behaviors* de Barrera (1981). La validité de contenu de la version française de Lepage (1984) a été établie par

quatre juges bilingues dont deux infirmières, un psychologue et un anthropologue qui ont eu à se prononcer sur la traduction. Cette version française comporte 40 énoncés, dont 8 évaluent l'aide matérielle, 6 examinent l'assistance physique (aide physique), 9 regardent les interactions intimes (aide émotionnelle), 9 interprètent l'orientation personnelle et 8 examinent la rétroaction positive. Bien que le modèle de Barrera inclut la participation social au sein du réseau comme un type d'aide, l'instrument de mesure ne présente aucun item qui l'évalue. Le coefficient de cohérence interne alpha de Cronbach, pour l'ensemble des énoncés est 0,89. Un coefficient de 0,88 lors du test de vérification contre-vérification (*test-retest*) indique que l'instrument présente une bonne stabilité temporelle quand il a été complété à deux reprises par une population composée de 67 mères ayant un enfant de moins de cinq mois lors de la première administration et de 35 mères issues de cette même population lors de sa deuxième administration (Lepage, 1984).

Dans la présente étude, certaines modifications et adaptations ont été apportées à la version française de Lepage (1984). Trois des huit énoncés de la catégorie d'aide matérielle indiquaient un montant d'argent américain spécifique de 25 \$ qu'une personne donnerait ou prêterait. Puisque ce montant ne correspond plus à la réalité économique actuelle et qu'il peut signifier un impact différent pour diverses personnes, un énoncé général a été retenu qui indique simplement qu'une personne a donné de l'argent pour venir en aide. Il existe donc maintenant six questions plutôt que huit pour la catégorie reliée à l'aide matérielle. De plus, l'inventaire a été adapté pour être administré la veille de la chirurgie cardiaque et à un mois suite au congé de l'hôpital auprès de personnes âgées. Ces modifications et adaptations n'ont cependant pas affecté la cohérence interne de l'instrument, puisque les alphas de Cronbach, dans la présente

étude sont respectivement pour les deux temps de l'étude, 0,90 et 0,88 pour les 38 énoncés de l'échelle d'importance et 0,93 et 0,96 pour l'échelle de disponibilité. Les coefficients de cohérence interne pour chaque catégorie des types d'aides pour l'importance et la disponibilité, la veille et à un mois suite au congé de l'hôpital, sont respectivement les suivants : aide matérielle (0,56, 0,49 ; 0,73, 0,69), aide physique (0,51, 0,76 ; 0,61, 0,86), aide émotionnelle (0,80, 0,77 ; 0,63, 0,79), orientation personnelle (0,88, 0,91 ; 0,87, 0,92) et rétroaction positive (0,86, 0,92 ; 0,77, 0,90). Pour la plupart, les types d'aides énumérés représentent bien leur catégorie respective.

Le Short Portable Mental Status Questionnaire

Le *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer (1975) permet de déterminer le niveau de la mémoire récente, la mémoire lointaine, l'orientation à l'espace, et des informations sur les événements courants par une série de calculs mathématiques. Il est constitué de 10 questions ouvertes et a été utilisé pour déterminer l'éligibilité des participants à la présente étude. Il a été traduit en français par l'investigatrice principale, en utilisant la méthode inversée. La cohérence interne de la version originale anglaise est bonne et démontrée par des alphas de Cronbach de 0,82. Pour être éligibles à participer à la présente étude, les sujets ne devaient pas présenter de déficit cognitif, conséquemment, aucune variance n'a été notée puisque tous les sujets ont répondu correctement à 8 des 10 questions.

Les données socio-démographiques et cliniques

Dans le dessein de décrire l'échantillon, ce questionnaire a recueilli diverses informations socio-démographiques telles que le sexe, l'âge, le statut civil, la personne avec qui l'on réside la veille de la chirurgie et au moment de la convalescence. Les

données cliniques incluent la date de la chirurgie et le type de chirurgie. (Insérer le tableau 1, ici).

La procédure de la collecte de données

Suite à l'acceptation du projet de recherche par les membres des comités internes de recherche et d'éthique du centre hospitalier universitaire, l'investigatrice a consulté les registres des patients admis aux unités de soins chirurgicaux afin d'établir leur éligibilité à cette étude. Les patients rencontrant les critères de sélection ont été approchés par l'intervenant soignant pour leur demander la permission que l'investigatrice de cette étude puisse les rencontrer pour leur expliquer son projet de recherche. Ce premier contact s'est effectué la veille de la chirurgie cardiaque. Les sujets désirant participer à cette étude ont signé un formulaire de consentement. L'instrument de mesure modifié et adapté de Lepage (1984) « L'inventaire de comportements de soutien social » et la version française du *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975) ont été administrés la veille de la chirurgie cardiaque ainsi que le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques. Étant donné l'âge des sujets, une assistance a été offerte pour les aider à bien compléter l'instrument de mesure et les questionnaires lors de l'entretien face-à-face. Un mois suivant le congé de l'hôpital, l'investigatrice a téléphoné les sujets à leur domicile. À ce moment, seulement l'instrument de mesure modifié et adapté de Lepage (1984) « L'inventaire de comportements de soutien social » a été administré de nouveau. Les sujets disposaient d'une copie papier à leur domicile et l'investigatrice les aidait à bien le compléter par téléphone.

Le plan d'analyse des données

La description de l'échantillon est reproduite à l'aide de tableaux de fréquence pour les variables catégorielles ainsi que par des moyennes et leurs écarts types respectifs pour les variables continues. Pour apprécier la nature de la distribution des variables principales à l'étude, des mesures de biais oblique (*Skewness*) et d'aplatissement (*Kurtosis*) ont été réalisées. Les résultats obtenus pour l'ensemble de l'importance et de la disponibilité des cinq catégories d'aides présentent une distribution penchant légèrement vers la droite, indiquant un léger biais oblique positif et une distribution normale d'aplatissement, s'approchant à zéro. Considérant cette distribution, des analyses paramétriques ont été effectuées. Les moyennes de l'importance et de la disponibilité de chacun des 38 types d'aides ainsi que de chacune des cinq catégories de types d'aides (matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction positive) ont été comparées entre la veille de la chirurgie et un mois suite au congé de l'hôpital en utilisant des analyses de variance multivariées (MANOVA) à mesures répétées. Des analyses de variance univariées (ANOVA) à mesures simples et répétées ont permis de déterminer plus précisément l'emplacement des différences significatives. Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de signification 0,05, à l'aide du programme statistique *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

Les résultats

La première question consiste à comparer les perceptions de l'importance et de la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital. Les tableaux 2 à 6 présentent les moyennes et les écarts types de chaque catégorie d'aide, ainsi que leurs types d'aides respectives. Les résultats des MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois

suivant le congé de l'hôpital sont significatifs pour les catégories de l'aide émotionnelle ($p = 0,002$), l'orientation personnelle ($p = 0,003$) et la rétroaction positive ($p = 0,001$) et non significatifs pour l'aide matérielle ($p = 0,36$) et l'aide physique ($p = 0,35$). En utilisant les résultats des ANOVA à mesures répétées, seulement pour la catégorie de l'aide matérielle, l'importance de l'aide diminue entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital ($p = 0,0001$). La disponibilité de l'aide attendue et reçue diminue significativement dans toutes les catégories ($p \leq 0,01$). La veille de la chirurgie, les résultats des ANOVA à un temps, présentent des différences significatives entre l'importance et la disponibilité pour les catégories de l'aide matérielle ($p = 0,002$) et de la rétroaction positive ($p = 0,002$), tandis qu'un mois suivant le congé de l'hôpital, toutes les catégories sont significatives ($p < 0,0001$) pour l'importance et la disponibilité, sauf celle de la rétroaction positive ($p = 0,24$). (Insérer les tableaux 2 à 6, ici).

En ce qui concerne la catégorie de l'aide matérielle, l'interaction entre l'importance et la disponibilité de deux des six types d'aide entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital sont significatifs (vous fournir un endroit où vous pourrez demeurer, $p = 0,005$; vous fournir un endroit où vous pourrez vous évader, vous retirer pour quelques temps, $p = 0,007$). Pour chacun de ces types d'aides, les moyennes de l'importance diminuent considérablement (3,18 à 1,51, $p = 0,0001$; 2,93 à 1,58, $p = 0,0001$, respectivement) ainsi que celles de leur disponibilité (2,80 à 2,00, $p = 0,001$; 2,60 à 2,04, $p = 0,02$, respectivement). La veille de la chirurgie cardiaque, aucune différence n'est apparente entre l'importance et la disponibilité de ces deux items ($p < 0,12$), tandis qu'un mois suite au congé de l'hôpital, l'importance est significativement moins élevée que la disponibilité ($p < 0,02$).

La catégorie de l'aide physique présente seulement un sur six types d'aides (vous réconforter en vous démontrant physiquement de l'affection) dont l'interaction entre l'importance et la disponibilité diffèrent entre avant et après la chirurgie ($p = 0,03$). Cette différence est notée seulement par une diminution significative de la disponibilité entre la veille de la chirurgie et un mois suite au congé de l'hôpital ($p = 0,0001$) et non pour son importance ($p = 0,46$). En examinant, la différence entre l'importance et la disponibilité, seulement celle à un mois suite au congé de l'hôpital est significative ($p = 0,0001$), l'importance demeure toujours plus élevée (4,11) que sa disponibilité (3,42).

Quatre sur neuf énoncés provenant de l'aide émotionnelle diffèrent entre l'importance et la disponibilité, entre la veille de la chirurgie et un mois suite au congé de l'hôpital (exprimer de l'intérêt et montrer que votre bien-être vous tient à cœur, $p = 0,01$; vous écouter, parler de vos sentiments intérieurs ou de choses personnelles, $p = 0,0001$; vous informer de ce qu'il avait fait lorsqu'il a vécu une situation semblable à la vôtre, $p = 0,001$; vous raconter comment il s'était senti dans une situation semblable à celle que vous vivez, $p = 0,002$). Il n'existe cependant aucune différence dans l'importance de ces types d'aides entre la veille de la chirurgie et un mois plus tard ($p < 0,25$), tandis que des différences sont présentes pour leurs disponibilités ($p \leq 0,002$). La veille de la chirurgie cardiaque, il n'existe aucune différence significative entre l'importance et la disponibilité de ces types d'aides ($p \leq 0,87$), mais une différence existe pour chacun des types d'aides, un mois suite au congé de l'hôpital ($p \leq 0,0001$).

Cinq sur neuf types d'aides de la catégorie reliée à l'orientation personnelle ont été démontrés significatifs dans la MANOVA à mesures répétées (vous dire qui vous devrez consulter pour obtenir de l'aide, $p = 0,05$; vous exprimer clairement ce

qu'on attend de vous, $p = 0,04$; vous donner de l'information pour vous aider à comprendre la situation dans laquelle vous vous trouvez, $p = 0,01$; vous apprendre comment faire quelque chose, $p = 0,001$; et vous a dit à quoi vous attendre dans une situation sur le point de se produire, $p = 0,01$). L'importance entre la veille de la chirurgie et un mois suite au départ de l'hôpital est toujours non significative pour tous ces énoncés ($p \geq 0,43$), tandis que leurs disponibilités demeurent toujours significatives ($p \leq 0,001$). Seulement à un mois suite au départ de l'hôpital, les différences entre l'importance et la disponibilité de quatre sur cinq types d'aides sont significatives ($p \leq 0,02$).

Les moyennes de trois sur huit types d'aides de la rétroaction positive diffèrent significativement entre leur importance et leur disponibilité tel que perçu entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au départ de l'hôpital ($p \leq 0,01$) (vérifier avec vous si vous avez suivi les conseils que vous avez reçus, $p = 0,001$; vous dire des choses qui clarifieront votre situation et vous les rendront facile à comprendre, $p = 0,002$; vous complimenter à propos d'une activité que vous aurez réalisée, $p = 0,01$). Les moyennes de l'importance entre les deux temps de ces types d'aides ne sont pas significatives ($p \geq 0,46$), tandis que leurs disponibilités le sont ($p \leq 0,02$). La veille de la chirurgie cardiaque, les différences entre l'importance et la disponibilité de deux sur trois types d'aides sont significatives (vous dire des choses qui clarifieront votre situation et vous les rendront facile à comprendre, $p = 0,002$; vous complimenter à propos d'une activité que vous aurez réalisée, $p = 0,003$) tandis que un sur trois persiste à être différent (vous dire des choses qui clarifieront votre situation et vous les rendront facile à comprendre ($p = 0,05$), et un

autre type d'aide devient significatif le mois suivant le congé de l'hôpital (vérifier avec vous si vous avez suivi les conseils que vous avez reçus, $p = 0,01$).

La discussion

Les perceptions des personnes âgées entre l'importance de l'aide attendue et leur disponibilité entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital sont différentes pour les catégories d'aide de types émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction positive. Conséquemment, il devient primordial pour les infirmières de s'attarder plus attentivement à l'aide provenant du réseau de soutien social informel pour que ces membres soutiennent de façon émotionnelle les personnes âgées, fournissent des informations ou des conseils pour guider leurs actions et encouragent l'évaluation spontanée d'actions et d'idées des personnes âgées. À l'exception de l'aide matérielle, l'importance des catégories de types d'aides demeure similaire entre la veille de la chirurgie et un mois suite au congé de l'hôpital. Cependant, la disponibilité entre l'aide attendue et reçue diminue dans toutes les catégories. Conséquemment, les personnes âgées ont une bonne perception de l'importance de l'aide qu'elles s'attendent à recevoir, mais cette aide s'avère moins disponible qu'anticipée lors de la période de la convalescence immédiate. Cette observation est rapportée par Dubé (1996), Dummont et Larouche (1997) qui indiquent que les personnes âgées, vivant une situation de stress telle que la maladie, se plaignent du manque de disponibilité des membres de leur réseau de soutien social informel. Selon ces auteurs, les personnes âgées sont à une étape où leurs enfants adultes possèdent simultanément plusieurs responsabilités familiales (travail, charge d'enfants, fonction communautaire, rôles social et familial, etc.) et ne peuvent consacrer autant de temps à prendre soin de leur personne âgée significative qu'ils le désirent. Ainsi, il serait nécessaire que les infirmières évaluent, en

période préopératoire, la disponibilité des membres du réseau de soutien social informel face à ces types d'aides lors de la convalescence à domicile.

Il semble logique qu'à un mois suite au retour de l'hôpital que les personnes âgées aient trouvé un endroit pour demeurer ou sentir qu'elles puissent s'évader ou se retirer pour quelque temps. On constate donc que ces deux besoins deviennent à ce moment peu importants. Les besoins de type matériel sont tous comblés une fois de retour à domicile, mais les données cliniques indiquent l'existence d'une inquiétude assez prononcée sur ce sujet chez les personnes âgées la veille de la chirurgie cardiaque. Il est essentiel que l'infirmière et les autres professionnels de la santé (le travailleur social, le médecin) continuent à évaluer la disponibilité de l'aide matérielle lors de la convalescence à domicile afin de prévoir des ressources formelles nécessaires (CLSC, centre de convalescence, etc.) en cas de besoin.

Il est intéressant de noter que les personnes âgées considèrent plus important d'être réconfortées par un membre de leur réseau de soutien informel, qui leur démontrait physiquement de l'affection, après avoir subi leur chirurgie. Cependant, la disponibilité de ce type d'aide diminue après la chirurgie. Plusieurs conjoints rapportent ne pas oser toucher la personne opérée de peur de leur faire mal. Ceci semble être interprété comme étant un manque d'affection et doit être clarifié par l'infirmière lors des classes d'enseignement et des interventions personnalisées des infirmières auprès des personnes âgées.

Les personnes âgées aimeraient que les membres de leur réseau de soutien informel leur expriment de l'intérêt, écoutent plus attentivement leurs sentiments intérieurs, les informent non seulement sur ce qu'ils avaient fait, mais aussi ressenti lors d'une situation semblable (selon le cas). La disponibilité de ces types d'aide

émotionnelle est plus faible qu'anticipée après la chirurgie. Ceci rejoint les résultats de recherche émis par les auteurs Hildingh, Segesten et Fridlund (1997), Moser (1994), Yates et al. (1994) qui notent l'impact de l'aide émotionnelle sur le rétablissement de la santé psychologique auprès des individus ayant subi une chirurgie cardiaque. Une recommandation infirmière serait nécessaire en vue d'évaluer la disponibilité des membres du réseau de soutien social informel en regard de l'aide émotionnelle. Des données cliniques indiquent que plusieurs personnes ayant subi une chirurgie cardiaque sont atteintes émotionnellement (pleure, se sentent déprimées) lors de leur congé à domicile. Ceci est causé par un stress intense vécu tout au long de l'hospitalisation. Il serait indispensable que les infirmières sensibilisent les membres du réseau du soutien social informel à l'écoute des sentiments des personnes âgées en période de convalescence. Par ailleurs, une rencontre effectuée durant la période hospitalière avec une autre personne ayant vécu une situation semblable à ce que la personne âgée vit semblerait rencontrer un besoin. L'institution où s'est déroulée la présente étude dispose d'un service de bénévoles qui rencontrent les personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque. Ce service est bien utilisé. Toutefois certaines personnes âgées ressentent encore le besoin de s'identifier à une personne ayant vécu la même expérience qu'elles dans leur période de convalescence. Une première suggestion serait d'avoir une rencontre formelle qui introduit d'autres personnes âgées hospitalisées qui ont subi une chirurgie cardiaque permettant un échange à ce sujet. Une autre recommandation serait d'établir un système d'échanges téléphoniques par ces mêmes bénévoles au cours de la convalescence à domicile pour les intéressés qui désirent recevoir du soutien à long terme.

Les répondants de cette étude indiquent qu'ils aimeraient recevoir de l'information face aux types de soutien formel à consulter pour obtenir de l'aide, si nécessaire. Recevoir de l'information pour les aider à comprendre la situation dans laquelle elles se trouvent et apprendre comment bien faire les choses durant leur convalescence est un besoin considéré très prioritaire. Toutefois, la disponibilité de ces types d'aides diminue le mois suivant le congé de l'hôpital. Ceci se traduirait surtout par le manque de connaissances des membres du réseau de soutien social informel face à l'aide de type informationnel. Les recommandations seraient d'impliquer les membres du réseau de soutien social informel lors d'un enseignement formel donné aux personnes âgées offert par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé (physiothérapeute, diététiste) lors de l'hospitalisation. Ceci est indispensable car plusieurs personnes âgées ont noté des inquiétudes face aux conduites à suivre lors de la convalescence. En effet, plusieurs auteurs Henderson et Zernike (2000), McNamara et Wallis (1999), Worth, Tierney et Watson (2000) rapportent qu'un enseignement adéquat avant le congé de l'hôpital contribuait à la diminution de l'anxiété face aux activités à entreprendre lors de la convalescence et moins de consultations aux départements de l'urgence. Il serait aussi envisageable qu'une infirmière effectue un suivi, possiblement par téléphone et de renforcer l'enseignement reçu.

Enfin, les personnes âgées aimeraient que les membres du réseau de soutien social informel vérifient avec eux s'ils ont suivi les conseils reçus lors de leur hospitalisation. De plus, cette clientèle veut que les membres de leur réseau de soutien social informel leur disent des choses qui clarifient leur situation en les rendant facile à comprendre ainsi qu'elle aimerait être complimentée à propos d'une activité qui a été

bien réalisée. Cependant, la disponibilité face à ces types d'aides diminue au moment de la convalescence. Ceci rejoint les résultats rapportés par les auteurs McNamee et Wallis (1999), Tierney et Watson (2000), Yates (1994), Worth qui notent l'importance de l'enseignement postopératoire. En cas de la non disponibilité de membres provenant du réseau de soutien social informel, il serait important que l'infirmière procède à un suivi téléphonique au moment de la convalescence. Ceci permettrait aux personnes âgées de poser des questions sur la bonne démarche à suivre lors de leur convalescence. De plus, cet appel téléphonique permettrait d'évaluer si elles suivent de façon appropriée les conseils offerts au moment de l'enseignement postopératoire. Cette idée rejoint donc celle des auteurs Waters et al. (2001).

Les limites de l'étude

Certaines limites ont été décelées lors du déroulement de cette étude, pouvant affecter les validités interne et externe de l'étude. Les facteurs ayant pu influencer la validité interne de cette étude sont les suivants : les facteurs historiques, la maturation, la prise de plus d'une mesure et l'effet de réactivité des sujets.

La validité interne

Des facteurs historiques ont pu affecter l'étude. Par exemple, le soutien social informel a pu varier selon la saison dans laquelle les sujets à l'étude vivaient leur convalescence. Donc, le soutien social informel a pu être plus présent en été qu'en hiver puisque les membres du réseau de soutien social informel ont l'occasion d'être en congé à cette période de l'année. De plus, la maturation des sujets dans le temps a pu influencer la validité interne de l'étude. Par exemple, l'administration du questionnaire un mois suivant l'hospitalisation a pu influencer les résultats, car les sujets à l'étude n'étaient pas complètement rétablis de leur chirurgie (fatigue, douleur). L'administration d'un questionnaire en deux temps soit, la veille de l'opération et un

mois suivant leur retour à la maison, a pu sensibiliser les sujets en leur permettant d'augmenter leur soutien social informel lors de leur convalescence.

La validité externe

L'effet de réactivité a pu également affecter la validité externe de l'étude provoquant chez les sujets de l'étude une modification de leurs réponses dues au fait qu'ils soient au courant de leur participation à l'étude et surtout lors de l'entrevue téléphonique effectuée un mois suivant leur retour à la maison. De plus, la méthode d'échantillonnage peut être une limite de cette étude. En effet, l'échantillon recueilli de façon non aléatoire et de convenance a conduit à un échantillon provenant dans un centre hospitalier. Cet échantillon représente donc seulement un certain pourcentage de la population québécoise affectant ainsi la validité externe de l'étude.

La conclusion

Une étude similaire corrélationnelle mais prédictive entre les perceptions de l'importance et de la disponibilité des réseaux de soutien formel (aide professionnelle) et informel serait complémentaire. Celle-ci pourrait faire des liens d'association et de prédiction entre les perceptions la veille de la chirurgie et celles lors de la convalescence à domicile. Établir des liens d'association entre le soutien social perçu correspondant à l'évaluation cognitive, le soutien réellement offert et le niveau d'intégration social avec les gens de l'entourage des personnes âgées supporterait la théorie de Barrera (1984).

Puisque la présente étude souligne une très grande importance et une disponibilité moyenne de trois types d'aides émotionnelle, relié à l'orientation personnelle et la rétroaction positive, il serait important que les infirmières évaluent la

disponibilité de l'aide provenant des membres du réseau de soutien social non seulement informel mais aussi formel lors de la période préopératoire. Ceci leur permettrait de mieux planifier le retour à domicile des personnes âgées. Un enseignement postopératoire ou un suivi téléphonique ajusté aux perceptions de soutien des personnes âgées et en présence de membres de leur réseau de soutien social informel permettrait d'obtenir une meilleure idée de la conduite à suivre lors de la période de la convalescence immédiate. De plus, une rencontre avec une personne ayant vécu une situation semblable à celle des personnes âgées durant leur hospitalisation et au cours du mois suivant le congé de l'hôpital serait de mise surtout auprès de cette clientèle âgée.

Les perceptions des personnes âgées entre l'importance de l'aide attendue et leur disponibilité entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital sont différentes pour les catégories d'aide de types émotionnelle, orientation personnelle et rétroaction positive. Il est important que les infirmières adaptent leur enseignement préopératoire pour que les personnes âgées évaluent correctement la disponibilité de leur réseau de soutien informel lors de la convalescence. Suite à cette démarche, les infirmières doivent revoir avant le congé de l'hôpital, les ressources à mobiliser provenant du réseau de soutien formel lorsque jugées nécessaires.

Les références

- Andrews, H. A. (1991). The Roy adaptation model: The definitive statement. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Barrera, M. Jr. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B. H. Gottlieb (Ed.), Social Networks and Social Support. (pp. 69-95). Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinction between social support concepts, measures and models. American Journal of Community Psychology, 14 (4), 413-445.
- Barrera, M. Jr., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. American Journal of Community Psychology, 9 (4), 435-447.
- Berger, L. (1986). Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation. France, Paris : Éditions Lamarre.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1997). Bivariate inferential data analyses. (3rd ed.), The practice of nursing research conduct, critique, & utilization. (pp. 449-480). Philadelphia, Pennsylvania: Saunders.
- Carroll, D. L. (1993). Recovery in the elderly after coronary artery bypass surgery. Unpublished. Boston College. PH. D. Microfiche: DA9329271.
- Côté, D., Gagnon, E., Guberman, N., Saillant, F., Thivierge, N., & Tremblay, M. (1998). Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec : recherche en matière de politiques. Ottawa : Condition féminine Canada. ISBN : 0662635086.
- Dubé, D. (1996). Humaniser la vieillesse : psychologie gérontologique selon une perspective humaniste. Sainte-Foy, Québec : Éditions Multi Mondes.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (1999). Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000/ collaboration, laboratoire de lutte contre la maladie. Ottawa : Fondation des maladies du cœur du Canada. ISBN : 1-896242-29-4.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L., & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. Health Psychology, 8 (2). 175-193.

Garant, L., & Bolduc, M. (1990). L'aide par les proches : mythes et réalités: revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels. (pp. 12-30). Québec, Québec. Collection : Études et analyses / Planification - évaluation santé services sociaux.

Gortner, S. R., Dirks, J., & Wolfe, M. M. (1992). The road to recovery for elders after CABG. American Journal of Nursing, 92 (8), 44-49.

Guberman, N., & Maheu, P. (1997). Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne. Montréal, Québec : Les éditions du remue-ménage.

Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. Journal of Advanced Nursing, 35 (3), 435-41.

Hildingh, C., Segesten, K., & Fridlund, B. (1997). Elderly persons' social network and need for social support after their first myocardial infarction. Scandinavian University Press, 11, 5-11.

Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. Journal of Advanced Nursing, 21, 21-27.

King, K. M., & Koop, P. M. (1999). The influence of the cardiac surgery patient's sex and age on care-giving received. Social Science & Medicine, 48, 1735-1742.

Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. Health Psychology, 8, (2), 221-238.

Ducharme, F. & Adams, E. (1996). La personne âgée et sa famille. Lauzon, S. (Ed.), La personne âgée et ses besoins : Interventions infirmières. (pp. 723-731). Saint-Laurent, Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

Lenz, E. R., & Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: Outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. Applied Nursing Research, 13, (3), 142-150.

Lepage, L. (1984). Adaptation et validation d'une mesure de soutien social. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Logsdon, M. C., McBride, A. B., & Brikimer, J. C. (1994). Social support and postpartum depression. Research in Nursing and Health, 17, 449-457.

Logsdon, M. C., Usui, W. M., Cronin, S. N., & Miracle, V. A. (1998). Social support and adjustment in women following coronary artery bypass surgery. Health Care for Women International, 19 (1), 61-70.

McNamee, S., & Wallis, M. (1999). Patient problems and evaluation of patient discharge education after coronary artery bypass graft surgery. Contemporary Nurse, 8 (3), 107-15.

Moser, D. K. (1994). Social support and cardiac recovery. Journal of Cardiovascular Nursing, 9 (1), 27-36.

Pathy, J. (1999). Cardiac surgery in elderly patients: benefits and resource priorities. Heart, 82 (2), 121-122.

Oxman, T. E., & Hull, J. G. (1997). Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B (1), 1-14.

Pfeiffer, E. (1995). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. American Geriatrics Society, 10 (23), 433-441.

Roy, C. (1999). The Roy adaptation model/Callista Roy and Heather A. Andrews. (2nd Ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Statistique Canada. (1999). Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999. (Collections Organisation mondiale de la santé). ISBN : 1020332X.

Shuaib, A. (1997). Les décès par maladie cardiovasculaire. Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Canada. ISBN : 1 896242 27 8.

Smith, R.T., Hamalainen, H., Kallio, V., Ronnema, T., Lind, J., Puukka, P., Arstila, M., & Kuttala, K. (1997). International Journal of Rehabilitation Research, 20 (1), 11-28.

Stewart, M. J., Hirth, A. M., Klassen, G., Makrides, L., & Wolf, H. (1997). Stress, coping, and social support as psychosocial factors in readmissions for ischaemic heart disease. International Journal of Nursing Studies, 34 (2), 151-63.

Waters, K., Allsopp, D., Davidson, I., & Dennis, A. (2001). Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on. Journal of Advanced Nursing, 33(5), 575-582.

Weaver, L. A., & Doran, K. A. (2001). Telephone follow-up after cardiac surgery. American Journal of Nursing, 101 (5), 24 OO-24 WW.

Yates, B. C., Skaggs, B., & Parker, J. D. (1994). Theoretical perspectives on the nature of social support in cardiovascular illness. Journal of Cardiovascular Nursing, 9 (1), 1-15.

Yates, B. C. (1995). The relationships among social support and short-and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. Research in Nursing & Health, 18 (3), 193-203.

Les remerciements

Les auteurs tiennent à remercier mesdames Francine Gratton, Sylvie Le May, Jacinthe Pepin et Bilkis Vissandjee, professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ; Michèle Perron, statisticienne et enfin, tous les participants de l'étude.

Tableau 1

Les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets à l'étude (N = 45)

Caractéristique	Échantillon total N = 45		Chi- carré *p
	f	%	
Sexe			
Masculin	31	68,9	0,01*
Féminin	14	31,1	
Statut civil			
Marié (e)	30	66,7	0,0001*
Veuf (ve)	11	24,4	
Conjoint de fait	2	4,4	
Célibataire	2	4,4	
Vivant avec quelqu'un			
Vivant avec son époux (se)	30	66,7	0,0001*
Vivant seul	10	22,2	
Vivant avec un enfant	3	6,7	
Vivant avec un frère ou une sœur	1	2,2	
Vivant avec un ami	1	2,2	
Lieu de convalescence			
Convalescence à leur propre domicile	42	93,3	0,0001*
Convalescence chez un enfant	2	4,4	
Convalescence chez un frère ou une sœur	1	2,2	
Lieu de provenance			
Région de Montréal	27	60	0,0001*
Environs de Montréal	18	40	
Type de chirurgie			
Chirurgie de revascularisation du myocarde	28	62,2	0,0001*
Remplacement valvulaire	7	15,6	
Combinaison des deux chirurgies cardiaques	10	22,2	
Âge			
	<u>M</u>	<u>ET</u>	
	74	3,37	
Résultats au <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>			
	9,56	0,50	

Note : f = fréquence ; % = pourcentage ; M = moyenne ; ET = écart type ; *p < 0,05.

Tableau 2

La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'aide matérielle

Item	Type d'aide	La veille de la chirurgie cardiaque			Un mois suite au congé de l'hôpital			p***		
		M	ET	p*	M	ET	p*			
Aide matérielle		I	3,13	0,71	0,002*	2,45	0,65	0,0001*	0,0001**	0,36
		D	3,51	0,68		2,97	0,72		0,0001**	
4	Vous prêter ou donner quelque chose (objet autre que de l'argent médicaments, pansements) dont vous avez besoin	I	4,67	0,83	0,13	4,00	1,21	0,01*	0,01**	0,32
		D	4,42	0,78		3,51	0,97		0,0001**	
3	Vous fournir un moyen de transport ou vous conduira à un endroit	I	4,56	1,01	0,002*	4,38	0,98	0,0001*	0,33	0,65
		D	3,89	1,19		3,60	1,10		0,14	
6	Vous fournir un endroit où vous pourrez demeurer	I	3,18	1,76	0,13	1,51	1,18	0,012*	0,0001**	0,005***
		D	2,80	1,64		2,00	1,35		0,001**	
1	Vous fournir un endroit où vous pourrez vous évader, vous retirer pour quelques temps	I	2,93	1,84	0,12	1,58	1,23	0,02*	0,0001**	0,007***
		D	2,60	1,47		2,04	1,38		0,02**	
2	Vous donner de l'argent en cas de besoin	I	1,76	0,88	0,0001*	1,64	0,77	0,0001*	0,47	0,55
		D	3,60	1,23		3,31	1,02		0,13	
5	Vous prêter de l'argent	I	1,71	0,82	0,0001*	1,58	0,66	0,0001*	0,37	0,39
		D	3,75	0,99		3,38	0,96		0,01**	

Note. ^aItem dans la version adaptée de «L'inventaire de comportements de soutien social» (Lepage, 1984) ; I = importance ; D = disponibilité ; M = moyenne ; ET = écart type ; *p < 0,05, ANOVA entre l'importance et la disponibilité, soit la veille de la chirurgie cardiaque ou un mois suite au congé de l'hôpital ; **p < 0,05, ANOVA à mesures répétées de l'importance ou de la disponibilité des types d'aides, entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital ; ***p < 0,05 MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides et entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital.

Tableau 3

La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'aide physique

Item	Type d'aide	La veille de la chirurgie cardiaque			Un mois suite au congé de l'hôpital			p***	
		M	ET	p*	M	ET	p*		
Aide physique		I	3,83	0,67	0,08	3,90	0,52	0,0001*	0,53
		D	3,58	0,91		3,27	0,76		0,01**
8	Être physiquement à vos côtés lors d'une situation stressante ou difficile pour vous (Votre convalescence)	I	4,80	0,60	0,01*	4,67	0,48	0,0001*	0,18
		D	4,42	1,12		4,04	1,02		0,006**
9	S'occuper de vos affaires durant votre absence (animaux, plantes, maison, appartement, etc.)	I	4,51	0,89	0,005*	4,62	0,54	0,0001*	0,43
		D	3,87	1,42		3,60	0,86		0,20
12	Se mettre au boulot pour vous aider à faire quelque chose qui devrait être fait (travaux ménagers, travaux extérieurs)	I	4,24	1,33	0,005*	4,36	0,86	0,0001*	0,57
		D	3,53	1,60		3,33	1,09		0,39
11	Vous reconforter en vous démontrant physiquement de l'affection	I	3,93	1,44	0,93	4,11	0,96	0,0001*	0,46
		D	3,91	1,08		3,42	0,78		0,0001**
10	Accomplir une activité avec vous afin de vous aider à vous changer les idées	I	3,76	1,42	0,20	3,89	1,03	0,0001*	0,56
		D	3,44	1,12		3,11	0,75		0,06
7	Prendre soin, s'occuper d'un membre de votre famille durant votre absence	I	1,70	1,42	0,008*	1,64	1,40	0,04*	0,78
		D	2,30	1,66		2,09	1,49		0,30

Note. ^aItem dans la version adaptée de «L'inventaire de comportements de soutien social» (Lepage, 1984) ; I = importance ; D = disponibilité ; M = moyenne ; ET = écart type ; *p < 0,05, ANOVA entre l'importance et la disponibilité, soit la veille de la chirurgie cardiaque ou un mois suite au congé de l'hôpital ; **p < 0,05, ANOVA à mesures répétées de l'importance ou de la disponibilité des types d'aides, entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital ; ***p < 0,05 MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides et entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital.

Tableau 4

La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'aide émotionnelle

Item	Type d'aide	La veille de la chirurgie cardiaque			Un mois suite au congé de l'hôpital				
		M	ET	p*	M	ET	p*		
	Aide émotionnelle	I 3,67	0,75	0,85	3,59	0,44	0,0001*	0,50	0,002***
		D 3,64	0,60		3,11	0,49		0,0001**	
18	Vous dire qu'il (elle) sera toujours là pour vous aider, vous supporter, en cas de besoin	I 4,42	0,84	0,50	4,42	0,72	0,0001*	1,00	0,15
		D 4,16	0,95		3,91	0,87		0,05	
20	Vous dire qu'il (elle) se sente très près de vous, très lié (e) à vous	I 4,38	0,96	0,34	4,11	0,71	0,01*	0,17	0,38
		D 4,24	0,80		3,82	0,65		0,001**	
19	Exprimer de l'intérêt et montrer que votre bien-être lui tient à cœur	I 4,22	0,95	0,87	4,31	0,67	0,0001*	0,62	0,01***
		D 4,20	0,79		3,82	0,72		0,002**	
21	Plaisanter et raconter des blagues afin de vous rendre plus gai (e)	I 4,04	1,22	0,26	3,80	0,73	0,0001*	0,25	0,06
		D 3,84	1,00		3,20	0,59		0,0001**	
16	Vous écouter, parler de vos sentiments intérieurs ou de choses personnelles	I 4,00	1,19	0,90	4,20	0,63	0,0001*	0,30	0,0001***
		D 3,98	0,94		3,40	0,86		0,0001**	
14	Parler avec vous de sujets, de choses qui vous intéresseront	I 3,98	1,16	0,90	3,89	0,57	0,0001*	0,64	0,06
		D 3,96	0,82		3,47	0,55		0,0001**	
13	Vous informer de ce qu'il (elle) avait fait lorsqu'il (elle) a vécu une situation semblable à la vôtre	I 2,69	1,66	1,00	2,89	1,43	0,0001*	0,25	0,001***
		D 2,69	1,49		1,93	1,07		0,0001**	
17	Vous raconter comment il (elle) s'était senti (e) dans une situation semblable à celle que vous vivez	I 2,69	1,70	1,00	2,87	1,44	0,0001*	0,30	0,002***
		D 2,69	1,50		1,91	1,04		0,0001**	
15	Vous dire que vos sujets de conversation resteront secrets entre vous deux seulement	I 2,58	1,47	0,008*	1,80	0,84	0,0001*	0,001**	
		D 3,04	1,35		2,56	1,08		0,03**	0,20

Note. ^aItem dans la version adaptée de «L'inventaire de comportements de soutien social» (Lepage, 1984) ; I = importance ; D = disponibilité ; M = moyenne ; ET = écart type ; *p < 0,05, ANOVA entre l'importance et la disponibilité, soit la veille de la chirurgie cardiaque ou un mois suite au congé de l'hôpital ; **p < 0,05, ANOVA à mesures répétées de l'importance ou de la disponibilité des types d'aides, entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital ; ***p < 0,05 MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides et entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital.

Tableau 5

La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de l'orientation personnelle

Item	Type d'aide	La veille de la chirurgie cardiaque				Un mois suite au congé de l'hôpital				
		M	ET	p*	p**	M	ET	p*	p**	
Orientation personnelle										
22	Vous accompagner chez quelqu'un (médecin, infirmière, etc.) capable de vous aider à résoudre votre problème	I	3,76	0,93	0,52	3,69	0,75	0,0001*	0,65	0,003***
		D	3,86	0,81		3,17	0,62		0,0001**	
28	Vous dire qui vous devrez consulter pour obtenir de l'aide	I	4,60	0,65	0,05*	4,53	0,73	0,0001*	0,63	0,09
		D	4,33	0,90		3,98	0,89		0,04**	
26	Vous suggérer des actions ou des moyens que vous devrez prendre	I	3,82	1,39	0,81	3,67	1,11	0,008*	0,55	0,05***
		D	3,87	1,10		3,22	0,74		0,001**	
25	Vous renseigner sur la façon de faire quelque chose	I	3,76	1,32	0,93	3,76	1,09	0,001*	1,00	0,23
		D	3,73	1,14		3,00	0,83		0,0001**	
24	Exprimer clairement ce qu'on attend de vous	I	3,76	1,38	0,75	3,78	1,13	0,001*	0,93	0,24
		D	3,69	1,20		3,02	1,81		0,0001**	
23	Vous aider à vous fixer un objectif personnel	I	3,66	1,29	0,14	3,51	1,01	0,18	0,58	0,04***
		D	3,95	0,78		3,27	0,78		0,0001**	
27	Vous donner de l'information pour vous aider à comprendre la situation dans laquelle vous vous trouvez	I	3,64	1,51	0,20	3,11	0,93	0,90	0,02**	0,37
		D	3,91	1,06		3,13	0,73		0,0001**	
30	Vous apprendre comment faire quelque chose	I	3,64	1,38	0,84	3,71	1,22	0,0001*	0,78	0,01***
		D	3,69	1,22		2,91	0,82		0,0001**	
29	Vous dire à quoi vous attendre dans une situation sur le point de se produire	I	3,51	1,39	1,50	3,71	1,06	0,001*	0,43	0,001***
		D	3,84	1,00		3,04	0,77		0,0001**	
		I	3,44	1,24	0,20	3,40	1,16	0,02*	0,86	0,01***
		D	3,69	1,08		2,96	0,80		0,0001**	

Note. ^aItem dans la version adaptée de «L'inventaire de comportements de soutien social» (Lepage, 1984) ; I = importance ; D = disponibilité ; M = moyenne ; ET = écart type ; *p < 0,05, ANOVA entre l'importance et la disponibilité, soit la veille de la chirurgie cardiaque ou un mois suite au congé de l'hôpital ; **p < 0,05, ANOVA à mesures répétées de l'importance ou de la disponibilité des types d'aides, entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital ; ***p < 0,05 MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides et entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'importance et la disponibilité des types d'aides et entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital.

Tableau 6

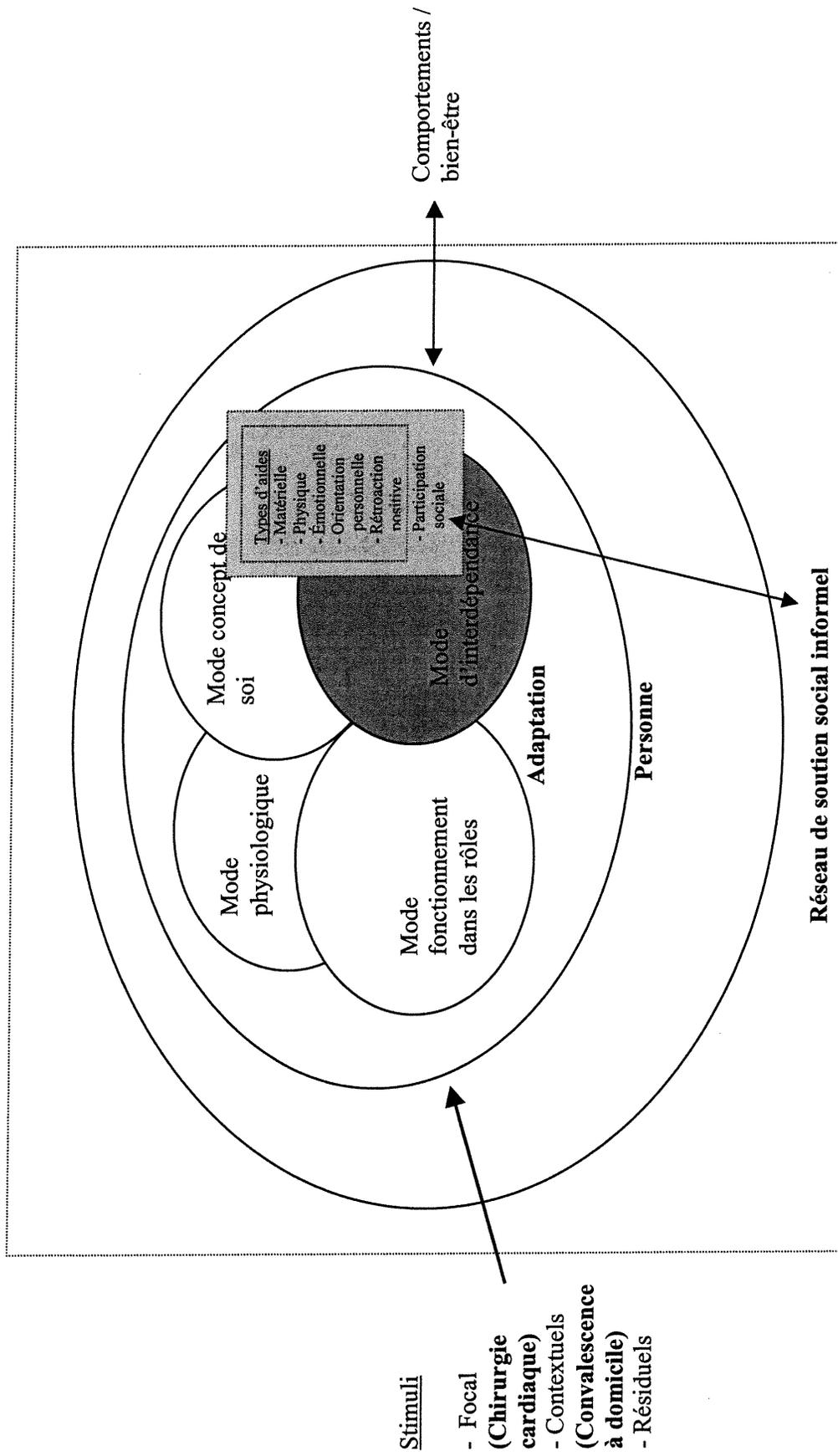
La description et la comparaison entre l'importance et la disponibilité des types d'aides attendus la veille de la chirurgie cardiaque et reçus un mois suite au congé de l'hôpital de la catégorie de la rétroaction positive

Item	Type d'aide	La veille de la chirurgie cardiaque		Un mois suite au congé de l'hôpital		p***				
		M	ET	M	ET					
Rétroaction positive										
33	Vous exprimer de l'admiration ou du respect pour une de vos habiletés ou qualités personnelles	I	3,54	0,87	0,002*	3,49	0,51	0,24	0,70	0,001***
		D	3,94	0,74		3,38	0,58		0,0001**	
35	Vous aider à comprendre la raison pour laquelle vous n'avez pas réussi quelque chose (activités, etc.)	I	3,78	1,04	0,12	3,73	0,62	0,60	0,80	0,27
		D	4,00	0,64		3,78	0,60		0,03**	
32	Vous dire que vous êtes correct(e) telle que vous êtes	I	3,67	1,23	0,06*	3,58	0,87	0,02*	0,67	0,21
		D	4,04	0,88		3,20	0,73		0,0001**	
34	Vérifier avec vous si vous avez suivi les conseils que vous avez reçus	I	3,58	1,16	0,38	3,53	0,79	0,12	0,83	0,09
		D	3,73	0,94		3,31	0,70		0,003**	
36	Être d'accord ou approuver quelque chose que vous voulez faire	I	3,53	1,47	0,31	3,96	0,98	0,01*	0,92	0,001***
		D	3,98	1,25		3,58	0,81		0,02**	
38	Vous donner son impression sur ce que vous ferez, sans vous dire si cela sera bien ou mal	I	3,51	1,08	0,002*	2,93	0,87	0,03*	0,002**	0,21
		D	4,02	0,72		3,20	0,73		0,0001**	
37	Vous dire des choses qui clarifieront votre situation et vous les rendront facile à comprendre	I	3,49	1,32	0,005*	3,20	0,97	0,23	0,12	0,21
		D	3,93	1,07		3,38	0,89		0,001**	
31	Vous complimenter à propos d'une activité que vous aurez réalisée	I	3,47	1,08	0,02*	3,51	0,73	0,05*	0,82	0,002***
		D	3,91	0,82		3,20	0,70		0,0001**	
		I	3,41	1,43	0,003*	3,47	0,92	0,73	0,46	0,01***
		D	3,90	1,00		3,42	0,78		0,008**	

Note. ^aItem : Numéro de la question retrouvée dans la version adaptée de «L'inventaire de comportements de soutien social» (Lepage, 1984); I = importance ; D = disponibilité ; M = moyenne ; ET = écart type ; *p < 0,05, ANOVA entre l'importance et la disponibilité, soit la veille de la chirurgie cardiaque ou un mois suite au congé de l'hôpital ; **p < 0,05, ANOVA à mesures répétées de l'importance ou de la disponibilité des types d'aides, entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital ; ***p < 0,05 MANOVA à mesures répétées des interactions entre l'importance et la disponibilité des types d'aides et entre la veille de la chirurgie cardiaque et un mois suite au congé de l'hôpital.

La liste des figures

Figure 1 : Le schéma du modèle de Barrera intégré au modèle conceptuel de Roy



Les références

Andrews, H. A. (1991). The Roy adaptation model: The definitive statement. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.

Arcand, M., & Hébert, R. (1997). Précis pratique de gériatrie. (2^e ed). Saint-Hyacinthe, Québec : Edisem.

Barrera, M. Jr. (1986). Distinction between social support concepts, measures and models. American Journal of Community Psychology, 14 (4), 413-445.

Barrera, M. Jr. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B. H. Gottlieb (Ed.), Social Networks and Social Support. (pp. 69-95). Beverly Hills, California : Sage Publications.

Barrera, M. Jr., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of scale of social support : Studies on college students. American Journal of Community Psychology, 9 (4), 435-447.

Berger, L. (1986). Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation. France, Paris : Éditions Lamarre.

Brown, C. S. (1992). Cardiac surgery in the elderly: The critical care phase. AACN Clinical Issues, 3 (1), 57-63.

Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (1994). Soins infirmiers : médecine et chirurgie. Saint-Laurent, Québec : Édition du nouveau pédagogique.

Burns, N., & Grove, S. K. (1997). Bivariate inferential data analyses. (3^e ed.), The practice of nursing research conduct, critique, & utilization. (pp. 449-480). Philadelphia, Pennsylvania : Édition Saunders.

Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New-York, New-York: Behavioral Publications.

Carroll, D. L. (1993). Recovery in the elderly after coronary artery bypass surgery. Unpublished. Boston College. PH. D. Microfiche : DA9329271.

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and « stress »: Theoretical formulation. International Journal of Health Services, 4, 471-482.

Chen, J., & Wilkins, R. (1998). Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. Rapports sur la santé, 10, (1), 41-53.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98 (2), 310-357.

Colin, L. (1999). Un portrait des aînées au Canada. (3^e ed.). Ottawa, Ontario : Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles. ISBN : 0-660-96154-7.

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population pour la rencontre des Ministres de la santé Charlottetown. (1999). Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. (2^e ed.). Ottawa : Santé Canada. ISBN : 0662835409.

Conn, V. S., Taylor, S. G., & Abele, P. B. (1991). Myocardial infarction survivors: Age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. Journal of Advanced Nursing, *16*, 1026-1034.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990). La position du CCNTA sur l'aide informelle : Soutien et mise en valeur. Ottawa, Ottawa : Conseil consultatif national sur le troisième âge. ISBN : 0662577450.

Côté, D., Gagnon, E., Guberman, N., Saillant, F., Thivierge, N., & Tremblay, M. (1998). Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec : recherche en matière de politiques. Ottawa : Condition féminine Canada. ISBN : 0662635086.

Dauids, D., & Verderber, A. (1995). Research connections: Functional outcomes of cardiac surgery for the elderly. Journal of Cardiovascular Nursing, *9*, (4), 96- 101.

Dubé, D. (1996). Humaniser la vieillesse : psychologie gérontologique selon une perspective humaniste. Sainte-Foy, Québec : Éditions Multi Mondes.

Dubois, J., & Dummé, P. (1997). Vieillir sans devenir vieux. Paris, France : Desclie de Brouwer.

Duchesne, L. (1996). La situation démographique au Québec. (Éditions 1997). Québec : Bureau de la statistique du Québec. ISBN : 2551178940.

Dumont-Larouche, N. (1997). La réalité des aînés québécois. Québec, Québec : Conseil des aînés. ISBN : 2550309804.

Fondation des maladies du cœur du Canada. (1999). Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000/ collaboration, laboratoire de lutte contre la maladie. Ottawa : Fondation des maladies du cœur du Canada. ISBN : 1-896242-29-4.

Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L., & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. Health Psychology, *8* (2), 175-193.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. Circulation, *101*, 1919-1924.

Garant, L., & Bolduc, M. (1990). L'aide par les proches : mythes et réalités : revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels. (pp. 12-30). Québec, Québec. Collection : Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé des services sociaux.

Gortner, S. R., Dirks, J., & Wolfe, M. M. (1992). The road recovery for elders after CABG. American Journal of Nursing, *92*, (8), 44-49.

Guberman, N., & Maheu, P. (1997). Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne. Montréal, Québec : Les éditions du remue-ménage.

Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. Journal of Advanced Nursing, *35*, (3), 435-41.

Héту, J. L. (1992). Psychologie du vieillissement. Montréal, Québec : Éditions du Méridiens.

Hildingh, C., Segesten, K., & Fridlund, B. (1997). Elderly persons social network and need for social support after their first myocardial infarction. Scandinavian University Press, *11*, 5-11.

House, J. S. (1981). Work Stress and Support. Reading, MA : Addison-Wesley. Publishing.

Johansen, H., Nair, C., & Taylor, G. (1998). Variation ayant trait à l'angioplastie et au pontage. Rapport sur la santé, *10* (3), 67-77.

Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. Journal of Advanced Nursing, *21*, 21-27.

Keating, N., Fast, J., Frederick, J., Cranswick, K., & Perrier, C. (1999). Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

Kelly, K. S., Soderlund, K., & Albert, C. (1999). Social support and chronic fatigue syndrome. Health Communacation, *11* (1), 21-4.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval, Québec : Éditions Études Vivantes.

King, K. B., & Parrinello, K. A. (1988). Patient perceptions of recovery from coronary artery bypass grafting after discharge from the hospital. Heart & Lung: Journal of Critical Care, 17(6), 708-15.

King, K. B., Reis, H.T., Porter, L. A., & Norsen, L. H. (1992). Patient perceptions of quality of life after coronary artery surgery: Was it worth it? Research in Nursing Health, 15 (5), 327-334.

King, K. M., & Koop, P. M. (1999). The influence of the cardiac surgery patient's sex and age on care-giving received. Social Science & Medicine, 48, 1735-1742.

Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. Health Psychology, 1989, 8, (2), 221-238.

Lacourse, M. T., & Fournier, J. (1998). Sociologie de la santé. Montréal : Québec : Éditions Chenelière/McGraw-Hill.

Lauzon, S., & Adams, E. (1996). La personne âgée et sa famille. Dans F. Ducharme (Ed.), La personne âgée et ses besoins : Interventions infirmières. (pp. 723-731). Saint-Laurent, Québec : Éditions du renouveau pédagogique.

Lenz, E. R., & Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: Outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. Applied Nursing Research, 13, (3), 142-150.

Lepage, L. (1984). Adaptation et validation d'une mesure de soutien social. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Logsdon, M. C., & McBride, A. B., (1989). Help after childbirth... Do women get what they expect and need? The Kentucky Nurse, 37 (7), 14-15.

Logsdon, M. C., McBride, A. B., & Brikimer, J. C. (1994). Social support and postpartum depression. Research in Nursing and Health, 17, 449-457.

Logsdon, M. C., Usui, W. M., Cronin, S. N., & Miracle, V. A. (1998). Social support and adjustment in women following coronary artery bypass surgery. Health Care for Women International, 19 (1), 61-70.

McNamee, S., & Wallis, M. (1999). Patient problems and evaluation of patient discharge education after coronary artery bypass graft surgery. Contemporary Nurse, 8 (3), 107-15.

Moser, D. K. (1994). Social support and cardiac recovery. Journal of Cardiovascular Nursing, 9 (1), 27-36.

Orth-Gomer, K. (1993). Resource support and heart patient recovery. Psychosomatic Medicine, 55 (1), 37-43.

Oxman, T. E., & Hull, J. G. (1997). Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B (1), 1-14.

Pathy, J. (1999). Cardiac surgery in elderly patients: Benefits and resource priorities. Heart, 82 (2), 121-122.

Pelletier, J. (1991). Vers un nouvel équilibre des âges / rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées. Québec, Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. ISBN : 2550226542.

Pfeiffer, E. (1995). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. American Geriatrics Society, 10 (23), 433-441.

Roberston, S. (1987). Le soutien et son incidence sur les services de consultation à l'intervention des handicapés. Département de psychologie de l'éducation. Université de Calgary.

Roy, C. (1999). The Roy adaptation model / Callista Roy and Heather A. Andrews. (2^e ed.). Stamford, Connecticut : Appleton & Lange.

Statistique Canada. (1999). Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999. (Collections Organisation mondiale de la santé). ISBN : 1020332X.

Shuaib, A. (1997). Les décès par maladie cardiovasculaire. Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Canada. ISBN : 1 896242 27 8.

Smith, R.T., Hamalainen, H., Kallio, V., Ronnema, T., Lind, J., Puukka, P., Arstila, M., & Kuttala, K. (1997). International Journal of Rehabilitation Research, 20 (1), 11-28.

Stewart, M. J., Hirth, A. M., Klassen, G., Makrides, L., & Wolf, H. (1997). Stress, coping, and social support as psychosocial factors in readmissions for ischaemic heart disease. International Journal of Nursing Studies, 34 (2), 151-63.

Waters, K., Allsopp, D., Davidson, I., & Dennis, A. (2001). Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on. Journal of Advanced Nursing, 33(5), 575-582.

Weaver, L. A., & Doran, K. A. (2001). Telephone follow-up after cardiac surgery. American Journal of Nursing, 101, (5), 24 OO-24 WW.

Waggener, N. M., & Galassi, J.P. (1993). The Relation of frequency, satisfaction, and type of socially supportive behaviors to psychological adjustment in marital separation. Journal of Divorce and Remarriage, 21, (1-2), 139-157.

Yates, B. C., Skaggs, B., & Parker, J. D. (1994). Theoretical perspectives on the nature of social support in cardiovascular illness. Journal of Cardiovascular Nursing, 9, (1), 1-15.

Yates, B. C. (1995). The relationships among social support and short-and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. Research in Nursing & Health, 18, (3), 193-203.

Annexe A

L'inventaire de comportements de soutien social Lepage (1984)

Version française modifiée et adaptée pour la veille de la chirurgie cardiaque

Nous sommes intéressées à connaître, par l'intermédiaire de cet inventaire, vos attentes sur la façon dont vous pensez que les gens qui vous entourent vous aideront durant le mois qui suivra votre chirurgie cardiaque.

S'il-vous-plaît, lisez attentivement chaque énoncé et encerclez :

- le nombre de fois que vous prévoyez qu'une personne sera disponible pour vous aider dans les activités décrites au cours du mois suivant votre retour à la maison.
- le niveau d'importance des activités décrites que vous prévoyez recevoir.

Utilisez l'échelle suivante pour donner vos réponses :

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

- Mettez en ordre d'importance les personnes, issues de votre réseau de soutien social, chez qui vous prévoyez recevoir de l'aide pour chaque catégorie d'aide à la fin de chacune des cinq sections.
-

Section 1 : Aide matérielle

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

-
1. Fournira un endroit où vous pourrez vous évader, vous retirer pour quelques temps

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

2. Vous donnera de l'argent en cas de besoin

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

3. Vous fournira un moyen de transport ou vous conduira à un endroit

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

4. Vous prêtera ou vous donnera quelque chose (objet autre que de l'argent : médicaments, pansements) dont vous avez besoin

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

5. Vous prêtera de l'argent

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

6. Vous fournira un endroit où vous pourrez demeurer

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Aide matérielle : Réseau : conjoint famille amis voisins (en ordre)

Section 3 : Aide émotionnelle

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

13. Vous informera de ce qu'il (elle) avait fait lorsqu'il (elle) a vécu une situation semblable à la vôtre

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

14. Parlera avec vous de sujets, de choses qui vous intéresseront

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

15. Vous dira que vos sujets de conversation resteront secrets entre vous deux seulement

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

16. Vous écouterait parler de vos sentiments intérieurs ou de choses personnelles

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

17. Vous racontera comment il (elle) s'était senti (e) dans une situation semblable à celle que vous vivez

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

18. Vous dira qu'il (elle) sera toujours là pour vous aider, vous supporter, en cas de besoin

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

19. Exprimerait de l'intérêt et montrerait que votre bien-être lui tient à cœur

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

20. Vous dira qu'il (elle) se sent très près de vous, très lié (e) à vous

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

21. Plaisanterait et raconterait des blagues afin de vous rendre plus gai (e)

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Aide émotionnelle : Réseau : conjoint famille amis voisins (en ordre)

Section 4 : Orientation personnelle

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

22. Vous accompagnera chez quelqu'un (médecin, infirmière, etc.) capable de vous aider à résoudre votre problème

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

23. Vous aidera à vous fixer un objectif personnel

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

24. Exprimera clairement ce qu'on attend de vous

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

25. Vous renseignera sur la façon de faire quelque chose

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

26. Vous suggèrera des actions ou des moyens que vous devrez prendre

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

27. Vous donnera de l'information pour vous aider à comprendre la situation dans laquelle vous vous trouvez

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

28. Vous dira qui vous devrez consulter pour obtenir de l'aide

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

29. Vous dira à quoi vous attendre dans une situation sur le point de se produire

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

30. Vous apprendra comment faire quelque chose

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Orientation personnelle : Réseau : conjoint famille amis voisin (**en ordre**)

Section 5 : Rétroaction

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

31. Vous complimentera à propos d'une activité que vous aurez réalisée

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

32. Vous dira que vous êtes correct(e) telle que vous êtes

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

33. Vous exprimera de l'admiration ou du respect pour une de vos habiletés ou qualités personnelles

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

34. Vérifiera avec vous si vous avez suivi les conseils que vous avez reçus

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

35. Vous aidera à comprendre la raison pour laquelle vous n'avez pas réussi quelque chose (activités, etc.)

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

36. Sera d'accord ou approuvera quelque chose que vous voulez faire

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

37. Vous dira des choses qui clarifieront votre situation et vous les rendront facile à comprendre

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

38. Vous donnera son impression sur ce que vous ferez, sans vous dire si cela sera bien ou mal

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Rétroaction : Réseau : conjoint famille amis voisins (en ordre)

Annexe B

L'inventaire de comportements de soutien social Lepage (1984)

Version française modifiée et adaptée pour le mois suivant le congé de l'hôpital

Nous sommes intéressées à connaître, par l'intermédiaire de cet inventaire, votre impression sur la façon dont les gens qui vous entourent vous ont aidé durant le mois qui ont suivi votre chirurgie cardiaque.

S'il-vous-plaît, lisez attentivement chaque énoncé et encerclez :

- le nombre de fois qu'une personne a été disponible pour vous aider dans les activités décrites au cours du mois suivant votre retour à la maison.
- le niveau d'importance des activités décrites que vous avez reçues au cours du mois suivant votre retour à la maison.

Utilisez l'échelle suivante pour donner vos réponses :

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

- Identifiez, en ordre d'importance, les personnes qui vous ont données de l'aide pour les activités décrites.
-

Section 1 : Aide matérielleImportance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

-
1. Vous a fourni un endroit où vous avez pu vous évader, vous retirer pour quelques temps

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

2. Vous a donné de l'argent

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

3. Vous a fourni un moyen de transport ou vous a conduit à un endroit

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

4. Vous a prêté ou vous a donné quelque chose (objet autre que de l'argent : médicaments, pansements) dont vous aviez besoin

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

5. Vous a prêté de l'argent

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

6. Vous a fourni un endroit où vous pouviez demeurer.

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Aide matérielle : Réseau : conjoint famille amis voisins (en ordre)

Section 2 : Aide physiqueImportance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

7. A pris soin, s'est occupé (e) d'un membre de votre famille durant votre absence

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

8. Était physiquement à vos côtés lors d'une situation stressante ou difficile pour vous (convalescence)

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

9. S'est occupé (e) de vos affaires durant votre absence (animaux, plantes, maison, appartement, etc.)

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

10. A accompli une activité avec vous afin de vous aider à vous changer les idées

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

11. Vous a réconforté en vous démontrant physiquement de l'affection

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

12. S'est mis (e) au boulot pour vous aider à faire quelque chose qui devrait être fait (travaux ménagers, travaux extérieurs)

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Aide physique : Réseau : conjoint famille amis voisin (en ordre)

Section 3 : Aide émotionnelle

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

13. Vous a informé de ce qu'elle avait fait lorsqu'elle a vécu une situation semblable à la vôtre

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

14. A parlé avec vous de sujets, de choses qui vous intéressaient

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

15. Vous a dit que vos sujets de conversation resteraient secrets entre vous deux seulement

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

16. Vous a écouté parler de vos sentiments intérieurs ou de choses personnelles

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

17. Vous a raconté comment il (elle) s'était senti (e) dans une situation semblable à celle que vous viviez

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

18. Vous a dit qu'il (elle) était toujours là pour vous aider, vous soutenir, en cas de besoin

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

19. A exprimé de l'intérêt et a montré que votre bien-être lui tenait à cœur

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

20. Vous a dit qu'il (elle) se sentait très près de vous, très lié (e) à vous

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

21. A plaisanté et a raconté des blagues afin de vous rendre plus gaie

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Aide émotionnelle : Réseau :
conjoint famille amis voisins (en ordre)

Section 4 : Orientation personnelle

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

22. Vous a accompagné chez quelqu'un (médecin, infirmière, etc.) capable de vous aider à sélectionner votre problème

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

23. Vous a aidé à vous fixer un objectif personnel

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

24. Vous a exprimé clairement ce qu'on attendait de vous

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

25. Vous a renseigné sur la façon de faire quelque chose

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

26. Vous a suggéré des actions ou des moyens que vous deviez prendre

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

27. Vous a donné de l'information pour vous aider à comprendre la situation dans laquelle vous vous trouviez

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

28. Vous a dit qui vous devriez consulter pour obtenir de l'aide

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

29. Vous a dit à quoi vous attendre dans une situation sur le point de se produire

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

30. Vous a appris comment faire quelque chose

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Orientation personnelle : Réseau : conjoint famille amis voisins (en ordre)

Section 5 : Rétroaction

Importance :

1. Pas important
2. Peu important
3. Moyennement important
4. Assez important
5. Très important

Disponibilité :

1. Pas disponible
2. Disponible 1 à 2 fois par semaine
3. Disponible plus de 2 fois par semaine, mais non à tous les jours
4. Disponible à chaque jour
5. Disponible plusieurs fois par jour

31. Vous a complimenté à propos d'une activité que vous aviez réalisée

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

32. Vous a dit que vous étiez correct(e) telle que vous êtes

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

33. Vous a exprimé de l'admiration ou du respect pour une de vos habiletés ou qualités personnelles

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

34. A vérifié avec vous si vous aviez suivi les conseils que vous aviez reçus

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

35. Vous a aidé à comprendre la raison pour laquelle vous n'aviez pas réussi quelque chose (activités, etc.)

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

36. S'est dit d'accord ou a approuvé quelque chose que vous vouliez faire

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

37. Vous a dit des choses qui ont clarifié votre situation et vous l'ont rendue facile à comprendre

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

38. Vous a donné son impression sur ce que vous aviez fait, sans vous dire si cela était bien ou mal

Importance : 1 2 3 4 5

Disponibilité : 1 2 3 4 5

Rétroaction : Réseau : conjoint famille amis voisins (en ordre)

Annexe C



UNIVERSITÉ
LAVAL

CABINET DE LA DOYENNE
FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Cité universitaire
Québec, Canada G1K 7P4

Le 19 octobre 2000

Madame Pascale Paul

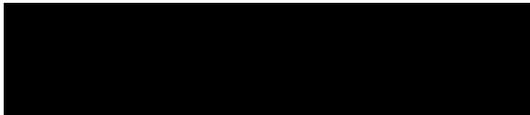


Madame,

Pour faire suite à votre lettre du 28 septembre 2000, je vous autorise à utiliser la version française de l'instrument de mesure de Manuel Barrera (1981) *Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)*, soit l'*Inventaire de Comportements de Soutien Social*.

J'ai traduit et validé cette mesure dans le cadre des travaux de mon mémoire en sciences infirmières (1984). Comme vous en êtes bien consciente, la source de la version française devra être mentionnée.

Je vous souhaite bon succès dans vos travaux de recherche.



Linda Lepage,
Doyenne

:lg

Annexe D

Annexe E

Le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques

Les données socio-démographiques

Indiquer votre âge _____

À chaque question, cochez la case qui correspond à votre situation.

1. État civil :

- 1- () Marié (e)
- 2- () Conjoint (e) de fait
- 3- () Célibataire
- 4- () Veuf, veuve
- 5- () Séparé (e) ou divorcé (e)

2. Avec qui demeurez-vous normalement ?

- 1- () Je vis seul
- 2- () Je vis avec mon époux ou épouse
- 3- () Je vis avec mes enfants
- 4- () Je vis avec un frère ou une sœur
- 5- () Je vis avec un ami (e)

3. Durant le premier mois de votre convalescence, chez qui allez-vous demeurer ?

- 1- () Chez moi
- 2- () Chez mon enfant
- 3- () Chez mon frère ou ma sœur
- 4- () Chez un ami (e)

Les données cliniques

Date de la chirurgie : _____

Date de la rencontre : _____

Type de chirurgie : _____

Annexe F

**ÉVALUATION D'UN PROJET PAR LE
COMITÉ INTERNE DE LA RECHERCHE**

Date de la réunion: Le 10 janvier 2001

No du projet: #01-004

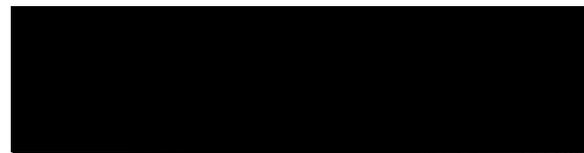
Investigateur principal: Docteur Sylvie Robichaud-Esktrand

Titre du projet: Importance et disponibilité de l'aide attendue et reçue provenant du réseau de soutien social informel lors de la réadaptation cardiaque auprès de personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque

Décision du comité:

1. Approuvé sans modification.*
2. Approuvé mais une réponse aux commentaires ou aux questions est nécessaire.*
3. Projet acceptable, mais une réponse aux commentaires ou aux questions est nécessaire avant une approbation définitive.*
4. Problèmes majeurs identifiés, une révision majeure est nécessaire avant reconsidération.
5. Autre - voir ci-dessous.

Commentaires du comité:



Jean-Claude Tardif, MD
Coprésident du comité

JCT :cbsth

Adressez vos réponses au Comité interne de la Recherche, secrétariat, Centre de Recherche.

* Le projet sera acheminé au Comité d'éthique pour évaluation de la déontologie.

c.c. : M. Jean-Loup Brault



Institut de Cardiologie de Montréal

Centre de recherche – Tél.: (514) 376-3330 poste 3607 – Fax: (514) 376-1355

Le 26 février 2001

Docteur Sylvie Robichaud-Ekstrand
Direction des soins infirmiers
Institut de Cardiologie de Montréal

Projet #01-004 Importance et disponibilité de l'aide attendue et reçue provenant du réseau de soutien social informel lors de la réadaptation cardiaque auprès de personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque

Chère Docteur Robichaud-Ekstrand,

Il m'est agréable de vous adresser le texte du procès-verbal de la réunion du 14 février 2001 du Comité d'éthique de la recherche et du développement des nouvelles technologies concernant votre projet.

« Le Comité prend acte de la lettre Madame Rose-Pascale Paul en date du 8 février 2001 répondant avec satisfaction aux commentaires du Comité.

Le Comité accepte les modifications apportées au formulaire de consentement.

Le début du recrutement des patients dans ce projet est autorisé. »

Veillez agréer, chère Docteur Robichaud-Ekstrand, l'expression de mes meilleurs sentiments.


Raymond Martineau, MD, FRCPC
Président
Comité d'éthique de la recherche et du
développement des nouvelles technologies

RM :cbsth

p.j.

Annexe G

PROJET DE RECHERCHE

ICM 01-004

Importance et disponibilité de l'aide attendue et reçue provenant du réseau de soutien social informel lors de la réadaptation cardiaque auprès de personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque

Investigatrices principales

Rose-Pascale Paul, inf., M.Sc., Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D.

INFORMATION

DESCRIPTION GÉNÉRALE

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui vise à comparer l'importance et la disponibilité de l'aide que vous avez reçue de votre entourage pendant votre convalescence à ce qui avait été prévu avant votre chirurgie. Si vous avez 70 ans et plus et que vous prévoyez retourner à votre domicile après votre chirurgie cardiaque, vous êtes éligible à participer à cette étude.

Cette étude a aussi pour but d'identifier les types d'aides (matérielle, physique, émotionnelle, orientation personnelle, rétroaction positive) prioritaires pour les personnes qui comme vous ont subi une chirurgie cardiaque et qui vivent leur convalescence à la maison.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Si vous acceptez de participer à cette étude, on vous demandera de répondre à deux questionnaires soit: un la veille de la chirurgie et l'autre, 1 mois suivant votre retour à domicile. Ces deux questionnaires nous permettront de faire un lien entre ce que vous comptez recevoir comme soutien à votre domicile et ce que vous avez reçu suivant votre hospitalisation. Si vous n'avez pas de visite médicale prévue avec votre chirurgien dans 1 mois, l'infirmière de l'étude pourra aller à votre domicile pour remplir le deuxième questionnaire.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'existe aucun risque relié à cette étude. Le seul inconvénient potentiel est le temps requis pour répondre aux questionnaires, soit de 20 minutes chacun. L'investigatrice principale pourra vous assister pour répondre aux questions si vous en sentez le besoin.

AVANTAGES

Il se peut que vous ne retiriez aucun avantage personnel lors de votre participation à cette étude. Toutefois, votre participation nous permettra d'ajuster l'information offerte aux patients et à leur famille sur les réalités de la convalescence postopératoire à domicile. De plus, cette information aidera les infirmières à faire les ajustements avec le réseau de soutien (réseau de la santé) si le réseau de soutien provenant de votre entourage s'avère insuffisant.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de participer à cette étude ou de vous en retirer en tout temps sur simple avis verbal. Quelle que soit votre décision, cela ne compromettra pas la qualité ou la disponibilité des soins médicaux auxquels vous avez droit et vous continuerez de recevoir les traitements requis par votre condition.

Si vous avez d'autres questions ou des préoccupations se rapportant à l'étude, vous devriez communiquer avec Madame Rose-Pascale Paul au numéro de téléphone suivant: [REDACTED]

Pour tout renseignement concernant vos droits à titre de participant à une recherche, vous pouvez contacter pendant les heures d'ouverture le Docteur Raymond Martineau, Président du Comité d'éthique de la recherche, qui peut être rejoint par l'intermédiaire du Secrétariat du Centre de recherche au numéro de téléphone suivant: [REDACTED]

CONFIDENTIALITÉ

Toute information relative à ce projet et qui vous concerne sera gardée confidentielle et seulement les personnes autorisées y auront accès. Dans certains cas, des représentants du Comité d'éthique de la recherche peuvent également consulter vos dossiers médicaux.

Toutes les données médicales vous concernant seront conservées dans des fichiers informatisés et seront analysées avec les données des autres participants, mais ni votre nom ni toute autre forme d'identification ne figurera sur ces données. Les résultats de cette étude pourront être publiés, mais votre identité ne sera pas dévoilée.

Institut de Cardiologie de Montréal

5000 est, rue Bélanger, Montréal, Qué., H1T 1C8 — Tél.: (514) 376-3330

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ICM 01-004

Importance et disponibilité de l'aide attendue et reçue provenant du réseau de soutien social informel lors de la réadaptation cardiaque auprès de personnes âgées qui subissent une chirurgie cardiaque

Investigatrices principales

Rose-Pascale Paul, inf., M.Sc., Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je comprends que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps sans que cela n'affecte en aucune façon les soins dont je pourrais bénéficier dans l'avenir.

J'ai lu et je comprends le contenu de ce formulaire de consentement.

Je, soussigné(e), accepte de participer au présent projet de recherche.

Signature du patient

Date

Heure

Signature de l'un des chercheurs

Date

Heure

Je certifie que j'ai expliqué les buts du projet à _____
et il(elle) a signé le consentement en ma présence.

Signature

Date

Heure

01004mm

17-01-01

Formulaire approuvé par le Comité d'éthique de la recherche et du développement des nouvelles technologies à la réunion du 14 février 2001.

N.B. L'original de ce formulaire doit être inséré au dossier du patient, une copie versée au dossier de la recherche et une copie remise au patient.

Annexe H

Montréal le 11 juin 2002

Madame Rose-Pascale Paul


Objet : Présentation de mémoire sous forme d'article(s)

Madame,

Suite à votre lettre datée du 7 juin 2002, j'ai le plaisir de vous autoriser à présenter votre mémoire de maîtrise sous forme d'article.

Je prends note que vous êtes première auteure et que votre directrice de mémoire est deuxième auteure sur l'article de publication intitulé : « Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque » qui sera prochainement soumis à la Revue en soins infirmiers en France. De plus, votre directrice a bien signé la formule d'autorisation de microfilmer et de diffuser le mémoire par article.

Veuillez agréer Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Jacinthe Pepin, Ph.D.
Vice Doyenne aux études
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières

C.c. Faculté des études supérieures
Sylvie Robichaud-Ekstrand, Directrice, FSI

Annexe I

Le 29 mai, 2002

Faculté des études supérieures
Secteur des grades
Université de Montréal

OBJET: Autorisation de microfilmer et de diffuser le mémoire de maîtrise par articles de
Madame Rose-Pascale Paul

Madame / Monsieur,

À titre de directeur du mémoire par articles et co-auteur de l'article de Madame Rose-Pascale Paul, je donne la permission que vous microfilmiez et diffusiez le mémoire intitulé: «Aide attendue et reçue du réseau de soutien informel par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque».

Il est entendu que cet article sera publié dans une revue avec un comité de lecture.

En espérant le tout conforme à vos exigences, veuillez agréer Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Sylvie Robichaud-Ekstrand Ph.D.
Professeure agrégée - Université de Montréal
Chercheuse - Institut de Cardiologie de Montréal

C.C. Rose-Pascale Paul

Annexe J

Montréal, le 27 juin 2002

Madame Monique FORMARIER
Rédactrice en chef
Recherche en Soins Infirmiers

[REDACTED]
[REDACTED]
courriel [REDACTED]

Objet : Soumission d'un manuscrit en vue d'une publication.

Chère madame Formarier ,

Nous soumettons le manuscrit intitulé : "Aide attendue et reçue du réseau de soutien social informel par des personnes âgées subissant une chirurgie cardiaque" pour une évaluation par les membres du comité éditorial. Cet article a été réalisé dans le cadre d'un programme de maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Vous trouverez ci-joint quelques copies du manuscrit.

En espérant le tout conforme à vos exigences, veuillez agréer, Madame Formarier, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Rose Pascale Paul, Inf., M.Sc.

[REDACTED]

Sylvie Robichaud-Ekstrand, Inf., Ph.D.

Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

Chercheure, Institut de Cardiologie de Montréal

Sylvie.Robichaud-Ekstrand@umontreal.ca