

Table des matières

Identification du jury	ii
Sommaire en français	iii
Summary (english version)	vi
Table des matières	ix
Liste des tableaux	xiii
Liste des figures	xvi
Dédicace	xvii
Remerciements	xix
Introduction	1
Chapitre I - Problématique de recherche	3
But de l'étude	12
Questions de recherche et hypothèses	12
Justification de l'étude	14
Sur le plan social et selon une perspective andragogique	15
Sur le plan de la pratique	16
Sur le plan de la recherche	16
Schéma sommaire des deux principales variables de l'étude	17
Chapitre II - Recension des écrits	18
Cadre de référence de l'étude	19
Notion d'identification des besoins	19
Cadre de référence sur les besoins de Kaufman et English	20
Cadre de référence sur la qualité de vie de Campbell, Converse et Rogers ..	24
Utilisation parallèle des deux cadres pour la présente étude	25
Thèmes de la recension	26
Apprentissage de l'adulte en situation de maladie	26
Éducation non formelle et apprentissage	27
Rôle de l'infirmière à titre d'éducatrice d'adultes dans le domaine de la santé	28

Notion de besoin en général	29
Accent sur le concept de besoin d'apprentissage et sur certains termes associés	34
Facettes opérationnelles de la notion de besoin	37
Notion de besoin d'apprentissage chez l'adulte dans le domaine de la santé physique et mentale	39
Concept de qualité de vie	43
Santé mentale, bien-être psychologique et détresse psychologique	47
Notions générales sur le trouble dépressif	53
Femmes et trouble dépressif	56
Qualité de vie de l'adulte présentant un trouble dépressif	59
Cognition, apprentissage et trouble dépressif	61
Distinctions et relations entre "satisfaction des besoins" et "qualité de vie"	63
Rappel des questions de recherche et des hypothèses	65
Chapitre III - Méthode	67
Justification de la démarche de recherche	68
Type d'étude	69
Approche méthodologique privilégiée	69
Notions explicatives sur l'étude de cas	70
Définitions des termes et opérationnalisation des variables	74
Instruments de mesure	77
<i>L' Educational Needs Questionnaire (ENQ)</i>	78
L'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF -TD)	80
Le <i>Quality of Life Index (QLI)</i>	84
Traduction française du <i>Quality of Life Index (QLI)</i>	87
Version française du <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	90
Canevas d'entrevue pour les études de cas	92
Formulaire de données sociodémographiques et médicales	93

Caractéristiques du milieu et formation de l'échantillon	94
Critères d'admissibilité à l'échantillon	94
Déroulement de l'étude	95
Considérations éthiques	95
Plan de l'analyse des données et plan cartésien	97
Limites de l'étude	101
Chapitre IV - Présentations des résultats	103
Description de l'échantillon	104
Propriétés psychométriques des instruments de mesure	111
Consistance interne	111
Validité	115
Données relatives aux questions de recherche et aux hypothèses	116
Récits des deux études de cas	148
Présentation de Pénélope (répondante hospitalisée)	148
Présentation de Diana (répondante suivie au Centre de Jour)	151
Analyse interprétative des études de cas	153
Étude de cas de Pénélope (répondante hospitalisée)	154
Étude de cas de Diana (répondante suivie au Centre de Jour)	161
Chapitre V - Interprétation et discussion des résultats	167
Profil sociodémographique et médical des sujets	168
Discussion des résultats relatifs aux questions de recherche et aux hypothèses...	172
Importance des besoins d'apprentissage	172
Satisfaction des besoins d'apprentissage	177
Besoins d'apprentissage les plus importants mais les moins satisfaits	180
Importance des dimensions de la qualité de vie	183
Satisfaction des dimensions de la qualité de vie	186
Dimensions de qualité de vie les plus importantes mais les moins satisfaites	188
Relations entre la sévérité de la dépression et les besoins d'apprentissage	191

Relations entre la sévérité de la dépression et la qualité de vie	193
Relations entre les besoins d'apprentissage et la qualité de vie	194
Synthèse intégrative et commentaires sur les deux études de cas	196
Profil sociodémographique sommaire des deux répondantes	196
Thématiques révélées	197
Conclusion et recommandations	211
Références	220
Appendice A - Tableau analytique I: Recherches sur les besoins généraux et les besoins d'apprentissage de populations adultes présentant un problème de santé mentale (et qui sont pertinentes pour la présente étude)	xxi
Appendice B - Tableau analytique II: Recherches sur la qualité de vie de populations adultes présentant un problème de santé mentale (et qui sont pertinentes pour la présente étude)	xxv
Appendice C - L' <i>Educational Needs Questionnaire (ENQ)</i>	xxix
Appendice D - L'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF - TD)	xxxiii
Appendice E - Le <i>Quality of Life Index (QLI)</i>	xlvii
Appendice F - Version française du <i>Quality of Life Index (QLI)</i>	lii
Appendice G - Version française du <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	lix
Appendice H - Canevas d'entrevue pour les études de cas	lxiv
Appendice I - Formulaire de données sociodémographiques et médicales	lxvii
Appendice J - Formulaire de consentement	lxii
Appendice K - Demande au directeur général et au comité d'éthique de la Régie régionale de la santé 4 (RRS4)	lxxiii
Appendice L - Demande à la directrice générale des Services de santé mentale communautaires	lxxvi
Appendice M - Correspondance	lxxviii

Liste des tableaux

Tableau I	Tableau comparatif entre “satisfaction des besoins” et “qualité de vie” ..64
Tableau II	Catégories de l'échelle d'importance d'un besoin et de l'échelle de satisfaction d'un besoin selon les moyennes des scores obtenus de l'échelle de type Likert 99
Tableau III	Plan cartésien utilisé pour l'identification des priorités d'enseignement 100
Tableau IV	Caractéristiques sociodémographiques des femmes présentant un trouble dépressif 106
Tableau V	Caractéristiques médicales des femmes présentant un trouble dépressif 108
Tableau VI	Autres problèmes de santé des sujets 110
Tableau VII	Coefficients de fidélité pour la partie I (importance des besoins d'apprentissage) et la partie II (satisfaction des besoins d'apprentissage) de l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF-TD) 112
Tableau VIII	Coefficients de fidélité pour la partie I (satisfaction de la qualité de vie) et la partie II (importance de la qualité de vie) de l'Index sur la qualité de vie (IQV) 113
Tableau XIX	Coefficients de fidélité pour les quatre dimensions de l'Index sur la qualité de vie (IQV) 114
Tableau X	Moyennes, écarts-types et rangs des six dimensions de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif 117
Tableau XI	Besoin d'apprentissage ayant obtenu la moyenne la plus élevée dans chaque dimension de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif ... 118
Tableau XII	Besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD ayant obtenu les moyennes les plus élevées selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif 120
Tableau XIII	Moyennes, écarts-types et rangs des six dimensions de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif 121

Tableau XIV	Besoin d'apprentissage ayant obtenu la moyenne la moins élevée dans chaque dimension de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif . . .	122
Tableau XV	Besoins d'apprentissage ayant obtenu les moyennes les moins élevées selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif	124
Tableau XVI	Besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD ayant obtenu les scores moyens combinés (importance x satisfaction) démontrant le plus grand écart	125
Tableau XVII	Scores moyens des dimensions des besoins d'apprentissage et test de Mann-Whitney en fonction de l'hospitalisation ou du suivi externe des sujets	126
Tableau XVIII	Autres besoins d'apprentissage considérés importants et non satisfaits par des femmes présentant un trouble dépressif	127
Tableau XIX	Moyennes, écarts-types et rangs des quatre dimensions de l'Index sur la Qualité de Vie (IQV) selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif	129
Tableau XX	Énoncé de qualité de vie ayant obtenu la moyenne la plus élevée dans chaque dimension de l'IQV selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif	130
Tableau XXI	Énoncés de qualité de vie de l'IQV ayant obtenu les moyennes les plus élevées selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif	131
Tableau XXII	Moyennes, écarts-types et rangs des quatre dimensions de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif	132
Tableau XXIII	Énoncé de qualité de vie ayant obtenu la moyennes la moins élevée dans chaque dimension de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif	134
Tableau XXIV	Énoncés de la qualité de vie de l'IQV ayant obtenu les moyennes les moins élevées selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif	135

Tableau XXV	Énoncés de la qualité de vie de l'IQV ayant obtenu les scores moyens combinés (importance x satisfaction) démontrant le plus grand écart... 136
Tableau XXVI	Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre la sévérité du trouble dépressif et chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance 139
Tableau XXVII	Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre la sévérité du trouble dépressif et chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction 140
Tableau XXVIII	Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre la sévérité du trouble dépressif et chacune des quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction 142
Tableau XXXIX	Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD et chacune des quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de l'importance 144
Tableau XXX	Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD et chacune des quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction 145
Tableau XXXI	Thèmes découlant de l'analyse des données qualitatives 197
Tableau XXXII	Similarités et convergences dans les deux études de cas 210
Tableau XXXIII	Divergences dans les deux études de cas 210

Liste des figures

Figure 1 - Schéma sommaire des deux principales variables de l'étude	17
Figure 2 - Cadre de référence sur les besoins de Kaufman et English	22
Figure 3 - Matrice de besoins	23
Figure 4 - Cadre de référence sur la qualité de vie de Campbell, Converse et Rogers . .	24
Figure 5 - Fusion des deux cadres pour la présente étude	25

Dédicace

À Charles, mon époux et âme soeur, pour tout, tout, **TOUT**. Que dire de plus?

À ma mère, pour le don de la vie, mais surtout pour la qualité de cette vie

À la mémoire de mon père, décédé en 1995; je sais que tu veilles sur moi.

Remerciements

L'auteure désire remercier sincèrement sa directrice de recherche, Madame Louise Marchand, Ph.D., professeure titulaire à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal, pour son soutien, son ouverture d'esprit et ses conseils judicieux tout au long de cette démarche doctorale.

Des remerciements s'adressent également à Docteur Édouard Hendriks, président directeur général de la Régie régionale de la santé 4, à la présidente du comité d'éthique de cette même régie, Madame Pierrette Fortin, Ph.D., de même qu'à Madame Madeleine Thériault, directrice des Services de santé mentale communautaires, pour leur permission de réaliser l'étude dans leurs milieux respectifs.

Elle désire également exprimer sa profonde gratitude à Madame Nancy Jalbert, infirmière-chef en Psychiatrie à la Régie régionale de la santé 4, ainsi qu'à Madame Yolande Bossé, infirmière et directrice du Centre de Jour, pour leur intérêt envers cette recherche et leur étroite collaboration en regard du recrutement des sujets de l'étude.

L'auteure est infiniment reconnaissante envers toutes les femmes présentant un trouble dépressif qui ont bien voulu participer à l'étude. Leur confiance et leur réceptivité furent énormément appréciées.

L'auteure est aussi redevable à la Fondation Baxter et Alma Ricard pour l'octroi d'une bourse doctorale au montant total de 69 000\$. Cette généreuse aide financière a permis de travailler à temps partiel au lieu d'à temps plein, permettant ainsi une qualité de vie plus raisonnable. De plus, une subvention du Consortium national de formation en santé (CNFS) a permis des crédits de dégrèvement lors de la rédaction de la thèse.

Le concours de Monsieur Denis Duval, expert en statistique, professeur et chercheur à l'Université de Moncton, Campus d'Edmundston et politologue bien connu au Nouveau-Brunswick, a grandement assuré la rigueur de la présentation et de l'analyse des résultats.

En terminant, l'auteure s'en voudrait d'oublier de remercier son employeur, ses collègues de travail, de même que les membres de sa famille et ses amies, qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation et à l'aboutissement de ce projet empreint d'endurance et de persistance.

Introduction

La dépression, terme communément utilisé pour désigner le trouble dépressif, est un problème de santé mentale dont l'incidence est très élevée au Canada, comme aux quatre coins du globe d'ailleurs. Il s'agit d'une des maladies les plus fréquentes des dernières décennies. Les femmes en sont particulièrement affectées. De fait, deux fois plus de femmes que d'hommes en seront atteintes au cours de leur vie. En outre, depuis quelques années, la santé des femmes revêt davantage d'importance aux yeux des simples citoyens, des professionnels de la santé et des gouvernements.

La dépression entraîne souvent des périodes prolongées d'absentéisme au travail chez la population atteinte, tout en étant également à l'origine de plusieurs morts prématurées par le suicide. Maintes recherches au niveau médical s'efforcent de trouver un traitement curatif à cette pathologie débilitante, souvent récidivante, voire même chronique. Cependant, très peu de recherches dans les domaines de l'éducation et de la santé se sont intéressées jusqu'à présent à la situation de vie et à l'expérience de la maladie de femmes atteintes d'un trouble dépressif, et ce, tant au plan physique que psychosocial, selon une optique éducative. Les recherches reliées à leurs besoins d'apprentissage et à leur qualité de vie en sont au stade embryonnaire et sont très peu documentées dans la littérature scientifique. Pourtant, ces femmes doivent faire face à de nombreuses limitations dans leur vie quotidienne et leur bien-être en est perturbé, d'où l'importance pour les infirmières et les autres professionnels de la santé, à titre d'éducateurs d'adultes, de se sentir concernés par ce problème de santé.

La présente étude descriptive corrélationnelle comparative, qui a également comme complément un volet qualitatif sous la forme de deux études de cas, s'est penchée sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif. Le premier chapitre expose la problématique, de même que le but de l'étude, les questions de recherche et quelques hypothèses. Le second chapitre présente la recension des écrits, qui traite des thématiques reliées au problème de recherche, incluant le cadre de référence. Quant au troisième chapitre, il élabore la méthodologie de recherche. La présentation des résultats compose le quatrième chapitre, alors que l'interprétation et la discussion des résultats de l'étude sont rassemblées dans le cinquième chapitre. En dernier lieu, la conclusion et les recommandations pour la formation, la pratique et la recherche en éducation sont émises.

Chapitre premier
Problématique de recherche

À l'heure actuelle, l'apprentissage de l'adulte atteint d'un problème de santé physique ou mentale demeure un domaine encore trop peu élaboré et méconnu en andragogie. De fait, bien peu de chercheurs et de théoriciens se sont intéressés à l'apprentissage de l'adulte aux prises avec une crise situationnelle de la vie, telle une maladie aiguë ou chronique (Aucoin-Gallant, 1994; Aucoin, 1997). Pourtant, la maladie est un phénomène universel et rares sont les personnes qui y échapperont au cours de leur vie, particulièrement durant leurs stades de développement adulte, au fur et à mesure qu'elles vieillissent (Olds & Papalia, 2000; Potter & Perry, 2002). Knowles, chef de file en éducation des adultes (1968, 1980, 1990), y a cependant trouvé matière à réflexion. Sans toutefois se pencher spécifiquement sur l'adulte qui vit une expérience de maladie, il s'est préoccupé du processus d'apprentissage ayant trait à des problèmes de l'existence quotidienne chez l'adulte, qu'il surnomme "changements de la vie adulte" (Knowles, 1990). Il fait état que l'adulte déploiera de l'énergie pour apprendre s'il croit que cet apprentissage l'aidera à surmonter les nouvelles tâches auxquelles il doit faire face. Ainsi, l'adulte confronté au rôle de malade a besoin d'apprendre en ce qui a trait à son état de santé, s'il veut composer positivement avec cette réalité malencontreuse qui survient inopinément, et ce, afin de préserver ou de retrouver un tant soit peu une qualité de vie adéquate à ses yeux. La femme aux prises avec un trouble dépressif n'y fait pas exception et doit transiger avec l'expérience de la maladie, en plus d'avoir à affronter l'idée véhiculée dans la société à l'effet que la dépression touche les personnes qui ne veulent pas s'aider (Barbier, 2004).

Knowles (1990) mentionne que les besoins d'apprentissage liés à des problèmes de vie sont surtout centrés sur le moment actuel (*here and now*) et que l'adulte est en mesure de déterminer ses propres besoins éducationnels, étant donné qu'il aspire à se prendre en main. Knowles, de même que Monette (1984) entendent la notion de besoin d'apprentissage comme un écart entre "ce qui est" et "ce qui devrait être". Toutefois, Mirka (1994) rapporte que l'adulte malade doit avoir l'occasion de s'exprimer par rapport à ses besoins d'apprentissage, ce qui n'est pas toujours le cas en milieu hospitalier ou en santé communautaire. Elle spécifie que les patients n'ont pas toujours la chance d'identifier eux-mêmes leurs besoins d'apprentissage avant l'implantation et la mise en oeuvre des programmes éducatifs par les professionnels de la santé. Ce scénario semble s'appliquer

autant dans le domaine de la santé physique que mentale. À l'instar de Mirka, Redman (1993) soutient que l'éducation de la santé doit tenir compte des besoins réels des clients, d'où la nécessité d'inclure les gens dans le processus décisionnel de la gestion de leur maladie et des soins qui y sont associés. En principe, ce partenariat devrait amener l'individu vivant une situation de maladie à vouloir s'auto-gérer en matière de santé (Lammers & Happell, 2003; Rolls, Davis & Coupland, 2002). Si cette phase d'auto-identification des besoins globaux et éducationnels est omise, les personnes malades risquent fort de manquer de motivation, voire même aller jusqu'à se désintéresser de leur traitement, car elles se sentent peu concernées et écoutées. La perspective du consommateur de soins s'avère dès lors nécessaire.

Depuis peu, un intérêt grandissant existe en andragogie à l'égard de la santé mentale, particulièrement en relation avec l'*empowerment* (habilitation, appropriation du pouvoir) que peut procurer l'apprentissage chez une clientèle adulte ayant des problèmes de maladie mentale (Aylward, 2002). Mentionnons, entre autres, qu'une augmentation de l'estime de soi et de l'affirmation de soi, de même qu'un meilleur contrôle envers leur propre apprentissage sont au nombre des bénéfices perçus (Bee & Martin, 1997). Parallèlement, une étude récente s'est penchée sur l'impact de l'apprentissage sur la santé (Aldridge & Lavender, 2000). Cette imposante recherche empirique (n = 2750 adultes) effectuée en Grande-Bretagne révèle que 89 % des sujets ont rapporté une augmentation de leur bien-être physique et psychologique suite à une expérience d'apprentissage, qu'ils se sentent moins malades ou du moins plus d'attaque pour faire face à la maladie, tout en étant plus enclins à modifier certains comportements nuisibles à leur santé, ce qui renforce l'adage qu'il vaut parfois mieux prévenir que guérir. Suite à ces résultats, il semble possible d'avancer qu'apprendre augmente la qualité de vie, bien qu'à l'opposé, le reste des répondants (11%) de cette recherche d'envergure évoquent cependant que l'apprentissage a augmenté leur stress et leur anxiété, car l'information acquise laissait présager des risques par rapport à leur condition.

Dans le même ordre d'idées, il apparaît approprié de rappeler que les années quatre-vingt-dix (90) ont constitué la décennie du cerveau (*the decade of the brain*), ce qui a permis aux maladies mentales de sortir de l'ombre et de devenir un sujet plus d'actualité, et par le fait

même, un peu moins tabou et enkysté (Nandrino, 1999; Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2004). Pourtant, force est bien d'admettre que notre société est loin d'accorder aux problèmes de santé mentale l'attention qu'ils sont en droit de recevoir. On chuchote du bout des lèvres sur le sujet dans les débats sur la crise du système de santé (Stewart, 2002).

En ce qui concerne la dépression, elle est une des maladies mentales les plus fréquentes qui surclasse même de nombreux problèmes physiques, tels le diabète et l'hypertension artérielle (Joffe & Levitt, 1998). Selon l'OMS (1997), la dépression majeure est la principale cause d'invalidité dans les pays développés. Stewart (2002) rapporte que l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), dans son mémoire à la commission Romanow, fait état que les troubles dépressifs seront le fardeau sanitaire du Canada en 2020.

L'incidence de la dépression atteint un sommet chez les adultes âgés de 25 à 45 ans. En Amérique du Nord, près d'une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble dépressif à un moment donné de sa vie, un nombre plus qu'impressionnant (Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Le nombre de femmes atteintes de dépression est deux fois plus élevé que les hommes au Canada, comme dans la plupart des autres pays industrialisés (Blehar & Keita, 2003; Boyd, 2005; Harris, 2003; Kessler, 2003; Statistique Canada & Santé Canada, 1999). Étant donné cette dernière constatation, en plus du fait que peu de recherches furent recensées dans le domaine de l'éducation avec une population d'adultes atteints d'un trouble dépressif, il s'est avéré pertinent d'opter pour un échantillon composé uniquement de femmes pour la présente étude, sans vouloir pour autant la teinter d'une position et d'une approche féministes.

Les écrits concernant les besoins d'apprentissage sont un peu plus consistants et denses au niveau de la santé physique que mentale. De fait, certaines recherches ont identifié et décrit les besoins d'apprentissage d'adultes souffrant de maladies physiques diverses, notamment pour deux pathologies en particulier, soit chez des personnes ayant subi un infarctus du myocarde, de même que chez des individus atteints de cancer (Aucoin, 1997; Grahn & Johnson, 1990; Griffiths & Leek, 1995; Karlik & Yarcheski, 1987; Lauer, Murphy & Powers,

1982; Mesters, van den Borne, De Boer & Pruyn, 2001; Wingate & Lackey, 1989; Wingate, 1990). Ces études, effectuées par des infirmières d'expérience et intéressées par la discipline de l'andragogie, révèlent de façon unanime que le besoin d'apprendre à propos de leur état de santé est une priorité chez ces adultes vivant une expérience de maladie. Par exemple, ces derniers désirent recevoir de l'information sur des connaissances (savoirs), comme comprendre leur diagnostic et apprendre la physiopathologie qui y est reliée, sur des habiletés (savoir-faire), telles les façons de minimiser les effets secondaires des traitements, de même que sur des attitudes à adopter (savoir être), comme les moyens de composer avec leurs sentiments et le stress de la maladie.

En revanche, en ce qui a trait aux maladies mentales, la majorité des études descriptives effectuées au niveau des besoins concernent davantage les besoins généraux de soins ou les besoins globaux, entre autres les besoins financiers, les ressources communautaires, le réseau formel d'intervenants et le réseau d'entraide d'une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale. Cependant, une uniformité se dégage chez les chercheurs, à l'effet que parmi ces besoins globaux, les besoins psychosociaux, de même que ceux d'apprentissage (parfois étiquetés comme des besoins éducationnels, informatifs ou cognitifs) ressortent comme étant des catégories prioritaires (Farran, Horton-Deutsch, Lukissa & Johnson, 1997; Lynch & Kruzich, 1986; Peden, 1994). Nonobstant des recommandations faites par les chercheurs quant à la nécessité d'une identification plus précise des besoins d'apprentissage en santé mentale, il n'en demeure pas moins que ceux-ci demeurent encore quasi inexplorés à l'heure actuelle (Mueser, Bellack, Wade, Sayers & Rosenthal, 1992; Payson, Wheeler & Wellington, 1998). Lorsque l'on daigne s'y pencher, la clientèle sélectionnée est plutôt atteinte d'un trouble psychiatrique chronique sévère, telle la schizophrénie, comme dans l'étude de Bengtsson-Tops et Hansson (1999). Cette dernière révèle que le besoin d'information s'avère être le besoin le moins comblé, mais le plus recherché, comme apprendre à propos de leur médication et des effets secondaires de celle-ci, de même que l'apprentissage du processus de résolution de problèmes. Pour sa part, l'étude de Farran et al. (1997) s'est intéressée aux besoins des soignants naturels, c'est-à-dire aux membres de la famille qui prennent soin à

domicile d'un adulte d'âge mûr souffrant d'un trouble dépressif. Il en ressort que le besoin d'apprendre est une priorité pour le soignant naturel, tant sur le plan des tâches reliées aux soins à prodiguer et aux changements de rôles, qu'au niveau du soutien physique et psychologique à apporter à la personne dépressive, en plus du fait d'apprendre à gérer son stress et à composer avec ses sentiments face à cette situation de vie. Quant à Mueser et al.(1992), ils ont identifié et comparé les besoins éducationnels de santé de patients atteints de schizophrénie à ceux de personnes souffrant de dépression. Ils font état que les besoins éducationnels prioritaires pour les personnes dépressives sont d'apprendre à mieux gérer le stress, à mieux connaître leur médication et ses effets secondaires, à mieux comprendre la dépression, à assimiler la façon dont le diagnostic est posé, de même que mieux connaître les services de santé mentale. Ces auteurs sont d'avis que les usagers des services de santé mentale seront davantage des partenaires actifs dans l'auto-gestion de leur santé si on leur permet d'identifier leurs propres besoins en matière d'éducation. De plus, l'étude comparative de Payson et al.(1998), dérivée de la recherche de Mueser et al. (1992), a mis en relief des contrastes et des divergences entre les besoins éducationnels en santé perçus par une population atteinte d'une maladie mentale et les perceptions des intervenants de la santé quant à ces besoins. Selon ces auteurs, ces résultats justifient la nécessité d'identifier avec soin les besoins d'apprentissage avant de planifier le traitement et de développer les programmes de formation en santé mentale, ce qui converge avec la pensée de Mirka (1994).

L'expérience professionnelle en soins infirmiers d'un peu plus de 20 ans de la chercheuse de la présente étude, jumelée à son côtoiement fréquent d'adultes hospitalisés ou suivis en communauté pour un trouble dépressif, dans sa région, au nord-ouest du Nouveau-Brunswick, l'amènent, à l'instar de maints auteurs, au constat que l'auto-identification de leurs besoins d'apprentissage en relation avec leur état de santé par les patients dépressifs est très peu préconisée avant que des programmes standards de formation soient institués. Étant donné qu'il veut apprendre à faire face à ce qu'il vit, l'adulte (plus fréquemment la femme) présentant un trouble dépressif doit alors se mouler un tant soit peu à ces programmes, bon gré, mal gré, bien que le contenu de ces programmes ne soit pas toujours axé sur ce qu'il

désire vraiment apprendre pour se prendre en main. Cet irritant, sous forme d'une préoccupation d'ordre pratique et sociale, est l'incitatif ayant conduit la chercheuse à la sélection de cette problématique de recherche. Le temps est révolu où la personne se limitait à recevoir passivement de l'information de la part du médecin ou de l'infirmière (Rankin & Stallings, 2001). La personne présentant un trouble dépressif veut que ses besoins réels en matière d'apprentissage soient pris en considération. Tel que mentionné par Aucoin (1997) dans sa thèse doctorale, la présence d'un besoin d'apprentissage amène la personne malade à ressentir de l'insatisfaction, voire du mécontentement et un même certain déplaisir. Cette auteure définit un besoin d'apprentissage comme étant "un écart à combler entre la perception qu'a la personne d'avoir été informée et celle de désirer de l'information" (p. 16). Elle fait état que les besoins d'information (*informational needs*) et les besoins d'apprentissage (*learning needs*) sont la plupart du temps confondus, car la frontière entre les deux termes est floue. Elle souligne que le besoin d'information relève du domaine du renseignement, donc qu'il se situerait à un échelon inférieur de l'acte d'apprendre. Ainsi, l'information demeurerait au niveau des connaissances, c'est-à-dire du savoir, sans passer aux savoir-faire et aux savoir-être. Elle pousse jusqu'à dire que les besoins d'apprentissage englobent les besoins d'information, alors que l'inverse n'est pas vrai. Ainsi, apprendre est un processus de transformation et de restructuration de soi qui surpasse la seule prise d'information. Pour Knowles (1990) et Mezirow (1991), les expériences de vie négatives sont un potentiel pour l'apprentissage de l'adulte car elles permettent l'actualisation de soi par l'introspection et l'intériorisation de l'expérience vécue.

Les professionnels de la santé visent à répondre aux besoins de la personne malade et de sa famille en milieu non formel, c'est-à-dire à l'extérieur du système éducatif traditionnel. Les activités formatives y sont habituellement de courte durée, en milieu hospitalier, en clinique communautaire ou à domicile (Aucoin-Gallant, 1994). Étant donné les nouvelles orientations des soins de santé et l'arrivée en trombe du virage ambulatoire, le séjour à l'hôpital se fait de plus en plus court ou est même évité (Townsend, 2004). De surcroît, les besoins d'apprentissage doivent être cernés rapidement afin d'outiller l'adulte hospitalisé de façon à

préserver sa **qualité de vie** à son retour chez lui (Bostrom, Crawford-Swent, Lazar & Helmer, 1994).

Par ailleurs, soulignons qu'en 1947, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait connaître sa définition de la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, ce qui a permis l'émergence de nouvelles conceptualisations de la qualité de vie et un intérêt grandissant face aux implications de cette expression. Toujours selon l'OMS (1997), la qualité de vie est aussi importante que le nombre d'années de vie et la population est en droit de souhaiter davantage une espérance de santé plutôt qu'une simple espérance de vie. Il est donc normal que les gens veulent être mieux informés sur leur état de santé.

La notion de qualité de vie a réellement pris son essor aux États-Unis au cours des années soixante. Une panoplie de définitions et un nombre impressionnant d'instruments de mesure existent sur ce concept fréquemment étudié en sciences sociales et de la santé, alors qu'il a fait l'objet d'un nombre plus restreint de recherches en éducation. Katz (1987) mentionne que la qualité de vie est un concept multidimensionnel, empreint d'humanisme et d'holisme, possédant des aspects tant subjectifs qu'objectifs, ce qui le rend parfois un peu difficile à opérationnaliser. On retrouve notamment la qualité de vie sous l'appellation, entre autres, de sentiment de bien-être, d'écart entre les attentes d'une personne et son expérience présente de vie ou d'un état de santé acceptable pour l'individu. Il semble que la qualité de vie soit augmentée par l'acte d'apprentissage (Ross & Van Willigen, 1997), en ce sens que l'éducation diminuerait la détresse émotionnelle (incluant la tristesse, l'anxiété et la colère) et la détresse physique (incluant les courbatures, les malaises et la douleur) (Ross & Van Willigen, 1997; Wolf, 1997), quoiqu'une étude de Bélanger et Bouchard (1995), effectuée auprès d'adultes atteints de cancer, dévoile que la recherche d'information semble parfois être une démarche à risque, en ce sens que les personnes craignent de trop en apprendre sur leur état de santé, ce qui pourrait s'avérer plus néfaste que bénéfique. Trop en apprendre peut amplifier, par exemple, leur anxiété face à la mort, créant, par ricochet, un impact négatif sur leur qualité de vie. Cette avenue mérite une investigation plus approfondie, car le scénario

n'est peut-être pas identique avec un autre type de clientèle dont la maladie a un pronostic un peu moins fatidique, comme le trouble dépressif, bien qu'il soit reconnu qu'un lien étroit existe entre la dépression et le suicide (Schneider, Müller & Philipp, 2001).

Une étude européenne récente révèle que la qualité de vie des femmes atteintes d'un trouble dépressif est altérée. Celles-ci ressentent une perte d'intérêt ou de plaisir pour la majorité des activités familiales et sociales et ont tendance à s'isoler. Elles peuvent éprouver de la difficulté à faire leurs soins d'hygiène, elles s'inquiètent face à leur maladie, à leur difficulté à accomplir leurs différents rôles et ont des troubles de l'appétit et du sommeil (Rudolf & Preibe, 1999). Les femmes présentant un trouble dépressif qui désirent affronter positivement cette réalité difficile de leur vie ont besoin d'apprendre comment composer avec leur état de santé afin de préserver ou de rehausser leur qualité de vie. De fait, l'adulte en sait souvent très peu au sujet du phénomène de la dépression, comment se soigner et comment réorganiser sa vie. Tout est en suspens pour "passer" à travers cette maladie. Nandrino (1999) dit qu'il est péjoratif de croire que la personne dépressive ne veut pas s'aider, ne veut pas s'en sortir. Selon Townsend (2000), la personne déprimée veut apprendre et en est capable, bien que certains auteurs soulignent la présence d'une certaine distorsion cognitive où la réalité lui apparaît plus grise qu'elle ne l'est vraiment (Rudolph & Preibe, 1999; Pyne et al., 1997). La personne dépressive mérite également notre confiance quant à l'appréciation objective de sa qualité de vie (Rudolph & Preibe, 1999).

De l'avis de la chercheuse, il apparaît naturel d'inclure la qualité de vie dans la discipline de l'andragogie, en raison de l'aspect humain et holiste de ce concept qui rejoint directement la philosophie et les fils conducteurs qui sous-tendent la science et la profession de l'andragogie. On peut prédire a priori de façon hypothétique à ce stade que des besoins d'apprentissage qui sont satisfaits sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie des femmes présentant un trouble dépressif. Une meilleure qualité de vie serait donc ici un but recherché à travers une meilleure satisfaction des besoins d'apprentissage. Cependant, comme le souligne Wolf (1997), aucune étude scientifique recensée sur la relation entre les besoins des clients et leur qualité de vie n'a été effectuée, et ce, peu importe la discipline.

À titre de piste de recherche dans le domaine de l'éducation, et tout particulièrement en andragogie, le concept de qualité de vie mérite d'être exploré en relation avec les besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif. Il apparaît approprié de s'y intéresser afin de faire avancer les connaissances dans le domaine de l'apprentissage de l'adulte malade, en l'occurrence ici des femmes adultes dans un contexte de soins de santé mentale.

Notons qu'une triangulation, à la fois dans la méthode de recherche et dans les instruments de mesure, a été utilisée. De fait, cette étude est en grande majorité quantitative, de nature descriptive corrélationnelle comparative avec deux groupes de quinze sujets, tout en ayant une facette qualitative à titre de complément, sous forme de deux études de cas, dont une fait état du parcours expérientiel avec un trouble dépressif chez une femme hospitalisée et l'autre chez une femme suivie au Centre de Jour psychiatrique.

But de l'étude

La partie descriptive comparative avait pour but d'identifier, de décrire et de comparer les besoins d'apprentissage et la qualité de vie d'un groupe de femmes hospitalisées et d'un groupe de femmes suivies en Centre de Jour, qui présentaient un trouble dépressif. Quant au volet corrélationnel, il a permis, entre autres, de vérifier l'existence de relations entre les deux variables précitées chez nos deux groupes. À la demande du comité d'approbation du protocole de recherche, la chercheuse a également émis quelques hypothèses, en se basant sur l'état de certains résultats antérieurs de recherche. Finalement, la description de deux études de cas a mis en relief l'expérience de la maladie qu'est la dépression dans la vie de ces deux femmes, sous la forme de thématiques, ainsi que par la découverte des convergences et des divergences entre les deux récits.

Un schéma sommaire des deux variables principales de l'étude est illustré à la figure 1 de la page 17.

Questions de recherche et hypothèses

La problématique de recherche a été étudiée en explorant les questions et les hypothèses suivantes :

• *Pour la partie quantitative (descriptive corrélationnelle comparative) :*

1. Quels sont les besoins d'apprentissage, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?
2. Quelles sont les dimensions de la qualité de vie, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?
3. Existe-t-il une relation entre la sévérité du trouble dépressif et les besoins d'apprentissage, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?

Hypothèse 1 (H₁)

Une relation positive existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif.

Hypothèse 2 (H₂)

Une relation négative existe entre la sévérité du trouble dépressif et la satisfaction des besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif.

4. Existe-t-il une relation entre la sévérité du trouble dépressif et les dimensions de la qualité de vie, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?

Hypothèse 3 (H₃)

Une relation positive existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.

Hypothèse 4 (H₄)

Une relation négative existe entre la sévérité du trouble dépressif et la satisfaction des dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.

5. Existe-t-il une relation entre les besoins d'apprentissage et les dimensions de leur qualité de vie chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?

Hypothèse 5 (H₅)

Une relation positive existe entre la satisfaction des besoins d'apprentissage et la satisfaction de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.

• *Pour la partie qualitative :*

6. Dans un paradigme naturaliste avec analyse de contenu interprétative, quelles sont les convergences et les divergences entre l'étude de cas chez la femme hospitalisée et l'étude de cas chez la femme suivie en consultation externe au Centre de Jour, quant aux trois unités d'analyse suivants : ① vivre avec un trouble dépressif, ② le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie et ③ la qualité de leur vie?

Justification de l'étude

Bien qu'une justification de la pertinence de l'étude soit englobée dans la formulation du problème de recherche, il apparaît approprié d'en résumer les grandes lignes sur différents plans.

Sur le plan social et selon une perspective andragogique

Plusieurs raisons ont soutenu la nécessité d'entreprendre cette étude. Tout d'abord, la dépression est un problème de santé qui prend de plus en plus d'ampleur partout dans le monde. Il s'agit d'une pathologie plus fréquente que bien des maladies physiques, telles l'hypertension, le diabète et même l'asthme (Joffe & Levitt, 1998). Greden (2003) souligne que l'OMS prédit que d'ici l'an 2020, la dépression se situera au deuxième rang au niveau des maladies, et ce, aux quatre coins du globe. Cette maladie des plus sérieuses est encore considérée comme honteuse par une grande majorité de la population, car elle est enracinée dans l'engrenage de la stigmatisation des troubles psychiatriques (Stewart, 2002). Une recherche dans la discipline de l'éducation avec cette population-cible peut aider d'une certaine façon à démystifier cette condition dans une optique d'identification et de description de leurs besoins d'apprentissage. Étant donné que les femmes sont deux fois plus atteintes que les hommes et que la chercheuse est préoccupée par la santé des femmes, sans toutefois adhérer à un modèle féministe, il a semblé opportun de s'intéresser particulièrement à celles-ci.

Contrairement à une croyance fréquemment véhiculée, la dépression n'est pas synonyme de faiblesse de caractère et ne survient pas parce que la personne ne veut pas faire d'efforts pour s'aider. La dépression est bien plus qu'un vague à l'âme ou qu'un simple cafard passager (Joffe & Levitt, 1998; Nandrino, 1999; Townsend, 2004). L'adulte qui en souffre est atteint dans toutes les dimensions de son être, car la dépression entraîne des répercussions professionnelles, sociales et familiales. Il va sans dire que la qualité de vie des personnes dépressives est moindre (Joffe & Levitt, 1998; Rudolf et Preibe, 1999; Varcarolis, 2002). Il semble réaliste de croire que la qualité de vie puisse se tailler une place dans le domaine de l'andragogie, justement en raison de l'aspect humain et holiste de ce concept qui, selon la chercheuse, rejoint directement la philosophie et les fils conducteurs qui sous-tendent l'andragogie. De plus, l'expérience de la chercheuse auprès d'adultes (hommes et femmes) présentant un trouble dépressif révèle que ceux-ci recherchent les occasions d'apprendre sur leur état de santé.

Sur le plan de la pratique

Les résultats de cette étude pourraient amener les intervenants de la santé à mieux comprendre l'importance de combler les besoins d'apprentissage chez l'apprenant adulte vivant une situation de maladie. Cette recherche, à titre d'étape préliminaire, mènera ultérieurement à la planification, à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme d'enseignement structuré pour les femmes présentant un trouble dépressif.

Cette recherche s'est intéressée à un phénomène moins étudié en andragogie: la qualité de vie. Si, dans le domaine de la santé, les éducateurs reconnaissent que des besoins d'apprentissage qui sont satisfaits sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie, ils seront plus sensibilisés à cette étape initiale, mais combien cruciale qu'est l'identification des besoins.

Sur le plan de la recherche

La grande majorité des études descriptives effectuées auprès des personnes présentant un trouble dépressif puisent leurs racines dans les disciplines de la psychologie, de la psychiatrie ou du soin infirmier en santé mentale, et par conséquent, ne visent pas à reconnaître les besoins d'apprentissage de cette population, mais plutôt des concepts tels que le soutien social, la détresse psychologique, l'incertitude et l'espoir. L'absence presque totale des connaissances auprès de la population visée en regard des besoins d'apprentissage en a fait un sujet d'intérêt en soi en éducation. De plus, l'existence de liens entre la qualité de vie et les besoins (globaux et ceux plus spécifiques d'apprentissage) a été très peu explorée.

Cette recherche a touché l'apprentissage des adultes dans un milieu non formel d'éducation, plus particulièrement des femmes atteintes d'un problème de santé mentale spécifique, soit la dépression. Cette étude pourrait inciter le champ de l'éducation des adultes à prêter une attention particulière aux femmes qui désirent apprendre afin de mieux faire face aux problèmes existentiels comme la maladie. Ceci permettrait aux intervenants de la santé de mieux connaître pour mieux soigner tout en accompagnant l'apprenant adulte malade dans sa démarche d'apprentissage. Jusqu'à présent, il faut reconnaître que cette catégorie d'apprenants adultes a fait l'objet d'un nombre limité d'études en andragogie.

Figure 1

Schéma sommaire des deux principales variables de l'étude

Crise de la vie vécue par les femmes adultes \Rightarrow expérience de la maladie



Être atteintes d'un trouble dépressif

① Description des deux variables de l'étude



Besoins d'apprentissage
de femmes présentant
un trouble dépressif



Qualité de vie
de femmes présentant
un trouble dépressif

② Vérification de relations entre les deux variables

Niveau d'importance et de satisfaction de femmes présentant un trouble dépressif en regard de leurs besoins d'apprentissage



Niveau d'importance et de satisfaction de femmes présentant un trouble dépressif en regard des dimensions de la qualité de vie

(Inspiré de Aucoin, 1997)

Chapitre II
Recension des écrits

Plusieurs thématiques reliées à la problématique de recherche sont traitées dans cette recension des écrits. En premier lieu, le cadre de référence de l'étude est explicité de façon détaillée, puis une description des thèmes de la recension, reliés au phénomène de l'apprentissage de l'adulte, à la notion de besoin et à celle de qualité de vie, et ce, en grande majorité dans un contexte de santé mentale et en relation avec le trouble dépressif, est effectuée. On retrouve également en appendice deux tableaux analytiques faisant état d'études recensées sur les besoins d'apprentissage et sur la qualité de vie et qui sont pertinentes pour la présente recherche. Finalement, un rappel des questions de recherche et des hypothèses vient clore la recension.

Voyons, dans la première section, le cadre de référence préconisé pour la présente étude. Tout d'abord, à titre informatif, un aperçu sommaire de la notion d'identification des besoins est présenté. Deuxièmement, le cadre de référence sur les besoins de Kaufman et English (1979), repris par Lapointe (1995), est mis en relief, suivi de celui de Campbell, Converse et Rogers (1976), repris par Ferrans (1996), sur la qualité de vie. En dernier lieu, une utilisation parallèle de ces deux cadres pour la présente recherche est illustrée.

Cadre de référence de l'étude

Notion d'identification des besoins

En andragogie, un besoin d'apprentissage se doit d'être reconnu par l'apprenant potentiel. L'adulte est en mesure d'identifier ses propres besoins d'apprentissage, étant donné qu'il aspire à se prendre en main (Knowles, 1990; Monette, 1984). Dans une optique éducative, le besoin d'une personne peut être perçu comme l'existence d'une condition *importante* pour elle, mais qui n'est pas toujours nécessairement *satisfaite ou comblée* de façon optimale pour lui permettre de vivre, de fonctionner d'une façon acceptable selon sa propre perspective, de se réaliser et d'atteindre ses buts (Becker, Diamond & Sainfort, 1993; Chien, Kam & Lee, 2001; D'Hainaut, 1979). Un tel besoin d'apprendre peut être satisfait par des expériences d'apprentissage susceptibles de fournir à l'adulte des connaissances (savoirs), des habiletés (savoir-faire), de même que des attitudes et des comportements (savoir être) (Knowles, 1990; Marchand, 1997; Monette, 1984).

Soulignons que ces réflexions ne sont pas étrangères à celles entretenues par Kaufman (1972) et Kaufman et English (1975, 1979) pour tenter d'établir l'argument qui sous-tend les besoins en éducation, leur identification et leur analyse (*needs assessment*). Kaufman et English, à l'instar des auteurs cités précédemment, attachent beaucoup d'importance à ce que tous les intéressés soient consultés pour connaître leurs besoins et leurs attentes et qu'ils soient impliqués, par consensus, à établir les priorités et les mécanismes d'action. Sinon, un désintérêt à l'égard des interventions éducatives élaborées par l'éducateur d'adultes risque de s'ensuivre.

La notion de besoin se définit suivant le domaine d'application. Dans le domaine de la santé, les besoins font souvent référence à ce qui est requis pour assurer ou du moins améliorer le bien-être physique et psychologique, la qualité de vie de la personne (Becker, Diamond & Sainfort, 1993; Witkin, 1984; Wolf, 1997). Selon Witkin (1984) et Chien, Kam & Lee, (2001), l'identification des besoins est une procédure utilisée pour déterminer des priorités d'action afin d'élaborer des programmes d'interventions ou modifier ceux déjà existants, ainsi que pour allouer des ressources. Dans le même ordre d'idées, Kaufman et English (1975, 1979) proposent l'identification des besoins comme une étape qui permet d'obtenir des informations quant aux écarts existant entre la situation actuelle et la situation idéale perçues, ce qui met en relief les actions prioritaires qui permettront d'élaborer des programmes d'interventions adaptés aux *véritables besoins* de la clientèle. Ainsi, dans le cadre de la présente étude, la connaissance des besoins d'apprentissage en lien avec la maladie et à tout ce qui s'y rattache de près ou de loin, comme l'étiologie et la symptomatologie de celle-ci, la médication et ses effets secondaires, la gestion de l'anxiété et du stress, de même que les habiletés de *coping* chez des femmes présentant un trouble dépressif devrait permettre aux infirmières, à une étape ultérieure, de développer des programmes d'interventions en tenant compte de ces besoins prioritaires énumérés par les principales intéressées.

Cadre de référence sur les besoins de Kaufman et English (1979)

Les éducateurs américains Kaufman et English (1979) mettent l'accent sur quelques approches d'identification des besoins, les deux plus utilisées étant le modèle inductif et le

modèle déductif, qui sont encore très d'actualité. Selon eux, le modèle inductif, utilisé à la fois en recherche empirique qualitative ou quantitative, débute par une collecte de données des perceptions des personnes impliquées dans l'étude sur la situation idéale (ce qui devrait être - l'importance du besoin) et la situation actuelle (ce qui est - la satisfaction du besoin, c'est-à-dire si celui-ci est comblé ou non). L'écart qui se creuse entre ces deux perceptions crée un besoin réel permettant d'identifier des priorités d'action. Selon Payson et al.(1998), entre autres, cette façon de s'informer des besoins de la personnes aux prises avec une expérience de maladie démontre du respect pour celle-ci, ce qui s'intègre dans une perspective andragogique. Ces auteurs soulignent également que les patients n'ont pas tendance à surestimer leurs besoins (globaux ou plus spécifiquement éducationnels) lorsqu'ils participent à leur identification, de sorte que les professionnels de la santé ne doivent pas craindre cette étape cruciale. Pour sa part, Nadeau (1988) rapporte que le modèle inductif d'identification des besoins est le plus rigoureux, bien qu'il exige du temps et peut s'avérer dispendieux, probablement en raison du fait que des rencontres avec la clientèle visée sont un pivot primordial du succès de cette approche. Lapointe (1995), dans son ouvrage entièrement consacré aux besoins en éducation et en formation, rappelle que nous sommes redevables à Kaufman (1972) pour la notion d'écart en relation avec le concept de besoin, ce qui permet d'opérationnaliser celui-ci.

En ce qui concerne l'approche du modèle déductif cette fois-ci, Kaufman et English (1979) rapportent que les buts et les objectifs sont en premier établis par les intervenants qui désirent élaborer ou modifier un programme d'intervention. Ce sont les professionnels qui évaluent ou déduisent la situation idéale, tandis que les personnes impliquées identifient seulement la situation actuelle. Par la suite, les intervenants déterminent les écarts qui mèneront aux stratégies d'intervention. Nadeau (1988) souligne que cette approche est quand même valide, rapide et plus simple que la précédente, mais qu'elle peut toutefois présenter une faiblesse de taille puisque les buts et les objectifs sont préétablis sans avoir consulté au préalable les personnes impliquées.

Pour cette étude, il fut décidé d'opter pour le modèle inductif d'identification des besoins (*needs assessment*) de Kaufman et English (1979) qui comprend quatre étapes, c'est-à-dire: 1) déterminer la situation idéale; 2) identifier la situation actuelle; 3) identifier les écarts; 4) déterminer les priorités d'action. La principale raison entourant ce choix est que ce modèle permettra de recueillir directement les perceptions des personnes impliquées, en l'occurrence ici des femmes présentant un trouble dépressif. Cette façon de procéder permettra vraiment de tâter le pouls de la population-cible, et non de "s'en faire une idée" en spéculant par déduction. Ce cadre de référence est présenté à la figure 2. Richard (1998) a utilisé ce cadre dans son étude descriptive sur les besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde. À noter que la dimension de l'importance et celle de la satisfaction des besoins sont toutes deux mesurées dans la recherche de Richard. Les besoins prioritaires sont ceux présentant le plus grand écart entre ces deux dimensions, c'est-à-dire les besoins qui sont considérés les plus importants par les sujets (situation idéale), mais qui sont les moins satisfaits chez ceux-ci (situation actuelle). Les types de besoins qui ont été examinés dans la présente étude sont les besoins d'apprentissage.

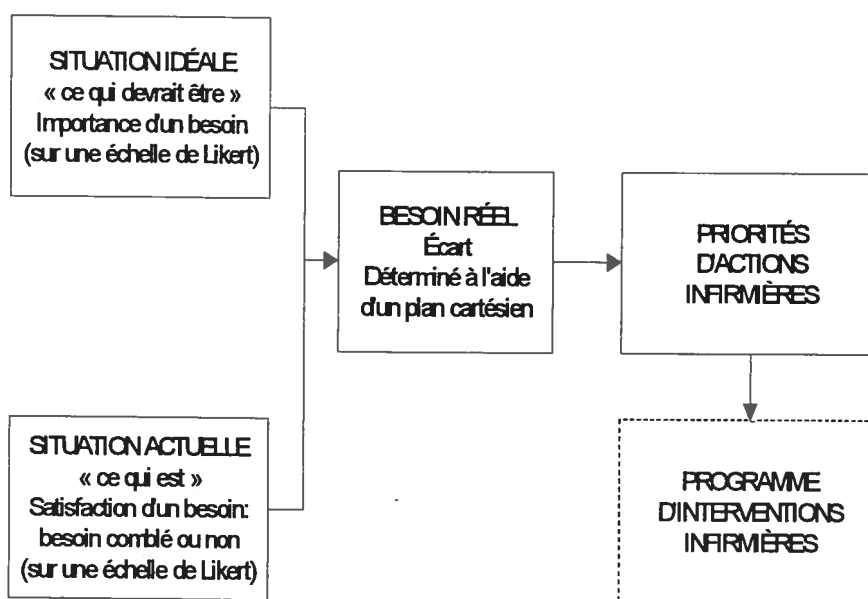


Figure 2. Modèle inductif d'identification des besoins selon Kaufman et English (1979).

(Adapté de Richard, 1998)

Quant aux trois cercles qui composent la figure 3 ci-dessous, ils illustrent une matrice de besoins, tirée d'une recherche de Becker, Diamond et Sainfort (1993). Ce schéma, inclus à titre de supplément, vise à augmenter la compréhension du cadre de référence, en le visualisant sous un autre angle. Mentionnons que le premier cercle fait état du niveau d'importance du besoin, alors que le deuxième expose le niveau de satisfaction du besoin. Le dernier cercle, séparé en quarts, révèle que la région "C" est celle qui est la plus problématique, étant donné que c'est à cet endroit où le besoin est perçu comme étant le plus important, mais le moins satisfait (moins comblé), donc ayant le plus grand écart entre "ce qui est" et "ce qui devrait être". Suivrait ensuite la région B.

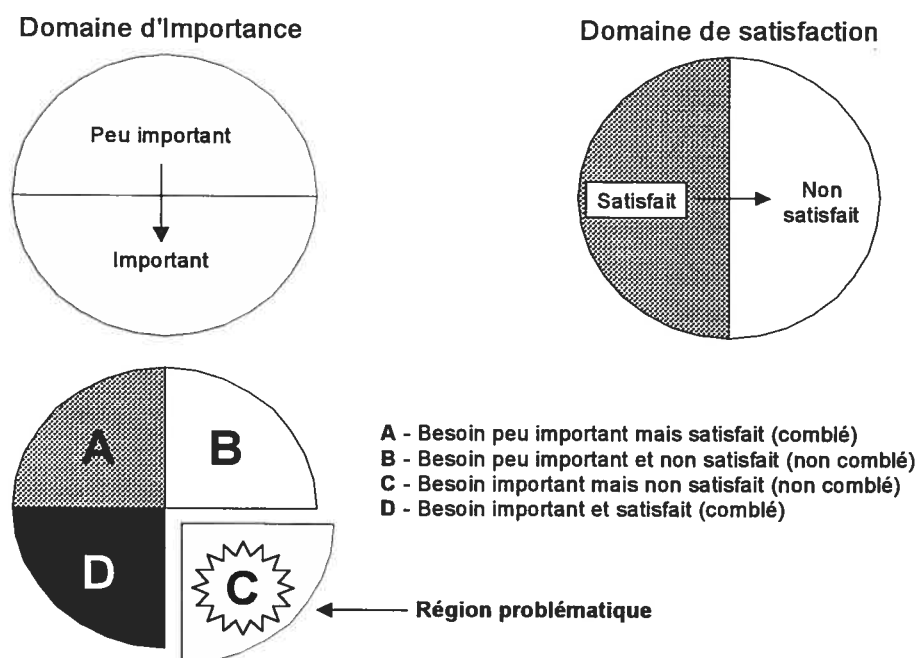


Figure 3. Matrice de besoins (*needs matrix*). (Tiré de Becker, Diamond & Sainfort, 1993).

Suite au cadre de référence sur les besoins de Kaufman et English (1979), il semble approprié de souligner que la variable qualité de vie peut, elle aussi, être évaluée de la même façon que les besoins d'apprentissage, c'est-à-dire avec la même optique, en tenant compte à la fois de l'*importance* et de la *satisfaction* des différentes dimensions de la qualité de vie. À la connaissance de la chercheuse, Campbell, Converse et Rogers (1976) semblent avoir été les premiers à s'intéresser à cette forme de catégorisation de la qualité de vie.

Cadre de référence sur la qualité de vie de Campbell, Converse et Rogers (1976)

Le cadre proposé par Campbell, Converse et Rogers (1976) sur la qualité de vie a servi de guide pour mesurer celle-ci dans la présente étude. Ces auteurs associent le concept de qualité de vie à la notion de *satisfaction* éprouvée à l'égard de divers aspects de la vie, aspects dont l'*importance* varie d'une personne à l'autre, provoquant dès lors un écart. Ainsi, les dimensions de la vie prédominent de façon différente pour chaque personne et n'ont donc pas le même impact sur la qualité de vie individuelle. Ceci rejoint la façon de mesurer les besoins préconisée par Kaufman et English (1979). De fait, ce sont les dimensions importantes et qui sont non satisfaites (non comblées) de la vie d'une personne sur lesquelles il faut travailler pour améliorer sa qualité de vie, comme c'est le cas pour ses besoins (d'apprentissage ou autres). Notons que cette conceptualisation de la qualité de vie par Campbell et al. (1976), en termes de satisfaction et d'importance, a servi de base et d'inspiration à Ferrans et Powers (1985) pour l'élaboration de leur instrument de mesure, le *Quality of Life Index (QLI)*, questionnaire qui a été retenu pour cette étude. Le *QLI* sert à évaluer la qualité de vie de personnes en santé ou souffrant de diverses maladies. La figure 4 met en relief le cadre.

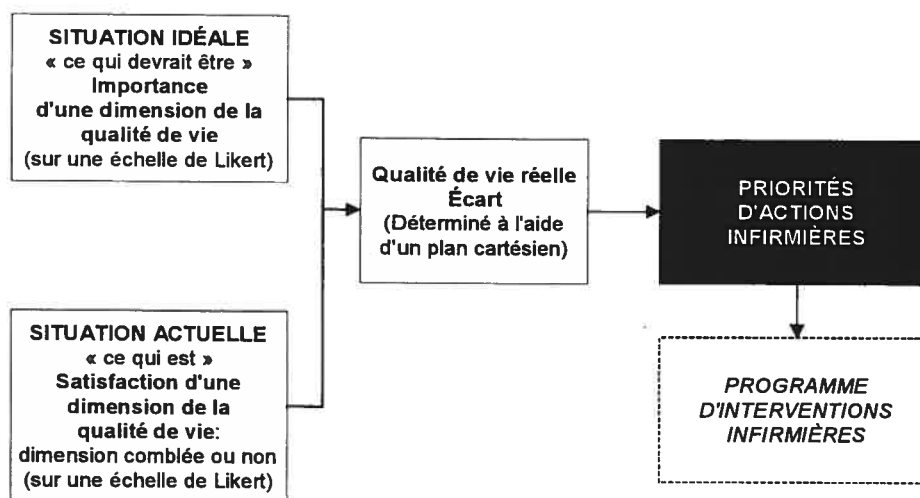


Figure 4. Cadre de référence sur la qualité de vie de Campbell, Converse et Rogers (1976). Repris par Ferrans (1996).

Quant à la figure 5 de la page suivante, elle montre l'utilisation parallèle du cadre de Kaufman et English et celui de Campbell, Converse et Rogers pour les fins de la présente recherche.

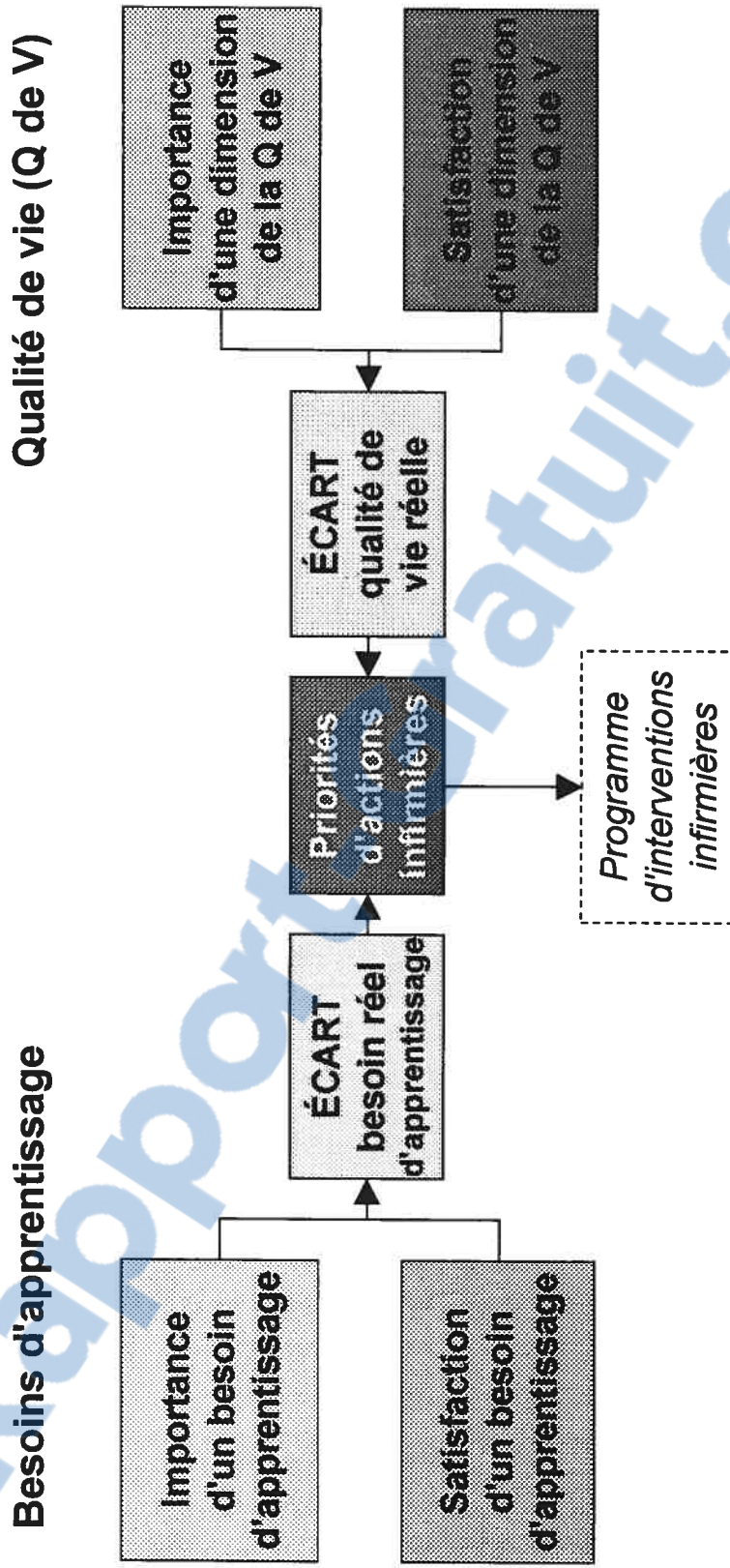


Figure 5. Utilisation parallèle des deux cadres de référence précédents pour la présente étude.

Thèmes de la recension

Les thèmes de la recension sont présentés de façon à donner une vue d'ensemble du domaine et du sujet de recherche. Les écrits sélectionnés sont ceux qui, aux yeux de la chercheuse, semblent les plus importants pour étoffer la présente étude, la mettre en lumière et rendre compte de sa nécessité. Ainsi, le phénomène de l'apprentissage chez l'adulte est abordé sous quelques facettes et les concepts de besoins d'apprentissage et de qualité de vie sont mis en relief. Deux tableaux analytiques placés en appendice regroupent les recherches ayant opérationnalisé et étudié ces deux concepts auprès de populations présentant des problèmes de santé mentale (ou parfois physique, le cas échéant).

Apprentissage de l'adulte en situation de maladie

Rappelons que la maladie est un phénomène universel et que peu de personnes y échapperont au cours de leur vie, particulièrement durant leurs stades de développement adulte (Olds & Papalia, 2000). Néanmoins, l'apprentissage de l'adulte malade en ce qui a trait à son état de santé demeure quasi inexploré en andragogie. Rankin et Stallings (2001) reconnaissent que l'éducation à la santé en est encore à ses premiers balbutiements. De fait, bien peu de chercheurs et de théoriciens se sont intéressés à l'apprentissage de l'adulte aux prises avec une maladie aiguë ou chronique (Aucoin-Gallant, 1994; Aucoin, 1997).

Une recherche de Nigro et Maggio (1990) précise que l'adulte (homme ou femme) présentant un problème de santé mentale est confronté de plein fouet au rôle de malade et ressent le besoin d'apprendre à propos de sa situation de santé, tant au niveau du processus pathologique (étiologie, symptomatologie,...) que du traitement (médication, soins infirmiers, stratégies psychoéducatives,...), s'il veut composer positivement avec cette réalité malencontreuse qui survient dans sa vie. Mirka (1994) rapporte que l'adulte doit avoir l'occasion de s'exprimer par rapport à ses besoins d'apprentissage, ce qui n'est pas toujours le cas en milieu de soin, tant hospitalier que communautaire. À l'instar de Mirka, Redman (1993) soutient que l'éducation de la santé doit tenir compte des véritables besoins

d'apprentissage des patients, d'où la nécessité d'inclure ceux-ci dans le processus décisionnel de la gestion de leur maladie et des soins qui y sont associés. Selon Knowles (1980) et Brookfield (1985), l'apprenant adulte, en tant qu'être en devenir, possède des besoins d'apprentissage spécifiques et veut se sentir libre d'apprendre ce qu'il juge significatif pour lui afin de faire face à maintes situations susceptibles de se présenter dans sa vie quotidienne (comme un problème de santé). De plus, au fil des ans, l'apprenant adulte cumule des expériences de vie qui deviennent une ressource indéniable pour ses apprentissages ultérieurs (Knowles, 1990).

Éducation non formelle et apprentissage

Les infirmières, comme les autres professionnels de la santé, visent à répondre aux besoins de la personne malade et de sa famille en milieu non formel, hors du système éducatif traditionnel, et ce, dans un laps de temps assez limité. En effet, que ce soit à l'hôpital, en clinique communautaire ou à la maison, les activités formatives y sont ordinairement de courte durée et centrées sur le moment présent, la maladie actuelle, l'"ici et le maintenant" (Aucoin-Gallant, 1994). L'adulte considère qu'il n'a pas de temps à perdre, celui-ci est trop précieux. Knowles (1990) mentionne également que la société voit l'adulte comme un travaillant et non un apprenant. Ainsi, le scénario n'est donc pas des plus réjouissants lorsque l'adulte doit apprendre comment composer avec sa maladie, condition souvent jumelée avec une cessation temporaire ou permanente d'emploi en raison de l'état de santé qui s'étiolo.

Les nouvelles tendances en soins de santé, en particulier l'arrivée en trombe du virage ambulatoire font en sorte que le séjour à l'hôpital est de plus en plus court, et ce, autant pour des problématiques de santé physiques que psychologiques (Bostrom et al., 1994; Mueser et al., 1992; Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2000). De surcroît, les **besoins d'apprentissage** doivent être cernés rapidement afin d'outiller l'adulte hospitalisé de façon à favoriser des changements de comportements concrets et favorables pour sa santé et à rehausser ou du moins préserver sa **qualité de vie** à son retour chez lui (Bostrom et al., 1994). Il apparaît, selon Bhola (1983), que l'éducation non formelle, étant d'aspect pratique et d'ordre utilitaire,

prend en charge le mandat de rencontrer les besoins d'apprentissage des personnes de tous âges. Ainsi, on peut extrapoler que les adultes malades, y compris les femmes présentant un trouble dépressif, sujets de la présente étude, font partie de cette population.

En rapport avec la présente étude, Helm (1997) soutient que l'éducation améliore le traitement des patients atteints de dépression, bien que le tiers seulement des adultes qui en souffrent en viennent à consulter, et la majorité de ces adultes sont des femmes. Pourtant, d'après l'Association Nationale de la Santé Mentale (citée dans Helm, 1997), un enseignement approprié sur le phénomène du trouble dépressif, la médication et les thérapies possibles porte le taux de guérison à près de 80%. Cette même auteure fait part qu'une enquête américaine à l'échelle nationale révèle que plus de la moitié de l'échantillon est persuadé que la dépression est un signe de faiblesse et non de maladie. Ce schème de pensée pourrait expliquer pourquoi les personnes dépressives peuvent hésiter longtemps à demander une aide professionnelle. Elle dit qu'une éducation s'impose à ce sujet et doit inclure des détails sur le stigmate de la dépression, tout en rendant les gens conscients que le trouble dépressif se camoufle souvent derrière des symptômes physiques divers, tels les maux de dos, les migraines et les malaises gastro-intestinaux.

Rôle de l'infirmière à titre d'éducatrice d'adultes dans le domaine de la santé

Parmi les professionnels de la santé, seule l'infirmière est au chevet de la personne malade vingt-quatre heures par jour. Par conséquent, elle est une candidate toute désignée pour apprécier les changements dans la situation de santé, identifier les besoins généraux et éducatifs du malade, explorer ses motivations et lui procurer un enseignement individualisé (Rankin & Stallings, 2001). Cette position privilégiée lui permet de remplir son double rôle d'accompagnatrice et de facilitatrice (Bostrom et al., 1994). À ce titre, l'infirmière éducatrice entame une relation d'aide tissée d'empathie, d'authenticité et de respect. Ces trois attitudes facilitantes sont primordiales dans le domaine de la santé mentale (Chalifour, 2000; Townsend, 2004). Ce genre de relation favorise chez l'adulte une utilisation de ses ressources

internes, une croissance personnelle et une meilleure capacité d'affronter la vie (Chalifour, 2000; Varcarolis, 2002), ce qui rehausse de façon inéluctable, par ricochet, la qualité de toutes ses dimensions de vie.

Bien entendu, l'infirmière doit posséder de solides acquis sur les plans du savoir, du savoir-faire et du savoir être, comme, par exemple, sur le contenu que désire apprendre la femme présentant un trouble dépressif afin d'affronter sa situation de santé. De fait, l'enseignement se rapporte à un objet et celui-ci doit être connu le mieux possible par l'éducateur (Chalifour, 2000). En plus de maîtriser le contenu à enseigner, l'éducateur doit posséder une connaissance des caractéristiques de l'apprenant adulte et des méthodes andragogiques appropriées (Marchand, 1985, 1997). L'infirmière ayant un penchant pour l'andragogie attache de l'importance aux différences et aux besoins individuels de la femme atteinte de dépression, l'invite à partager son expérience, tout en prédisposant celle-ci à la découverte et au goût du risque. Elle se met à la disposition de l'adulte. À titre de facilitatrice auprès de l'adulte malade, l'infirmière doit parfois lui faire prendre conscience de sa nécessité d'apprendre, pour changer certaines habitudes de vie, par exemple. De plus, c'est un fait accompli qu'être malade entraîne un certain état de dépendance, du moins au début, lors de l'annonce de la maladie qui active une déstabilisation. C'est souvent l'infirmière qui doit stimuler la volonté d'apprendre de la personne malade, c'est-à-dire l'amener à une certaine disposition (*readiness*) (Redman, 1993). Par la suite, le malade apprend un peu chaque jour et l'infirmière l'accompagne dans sa démarche (Aucoin-Gallant, 1994).

Notion de besoin en général

Les écrits recensés font l'étalage d'une pléthore de définitions du concept de besoin, sans compter les termes qui y sont associés. Aucoin (1997) souligne que ces derniers sont également appelés concepts auxiliaires. Soulignons que le terme "besoin" est fréquemment utilisé, autant dans le langage courant que scientifique, sans toutefois toujours lui accorder sa juste valeur ou connotation. Il en est de même pour l'expression "besoin d'apprentissage". De fait, ces termes sont souvent utilisés à tort et à travers, et même de façon abusive en éducation, comme le décrète Rolland-Barker (1981). On les retrouve souvent sous forme de

slogans, clamant une forme de publicité ou une autre. Par ailleurs, les définitions de ces termes ne font pas l'unanimité. En effet, Lapointe (1995) énonce que la notion de besoin revêt une ambiguïté dans divers discours, ce qui lui confère un caractère vague. Quant à Cameron (1988), elle déclare qu'il n'existe pas de consensus quant à la définition des besoins d'apprentissage et encore moins dans la façon de les identifier.

Le dictionnaire Nouveau Petit Robert (2003) présente la définition du mot besoin comme étant: "Une exigence née de la nature ou de la vie sociale" (p.246). Quant à Legendre (1993), il soulève l'évolution de la notion de besoin au fil des ans. En effet, jusqu'au début du vingtième siècle environ, ce concept ne faisait allusion qu'à la dimension physique de l'être humain: besoin de boire, de se nourrir, de dormir et de se reposer, de combler la pulsion sexuelle, etc. Ces besoins sont désormais connus sous l'expression "besoins physiologiques", introduite par Maslow (1954), dans sa taxonomie des besoins fondamentaux répartis en cinq catégories. Ces besoins réfèrent à l'instinct de survie (besoins innés) et à des pulsions (*drives*) et se situent à l'échelon le plus inférieur de sa pyramide. Maslow spécifie que ces besoins de base doivent être comblés avant que l'individu puisse accéder à la dimension psychologique de son être, comme ses besoins sociaux, ses besoins d'estime de soi et ses besoins d'actualisation, qui constituent des catégories supérieures de besoins (de nature acquise). Ainsi, ce serait au cours des années 1950 que le domaine "psychique" aurait fait son entrée dans la conceptualisation de la notion de besoin (Legendre, 1993).

Suite à la hiérarchisation des besoins par Maslow (1954), la dimension psychologique de la notion de besoin n'a cessé de croître. Les réflexions foisonnantes de ce dernier ont permis à d'autres auteurs de favoriser l'ancrage de cette composante psychologique. À cet égard, Robidas (1989) souligne que Festinger, en 1957, a ajouté à la liste des besoins humains la cohérence cognitive, ce qui signifie que la personne essaie de maintenir l'harmonie, l'équilibre entre ses connaissances, ses valeurs et ses comportements, alors que Schutz (1996 *in* Legendre, 1993) parle de trois besoins psychologiques fondamentaux, soit le besoin d'identification personnelle et d'appartenance, le besoin de contrôle sur l'environnement, de même que le besoin d'épanouissement affectif. On remarque que les pensées de ces deux

auteurs, à titre de tentatives pour mieux camper la facette psychologique du concept de besoin, s'inscrivent bien dans une perspective éducative. Il faut toutefois garder en tête, comme le soutient Marchand (1997), en reprenant les propos de Maslow, que les besoins physiques primaires doivent être rencontrés avant qu'un individu puisse rassasier son besoin de connaître, de savoir, d'apprendre, comme l'énonce le fameux dicton: "Ventre affamé n'a pas d'oreilles" (p.43).

Une façon de conceptualiser la notion de besoin qui revient fréquemment dans la littérature, entre autres dans la discipline de l'éducation, consiste en la définition de besoin en terme d'écart, qui devient alors facilement opérationnel. Il semble que Tyler (1950 *in* Legendre, 1993) fut le premier à offrir cette définition, mais Lapointe (1995) évoque que c'est à Kaufman (1972) que nous sommes redevables pour cette opérationnalisation. Quoi qu'il en soit, ces scientifiques parlent tous deux d'un écart entre la situation actuelle et la situation désirée ou souhaitable, ou plus simplement d'un écart entre "ce qui est" et "ce qui devrait être". Divers chercheurs et éducateurs, notamment Houle (1972), Kaufman et English (1979), Knowles (1980, 1990), Nadeau (1988), Cameron (1988), Lapointe (1995), Aucoin (1997) et Richard (1998) se rallient, du moins en grande partie, à cette ligne de pensée. Leur terminologie peut varier quelque peu, mais ne déroge pas vraiment de la notion d'écart. Par exemple, il est parfois question de l'écart entre le standard et la réalité, de l'écart entre l'état présent et l'état cible ou bien de l'écart entre la condition actuelle et la norme acceptable. Quant à Nadeau (1988), il a recensé l'écart de but, l'écart de souhait ou de désir, ainsi que l'écart d'ordre social. Néanmoins, toutes les expressions citées convergent vers le même but; comme le dit Kaufman (1972), il faut se préoccuper de l'écart (*discrepancy, gap*) entre "*what is*" (ce qui est) and "*what should be*" (ce qui devrait être). Dans le même ordre d'idées, le mot carence apparaît souvent comme étant un synonyme de besoin en éducation et en psychologie, arborant même parfois l'étiquette de besoin-carence (Knowles, 1990; Rolland-Barker, 1981).

Bien que Nadeau (1988), spécialiste en l'évaluation de programme, retient lui aussi la définition de besoin comme étant un écart, il signale également qu'un besoin consiste en "l'expression d'une fin et non du ou des moyens pour atteindre cette fin" (p.181). Il fait état de quelques exemples, comme celui d'un individu qui va chercher une couverture (moyen) afin de se protéger du froid et de se réchauffer (besoin). Tout compte fait, Nadeau (1988) explicite que l'expression d'un besoin doit invoquer un manque, une déficience à combler ou une carence; ces trois expressions invoquent de façon implicite la notion d'écart. Toujours selon Nadeau, il vaut mieux identifier le besoin en premier lieu avant de proposer des moyens pour le satisfaire, ce qui, il faut bien l'avouer, ne se produit pas toujours dans cette séquence dans la réalité. À titre d'exemple, mentionnons les programmes d'enseignement aux patients (moyens) qui sont élaborés, puis mis en oeuvre sans d'abord s'enquérir des besoins réels auprès de la clientèle malade elle-même. Quant à Pineault et Daveluy (1995), deux chercheurs en planification dans le domaine de la santé, ils sont d'avis qu'un besoin et un problème sont deux éléments distincts au lieu d'être synonymes. Pour eux, un problème se définit comme "une déficience, un état de maladie, une perturbation" (p.70), alors qu'un besoin "représente ce qui est requis pour remédier au problème" (p.76). Ils éclaircissent leurs propos en soulignant que "l'existence de besoins peut se concevoir même dans une situation où il n'y a pas de problème" (p.76), par exemple dans le cas d'une nouvelle maman et de son nouveau-né qui ne présentent pas de problèmes, mais qui ont quand même des besoins en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Selon le constat de Pineault et Daveluy (1995), "problème et besoin sont donc des notions connexes, le besoin étant en quelque sorte la traduction du problème en termes plus opérationnels" (p.76). Toujours selon ces deux auteurs, le besoin est ce qu'il faut faire pour que la situation problématique (v.g. l'état de santé actuel) en vienne à correspondre à la situation désirée (v.g. l'état de santé cible). Néanmoins, ils disent qu'un besoin demeure un concept relatif qui dépend de l'interprétation que l'on en fait.

Landry (1991) fait la distinction entre un besoin et une attente dans sa thèse de doctorat en andragogie, qui traite des attentes exprimées par des adultes et des jeunes à l'égard de leur

situation d'éducation universitaire. Suite à la consultation de divers dictionnaires, tels le Larousse, le Petit Robert et Legendre, Landry arrive au constat qu'une attente représente une expectative, une espérance ou un souhait, alors qu'un besoin signifie davantage une nécessité, une exigence ou un manque. Ses propos révèlent que les attentes seraient en quelque sorte des préalables aux besoins, en ce sens qu'elles "constitueraient un niveau de satisfaction de référence ou encore, cette situation souhaitable qui, lorsqu'elles sont comparées à la réalité en cours, pourraient permettre plus tard l'identification des besoins" (p.22).

L'ouvrage en français entièrement consacré aux besoins en éducation et en formation de Lapointe (1995), professeur à l'Université Laval, constitue une denrée rare dans le domaine. Truffée de références, cette monographie rejoint de nombreux professionnels. Lapointe note que le concept de besoin est souvent associé, entre autres, aux notions de force, d'énergie motivante, de désir, de préférence et d'intérêt, mais il spécifie que l'orientation qu'il adopte dans son texte suit toutefois la tangente d'une absence, d'une insuffisance et surtout d'un écart, ce qui abonde dans le même sens de ce qui est le plus fréquemment cité dans la littérature. Lapointe indique que l'illustration d'un besoin sous forme d'écart sous-tend la nécessité de norme et d'obligation. Sous cette facette, un "besoin est considéré comme ce qui est jugé idéal au bon fonctionnement d'un individu, d'un groupe, d'un système" (p.39). Il semble cependant difficile de cerner cette situation idéale en raison du fait que le concept de besoin chevauche à la fois le registre de l'objectivité et de la subjectivité. En effet, la composante subjective fait partie intégrante de tout besoin, en ce sens que celui-ci n'a en réalité d'existence que chez la personne qui le ressent (Lapointe, 1995). Cet aspect subjectif a d'ailleurs été traité par Monette (1984), mais surtout par Rolland-Barker (1981), dans sa quête de réponses à sa question: "qui détermine les besoins"?

Dès 1926, Lindeman a écrit une monographie intitulée *The Meaning of Adult Education*. Cet éducateur fut un fervent partisan d'une philosophie de l'éducation centrée sur l'étudiant, dont il s'est fait le porte-parole en ce qui concerne l'intégration de cette perspective philosophique en éducation des adultes. Cette façon de concevoir l'éducation a notamment mis très tôt sur la sellette les concepts de besoin et d'intérêt relatifs à l'apprenant, à l'effet que

les programmes d'études en andragogie devraient être articulés autour de ces notions. Lindeman perçoit le terme besoin chez l'adulte comme la nécessité d'un ajustement pour se libérer d'un état de tension et retrouver un équilibre. Il préconise comme mode d'apprentissage la satisfaction des besoins de l'apprenant adulte par l'utilisation d'une certaine séquence de gestes et d'actions, qui est en fait la méthode de résolution de problème (*problem solving*). Dans le même ordre d'idées, Knowles (1980, 1990) soutient que la notion de besoin individuel de l'adulte est un point de mire de sa manière de concevoir l'andragogie. Par conséquent, l'éducateur d'adultes se voit ainsi confier la tâche ultime d'aider les individus à combler leurs besoins éducatifs. De plus, les propos de Knowles suivent le courant de l'époque en ce qui a trait au concept de besoin en convergeant vers les notions d'écart et de carence, qui est, tout compte fait, la tendance à la mode ayant pris son essor lors des années soixante-dix (70).

Finalement, il apparaît approprié de signaler que Pineault et Daveluy (1995) constatent que l'expression *needs assessment* n'a pas d'équivalent précis en français et ils optent dans leurs écrits pour l'utilisation des termes "étude de besoins", expression que Lapointe (1995) emploie également, alors que Nadeau (1988) se tourne vers celle "d'analyse de besoins". Pour Monette (1984), il est implicite qu'en éducation, lorsqu'on parle de *needs assessment*, il est question de l'identification des besoins d'apprentissage et des étapes subséquentes qui en découlent.

La prochaine section porte sur le concept de besoin d'apprentissage, ainsi que certains termes auxiliaires en lien avec ce dernier.

Accent sur le concept de besoin d'apprentissage et sur certains termes associés

Le concept de besoin d'apprentissage est l'un des noyaux centraux de cette recherche. Bien entendu, ce concept a dû être opérationnalisé en terme de variable afin d'être mesurable de façon fiable et valide. Les aspects métrologiques sont abordés dans le prochain chapitre sur la méthodologie.

En guise d'entrée en matière, signalons qu'un survol de la littérature en andragogie a permis de constater que peu d'analyses conceptuelles de l'expression besoin d'apprentissage ont été effectuées jusqu'à maintenant, encore moins en ce qui a trait à l'adulte malade. Deux études ont été recensées, voire celle de Roland-Barker (1981), dont le mémoire de maîtrise consiste intégralement en une analyse conceptuelle de la notion de besoin en éducation des adultes, alors que la thèse doctorale en andragogie d'Aucoin (1997) traite des besoins d'apprentissage et des stratégies de *coping* de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. Néanmoins, cette dernière ne consacre qu'une partie de sa recension des écrits à l'analyse du concept besoin d'apprentissage, dans le but d'ancrer cette expression dans le contexte de son étude empirique et la rendre opérationnelle. En fait, il faut avouer que c'est très suffisant et que le but est atteint. Selon Aucoin (1997), les huit étapes relatives à l'analyse de concept, telles que proposées par Walker et Avant (1995 *in* Aucoin, 1997) et Wilson (1969 *in* Aucoin, 1997), et dont elle s'est servie dans sa recherche, aident à clarifier la signification d'un concept et sont de bons outils. Pour revenir à Rolland-Barker (1981), son mémoire nous entraîne dans un approfondissement rigoureux et méthodique du concept de besoin en andragogie, par l'utilisation de cinq étapes analytiques à saveur philosophique. Cette auteure réalise qu'il existe un paradoxe inévitable à propos de l'analyse conceptuelle. De fait, bien que celle-ci décortique en profondeur la réalité d'un concept pour ensuite le reconstruire, elle entraîne automatiquement une "amputation" de celui-ci, une image un peu tronquée du réel, car l'analyste choisit les dimensions de ce concept selon son optique, sa "paire de lunettes", ce qui est correct, mais cela nuance inéluctablement le concept.

La définition de besoin d'apprentissage qui rejoint de près le point de vue de l'investigatrice de la présente étude est celle suggérée par Monette (1984). Dans ses propos, il insiste qu'un besoin éducationnel (ou d'apprentissage) implique un besoin qui peut être satisfait par une expérience d'apprentissage pour acquérir des connaissances (savoirs), des habiletés (savoir-faire) et des attitudes et comportements (savoir être). Cette définition incite à reconnaître la globalité et l'unicité de l'adulte en s'inspirant du courant humaniste; la personne serait impliquée dans tous ses aspects bio-psycho-sociaux-culturels et spirituels lors

du besoin d'apprendre. D'ailleurs, Aucoin-Gallant (1996,1997) suit cette même veine en définissant un besoin d'apprentissage de manière conceptuelle comme étant un besoin qui fait en sorte que la personne puisse préciser ce qu'elle désire acquérir au niveau des savoirs (connaissances), des savoir-faire (habiletés) et des savoir être (attitudes) mais l'opérationnalise comme étant: "un écart à combler entre la perception qu'a la personne d'avoir été informée et celle de désirer l'information" (Aucoin-Gallant, 1996, p. 16). Quant à Rolland-Barker (1981), elle en vient aussi à donner sa propre définition conceptuelle de besoin en éducation, du besoin de s'éduquer ou du besoin éducatif qui, selon elle, se résume à: "le besoin éducatif est celui d'acquérir un savoir, c'est-à-dire de passer d'un état de savoir moindre à un état de savoir supérieur" (p.99).

Dans la majorité des articles recensés qui traitent des besoins d'apprentissage chez l'adulte (en santé ou malade), les termes *educational needs* (besoins de s'éduquer, besoins éducationnels, besoins éducatifs), *learning needs* (besoins d'apprentissage), *cognitive needs* (besoins cognitifs) et *informational needs* (besoins d'information) sont fréquemment utilisés sans faire trop de distinction (Bostrom et al., 1994; Payson et al., 1998; Grahn & Johnson, 1990; Mueser et al., 1992; Griffiths & Leek, 1995; Wingate, 1990). Quant à Aucoin (1997), elle fait elle aussi allusion que les besoins d'information et les besoins d'apprentissage sont la plupart du temps confondus, car la frontière entre les deux termes est vague et imprécise. Elle souligne que le besoin d'information relève du renseignement, donc qu'il se situerait à un échelon inférieur de l'acte d'apprendre. Ainsi, tel qu'évoqué au chapitre précédent, selon Aucoin (1997), l'information demeurerait au niveau des connaissances, c'est-à-dire du savoir, sans passer aux savoir-faire et aux savoir être. Cette auteure se risque à avancer que les besoins d'apprentissage englobent les besoins d'information, alors que le contraire ne serait pas véridique.

Justement, un concept auxiliaire au besoin d'apprentissage est la recherche d'information. Ce concept loge parfois à la même enseigne que l'expression "besoin d'apprentissage", bien que la majorité du temps, la recherche d'information (*information seeking*) est considérée

comme un préalable au besoin d'apprentissage (Aucoin, 1997). La recherche d'information est définie par Bélanger et Bouchard (1998) selon deux perspectives: l'adaptation et la communication. En termes d'adaptation, la recherche d'information apparaît comme étant une stratégie de *coping* fondamentale axée sur le problème susceptible d'aider la personne à mieux composer avec une situation mal connue. En ce qui a trait à la communication, les mêmes auteurs soulignent qu'il existe des avantages et des obstacles à la recherche d'information. En effet, suite à leur étude qualitative avec des adultes atteints de cancer, elles en arrivent à déduire que la recherche d'information semble constituer une démarche à risque, périlleuse et drainante pour ces personnes, car les patients craignent parfois de trop en apprendre sur leur état de santé, ce qui pourrait s'avérer plus néfaste que bénéfique, en amplifiant, par exemple, leur anxiété ou leur peur de mourir. Ils veulent en savoir juste assez. Qui plus est, les sujets de cette étude ne recherchent pas l'information auprès d'autres cancéreux, car ils ne veulent aucunement se comparer entre eux. Cette démarche semble augmenter leur incertitude, alors ils préfèrent adhérer à la croyance que chaque personne est différente.

Un autre concept voisin de celui de besoin d'apprentissage est le désir d'apprendre. Ce dernier implique une prise de conscience de la nécessité d'apprendre, mais il n'englobe pas une mise en action. Cependant, le désir d'apprendre provoque la recherche d'information. Celle-ci est une intention, un effort et une action personnelle pour obtenir des connaissances, des savoirs (Aucoin, 1997). Il apparaît important de respecter cette recherche d'information qui sera plus ou moins active, selon le cas, chez les gens malades. L'infirmière doit être vigilante pour déceler chez l'adulte les messages verbaux et non verbaux subtils susceptibles de guider le dosage de renseignements qu'elle doit offrir (Bélanger & Bouchard, 1998).

Facettes opérationnelles de la notion de besoin

Lorsqu'un intervenant en éducation propose de faire une analyse de besoins et d'appliquer un modèle d'étude de besoins, il doit garder en tête que ces activités sont en fait

un reflet opératoire d'une certaine conception de la notion de besoin. En outre, les recherches empiriques sur le concept de besoin doivent en conserver l'essence conceptuelle, tout en faisant le saut vers l'opératoire, afin de rendre le concept observable, mesurable et exprimé dans la réalité. La signification opératoire retenue pour le concept de besoin est ordinairement brève et peut varier grandement dans les études, dépendant du sens qu'on lui accorde à des fins d'expérimentation (Nadeau, 1988; Rolland-Barker, 1981). La définition opératoire, imbriquée dans un cadre théorique ou un modèle conceptuel, constitue l'angle d'attaque disciplinaire, notre "paire de lunettes", en restreignant à une dimension spécifique ou à une vision précise du concept de besoin lors de l'investigation sur le terrain. En d'autres mots, on ne peut tout mesurer, il faut faire des choix.

Il a déjà été signalé dans ce devis que la notion de besoin en termes d'un écart est la plus répandue, en plus d'être opérationnelle. Il s'avère approprié de citer Rolland-Barker (1981) qui circonscrit succinctement cet aspect :

"Par l'idée de mesure inhérente au concept d'écart ou de distance, la notion de besoin en tant que carence, en éducation, devient alors opératoire. Ainsi, si la notion de besoin abstraite et qualitative se traduit par le manque ou la carence, on trouve avec Tyler un moyen de la concrétiser et de la quantifier par la mesure de l'ampleur de la distance, de l'écart" (p.53).

Dans le même ordre d'idées, Knowles (1980, 1990) a suivi les traces laissées par Tyler (1950 *in* Legendre, 1993) et Kaufman (1972) à cet effet. Knowles a consacré une attention théorique particulière au concept de besoin, mais il n'en demeure pas moins que sa préoccupation de base est de rendre ce concept mesurable, c'est-à-dire opératoire, afin de l'inclure dans son processus de développement d'un programme éducatif, au moment d'une étape précise qu'il intitule "diagnostic des besoins". Knowles soulève que le besoin d'apprentissage de l'adulte correspond à l'écart (ou à la disparité) entre les compétences requises et leur niveau actuel chez l'apprenant adulte, un écart à combler entre ce qu'il sait à un moment donné et ce qu'il souhaiterait apprendre afin d'améliorer son efficacité et sa qualité de vie (Knowles, 1990; Aucoin, 1997).

Selon la perspective de Kaufman (1972) et de Lapointe (1995), l'écart est déterminé par la mesure objective de quelque réalité subjective du concept de besoin. Cela facilite l'opérationnalisation de ce concept à double signification. En ce sens, les informations et les perceptions recueillies chez les apprenants en regard de leurs besoins d'apprentissage sont comparés à des standards désirés et à des normes considérées acceptables, faisant en sorte que l'écart ou la différence entre la condition actuelle de l'apprenant et la situation idéale d'une norme puisse être observée et mesurée. Un besoin d'apprentissage est une distance entre le vécu et le souhaitable, cet écart étant susceptible d'être comblé par l'apprentissage (Aucoin, 1997; Knowles, 1990; Marchand, 1997; Robidas, 1989).

Notion de besoin d'apprentissage chez l'adulte dans le domaine de la santé physique et mentale

En 1966, Henderson a élaboré un des premiers modèles conceptuels en sciences infirmières. Le modèle d'Henderson, empreint d'holisme, est encore utilisé à forte échelle dans les hôpitaux en Amérique du Nord et en Europe. Ce cadre comprend quatorze besoins fondamentaux, dont un est le besoin d'apprendre (Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003). Dans le contexte des soins infirmiers, Adam (1991), s'inspirant de Henderson, précise que le terme besoin signifie souvent une nécessité plutôt qu'un manque et elle indique également que chaque adulte malade ou en santé a des besoins d'apprentissage individuels. Watson (1999) affirme que le *caring* est l'essence même des soins infirmiers et est d'avis que les infirmières doivent se donner comme mandat d'identifier les perceptions qu'ont les personnes malades face à leurs besoins d'apprentissage. Il faut en premier lieu interroger les apprenants.

La problématique de recherche a dégagé que les besoins d'apprentissage d'adultes ayant un problème de santé ont fait l'objet de certaines études par des infirmières expérimentées et possédant des notions en andragogie, et ce, surtout pour l'infarctus du myocarde et le cancer, deux altérations de santé d'ordre physique qui sont très fréquentes (Grahm & Johnson, 1990; Griffiths & Leek, 1995; Karlik & Yarcheski, 1987; Lauer, Murphy & Powers, 1982; Wingate

& Lackey, 1989; Wingate, 1990). Par le biais de ces recherches, il est dévoilé de façon unanime que le besoin d'apprendre à propos de leur état de santé est une priorité chez ces adultes en situation de maladie. Par exemple, ces derniers désirent recevoir de l'information sur des connaissances (savoirs), comme comprendre leur diagnostic et apprendre la physiopathologie qui y est reliée, sur des habiletés (savoir-faire), telles les façons de contrer les effets secondaires des traitements, de même que sur des attitudes à adopter (savoir être), comme les moyens de composer avec leurs sentiments et le stress de la maladie.

Ainsi, le constat est que les adultes malades veulent s'éduquer, apprendre par rapport à leur santé déficiente. Cela s'avère être une nécessité (Bostrom et al., 1994). L'étude de Bostrom et al. (1994) s'est justement penchée sur l'identification et la description des perceptions des patients hospitalisés ou de retour à domicile depuis peu face à l'importance de l'information reçue sur leur état de santé et à leur satisfaction face à cette information, ce qui suit le format du cadre de référence de Kaufman et English (1979). Ces chercheuses parlent en termes de *learning needs*. Bostrom et al. ont utilisé l'instrument de Bubela et al. (1990) sur les besoins d'apprentissage de gens malades, le *Patient Learning Needs Scale (PLNS)*, qui consiste en 50 énoncés répartis en sept catégories. Les besoins d'apprentissage qui s'imposent comme priorités sont: l'information sur la médication, le traitement en cours et les complications possibles, comment augmenter leur qualité de vie et comment vaquer à leurs activités de la vie quotidienne.

Or, dans le domaine de la santé mentale, les recherches traitant de la notion de besoin sont plus restreintes. Celles effectuées concernent davantage les besoins généraux ou globaux des individus, par exemple, les besoins financiers, les ressources communautaires, le réseau formel d'intervenants et le réseau d'entraide d'une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale. Cependant, une unanimité se dégage chez les chercheurs, à l'effet que parmi ces besoins globaux, les besoins psychosociaux, de même que ceux d'apprentissage (parfois étiquetés comme des besoins éducatifs, informatifs ou cognitifs) ressortent comme des sous-catégories prioritaires (Farran et al., 1997; Peden, 1994; Lynch & Kruzich, 1986).

Seules deux études nord-américaines, soit celle de Mueser et al. (1992) et celle de Payson et al. (1998), ont identifié les besoins d'apprentissage d'adultes présentant un problème de santé mentale. Une partie de leur échantillon consistait en des personnes (des hommes mais surtout des femmes) présentant un trouble dépressif. L'étude de Mueser et al. (1992) a identifié et comparé les besoins éducationnels spécifiques de personnes schizophrènes et de personnes dépressives par rapport à leur condition de santé, de même que chez des membres de la famille de ces deux groupes. Un instrument de mesure de 45 items répartis sous six dimensions, l'*Educational Needs Questionnaire (ENQ)*, a été développé par les auteurs avec l'aide de patients, de membres de la famille et de professionnels de la santé. L'intérêt à apprendre est évalué sur une échelle de type Likert. Parmi les résultats les plus révélateurs, mentionnons que les cinq besoins d'apprentissage qui sont prioritaires pour les personnes présentant un trouble dépressif sont: apprendre à mieux gérer le stress et à mieux s'adapter (*to cope*), mieux connaître leur médication et ses effets secondaires, mieux comprendre leur maladie dans l'ensemble, apprendre comment le diagnostic est posé et mieux connaître les services de santé mentale disponibles. Les sujets schizophrènes sont moins intéressés à apprendre que ceux qui sont dépressifs dans cette étude. Soulignons que le questionnaire de Mueser et al. a été utilisé pour la présente étude, après avoir été adapté et traduit. En ce qui a trait à la recherche de Payson et al. (1998), elle est dérivée de celle de Mueser et al. (1992) et a servi à identifier et à comparer les besoins éducatifs en matière de santé d'adultes schizophrènes et d'adultes présentant un trouble dépressif avec les perceptions des intervenants de la santé quant aux besoins de ces patients. Le questionnaire est adapté de celui de Mueser et al., avec l'aide de patients, et comprend 63 items répartis sous sept dimensions. Il ressort de cette recherche que les patients ont les priorités d'apprentissage suivantes: mieux connaître leurs médicaments et les effets secondaires associés, mieux connaître les services de santé mentale, apprendre les causes de la maladie, apprendre les différentes façons de résoudre des problèmes et apprendre à avoir du plaisir dans la vie. Suite à leur étude, Payson et al. (1998) concèdent que les sujets schizophrènes et les sujets dépressifs auraient dû constituer chacun un groupe séparé.

La recherche de Mueser et al. (1992) et celle de Payson et al. (1998) ont servi de piliers et de points d'ancrage pour des fins comparatives avec la présente étude, lors de l'interprétation des résultats, entre autres. Les auteurs de ces deux études s'entendent pour dire que les recherches en santé mentale explorent habituellement les besoins généraux de soin et les services nécessaires, mais que les besoins d'apprentissage sont peu étudiés de façon spécifique. Ils mettent l'accent sur la nécessité pour le patient d'identifier lui-même ses besoins d'apprentissage en matière de santé si on désire qu'il devienne un partenaire actif dans l'auto-gestion de celle-ci.

Finalement, indiquons qu'une seule étude recensée en santé mentale a fait des liens entre les besoins (généraux) et la qualité de vie, et ce, chez une clientèle schizophrène en Suède (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999). L'instrument utilisé pour décrire les besoins cliniques et sociaux fut le *Camberwell Assessment of Needs (CAN)*. Cette recherche met en évidence que moins les besoins sont comblés chez une clientèle schizophrène, plus les sujets perçoivent leur qualité de vie comme étant pauvre. Soulignons également que le besoin le moins satisfait est celui de l'information à propos de leur condition et de leur traitement. Les sujets ressentent un besoin d'apprendre. Il apparaît réaliste de spéculer que le scénario est sensiblement le même avec des femmes présentant un trouble dépressif. Il est dommage que l'instrument CAN évalue les besoins en général et non spécifiquement les besoins d'apprentissage, car cet outil a été testé partout dans le monde. Suite à leurs résultats de recherche, Bengtsson-Tops & Hansson (1999) font état que d'autres études sont nécessaires pour vérifier les liens entre les besoins et la qualité de vie en santé mentale, car ce domaine demeure très peu exploré.

Prière de consulter le tableau analytique I à l'appendice A pour certaines recherches recensées sur les besoins en santé et qui sont pertinentes pour la présente étude.

Il s'avère approprié de signaler que Monette (1984) s'est attaqué au phénomène des *shifting needs*, c'est-à-dire un changement dans la priorité des besoins qui survient au long du parcours de l'apprentissage. Parallèlement, certains articles de recherche en santé recensés

(Karlik & Yarcheski, 1987; Wingate, 1990) font état de ce changement de priorité chez une clientèle d'adultes malades, dépendant à quel stade ces personnes se situent dans leur processus de leur maladie, comme par exemple, à quelle étape de leur convalescence. Ainsi, les besoins d'apprentissage peuvent subir une évolution au fil du temps.

Voyons maintenant le deuxième concept principal à l'étude, la qualité de vie.

Concept de qualité de vie

Un des grands buts de l'enquête d'envergure nationale commandée par Eisenhower et son équipe, à la fin des années soixante, était d'évaluer la qualité de vie des Américains. C'est à ce moment que ce concept a véritablement pris son envol (Vachon, 1993). Au début, les chercheurs assignés à cette recherche imposante se sont penchés sur une vaste gamme de facteurs liés aux circonstances socio-économiques des individus au sein de la société. Selon les gouvernements, le statut économique était souvent, jusqu'à ce moment, l'indicateur objectif par excellence pour expliquer la qualité de vie de la population. Les richesses matérielles étaient sacrées pour "bien vivre". Les autorités constatèrent par la suite que les mesures objectives de la qualité de vie utilisées, telles le revenu annuel moyen, le pourcentage d'espaces verts, le degré de pollution, le niveau de scolarité, les conditions d'habitation, etc. n'évaluaient pas directement le bien-être de la personne et que ces mesures n'étaient pas forcément le reflet de la réalité (Campbell, Converse & Rogers, 1976; Meeberg, 1993; Spitzer, 1987; Vachon, 1993; Zhan, 1992). D'ailleurs, Padilla et Frank-Stromborg (1997) précisent que les mesures objectives sont les méthodes les moins indiquées pour obtenir une évaluation de la qualité de vie et que, de nos jours, la qualité de vie mesurée d'une manière subjective est devenue une préoccupation importante dans les soins de santé, ainsi que dans l'élaboration de politiques de nature sociale. Ainsi, on présume que le terme qualité de vie loge en grande partie à l'enseigne d'un jugement qualitatif par la personne elle-même. Toutefois, plusieurs chercheurs sont d'avis que les indicateurs objectifs peuvent servir de compléments afin de s'assurer de faire adéquatement le tour de la question et qu'il ne faut pas s'en départir complètement (Meeberg, 1993; Padilla & Frank-Stromborg, 1997; Zhan, 1992).

Trois principales tendances se distinguent donc dans l'évaluation de la qualité de vie: ① les indicateurs objectifs, ② les indicateurs subjectifs, et ③ l'utilisation combinée des deux approches (Padilla & Frank-Stromborg, 1997).

Malgré l'absence d'un consensus sur une définition conceptuelle du phénomène de la qualité de vie (comme pour celle de besoin d'apprentissage d'ailleurs), les écrits et les études prolifèrent sur le sujet. De plus, la qualité de vie est très fréquemment citée dans les discours politiques, philosophiques et éthiques, scientifiques ou économiques. Dans le domaine de la santé, c'est surtout depuis la fin des années soixante-dix (70) qu'on note une quantité appréciable d'écrits sur la qualité de vie et que le mot-clé "qualité de vie" a été inscrit dans l'*Index Medicus* (Couturier, 1996; Spitzer, 1987). Cependant, bien avant que ce terme ne fasse son apparition dans le vocabulaire scientifique, de nombreuses allusions à ce concept ont marqué notre histoire. De fait, une des premières références relatives à la qualité de vie remonte au temps d'Aristote, où on l'appelait autrement en faisant état du "bonheur dans la vie". Ce grand philosophe grec a décrit le bonheur comme étant une activité de l'âme, congruente avec les moeurs et aboutissant à une bonne vie (*good life*) (Couturier, 1996; Zhan, 1992).

Spitzer (1987) ajoute qu'au cours des années cinquante (50) et soixante (60), les écrits ont utilisé de façon interchangeable les expressions "capacité fonctionnelle", "qualité de vie" et "état de santé" dans le but de désigner le phénomène de la qualité de vie. Les nombreux sociologues, psychologues, médecins ou infirmières qui se sont intéressés au concept de qualité de vie ont tenté de le circonscrire selon diverses dimensions, créant en quelque sorte une expression "parapluie" multidimensionnelle, qu'ils utilisent en fonction de leur champ d'intérêt (Mead, van den Boom & van Dam, 1994; Wolf, 1997). Selon Spitzer (1987) et Katz (1987), la dimension physique de la qualité de vie avait préséance pendant la première décennie suite à la Seconde Guerre Mondiale. On la voyait comme la capacité physique d'une personne à fonctionner de façon autonome et satisfaisante dans l'ensemble de ses activités quotidiennes. Vers les années cinquante (50), peu après que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ait fait connaître sa définition de la santé comme un état complet de bien-être

physique, mental et social, il y eut un certain virement de cap dans la conceptualisation de la qualité de vie pour y inclure des composantes subjectives, notamment la sensation de bien-être et la satisfaction par rapport à son état de santé ou à sa vie en général. Selon plusieurs auteurs, il faut se raccrocher à cette définition de la santé selon l'OMS, car elle constitue une prémisse importante au concept de qualité de vie (Katz, 1987; Zhan, 1992).

Une variété de termes sont fréquemment reconnus comme synonymes ou équivalents au concept de qualité de vie. Y compris ceux cités dans les paragraphes précédents, on peut également retrouver notamment la qualité de vie sous l'appellation, entre autres, d'écart entre les attentes d'une personne et son expérience de vie (ce qui rejoint le discours sur la notion de besoin qui est le plus souvent définie en terme d'écart), d'un état de santé acceptable pour l'individu, de valeur de la vie, de contentement, d'ajustement et d'accomplissement (Ferrans & Powers, 1985; Padilla & Frank-Stromborg, 1997; Zhan, 1992). Élaborons davantage les propos de Zhan (1992). Cette auteure définit le concept de qualité de vie comme étant le degré de satisfaction d'un individu concernant ses expériences de vie personnelles. Selon elle, l'être humain cherche constamment à enrichir sa qualité de vie. Cette recherche d'une meilleure satisfaction face à la vie peut être énoncée comme étant le désir de développement, suivi du sentiment d'accomplissement.

Meeberg (1993) et Oleson (1990) prétendent que la personne elle-même est la seule et meilleure juge de sa qualité de vie et que celle-ci ne peut être évaluée uniquement par des critères objectifs. Selon Oleson (1990), la qualité de vie serait une expérience cognitive de satisfaction et une expérience de bonheur en regard des dimensions de vie importantes pour la personne. Quant à Meeberg (1993), suite à une analyse du concept de qualité de vie par différents auteurs oeuvrant dans diverses disciplines, elle en vient à définir ce concept comme un sentiment de satisfaction général et de bien-être qu'une personne mentalement consciente porte sur sa vie.

Benner (1985) tient compte de la globalité et de la subjectivité de la qualité de vie dans sa conceptualisation. Elle soutient que la qualité de vie n'est pas seulement "faire" ou "avoir",

mais surtout “être”. Selon cette philosophie, la qualité d’être, c’est développer son potentiel, s’actualiser, réaliser des choses simples avec des personnes et se sentir bien avec elles, donner un sens à la vie, évoluer dans son contexte de vie et exprimer comment on se sent dans le monde. Pour sa part, Katz (1987) préconise qu’il faut voir la personne comme un tout en respectant son individualité si on veut évaluer adéquatement le concept multidimensionnel de qualité de vie. Il évoque l’absence de consensus quant à la façon de quantifier cette variable, de collecter les données ainsi que sur les divers éléments à inclure dans les instruments de mesure. Selon Katz (1987) et Spitzer (1987), les divers procédés reflètent souvent le but poursuivi par le chercheur, ce qui fait que certaines études semblent nous présenter des aspects isolés et une vision plutôt étroite de ce concept.

Il existe de nombreux instruments de mesure ayant opérationnalisé les dimensions de la qualité de vie. Ces instruments peuvent être de nature générique, en l’occurrence utilisables auprès de multiples populations, ou de nature plus spécifique, c’est-à-dire applicables à un échantillon présentant une pathologie particulière, comme le sida, le cancer, l’insuffisance rénale ou le trouble dépressif. Étant donné que les définitions et les approches de l’évaluation de la qualité de vie varient considérablement d’une étude à l’autre, il est difficile d’effectuer des comparaisons significatives entre les recherches (Padilla & Frank-Stromborg, 1997).

On arrive au constat que la multitude de définitions, autant conceptuelles qu’opérationnelles de la qualité de vie présentes dans les écrits, témoigne de la complexité de ce concept. Malgré tout, la majorité des chercheurs évaluant la qualité de vie partagent le même avis quant au fait de la mesurer selon les dimensions physique, psychologique et sociale, ce qui rejoint la définition de la santé selon l’OMS. Une composante qui semble faire l’unanimité parmi les chercheurs qui s’intéressent à la qualité de vie est l’importance de la santé en regard de la satisfaction face à la vie (Padilla & Frank-Stromborg, 1997). Ceci n’est guère étonnant quand on sait que la santé est une des valeurs que les sociétés occidentales privilégient au plus haut point.

Terminons cette portion de texte en mentionnant que le fonctionnement physique et le bien-être psychologique sont les dimensions retrouvées le plus communément dans les définitions de qualité de vie (Goodison & Appleton, 1989; Padilla & Frank-Stromborg, 1997). Dans la prochaine section, le contexte de santé mentale est effleuré, de même que le concept de bien-être psychologique et son antagoniste, la détresse psychologique, et ce, dans l'intention d'établir des distinctions et des liens entre la qualité de vie et ces notions.

Santé mentale, bien-être psychologique et détresse psychologique

Hoffman (1988) précise que pour l'OMS, la santé mentale est liée de façon indissoluble à la santé physique et elle est davantage que la simple absence de troubles mentaux. Toujours selon l'OMS, la santé mentale résulte d'un équilibre harmonieux entre notre environnement et notre soi interne. Bien entendu, le terme environnement est employé ici dans son acception la plus large, c'est-à-dire qu'il englobe non seulement le milieu physique, mais aussi les conditions et les forces sociales, culturelles, économiques et administratives qui ont des retombées sur la vie quotidienne. L'OMS parle également en terme de "vie mentale" qu'elle définit comme l'expérience intérieure liée à l'expérience de groupe interpersonnelle. Cette vie mentale est la somme des expériences cognitives, affectives et relationnelles de la personne au sein de la société (OMS, 1997). Donatelle, Davis et Munroe (1998) insistent que de plus en plus, on observe une prise de conscience de la nécessité du bon fonctionnement de l'esprit dans l'auto-gestion de la santé globale.

Le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, a publié, en 1988, un document intitulé: "La santé mentale des Canadiens: Vers un juste équilibre", qui est encore utilisé de nos jours et qui constitue un outil de sensibilisation pour les professionnels de la santé. Entre autres, on y examine, d'un oeil critique, l'attention et les ressources que la société accorde actuellement à la santé mentale par rapport à celles que l'on consacre à la santé physique. Force est bien d'admettre que le domaine de la santé mentale est encore "l'enfant pauvre de la médecine" et cette disparité ne date pas d'hier, mais provient de la

stigmatisation envers la psychiatrie à travers les siècles, ce qui rend l'engrenage difficile à ébranler. Dans ce même document, le concept actuel d'une "bonne" santé mentale met l'accent sur les facteurs suivants: ① l'harmonie psychologique et sociale; ② **la qualité de vie et le bien-être global**; ③ l'épanouissement personnel et la réalisation de soi; ④ l'adaptation personnelle efficace; ⑤ les influences mutuelles de l'individu, du groupe et de l'environnement (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada, 1988).

Stuart et Laraia (2001) soulignent que la santé mentale est souvent décrite comme un état de bien-être associé au bonheur, au contentement, à l'optimisme et à l'espoir. Elles concèdent que tous ces termes, étant donné leur subjectivité, sont difficiles à définir car leur signification varie d'une personne à l'autre. Elles partagent l'avis de Townsend (2000, 2004) à l'effet que la notion de santé mentale ne peut se confiner à un seul critère, mais consiste plutôt en un ensemble d'indicateurs. Jahoda (1958 *in* Stuart & Laraia, 2001; *in* Townsend, 2000; *in* Varcarolis, 2002) a identifié six indicateurs positifs qui reflètent, selon elle, une base solide de la santé mentale. Il semble approprié de les mentionner, car ils sont toujours d'actualité : ① une attitude positive envers soi; ② la capacité de croître et de s'actualiser; ③ l'intégration (maintien d'un équilibre entre les divers processus de vie); ④ l'autonomie (capacité de s'auto-diriger); ⑤ une perception adéquate de la réalité (sans distorsion) et ⑥ la maîtrise de l'environnement. Bien sûr, chaque personne a ses limites et ne peut exceller partout, tout comme elle ne peut atteindre l'idéal ou le sommet dans tous les critères précités. En ce qui a trait à Glod (1998), Boyd et Nihart (1998) et Varcarolis (2002), elles décrivent la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel l'individu fonctionne bien en société et est satisfait de sa vie dans son ensemble.

L'expression "maladie mentale" est celle la plus employée pour désigner une santé mentale "négative". Comme l'indique Glod (1998), une maladie mentale est une perturbation des pensées, des émotions, des comportements de la personne, de même que ses relations interpersonnelles et d'une diminution de son habileté à fonctionner dans son environnement. En parallèle, des symptômes physiques peuvent émerger, comme l'insomnie, la perte d'appétit, des malaises musculaires et articulaires, pour n'en nommer que quelques-uns.

La monographie “DSM IV-TR” - Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (2000) de l’*American Psychiatric Association*, ouvrage utilisé par les professionnels en santé mentale en Amérique du Nord et en Europe pour favoriser la fidélité des jugements diagnostiques, décrit la maladie mentale (ou un trouble mental) comme un syndrome psychologique et comportemental, possiblement biologique dans certains cas, qui survient chez une personne et qui est associé avec une détresse et une altération du fonctionnement allant de négligeables à sévères, accompagné d’un risque accru de douleur psychologique et même de mort. Par exemple, une femme adulte souffrant d’un trouble dépressif est atteinte d’une maladie mentale ou d’un trouble mental. Néanmoins, l’expression moins péjorative de problème de santé mentale est souvent employée de nos jours. Il est vrai que cette appellation fait sursauter moins de gens, en ce sens que la condition de santé nous apparaît moins lourde et moins débilante.

Cela dit, tournons notre regard vers la signification des termes “bien-être psychologique” et “détresse psychologique”. Fréquemment employés dans la littérature, particulièrement dans les écrits en santé, il est surprenant de constater que leur description se fait pourtant lacunaire. Qui plus est, la subjectivité est de mise, entraînant l’éclosion de variantes sur les thèmes de bien-être psychologique (*psychological well-being*) et détresse psychologique (*psychological distress*). Par le fait même, la représentation exacte demeure souvent vague pour les patients et aussi pour les professionnels de la santé.

Le Nouveau Petit Robert (2003) définit le bien-être comme étant une “sensation agréable procurée par la satisfaction des besoins physiques et l’absence de tensions psychologiques” (p. 253) ou d’une “situation matérielle qui permet de satisfaire les besoins de l’existence” (p. 253). Certains auteurs (Campbell, Converse & Rogers, 1978; Zhan, 1992) font mention que la deuxième définition est celle qui est encore significative aux yeux de bien des gens, c’est-à-dire que le bien-être consiste en la sécurité financière et la possession d’objets matériels. Selon ces auteurs, le bien-être va bien au-delà de ces biens concrets et englobe des aspects moins tangibles de la vie, tels le sentiment d’accomplissement et la façon de se sentir (notre affect),

aspects ayant une plus grande influence sur la satisfaction éprouvée face à la vie. Pour d'autres auteurs, l'état de bien-être est considéré comme reflétant un degré de bonheur et de satisfaction de la qualité de vie globale (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy & David, 1989; Lehman, 1996). Selon Couturier (1996), le bien-être, de même que la satisfaction face à la vie, constituent des dimensions de la qualité de vie autres que physiques. Pour Peplau (1994), le bien-être psychologique est le sens de contrôle qu'une personne possède sur sa destinée, un sentiment d'accomplissement et d'appartenance, de même qu'une satisfaction avec soi-même et son existence. Cette auteure proclame que la résilience (*resilience*), cette habileté à regagner notre équilibre (ou de façon plus vulgarisée, la "capacité de retomber sur nos pattes") quand les chocs de la vie risquent de nous faire dégringoler, constitue la clé du bien-être psychologique.

Pour Donatelle et al. (1998), le bien-être est l'atteinte du plus haut niveau de santé possible dans ses dimensions physique, sociale, émotionnelle, intellectuelle, spirituelle et environnementale. Elles avouent cependant que dans les écrits, les termes santé et bien-être sont souvent interchangeables pour signifier le processus dynamique en continuel changement de l'accomplissement du potentiel individuel dans chacune des dimensions précitées. Pour sa part, Lehman (1982, 1983, 1996), dans ses recherches avec des clientèles présentant des troubles mentaux, conceptualise, puis opérationnalise le bien-être selon une perspective différente de la majorité des auteurs. En effet, il préconise que la qualité de vie serait une sous-dimension du bien-être, au lieu que ce soit l'inverse.

La détresse psychologique est le revers ou l'opposé du bien-être psychologique. Le Nouveau Petit Robert (2003) définit le mot détresse comme un "sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance que l'on éprouve dans une situation difficile et angoissante" (p. 729). À titre de synonymes, les termes désarroi et désespoir sont parfois employés. Lorsqu'elle fait allusion à la détresse psychologique, Guyon (1990, 1996) évoque une fragilité face à la souffrance psychologique, fragilité qui se traduit par de la difficulté à vivre et à fonctionner, en raison d'une fréquence plus élevée de problèmes d'ordre psychologique, qu'indique "l'Échelle de détresse psychologique", un indicateur de santé mentale privilégié par le

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui mesure le score de détresse psychologique selon un nombre de symptômes psychologiques et physiques. Toujours selon Guyon, la détresse psychologique est associée, entre autres, aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs.

Sherbourne, Dwight-Johnson et Klap (2001) se sont penchées sur la détresse psychologique et les besoins non comblés en santé mentale d'une population de femmes à risque élevé. Dans leur étude, la détresse psychologique actuelle des femmes (c'est-à-dire durant la semaine précédant la rencontre avec une des chercheuses) est opérationnalisée comme étant un score élevé sur une échelle de symptômes dépressifs comprenant seulement six items: ① sentiment de déprime (cafard, vague à l'âme); ② satisfaction face à la vie; ③ épisodes de pleurs; ④ sentiment de tristesse; ⑤ sentiment que les gens ne l'aiment pas et ⑥ sommeil non réparateur, insomnie. De cette recherche, il ressort également que les femmes sans emploi, n'ayant pas terminé le secondaire, vivant sous le seuil de la pauvreté présentent davantage de détresse psychologique. De plus, les femmes séparées ou divorcées, tout comme celles qui sont noires ou hispaniques, de même que celles victimes de violence rapportent un taux plus élevé de détresse psychologique. Mentionnons qu'une autre étude récente, celle de Becker, Lomranz, Pines, Shmotkin, Nitz, BennAmitay & Mester (2001), avait pour but d'identifier quel sous-groupe de femmes était le plus susceptible de présenter de la détresse psychologique en période de ménopause. Par contre, comparativement à l'étude précédente, une batterie d'instruments est utilisée pour opérationnaliser et mesurer cette détresse, soit: ① *The Depressive Adjective Checklist*; ② *The State-Trait Anxiety Inventory*; ③ *Perceived Control State*; ④ *Body Image Scale* et finalement, ⑤ le *Bem Sex Role Inventory*. Remarquons qu'aucun de ces instruments ne porte l'expression détresse psychologique dans son titre. Par le biais de ces deux recherches à titre d'exemples, on arrive au constat que la détresse psychologique est donc évaluée selon la signification individuelle qui lui est accordée par chaque chercheur.

Force est bien d'admettre que les notions de qualité de vie, de santé, de bien-être psychologique et de détresse psychologique possèdent des ressemblances indéniables. Les

prochains paragraphes tentent de mettre en relief les éléments à distinguer et les relations à établir entre ces termes.

Au départ, il faut reconnaître que la qualité de vie est souvent synonyme de bien-être physique et psychologique (Peplau, 1994; Potter & Perry, 2002). Selon Dupuis et al. (1989), un état de bien-être peut être considéré comme reflétant un degré de bonheur et de satisfaction de la qualité de vie globale. Cependant, les propos de Lehman (1982, 1983, 1996) se tournent plutôt vers la croyance que la qualité de vie, autant dans sa dimension objective que subjective, vise l'atteinte d'un état de bien-être global, au lieu du contraire. Les expressions bien-être physique et bien-être psychologique sont souvent fusionnées pour signifier un état de bien-être global, bien que la composante psychologique soit la plus prisee. Peplau (1994) mentionne également que la qualité de vie est souvent associée à la santé et qu'une situation de maladie peut réduire la qualité de vie, sans pour autant l'éliminer. De plus, bien-être et santé sont souvent interchangeables dans les écrits (OMS, 1997).

La plupart des auteurs mentionnent que la détresse psychologique a un effet négatif important sur la qualité de vie. De fait, selon Padilla et Frank-Stromborg (1997), le concept le plus important définissant la qualité de vie semble être le bien-être psychologique et des symptômes de détresse psychique sont reliés aux perceptions de la qualité de vie. Ainsi, la dimension psychosociale est une composante de la qualité de vie qui ne doit pas être négligée. Il n'en demeure pas moins que le bien-être psychologique n'est qu'une composante parmi d'autres du concept plus global qu'est la qualité de vie.

Ferrans et Powers (1985), deux infirmières qui ont fait d'imposantes recherches empiriques sur la qualité de vie, ont tenu compte de la subjectivité de ce construit. Selon elles, bien-être, bonheur et satisfaction face à la vie sont des attributs essentiels de ce phénomène. Dans le domaine de la santé mentale, Becker, Diamond et Sainfort (1993) se rallient à la définition de Ferrans et Powers en définissant la qualité de vie comme un état de bien-être qui découle de la satisfaction ou de l'insatisfaction plus ou moins grande de la personne dans les dimensions de vie qui sont importantes pour elle. Finalement, qu'il s'agisse de la notion de

santé ou de celle de qualité de vie, une bonne partie des chercheurs s'entendent quant à l'inclusion des dimensions physique, mentale et sociale de la personne. Cette perspective holistique apparaît la plus plausible, étant donné la prise en compte de l'individu dans sa globalité. Par exemple, l'instrument de mesure de la qualité de vie de Ferrans et Powers (1985), le *Quality of Life Index (QLI)*, fait le tour de ces dimensions en mesurant ces composantes subjectives à l'aide de 33 items répartis en quatre catégories ou principaux domaines de vie, soit: ① la dimension de la santé et du fonctionnement global; ② la dimension sociale et économique; ③ la dimension psychologique et spirituelle et ④ la dimension familiale. Cet instrument a déjà fait ses preuves et est l'un des plus utilisés aux quatre coins de la planète. Il a été traduit dans au moins quatorze langues. Ce questionnaire, ayant été utilisé pour la présente étude, est décrit en profondeur au chapitre suivant sur la méthodologie.

Notions générales sur le trouble dépressif

Dans le cadre de cette étude, il importe d'expliquer brièvement le trouble dépressif. Bien avant Jésus-Christ, la dépression existait, mais la croyance ancrée du temps soutenait que l'individu était habité par un "esprit diabolique" qui le tourmentait. Hippocrate a rejeté cette conviction car il considérait que le cerveau était le noyau émotif du corps. Selon lui, la "mélancolie" était causée par un surplus de bile noire toxique générée dans la rate ou l'intestin, qui affectait gravement le cerveau (Townsend, 2004).

La dépression, que Nandrino (1999) qualifie de fléau contemporain en raison de sa grande incidence, est un trouble de l'humeur marqué par une tristesse envahissante et persistante, malgré les efforts de la personne pour s'en débarrasser. Cette dernière ne retire plus de plaisir de la vie. Une grande fatigabilité s'installe jusqu'à en devenir paralysante. L'hygiène corporelle est négligée, l'appétit est souvent pauvre, le sommeil perturbé et la libido volatilisée. La personne se culpabilise pour des riens et ressent le désir de s'isoler, de se punir. L'estime de soi est à son plus bas. Toute tâche, autrefois perçue comme un défi, se visualise comme une montagne. On observe une démarche et une gestuelle plus lentes, un visage peu

expressif aux traits tirés, un débit verbal lent et monotone. Ce ralentissement psychomoteur s'accompagne de difficultés de concentration et de mémoire. L'idéation suicidaire avec ou sans plan précis est très fréquente (Bélanger & Page, 1986; Boyd, 2005; Nandrino 1999; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Bien que l'organisme soit au ralenti, l'anxiété est concomitante chez environ soixante pour cent des personnes dépressives (Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Au lieu de considérer l'anxiété comme un symptôme parmi tant d'autres, Parker et Hadzi-Pavlovic (2001) suggèrent plutôt l'hypothèse séquentielle à l'effet que l'anxiété est le principal précurseur de la dépression, c'est-à-dire que le trouble dépressif serait un phénomène secondaire à l'anxiété. Pour leur part, Ohayon et Roth (2003), suite à leur étude, allèguent que l'insomnie chronique semble être un déterminant crucial à l'apparition de la dépression et si cette insomnie demeure à titre de symptôme résiduel par la suite, la personne est à plus haut risque d'une récurrence.

La lutte contre la banalisation de cette maladie qui provoque une souffrance intense n'est pas de tout repos (Nandrino, 1999). Pourtant, la dépression est un des problèmes de santé mentale les plus fréquents d'une part, et surclasse même de nombreux problèmes physiques, d'autre part (Boyd & Nihart, 1998; Townsend, 2004). Près d'une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble dépressif majeur à un moment donné de sa vie, alors que d'autres souffriront de dysthymie, définie comme une dépression plus légère, mais qui perdure plus longtemps. Ces deux pathologies ont un risque élevé de récurrence et il semble que chaque épisode récurrent soit plus sévère et débilitant que le précédent (Hammen, 2003; Joffe & Levitt, 1998; Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2004). Comme le stipule Thase (2003), tout trouble dépressif constitue un défi à traiter et selon Nelson (2003), plusieurs personnes dépressives sont réfractaires au traitement.

Les chercheurs tentent de cerner l'étiologie du trouble dépressif depuis longtemps. Ils en déduisent que la dépression est multifactorielle (Kendler, Gardner & Prescott, 2002). Étant donné une forte prédisposition familiale à la dépression, un lien génétique semble être unanimement reconnu par la communauté scientifique (Townsend, 2004). En ce sens, les

résultats de l'étude de Kendler, Thornton et Gardner (2001) démontrent qu'une vulnérabilité génétique associée à plusieurs événements stressants de la vie d'un individu incite son cerveau à se mettre en "mode dépressif". Également, des troubles endocriniens, enclenchés par des facteurs thyroïdiens, surréniaux ou hypophysaires peuvent jouer un rôle dans la pathogénèse dépressive. Des problèmes neurologiques (comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques), des perturbations électrolytiques (telle une carence ou un excès de potassium) et des troubles hormonaux (comme un déséquilibre de l'oestrogène ou de la progestérone) peuvent aussi induire une dépression secondaire sous-jacente (Boyd, 2005; Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Au niveau psychosocial, mentionnons, entre autres, que des difficultés interpersonnelles, des expériences traumatiques, une privation sociale et affective, de même que des pertes importantes pour la personne sont susceptibles de provoquer un trouble dépressif (Furnham & Kuyken, 1991; Townsend, 2004).

Au moment actuel, l'hypothèse la plus acceptée en Amérique du Nord quant à la causalité de la dépression est que celle-ci serait en grande majorité due à un déséquilibre biochimique au niveau des neurotransmetteurs - la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline - dans les sites de réception du cerveau (Boyd, 2005; Townsend, 2004; Glod, 1998). C'est pourquoi les antidépresseurs constituent le traitement de choix. Cette médication augmente la concentration des neurotransmetteurs en circulation dans le cerveau en bloquant leur recaptage à la jonction synaptique des neurones, améliorant ainsi les symptômes dépressifs. L'antidépresseur le plus connu est certainement le Prozac, suivi de près par le Paxil. D'autres très récents, tels le Celexa, le Luvox, le Zoloft, le Remeron et l'Effexor sont aussi reconnus pour leur efficacité (Association des pharmaciens du Canada, 2003). De 60 à 65% de la clientèle déprimée réagit bien aux antidépresseurs (Garland & Scott, 2002).

Outre la gestion pharmacologique, les autres traitements du trouble dépressif comprennent, en bref, l'enseignement de groupe interactif ou individuel sur le trouble dépressif, les groupes d'entraide (v.g. les Déprimés anonymes) et les différents types de thérapie à saveur psychologique (v.g. psychothérapie, thérapie cognitive, psychanalyse)

(Costell, 2003; Page, 1995). Garland et Scott (2002) et Townsend (2004) rappellent que la sismothérapie (électrochocs), méthode qui fait encore sursauter bon nombre de gens, est moins utilisée de nos jours, mais demeure une option très valable, bien qu'elle soit souvent utilisée en dernier recours. Meresman et al. (2003) rapportent qu'il y a une évidence notoire que les médicaments et la psychothérapie produisent de meilleurs résultats s'ils sont utilisés en combinaison plutôt qu'individuellement, car leurs effets thérapeutiques semblent être doublement potentialisés.

Les approches alternatives, dont la massothérapie, la réflexologie (Page, 1995), l'exercice, les techniques de relaxation et de méditation, l'acupuncture, la thérapie par la lumière et les produits naturels (comme le millepertuis - *St. John's wort*) ne sont pas négligeables, mais Manber, Allen et Morris (2002) suggèrent de les utiliser conjointement avec les traitements conventionnels, sinon leur efficacité chute de façon drastique.

Finalement, il faut éviter de confondre le trouble dépressif avec la maladie bipolaire, autrefois appelée psychose maniaco-dépressive (PMD). Celle-ci est une pathologie où la personne vit des hauts (phase de la manie où une euphorie extrême prédomine) et des bas (phase dépressive), avec parfois une période de stabilité plus ou moins longue entre la manie et la dépression (Costell, 2003; Townsend, 2004). Vraiment distincte du trouble dépressif en ce qui a trait aux symptômes lors de la phase maniaque, il s'ensuit qu'être atteint de la maladie bipolaire fut un critère d'exclusion pour la présente étude, étant donné le biais qu'elle aurait pu y introduire.

Femmes et trouble dépressif

Au Canada, le trouble dépressif est pratiquement deux fois plus courant chez les femmes que chez les hommes (Statistique Canada, 1996; Statistique Canada & Santé Canada, 1999). Cette tendance est observée dans la plupart des autres pays (Blehar & Keita, 2003; Harris, 2003; Kessler, 2003). Par ailleurs, la dépression chronique représente un problème de santé publique important chez la femme (Kornstein, 2003).

Cette différence assez marquée de genre (sexe) en regard de cette pathologie que Bélanger et Page (1986) surnomment le mal féminin, a fait émerger plusieurs tentatives d'explication. À part le fait que les femmes soient plus disposées à reconnaître et à accepter qu'elles souffrent d'un trouble dépressif (Parker & Hadzi-Pavlovic, 2001), il existe des théories souvent contradictoires qui expliqueraient cette différence. L'une d'elles postule que les femmes cumulent plus de rôles que les hommes, ce qui les soumettraient à un stress plus intense et les rendraient plus vulnérables à un trouble dépressif. Inversement, d'autres théories portent à croire que la dépression est plus fréquente chez les femmes qui assument un nombre minime de rôles (Statistique Canada, 1996). Belle et Doucet (2003) soulignent que la pauvreté, l'inégalité et la discrimination mettent en danger le bien-être des femmes et que des symptômes dépressifs sévères sont fréquents chez celles ayant peu de ressources financières, surtout les mères qui élèvent seules de jeunes enfants. Ces auteures rapportent également que le manque de nourriture est un prédicteur significatif de la dépression majeure chez les femmes. Quant à Hammen (2003), il rapporte que le stress interpersonnel dans les relations maritales et parentales peut être une cause du trouble dépressif chez la femme.

Pour leur part, Sachs-Ericsson et Ciarlo (2000) rapportent que les raisons pour lesquelles les hommes et les femmes diffèrent au niveau de certains désordres mentaux spécifiques, comme le trouble dépressif, ne sont pas vraiment claires. Ces chercheurs constatent que les explications sociales quant au taux plus élevé de dépression chez les femmes mettent l'accent sur les rôles sociaux des hommes et des femmes, de même que sur le statut social et économique souvent inférieur de celles-ci. De plus, il semblerait que les femmes soient encouragées à intérioriser leur détresse psychologique, ce qui entraîne par ricochet de l'anxiété, de la dépression et des idéations suicidaires, alors que les hommes seraient incités à extérioriser cette détresse, résultant en un comportement antisocial, en l'abus de substances et la complétion d'un suicide. Soulignons qu'il y a plus de tentatives de suicide chez les femmes, mais les moyens utilisés, tels l'intoxication médicamenteuse et l'acte de se taillader les poignets, étant moins drastiques que ceux des hommes (v.g. pendaison, arme à feu, se tirer

d'un pont), ces derniers présentent donc un taux de suicide plus élevé (Statistique Canada, 1996; Stuart & Laraia, 2001, Schneider, Müller & Philipp, 2001, Townsend, 2004).

Piccinelli et Wilkinson (2000) sont d'avis que des expériences de vie négatives dans l'enfance et l'adolescence chez la femme provoquent une vulnérabilité face aux événements de la vie, ce qui augmenterait la susceptibilité à la dépression. Par contre, Elliott (2001), dans une recherche avec des femmes et des hommes de l'État du Nevada aux États-Unis, soutient que les femmes sont exposées à plus d'agents stressants que les hommes, mais que cela ne semble pas les rendre plus vulnérables. Quant aux résultats obtenus par Kendler, Thornton et Prescott (2001), ils suivent le même schème de pensée à l'effet que la plus grande prévalence du trouble dépressif majeur chez les femmes ne serait pas nécessairement causée par un taux plus élevé d'événements de vie stressants.

Une étude de Glied, McCormack et Neufeld (2003) révèle que les femmes dépressives consultent plus le médecin que les hommes, mais des barrières financières (v.g. manque d'assurance-maladie), un manque de temps, la responsabilité d'enfants à charge, le stigmate de la maladie mentale, un manque d'information, ainsi que des obstacles culturels, les empêchent souvent de se diriger et de profiter des autres services de santé mentale, comme la psychothérapie ou la thérapie cognitive.

Widiger et Anderson (2003) évoquent qu'une personnalité dépendante chez la femme, où les besoins de valorisation, de prise en charge et de protection sont nécessaires, et qui, en même temps, tolère peu la désapprobation, va alors faire plaisir aux autres, car elle craint de perdre la gratification que les autres lui apportent (sociotropie). Ceci entraîne une répression de la colère, qu'on peut qualifier de rébellion contre soi, pouvant amener de façon insidieuse la dépression.

Olfson, Zarin, Mittman et McIntyre (2001) soulignent que des écrits antérieurs font allusion à la possibilité d'un biais par rapport au genre (sexe) quant au diagnostic de dépression, surtout si ce dernier est fait par un homme psychiatre. Ils ne sont pas très friands

de ce courant de pensée. Leur recherche pousse un peu plus loin et démontre qu'en fait, il existe très peu d'évidence de biais dans le diagnostic et le traitement clinique de la dépression chez les hommes et chez les femmes, sauf qu'il semble que les hommes se sentent plus d'attaque à discuter de leurs options de traitement avec leurs psychiatres.

Rhea (1989), dans sa thèse doctorale qualitative de l'Université de l'Utah aux É-U, s'est penchée sur les explications que donnent les femmes quant à la description spontanée de leur dépression et de ses causes. Entre autres, elle identifie trois moyens utilisés par les femmes pour composer avec le trouble dépressif: ① la résolution de problèmes - *problem solving* (comme analyser la situation et mettre les choses en perspective); ② la palliation - *medicating* (comme la nourriture, le magasinage, l'alcool et la prière) et ③ l'activation - *activating* (comme l'exercice et se tenir occupée).

Qualité de vie de l'adulte présentant un trouble dépressif

Quelques recherches récentes rapportent une altération de la qualité de vie chez des adultes atteints d'un trouble dépressif. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les études dévoilent que cette diminution de la qualité de vie chez ces personnes est souvent plus intense et envahissante que chez des individus diagnostiqués d'une maladie physique chronique, telle que l'arthrite. Le profil de la personne dépressive qui ressort de ces études est le suivant: perte d'intérêt ou de plaisir pour la majorité des activités, tristesse accompagnée de pleurs, sous-estime de soi, culpabilisation, coupure des relations maritales, familiales et sociales, négligence dans l'apparence, fatigue souvent extrême, troubles de l'appétit et du sommeil. Elle perçoit que sa sensation de bien-être et sa satisfaction globale face à la vie est diminuée (Barge Schaapveld et al., 1999; Gupta, Kulhara & Verma, 1998; Pyne, Patterson, Kaplan, Gillin, Koch & Grant, 1997; Rudolf & Priebe, 1999; Wells et al., 1989). La personne qui désire affronter positivement cette réalité difficile de sa vie a besoin d'apprendre à composer avec son état de santé afin de tenter de se rétablir, et ce, afin de préserver plusieurs dimensions de sa qualité de vie (Townsend, 2004). C'est pourquoi, par le biais de cette recherche, l'investigatrice a souhaité examiner, dans le volet corrélationnel, la façon dont la

variable de la qualité de vie peut s'agencer ou s'articuler avec la composante des besoins d'apprentissage en relation avec la condition de santé de femmes dépressives.

Rudolph et Preibe (1999) ont exploré la qualité de vie chez trois groupes de sujets, dont des femmes dépressives, des femmes alcooliques et des femmes schizophrènes hospitalisées. Cette étude descriptive comparative révèle que les femmes dépressives sont les moins satisfaites de leur vie dans l'ensemble, de même que dans quatre des neuf dimensions de la vie selon le *Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP)*, tels les contacts sociaux et les loisirs, mais leur niveau de qualité de vie s'améliore après six mois de traitement. De plus, il ressort de cette recherche que moins les symptômes dépressifs sont graves, meilleure est la qualité de vie. En ce sens, l'amélioration des symptômes dépressifs est le meilleur prédicteur des changements dans la qualité de vie. Les auteurs extrapolent que les femmes dépressives auraient un schème de pensée plus négatif sur les événements de la vie.

Quant à Pyne et al. (1997), ils ont examiné la relation entre la mesure de qualité de vie et la mesure des symptômes dépressifs chez des vétérans (hommes et femmes) et chez un groupe contrôle à l'aide de l'instrument *Quality of Well-being Scale (QWBS)*. Comme dans l'étude précédente, la sévérité des symptômes dépressifs est inversement reliée à la diminution de la qualité de vie et la distorsion cognitive qui semble liée à la dépression peut contribuer à gonfler la corrélation. Dans le même ordre d'idées, Wells et al. (1989) ont décrit l'état fonctionnel (capacité d'accomplir ses activités et ses tâches) et le bien-être (évaluation de sa qualité de vie et de sa santé) de sujets ($n = 11\ 242$) souffrant d'un trouble dépressif, associé à une maladie physique chronique ou non. Il en découle que les sujets dépressifs ont beaucoup plus de plaintes physiques, fonctionnent moins bien dans leurs rôles et passent plus de temps au lit que les sujets atteints de certaines maladies chroniques. Si les patients sont dépressifs et souffrent également d'une maladie physique chronique, le bien-être est alors davantage altéré. Pour leur part, Gupta et al. (1998) ont examiné les similarités et les différences dans la qualité de vie chez deux groupes de sujets, soit trente personnes atteintes de schizophrénie et trente personnes souffrant de dysthymie, c'est-à-dire une dépression légère qui perdure. Un instrument de nature générique, le *Quality of Life Enjoyment and Life Satisfaction*

Questionnaire, a été utilisé. Les résultats reflètent que les dysthymiques (dépressifs légers chroniques) sont moins satisfaits que les schizophrènes de leur qualité de vie. De plus, les dysthymiques semblent satisfaits de leur travail, de leur bien-être, de leurs activités en général et de leur santé physique, mais insatisfaits de leurs loisirs et des travaux ménagers. Ces auteurs mentionnent que leurs résultats diffèrent passablement avec ceux d'autres études similaires et que la différence pourrait être attribuée en majeure partie aux composantes culturelles et économiques qui sont très différentes en Inde.

Prière de consulter le tableau analytique II à l'appendice B pour les recherches recensées sur la qualité de vie et qui sont pertinentes pour la présente étude.

Cognition, apprentissage et trouble dépressif

Dans la section précédente, plusieurs chercheurs en viennent à déduire que la cognition négative générée par le trouble dépressif amène la personne à voir les circonstances de la vie plus noires qu'elles ne le sont en réalité (Rudolf & Preibe, 1999; Pyne et al., 1997; Gupta et al., 1998). En d'autres mots, tout lui paraît teinté en gris. Étant donné cette distorsion cognitive qui semble effectivement présente, cela nous amène à un questionnement des plus importants à savoir si une personne atteinte d'un trouble dépressif peut vraiment apprendre.

Hale, Dingemans, Wekking, et Cornelissen (1993) rapportent qu'un bon nombre de recherches se sont penchées sur le fonctionnement intellectuel de patients atteints d'un trouble dépressif, mais que les résultats de ces différentes études sont inconsistants et souvent contradictoires. De fait, ils font état que trois recherches (Pernicano, 1986; Brumback, 1985; Hart & Kwentus, 1987 *in* Hale et al., 1993) ont révélé que le test de Q.I. verbal est généralement de 15 points et plus que le test de Q.I. écrit de performance chez des adultes présentant un trouble dépressif, alors que la recherche de Mokros, Poznanski et Merrick (1989 *in* Hale et al., 1993) et celle de Gass et Russell (1986 *in* Hale et al., 1993) semblent réfuter ces dires. Quant à Donnelly, Murphy, Goodwin et Waldman (1982) et Clark, Clayton, Andreasen, Lewis, Fawcett et Scheftner (1985), ils n'ont pu trouver de relation significative entre le fonctionnement intellectuel et la sévérité de la dépression. En raison des divergences

dans ces résultats, Hale et al. (1993) ont exploré si le fonctionnement intellectuel des patients dépressifs est affecté négativement par leur dépression. Ils en concluent que la dépression exerce peu d'effet sur la performance intellectuelle, mais spécifient que les sujets avaient cependant atteint une certaine stabilité dans leur état clinique avant d'être testés. Clark et al. (1985) sont d'avis que les symptômes cognitifs de la dépression (v.g. diminution de la concentration, ambivalence, diminution de la mémoire) ne sont pas nécessairement des indicateurs d'une altération du fonctionnement intellectuel.

Peden, Hall, Rayens et Beebe (2000), suite à une étude effectuée auprès de jeunes femmes (n=246) fréquentant l'université, rapportent que les pensées négatives peuvent jouer un rôle important dans le développement d'une symptomatologie dépressive chez celles-ci. Ces chercheuses suggèrent que des interventions visant à augmenter l'estime de soi et à diminuer les pensées négatives devraient aider à réduire la dépression chez les jeunes femmes. Quant à Townsend (2000), elle précise que les personnes dépressives veulent et peuvent apprendre, et ce, même si la capacité de concentration n'est pas toujours des plus élevées. Bien entendu, le rythme de l'apprentissage peut être ralenti, de même que le processus décisionnel et la capacité de communiquer, mais cela ne signifie aucunement que la personne est incapable d'apprendre et d'effectuer ses choix elle-même en relation avec ce qu'elle désire apprendre par rapport à sa condition de santé, par exemple. Son habileté intellectuelle demeure intacte, bien que la personne puisse douter de sa compétence par moments.

Pour leur part, Bérubé et Jeffrey (2001), dans leur étude avec trente sujets déprimés, dévoilent que ces personnes ne se caractérisent pas uniquement par des cognitions négatives. Les sujets dépressifs rapportent en moyenne une pensée positive pour trois pensées négatives, ainsi qu'une émotion (affect) négative pour deux émotions positives. Il découle de cette étude que lorsque le degré de sévérité du trouble dépressif diminue, la cognition négative diminue et la cognition positive augmente et il en est de même avec les affects. Les sujets très déprimés ont quand même su profiter de différents types de thérapie. Un apprentissage a donc été possible.

Distinctions et relations entre “satisfaction des besoins” et “qualité de vie”

Il est vrai qu’une certaine confusion existe en ce qui a trait à ces deux expressions. De fait, dans la vie et le discours de tous les jours, elles sont souvent confondues. Néanmoins, Wolf (1997) est catégorique à l’effet que l’on ne doit pas substituer une expression pour l’autre, malgré une similarité sur quelques points, étant donné que des dissemblances sont aussi présentes.

Certains chercheurs voient la qualité de vie comme une perspective élargie et intégrale pouvant servir à l’évaluation des besoins chez des personnes vivant une situation de maladie (Becker, Diamond & Sainfort, 1993; Lehman, 1983), en ce sens que la mesure de la qualité de vie d’un individu permet de déduire ses besoins de manière implicite. D’autres auteurs perçoivent la qualité de vie comme un but ultime ou le produit (résultat) à atteindre via la satisfaction des besoins globaux et ceux plus spécifiques, comme les besoins d’apprentissage, sociaux ou cliniques (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; Wolf, 1997). D’après ces dires, il semble possible d’avancer que la qualité de vie serait donc un concept plus global, davantage une finalité en soi (bien que la qualité de vie puisse changer avec le temps), une entité, un résultat plus à long terme, alors que la satisfaction des besoins serait un processus dynamique en constante évolution, beaucoup plus fragmenté et compartimenté (en raison des différents besoins dans différentes dimensions de vie), et ce, pour en arriver à une meilleure qualité de vie. Dans le même ordre d’idées, la satisfaction des besoins s’appuierait sur la notion d’immédiété par opposition à celle de long terme retrouvée dans la qualité de vie.

Wolf (1997) met aussi en lumière qu’une relation positive entre besoins et qualité de vie est habituellement présupposée, bien que peu d’efforts soient déployés pour corroborer et définir cette relation à l’aide d’études empiriques. Elle indique l’importance de s’y attarder de façon scientifique, afin d’éviter de spéculer et d’extrapoler sur des suppositions.

Le tableau I tente de résumer les similitudes et les différences entre la notion de satisfaction des besoins et le concept de qualité de vie.

Tableau I - Tableau comparatif entre "satisfaction des besoins" et "qualité de vie"

Ressemblances et dissemblances entre la satisfaction des besoins et la qualité de vie	
Satisfaction des besoins	Qualité de vie
1. Notion plus caractérisée, fragmentée et compartimentée	1. Concept plus global, entier, intégral; perspective holistique focalisant sur la totalité de l'existence de la personne (Wolf, 1997)
2. Processus dynamique en constante évolution	2. Résultante du processus de satisfaction des besoins; but à atteindre, produit
3. Implication d'une notion d'immédiateté	3. Implication d'une notion de long terme; permet la déduction de certains besoins
4. Inclusion d'éléments objectifs et subjectifs dans la conceptualisation et l'opérationnalisation	4. Inclusion d'éléments objectifs et subjectifs dans la conceptualisation et l'opérationnalisation (Wolf, 1997)
5. Variation selon l'endroit, la culture, les événements, le temps et autres facteurs (Wolf, 1997)	5. Variation selon l'endroit, la culture, les événements, le temps et autres facteurs (Wolf, 1997)

Il faut donc éviter de croire que la satisfaction des besoins et la qualité de vie consistent en une seule et même entité, mais comprendre plutôt que la première engendre l'autre, si on se rallie à la majorité des écrits.

Étant donné le but de la présente étude et le fait qu'il faut rendre la question spécifique de recherche la plus opérationnelle possible, c'est-à-dire observable et mesurable, celle-ci n'a pu se limiter à une seule question. Avant de passer à la partie méthodologique de l'étude, énumérons à nouveau les questions de recherche et les hypothèses.

Rappel des questions de recherche et des hypothèses

La problématique de recherche a été étudiée en explorant les questions et les hypothèses suivantes:

• *Pour la partie quantitative (descriptive corrélationnelle comparative) :*

1. Quels sont les besoins d'apprentissage, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?
2. Quelles sont les dimensions de la qualité de vie, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?
3. Existe-t-il une relation entre la sévérité du trouble dépressif et les besoins d'apprentissage, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?

Hypothèse 1 (H₁)

Une relation positive existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif.

Hypothèse 2 (H₂)

Une relation négative existe entre la sévérité du trouble dépressif et la satisfaction des besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif.

4. Existe-t-il une relation entre la sévérité du trouble dépressif et les dimensions de la qualité de vie, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?

Hypothèse 3 (H₃)

Une relation positive existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.

Hypothèse 4 (H₄)

Une relation négative existe entre la sévérité du trouble dépressif et la satisfaction des dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.

5. Existe-t-il une relation entre les besoins d'apprentissage et les dimensions de leur qualité de vie chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif?

Hypothèse 5 (H₅)

Une relation positive existe entre la satisfaction des besoins d'apprentissage et la satisfaction de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.

• *Pour la partie qualitative :*

6. Dans un paradigme naturaliste avec analyse de contenu interprétative, quelles sont les convergences et les divergences entre l'étude de cas chez la femme hospitalisée et l'étude de cas chez la femme suivie en consultation externe au Centre de Jour, quant aux trois unités d'analyse suivants : ① vivre avec un trouble dépressif, ② le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie et ③ la qualité de leur vie?

Chapitre III

Méthode

Ce chapitre décrit le plan de l'étude et la méthode. Il comprend: la justification de la démarche de recherche; le type d'étude; l'approche méthodologique privilégiée; des notions explicatives concernant l'étude de cas; la définition des termes et l'opérationnalisation des variables; les instruments de mesure; les caractéristiques du milieu et la formation de l'échantillon (incluant les critères d'inclusion et d'exclusion); le déroulement de l'étude; les considérations éthiques, le plan de l'analyse des données, et en dernier lieu, les limites de l'étude.

Justification de la démarche de recherche

La présente recherche a voulu servir à l'avancement des connaissances en andragogie en décrivant et en expliquant deux concepts bien précis, soit les besoins d'apprentissage et la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif. L'absence presque totale des connaissances auprès de la population visée en regard des besoins d'apprentissage en a fait un sujet d'intérêt en soi en éducation. De plus, cette recherche n'a pas voulu se restreindre à une simple description des deux variables à l'étude, mais plutôt être poussée plus loin dans son investigation afin d'entrevoir les liens pouvant se tisser entre les besoins d'apprentissage et la qualité de vie chez une clientèle adulte, chose qui, à la connaissance de la chercheuse, n'a fait l'objet d'aucune étude jusqu'à présent dans le domaine de l'andragogie. Les frontières des connaissances ont donc été élargies, tout en ayant permis d'apporter un élément novateur important à la discipline de l'éducation des adultes.

Il apparaît nécessaire de réaffirmer notre posture épistémologique en ce qui a trait à la population-cible de la présente étude qui a été composée exclusivement de femmes. La chercheuse ne désirait pas effectuer une recherche féministe. La décision de recruter un échantillon féminin fut reliée à la différence de genre qui existe dans la pathologie de la dépression et au fait que deux fois plus de femmes souffrent d'un trouble dépressif. Ainsi, cette étude ne s'est pas basée sur les principes d'une méthodologie féministe, comme ceux préconisés par Dagenais (1994). La décision d'inclure uniquement des femmes a été un choix d'ordre scientifique et méthodologique.

Type d'étude

La présente étude est de nature descriptive corrélationnelle comparative avec deux groupes de quinze sujets. Afin de répondre aux deux premières questions spécifiques de recherche, dont une se réfère à la description des besoins d'apprentissage et l'autre à la description de la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif, une étude descriptive s'est imposée. Trois autres questions de recherche ont vérifié l'existence de relations entre les deux variables précitées, de même qu'entre la sévérité de la dépression et les besoins d'apprentissage, et entre la sévérité de la dépression et la qualité de vie. Une partie corrélationnelle a été effectuée pour vérifier ces liens. Finalement, le dépouillement des récits des deux études de cas a permis de répondre à la dernière question de recherche.

Notons cependant que la présente recherche n'a pu mettre en relief des relations de cause à effet, en ce sens qu'elle n'a pas permis d'affirmer qu'une variable est la cause de l'autre, car aucune manipulation (traitement ou intervention) n'a eu lieu.

Approche méthodologique privilégiée

Quant à l'approche méthodologique, celle-ci est mixte, c'est-à-dire à la fois quantitative et qualitative. Elle est essentiellement quantitative, dû au fait que des liens ont été examinés entre des variables, suite à la description de ces dernières. Par conséquent, la majorité des données ont été recueillies à l'aide de questionnaires de nature objective, dont les réponses ont été codifiées et transposées dans le logiciel statistique quantitatif Statistica (StatSoft). Cependant, étant donné le domaine et le contexte de la présente étude, c'est-à-dire l'apprentissage de l'adulte en situation de maladie, et plus spécifiquement une problématique de santé mentale, la chercheuse a jugé également approprié d'effectuer une partie qualitative sous forme de deux études de cas, afin que les femmes puissent exprimer leur vécu en relation avec leur besoin d'apprendre et leur qualité de vie par rapport à leur situation de santé. Bien entendu, ce volet qualitatif n'a pu se permettre d'être exhaustif, car il ne s'agit pas d'une recherche uniquement qualitative. Toutefois, la méthode qualitative, ayant davantage de souplesse et de flexibilité, a sûrement permis d'arriver à une meilleure compréhension de la

réalité telle qu'elle est vécue par les sujets (Loiselle & Profetto-McGrath, 2004; Polit & Hungler, 1999). Cette triangulation dans la complémentarité instrumentale a favorisé une vision plus globale et circonscrite des phénomènes à l'étude.

La section suivante vise à décrire les composantes de l'étude de cas, de même que les directives face à ce procédé dans le cadre d'une recherche qualitative, selon certains experts en la matière.

Notions explicatives sur l'étude de cas

L'étude de cas est un mode d'investigation qualitatif utilisé à titre de complément pour la présente étude descriptive corrélationnelle, étant donné que les sujets recrutés ont évolué dans un contexte de soins de santé mentale, où l'écoute active et l'empathie de l'intervenant, de même que la possibilité pour le sujet de s'exprimer à propos de soi, sont des plus bénéfiques. Tout d'abord, soulignons que Lessard-Hébert, Goyette et Boutin (1996) nous mettent en garde qu'il faut éviter de mélanger le sens de "l'étude de cas" utilisée en recherche scientifique avec deux autres sens possibles. Très fréquemment, l'expression peut représenter un moyen d'apprentissage utilisé dans plusieurs disciplines, comme les sciences infirmières. Par exemple, on présente à des étudiants un problème relatif à un cas concret fictif (v.g. patient avec le diabète) en leur offrant des éléments informatifs sur cette situation. Les étudiants doivent expliquer leur point de vue, puis décrire et justifier leur approche face aux soins à prodiguer. Dans un autre sens, l'étude de cas peut désigner une certaine pratique clinique, comme celle du psychothérapeute, afin de mieux saisir l'ensemble des principales caractéristiques du patient pour établir un diagnostic.

Toujours selon Lessard-Hébert et al. (1996), l'étude de cas, en recherche, correspond à un "champ d'investigation le moins construit, donc le plus réel; le moins limité, donc le plus ouvert; et le moins manipulable, donc le plus incontrôlé" (p.111). Pour sa part, Yin (1984) stipule que l'étude de cas a pour objet un phénomène actuel dans un contexte de la vie réelle et qu'elle accumule des informations abondantes et détaillées, et ce, afin de saisir la globalité

de l'expérience. Les expressions "étude de cas", "récit de vie", "récit autobiographique", "histoire de vie", "biographie", "*case study*", "*lay narrative*", "*narrative inquiry*", "*life story*", "*life history*" sont souvent considérées, à toutes fins pratiques, plus ou moins comme des synonymes, à peu de différences près, étant donné que la méthodologie retenue est celle de l'approche biographique, c'est-à-dire une mise en récit d'une histoire contenant une intrigue. Cela provoque malencontreusement une certaine confusion terminologique dans le champ biographique (Bertaux, 1980).

L'étude de cas fut appropriée pour la présente étude, car la chercheuse a tenté de décrire la représentation ou la perception du sujet à propos de sa situation par rapport à des unités d'analyse déterminées à l'avance, comme le recommandent Lessard-Hébert et al. (1996) et le canevas d'entrevue a été construit en fonction de ces unités d'analyse qui sont au nombre de trois: ① vivre avec un trouble dépressif, ② le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie et ③ la qualité de leur vie. Deux études de cas ont ainsi été décrites et comparées, afin de découvrir les convergences et les divergences dans le discours chez une femme hospitalisée versus une femme suivant une thérapie de groupe au Centre de Jour. Cette démarche a permis de faire le tour de la sixième et dernière question de recherche. Lessard-Hébert et al. (1996) soulignent que le choix des sujets doit être bien contrôlé. De fait, les deux femmes sélectionnées avaient une expérience de maladie qui s'est démarquée, mais d'abord et avant tout, elles démontraient le désir d'élaborer sur leur situation de vie et leur état de santé. Ces femmes n'ont pas écrit elles-mêmes leur expérience vécue. Elles se sont plutôt confiées à la chercheuse au cours d'un entretien semi-dirigé recueilli au magnétophone. De plus, il ne s'agit pas de l'histoire de l'ensemble de la vie des sujets qui a été étudiée, mais plutôt leur expérience de vivre avec un trouble dépressif, ce qui rejoint vraiment l'optique de l'étude de cas.

Impliqué personnellement en profondeur dans l'étude de cas, le chercheur aborde son investigation de l'intérieur, ce qui demande une participation active dans le vécu des participants, de même qu'une introspection lors de l'analyse (Lessard-Hébert et al., 1996). Dès lors, il va sans dire que la chercheuse de la présente étude, fortement imprégnée de sa

recherche et soucieuse de cerner toutes les facettes du phénomène de vivre avec un trouble dépressif, s'est elle-même chargée des entretiens et des autres tâches rattachées aux études de cas.

Huberman et Miles (1991) surnomment l'étude multi-cas la "méthode des différences" (p.431) et cette façon de faire semble remonter au temps d'Aristote. Pour eux, les cas atypiques, où les extrêmes et les exceptions règnent, sont les alliés du chercheur et permettent de vérifier "si ce qui est présent chez eux est absent ou différent dans d'autres exemples plus standards" (p.433). Dans le même ordre d'idées, Van der Maren (1995) précise que l'étude de cas a le privilège d'examiner en profondeur des données extensives en regard d'un seul événement (v.g. l'expérience de la maladie) chez le cas retenu. Il avoue que cette procédure peut prendre une ampleur considérable, dès le moment où un cas subit une comparaison avec un autre cas. Cet auteur fait état que le choix du cas s'arrête en général à une situation qui est capable de nous dire quelque chose en relation avec la ou les questions que l'on se pose, une situation "parlante". Néanmoins, l'étude d'un "beau cas" conduira à voir l'exceptionnel comme étant la norme. Le choix ne peut s'arrêter sur un cas banal, le chercheur vise un cas plus remarquable qui se démarque par un intérêt que les autres n'ont pas. Dans l'étude de cas, c'est "ce qui excède, ce qui dépasse, ce qui est neuf" (p.107) qui sera retenu, sinon à quoi bon prendre cette avenue? C'est donc la particularité typique (l'idiosyncrasie) qui devient remarquable. Toujours selon Van der Maren, l'anormalité et l'exception sont mises sur la sellette dans l'étude de cas. Cela aboutit à une idéalisation de l'unique à titre de représentation du normal. Les études de cas prennent le risque de construire une connaissance dynamique à propos d'un sujet particulier sur des traits non partagés. Bien que ce soit un risque voulu et sain, il faut être conscient qu'une quelconque généralisation n'est pas possible (Van der Maren, 1995). En effet, la chercheuse n'a pu généraliser les résultats de ces deux études de cas aux 28 autres sujets de l'étude.

Burgess (1984, 1985a, 1985b), éducateur et chercheur britannique, s'est penché longuement sur l'étude de cas. Selon lui, cette forme de récit est d'une pertinence indéniable en recherche et constitue une pièce d'évidence non négligeable. Quant à Jaeger (1988), il

prône que la façon d'analyser le contenu des données recueillies dans une étude de cas est moins contraignante que celle d'une étude phénoménologique en bonne et due forme, bien qu'elle s'en inspire fortement, tout en étant plus *adlib*, ce qui donne une latitude introspective plus grande au chercheur. Kangas (2001) a effectué des histoires de vie avec des hommes et des femmes présentant un trouble dépressif. Cette façon de faire visait une "quête de sens", expression retrouvée fréquemment dans la littérature scientifique qualitative. Cette auteure présente les perceptions des sujets en regard de leur mélancolie afin de dégager un sens à leur dépression. Pour sa part, Satten (2002) utilise l'étude de cas pour tracer le profil d'une femme présentant un trouble dépressif chronique et qui fait preuve de résistance quant à l'aide offerte lors de sessions de psychothérapie. Le tout est relaté sous forme de narration qui tient du roman.

Selon Bourdages (1994, 2001) et Orofiamma, Dominicé et Lainé (2000), le concept de sens en recherche qualitative arbore une définition qui se retrouve dans une catégorie à part. Polysémique et d'une grande richesse sémantique, le mot sens peut être une source d'ambiguïté, car il s'applique à divers domaines de connaissances. Dans l'univers qualitatif, il est souvent vu comme une façon de diriger notre regard sur une expérience vécue. Dans la présente étude, il est vrai que les femmes ont eu à se tourner vers soi et à réfléchir à ce qui s'est passé, et ce, sur une toile de fond d'un état de santé devenu déficient, de son début jusqu'à l'état actuel, allant même jusqu'à l'anticipation de l'avenir, mais sans toutefois aller jusqu'à décortiquer le trouble dépressif en tant que porteur de sens, car il ne s'agit pas d'une recherche exclusivement qualitative. Soulignons que le paradigme naturaliste (Fortin, 1996) se prête bien à cette portion qualitative de l'étude, car il présente une vision holistique de la réalité, en ce sens que cette réalité n'est pas fragmentable, car elle constitue un tout, une entièresité, comparativement à la principale portion de la présente étude qui adhère au courant positiviste, ce dernier prônant l'approche quantitative. Somme toute, l'analyse de contenu des deux études de cas est interprétative et sans théorie ou cadre pré-définis, bien que les questions du canevas d'entrevue aient été rédigées selon trois unités d'analyse et ont permis de faire ressortir quatorze thèmes.

Murray (2003) est persuadé, suite à une étude auprès d'adolescents ayant un parent alcoolique, que des entretiens auprès d'une population vulnérable aux prises avec une situation de vie délicate ont des bénéfices très thérapeutiques pour les participants. Parallèlement, Madjar et Walton (1999) et Young-Mason (1997) soutiennent que lorsqu'un professionnel de la santé fait preuve d'une écoute active et empathique, cela amorce la création d'un "espace supportif" dans lequel le patient peut donner un tant soit peu un sens à son expérience vécue (*lived experience*). Barker (2002) renchérit que la narration effectuée par un patient en ce qui a trait à son expérience de maladie possède un potentiel de cicatrisation (*healing*) indéniable, allant même jusqu'à un certain *empowerment*. Dans le même schème de pensée, Frank (1996) fait état d'une alchimie réconciliatrice entre le corps affaibli (*impaired*) et le soi, provoquée par le récit d'une expérience de maladie, étant donné que la narration possède un pouvoir apaisant.

Tout bien considéré, une étude de cas se lit à peu près comme une histoire, mais une histoire particulière un peu hors de l'ordinaire. Le scénario de vie de l'acteur est d'abord présenté, puis la plupart du temps, des bouts de verbatim sont entrecoupés d'explications en termes plus scientifiques du chercheur, et ce, en lien avec les unités d'analyse, comme le fait Monks (1995) en relatant le récit d'une femme de 33 ans atteinte de sclérose en plaques. Par conséquent, c'est cette option qui a été favorisée dans la présente recherche.

Définitions des termes et opérationnalisation des variables

Les définitions suivantes sont celles adoptées pour la présente étude. Les termes définis sont: trouble dépressif (y compris une distinction avec l'épuisement professionnel - *burnout*); femmes présentant un trouble dépressif; sévérité (intensité) du trouble dépressif; besoins d'apprentissage et qualité de vie.

En ce qui a trait aux concepts "besoins d'apprentissage" et "qualité de vie", de même que l'expression "sévérité du trouble dépressif", ces expressions sont opérationnalisées en les mesurant à l'aide des instruments de mesure mentionnés et élaborés ci-après. En fait, il s'agit

en réalité ici de clarifier le sens précis accordé à ces concepts théoriques dans le but d'en effectuer le passage de leur statut théorique à celui de variables opératoires pour les rendre propices à une expérimentation.

Trouble dépressif

Les sujets de cette étude ont été diagnostiqués d'un trouble dépressif, par un médecin généraliste ou un psychiatre, d'après la définition (basée sur certains critères diagnostiques), accordée à cette expression par le DSM-IV-TR (2000) de l'*American Psychiatric Association*, guide universellement reconnu pour le diagnostic et la classification des troubles de santé mentale. Les sujets sont atteints d'un trouble dépressif majeur (épisode isolé ou épisode récurrent) ou d'un trouble dysthymique (dépression moins intense ou sévère, mais qui perdure depuis deux ans ou plus).

Il apparaît approprié de distinguer le trouble dépressif de l'épuisement professionnel, communément appelé *burnout*, que l'on croit à tort être équivalents. Bédard et Duquette (1998) précisent que malgré l'abondance des définitions de l'épuisement professionnel, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que l'épuisement professionnel est la résultante d'un stress émotionnel à long terme engendré par le milieu de travail. On l'observe fréquemment chez les professionnels de la santé (v.g. infirmières, psychologues et travailleurs sociaux) et autres travailleurs exerçant des professions d'aide (v.g. enseignants et professeurs), où l'investissement de soi est une demande constante. Par ailleurs, alors que la dépression affecte globalement les principales sphères de la personne, telles les relations interpersonnelles, les activités de la vie quotidienne (se laver, manger, dormir,...), les loisirs et le travail, l'épuisement professionnel, pour sa part, étant déclenché par la vie professionnelle, fait en sorte que la personne peut souvent bien fonctionner avec une certaine vitalité en dehors du milieu de travail, comme avoir envie d'aller au cinéma ou au restaurant, ce que l'on ne retrouve pas chez un individu présentant un trouble dépressif. Néanmoins, l'épuisement professionnel peut être un prélude au trouble dépressif, si d'autres crises situationnelles surviennent en concomitance dans la vie de l'individu (Bédard & Duquette, 1998; Muckle, 2001).

Femmes présentant un trouble dépressif

Des femmes âgées entre 25 et 60 ans, hospitalisées dans un département de psychiatrie ou soignées en centre de jour psychiatrique, et présentant un trouble dépressif (trouble dépressif majeur ou dysthymie), constituent les sujets de cette étude. Les femmes souffrant d'une dépression post-partum, c'est-à-dire suite à un accouchement, de même que les femmes de plus de 60 ans, n'ont pas été incluses, car la dynamique de la dépression est différente chez les femmes ayant donné naissance, ainsi que chez une population âgée, ce qui aurait pu occasionner des biais. Les critères d'inclusion et d'exclusion à l'échantillon sont détaillés plus loin à la page 94.

Intensité (sévérité) du trouble dépressif

Pour mesurer l'intensité du trouble dépressif des sujets, l'Inventaire de Dépression de Beck (IBD) de Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982), version française du *Beck Depression Inventory (BDI)* de Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (1961), a été utilisé. Depuis un peu plus de quarante ans, cet instrument est utilisé partout à travers le monde pour déceler le trouble dépressif et l'intensité de celui-ci, et ce, autant chez une population psychiatrique que non psychiatrique. La dépression est classifiée comme étant : à la limite de la normalité (donc absence d'état dépressif), de légère à modérée, de modérée à sévère ou de sévère à très sévère, selon le score obtenu avec cet outil de mesure.

Besoins d'apprentissage

Un besoin d'apprentissage (ou éducationnel) implique un besoin qui peut être satisfait par une expérience d'apprentissage pour acquérir des connaissances (savoirs), des habiletés (savoir-faire) et des attitudes et des comportements (savoir être) (Monette, 1984).

Dans la présente recherche, les besoins d'apprentissage comprennent ce que les sujets ont mentionné vouloir apprendre sur le plan éducatif pour comblent l'écart entre l'**importance** de ces besoins d'apprentissage et la **satisfaction** de ces mêmes besoins, et ce, pour essayer de

composer avec leur situation déficiente de santé, c'est-à-dire un trouble dépressif. Ainsi, les besoins d'apprentissage les plus importants, mais qui sont les moins satisfaits (les moins comblés) ont été identifiés comme étant les priorités d'apprentissage par les sujets et représentent les avenues incontournables pour des interventions infirmières et éducatives ultérieures.

Ces besoins d'apprentissage ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF -TD) (Charron, 2002), version française traduite et adaptée de l'instrument de mesure de Mueser, Bellack, Wade, Sayers et Rosenthal (1992) "*Educational Needs Questionnaire*" (ENQ), questionnaire qui a déjà été utilisé par ses concepteurs avec un échantillon de personnes présentant un trouble dépressif. Les sujets de la présente étude ont pu également rajouter, à la fin du questionnaire, d'autres besoins d'apprentissage jugés importants et qui sont satisfaits ou non et qui n'apparaissaient pas dans le listing.

Qualité de vie

Dans la présente recherche, le construit de la qualité de vie des sujets présentant un trouble dépressif a été mesuré à l'aide de l'Index sur la Qualité de Vie, version française traduite et adaptée par Gagnon et Vachon (1993) de l'instrument de mesure *Quality of Life Index (QLI)* de Ferrans et Powers (1984). Ce questionnaire évalue à la fois l'**importance** et la **satisfaction** des sujets en relation avec quatre principaux domaines de vie, soit la dimension de la santé et du fonctionnement global, la dimension sociale et économique, la dimension psychologique et spirituelle, de même que la dimension familiale.

Instruments de mesure

Dans cette étude descriptive corrélationnelle comparative, les données ont été recueillies à l'aide de quatre instruments de mesure. Les instruments retenus sont: ① l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF -TD) (Charron, 2002, version française adaptée de l'*Educational Needs Questionnaire* de Mueser et al. 1992), ② l'Index sur la Qualité de Vie (Gagnon & Vachon, 1993, traduction française de la version

originale du *Quality of Life Index* de Ferrans & Powers, 1984), ③ l'Inventaire de dépression de Beck (IBD), version française du *Beck Depression Inventory* (1961) et finalement ④ un canevas d'entrevue pour les deux études de cas (Charron, 2002). De plus, un formulaire, permettant de recueillir des données sociodémographiques, de même que des précisions sur l'état de santé, est venu se greffer aux quatre autres questionnaires. Une description de ces outils de mesure est présentée dans les pages suivantes. Veuillez noter que la version originale anglaise est décrite avant la traduction et l'adaptation française.

L'Educational Needs Questionnaire (ENQ)

Dans le domaine de la santé mentale, les recherches effectuées au niveau des besoins concernent davantage les besoins généraux ou globaux de la personne, qui incluent à leur tour, entre autres, les besoins psychosociaux et les besoins d'apprentissage d'une clientèle atteinte d'un trouble psychiatrique chronique, telle la schizophrénie. Cependant, deux études nord-américaines, soit celle de Mueser et al. (1992) et celle de Payson et al. (1998), ont spécifiquement identifié les besoins d'apprentissage d'adultes présentant un problème de santé mentale. Une partie de leur échantillon consistait en des personnes (des hommes mais surtout des femmes) présentant un trouble dépressif.

Le questionnaire de Mueser et al. (1992), intitulé l'*Educational Needs Questionnaire (ENQ)*, a été retenu pour la présente étude. L'auteure principale a donné la permission d'utiliser cet instrument et en a acheminé une copie par courrier terrestre. Il a été choisi pour les raisons suivantes:

- ① Il a été élaboré spécifiquement pour le domaine de la santé mentale et pour une population-cible de personnes présentant un trouble dépressif, du moins en partie.
- ② Il permet de connaître les besoins d'apprentissage par rapport à la condition de santé mentale des individus sous plusieurs aspects (connaissances, habiletés, attitudes, comportements,...), ce qui englobe les notions de savoir, savoir-faire et savoir être. C'est un instrument de mesure multidimensionnel.

- ③ Il a été élaboré avec l'aide de patients, de membres de la famille et de professionnels de la santé, en particulier des infirmières cliniciennes en santé mentale. Il tient aussi compte de l'expertise clinique des auteurs de cet outil et des écrits sur les besoins en santé mentale. Finalement, des *focus groups* se sont réunis à trois reprises pour développer, réviser, clarifier la compréhension et l'interprétation des questions avant d'arriver à un consensus quant à la version finale de l'instrument, ce qui lui confère une validité de contenu plus qu'acceptable.
- ④ Une analyse factorielle a été effectuée en prenant tous les énoncés de l'instrument avec l'échantillon total de 195 sujets. Il en ressort que les six catégories de l'instrument reflètent adéquatement la dimension générale de l'instrument, lui inculquant ainsi une consistance assez robuste.
- ⑤ En plus d'être d'une longueur raisonnable, il est aussi facile à comprendre et à compléter.

Dans sa version originale anglaise, l'instrument comprend quarante-cinq (45) items (besoins d'apprentissage) répartis en six catégories (dimensions): ① faits généraux à propos de la maladie mentale (13 items: énoncés 1 à 9, 33-34, 39 et 41), ② faire face aux symptômes (11 items: énoncés 22 à 32), ③ rehaussement du fonctionnement social (6 items: énoncés 14 à 16, 20-21, 35), ④ ressources communautaires (6 items: énoncés 17 à 19, 36 à 38), ⑤ faire face au stress et aux problèmes familiaux (6 items: énoncés 10 à 13, 40 et 44) et ⑥ divers (3 items: 42, 43 et 45). Les énoncés sont articulés de façon à obtenir un choix quantifiable de réponses en regard de l'intérêt à apprendre à propos de chacun de ces items sur une échelle ordinale de type Likert de 1 (pas du tout intéressé) à 5 (très intéressé). À la fin du questionnaire, une question ouverte invite le participant à faire part des autres besoins sur lesquels il aimerait être informé en regard de sa condition de santé mentale. Puis, quelques questions d'ordre sociodémographique et médical bouclent le questionnaire.

Quant aux propriétés psychométriques, rappelons que les concepteurs de cet outil de mesure ont effectué une validité de contenu que l'on peut considérer extensive, de même que l'analyse factorielle, mais n'ont pas poussé plus loin leur questionnement métrologique.

Cependant, des chercheurs chinois ont traduit l'*Educational Needs Questionnaire (ENQ)* afin de l'utiliser avec une population chinoise présentant un problème de santé mentale (Chien, Kam & Fung-Kam Lee, 2001). Au lieu de mesurer l'intérêt à apprendre comme dans le questionnaire original en anglais, ces chercheurs ont mesuré à la fois l'importance et la satisfaction pour chaque besoin d'apprentissage, tout comme l'a fait la chercheuse de la présente étude. Également, la même méthode de traduction a été utilisée. La vérification de plusieurs propriétés psychométriques a été réalisée. Ainsi, pour l'ensemble du questionnaire, des coefficients alpha de Cronbach de 0,88 pour la version chinoise et de 0,86 pour la version anglaise démontrent une consistance interne élevée. Pour les six dimensions de l'instrument, les alpha de Cronbach sont tous satisfaisants, variant de 0,65 à 0,87 pour la version chinoise et de 0,62 à 0,85 pour la version anglaise. Le test de Wilcoxon a été effectué afin de vérifier pour un biais de rappel (*recall bias*). Ce biais s'est avéré non significatif ($p=0,13$) pour la globalité du questionnaire, ainsi que pour ses six dimensions. L'équivalence d'items entre la version chinoise et la version anglaise a été mesurée en utilisant le test du kappa pondéré. Vingt items (besoins d'apprentissage) ont un kappa de plus de 0,80, démontrant un haut niveau d'accord (*agreement*) ou de corrélation entre les deux versions. Les vingt-cinq autres items possèdent des kappa entre 0,42 et 0,75, ce qui représente un niveau acceptable d'accord.

Prière de consulter l'appendice C pour la version originale anglaise de l'*Educational Needs Questionnaire (ENQ)*.

L'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF - TD)

La version française a été intitulée "Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif" (Charron, 2002). Son identification plus brève peut se faire par la première lettre des mots principaux de ce titre, donnant ainsi les initiales IBAF - TD en guise de sigle ou d'abréviation. À part la traduction, ce questionnaire a été quelque peu modifié de sa version originale anglaise afin de tenir compte, entre autres, d'une population

de femmes adultes présentant exclusivement un trouble dépressif, de même que du cadre de référence de la présente étude, qui comprend deux types d'échelles de mesure, soit celle de l'importance et celle de la satisfaction.

Tout d'abord, une traduction (voir appendice D) de l'*Educational Needs Questionnaire* de l'anglais au français a été effectuée en utilisant la méthode inversée inspirée de Vallerand (1989), ce qui a permis d'atténuer la perte de nuances dans le passage d'une langue à l'autre. Étant bilingue, la chercheuse de la présente étude a effectué cette première traduction. Par la suite, une autre personne dans le domaine de la traduction et à l'aise avec la terminologie utilisée dans le domaine de la santé, a retraduit la version française, puis l'a comparée à l'original anglais. Des modifications mineures à quelques énoncés ont été apportées à la version française, suite à la comparaison des deux versions anglaises. La simplicité des énoncés du questionnaire et le fait que les traducteurs appartiennent à la même culture nord-américaine que les patients de l'échantillon original permettent de considérer l'atteinte d'un niveau de précision adéquat entre les deux versions (Lemay, 1991).

La version française comprend elle aussi quarante-cinq énoncés. Toutefois, cinq items de la version anglaise, soit les numéros 14, 19, 26, 27 et 42 ont été retranchés, car ils étaient trop généraux et s'adressaient davantage à des individus souffrant de maladie mentale chronique plus sévère, comme la schizophrénie. En bref, ces items contenaient des besoins d'apprentissage à propos de l'établissement des limites au niveau du comportement (no.14), des maisons de transition (no.19), des hallucinations (no.26), des délires (no.27) et finalement, ce qui arrive lorsqu'un parent meurt (no.42). Ces cinq items ont cependant été remplacés, et ce, aux mêmes numéros, par des besoins d'apprentissage qui sont plus applicables à une clientèle souffrant de dépression. Ce rajustement tient compte des écrits scientifiques sur le sujet, de même que de l'expertise clinique de la chercheuse, en raison de son côtoiement régulier d'adultes présentant un trouble dépressif, ce qui lui a permis de dégager certains items susceptibles d'être des besoins en puissance chez une clientèle dépressive. Ainsi, l'item 14 devient: "les stratégies pour se sentir bien à propos de soi-même, l'item 19: "les stratégies pour retirer du plaisir de la vie, combattre la solitude, l'ennui", l'item 26: "des notions sur la

baisse du désir sexuel (libido)”, l’item 27: “les effets de l’exercice physique sur la dépression” et en dernier lieu, le numéro 42 devient: “le phénomène de la perte et du deuil”.

Les items demeurent répartis sous six catégories qui sont les mêmes, sauf la dernière qui a été renommée “retour sur soi”. Elle était auparavant intitulée “divers”. Il s’avère approprié de souligner à nouveau ces catégories avec les modifications quant aux items: ① faits généraux à propos de la dépression (encore 13 items: énoncés 1 à 9, 33-34, 39 et 41), ② faire face aux symptômes (10 items au lieu de 11: énoncés 22 à 26, 28 à 32), ③ rehaussement du fonctionnement social (encore 6 items: énoncés 15-16, 20-21, 35 et 45), ④ ressources communautaires (5 items au lieu de 6: énoncés 17-18, 36 à 38), ⑤ faire face au stress et aux problèmes familiaux (9 items au lieu de 6: énoncés 10 à 13, 27, 40, 42 à 44) et ⑥ retour sur soi (2 items au lieu de 3: 14 et 19). Dans le questionnaire, l’usage du terme “dépression” a été employée au lieu de l’expression “trouble dépressif”, afin de simplifier le tout, car le mot vulgarisé de dépression est mieux connu du public. On remarquera que le mot général “*illness*”(maladie) fut celui utilisé en anglais, car ce questionnaire s’applique à trois types de clientèle (schizophrènes, dépressifs et maniaco-dépressifs). Notons qu’à l’item 9, on ne fait plus état des signes avant-coureurs de la maladie, mais seulement d’une rechute, afin d’éviter une redondance, étant donné que l’on parle déjà de la symptomatologie de la dépression à l’item 3. Quant à l’item 43, il sera mention de la prise de poids comme dans la version originale, mais également de la perte de poids, car la dépression peut entraîner une prise ou une perte pondérale. La clarté et la simplicité du langage furent de mise dans la construction de la version française de cet outil. Cinq cases vides pour inscrire d’autres besoins ont été conservées à la fin des deux sections du questionnaire. Quant aux quelques questions de type sociodémographique, elles sont omises dans la version française, étant donné que les sujets ont eu à répondre à un formulaire à part qui se penche exclusivement sur ces données.

La modification majeure dans la version française réside dans le fait qu’au lieu de vérifier l’intérêt à apprendre de la participante à propos de chaque besoin d’apprentissage qui sont représentés par chacun des quarante-cinq items, la chercheuse de la présente étude a mesuré, à l’aide de deux sections à répondre pour chaque item (chaque besoin d’apprentissage) à

partir d'une échelle de type Likert, soit l'**importance** du besoin d'apprentissage, de même que la **satisfaction** de ce besoin (s'il est comblé ou non), ce qui rejoint l'optique de Kaufman et English (1979) et constitue un monceau de l'amalgame du cadre de référence de la présente étude. La double mesure de l'importance et de la satisfaction d'une même variable dans un questionnaire est monnaie courante en recherche (Becker, Diamond & Sainfort, 1993; Richard, 1998), comme peut l'être la fréquence et l'efficacité (utilité) d'un même concept dans un instrument de mesure (Jalowiec, 1991). Cette procédure fait davantage le tour des questions à l'étude. Ainsi, la section I mesure l'importance des besoins d'apprentissage sur une échelle de type Likert de 1 à 6: 1 (très négligeable), 2 (modérément négligeable), 3 (un peu négligeable), 4 (un peu important), 5 (modérément important) et 6 (très important), alors que la section II du questionnaire mesure la satisfaction des besoins d'apprentissage sur une échelle de type Likert de 1 à 6: 1 (très insatisfait), 2 (modérément insatisfait), 3 (un peu insatisfait), 4 (un peu satisfait), 5 (modérément satisfait) et 6 (très satisfait). Il est dès lors facile de constater que les priorités à retenir pour l'enseignement sont les besoins qui sont les moins satisfaits, mais considérés comme les plus importants.

Afin d'effectuer une validité de contenu, la chercheuse de la présente étude a soumis l'instrument traduit en français à deux expertes, soit deux infirmières ayant une formation de deuxième cycle, oeuvrant en santé mentale et possédant des connaissances extensives sur le phénomène de la dépression et les soins à prodiguer aux femmes qui en souffrent, dans le but de vérifier la clarté des termes, la présence ou non d'ambiguïtés au niveau de la formulation, de la pertinence et de la logique séquentielle des questions. Leurs suggestions ont permis de préciser certains items du questionnaire, mais aucun ajout, ni omission d'items n'ont été effectués. Une étude pilote (pré test) a ensuite été réalisée auprès de trois femmes présentant un trouble dépressif afin d'évaluer la clarté des énoncés, recueillir les commentaires généraux des patientes par rapport aux items de l'outil et le temps requis pour répondre au questionnaire. Ces participantes sont représentantes de la population cible, mais n'ont pas été incluses dans l'échantillon, bien que les critères d'inclusion et d'exclusion à l'échantillon aient été respectés. Pour illustrer l'homogénéité des items de l'instrument, la consistance interne

à l'aide du coefficient alpha de Cronbach a été vérifiée. Ce test est considéré par plusieurs comme étant la meilleure approche pour déterminer la fiabilité d'un instrument (Loiselle & Profetto-McGrath, 2004; Gillis & Jackson, 2002; Polit & Hungler, 1999). Puisque le questionnaire n'a été administré qu'une seule fois aux sujets de l'étude, la stabilité temporelle (test-retest) de l'instrument n'a pas été établie.

Le *Quality of Life Index (QLI)*

Ferrans et Powers, deux infirmières américaines très actives en recherche, ont conçu le *Quality of Life Index (QLI)* en 1984. Cet instrument de mesure de la qualité de vie a déjà fait ses preuves et est l'un des plus utilisés partout à travers le monde. En plus du français, il a déjà été traduit en japonais, en coréen, en mandarin, en thaï, en arabe, en espagnol, en roumain, en hongrois, en polonais, en portugais, en norvégien et en suédois. Il a été employé avec une multitude de populations, allant de personnes atteintes de maladies physiques et mentales diverses à une population plus générale et en santé, notamment des étudiants universitaires des cycles supérieurs et des femmes âgées. Ferrans a autorisé l'utilisation du *QLI* pour la présente étude (appendice M) et a de plus fait parvenir la version anglaise la plus récente (appendice E), de même qu'une version française traduite en sol québécois (appendice F). Cet instrument a été choisi pour cette étude pour les raisons suivantes:

- ① Il a été élaboré par deux chercheuses travaillant en soins infirmiers et ayant un vif intérêt et une expertise théorique et pratique pour le domaine de la qualité de vie, en plus d'avoir, dès le départ, des connaissances poussées en mesure et évaluation.
- ② Le fondement ou l'assise à la base de l'outil de mesure de Ferrans et Power (1984) est le cadre de référence de Campbell, Converse et Rogers (1976), cadre qui guide en partie la présente étude.
- ③ Cet instrument permet de connaître à la fois l'importance et la satisfaction des sujets en regard de leur qualité de vie dans quatre principaux domaines de vie, soit: ① la dimension

de la santé et du fonctionnement global, ② la dimension sociale et économique, ③ la dimension psychologique et spirituelle et ④ la dimension familiale. Rappelons que l'importance et la satisfaction ont été également mesurées en ce qui a trait aux besoins d'apprentissage. Ce processus a permis d'obtenir des analyses statistiques encore plus congruentes.

- ④ Il intègre à la fois une vision objective et une vision subjective de la qualité de vie. Cette façon de faire est celle qui est la plus recommandée dans les écrits. Il s'agit d'une échelle subjective produisant des données quantitatives.
- ⑤ Le but de cet instrument est de mesurer la qualité de vie tout en tenant compte des diverses composantes de la vie décrits par les experts, de l'évaluation subjective de la satisfaction face à ces composantes et de l'importance individuelle et unique pour chaque personne (Ferrans & Powers, 1985).
- ⑥ La méthode d'analyse des données permet de mieux situer l'expérience des participants car la satisfaction éprouvée face à un item est ajustée en fonction de l'importance accordée par le sujet à cet item, permettant de focaliser sur les dimensions de la qualité de vie les plus importantes, mais les moins satisfaites chez les sujets.
- ⑦ Ses propriétés psychométriques ont été évaluées de façon exhaustive et les résultats permettent de dire qu'il s'agit d'un instrument valide et fidèle. En fait, aucun autre instrument sur la qualité de vie commandé et reçu par la chercheuse n'a pu concurrencer avec le *Quality of Life Index (QLI)* au niveau psychométrique. En outre, il existe toute une procédure rédigée par Ferrans en ce qui a trait à l'entrée et à l'analyse des données qu'elle intitule "*scoring procedure*", et ce, étape par étape, et ce, pour un logiciel quantitatif. Le tout est très explicite, détaillé avec minutie.
- ⑧ Une version traduite en canadien français au Québec existe déjà et a fait l'objet d'au moins deux études recensées.

Le *Quality of Life Index* est divisé en deux sections. Au total, il contient 66 énoncés qui sont rédigés sous forme de questions. La première partie comprend 33 items servant à mesurer la satisfaction éprouvée par les sujets en regard de différents domaines spécifiques de la vie. La seconde partie consiste en ces 33 mêmes items, bien que l'énoncé de la question pour chaque item diffère un peu parfois, et ce, afin de capter la dimension propre à chaque partie de l'instrument de mesure. Cette deuxième section a pour but de mesurer l'importance accordée par la personne à ces mêmes dimensions de vie. Les énoncés sont articulés de façon à obtenir un choix de réponses sur une échelle de type Likert de 1 (très insatisfait) à 6 (très satisfait) pour la partie I, et de 1 (très négligeable) à 6 (très important) pour la partie II.

Les quatre dimensions de vie évaluées regroupent, entre autres, les soins de santé, la santé physique et l'état fonctionnel, la famille, les amis, les relations maritales et sexuelles, le stress, le type de travail, l'éducation, les loisirs, les croyances et les buts personnels, l'apparence physique, le bonheur, l'acceptation de soi, ainsi que la satisfaction générale face à la vie (Ferrans & Powers, 1985; Ferrans & Powers, 1990). Lors de l'adaptation de ce questionnaire par d'autres auteurs, quelques items sont parfois ajoutés, comme ce fut le cas pour Hicks, Larson et Ferrans (1992), qui ont mesuré la qualité de vie chez une population ayant subi une transplantation hépatique et qui ont fait l'ajout de quatre items spécifiques à cette clientèle.

La chercheuse a reçu des auteures les évaluations psychométriques effectuées au fil du temps avec leur instrument. La consistance interne pour le score total de la qualité de vie (tous les items du questionnaire ensemble) est supportée par des coefficients alpha de Cronbach variant de 0,84 à 0,98 parmi vingt études. Quant aux quatre dimensions de la qualité de vie (regroupement des items selon une de ces quatre dimensions), les coefficients de Cronbach ont été publiés dans au moins onze études. Ainsi, pour la dimension de la santé et du fonctionnement global, les alpha de Cronbach varient de 0,70 à 0,93; pour la dimension sociale et économique, de 0,73 à 0,89; pour la dimension psychologique et spirituelle, de 0,80 à 0,93; et finalement, pour la dimension familiale, de 0,63 à 0,92. Ces scores assurent l'homogénéité de l'instrument (Ferrans & Powers, 1999). À cet effet, Burns et Grove (2001) mentionnent qu'un coefficient de 0,80 à 0,90 reflète richement les fines discriminations au

niveau du construit des items. Néanmoins, Polit et Hungler (1999) sont d'avis qu'il n'existe pas vraiment de norme établie que doit posséder un instrument de mesure et qu'un alpha de Cronbach de 0,70 et même de 0,60 peut être acceptable, selon le type d'étude.

Soulignons que la stabilité du *QLI* a été vérifiée par la méthode test-retest chez un groupe de 88 étudiants inscrits à des études supérieures et chez un groupe de 37 patients dialysés (Ferrans & Powers, 1985). La stabilité test-retest est supportée par des corrélations de 0,87 (étudiants) à deux semaines d'intervalle et de 0,81 (patients dialysés) à un mois d'intervalle, et ce, pour l'échelle globale de qualité de vie. Par ailleurs, une recherche récente de Dougherty et al.(1998) ayant utilisé le *QLI* démontre des corrélations de 0,79 pour la qualité de vie globale. Quant aux corrélations pour les quatre dimensions de vie, elles sont: dimension de la santé et du fonctionnement global (0,72), dimension sociale et économique (0,68), dimension psychologique et spirituelle (0,76) et dimension familiale (0,72), et ce, à deux semaines d'intervalle, ce qui s'avère très adéquat.

La validité de contenu ainsi que la validité avec corrélation de critères du *QLI* ont été démontrées en 1985 par Ferrans et Powers. La validité de contenu est supportée par le fait que les items de l'instrument de mesure ont été choisis suite à une recension sur la qualité de vie et ces items ont été corroborés par des patients. En ce qui a trait à la corrélation de critères, des corrélations de 0,75 (étudiants) et de 0,65 (patients dialysés) ont été rapportés entre les scores du *QLI* et une question générale portant sur la satisfaction face à la vie. Quant à l'évidence d'une validité de construit, celle-ci est démontrée par une analyse factorielle capable de distinguer les quatre dimensions du *QLI* en expliquant 91% de la variance (Ferrans & Powers, 1992). En toute considération, l'instrument est fidèle et valide.

Traduction française du *Quality of Life Index (QLI)*

Il existe une version canadienne française du *Quality of Life Index (QLI)* intitulée "Index sur la Qualité de Vie"(appendice F) qui a été traduite en 1986 (copyright en 1988) par Gagnon, dans le cadre de son étude doctorale sur la qualité de vie de paraplégiques et quadriplégiques au Québec. Ce questionnaire a ensuite été adapté par Gagnon et Vachon en

1993 pour une population ayant subi une transplantation hépatique. Pour sa part, Quevillon (2000) a effectué une validation de la traduction française du *Quality of Life Index* de Gagnon à titre de mémoire de maîtrise.

La permission d'utiliser la version traduite du *QLI* a été accordée par Gagnon (appendice M), qui a fait parvenir à l'auteure du présent devis une copie du questionnaire, ainsi que l'information sur ses propriétés psychométriques. Un rajout de trois items à la version originale anglaise, soit les questions 4, 21 et 28, a été fait en 1993. La version traduite par Gagnon et Vachon comprend donc trente-six (36) items au lieu de trente-trois (33). Notons que c'est cette version qui a été utilisée ici, car peu d'adaptation fut nécessaire à celle-ci. En effet, des modifications minimales à trois items seulement ont été effectuées pour les besoins de la présente étude. Ainsi, pour notre recherche, l'énoncé 4 ne s'applique pas. Il redeviendra donc le même que celui de la version anglaise, et ce, afin de refléter davantage la réalité de personnes présentant un trouble dépressif. Ainsi, au lieu de "Êtes-vous satisfait(e) de votre foie transplanté?" pour l'échelle de satisfaction et de "Quelle importance accordez-vous à votre foie transplanté?" pour l'échelle de l'importance, on lira: "Êtes-vous satisfait(e) de votre niveau d'énergie pour vos activités quotidiennes?" et "Quelle importance accordez-vous à l'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes?" Pour l'énoncé 21, le mot Québec a été remplacé par Nouveau-Brunswick. Pour sa part, l'item 28 "vos possibilités de voyage durant vos vacances" demeure tel quel, car il est quand même pertinent pour une population en santé mentale. Finalement, l'item 3 a été reformulé pour en clarifier le sens et omettre le mot "physique". Notons que cet outil de mesure comprend les deux mêmes sections (satisfaction et importance) que l'original anglais.

Les quatre dimensions de vie comprises dans l'instrument regroupent les items suivants:

- 1) la dimension de la santé et du fonctionnement global → énoncés 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 27, 28 et 29 qui incluent les thématiques suivantes: santé, soins de santé, inconfort et douleur, énergie, autonomie à prendre soin de soi, degré de maîtrise(contrôle) sur sa vie,

potentiel de longévité, vie sexuelle, responsabilités familiales, sentiment d'utilité, stress et préoccupations, loisirs, voyages (vacances) et retraite.

- 2) la dimension sociale et économique → énoncés 13, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25 et 26 qui regroupent les thématiques suivantes: amis, soutien émotionnel, foyer, voisinage, niveau de vie, conditions de vie au Nouveau-Brunswick, emploi (2 énoncés), niveau d'instruction, autonomie financière.
- 3) la dimension psychologique et spirituelle → énoncés 30, 31, 32, 33, 34, 35 et 36 qui rejoignent les thématiques suivantes: tranquillité d'esprit, croyance personnelle en Dieu, buts personnels, bonheur en général, vie en général, apparence personnelle, soi en général.
- 4) la dimension familiale → énoncés 8, 9, 10 et 11 qui logent à l'enseigne des thématiques suivantes: santé de la famille, enfants, bonheur de la famille, conjoint (ou autre personne importante).

Comme pour la version anglaise, les données sont recueillies sur une échelle de type Likert comprenant un choix de six réponses, et ce, pour les parties I et II du questionnaire. De fait, pour la mesure de la satisfaction éprouvée envers chaque item, les choix vont de 1 (très insatisfait) à 6 (très satisfait), alors que pour celle de l'importance accordée, les choix s'échelonnent de 1 (très négligeable) à 6 (très important).

Fait intéressant avec un instrument de ce genre, c'est que l'analyse des résultats se fait de telle façon que la satisfaction éprouvée en regard d'un item est ajustée selon l'importance accordée à ce même item par le participant (Ferrans & Powers, 1985; Vachon, 1993). Les scores les plus élevés résultent de la combinaison des réponses aux items qui entraînent une grande satisfaction et qui revêtent une grande importance pour les sujets, alors que les scores les plus bas caractérisent les items qui provoquent le plus d'insatisfaction, mais qui sont très importants pour eux. Ce schème de pondération résulte de la croyance que les gens qui sont très satisfaits face aux domaines de vie qu'ils valorisent (ou trouvent importants) profitent

d'une meilleure qualité de vie que ceux qui sont insatisfaits en ce qui a trait aux domaines qu'ils valorisent (Ferrans & Powers, 1990).

Tel que mentionné plus tôt, Quevillon (2000) a analysé la validité de contenu, la fidélité et les deux types de validité de construit, soit la validité de convergence et la validité de différenciation de la traduction française par Gagnon (1986) du *Quality of Life Index (QLI)*. Pour vérifier ces propriétés psychométriques, cette chercheuse s'est servi des données découlant de deux recherches effectuées en 1988 et 1991 par Gagnon auprès de 250 Québécois blessés médullaires qui ont répondu au *QLI* traduit. Divers procédés statistiques entre la traduction française du *QLI* et celle de quatre autres questionnaires (le *Tennessee Self Concept Scale*, L'*Arizona Social Support Interview Schedule*, le *Self Esteem Scale* et un instrument sur l'aspect vocationnel de la rééducation) ont permis cette évaluation métrologique. En bref, soulignons que tout bien considéré, selon Quevillon (2000), la traduction française du *QLI* possède un degré de fidélité élevé car tous les indices alpha sont supérieurs à 0,90. Quant à la validité de contenu, les constats au niveau des corrélations entre les items semblent indiquer que le concept de qualité de vie comportent vraiment quatre dimensions, tel que postulé par Ferrans et Powers (1985). Elle rapporte également un niveau de validité de convergence appréciable entre le *Quality of Life Index* et le *Tennessee Self Concept Scale*, de même qu'entre le *Quality of Life Index* et l'*Arizona Social Support Interview Schedule*. Finalement, la validité de différenciation de l'instrument a été démontrée de façon significative pour certains concepts, particulièrement entre la qualité de vie et la satisfaction au travail. En d'autres mots, la satisfaction au travail améliore la qualité de vie au travail, mais n'est pas synonyme.

Rappelons que la version française du *QLI* se retrouve à l'appendice F.

Version française du Beck Depression Inventory (BDI)

Pour mesurer l'intensité (sévérité) de la dépression, la chercheuse a sélectionné l'Inventaire de Dépression de Beck (IDB), version française du *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck

et al., 1961, révisé 1971). L'Échelle de Hamilton (1960) pour la dépression et l'Échelle de dépression de Zung (1965) ont également été considérées, mais parmi ces trois questionnaires qui sont très connus du monde scientifique, le questionnaire de Beck est celui qui a été et qui demeure le plus utilisé de ces instruments de mesure. Utilisé dans une quantité innombrable d'études (plus de 1 000 recensées de 1961 à 1986), il a également été testé au niveau psychométrique à maintes reprises depuis les trente dernières années (Beck, Steer & Garbin, 1988). Ces derniers auteurs soulignent également que le *BDI* sert non seulement à mesurer l'intensité de la dépression chez des patients ayant un trouble psychiatrique, mais aussi pour détecter la dépression chez d'autres clientèles. De plus, ils font état que le *BDI* est un outil qui permet de différencier la dépression de l'anxiété.

Dans la présente étude, il est apparu justifié d'ajouter ce type de questionnaire aux deux principaux instruments de mesure, en ce sens que le fait de mesurer l'intensité de la dépression des sujets a permis de faire des liens entre celle-ci et les besoins d'apprentissage, ce qui intéressait fortement la chercheuse, de même qu'entre l'intensité de la dépression et la qualité de vie. À titre d'exemple, nous voulions vérifier l'hypothèse que plus la dépression était intense, plus les besoins d'apprentissage étaient importants et moins ils étaient satisfaits chez les sujets de l'étude (revoir les questions de recherche 3 et 4 pour plus de détails).

Le *Beck Depression Inventory (BDI)* consiste en 21 items cotés selon une échelle de quatre points graduée de 0 à 3 en termes de sévérité. Ces énoncés évaluent les composantes affectives, cognitives, somatiques et comportementales de la dépression (Bourque & Beaudette, 1982). Un score entre 0 et 9 indique l'absence d'un état dépressif, de 10 à 18, une dépression légère à modérée, de 19 à 30, une dépression modérée à sévère, et de 31 à 63, une dépression sévère à très sévère. Une méta-analyse, effectuée avec les nombreuses études ayant utilisé le *BDI*, révèle que la consistance interne de cet instrument, mesurée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach est de 0,86 avec des échantillons de personnes présentant une condition de santé mentale et de 0,81 avec d'autres types de clientèle (Beck, Steer & Garbin, 1988). Quant à la validité concomitante du *BDI* avec d'autres instruments, comme l'Échelle de Hamilton, elle est plus de 0,70. En outre, la stabilité test-retest est plus de 0,60.

En ce qui a trait à la validité de contenu et la validité prédictive, elles furent effectuées à maintes occasions et les résultats sont très satisfaisants (Bailey & Coppen, 1976; Beck, Steer & Garbin, 1988). Il existe de nombreuses formes et versions de l'instrument et les corrélations entre celles-ci sont très élevées, probablement en raison du peu de changement effectué dans chacune des versions. La version traduite en français par Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982), intitulée l'Inventaire de dépression de Beck (IDB), a été utilisée dans la présente étude. L'homogénéité de ce questionnaire a été évaluée par l'analyse de variance des rangs de Kruskal-Wallis et les résultats obtenus révèlent que le score de chaque item varie de manière parallèle au score total et que ce lien est significatif ($p < 0,001$) pour tous les items. Le questionnaire s'avère donc très homogène. L'étude de la consistance interne révèle un coefficient alpha de Cronbach de 0,82 et le coefficient de fidélité test-retest pour une période de trois mois est de 0,75. Bourque et Beaudette (1982) ont eux aussi préparé une version francophone canadienne du *BDI* avec certaines nuances, pour des fins d'utilisation avec une population adolescente. Leur étude psychométrique démontre une consistance interne de 0,92 et une fidélité test-retest satisfaisante. Prière de consulter l'appendice G pour la version française du *Beck Depression Inventory*.

Canevas d'entrevue pour les études de cas

L'étude de cas a été explicitée de manière détaillée aux pages 70 à 74 de ce devis. Portion qualitative de la présente recherche, elle a servi de complément à la partie quantitative afin d'avoir une vision plus holistique de la situation de vie de deux femmes faisant partie de l'échantillon. D'ailleurs, le contexte de soins de santé mentale s'y prête d'une façon toute particulière, étant donné que l'écoute active, les techniques de communication thérapeutique et la relation d'aide occupent une place de premier plan dans le domaine de la psychiatrie. Un canevas d'entrevue (appendice H) a été utilisé pour les deux études de cas. Les questions des trois unités d'analyse ont été vérifiées, au préalable, par le comité d'approbation du protocole de recherche qui a suggéré d'éliminer les questions trop générales et d'ajuster celles-ci au fur et à mesure du déroulement de l'entretien. D'ailleurs, tel que mentionné par De Ketèle et

Rogiers (1991), l'entretien semi-dirigé est en partie directif au niveau des thèmes, des unités d'analyse sur lesquels le chercheur veut recueillir de l'information, et en partie non directif à l'intérieur des thèmes. Ainsi, les interventions de l'investigatrice ne furent pas toutes prévues à l'avance. La chercheuse a improvisé à certains moments. Notons que les deux femmes n'ont pas écrit leur histoire, car cette tâche risquait de s'avérer un fardeau en raison de leur état de santé. Les entrevues ont été plutôt enregistrées, puis transcrites par une secrétaire archiviste. La participante hospitalisée a été interviewée environ deux mois suite à son hospitalisation, alors que la participante suivie au Centre de jour le fut à la toute fin de sa thérapie qui a duré six semaines, question de s'assurer d'une certaine stabilité de leur état, de même que d'une certaine introspection en regard de leur expérience de maladie et de convalescence.

Terminons cette section en disant que pour Daunais (1994), un entretien est souvent non directif de par sa structure et de par les attitudes de compréhension, d'empathie, de facilitation et d'ouverture à chaque sujet, qu'adopte le chercheur. L'entretien est semi-dirigé en ce sens qu'un schéma d'entretien permet de centrer les propos de la personne sur certains thèmes, tout en favorisant l'émergence de dimensions nouvelles non pressenties par le chercheur au départ. Pour sa part, Savoie-Zajc (1997) parle d'une certaine négociation qui s'établit entre les deux personnes; une tente de révéler sa pensée, l'autre veut mieux la comprendre.

Formulaire de données sociodémographiques et médicales

Ce formulaire a eu pour but d'obtenir un profil des sujets de l'étude, en l'occurrence des femmes adultes présentant un trouble dépressif. Il a été développé par la chercheuse et porte sur des données personnelles comme l'âge, le niveau de formation et l'occupation actuelle, de même que sur des informations médicales et la situation de santé, telles la prise de médication, les autres traitements en cours, le nombre et la durée des hospitalisations. Ces données ont servi à décrire l'échantillon, ainsi qu'à examiner des liens possibles entre celles-ci et les variables à l'étude, soit les besoins d'apprentissage et la qualité de vie. Ce questionnaire est présenté à l'appendice I.

Caractéristiques du milieu et formation de l'échantillon

Milieu

Pour la présente étude, un échantillon non probabiliste de convenance (échantillon accidentel) de trente femmes présentant un trouble dépressif, a été constitué. Quinze sujets ont été recrutés durant leur hospitalisation dans un des trois hôpitaux de la Régie régionale de la santé 4 (RRS4) au Nord-Ouest du Nouveau-Brunswick, soit l'Hôpital Régional d'Edmundston (HRE), car ce dernier est le seul hôpital parmi les trois à posséder une unité psychiatrique. Les quinze autres sujets ont été recrutés au Centre de Jour, qui est un centre externe de consultation et de thérapie géré par les Services de santé mentale communautaires (SSMC) d'Edmundston au N.-B.

Critères d'admissibilité à l'échantillon (femmes présentant un trouble dépressif)

Les femmes répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants:

Critères d'inclusion:

- être âgée entre 25 ans et 60 ans;
- être diagnostiquée d'un trouble dépressif;
- être en état stable ou en période de récupération (convalescence);
- être une cliente dont le médecin traitant accepte qu'elle fasse partie de l'étude;
- comprendre, parler, lire et écrire le français.

Critères d'exclusion:

- être en période aiguë, où le sommeil et le repos sont prioritaires et la capacité de concentration moindre;
- être en dépression post-partum;
- être diagnostiquée d'épuisement professionnel (*burnout*);
- être diagnostiquée d'un trouble bipolaire (antérieurement appelé maniaco-dépression);
- présenter un déficit cognitif important (v.g. confusion ou déficience mentale);
- être en phase terminale d'une pathologie physique chronique débilante.

Déroulement de l'étude

Après avoir obtenu les permissions nécessaires pour avoir accès aux femmes présentant un trouble dépressif (consulter la section suivante sur les considérations éthiques pour plus de détails) et suite à l'organisation des rencontres avec ces dernières, la collecte des données a eu lieu. La décision d'inclure à la fois des femmes hospitalisées et non hospitalisées (mais suivies au Centre de jour psychiatrique) a voulu refléter les nouvelles tendances en matière de soins de santé. De fait, il faut bien avouer qu'étant donné les nouvelles orientations du système de santé et l'arrivée en trombe du virage ambulatoire, le séjour à l'hôpital se fait de plus en plus court ou est même contourné, dans la mesure du possible (Townsend, 2004). De plus, cette procédure a permis de vérifier le phénomène des "*shifting needs*", c'est-à-dire de voir si les besoins d'apprentissage changent et diffèrent chez les femmes dépressives, dépendant du moment de la convalescence ou du fait qu'elles sont hospitalisées ou non.

Toutes les rencontres avec les sujets ont été effectuées sur une base individuelle. La chercheuse s'est assurée que toutes les participantes reçoivent les mêmes instructions par rapport aux quatre instruments de mesure. Tout en prenant bien garde de ne pas les influencer, la chercheuse posait les questions et notait les réponses des sujets, car cette façon de faire était beaucoup moins fatigante pour la clientèle. Le temps requis pour répondre aux questionnaires fut en moyenne d'une heure et demie. Pour la partie qualitative, les deux études de cas furent d'une durée d'une heure et quart chacune environ. Le processus de collecte des données s'est échelonné sur une période de près de huit mois, soit de la fin octobre 2002 à la mi-mai 2003, car le recrutement des participantes s'est avéré assez long.

Considérations éthiques

Une permission pour effectuer l'étude a été demandée au directeur général de la Régie régionale de la santé 4 au Nouveau-Brunswick (appendice K). Le protocole de recherche a également été soumis au comité d'éthique, composé de quatorze membres, de cette même régie (appendice K également), dans le but de faire approuver l'étude et d'obtenir la

permission de rencontrer les femmes hospitalisées pour un trouble dépressif afin de les recruter pour former l'échantillon. Pour préserver l'anonymat des femmes qui ne manifestaient pas le désir de rencontrer la chercheuse, le premier contact auprès de la population-cible a été effectué par l'infirmière-chef de la psychiatrie, après qu'elle eut demandé l'avis et la permission du médecin traitant, et ce, pour chacune des femmes. Elle a expliqué brièvement à chaque femme les modalités de l'étude tout en lui disant qu'elle était libre de décider ou non de prendre part à celle-ci. L'infirmière-chef contactait ensuite la chercheuse pour lui donner les coordonnées des participantes au fur et à mesure. Un rendez-vous était dès lors fixé par la chercheuse qui est très familière avec les unités de psychiatrie des hôpitaux, étant donné qu'il s'agit de son principal domaine d'expertise clinique. Lors des rencontres, la chercheuse a utilisé une petite salle tranquille, confortable et bien éclairée, propice aux échanges, située sur l'unité de psychiatrie.

Une demande a dû également être soumise à la directrice des Services de santé mentale communautaires (appendice L) afin que l'infirmière-ressource responsable du Centre de jour psychiatrique serve de premier contact auprès des femmes dépressives qui suivent un traitement externe au Centre de jour, suite à un congé précoce de l'hôpital ou d'une non hospitalisation. Dans un souci de confidentialité, ce procédé, similaire à celui utilisé pour recruter les sujets en milieu hospitalier, a préservé l'anonymat des femmes ne désirant pas participer à l'étude, en ce sens que la chercheuse n'a eu accès qu'à la liste des femmes qui se sont portées volontaires et non à toutes les femmes qui étaient suivies pour leur état dépressif au Centre de jour. Les noms des femmes, ainsi que leurs coordonnées pour les rejoindre, ont ensuite été acheminés à la chercheuse qui a fixé elle-même les rendez-vous. Les rencontres ont eu lieu dans un petit bureau privé situé au sous-sol du Centre de jour.

Avant de remplir les questionnaires, toutes les femmes ont à nouveau été informées qu'elles pouvaient se désister à tout moment, et ce, sans qu'aucun préjudice ne leur soit porté. La chercheuse a insisté sur la confidentialité des données recueillies et sur le fait que l'analyse de l'information allait porter sur l'ensemble des données plutôt que sur des aspects

individuels, sauf, bien entendu, pour les deux études de cas. L'identité des participantes n'apparaît pas sur les questionnaires car un code numérique a été utilisé.

Un formulaire de consentement (appendice J) indiquant le but général et les modalités de l'étude a été signé par chaque participante avant de répondre aux questionnaires et pour deux d'entre elles, avant d'être enregistrées sur bande audio lors de l'entretien pour les études de cas.

Lors de la collecte des données, la chercheuse n'a fait que préciser le sens des questions lorsque nécessaire, se gardant bien d'influencer les réponses des sujets, autant dans la partie quantitative que qualitative. Suite aux questionnaires, les participantes ont continué à verbaliser avec l'investigatrice dans un échange informel qui a duré environ une heure dans la majorité des cas. Les données de ces échanges n'ont cependant pas alimenté la réflexion. Cette obligation morale avait pour plutôt but de faire en sorte que les femmes faisant partie de l'étude soient vraiment satisfaites de leur rencontre avec la chercheuse qui a voulu, en plus de recueillir ses données, être le plus aidante et empathique possible.

Notons qu'étant donné que l'expérimentation s'est déroulée dans des établissements du réseau de la santé, les certificats d'éthique ont été émis par ces organismes et non par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des sciences de l'éducation et autres Facultés de l'Université de Montréal.

Plan de l'analyse des données et plan cartésien

Un expert en analyse statistique de l'Université de Moncton, Campus d'Edmundston a été consulté avant l'administration des questionnaires de nature quantitative, afin de déterminer avec précision les analyses statistiques à effectuer et d'éviter les coquilles susceptibles de se glisser à ce niveau dans le protocole de recherche. Au préalable, le statisticien a pris largement connaissance de la problématique de recherche énoncée, des questions de recherche et de l'approche méthodologique proposée, puis il a vérifié si l'état des instruments de mesure permettait de répondre aux questions de recherche et, surtout de

s'assurer qu'ils se prêtaient vraiment à des analyses statistiques. Suite à la collecte des données, il a effectué les tests statistiques appropriés.

L'homogénéité des items de l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF - TD) (Charron, 2002; version française modifiée de l'instrument *Educational Needs Questionnaire* de Mueser et al., 1992), du questionnaire Index de Qualité de Vie (Gagnon et Vachon, 1993, version française du *Quality of Life Index* de Ferrans & Powers, 1984) et de l'Inventaire de la dépression de Beck (version traduite du *Beck Depression Inventory* de Beck et al., 1961) a été vérifiée en mesurant la consistance interne à l'aide du coefficient alpha de Cronbach.

Les données recueillies par le truchement des questionnaires de nature quantitative ont été utilisées pour répondre aux cinq premières questions de recherche de cette étude, suite à leur codage dans le logiciel Excel par un technicien, puis leur transposition dans le logiciel Statistica (StatSoft) par le statisticien. Étant donné le nombre restreint de sujets dans l'échantillon, des tests statistiques non paramétriques ont été effectués. L'analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques et médicales a été effectuée au moyen de mesures de tendance centrale (moyenne, médiane) et de dispersion (écart-type). Des distributions de fréquence et des tableaux de contingence présentent ces résultats. Afin de déceler des différences significatives ou non entre les moyennes chez les deux groupes de sujets ou en fonction de certaines données sociodémographiques et médicales, le test de Mann Withney a été effectué. D'autres analyses complémentaires, tels des tests de coefficients de corrélation de Pearson et de régression linéaire simple, ont été utilisées pour examiner, entre autres, les liens entre la sévérité de la dépression, les besoins d'apprentissage et la qualité de vie. Le seuil de signification a été fixé à 0.05, ce qui est adéquat en recherche dans des disciplines comme l'éducation, les sciences infirmières et les sciences humaines (Bertrand et Valiquette, 1986; Fortin, 1996; Gilbert & Savard, 1992; Howell, 1998; Loiselle & Profetto-McGrath, 2004).

Par ailleurs, un plan cartésien a été développé pour identifier les besoins d'apprentissage les plus importants et les moins satisfaits et la même procédure a été exécutée pour les dimensions de la qualité de vie. Les priorités ont donc pu facilement être mises en relief. Ce plan cartésien s'est élaboré de la façon suivante: pour chacun des 45 besoins d'apprentissage (et des nouveaux besoins identifiés), les moyennes des scores de l'ensemble des sujets, puis des deux groupes de sujets reliées à l'importance de chaque besoin (entre 1 et 6) et à la satisfaction de ceux-ci (aussi entre 1 et 6) ont été calculées. Dans le but d'établir des catégories pour les moyennes des scores, l'échelle de 1 à 6 a été divisée en trois parties (voir le tableau II). Une moyenne entre 1 et moins de 3 indique que le besoin identifié est soit de faible importance et/ou n'est pas comblé ou l'est légèrement. Une moyenne des scores entre 3 et moins de 4,5 signifie que le besoin est d'une importance modérée et/ou est modérément comblé. En dernier lieu, une moyenne de 4,5 à 6 signifie que le besoin est d'une importance élevée et/ou qu'il est presque complètement comblé ou entièrement comblé.

Le tableau II présente les catégories de l'échelle d'importance d'un besoin et de l'échelle de satisfaction d'un besoin selon les moyennes des scores obtenus de l'échelle de type Likert.

Échelle d'importance d'un besoin:	Faible importance	Importance modérée	Importance élevée
Échelle de satisfaction d'un besoin:	Non comblé ou légèrement comblé	Modérément comblé	Presque comblé ou comblé
Moyenne des scores	$1 \leq \bar{x} < 3$	$3 \leq \bar{x} < 4,5$	$4,5 \leq \bar{x} < 6$

Tableau II. Catégories de l'échelle d'importance d'un besoin et de l'échelle de satisfaction d'un besoin selon les moyennes des scores obtenus de l'échelle de type Likert

Le plan cartésien a été créé pour identifier les priorités d'actions infirmières au niveau de l'enseignement en évaluant l'interaction entre l'importance d'un besoin et si celui-ci a été comblé (tableau III). À partir des deux axes de ce tableau, l'ordonnée (ordonnée verticale)

représente l'importance du besoin (faible importance ($1 \leq \bar{x} < 3$), importance modérée ($3 \leq \bar{x} < 4,5$) et importance élevée ($4,5 \leq \bar{x} < 6$), tandis que l'abscisse (ordonnée horizontale) représente le degré de satisfaction du besoin (légèrement comblé et/ou non comblé ($1 \leq \bar{x} < 3$), modérément comblé ($3 \leq \bar{x} < 4,5$), comblé ou presque entièrement comblé ($4,5 \leq \bar{x} < 6$)). Par conséquent, les besoins identifiés se répartissent dans neuf secteurs délimités par les deux axes. La numérotation indique leur ordre d'importance.

Importance élevée $4,5 \leq \bar{x} < 6$	I ^a	II ^a	V
Importance modérée $3 \leq \bar{x} < 4,5$	III ^a	IV ^a	VI
Faible importance $1 \leq \bar{x} < 3$	VII	VIII	IX
	Non comblé ou légèrement comblé $1 \leq \bar{x} < 3$	Modérément comblé $3 \leq \bar{x} < 4,5$	Presque entièrement comblé ou comblé $4,5 \leq \bar{x} < 6$

Tableau III. Plan cartésien utilisé pour l'identification des priorités d'enseignement.

Note. ^a Les priorités d'enseignement se retrouvent dans les secteurs I à IV. Le secteur I est celui des priorités démontrant le plus grand écart, tandis que le secteur IV est celui avec le plus petit écart.

Quant à la partie qualitative, effectuée à titre de complément pour mettre en lumière et circonscrire davantage le vécu de femmes présentant un trouble dépressif quant aux trois unités d'analyse identifiés dans la dernière question de recherche, le verbatim de chaque sujet a été enregistré, puis transcrit et analysé pour en ressortir certaines séquences. La chercheuse s'est dûment imprégnée des récits, a réfléchi longuement à chaque séquence exprimée par les

deux participantes et a procédé à une certaine codification afin de découvrir les thèmes sous-jacents (catégorisation), dégager les convergences et les divergences (mise en relation) tout en cernant l'essentiel des propos, pour ensuite exprimer le tout dans un langage scientifique en tentant de reproduire la dynamique du phénomène analysé (intégration).

Limites de l'étude

Une première limite concerne la méthode d'échantillonnage. Le nombre de sujets qui ont participé à l'étude est restreint ($n = 30$ ♀) et le choix s'est fait de façon non aléatoire. En conséquence, ceci pose une limite à la généralisation des résultats de l'étude, bien que la richesse des informations obtenues ne soit pas contestée.

Une autre limite est liée aux instruments de mesure utilisés. Tout d'abord, l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF - TD) (Charron, 2002) est une version française qui a été utilisée pour la première fois. La chercheuse et un expert en traduction dans le domaine de la santé ont rédigé et comparé les énoncés, ce qui a minimisé les biais associés à la traduction. Cependant, de façon inéluctable, certaines nuances ont pu se perdre dans le passage d'une langue à l'autre, ce qui peut affecter la validité et la fiabilité de l'instrument (Polit & Hungler, 1999; Fortin, 1996). Mise à part cette traduction, cet instrument a subi quelques modifications au niveau des énoncés, en plus de l'ajout des deux échelles de mesure, soit celle de l'importance et celle de la satisfaction en regard des besoins d'apprentissage, au lieu d'une échelle sur l'intérêt à apprendre. De plus, étant donné que les chercheurs ayant élaboré la version anglaise de cet instrument ne l'ont pas conçu dans le cadre d'une recherche méthodologique, l'investigation des propriétés psychométriques a été peu poussée, ce qui est chose commune dans le domaine de la recherche. Quant au questionnaire Index de la Qualité de Vie (Vachon et Gagnon, 1993), il s'agit également d'une traduction, mais il a déjà été utilisé en français et de nombreux tests psychométriques ont été réalisés lors d'études antérieures.

L'homogénéité (consistance interne) de ces deux instruments a été mesurée dans le cadre de la présente étude, de même qu'une validité de contenu, mais sans toutefois aller en détail dans d'autres types de validité plus poussés ou la mesure de la stabilité test-retest, par exemple, car il ne s'agit pas d'une recherche en mesure et évaluation. Quant au canevas d'entrevue pour les études de cas, l'élément de subjectivité a été sans aucun doute de la partie. Également, rappelons qu'aucun instrument ne peut cerner entièrement un concept à mesurer. À vrai dire, les concepts à l'étude ont été captés sous un certain angle qui a constitué en quelque sorte notre "paire de lunettes".

Finalement, l'information qui a été recueillie est basée sur des attitudes, des perceptions et des opinions, d'où la possibilité qu'elle puisse être limitée par la capacité d'introspection des participantes et par leur désir d'exprimer vraiment ce qu'elles pensent, savent et vivent par rapport à leurs besoins d'apprentissage et à leur qualité de vie. La majorité des données ont été recueillies via une seule rencontre d'une durée moyenne d'une heure et demie et les résultats obtenus ont ainsi permis une évaluation ponctuelle des variables à l'étude, sauf pour les deux études de cas. Quant à ces dernières, étant donné que chaque femme avait sa trajectoire unique, il n'est pas possible d'en tirer des généralisations. Néanmoins, leur vécu par rapport à leur expérience de maladie a certainement enrichi la compréhension de leur rapport au réel et permet de mieux saisir la portée de cet événement de maladie dans leur vie actuelle et future.

Chapitre IV

Présentation des résultats

Ce chapitre porte sur la présentation des résultats de l'étude. En premier lieu, l'échantillon est décrit et mis en relief. Dans un second temps, les propriétés psychométriques des instruments de mesure sont examinées. Troisièmement, les résultats quantitatifs relatifs aux questions de recherche et aux hypothèses, sont exposés. Étant donné le nombre restreint de sujets dans l'échantillon total ($N = 30$), des statistiques non paramétriques ont été utilisées. Finalement, la présentation de deux études de cas et leur analyse interprétative, vient clore ce chapitre. Soulignons que le comité d'approbation du protocole de recherche s'est arrêté à deux quant au nombre d'études de cas, car la présente recherche est d'abord quantitative avec un appoint qualitatif et il n'était pas possible d'élaborer exhaustivement sur chaque participante. Rappelons que la période de collecte des données s'est échelonnée de la fin octobre 2002 à la mi-mai 2003, car chaque sujet a été rencontré en face à face et sur une base individuelle.

Description de l'échantillon

Le formulaire de données sociodémographiques et médicales a permis de décrire les deux groupes de sujets, soit les 15 femmes hospitalisées pour un trouble dépressif à l'unité de psychiatrie (n_1), puis les 15 femmes atteintes du même trouble mais suivies au Centre de Jour (n_2). Les caractéristiques personnelles révèlent que dans l'échantillon total ($N = 30$), 60 % des sujets sont âgés de 45 ans et plus. L'âge moyen des femmes hospitalisées est de 43,5 ans ($s = 9,57$) et varie entre 27 et 59 ans, alors que l'âge moyen des femmes au Centre de Jour est de 43,7 ans ($s = 8,99$) dont l'étendue varie entre 25 et 55 ans. Notons que l'âge des deux groupes de sujets suit une courbe de distribution normale. Plus de la moitié des femmes (63,3 %), qu'elles soient hospitalisées ou suivies en externe, vivent avec un partenaire dans les liens du mariage ou en union libre. Cinq femmes hospitalisées (33,3 %) sur 15 vivent seules, en raison d'un célibat, d'un veuvage, d'un divorce ou d'une séparation, alors que c'est le cas pour six femmes (40 %) au Centre de Jour. Trois répondantes hospitalisées (20 %) n'ont pas d'enfants, alors que celles au Centre de Jour sont toutes mères, sans exception.

Avant de poursuivre, l'endroit apparaît approprié ici pour indiquer que le test de Fisher, étant donné sa grande "robustesse" pour l'analyse de variables discrètes (autant nominales qu'ordinales) lorsque deux groupes indépendants de sujets (v.g. n_1 et n_2) sont \leq à 20 (Siegel

& Castellan, 1988), a été utilisé lorsqu'il fut possible de réduire les fréquences dans un tableau de contingence 2×2 . Nonobstant, nos deux sous-échantillons de 15 sujets posent parfois une difficulté particulière pour les variables discrètes lorsqu'elles ont plus de deux catégories ou rangs. Quoique le khi-carré (χ^2) ait été utilisé pour tenir compte de plus de deux catégories ($2 \times k$), il n'en demeure pas moins que les conditions d'interprétation devaient être respectées par rapport aux fréquences théoriques, soit un degré de liberté (dl) de 2 ou plus, avec 20 % des cellules dont les fréquences sont de cinq ou plus. Ces conditions ont été rarement atteintes avec nos deux groupes de 15 sujets, empêchant alors l'interprétation du khi-carré. Néanmoins, en ce qui a trait au niveau de scolarité, le khi-carré (dl = 2, N = 30) de 7,63, $p = 0,05$ permet de dire que les femmes suivies au Centre de Jour sont plus scolarisées que celles qui sont hospitalisées. Statistiquement, il y a donc une différence significative entre les deux groupes. Notamment, l'éducation de neuf femmes hospitalisées (60 %) sur 15 se limite à un niveau primaire ou à un secondaire de mise à niveau (*upgrading*), alors que c'est le cas pour deux femmes seulement au Centre de Jour. Quant à des études plus avancées, seules deux femmes hospitalisées (13,3 %) détiennent un diplôme postsecondaire, alors que sept femmes au Centre de Jour (46,7 %) ont une formation collégiale, universitaire ou un autre diplôme (v.g. cours de coiffeuse ou d'aide-enseignante).

En ce qui concerne l'occupation des répondantes, signalons que près du trois-quarts des femmes (73,3 %) de l'échantillon total (N = 30) travaillaient, soit à temps plein (46,7 %) ou à temps partiel (26,6 %), avant de tomber malades. Par ailleurs, deux femmes hospitalisées sont à la recherche d'un emploi, tandis que deux répondantes du Centre de Jour n'exercent pas d'emploi à l'extérieur du domicile, et ce, par choix. Quatre femmes (13,3 %) sur 30, dont trois hospitalisées et une suivie au Centre de Jour, sont en congé rémunéré d'invalidité à long terme. Aucune femme ne poursuit des études au moment de l'apparition de son trouble dépressif. Mentionnons également que huit répondantes hospitalisées (53,3 %) et dix au Centre de Jour (66,7 %) reçoivent des prestations d'assurance-chômage et sont censées reprendre leur emploi lorsque leur congé de maladie prendra fin.

Le tableau IV ci-bas illustre les données sociodémographiques plus détaillées des deux groupes de sujets de l'étude, alors que le tableau V (p.108) reflète leurs données médicales.

Tableau IV
Caractéristiques sociodémographiques de femmes présentant un trouble dépressif

Variables	Groupe			
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)		Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)	
	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
<u>Âge</u>				
25 à 30 ans	2	13,3	1	6,7
31 à 40 ans	3	20,0	6	40,0
41 à 50 ans	6	40,0	3	20,0
51 à 60 ans	4	26,7	5	33,3
<u>État matrimonial</u>				
Célibataire	1	6,7	0	0,0
Mariée/Union libre	10	66,7	9	60,0
Séparée/Divorcée	2	13,3	4	26,7
Veuve	2	13,3	2	13,3
<u>Nombre d'enfants</u>				
Aucun	3	20,0	0	0,0
1	3	20,0	2	13,3
2	6	40,0	10	66,7
3	2	13,3	0	0,0
4 et plus	1	6,7	3	20,0
<u>Scolarité *</u>				
Primaire	6	40,0	2	13,3
Secondaire régulier	4	26,7	6	40,0
Second. mise à niveau	3	20,0	0	0,0
Collégial	0	0,0	3	20,0
Universitaire	1	6,7	0	0,0
Autre formation	1	6,7	4	26,7
<u>Occupation</u>				
Travail - temps plein	6	40,0	8	53,3
Travail - temps partiel	4	26,7	4	26,7
Recherche un emploi	2	13,3	0	0,0
Domicile	0	0,0	2	13,3
Invalidité	3	20,0	1	6,7

* différence statistique significative entre n₁ et n₂, p = 0,05.

Au niveau des données reliées à la santé, il existe une différence significative entre la durée du trouble dépressif chez nos deux groupes de 15 sujets, selon un test de Fisher (dl = 1, N = 30) de 13,89, $p = 0,0002$. De fait, les femmes hospitalisées vivent l'expérience de la maladie depuis un laps de temps plus court, soit un temps moyen de six mois ($s = \pm 2$ mois), alors que la moyenne pour les femmes au Centre de Jour est de 23 mois ($s = \pm 5\frac{1}{2}$ mois). Dans le même ordre d'idées, un intervalle de temps moyen de 8,2 semaines ($s = 7, 27$) s'est écoulé avant que les répondantes hospitalisées consultent le médecin, alors que les répondantes du Centre de Jour ont mis en moyenne 25,2 semaines ($s = 30,29$) avant de consulter. Ce résultat est particulier et significatif à un seuil de 0,06 (mais non 0,05), selon un test de Fisher (dl = 1, N = 30) de 3,39.

Il est pertinent de noter que sur l'échantillon total (N = 30), 27 sujets (90 %) ont au moins un membre de leur famille qui souffre ou a déjà souffert d'un trouble dépressif. La mère est la plus fréquemment citée (43,3 %), de même que la fratrie (un ou des frères - 36,6 % et une ou des soeurs - 33,3%) et parfois une ou des filles (30,0 %) et une ou des tantes (23,3 %). Le père, ainsi qu'un ou des fils sont plus rarement mentionnés, soit respectivement 13,3% et 16,6 %.

Par rapport à la thérapie médicamenteuse, une seule femme (3,3 %) sur 30 ne prend aucun médicament spécifique pour le traitement de son trouble dépressif. Cette dernière fait partie du groupe au Centre de Jour. Concernant le type de médication, soulignons que les 15 femmes hospitalisées (100 %) prennent toutes des antidépresseurs, alors que c'est le cas pour dix femmes (66,7 %) au Centre de Jour. Vingt-trois sujets en tout (76,7 %), soit 12 femmes hospitalisées et 11 suivies au Centre de Jour, font usage d'anxiolytiques (tranquillisants). En ce qui a trait à la prise de somnifères, quatorze femmes hospitalisées (93,3 %) prennent régulièrement un médicament pour dormir, comparativement à cinq femmes (33,3 %) au Centre de Jour. Rapportons que les tableaux des fréquences théoriques contiennent deux cellules avec des fréquences inférieures à cinq, et ce, autant avec les antidépresseurs que les somnifères. Par conséquent, même si cela semble apparent, on ne peut considérer que la

différence est significative au niveau statistique entre n_1 et n_2 . L'ajout de quelques cas dans chaque groupe aurait peut-être fait une différence ici.

Tableau V
Caractéristiques médicales de femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Variables	Groupe			
	Femmes hospitalisées ($n_1 = 15$)		Femmes au Centre de Jour ($n_2 = 15$)	
	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
<u>Durée de la maladie *</u>				
0 à 6 mois	11	73,3	1	6,7
6 mois à un an	2	13,3	5	33,3
1 an et plus	2	13,3	9	60,0
<u>Durée de temps avant de consulter **</u>				
4 semaines et moins	7	46,7	4	26,7
4 sem. à 24 semaines	8	53,3	5	33,3
Plus de 24 semaines	0	0,0	6	40,0
<u>Nombre d'épisodes dépressifs antérieurs</u>				
Aucun	3	20,0	3	20,0
1	6	40,0	7	46,7
2	1	6,7	3	20,0
3 et plus	5	33,3	2	13,3
<u>Autres cas de dépression dans la famille</u>				
Oui	13	86,7	14	93,3
Non	2	13,3	1	6,67
<u>Thérapie médicamenteuse</u>				
Oui	15	100,0	14	93,3
Non	0	0,0	1	6,7
<u>Intensité du trouble dépressif</u>				
Légère à modérée	5	33,3	5	33,3
Modérée à sévère	8	53,3	7	46,7
Sévère à très sévère	2	13,3	3	20,0

*, ** : différences statistiques significatives entre n_1 et n_2

Outre la médication, les sujets rapportent d'autres traitements reçus afin de les aider à composer avec leur trouble dépressif. Sur 30 répondantes, seules quatre femmes (13,3 %), et ce, au Centre de Jour, disent ne recevoir aucune psychothérapie individuelle. À l'égard des activités thérapeutiques de groupe, les femmes hospitalisées sont un peu moins privilégiées. Toutefois, d'après le test de Fisher, on ne peut dire qu'il existe une différence significative entre les deux sous-échantillons, même si seulement cinq femmes à l'hôpital (33,3 %) ont pu participer à des rencontres de groupe, tandis que 14 femmes au Centre de Jour (93,3 %) assistent à ce type de sessions. Quant à l'enseignement sur la dépression prodigué par un professionnel de la santé, 25 femmes au total (83,3 %) évoquent en avoir reçu, dans une proportion de 12 femmes hospitalisées versus 13 femmes au Centre de Jour.

Il apparaît pertinent de discuter ici de l'intensité (sévérité) du trouble dépressif des sujets de la présente étude, même si cette intensité a été mesurée à l'aide d'un score obtenu grâce à l'Inventaire de la dépression de Beck et non avec le formulaire de données sociodémographiques et médicales. À des fins pratiques, ces résultats sont transcrits à la fin du tableau contenant les données médicales à la page précédente. Cela dit, 15 femmes (50,0 %) sur 30, dont huit sont à l'hôpital et sept au Centre de Jour, ont un trouble dépressif classifié de modéré à sévère. Pour leur part, cinq femmes (33,3 %) de chaque groupe sont atteintes de dépression légère à modérée, alors que deux répondantes hospitalisées et trois suivies au Centre de Jour souffrent d'un trouble dépressif catégorisé de sévère à très sévère. Tout compte fait, les deux groupes sont très homogènes sur ce point, ce qui est un aspect plutôt positif pour cette recherche, car un biais possible a ainsi été contourné.

Finalement, toutes les répondantes hospitalisées, sauf une, mentionnent souffrir, en plus de leur trouble dépressif, d'un ou de plusieurs autres problèmes de santé concomitants, alors que c'est le cas pour le trois-quarts des femmes suivies au Centre de Jour. Le tableau VI propose une vue d'ensemble de ces pathologies qui sont pour le moins diversifiées. Soulignons que les migraines arrivent au premier rang, et ce, pour les deux groupes de sujets. Les douleurs au dos, l'arthrose et la tension musculaire suivent de près, mais non dans le même ordre.

Tableau VI
Autres problèmes de santé des sujets (N = 30)

Femmes hospitalisées (n₁ = 15) Problème de santé	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Migraine	4	26,6
Douleur au dos	3	20,0
Arthrose / Arthrite	2	13,3
Tension musculaire	2	13,3
Fibromyalgie	1	6,6
Ostéoporose	1	6,6
Sinusite chronique	1	6,6
Asthme	1	6,6
Diabète adulte	1	6,6
Psoriasis	1	6,6
Fibrome utérin	1	6,6
Cancer du rein (en rémission)	1	6,6
Abus d'alcool	1	6,6
Hypotension	1	6,6
Hypothyroïdie	1	6,6
Hypercholestérolémie	1	6,6

Femmes au Centre de Jour (n₂ = 5) Problème de santé	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Migraine	4	26,6
Arthrose / Arthrite	3	20,0
Douleur au dos	2	13,3
Tension musculaire	2	13,3
Anxiété	2	13,3
Hypertension	2	13,3
Gastrite / Reflux oesophagien	2	13,3
Asthme	2	13,3
Syndrome du côlon irritable	1	6,6
Allergies	1	6,6
Constipation sévère	1	6,6
Abus d'alcool	1	6,6
Hypotension	1	6,6
Hypothyroïdie	1	6,6

Regardons maintenant la fidélité et la validité des instruments de mesure de la présente étude.

Propriétés psychométriques des instruments de mesure

Consistance interne

Afin de déterminer leur fidélité, des analyses de consistance interne (homogénéité des items) des trois instruments de mesure (i.e. ① Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif, ② Index sur la qualité de vie et ③ Inventaire de la dépression de Beck) furent effectuées avec les données de la présente étude. Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé. Néanmoins, notons la nécessité de prendre en considération le nombre restreint de sujets de cette étude. Par conséquent, il est préférable d'interpréter les résultats avec prudence. De plus, le nombre de sujets avec lequel les coefficients de Cronbach ont été calculés varie, car il faut tenir compte des données manquantes à chaque fois.

Dans la littérature, le constat d'une certaine fluctuation de la consistance interne des échelles de mesure, dépendant des études, est un tant soit peu évident. Fortin (1996) allègue l'existence d'un degré de variation parmi les mesures de fidélité d'un même instrument utilisé auprès de différents échantillons de sujets. Dans notre recherche, une partie de cette variation pourrait être attribuable au groupe de sujets qui est sensiblement homogène d'une part, puis limité quant au nombre d'autre part, à la traduction des instruments, sans compter la culture acadienne du Nouveau-Brunswick et son dialecte "franglais" qui imprègne les femmes de notre échantillon. De toute façon, ce qui importe, c'est que la fiabilité des instruments soit satisfaisante dans la présente recherche et c'est le cas. Penchons-nous sur ces résultats de fidélité pour les trois questionnaires.

En ce qui a trait à l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF-TD), le coefficient alpha de Cronbach est de 0,70 pour l'ensemble du questionnaire (i.e. 90 énoncés en tout), calculé avec un total de vingt-sept (27) sujets qui n'ont aucune donnée manquante (*missing data*). Même si cette fidélité d'homogénéité est moindre que celle obtenue pour la version originale anglaise (0,86) et la version en chinois (0,88), elle est quand même adéquate. De l'avis de Polit et Hungler (1999), il n'existe pas vraiment de norme fixe établie quant au degré de fiabilité que doit posséder un instrument de

mesure et un alpha de Cronbach de 0,70 et même de 0,60 est acceptable, selon le type d'étude, sans toutefois discriminer aussi finement au niveau du construit des items. D'ailleurs, il faut rappeler que l'instrument IBAF-TD a été quelque peu modifié pour la présente étude et fut utilisé pour la première fois en français. Le tableau VII décortique davantage en fournissant les coefficients de fidélité des parties I et II de l'IBAF-TD pour la présente étude.

Tableau VII

Coefficients de fidélité pour la partie I (importance des besoins d'apprentissage) et la partie II (satisfaction des besoins d'apprentissage) de l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF-TD)

Partie (échelle) de l'IBAF-TD	Nombre de sujets avec lequel l'alpha de Cronbach a été calculé	alpha de Cronbach
I - Importance des besoins d'apprentissage (45 énoncés)	28	0,74
II - Satisfaction des besoins d'apprentissage (45 énoncés)	27	0,60

Le tableau ci-dessus porte à notre attention que l'échelle de l'importance est supérieure de 0,14 à l'échelle de la satisfaction. Nonobstant, même après réflexion, il est difficile pour l'investigatrice de spéculer sur les raisons de cet écart, car les items sont pratiquement similaires dans ces deux échelles, sauf en ce qui concerne, bien entendu, la formulation du début des énoncés. Par exemple, les items: "Quelle importance accordez-vous au besoin d'apprendre sur les symptômes de la dépression"? et "Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur les symptômes de la dépression"? semblent posséder, à prime abord, un fondement intrinsèque analogue. La longueur du questionnaire est un élément plausible qui pourrait peut-être, à la limite, expliquer la disproportion. Soulignons que la consistance interne n'a pas été établie séparément pour l'échelle de l'importance et celle de la satisfaction dans l'étude américaine et l'étude chinoise recensées, d'où l'impossibilité d'une comparaison des résultats.

Quant à l'Index sur la qualité de vie (IQV) de Gagnon et Vachon (1993), version française du *Quality of Life Index (QLI)* de Ferrans et Power (1984), le coefficient alpha de Cronbach est de 0,94 pour l'ensemble du questionnaire (i.e. 72 énoncés en tout), calculé avec un total de vingt-cinq (25) sujets qui n'ont aucune donnée manquante dans notre étude. Ce coefficient élevé démontre que, pour l'ensemble de cet instrument de mesure, les items (et leur formulation) sont consistants et présentent une homogénéité extrêmement adéquate.

Il apparaît également pertinent de rapporter les coefficients de fidélité des parties I et II de l'instrument IQV, de même que ceux pour les quatre dimensions de ce questionnaire. Le tableau VIII divulgue que l'échelle de satisfaction est supérieure de 0,11 à celle de l'échelle de l'importance.

Tableau VIII

Coefficients de fidélité pour la partie I (satisfaction de la qualité de vie) et la partie II (importance de la qualité de vie) de l'Index sur la qualité de vie

Partie de l'Index sur la qualité de vie	Nombre de sujets avec lequel l'alpha de Cronbach a été calculé	alpha de Cronbach
I - Satisfaction des dimensions de la Q de V (36 énoncés)	28	0,86
II - Importance des dimensions de la Q de V (36 énoncés)	25	0,75

Quant aux coefficients alpha de Cronbach proposés au tableau XIX à la page suivante pour les quatre dimensions de la qualité de vie, ils s'échelonnent de 0,36 à 0,84. (N.B. Veuillez noter que le chiffre inscrit entre parenthèses dans la première colonne indique le nombre d'énoncés dans chaque dimension).

On remarque d'emblée que la dernière catégorie de l'Index sur la qualité de vie, soit la dimension familiale, est celle ayant la consistance interne la moins élevée. À ce propos, notons que cette dimension est celle qui contient le moins d'énoncés (en réalité seulement quatre items qui se répètent dans deux échelles), ce qui peut avoir exercé une influence sur la consistance interne.

Tableau XIX

Coefficients de fidélité pour les quatre dimensions de l'Index sur la Qualité de Vie

Dimension de l'IQV	Nombre de sujets	alpha de Cronbach
① santé et fonctionnement global (28)	28	0,73
② dimension sociale et économique (22)	25	0,84
③ dimension psychologique et spirituelle (14)	29	0,80
④ dimension familiale (8)	26	0,36

On peut se permettre d'extrapoler que les énoncés de la dimension quatre mesurent moins adéquatement, à ce qui était prévu, le construit de la famille, en étant un peu disparates (santé de la famille, enfants, bonheur de la famille, conjoint). Mentionnons que les résultats de la présente étude pour chacune des dimensions rejoignent ceux d'autres études ayant utilisé cet instrument (méta analyse compilée par Ferrans & Powers, 2000). La dimension familiale obtient le résultat de beaucoup inférieur dans toutes ces recherches, sauf celle de Nunes, Raymond, Nicholas, Leuner et Webster (1995) avec un échantillon de sidéens. Le coefficient de Cronbach descend jusqu'à 0,32 dans l'étude de King (1996) avec une cohorte de sujets ayant été terrassés par un accident vasculaire cérébral.

En dernier lieu, le troisième instrument de mesure dont la consistance interne a été établie dans cette recherche est l'Inventaire de la dépression de Beck (IBD). Notons que les trente participantes ont répondu à tous les items (21 au total) de ce questionnaire. Étant donné qu'il n'y a aucune donnée manquante, le coefficient de fidélité alpha de Cronbach, qui est de 0,75, a pu être calculé à partir de ces trente sujets. Il apparaît important de signaler que si l'énoncé 16 (sommeil) de l'IBD est retranché, le coefficient de Cronbach grimpe à 0,80. Par ailleurs, si l'énoncé 18 (appétit) est également omis, le Cronbach affiche 0,81. Finalement, si l'énoncé 21 (libido) est aussi enlevé, le coefficient grimpe à 0,83. En d'autres mots, il semble que ces trois items mesurent un peu moins adéquatement le construit de la dépression avec notre échantillon. Malgré tout, signalons que les scores obtenus sont à peine inférieurs à ceux

révélés par la méta analyse effectuée avec les nombreuses études ayant utilisé le *Beck Depression Inventory* dans sa version originale (Beck, Steer & Garbin, 1988). En effet, la moyenne du coefficient alpha de Cronbach est de 0,86 avec des sujets présentant un problème de santé mentale et de 0,81 avec d'autres types de clientèle. Dans la même ligne de pensée, en ce qui concerne la version française de l'inventaire de Beck, l'étude de la consistance interne par Gauthier et al. (1988) révèle un Cronbach de 0,82, ce qui rejoint nos résultats.

Validité

Après avoir fait mention de la fidélité des questionnaires utilisés, un bref rappel concernant la validité de ces instruments de mesure, telle que rapportée au chapitre de la méthodologie, appert approprié. Tout d'abord, pour la présente étude, l'échelle *Educational Needs Questionnaire (ENQ)* a été traduite et adaptée à une population de femmes présentant un trouble dépressif, ce qui a entraîné la modification de certains énoncés. Sa validité de contenu est assurée par des écrits pertinents sur le concept de besoin d'apprentissage et sur le thème de la dépression chez les femmes, par l'expérience clinique de la chercheuse, de même que par le jugement de quatre expertes, dont deux infirmières spécialisées dans le domaine de la santé mentale (une possédant un baccalauréat et l'autre une maîtrise) et deux femmes ayant vécu un épisode dépressif. Ces personnes qualifiées ont commenté et approuvé chaque item de l'instrument IBAF-TD. En second lieu, étant donné que le *Quality of Life Index (QLI)* et le *Beck Depression Inventory (BDI)* sont deux instruments bien rodés dans leur version originale anglaise, mais également en français, leur validité de contenu est dès lors établie depuis longtemps. Finalement, l'étude-pilote (style pré-test) réalisée auprès de deux femmes dépressives n'a démontré aucune difficulté de compréhension relativement aux énoncés, et ce, pour les trois questionnaires.

Tout bien pesé, les instruments de mesure de cette étude présentent, dans l'ensemble, un niveau acceptable de fidélité et de validité. Veuillez noter qu'une discussion des propriétés psychométriques ne sera pas effectuée au prochain chapitre, non pas par souci d'économie d'espace, mais bien parce que cette interprétation a été faite au fur et à mesure ici.

Données relatives aux questions de recherche et aux hypothèses

Rappelons que les deux premières questions de recherche constituent la partie descriptive de l'étude. La première question s'énonce de la façon suivante: **“Quels sont les besoins d'apprentissage, en termes d'importance et de satisfaction, de deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif”?** Les données recueillies à l'aide de l'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF-TD) de Charron (2002), version française de l'*Educational Needs Questionnaire (ENQ)* de Mueser et al. (1992), ont permis d'y répondre. Il est à noter que la lecture des résultats est faite à la lumière de la perspective de notre cadre de référence. C'est pourquoi l'échelle de l'importance est toujours mentionnée avant celle de la satisfaction. Par la suite, l'écart entre l'importance et la satisfaction par rapport aux besoins d'apprentissage est mis en relief. Par le fait même, les priorités sont identifiées comme étant les besoins d'apprentissage qui sont les plus importants pour les sujets de notre étude, mais qui sont les moins satisfaits pour eux. Notons que tous les résultats sont arrondis à deux décimales. Le score possible pour l'importance des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD se situe entre 1 (importance très négligeable) à 6 (très important), alors que le score pour la satisfaction de ces mêmes besoins varie entre 1 (très insatisfait) à 6 (très satisfait). Rappelons que l'IBAF-TD comprend 45 besoins d'apprentissage répartis dans six dimensions et repris dans deux échelles (importance et satisfaction), ce qui équivaut en réalité à 90 énoncés.

Le tableau X à la page suivante expose les moyennes, écarts-types et rangs des six dimensions des besoins d'apprentissage selon l'échelle de l'importance pour nos deux groupes de 15 sujets. Le classement de ces six dimensions, basé sur les moyennes obtenues, met en lumière que les deux dimensions les plus importantes sont “faire face aux symptômes” et “retour sur soi”, qui arrivent respectivement en première et deuxième positions chez les deux groupes. La dimension “ressources communautaires” arrive au dernier rang chez les femmes hospitalisées, alors que c'est le cas pour la dimension “rehaussement du fonctionnement social” chez les répondantes au Centre de Jour. Néanmoins, il est nécessaire de signaler qu'aucune dimension des besoins d'apprentissage n'est considérée comme ayant une faible

importance ($1 \leq \bar{x} < 3$), car la moyenne la plus faible est de 3,94 ($s = 0,60$). (N.B. À des fins pratiques pour une meilleure compréhension, le lecteur peut revoir l'interprétation de la moyenne des scores des échelles d'importance et de satisfaction (i.e. tableau et plan cartésien) aux pages 99 et 100 du chapitre de la méthodologie).

Tableau X
Moyennes, écarts-types et rangs des six dimensions
des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance
chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IBAF-TD (Échelle de l'importance)	Groupe					
	Femmes hospitalisées ($n_1 = 15$)			Femmes au Centre de Jour ($n_2 = 15$)		
	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang
1. Faits généraux à propos de la dépression	4,71	0,44	3	4,62	0,47	4
2. Faire face aux symptômes	5,37	0,41	1	5,08	0,50	1
3. Rehaussement du fonctionnement social *	3,98 *	0,58	5	4,05 *	0,49	6
4. Ressources communautaires *	3,94 *	0,60	6	4,43 *	0,45	5
5. Faire face aux au stress et aux problèmes familiaux	4,63	0,36	4	4,83	0,31	3
6. Retour sur soi	5,30	0,68	2	4,93	0,61	2

* Dimensions des besoins d'apprentissage modérément importantes ($3 \leq \bar{x} < 4,5$). Les quatre autres dimensions sont perçues comme ayant une importance élevée ($4,5 \leq \bar{x} < 6$) par les deux groupes de sujets de l'étude.

Dans la même ligne de pensée, les moyennes de tous les besoins d'apprentissage pour chacune des six dimensions de l'IBAF-TD de l'échelle de l'importance (45 énoncés au total) ont été calculées. Par souci d'espace, il n'est pas possible de les fournir intégralement. En

revanche, l'énumération, pour chaque dimension, du besoin d'apprentissage possédant la plus haute moyenne, donc perçu comme étant le plus important, est effectuée au tableau XI.

Tableau XI

Besoin d'apprentissage ayant obtenu la moyenne la plus élevée dans chaque dimension de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IBAF-TD (Échelle de l'importance)	Groupe					
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
	<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	Moyenne (x̄)	Écart-type (s)	<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	Moyenne (x̄)	Écart-type (s)
1. Faits généraux à propos de la dépression	notions sur médicaments pour traiter la dépression	5,87	0,35	répercussions de la dépression sur soi	5,80	0,41
2. Faire face aux symptômes	notions sur l'anxiété et crises de panique	5,93	0,26	notions sur l'anxiété et crises de panique	5,87	0,35
3. Rehaussement du fonctionnement social	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale	5,87	0,52	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale	6,00	0,00
4. Ressources communautaires	fonctionnement du Centre de Jour	4,33	0,90	fonctionnement du Centre de Jour	5,13	0,91
5. Faire face aux au stress et aux problèmes familiaux	moyens de gérer le stress plus efficacement	5,93	0,26	moyens de gérer le stress plus efficacement	6,00	0,00
6. Retour sur soi	moyens pour se sentir bien à propos de soi-même	5,73	0,45	moyens pour se sentir bien à propos de soi-même	5,33	0,61

Lors de l'examen de ce tableau, on remarque que les besoins sont identiques pour les deux groupes dans les dimensions 2, 3, 4, 5 et 6, bien que les moyennes diffèrent. Soulignons que deux besoins d'apprentissage arrivent ex aequo au premier rang chez les femmes

hospitalisées, soit l'énoncé sur les notions sur l'anxiété et les crises de panique et celui sur les moyens de gérer le stress plus efficacement, avec une moyenne similaire de 5,93. Quant aux 15 femmes au Centre de Jour, elles ont toutes, sans exception, accordé un score de 6 à deux items, c'est-à-dire au besoin d'apprendre sur la façon d'obtenir les soins requis et autres services du système de santé mentale, ainsi qu'au besoin d'apprendre à gérer le stress plus efficacement, ce qui n'est pas peu dire.

Il appert également pertinent d'exposer au tableau XII à la page suivante, une vue d'ensemble des 15 besoins d'apprentissage (sur 45) perçus les plus importants chez les deux groupes de sujets. De ces 15 énoncés, on observe que six proviennent de la dimension 1 (faits généraux à propos de la dépression) et quatre de la dimension 2 (faire face aux symptômes) chez les femmes à l'hôpital. Quant aux femmes du Centre de Jour, cinq besoins d'apprentissage sont issus de la dimension 1 et quatre de la dimension 5 (faire face au stress et aux problèmes familiaux). Signalons que même si les besoins d'apprentissage cités au tableau XII diffèrent selon le rang occupé et la moyenne obtenue entre les deux groupes, il n'en demeure pas moins que seuls deux items sont différents entre n_1 et n_2 . Effectivement, les notions sur les difficultés de sommeil, de même que les recherches récentes sur la dépression sont des besoins perçus importants par le premier groupe, alors que le deuxième groupe de sujets évoquent plutôt la relation entre le stress et la dépression, ainsi que le fonctionnement du Centre de Jour. En outre, tous ces besoins ont une importance élevée pour les sujets.

En ce qui a trait aux besoins d'apprentissage perçus comme étant les moins importants par les répondantes des deux groupes, les prochaines lignes font brièvement état des énoncés ayant obtenu la moyenne la moins élevée dans chacune des six dimensions: ① l'admission involontaire à l'hôpital (n_1 et n_2), ② le lien entre l'usage abusif de l'alcool et des drogues et la dépression (n_1 et n_2), ③ la nécessité d'accroître les loisirs et les activités récréatives (n_1) ou les raisons et les façons d'améliorer les relations sociales (n_2), ④ le fonctionnement et la mission des groupes d'entraide (n_1) ou la nécessité du soutien familial (n_2), ⑤ la planification des jours fériés et comment faire face à ces derniers (n_1 et n_2) et ⑥ stratégies pour retirer du plaisir de la vie, combattre la solitude et l'ennui (n_1 et n_2).

Tableau XII

**Besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD ayant obtenu
les moyennes les plus élevées selon l'échelle de l'importance
chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)**

Groupe					
Femmes hospitalisées (n₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n₂ = 15)		
<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	\bar{x}	s	<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	\bar{x}	s
moyens de gérer le stress plus efficacement (5, # 11)	5,93	0,26	moyens de gérer le stress plus efficacement (5, # 11)	6,00	0,00
notions sur l'anxiété et crises de panique (2, # 24)	5,93	0,26	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale (3, # 35)	6,00	0,00
façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale (3, # 35)	5,87	0,52	relation entre le stress et la dépression (5, # 10)	5,93	0,26
notions sur médicaments pour traiter la dépression (1, # 7)	5,87	0,35	notions sur l'anxiété et crises de panique (2, # 24)	5,87	0,35
effets secondaires de ces médicaments (1, # 8)	5,80	0,41	gestion de la fatigue et de l'épuisement (5, # 40)	5,87	0,35
comment faire face aux idées suicidaires (2, # 22)	5,80	0,56	répercussions de la dépression sur soi (1, # 4)	5,80	0,41
répercussions de la dépression sur soi (1, # 4)	5,73	0,46	notions sur médicaments pour traiter la dépression (1, # 7)	5,67	0,62
moyens pour se sentir bien à propos de soi-même (6, # 14)	5,73	0,46	effets secondaires de ces médicaments (1, # 8)	5,67	0,49
symptômes de la dépression (1, # 3)	5,60	0,51	stratégies (moyens) de résolution de problèmes (5, # 13)	5,67	0,49
gestion de la fatigue et de l'épuisement (5, # 40)	5,53	0,91	comment faire face aux idées suicidaires (2, # 22)	5,60	0,63
difficultés de concentration (2, # 32)	5,47	0,74	signes avant-coureurs d'une rechute (1, # 9)	5,53	0,64
notions sur les difficultés de sommeil (insomnie, hypersomnie) (2, # 28)	5,40	0,83	symptômes de la dépression (1, # 3)	5,53	0,64
stratégies (moyens) de résolution de problèmes (5, # 13)	5,40	0,74	moyens pour se sentir bien à propos de soi-même (6, # 14)	5,33	0,62
signes avant-coureurs d'une rechute (1, # 9)	5,27	0,80	fonctionnement du Centre de Jour (4, # 17)	5,13	0,91
recherches récentes sur la dépression (1, # 41)	5,20	0,86	difficultés de concentration (2, # 32)	4,87	0,99

N.B. Le numéro de la dimension et celui de l'énoncé sont inscrits entre parenthèses à la fin de chaque besoin d'apprentissage. Tous les besoins cités ci-haut sont d'une importance élevée (car $4,5 \leq \bar{x} < 6$).

Voyons maintenant les besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction. À l'opposé de l'échelle de l'importance, les dimensions et les besoins qui sont les moins satisfaits (moins comblés) ont préséance dans cette section. Le tableau XIII ci-dessous dévoile les moyennes avec écarts-types des six dimensions, de même que les rangs attribués à celles-ci. On remarque que la dimension "retour sur soi" est la moins comblée chez les femmes hospitalisées ($\bar{x} = 3,50$), alors que "faire face au stress et aux problèmes familiaux" est de loin la dimension la moins satisfaite chez les femmes du Centre de Jour ($\bar{x} = 3,73$).

Tableau XIII
Moyennes, écarts-types et rangs des six dimensions
des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction
chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IBAF-TD (Échelle de la satisfaction)	Groupe					
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang
1. Faits généraux à propos de la dépression	4,17*	0,58	4	4,51	0,28	5
2. Faire face aux symptômes	3,66*	0,40	3	4,27*	0,77	3
3. Rehaussement du fonctionnement social	5,17	0,50	6	5,16	0,43	6
4. Ressources communautaires	4,19*	0,72	5	4,35*	0,51	4
5. Faire face aux au stress et aux problèmes familiaux	3,62*	0,45	2	3,73*	0,56	1
6. Retour sur soi	3,50*	0,87	1	4,10*	0,69	2

* Les dimensions portant un astérisque sont perçues comme modérément satisfaites ou modérément comblées ($3 \leq \bar{x} < 4,5$). Les autres dimensions (une pour n₁ et deux pour n₂) sont perçues comme étant presque satisfaites ($4,5 \leq \bar{x} < 6$). Notons qu'aucune dimension, et ce, dans les deux groupes de sujets, n'a été perçue comme n'étant que légèrement satisfaite ou non satisfaite ($1 \leq \bar{x} < 3$).

Le tableau XIV énumère le besoin d'apprentissage ayant obtenu la moyenne la moins élevée selon l'échelle de satisfaction, pour chacune des six dimensions de l'IBAF-TD. D'un simple coup d'oeil, on réalise rapidement que les six besoins sont identiques pour les deux groupes de sujets. Nonobstant, la moyenne est inférieure chez le premier groupe, et ce, pour cinq des six besoins. Autrement dit, les femmes hospitalisées semblent moins satisfaites de leur apprentissage face à ces derniers, sans que la différence soit nécessairement statistiquement significative.

Tableau XIV

Besoin d'apprentissage ayant obtenu la moyenne la moins élevée dans chaque dimension de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IBAF-TD (Échelle de la satisfaction)	Groupe					
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
	Besoin d'apprendre sur:	Moyenne (x̄)	Écart t-type (s)	Besoin d'apprendre sur:	Moyenne (x̄)	Écart type (s)
1. Faits généraux à propos de la dépression	recherches récentes sur la dépression	3,00**	1,19	recherches récentes sur la dépression	3,47**	0,83
2. Faire face aux symptômes	notions sur l'anxiété et crises de panique	2,40*	0,74	notions sur l'anxiété et crises de panique	2,60*	2,60
3. Rehaussement du fonctionnement social	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale	2,33*	1,45	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale	2,67*	1,50
4. Ressources communautaires	procédure pour obtenir de l'aide financière	3,67**	1,45	procédure pour obtenir de l'aide financière	3,60**	1,12
5. Faire face aux stress et aux problèmes familiaux	moyens de gérer le stress plus efficacement	2,27*	1,03	moyens de gérer le stress plus efficacement	2,47*	1,35
6. Retour sur soi	moyens pour se sentir bien à propos de soi-même	3,06**	1,10	moyens pour se sentir bien à propos de soi-même	3,93**	1,03

* Besoins d'apprentissage peu satisfaits ($1 \leq \bar{x} < 3$); ** Besoins d'apprentissage modérément satisfaits ($3 \leq \bar{x} < 4,5$)

Le tableau XV à la page suivante rend compte du répertoire des 15 besoins d'apprentissage qui sont les moins satisfaits chez nos deux groupes de sujets. En vérité, le palmarès de ces besoins s'avère dans l'ensemble passablement analogue entre n_1 et n_2 . De fait, seuls deux besoins diffèrent dans la liste. Le besoin d'apprendre sur les notions se rapportant aux difficultés de sommeil, ainsi que sur la perte de plaisir lors d'une dépression, sont mentionnés par les femmes de n_1 , alors qu'apprendre sur le fonctionnement et la mission des groupes d'entraide, de même que sur les moyens d'améliorer la communication avec la famille ont été signalés par les sujets de n_2 . De plus, ce même tableau dévoile que les moyennes sont inférieures chez les répondantes hospitalisées. La moyenne varie de 2,26 à 3,67 chez les femmes à l'hôpital, alors qu'elle est de 2,47 à 4,20 chez les femmes au Centre de Jour, ce qui indique, à prime abord, que les besoins d'apprentissage tendent à être moins satisfaits chez les femmes en milieu hospitalier.

En ce qui a trait aux besoins d'apprentissage perçus comme étant les plus satisfaits par les répondantes des deux groupes, voici, en bref, les énoncés ayant obtenu la moyenne la plus élevée dans chacune des six dimensions: ① l'admission involontaire à l'hôpital (n_1 et n_2), ② le lien entre l'usage abusif de l'alcool et des drogues et la dépression (n_1 et n_2), ③ la nécessité d'accroître les loisirs et les activités récréatives (n_1) ou la nécessité d'améliorer l'apparence physique et l'hygiène corporelle (n_2), ④ les possibilités de réadaptation professionnelle (n_1) ou le fonctionnement du Centre de Jour (n_2), ⑤ les effets de l'exercice physique sur la dépression (n_1 et n_2) et ⑥ stratégies pour retirer du plaisir de la vie, combattre la solitude et l'ennui (n_1 et n_2). Soulevons qu'une bonne partie de ces besoins d'apprentissage sont en outre considérés comme les moins importants, tels qu'indiqués à la page 119. Ils ne sont donc pas perçus comme des priorités par les sujets. Il est possible que l'enseignement à propos de ces besoins ait été minime, tout en ayant néanmoins satisfait l'apprentissage de nos deux groupes de femmes.

Il apparaît maintenant opportun de présenter certains résultats qui tiennent compte des deux paramètres à la fois, c'est-à-dire une combinaison du score moyen de l'importance d'un besoin d'apprentissage multiplié par le score moyen de sa satisfaction (le score combiné se

Tableau XV
Besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD ayant obtenu les moyennes les moins élevées
selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif
Groupe (N = 30)

Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	\bar{x}	s	<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	\bar{x}	s
moyens de gérer le stress plus efficacement (5, # 11)	2,27*	1,03	moyens de gérer le stress plus efficacement (5, # 11)	2,47*	1,35
façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale (3, # 35)	2,33*	0,49	notions sur l'anxiété et crises de panique (2, # 24)	2,60*	0,98
notions sur l'anxiété et crises de panique (2, # 24)	2,40*	0,74	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale (3, # 35)	2,67*	0,82
gestion de la fatigue et de l'épuisement (5, # 40)	2,60*	1,55	gestion de la fatigue et de l'épuisement (5, # 40)	2,80*	1,21
comment faire face aux idées suicidaires (2, # 22)	2,73*	0,96	stratégies (moyens) de résolution de problèmes (5, # 13)	3,07**	1,33
stratégies (moyens) de résolution de problèmes (5, # 13)	2,80*	1,37	façon de composer avec le stigmatisme de la maladie (3, # 45)	3,33**	1,50
phénomène de la perte et du deuil (5, # 42)	2,93*	1,67	moyens pour améliorer la communication avec la famille (5, # 12)	3,40**	1,76
recherches récentes sur la dépression (1, # 41)	3,00**	1,19	recherches récentes sur la dépression (1, # 41)	3,47**	0,83
moyens pour se sentir bien à propos de soi-même (6, # 14)	3,06**	1,10	comment faire face aux idées suicidaires (2, # 22)	3,53**	0,91
notions sur les difficultés de sommeil (insomnie, hypersomnie) (2, # 28)	3,07**	1,28	phénomène de la perte et du deuil (5, # 42)	3,53**	1,24
difficultés de concentration (2, # 32)	3,20**	1,21	procédure pour obtenir de l'aide financière (4, # 36)	3,60**	1,12
notions sur médicaments pour traiter la dépression (1, # 7)	3,47**	1,62	difficultés de concentration (2, # 32)	3,80**	1,01
perte de plaisir lors de la dépression (2, # 30)	3,47**	1,19	fonctionnement et mission des groupes d'entraide (4, # 38)	3,80**	1,21
procédure pour obtenir de l'aide financière (4, # 36)	3,67**	1,45	moyens pour se sentir bien à propos de soi-même (6, # 14)	3,93**	1,03
façon de composer avec le stigmatisme de la maladie (3, # 45)	3,67**	1,45	notions sur médicaments pour traiter la dépression (1, # 7)	4,20**	0,86

* Besoins d'apprentissage peu satisfaits ($1 \leq \bar{x} < 3$); ** Besoins d'apprentissage modérément satisfaits ($3 \leq \bar{x} < 4,5$)

situant donc numériquement entre 1 et 36). Si on se base sur le plan cartésien à la page 100, les secteurs I à IV sont ceux où les besoins d'apprentissage démontrent les plus grands écarts, avec une possibilité de scores combinés de 3 à 27. Le tableau XVI fait état des cinq besoins d'apprentissage les plus importants mais les moins satisfaits chez les deux groupes de sujets. En fin de compte, ces cinq priorités constituent les pistes à suivre par les professionnels de la santé pour concevoir un enseignement mieux adapté pour notre clientèle.

Tableau XVI

Besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD ayant obtenu les scores moyens combinés (importance x satisfaction) démontrant le plus grand écart

Groupe (N = 30)

Femmes hospitalisées (n₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n₂ = 15)		
<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	\bar{x}	s	<i>Besoin d'apprendre sur:</i>	\bar{x}	s
moyens de gérer le stress plus efficacement (5, # 11)	13,46	0,27	moyens de gérer le stress plus efficacement (5, # 11)	14,82	0,00
façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale (3, # 35)	13,67	0,25	notions sur l'anxiété et crises de panique (2, # 24)	15,26	0,34
notions sur l'anxiété et crises de panique (2, # 24)	14,23	0,19	façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale (3, # 35)	16,02	0,00
gestion de la fatigue et de l'épuisement (5, # 40)	14,38	1,41	gestion de la fatigue et de l'épuisement (5, # 40)	16,43	0,42
stratégies (moyens) de résolution de problèmes (5, # 13)	15,12	1,01	stratégies (moyens) de résolution de problèmes (5, # 13)	17,41	0,65

À l'aide de ce tableau, nous sommes en mesure de constater que les cinq besoins d'apprentissage prioritaires sont semblables pour les deux groupes, quoiqu'une inversion pour les besoins 2 et 3 au niveau du rang soit présente. À des fins de clarification, expliquons que les besoins transposés ci-haut se prévalent à la fois d'une importance élevée et d'une satisfaction légèrement comblée seulement, se situant dès lors dans le secteur I du plan cartésien où l'écart entre "ce qui est" et "ce qui devrait être" est le plus grand et où le score combiné peut osciller entre 4,5 à 18. Malgré tout, le lecteur remarquera que les scores moyens alternent entre 13,46 et 17,41. Ceci s'explique en raison du fait que les besoins sont assez près de la marge de 3 dans l'échelle de la satisfaction (i.e. satisfaction modérée).

Le test de Mann-Whitney a ensuite été utilisé pour tester l'égalité des moyennes afin de déceler des différences statistiquement significatives entre nos deux groupes de sujets quant aux priorités en regard des besoins d'apprentissage, et ce, pour chacune des six dimensions de l'IBAF-TD. Soulignons que le test de Mann-Whitney est l'alternative non paramétrique la plus puissante et la plus sensible pour le test t de Student avec des échantillons indépendants pour des données ordinales (v.g. rangs obtenus avec une échelle de Likert) (Siegel & Castellan, 1988). Les données du tableau XVII ci-dessous dévoilent qu'il existe une différence significative entre les moyennes des deux groupes de femmes dans deux des dimensions de l'instrument, soit celle "faire face aux symptômes" où $z(30) = -2,53$; $p = 0,001$, ainsi que la dimension "ressources communautaires" où $z(30) = -3,67$; $p = 0,0001$. Ainsi, les femmes au Centre de Jour perçoivent les besoins d'apprentissage contenus dans ces deux catégories (15 énoncés en tout) comme ayant une importance plus élevée que les femmes hospitalisées, mais qui sont toutefois plus satisfaits par l'enseignement prodigué.

Tableau XVII

Scores moyens des dimensions des besoins d'apprentissage et test de Mann-Whitney en fonction de l'hospitalisation ou du suivi externe des sujets (N = 30)

Moyennes de rang (<i>rank sum</i>)				
Dimension de l'IBAF-TD	Femmes hospitalisées (n₁ = 15)	Femmes au Centre de Jour (n₂ = 15)	Test U ou z de Mann-Whitney	p
Faits généraux à propos de la dépression	200,00	265,00	-1,34	0,18
Faire face aux symptômes	171,50	293,50	-2,53	0,001*
Rehaussement du fonctionnement social	233,00	232,00	-0,21	0,98
Ressources communautaires	144,00	321,00	-3,67	0,0001*
Faire face au stress et aux problèmes familiaux	201,50	263,50	-1,28	0,20
Retour sur soi	192,50	272,50	-1,66	0,10

* $p < 0,05$

Pour corroborer et soutenir ces propos, spécifions que la moyenne globale des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance est de 4,00 ($s = 0,51$) pour les femmes à l'hôpital, alors qu'elle est de 4,65 ($s = 0,50$) chez les répondantes au Centre de Jour. Quant à la moyenne globale de ces mêmes dimensions selon l'échelle de la satisfaction, la moyenne récoltée chez n_1 est de 4,05 ($s = 0,58$) contre 4,35 ($s = 0,54$) pour n_2 .

Finalement, pour clore la première question de recherche, il appert approprié de se pencher sur la question "ouverte" à la fin du questionnaire IBAF-TD, où les répondantes pouvaient inscrire d'autres besoins d'apprentissage qu'elles jugeaient importants et plutôt non satisfaits. Vingt femmes (66,7 %) au total ont élaboré sur ce point. Le tableau XVIII propose un listing décortiqué de ces insatisfactions. On remarque ainsi aisément qu'apprendre à composer avec le sentiment de culpabilité est d'emblée le besoin d'apprentissage le plus fréquemment évoqué (36,7 %).

Tableau XVIII

**Autres besoins d'apprentissage considérés importants et non satisfaits
par des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)**

Femmes hospitalisées ($n_1 = 15$) Besoin d'apprentissage	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
<i>Apprendre à:</i>		
composer avec la culpabilité	6	40,0 %
mieux s'affirmer	1	6,7 %
augmenter l'estime de soi	1	6,7 %
mieux discipliner mes enfants	1	6,7 %
gérer un "blackout" (perte de contrôle)	1	6,7 %
Femmes au Centre de Jour ($n_2 = 15$) Besoin d'apprentissage	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
<i>Apprendre à:</i>		
composer avec la culpabilité	5	33,3 %
accepter la prise de médicaments à long terme	2	13,3 %
gérer les "downs"	1	6,7 %
composer avec le sentiment d'échec	1	6,7 %
améliorer le processus de prise de décision	1	6,7 %

L'Index sur la Qualité de Vie de Gagnon et Vachon (IQV) (1993), version française du *Quality of Life Index (QLI)* de Ferrans et Powers (1984) a permis d'amasser les données afin de répondre à la deuxième question de recherche: **“Quelles sont les dimensions de la qualité de vie, en termes d'importance et de satisfaction, chez deux groupes de femmes présentant un trouble dépressif”?**

À nouveau, les résultats portant sur l'échelle de l'importance sont exposés avant ceux portant sur la satisfaction, comme le suggère notre cadre de référence. L'écart entre l'importance et la satisfaction par rapport aux dimensions de la qualité de vie est ensuite mis en évidence. Par le fait même, les priorités sont identifiées comme étant les énoncés de qualité de vie qui sont les plus importants pour les sujets de notre étude, mais qui sont les moins satisfaits pour eux. Rappelons que l'Index sur la Qualité de Vie (IQV) comprend 36 items répartis dans quatre dimensions et repris dans deux échelles (importance et satisfaction), ce qui équivaut donc à 72 énoncés. Comme pour l'IBAF-TD, le score possible pour l'IQV pour chacun des énoncés selon l'échelle de l'importance se situe entre 1 (importance très négligeable) et 6 (très important), alors que le score pour ces mêmes items dans l'échelle de la satisfaction varie aussi entre 1 (très insatisfait) à 6 (très satisfait).

Le tableau XIX à la page suivante rapporte les moyennes, écarts-types et rangs des quatre dimensions de la qualité de vie selon l'échelle de l'importance pour nos deux groupes de 15 sujets. L'étude des moyennes dévoile que la dimension la plus importante est celle de la santé et du fonctionnement global chez les deux groupes, suivie de la dimension familiale. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la dimension psychologique et spirituelle arrive au dernier rang à la fois chez n_1 et n_2 . Pour le premier groupe, les dimensions 1 et 4 sont perçues comme très importantes et les dimensions 2 et 3 comme modérément importantes, alors que chez le second groupe, la dimension 1 est considérée très importante et les dimensions 2, 3 et 4 modérément importantes. De fait, aucune dimension de la qualité de vie n'est perçue comme n'ayant qu'une faible importance ($1 \leq \bar{x} < 3$), car la moyenne la moins élevée est de 3,88 ($s = 0,95$), obtenue auprès de la clientèle du Centre de Jour dans la dimension 3.

Tableau XIX
Moyennes, écarts-types et rangs des quatre dimensions
de l'Index sur la Qualité de Vie (IQV) selon l'échelle de l'importance
chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IQV (Échelle de l'importance)	Groupe					
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang
1. Santé et fonctionnement global	5,16	0,30	1	5,11	0,22	1
2. Dimension sociale et économique	4,22*	0,89	3	4,26*	0,48	3
3. Dimension psychologique et spirituelle	3,93*	0,80	4	3,88*	0,95	4
4. Dimension familiale	4,52	0,70	2	4,38*	0,88	2

* Dimensions de la qualité de vie modérément importantes ($3 \leq \bar{x} < 4,5$). Les autres dimensions sont perçues comme ayant une importance élevée ($4,5 \leq \bar{x} < 6$) par les deux groupes de sujets de l'étude.

Pour les fins de cette étude, il appert nécessaire de cerner l'item possédant la plus haute moyenne, donc perçu comme étant le plus important, pour chacune des quatre dimensions de la qualité de vie. Le tableau XX à la page suivante fait état de ces énoncés dans lesdites catégories. Suite à l'examen de ces données, on remarque que les items sont différents pour les deux groupes dans les deux premières dimensions. En effet, les femmes de n₁ attachent plus d'importance à leur autonomie à prendre soin d'elles-mêmes et à leur foyer (domicile), tandis que les femmes de n₂ misent davantage sur la maîtrise qu'elles ont sur leur vie et au fait d'avoir un emploi. Notons que les femmes hospitalisées ont toutes, sans exception, accordé un score de 6,00 (s = 0,00) à trois des quatre énoncés. Chez les femmes du Centre de Jour, deux items arrivent ex aequo dans la dimension familiale, soit l'énoncé sur l'importance accordée à leurs enfants et celui sur l'importance de l'état de santé de leur famille, avec une moyenne similaire de 6,00 (s = 0,00). On observe également que la tranquillité d'esprit se classe bonne première dans la dimension psychologique et spirituelle pour les deux groupes.

Tableau XX

Énoncé de qualité de vie ayant obtenu la moyenne la plus élevée dans chaque dimension de l'IQV selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IQV (Échelle de l'importance)	Groupe					
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
	Énoncé de qualité de vie <i>Importance accordée à...</i>	Moyenne (x̄)	Écart-type (s)	Énoncé de qualité de vie <i>Importance accordée à/au...</i>	Moyenne (x̄)	Écart-type (s)
1. Santé et fonctionnement global	#5 - votre autonomie à prendre soin de vous-même	6,00	0,00	# 6 - degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie	6,00	0,00
2. Dimension sociale et économique	# 18 - votre foyer (maison, appartement)	5,87	0,35	# 24 - fait d'avoir un emploi	5,87	0,35
3. Dimension psychologique et spirituelle	# 30 - votre tranquillité d'esprit	6,00	0,00	# 30 - votre tranquillité d'esprit	5,93	0,26
4. Dimension familiale	# 9 - vos enfants	6,00	0,00	# 9 - vos enfants	6,00	0,00
				# 8 - l'état de santé de votre famille	6,00	0,00

Il est également à-propos de présenter au tableau XXI à la page suivante, une vue d'ensemble des dix énoncés de qualité de vie (sur 36) perçus les plus importants chez les deux groupes de sujets. Même si ces énoncés diffèrent parfois un tant soit peu selon leur rang et leur moyenne entre les deux groupes, seulement deux items sont dissemblables entre n₁ et n₂. De fait, l'importance accordée à leur propre santé, de même qu'à leur foyer, hisse ces items respectivement aux quatrième et septième rangs chez les femmes du premier groupe. En revanche, le deuxième groupe de sujets accorde plus d'importance à l'état de santé de leur famille, qui accède au second rang, ainsi qu'au fait d'avoir un emploi, qui prend le dixième rang. Parmi les dix énoncés, six proviennent de la dimension 1 (santé et fonctionnement global) chez les femmes à l'hôpital, alors que c'est le cas pour cinq items chez les femmes du Centre de Jour. Par conséquent, la notion de qualité de vie gravite autour de leur maladie mentale et

des désagréments qu'elle entraîne (v.g. perte d'énergie et d'autonomie). Il est à noter que tous ces aspects de la qualité de vie ont une importance élevée (car $4,5 \leq \bar{x} < 6$) pour les sujets.

Tableau XXI

Énoncés de la qualité de vie de l'IQV ayant obtenu les moyennes les plus élevées selon l'échelle de l'importance chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Groupe					
Femmes hospitalisées (n₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n₂ = 15)		
Énoncé de qualité de vie	\bar{x}	s	Énoncé de qualité de vie	\bar{x}	s
<i>Importance accordée à/au/aux...</i>			<i>Importance accordée à/au/aux...</i>		
Votre autonomie à prendre soin de vous-même (1, # 5)	6,00	0,00	Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie (1, # 6)	6,00	0,00
Votre tranquillité d'esprit (3, #30)	6,00	0,00	L'état de santé de votre famille (4, # 8)	6,00	0,00
Vos enfants (4, # 9)	6,00	0,00	Vos enfants (4, # 9)	6,00	0,00
Votre santé (1, # 1)	5,93	0,26	Soins de santé que vous recevez (1, # 2)	5,93	0,26
L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes (1, # 4)	5,93	0,26	L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes (1, # 4)	5,93	0,26
Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie (1, # 6)	5,93	0,26	Votre autonomie à prendre soin de vous-même (1, # 5)	5,93	0,26
Soins de santé que vous recevez (1, # 2)	5,87	0,35	Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie (1, # 17)	5,93	0,26
Votre foyer (maison, appartement ou autre) (2, #18)	5,87	0,35	Votre tranquillité d'esprit (3, #30)	5,93	0,26
Bonheur de votre famille (4, # 10)	5,87	0,35	Bonheur de votre famille (4, # 10)	5,93	0,26
Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie (1, # 17)	5,80	0,41	Fait d'avoir un emploi (2, # 24)	5,87	0,35

N.B. Le numéro de la dimension et celui de l'énoncé sont inscrits entre parenthèses à la fin de chaque énoncé. Tous les énoncés de qualité de vie cités ci-haut sont d'une importance élevée (car $4,5 \leq \bar{x} < 6$).

Concernant les aspects de la qualité de vie perçus comme étant les moins importants par les répondantes des deux groupes, voici en bref les énoncés ayant obtenu la moyenne la moins élevée dans chacune des quatre dimensions de l'IQV: ① votre potentiel de longévité (n_1); vos possibilités concernant une vieillesse (retraite) heureuse (n_2), ② votre influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral (n_1 et n_2), ③ votre apparence personnelle (n_1); vous-même en général (n_2) et ④ votre conjoint (n_1 et n_2), ce qui est un peu inusité.

Voyons maintenant les énoncés de qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction. Contrairement à l'échelle de l'importance, les dimensions et les énoncés les moins satisfaits (moins comblés) prévalent dans cette section. Le tableau XXII ci-dessous dévoile les moyennes avec écarts-types des quatre dimensions, de même que leur attribution de rang. On remarque que la dimension "santé et fonctionnement global" est la moins satisfaite à la fois chez les femmes hospitalisées ($\bar{x} = 3,50$) et chez les femmes au Centre de Jour ($\bar{x} = 3,21$). Les dimensions de qualité de vie sont dans la marge d'une satisfaction modérée, sauf la dimension familiale qui réussit à franchir le cap d'une satisfaction plus élevée chez n_1 , mais tout juste.

Tableau XXII
Moyennes, écarts-types et rangs des quatre dimensions
de l'Index sur la Qualité de Vie (IQV) selon l'échelle de la satisfaction
chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IQV (Échelle de la satisfaction)	Groupe					
	Femmes hospitalisées ($n_1 = 15$)			Femmes au Centre de Jour ($n_2 = 15$)		
	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang	Moyenne (\bar{x})	Écart- type (s)	Rang
1. Santé et fonctionnement global	3,50*	0,68	1	3,21*	0,52	1
2. Dimension sociale et économique	4,22*	0,89	3	4,24*	0,51	3
3. Dimension psychologique et spirituelle	3,93*	0,81	2	3,88*	0,95	2
4. Dimension familiale	4,52	0,70	4	4,38*	0,88	4

* Dimensions de la qualité de vie modérément satisfaites ($3 \leq \bar{x} < 4,5$). Seule la dimension familiale est perçue comme ayant une satisfaction presque comblée (car $4,5 \leq \bar{x} < 6$), et ce, par les femmes hospitalisées (n_1) seulement.

Le tableau XXIII à la page suivante rend compte de l'énoncé possédant la moyenne la moins élevée dans chacune des quatre dimensions de la qualité de vie, selon l'échelle de la satisfaction de l'IQV. Ce dévoilement révèle que trois des quatre énoncés sont similaires pour n_1 et n_2 . Parmi ceux-ci, l'item qui est le moins satisfait est la quantité de stress ou de préoccupations dans leur vie, suivi de près par leur tranquillité d'esprit. Ceci s'applique pour nos deux groupes. De toute évidence, l'anxiété semble cheminer de pair avec la dépression chez les sujets de l'étude. La dimension sociale et économique est la catégorie où l'énoncé de qualité de vie diffère pour les deux groupes. Effectivement, les femmes de n_1 sont moins satisfaites de leur influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral, tandis que les femmes de n_2 ressentent plus d'insatisfaction face au fait de ne pas avoir d'emploi (v.g. d'être en congé de maladie ou autre).

Quant au tableau XXIV à la page 135, il brosse un portrait succinct des énoncés de qualité de vie perçus les moins satisfaits chez les deux groupes de sujets. À première vue, les femmes du Centre de Jour tendent à être moins satisfaites de leur qualité de vie, même si la différence statistique est non significative au niveau des moyennes entre les deux groupes (test de Mann-Whitney). Dans cette nomenclature, seuls deux items sont différents entre n_1 et n_2 . En fait, les femmes hospitalisées signalent une insatisfaction face à leur santé, de même qu'envers leur bonheur en général, alors que les femmes du Centre de Jour sont plus insatisfaites de l'état de santé de leur famille et de leurs loisirs. Six des énoncés de la qualité de vie les moins satisfaits proviennent de la dimension 1 (santé et fonctionnement global) chez les deux groupes. Mentionnons qu'une majeure partie de ces facettes de la qualité de vie sont peu comblées (car $1 \leq \bar{x} < 3$) pour les sujets, alors que les autres aspects sont modérément comblés (car $3 \leq \bar{x} < 4,5$).

En ce qui a trait aux items de la qualité de vie ayant obtenu les moyennes les plus élevées dans l'échelle de satisfaction chez n_1 et n_2 , il est intéressant de spécifier l'énoncé le plus satisfait dans chacune des quatre dimensions pour les deux groupes de femmes: ① soins de santé que vous recevez (n_1); votre potentiel de longévité (n_2), ② votre foyer et votre voisinage (ex aequo) (n_1); votre foyer (n_2), ③ votre croyance personnelle en Dieu (n_1 et n_2) et ④ vos

enfants (n_1 et n_2). Néanmoins, il faut souligner que trois de ces items sont en outre considérés comme les moins importants par les sujets (page 132), soit leur potentiel de longévité, leur influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral, ainsi que leur apparence personnelle. Les sujets ne les préconisent donc pas comme des priorités. Par contre, les soins de santé reçus, leur foyer et leurs enfants ont, pour leur part, réussi à se dresser parmi les dix premiers dans l'échelle de l'importance (page 131). Ces trois aspects sont très importants pour la qualité de vie des femmes de notre étude, mais ils sont très satisfaits (comblés). Dès lors, ils ne constituent pas nécessairement les grandes prérogatives sur lesquelles les professionnels de la santé doivent mettre l'accent pour l'enseignement et les soins.

Tableau XXIII

Énoncé de qualité de vie ayant obtenu la moyenne la moins élevée dans chaque dimension de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Dimensions de l'IQV (Échelle de la <u>satisfaction</u>)	Groupe					
	Femmes hospitalisées ($n_1 = 15$)			Femmes au Centre de Jour ($n_2 = 15$)		
	Énoncé de qualité de vie <i>Satisfaction face à/au...</i>	Moyenne (\bar{x})	Écart t-type (s)	Énoncé de qualité de vie <i>Satisfaction face à/au...</i>	Moyenne (\bar{x})	Écart type (s)
1. Santé et fonctionnement global	# 17 - la quantité de stress ou de préoccupations dans votre vie	1,67*	0,98	# 17 - la quantité de stress ou de préoccupations dans votre vie	1,47*	0,74
2. Dimension sociale et économique	# 22 - votre influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral	2,50*	1,22	# 24 - ne pas avoir d'emploi	2,50*	1,91
3. Dimension psychologique et spirituelle	# 30 - votre tranquillité d'esprit	1,87*	1,35	# 30 - votre tranquillité d'esprit	1,60*	1,12
4. Dimension familiale	# 8 - l'état de santé de votre famille	3,93	1,79	# 8 - l'état de santé de votre famille	3,40*	1,76

* Énoncés perçus comme étant seulement légèrement comblés (car $1 \leq \bar{x} < 3$). Seul l'item # 8 de la dimension 4 chez n_1 est modérément comblé (modérément satisfait) (car $3 \leq \bar{x} < 4,5$).

Tableau XXIV
Énoncés de la qualité de vie de l'IQV ayant obtenu
les moyennes les moins élevées selon l'échelle de la satisfaction
chez des femmes présentant un trouble dépressif (N = 30)

Groupe					
Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)		
Énoncé de qualité de vie	\bar{x}	s	Énoncé de qualité de vie	\bar{x}	s
<i>Satisfaction face à/au/aux...</i>			<i>Satisfaction face à/au/aux...</i>		
Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie (1, # 17)	1,67	0,98	Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie (1, # 17)	1,47	0,74
Votre tranquillité d'esprit (3, # 30)	1,87	1,35	Votre tranquillité d'esprit (3, #30)	1,60	1,21
L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes (1, # 4)	2,27	1,58	L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes (1, # 4)	1,73	1,16
Votre influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral (2, # 22)	2,50	1,22	Votre niveau d'inconfort ou de douleur (1, # 3)	2,47	0,99
Ne pas avoir d'emploi (2, # 24)	2,67	1,35	Ne pas avoir d'emploi (2, # 24)	2,50	1,91
Votre santé (1, # 1)	2,73	1,33	Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie (1, # 6)	2,67	1,63
Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie (1, # 6)	2,73	1,47	Votre vie sexuelle (1, # 12)	3,00	1,25
Votre niveau d'inconfort ou de douleur (1, # 3)	2,87	1,50	Votre influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral (2, # 22)	3,00	1,13
Votre autonomie financière (2, # 9)	3,07	1,94	Votre autonomie financière (2, # 9)	3,40	1,60
Votre bonheur en général (3, # 33)	3,47	1,46	Santé de votre famille (4, # 8)	3,40	1,76
Votre vie sexuelle (1, # 12)	3,47	1,60	Vos loisirs (1, # 27)	3,43	1,74

N.B. Le numéro de la dimension et celui de l'énoncé sont inscrits entre parenthèses à la fin de chaque énoncé. Tous les énoncés de qualité de vie cités ci-haut sont peu satisfaits ($1 \leq \bar{x} < 3$) ou modérément satisfaits ($3 \leq \bar{x} < 4,5$).

Présentons maintenant certains bilans numériques qui sont la résultante des deux paramètres de façon concomitante, c'est-à-dire une combinaison du score moyen de l'importance d'un énoncé de la qualité de vie multiplié par le score moyen de sa satisfaction (le score combiné variant ainsi entre 1 et 36). Tel que proposé via le plan cartésien à la page 100, les secteurs I à IV sont ceux où les énoncés de la qualité de vie démontrent les plus grands écarts, avec une possibilité de scores combinés de 3 à 27 (tout comme pour les besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD, au niveau de la première question de recherche). En ce sens, le tableau XXV recense les cinq aspects de la qualité de vie les plus importants mais les moins satisfaits chez les deux groupes de sujets. Somme toute, ces cinq priorités représentent les avenues que doivent emprunter les professionnels de la santé pour générer une qualité de vie plus adéquate chez notre clientèle.

Tableau XXV

Énoncés de la qualité de vie de l'IQV ayant obtenu les scores moyens combinés (importance x satisfaction) démontrant le plus grand écart

Groupe (N = 30)

Femmes hospitalisées (n₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n₂ = 15)		
Énoncé de qualité de vie	×	s	Énoncé de qualité de vie	×	s
Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie (1, # 17)	9,68	0,69	Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie (1, # 17)	8,71	0,50
Votre tranquillité d'esprit (3, # 30)	11,22	0,67	Votre tranquillité d'esprit (3, # 30)	9,49	0,73
L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes (1, # 4)	13,46	0,92	L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes (1, # 4)	10,26	0,71
Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie (1, # 6)	16,19	0,86	Fait d'avoir un emploi/ de ne pas avoir d'emploi (2, # 24)	14,67	1,13
Votre santé (1, # 1)	16,19	0,79	Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie (1, # 6)	16,02	0,81

En se penchant sur ce décompte, nous en arrivons au constat que quatre des cinq priorités au niveau de la qualité de vie sont équivalentes pour les deux groupes. Pour bien clarifier, explicitons que les items rapportés ci-dessus se prévalent à la fois d'une importance élevée et

d'une satisfaction légèrement comblée seulement, se situant dès lors dans le secteur I du plan cartésien où l'écart entre "ce qui est" et "ce qui devrait être" est le plus grand. Pour les femmes de notre étude, les scores moyens combinés s'étendent de 8,71 à 16,19. En ce qui concerne la seule priorité différente entre les deux groupes, les répondantes hospitalisées accordent plus d'importance à leur santé et en sont moins satisfaites, alors que celles du Centre de Jour mettent l'importance sur le fait d'avoir un emploi, tout en étant peu satisfaites face au fait de ne pas travailler au moment de leur rencontre avec l'investigatrice.

Finalement, le test non paramétrique de Mann-Whitney a ensuite été utilisé pour tester l'égalité des moyennes entre nos deux groupes de sujets quant aux quatre dimensions (santé et fonctionnement global, dimension sociale et économique, dimension psychologique et spirituelle et dimension familiale) de l'Index sur la Qualité de vie (IQV). L'investigatrice n'a pas jugé bon d'inclure un tableau car aucune différence statistiquement significative n'a été décelée à un niveau de confiance de 95 %. Cela dit, la tendance pour les femmes du Centre de Jour à accorder "plus d'importance" aux dimensions de leur qualité de vie et à en retirer une "satisfaction moindre" n'est pas forcément négligeable, même si en principe le seuil de signification fixé n'est pas atteint au niveau statistique. Ceci met un terme au dépouillement des résultats de la deuxième question de recherche.

Quant à la partie corrélationnelle de l'étude, elle regroupe l'analyse de trois questions de recherche (3^e, 4^e et 5^e questions de l'étude). Ceci nous amène à la troisième question de recherche qui se lit comme suit: **"Existe-t-il une relation entre la sévérité du trouble dépressif et les besoins d'apprentissage, en termes d'importance et de satisfaction, chez des femmes présentant un trouble dépressif"?** Le coefficient de corrélation de Pearson (r) a été utilisé pour décrire la relation linéaire entre ces deux variables au lieu du Spearman (r_s), et ce, même si notre échantillon total est petit ($N = 30$) et que nous avons deux sous-groupes de 15 sujets, car l'échantillon rencontre le critère le plus important, c'est-à-dire qu'il suit une courbe de distribution normale, à la fois pour l'échantillon global et pour les deux sous-échantillons. En effet, le test de Shapiro-Wilk (W) a été utilisé pour tester la normalité de la distribution. Ce dernier est le plus employé en raison de sa robustesse (*good power*

properties) (Siegel & Castellan, 1988). De toute façon, une infime différence a été notée entre les deux types de coefficients, soit quelques centièmes de décimales seulement. Notons que selon Loiselle et Profetto-McGrath (2004), chercheuses dans le domaine de la science infirmière, ainsi que d'après Fraenkel et Wallen (1993), chercheurs dans le domaine de l'éducation, la force d'une relation linéaire (qui varie entre -1,0 et 1,0) est souvent qualifiée, dans leurs disciplines respectives, de faible aux environs de 0,30 à 0,40; de modérée entre 0,40 et 0,60 et de forte, de 0,60 et plus. Par ailleurs, même si la présente étude est descriptive corrélacionnelle, des hypothèses ont néanmoins été formulées, *expressément à la demande du comité d'approbation du protocole de recherche*, car les membres jugeaient que c'était possible en raison de l'état des écrits sur la dépression et le côtoiement extensif de l'investigatrice avec la population ciblée.

Deux hypothèses (H_1 et H_2) relevaient de la troisième question de recherche. La lecture des résultats est faite selon notre cadre de référence. C'est pourquoi l'échelle de l'importance est mentionnée en premier, suivie de l'échelle de la satisfaction. **L'hypothèse H_1 voulait vérifier qu'une relation positive existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif.** Cette hypothèse n'a pu être confirmée lorsque l'échantillon est divisé en ses deux sous-groupes. De fait, aucune relation significative ne fut obtenue au seuil de signification de $p < 0,05$, chez les femmes hospitalisées ($r = 0,30$) et chez les femmes au Centre de Jour ($r = 0,39$). Par contre, si l'échantillon est pris globalement ($N = 30$), un lien positif faible ($r = 0,34$) à un niveau de confiance de 94 % (mais non 95 %) est alors révélé entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des besoins d'apprentissage. Ceci semble indiquer que plus la dépression est sévère, plus les 30 femmes perçoivent leurs besoins d'apprentissage comme étant importants. Toutefois, la régression linéaire simple permet de constater que la sévérité de la dépression, que l'on peut considérer comme la variable antécédente (indépendante, explicative) n'explique en réalité que 11 % de la variation de la variable conséquente (dépendante, expliquée), c'est-à-dire l'importance des besoins d'apprentissage ($R^2 = 0,11$; $p < 0,06$) chez l'ensemble de nos femmes. La sévérité du trouble dépressif semble n'être qu'un faible prédicteur quant à l'importance d'apprendre à propos de cette maladie.

L'hypothèse H_2 , pour sa part, spéculait qu'une relation négative existe entre la sévérité du trouble dépressif et la satisfaction des besoins d'apprentissage chez des femmes présentant un trouble dépressif. Bien que cette corrélation soit effectivement négative, elle est cependant non significative à la fois chez les femmes hospitalisées ($r = -0,15$; $p > 0,05$) et les femmes au Centre de Jour ($r = -0,17$; $p > 0,05$), de même que chez l'échantillon total ($r = -0,17$; $p > 0,05$). L'hypothèse n'est pas supportée et on ne peut donc pas affirmer que plus la dépression est sévère, moins les besoins d'apprentissage sont satisfaits chez les sujets de l'étude, ce qui était certainement plausible.

Après avoir répondu aux deux hypothèses découlant de la troisième question de recherche, penchons-nous maintenant sur d'autres résultats pertinents par rapport à cette dernière. Le tableau XXVI ci-dessous rapporte les résultats des matrices de corrélation en ce qui a trait au score de la sévérité du trouble dépressif et chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage selon l'échelle de l'importance tandis que le tableau XXVII à la page suivante fait de même avec la sévérité du trouble dépressif et chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage selon l'échelle de la satisfaction.

Tableau XXVI

Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre la sévérité du trouble dépressif et chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD selon l'échelle de l'importance

Variables	Sévérité du trouble dépressif	
	Femmes hospitalisées ($n_1 = 15$)	Femmes au Centre de Jour ($n_2 = 15$)
1. Faits généraux à propos de la dépression	0,29	0,37
2. Faire face aux symptômes	0,59*	0,46
3. Rehaussement du fonctionnement social	0,0003	0,42
4. Ressources communautaires	0,09	0,32
5. Faire face au stress et aux problèmes familiaux	0,10	0,16
6. Retour sur soi	0,33	0,33

* $p < 0,02$

Tableau XXVII
Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre la sévérité du trouble dépressif
et chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage
de l'IBAF-TD selon l'échelle de la satisfaction

Variables	Sévérité du trouble dépressif	
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)	Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)
1. Faits généraux à propos de la dépression	0,04	-0,46
2. Faire face aux symptômes	-0,34	-0,33
3. Rehaussement du fonctionnement social	0,04	-0,29
4. Ressources communautaires	0,13	0,47
5. Faire face au stress et aux problèmes familiaux	-0,40	0,47
6. Retour sur soi	-0,40	-0,52*

* p < 0,05

Les résultats du tableau XXVI mettent en évidence qu'une seule dimension des besoins d'apprentissage corrèle de façon significative au niveau de l'échelle de l'importance avec la sévérité du trouble dépressif, et ce, chez le groupe de femmes hospitalisées. De fait, une corrélation positive et modérée ($r = 0,59$; $p < 0,02$) se dégage entre l'intensité de la dépression et la dimension 2 de l'IBAF-TD, soit celle intitulée "faire face aux symptômes", indiquant dès lors que plus le trouble dépressif est sévère, plus les femmes hospitalisées perçoivent l'importance d'apprendre à gérer leurs symptômes physiques et psychologiques.

Au tableau XXVII, on remarque que seul le "retour sur soi", qui correspond à la dimension 6 des besoins d'apprentissage, est modérément corrélé de façon négative au niveau de l'échelle de la satisfaction avec la sévérité du trouble dépressif ($r = -0,52$; $p < 0,05$) chez les participantes du Centre de Jour, démontrant alors que plus la dépression est intense, moins les femmes suivies en externe sont satisfaites de ce qu'elles ont appris en regard de cette catégorie, qui contient des énoncés plus introspectifs (v.g. apprendre des stratégies pour se sentir bien à propos de soi-même, être bien dans sa peau). Aucune autre relation ne s'est avérée significative.

La quatrième question de recherche s'énonce ainsi: **“Existe-t-il une relation entre la sévérité du trouble dépressif et les dimensions de la qualité de vie, en termes d'importance et de satisfaction, chez des femmes présentant un trouble dépressif”?** Cette question a été analysée selon le même scénario que la précédente. À nouveau, le coefficient de corrélation de Pearson (r) a été utilisé pour décrire la relation entre ces deux variables. Deux hypothèses (H_3 et H_4) découlent de cette quatrième question de recherche. Tout d'abord, **l'hypothèse H_3 a exploré la possibilité qu'une relation positive existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.** Néanmoins, aucune relation significative ne fut obtenue au seuil de signification de $p < 0,05$, autant chez les femmes hospitalisées ($r = -0,28$) que chez les femmes au Centre de Jour ($r = -0,16$) et l'échantillon total ($r = -0,22$), sans compter que ces relations sont toutes négatives au lieu d'être positives, comme il avait plutôt été prédit. Ces résultats n'appuient donc pas l'hypothèse H_3 et il n'est alors pas possible de relater que plus la sévérité du trouble dépressif est grande, plus les sujets de l'étude considèrent les dimensions de la qualité de vie comme étant importantes. Ce bilan quelque peu inattendu, voire même inusité, sera discuté dans le prochain chapitre.

En second lieu, **l'hypothèse H_4 a examiné s'il existait une relation négative entre la sévérité du trouble dépressif et la satisfaction des dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.** Cette hypothèse a été supportée, mais à des seuils de signification différents selon les groupes de sujets. Ainsi, la relation est négative et forte chez les femmes hospitalisées ($r = -0,64$; $p < 0,01$), négative et modérée chez les femmes suivies au Centre de Jour ($r = -0,54$; $p < 0,05$) et négative et modérée quand l'échantillon est pris dans son ensemble ($r = -0,56$; $p < 0,001$). Par conséquent, il est possible de rapporter que plus le trouble dépressif est sévère, moins les femmes de l'étude perçoivent les dimensions qui composent leur qualité de vie comme étant satisfaites. En outre, les résultats de la régression linéaire simple permettent de constater que la sévérité de la dépression explique 41 % de la variance de la satisfaction de la qualité de vie chez les femmes hospitalisées ($R^2 = 0,41$; $p < 0,01$) contre 29 % chez les femmes au Centre de Jour ($R^2 = 0,29$; $p < 0,05$).

Suite aux réflexions en regard de ces deux hypothèses qui découlaient de la quatrième question de recherche, il appert approprié de s'attarder sur d'autres résultats pertinents par rapport à cette quatrième interrogation. Premièrement, signalons qu'aucune des quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de l'importance n'a corrélé de façon significative avec la sévérité du trouble dépressif, et ce, chez les deux groupes de sujets. Cependant, il en est autrement avec les dimensions de la qualité de vie selon l'échelle de la satisfaction. C'est pourquoi le tableau XXVIII ci-dessous met en relief les coefficients de corrélation entre la sévérité du trouble dépressif et chacune des dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction.

Tableau XXVIII

Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre la sévérité du trouble dépressif et chacune des quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de la satisfaction

Variables	Sévérité du trouble dépressif	
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)	Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)
1. Santé et fonctionnement global	-0,66**	-0,49*
2. Dimension sociale et économique	-0,44	-0,18
3. Dimension psychologique et spirituelle	-0,38	-0,72***
4. Dimension familiale	-0,25	0,41

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,002

D'un simple coup d'oeil, on remarque aisément que trois relations sur huit sont significatives. Effectivement, un lien négatif et fort ($r = -0,66$; $p < 0,01$) existe entre la sévérité de la dépression et la satisfaction de leur santé et de leur fonctionnement global chez les femmes hospitalisées, alors que ce lien est négatif et modéré ($r = -0,49$; $p < 0,05$) chez les femmes au Centre de Jour. Ainsi, plus le trouble dépressif est sévère, moins les femmes de l'étude sont satisfaites de leur santé et de leur fonctionnement en général. Également, une relation négative et forte ($r = -0,72$; $p < 0,002$) se dégage entre la sévérité du trouble dépressif

et la dimension psychologique et spirituelle chez les femmes au Centre de Jour, ce qui tend à démontrer que plus la dépression est intense chez ces dernières, moins elles sont satisfaites de leur état psychique et de leur spiritualité.

Une autre partie corrélationnelle de cette étude, en l'occurrence la cinquième et avant-dernière question de recherche, a permis de vérifier le lien suivant: **“Existe-t-il une relation entre les besoins d'apprentissage et les dimensions de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif”?** Si on commence par l'échelle de l'importance, soulignons que la relation s'avère non significative entre le score moyen global des besoins d'apprentissage et le score moyen global des dimensions de la qualité de vie chez les femmes hospitalisées ($r = -0,12$; $p > 0,05$) et chez les femmes au Centre de Jour ($r = 0,29$; $p > 0,05$). Par le fait même, il n'est pas possible de dire que plus la qualité de vie est importante chez les femmes de la présente étude, plus elles considèrent leurs besoins d'apprentissage comme étant importants. Parallèlement, **la dernière hypothèse de cette recherche, soit H₅, cherchait à mettre en relief la possibilité qu'une relation positive existe entre la satisfaction des besoins d'apprentissage et la satisfaction de la qualité de vie chez des femmes présentant un trouble dépressif.** Cette fois-ci, l'hypothèse a été confirmée, mais seulement chez le groupe de femmes hospitalisées ($r = 0,54$; $p < 0,05$), où un lien positif et modéré se dégage. De toute évidence, il semble que plus les femmes ayant séjourné à l'hôpital sont satisfaites de leur qualité de vie, plus elles considèrent que leurs besoins d'apprentissage sont comblés. Mentionnons que la relation est également positive, sans toutefois être significative, chez les femmes au Centre de Jour ($r = 0,36$; $p > 0,05$).

Finalement, il appert nécessaire de décortiquer encore davantage les données afin de mettre en lumière certaines relations significatives entre les six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD et les quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV, et ce, pour les échelles de l'importance et de la satisfaction. Ainsi, des coefficients de corrélation ont été calculés entre les dimensions de ces deux instruments de mesure. Les résultats exhaustifs obtenus sont regroupés aux tableaux XXIX et XXX dans les deux pages qui suivent, puis commentés aux pages 146 et 147.

Tableau XXIX

Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre chacune des six dimensions des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD et chacune des quatre dimensions de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de l'IMPORTANCE

Variables	Dimensions de l'IQV (échelle de l'importance)											
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)						Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)					
Dimensions de l'IBAF-TD (Échelle de l'importance)	Santé/ Fonct. global	Dim. sociale et économ.	Dim. psych.et spirit.	Dim. familiale	Santé/ Fonct. global	Dim. sociale et économ.	Dim. psych.et spirit.	Santé/ Fonct. global	Dim. sociale et économ.	Dim. psych.et spirit.	Dim. familiale	
1. Faits généraux à propos de la dépression	0,01	-0,06	0,15	0,52*	-0,34	0,69**	-0,00	0,26				
2. Faire face aux symptômes	-0,32	0,01	-0,39	0,12	0,43	0,35	0,25					
3. Rehaussement du fonctionnement social	-0,22	-0,45	-0,09	0,30	0,53*	-0,25	0,39					
4. Ressources communautaires	-0,41	-0,25	-0,07	0,30	-0,22	-0,14	0,02					
5. Faire face au stress et aux problèmes familiaux	0,29	-0,09	0,15	0,05	-0,18	-0,39	-0,05					
6. Retour sur soi	-0,35	0,03	-0,43	0,38	0,43	0,17	0,05					

* p < 0,05

** p < 0,01

Tableau XXX
Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre les six dimensions
des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD et chacune des quatre dimensions
de la qualité de vie de l'IQV selon l'échelle de la SATISFACTION

Variables	Dimensions de l'IQV (échelle de la satisfaction)							
	Femmes hospitalisées (n ₁ = 15)			Femmes au Centre de Jour (n ₂ = 15)				
Dimensions de l'IBAF-TD (Échelle de la satisfaction)	Santé/ Fonct. global	Dim. sociale et économ.	Dim. psych.et spirit.	Dim. familiale	Santé/ Fonct. global	Dim. sociale et économ.	Dim. psych.et spirit.	Dim. familiale
1. Faits généraux à propos de la dépression	0,24	0,03	0,49	-0,04	0,10	-0,38	0,41	-0,02
2. Faire face aux symptômes	0,64*	0,47	0,72**	-0,25	0,36	0,05	0,29	-0,03
3. Rehaussement du fonctionnement social	0,24	0,10	0,54*	-0,17	-0,20	0,36	0,03	-0,25
4. Ressources communautaires	0,36	0,58*	0,24	-0,13	-0,12	0,50	-0,49	0,21
5. Faire face au stress et aux problèmes familiaux	0,28	0,49	0,65**	-0,04	-0,03	0,25	-0,00	0,69**
6. Retour sur soi	0,50	0,38	0,70**	-0,39	0,55*	-0,00	0,53*	0,05

* p < 0,05

** p < 0,01

Ce qui ressort principalement au tableau XXIX, c'est que l'on peut constater que trois relations (sur 48) sont significatives entre les dimensions des deux instruments de mesure selon les échelles de l'importance. En ce sens, mentionnons que la première dimension des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD, c'est-à-dire "faits généraux à propos de la dépression" a corrélé positivement et modérément avec la quatrième dimension de la qualité de vie de l'IQV, soit la "dimension familiale" chez les femmes hospitalisées ($r = 0,52$; $p < 0,05$), ce qui dénote que les sujets qui accordent le plus d'importance au besoin d'apprendre sur les généralités de la dépression rendent compte également d'une plus grande importance de la qualité de vie au niveau familial. Ceci laisse entrevoir que les répondantes hospitalisées semblent réaliser que leur trouble dépressif affecte la famille dans son ensemble. En outre, la dimension "faits généraux à propos de la dépression" a également corrélé de manière positive et forte avec la deuxième dimension de l'IQV, soit la "dimension sociale et économique" chez les femmes au Centre de Jour ($r = 0,69$; $p < 0,01$). Ainsi, les participantes suivies en externe ressentent un plus grand besoin d'apprendre sur les particularités du trouble dépressif et elles attachent aussi plus d'importance à la qualité de leur vie sociale et de leur situation financière. Enfin, il semble également à-propos de noter qu'une relation positive et modérément corrélée est observée entre la troisième dimension de l'IBAF-TD, le "rehaussement du fonctionnement social" et la "dimension sociale et économique" de l'IQV chez les femmes au Centre de Jour ($r = 0,53$; $p < 0,05$). En réalité, cela suit passablement la même veine que la relation citée précédemment. De fait, les sujets du Centre de Jour accordent plus d'importance au besoin d'apprendre sur la façon de rehausser leur fonctionnement du point de vue social, tout en exprimant une plus grande importance quant à la qualité de cette vie sociale et de leur position financière.

Au tableau XXX, la mise en relief des données permet de visualiser que neuf relations sont significatives entre les dimensions des deux instruments de mesure (IBAF-TD et IQV) selon les échelles de la satisfaction. Notamment, quatre corrélations positives (dont une modérée et trois fortes) ressortent entre la troisième dimension de la qualité de vie, c'est-à-dire la "dimension psychologique et spirituelle" et quatre dimensions des besoins d'apprentissage, soit "faire face aux symptômes" ($r = 0,72$; $p < 0,01$), "rehaussement du fonctionnement social" ($r = 0,54$; $p < 0,05$), "faire face au stress et aux problèmes familiaux"

($r = 0,65$; $p < 0,01$), de même que “retour sur soi” ($r = 0,70$; $p < 0,01$) chez les femmes hospitalisées. Par conséquent, ces dernières, qui expriment le plus de satisfaction sur les besoins d'apprentissage face à ces quatre catégories, sont celles qui éprouvent aussi le plus de satisfaction sur les plans psychologique et spirituel. L'examen de ce tableau divulgue aussi qu'un lien positif et fort émane entre la dimension “faire face aux symptômes” de l'IBAF-TD et la dimension “santé et fonctionnement global” de l'IQV ($r = 0,64$; $p < 0,05$), de même qu'entre la dimension “ressources communautaires” et la “dimension sociale et économique” ($r = 0,58$; $p < 0,05$), et ce, toujours chez le groupe de femmes hospitalisées. Ainsi, on peut dire que, d'une part, les dames ayant séjourné à l'unité psychiatrique sont des plus satisfaites de ce qu'elles ont appris à l'égard de la gestion des symptômes de leur trouble dépressif et rendent compte également d'une plus grande satisfaction face à leur santé en général. D'autre part, plus ces mêmes sujets sont satisfaits de l'information reçue sur les ressources disponibles en santé mentale dans la communauté, plus leur qualité de vie au niveau social et économique leur apparaît comblée. En ce qui a trait aux participantes du Centre de Jour, la dimension “retour sur soi” des besoins d'apprentissage corrèle positivement et modérément avec la dimension “santé et fonctionnement global” ($r = 0,55$; $p < 0,05$) et avec la “dimension psychologique et spirituelle” de la qualité de vie ($r = 0,53$; $p < 0,05$), indiquant que ces femmes, qui ont un niveau de satisfaction élevé par rapport aux stratégies favorisant l'introspection et le bien-être, rapportent aussi une plus grande satisfaction au niveau de la santé, en particulier le fonctionnement psychologique et spirituel. Finalement, on retrouve un lien positif et fort entre “faire face au stress et aux problèmes familiaux” et la “dimension familiale” ($r = 0,69$; $p < 0,01$), ce qui signifie que plus les besoins d'apprentissage sur la gestion du stress individuel et familial sont satisfaits, plus adéquate est, aux yeux des femmes, la qualité de vie au sein de la famille.

La dernière section de ce chapitre fait état des résultats de la partie qualitative de l'étude. Cette portion de la recherche répond ainsi à la sixième et dernière question de recherche: **“Dans un paradigme naturaliste avec analyse de contenu interprétative, quelles sont les convergences et les divergences entre l'étude de cas chez la femme hospitalisée et l'étude de cas chez la femme suivie en consultation externe au Centre de Jour quant aux trois unités d'analyse suivants: ① Vivre avec un trouble dépressif, ② Le besoin d'apprendre en ce qui trait à leur maladie et ③ La qualité de leur vie”?** Voyons les récits des deux études de cas.

Récits des deux études de cas

Cette section fait état, en premier lieu, de la présentation des deux participantes retenues pour les études de cas selon un amalgame de leurs caractéristiques personnelles, médicales et sociales, ce qui permet de mettre en évidence la singularité de leur parcours avec l'expérience de la maladie. Dans un deuxième temps, une analyse interprétative de ces études de cas, incluant des bribes de verbatim tiré du discours des femmes, et ce, dans une tentative de relater leur situation de vie avec le plus de justesse possible, est effectuée. Quant à la synthèse intégrative et les annotations en ce qui a trait aux convergences et aux divergences dans les deux scénarios, elles sont placées dans le chapitre de la discussion des résultats.

Notons que les études de cas consistent en des témoignages de deux femmes, dont une a été hospitalisée en psychiatrie et l'autre a été suivie au Centre de Jour psychiatrique. Ces femmes, considérées à juste titre comme des co-chercheuses, ont souffert d'un trouble dépressif et se considèrent en voie de rétablissement. Les données ont été recueillies par l'entremise d'entretiens non directifs semi-dirigés, permettant ainsi la construction d'un savoir en situation dialogique. L'écoute et la réflexion furent des piliers centraux dans ces deux échanges. Certaines dispositions particulières furent prises lors des entrevues, telles que résumer ce que rapportait chaque participante, l'encourager à aller plus loin dans la description de son expérience vécue ou encore préciser ce qu'elle décrivait. Cette portion qualitative de l'étude, quoique non exhaustive, vise à mettre davantage en relief le phénomène de la dépression au féminin en relation avec les besoins d'apprentissage et la qualité de vie.

Présentation de Pénélope (répondante hospitalisée)

Pénélope (nom fictif), âgée de 45 ans, est mariée depuis 25 ans et a développé une belle complicité avec son conjoint. Le couple n'a malheureusement jamais pu avoir d'enfants et s'y est résigné au fil des ans. Pénélope se considère une personne à "besoins spéciaux" car elle souffre de psoriasis et d'arthrite rhumatoïde assez sévères, d'où la nécessité de traitements de chimiothérapie similaires à ceux pour le cancer. Elle se rend à la clinique externe de l'hôpital de sa région une fois par semaine afin de recevoir une médication par voie

intraveineuse. En dépit de ce traitement drastique, son arthrite s'exacerbe parfois à un point tel que sa mobilité, déjà restreinte, le devient davantage et l'empêche alors de vaquer à ses occupations quotidiennes. Pénélope vit donc avec un handicap physique qu'elle qualifie d'assez envahissant et qu'elle accepte de mauvaise grâce.

Pénélope est sans emploi depuis près de deux ans, suite à la fermeture de sa petite entreprise qu'elle gérait à partir de son domicile, tout en prenant soin de sa mère qui vivait avec eux. À contrecœur, elle a préféré fermer son commerce car la tâche était devenue trop exigeante pour sa santé et elle ne voulait pas offrir un service médiocre à sa clientèle. Sa mère est également décédée durant ce temps, suite à une longue bataille avec le cancer. Ces deux crises situationnelles ont déclenché chez Pénélope son premier épisode de déprime qui s'est atténué assez rapidement en quelques mois, sans nécessiter d'hospitalisation, ni d'antidépresseurs. Elle a cependant suivi une série de séances de thérapie sur le deuil qui lui furent bénéfiques.

Malgré ses démarches extensives pour se trouver un boulot à sa mesure, Pénélope est toujours sans travail, ce qu'elle déplore et accepte très difficilement. Néanmoins, elle est la première à admettre qu'il ne doit pas être facile pour un employeur d'embaucher quelqu'un comme elle, qui doit s'absenter du travail une journée par semaine, voire même pour quelques jours à la fois lorsque les malaises se mettent de la partie, mais elle voudrait bien que quelqu'un lui donne la chance de démontrer sa bonne volonté et son savoir-faire. Elle dit se sentir inutile alors qu'elle aurait tant à apporter. De plus, Pénélope, responsable de gérer le budget familial et de payer les factures, se garde d'informer son époux de leurs difficultés financières, elle qui a pourtant toujours été si transparente avec lui. Boucler les fins de mois devient un véritable fardeau pour Pénélope qui s'enlise peu à peu dans un marasme qui la consume. La culpabilité la ronge, elle se visualise comme étant une "dépendance", étant donné que son problème de santé engendre des coûts faramineux en médication.

Quelques mois avant la présente hospitalisation pour une tentative suicidaire secondaire à un trouble dépressif, son médecin lui annonce qu'elle souffre de diabète adulte (type II), ce

qu'elle n'accepte pas du tout. Elle néglige de soigner ce diabète, ne prend pas les hypoglycémifiants oraux pour faire baisser son taux de sucre sanguin et ne fait pas d'efforts pour perdre du poids. Elle nie absolument tout ce qui se rapporte à ce problème de santé.

Un vendredi soir, suite à une semaine particulièrement pénible où les créanciers sont des plus tenaces et que sa quête d'emploi s'avère encore plus infructueuse que d'habitude, elle explose littéralement et dit tout ce qu'elle a sur le cœur à son mari lorsqu'il arrive du travail, y compris les problèmes monétaires. Ce dernier, abasourdi, lui reproche de ne pas s'être confiée plus tôt, avant que la situation prenne autant d'ampleur. Il mentionne à Pénélope avoir besoin de réfléchir et de prendre l'air. Il sort en disant qu'il va mettre de l'essence dans son camion. Demeurée seule, le moral de Pénélope touche le fond. Elle décide d'en finir. Ayant en sa possession des seringues, de même que des fioles d'un médicament puissant pour traiter son arthrite, elle remplit sa seringue d'un seul trait en ayant la ferme intention de s'injecter directement dans une veine. Au moment fatidique, sa main tremble et le courage lui manque. Elle se tourne alors vers une ligne d'écoute, mais elle tombe sur une boîte vocale et raccroche. Elle appelle alors une amie qui la persuade de ne pas poser un tel geste et qui la garde au téléphone jusqu'au retour de son mari. Pénélope, en larmes, révèle à ce dernier sa tentative de suicide. Dans tous ses états, il appelle à l'Urgence et on le met immédiatement en contact direct avec une personne de la ligne d'écoute. Suite à une conversation avec le mari qui lui expose les faits, puis avec Pénélope qui est très réticente à lui parler, l'intervenante réussit tant bien que mal à convaincre Pénélope qu'elle a besoin de soins spécifiques et qu'elle doit se rendre à l'hôpital. Elle lui assure qu'elle n'aura pas à attendre plusieurs heures dans la salle d'attente, que le personnel sera discret et l'amènera dans une salle à l'abri des regards. Tout se passe comme prévu.

Suite à une évaluation psychiatrique, Pénélope est admise à l'unité de psychiatrie où elle restera sept jours. Elle rencontrera un psychiatre, un psychologue, une travailleuse sociale et aura également des entretiens thérapeutiques individuels et de groupe avec les infirmières de l'unité de psychiatrie. Elle a donc été exposée à des apprentissages visant à lui permettre de mieux composer avec l'expérience de la maladie.

Le premier contact de l'investigatrice de la présente recherche avec Pénélope fut lors de la cinquième journée de son hospitalisation alors que celle-ci accepte volontiers de faire partie de la cohorte des quinze femmes hospitalisées. Elle répond donc aux trois instruments de mesure de nature quantitative et au formulaire de données sociodémographiques. Volubile et ayant une facilité à se confier, Pénélope est pressentie par la chercheuse comme étant une candidate pour une étude de cas. De fait, Pénélope accepte de rencontrer à nouveau la chercheuse environ deux mois suite à son hospitalisation, alors qu'elle est en période de convalescence. L'expérience vécue de Pénélope est alors recueillie via trois unités d'analyse: ① vivre avec un trouble dépressif, ② le besoin d'apprendre en ce qui a trait à la maladie et ③ la qualité de vie.

Avant de procéder à l'analyse interprétative de l'étude de cas de Pénélope, il s'avère approprié de présenter la répondante n'ayant pas été hospitalisée.

Présentation de Diana (répondante suivie au Centre de Jour)

Diana (nom fictif), âgée de 54 ans, est mariée depuis 34 ans et mère de deux enfants, soit un garçon et une fille âgés respectivement de 33 et de 31 ans. Ces derniers ont quitté le nid familial depuis plusieurs années. Diana est secrétaire pour un avocat depuis près de 23 ans, après avoir travaillé auparavant dans une institution financière où elle s'occupait de la comptabilité et de la tenue de livres. Elle a déjà souffert d'un trouble dépressif en 1995, qu'elle qualifie plutôt de surmenage accompagné de maux physiques et pour lequel elle a pris un congé de maladie de deux mois.

Son dernier arrêt de travail, en date du 30 septembre 2002, s'est avéré nécessaire afin de subir une intervention chirurgicale pour l'ablation d'un kyste gangrené derrière l'oreille, de même qu'une amygdalectomie peu de temps après. En novembre de la même année, elle consulte à nouveau son médecin car elle se sent toujours fatiguée et faible, a un goût de métal dans la bouche, présente des troubles gastriques et n'a plus le goût de faire des activités, comme s'habiller et faire le ménage. Suite à une panoplie de tests ne révélant rien d'anormal

au niveau physique, sauf un taux de sérotonine très bas, significatif d'une dépression, le médecin pose alors le diagnostic de trouble dépressif masqué et prescrit des antidépresseurs à Diana, tout en prolongeant son congé de maladie de plusieurs mois. Diana, plutôt réticente à ce diagnostic au début, est bien obligée de se rendre à l'évidence qu'elle est effectivement déprimée et décide de suivre la suggestion du médecin de consulter aux Services de santé mentale communautaires. Suite à une évaluation psychiatrique, une intervenante ne voit pas la nécessité d'une hospitalisation pour Diana, mais lui propose de suivre une thérapie de groupe au Centre de Jour afin de mieux s'outiller pour composer avec son trouble dépressif. Son admission au Centre de Jour se fait dans la même semaine et Diana assiste fidèlement aux sessions à raison de trois rencontres par semaine, soit les mardis, mercredis et jeudis en après-midi. Elle suit également une psychothérapie individuelle.

À l'opposé de Pénélope dont le trouble dépressif fut alimenté par la fermeture de son entreprise et par son incapacité subséquente à se trouver un emploi, Diana, pour sa part, est de plus en plus persuadée que son travail, en particulier la lourdeur des tâches qui se sont accumulées au fil des années, de même que les difficultés relationnelles, notamment à connotation sexuelle, qu'elle entretient avec son patron, sont probablement à l'origine de sa dépression. Elle se questionne si elle doit retourner à cet emploi, mais se demande ce qu'elle pourrait faire d'autre à son âge. De plus, sa mère avec qui elle avait une relation houleuse depuis près de 25 ans, s'est suicidée il y a cinq ans, ce qui a avivé certains souvenirs pénibles et aiguisé une culpabilité latente. Elle avoue que ce deuil n'est pas encore complètement résolu. Également, pour des raisons qu'elle n'a pas invoquées, son fils ne leur parle plus depuis quelque temps. Finalement, son arrêt de travail qui se prolonge a entraîné des difficultés financières au sein du couple, habitué à gérer un budget restreint mais bien équilibré. Notons que Diana est le principal gagne-pain familial, étant donné que son mari reçoit une pension d'invalidité depuis un infarctus du myocarde qui l'a terrassé en 1989. Elle en est même venue à cesser sa médication pour un certain moment, faute de quoi payer. De fait, son assurance-maladie voulait clore son dossier sous prétexte que ses formulaires n'étaient pas toujours remplis assidûment par son médecin qui reporte des rendez-vous à la

dernière minute et qui pense même fermer sa pratique. Diana craint énormément de se retrouver sans médecin de famille et il va sans dire que cette éventualité est un ajout à son cumul de soucis quotidiens.

Le premier contact de l'investigatrice de la présente recherche avec Diana fut lors de la quatrième session de thérapie. Suite à l'explication de l'étude, elle a accepté assez facilement de faire partie de l'échantillon des quinze femmes suivies au Centre de Jour. Comme Pénélope, Diana a donc répondu aux trois instruments de mesure et au formulaire de données sociodémographiques. Elle accepte également de rencontrer à nouveau la chercheuse vers la fin de son programme de thérapie pour une entrevue, c'est-à-dire vers la douzième session, alors qu'elle trouve qu'elle se rétablit plus lentement qu'elle ne l'aurait souhaité. Moins loquace et plus introvertie que Pénélope, elle eut un peu plus de difficulté à se confier, mais dit avoir quand même apprécié l'expérience, celle-ci l'ayant mise en contact avec certaines facettes de sa vie qu'elle a tendance à refouler et à éviter, alors qu'elle devrait plutôt les confronter. Les mêmes unités d'analyse sont utilisés pour relater l'expérience de la maladie vécue par Diana.

Analyse interprétative des études de cas

L'analyse des données qualitatives est reconnue par bon nombre de chercheurs et d'auteurs comme une étape ardue à laquelle est confronté le chercheur qui désire, à travers l'accumulation considérable d'informations obtenues via les entretiens, faire oeuvre de science. Dans la présente étude, la chercheuse a recueilli un matériel brut, une "matière première", plutôt qu'un produit fini, mais qui a toutefois permis de répondre à une problématique structurée (et quantitative au départ) autour d'un questionnaire qui dépasse le seul constat, en soumettant les données à une analyse de contenu logique et linéaire afin d'en isoler le sens sans en réduire la richesse, tout en dégagant le contenu manifeste ou latent du phénomène étudié. Tel que mentionné au début de cette étude, un frein fut apposé au niveau de l'approfondissement des études de cas, en raison de leur utilisation à titre de complémentarité instrumentale uniquement.

Le verbatim exposé illustre les propos des participantes et met en relief la portée du vécu des deux femmes au cours de la période ayant précédé leur trouble dépressif, puis durant l'expérience de la maladie telle qu'elles l'ont vécue et finalement, lors de leur période de rétablissement suite à ce problème spécifique de santé mentale. Un panorama expérientiel global est donc dévoilé et permet au lecteur de comprendre davantage la dépression selon l'optique et l'introspection des deux répondantes. Les trois unités d'analyse ont fait émerger chez ces deux femmes des sentiments, des perceptions, des réflexions et des constatations qui peuvent, à toutes fins pratiques, être classés en certaines thématiques qui seront dégagées dans une synthèse intégrative dans le chapitre de la discussion des résultats.

Étude de cas de Pénélope (répondante hospitalisée)

① Unité d'analyse: Vivre avec un trouble dépressif

Un des points culminants qui a fait basculer la vie de Pénélope est la fermeture de son entreprise qu'elle a durement encaissée: *"...tu t'aperçois que c'est une défaite personnelle, tu la prends comme une défaite personnelle...ça été un gros chambardement dans ma vie"* (p.4). Ce négativisme s'est perpétué dans une quête d'emploi pénible et infructueuse, malgré tous les efforts déployés. Elle semble convaincue que son trouble dépressif y est relié: *"Ça a commencé par la recherche d'emploi, que j'essayais de me trouver un emploi parce qu'on est comme tout le monde, on a besoin de travailler et on a le goût de travailler, mais moi, à cause que je souffre d'une maladie (arthrite rhumatoïde et psoriasis) qui demande que je sois au moins une journée que je ne peux pas aller travailler et que j'ai des conditions à respecter au niveau des traitements, ça fait en sorte que l'employeur n'est pas intéressé à prendre une personne qui a des besoins spéciaux (p.1)...mais par contre il y a des choses qui sont supposées être faites au niveau des handicaps, pour nous situer, pour nous aider à trouver de l'emploi"* (p.2). De fait, elle a essuyé une grande déception en regard du peu d'aide reçue du gouvernement provincial par rapport à sa recherche d'emploi et s'est sentie dévalorisée et aigrie: *"...j'ai fait bien des démarches puis j'ai pas eu de réponses à mes questions puis j'ai pas rien eu (i.e. pas eu d'emploi), puis c'est ça qui m'a très déçue parce*

que j'ai frappé à des portes, j'ai fait venir de l'information que même les centres d'emploi ici n'avaient jamais vus...puis la seule réponse que j'ai eue: «On a votre nom sur la liste pour 2 ans». Comme ça, ça te dit quoi?... moi je me suis sentie à ce moment-là tout à fait diminuée, en voulant dire que je suis nulle, que je ne vauds rien, que je n'apporte rien. La seule chose...que j'apporte chez nous, ce sont des dépenses et des dépenses, bien je n'en ai pas à faire...rien qu'en médication, bien c'est une fortune” (p. 2). Elle accuse également de l'amertume envers cette autorité gouvernementale quant à l'équité d'emploi: “Le gouvernement est là...pour dire que... pour tant de «X» nombre d'employés qu'on a de réguliers, ça nous prend une personne handicapée...c'est ce qui est dit, mais c'est pas fait...j'ai devenue tellement agressive...à force de te faire dire non, puis de te faire fermer les portes au nez, puis de te faire apercevoir que tu ne sers à rien, bien tu te dis bien, qu'est-ce que je fais ici?” (p.6). Elle revient fréquemment sur ce sentiment d'inutilité qui l'envahit: “...je me sentais vraiment que je ne servais plus à rien, j'avais rien d'intéressant à dire, c'était comme ça que je voyais ma vie... tant qu'à avoir une vie plate comme ça, je me disais au moins un bibelot sert à quelque chose, il embellit la place, tandis que moi bien, je prends de la place” (p.7).

Pénélope a d'abord cru que la mort de sa mère, sa complice de toujours, avait engendré sa dépression: “l'entreprise...me permettait en même temps de prendre soin de ma mère...ma mère restait avec nous autres depuis 23 ans...Si qu'un jour, elle avait besoin d'aller chez le médecin, bien je prenais mes rendez-vous en fonction de ça, je faisais mon travail en fonction. C'est pour ça que quand la fin est arrivée pour elle...bien là, je me disais, c'est la perte de maman..., mais vraiment, c'était pas la perte de maman, c'était la fermeture de l'entreprise” (p.3)...parce que je savais que maman...elle dégradait beaucoup...je savais que la fin s'en venait...c'était évident...” (p.5).

Pénélope admet avoir versé bien des larmes: “...souvent je pleurais puis les larmes coulaient pour absolument rien (p.8)...la pression, il faut qu'elle sorte...une de mes amies m'a trouvé cette expression-là, elle dit: «On dirait que t'es comme les geysers là qu'il y a au parc de Yellowstone»” (p.9). Elle avoue que son état dépressif fut difficile pour sa relation

de couple et qu'elle souhaitait délivrer son mari de cette situation: *"Tu sais, ton couple, il en souffre énormément...c'est pour ça que j'ai voulu en finir, c'était ma raison principale, c'était de donner la liberté à mon époux. Pour qu'il se trouve une autre personne, qu'il puisse avoir du plaisir à nouveau, faire des activités que moi...je ne peux plus faire. C'est pour ça que je me dis, bon bien, pourquoi ne pas lui donner sa liberté dans le fond, c'est à quoi je sers astheure?"* (p.10). D'ailleurs, cette sensation d'inutilité fut un des éléments déclencheurs d'une idéation suicidaire avec un plan bien précis un certain vendredi soir: *"...ça a été une semaine d'enfer parce que me faire dire que je ne servais plus à rien, me faire dire que je n'avais aucune chance d'avoir de l'emploi...(p.10)...j'avais des problèmes de finances qui étaient énormes...bien tu mets tout ça dans le même sac, tu le brasses, bien un moment donné, ça a fait que la «fuse» (fusible) a sauté"* (p.11). Ce soir-là, elle avoue l'ampleur de ses dettes à son mari, qui sort prendre l'air pour absorber le tout. Pénélope reste seule avec son désespoir: *"Puis c'est là que j'ai entré en crise...c'est fini à soir là, je n'en peux plus...il me restait des fioles de méthotrexate...je me disais bon, si je peux les injecter en même temps...peut-être que ça va être assez nocif...puis bonjour la visite, bye, bye...(p.12)...j'ai essayé de me piquer et je ne pouvais pas, je me suis mise à «shaker» (trembler) puis c'était impossible"* (p.12). Depuis un certain moment déjà, elle considérait ce médicament comme une porte de sortie: *"Ces fioles-là, c'était ma béquille...quand ça allait mal, j'ouvrais ma porte de frigidaire et je regardais si elles étaient toujours là"* (p.12). Tel que mentionné dans la section sur la présentation de Pénélope, cette tentative de suicide a entraîné son hospitalisation à l'unité de psychiatrie. Néanmoins, il faut dire que sa réticence à se rendre à l'hôpital fut assez vive: *"...je voulais pas y aller parce que je savais...qu'ils me garderaient, puis tu sais...j'avais pas d'affaire à aller là moi..."* (p.15). De plus, à son grand désarroi, son médecin l'informe que le médicament qu'elle voulait s'injecter ne l'aurait pas tuée, mais aurait occasionné une insuffisance rénale: *"Mes moyens étaient pas bons parce que j'étais pas éduquée sur la chose...elle dit la seule chose que ça aurait fait, ça aurait affecté tes reins...puis tu aurais été en dialyse. Ah bien ça là! Non, je veux pas être branchée à une machine moi"* (p.20). Elle ne réalise donc qu'après-coup l'ampleur qu'aurait pu prendre son geste et reconnaît aisément une carence de savoirs informationnels face à cet acte.

Pénélope mentionne que son hospitalisation a eu certains bienfaits: *“...ils pensent tout pour toi, tu es bien pris soin, tu es bien encadrée, tu as des personnes ressources...tu as tes 3 repas par jour...c'est le calme, t'es bien, moi je suis une solitaire, comme ça j'étais bien dans ma chambre, puis si je voulais socialiser avec les autres, c'était plaisant aussi...”* (p.22). En outre, elle fait état qu'un de ses premiers apprentissages fut de travailler à être plus honnête avec son conjoint: *“...c'est que ça m'a mis à faire face à mon époux...d'arrêter de lui cacher des choses”* (p.22).

Quant au fait de vivre au jour le jour avec un trouble dépressif, elle trouve que le renouement social n'est pas des plus faciles: *“La chose que je trouve comme la plus difficile, c'est le contact avec les amis. Ça a changé...parce qu'on dirait que le monde, ils savent pas comment te dire, t'approcher...j'ai trouvé difficile de ne pas avoir personne qui est prêt à t'entendre répéter la même affaire peut-être bien 10 ou 20 fois...Quand je l'ai faite ma tentative, après, certaines personnes me disaient...on a besoin de toi...ils me démontraient des marques d'affection...mais on aurait de besoin de plus...une visite ou un coup de téléphone pour jaser de tout ou de rien, mais tout le monde est pris dans un engrenage...”* (pp.22-23) Toutefois, Pénélope ne fait de reproches à personne: *“...je peux pas blâmer mes chums puis leur dire...si tu m'aurais appelé ce soir-là, bien je n'aurais pas eu cette idée-là...non, je pense pas comme ça...eux autres aussi ils ont leurs problèmes, eux autres aussi ils sont pressés, eux autres aussi ils vivent”* (pp.24-25). D'après cette dernière réplique, il est visible que Pénélope a appris à compter davantage sur elle-même. Son foyer de contrôle (*locus of control*) est désormais plus interne qu'externe.

Lorsqu'on demande à Pénélope ce qui l'aide à récupérer de son trouble dépressif, plusieurs points ressortent. Quand elle peut se sentir utile envers les autres, cela fait toute une différence sur son moral: *“...mon beau-père...à la fin janvier...il est décédé...on avait beaucoup de va-et-vient puis de tralala à s'occuper puis dans ce temps-là, je me sens dans mon élément, je sens que quelqu'un a besoin de moi puis là, ça va bien dans ce temps-là, je pense pas à mes bobos, je pense pas à rien d'autre, vas aider à ce monde-là, c'est eux autres qui ont besoin de toi. Moi, en autant que quelqu'un a besoin de moi, c'est correct ça”* (p.25).

Pénélope vit davantage un jour à la fois, au lieu de trop anticiper l'avenir: "...je pouvais visionner 6 mois d'avance...tandis qu'au jour d'aujourd'hui, ils nous ont appris à vivre au jour le jour, puis la prière de la sérénité, c'est vrai dans le fond...c'est moins compliqué" (p.27). Elle prend également les choses plus à la légère et fait moins une montagne avec les événements: "...je vais pouvoir plus passer l'éponge, ça va être plus facile...je regarde l'autre côté de la médaille" (p.31). Le rapprochement avec son mari lui est aussi bénéfique: "...on était en train de prendre deux routes complètement différentes. Tandis que là bien, on s'en va encore sur le même chemin...On s'est retrouvé là" (p.28). En dernier lieu, Pénélope est convaincue que la médication l'aide énormément: "...j'ai de l'aide avec les médicaments...des antidépresseurs, de quoi pour dormir...Ah, je suis «sûre» de ça...le baume est plus là tout de suite" (p.31).

En ce qui concerne la deuxième unité d'analyse, les propos de Pénélope furent plus concis, mais quand même très révélateurs.

② Unité d'analyse: Le besoin d'apprendre en ce qui a trait à la maladie

Pénélope a ressenti le besoin d'apprendre pour mieux composer avec son problème de santé mentale. Le déclic semble s'être produit à l'hôpital. En effet, elle a fait l'apprentissage que les stratégies de coping peuvent être différentes pour un même événement (v.g. perte d'emploi) d'un individu à l'autre: "...il y a pas personne qui réagit pareil...on peut avoir la même situation, mais ça veut pas dire qu'on va réagir de la même façon" (p.34). Elle a aussi appris le lien probable entre le diabète non contrôlé et le trouble dépressif: "...l'histoire du diabète qui pouvait m'amener à ce stade-là,...quand elle (médecin) m'a dit ça, bien voyons, ça se peut pas"(p.34). Ceci l'a amenée à une auto-prise en charge par rapport au diabète, ce qu'elle refusait catégoriquement avant l'hospitalisation. Également, c'est à l'hôpital que Pénélope a pris conscience que les problèmes d'argent et l'accumulation de frustration en regard de la recherche d'un job ont engendré l'escalade de sa dépression: "c'est certain que le niveau financier...ton incapacité de te trouver de l'emploi puis te faire fermer les portes..." (p.35). Elle a apprécié les vidéos comme outils d'apprentissage: "...ils avaient des

vidéos qu'on pouvait...visionner. Ça, j'ai aimé ça beaucoup, c'était de quoi qui...te réveillais un petit peu...qui faisait voir d'autres angles d'une situation...” (p.35). En revanche, elle a trouvé que l'enseignement reçu fut peu exhaustif: “...le département de psychiatrie, la demande est beaucoup trop forte...mais leurs moyens sont très limités...il y a un virement de patients qui est énorme...s'il y aurait eu des choses de proposées...(pp.39-40). Pénélope aurait aussi apprécié des directives écrites sur les sessions qui étaient offertes: “*J'avais aucune idée de ce qui est offert là* (p.38). *Tu sais là,...qu'ils te mettent un dépliant ou une feuille disant, bon bien, si tu veux participer à ces thérapies-là ou ces sessions-là, bien tu l'apportes au bureau...*” (p.41). Elle admet n'avoir pas osé demander.

Passons maintenant à la troisième et dernière unité d'analyse pour le cas de Pénélope.

③ Unité d'analyse: La qualité de vie

C'est au niveau des questions de cette unité d'analyse que Pénélope fut la plus véhémente. Ses réponses furent catégoriques et il est visible que la qualité de vie est un concept sur lequel elle avait déjà réfléchi. Pour Pénélope, une bonne qualité de vie signifie trois choses, soit la santé, le travail et les amis. La santé, de même que l'autonomie qui en découle, arrivent au premier plan: “*La première, c'est certain que c'est au niveau de la santé. Quand tu as une santé, tu peux te permettre de pouvoir faire les choses à ton rythme, à ton goût et à ta façon...ton indépendance est là...ton autonomie, pour moi, c'est sacré...c'est ma santé que je verrais maintenant comme numéro 1 pour ma qualité de vie*” (p.42). Elle considère que la maladie physique est en partie responsable de la dégringolade de sa santé mentale: “...*la santé physique, si elle est bonne, c'est certain que ta santé mentale va se refléter à travers...quand mon physique était bon...mon moral était bon...j'étais tout le temps enjouée...j'avais pas toujours la larme à l'oeil...*” (p.43). En second lieu, la qualité de vie, pour Pénélope, c'est avoir un travail. Ainsi, l'impossibilité de se trouver un emploi fut donc un aspect excessivement négatif pour elle: “...*c'est ça qui m'a mis la hache dans le coeur...ce qui m'a frustrée...quand j'en parle encore, c'est que je me sens comme...moins que*

rien...chaque jour que je ne fais rien...c'est une journée perdue...(p.45)...c'est une très grosse défaite dans ma vie...c'est vraiment un échec...c'est vraiment ...je vais dire le mot honteux (p.51)...je trouve ça pire que de dire que j'ai essayé de me tuer" (p.52). Elle ne veut pas être considérée comme une invalide: "...tant que tu es encore capable de mettre le pied en avant...donnez-nous de quoi à faire, tu sais là...c'est pas ma pension (d'invalidité) que je veux...c'est pas ça que je vise...c'est loin dans ma tête" (p.46). Troisièmement, le fait d'avoir un petit cercle d'amis contribue à sa qualité de vie: "Moi je trouve que des amis...des relations d'amitié...qu'on ait du plaisir, qu'on ait du fun. Une couple d'amis proches, pour moi, ça me suffit. Euh, il vaut mieux en avoir moins et en avoir des bons ..." (pp.46-47).

Pénélope considère qu'avoir appris sur sa condition de santé a certainement amélioré sa qualité de vie. En particulier, elle a appris à reconnaître ses limites et à dire non: "*...ils nous ont donné des petites armes...des petits moyens...comme de repousser s'il y a quelqu'un qui veut t'embarquer là...savoir dire non, savoir t'affirmer, parce que ça, un moment donné, t'oses plus le faire...*" (p.50). Quant à son processus décisionnel, elle avoue être moins ambivalente, mais reconnaît qu'elle doit davantage se faire confiance: "*...je fais-tu la bonne décision, il y a des fois où c'est plus facile que d'autres...c'est encore fragile*" (p.50).

En terminant, mentionnons que, malgré sa tentative de suicide, Pénélope dit aimer la vie, pourvu que celle-ci soit productive, ce qui en fait sa qualité: "*Tu sais...la vie, c'est un petit mot avec trois lettres, mais qui veut en dire beaucoup... Pour moi,...chaque jour que je ne fais rien...c'est une journée perdue, perdue dans le sens du terme que c'est perdu avec des lettres majuscules (p.45). Pour moi, le temps, ça vaut de l'or*" (p.51).

Penchons-nous maintenant sur l'analyse interprétative de la deuxième étude de cas.

Étude de cas de Diana (répondante suivie au Centre de Jour)

① Unité d'analyse: Vivre avec un trouble dépressif

L'intervention chirurgicale de Diana fut une épreuve difficile pour elle: *“ça m'avait stressée...de savoir que j'avais un kyste dans la tête...ça été une grosse opération...ça a pas été facile”* (p.3). Lorsque des malaises physiques persistent au cours des mois suivant la chirurgie et que le médecin lui fait part qu'elle souffre d'un trouble dépressif et que ses maux sont psychosomatiques, elle avoue avoir ressenti du mécontentement: *“...mon médecin a trouvé que j'avais euh...des problèmes psychologiques parce que j'avais passé toutes sortes de tests, puis il y avait rien d'anormal (p.4)...puis les problèmes que je démontrais, bien c'était pas relié à l'opération, c'était plus relié à un genre de dépression, malgré que c'était des problèmes physiques (p.6)...au début quand il m'a parlé de ça, ça m'a fâchée. Parce que moi, je sentais que c'était plus physique que dépressif là”* (p.18). Diana vit mal avec la langueur quotidienne émanant du trouble dépressif: *“J'aime pas ça. J'aime pas ça du tout parce que, moi ma mentalité c'est...quand t'es malade, c'est une perte de temps...je me trouve pas vaillante, puis j'aime pas ça d'avoir pas le goût de faire mon ménage...(p.7)...j'aimais ça travailler à l'extérieur parce que ça m'obligeait à me lever, à me toiletter...”* (p.8).

Pour tenter de composer avec sa dépression, elle rencontre une psychologue régulièrement. Au fil de cette psychothérapie, elle réalise que ses difficultés semblent focaliser autour de son emploi: *“...c'est plus pour le côté travail...comment je vivais mon travail avant d'être arrêtée...puis là justement...il sort des problèmes du travail...qui fait que ça peut peut-être m'influencer à ...penser si je suis malade plus longtemps, je retournerai pas travailler, ou que j'aimerais plus retravailler là...il y avait des petits problèmes avec mon patron...beaucoup de stress...”* (pp.9-10). Le retour au travail apparaît problématique et on remarque une certaine ambivalence à cet égard: *“...ça a peut-être un impact sur le fait que je traîne à retourner...je vois qu'il y avait des problèmes avant que j'arrête...des problèmes qui me stressaient...mais que je combattais puis je me rendais pas compte à quel point ça*

pouvait m'affecter...j'aimerais y retourner, mais j'aimerais pas revivre ce que je vivais..." (p.39). De plus, elle avoue qu'elle conçoit péniblement un changement d'orientation dans son travail: "...à mon âge...j'ai pas de diplôme...j'ai un bagage d'expérience mais...où je vais aller appliquer,... dans quel domaine je vais m'en aller?" (p.39). Notons que Diana éprouve de la difficulté à parler du harcèlement dont elle est victime au bureau et pourtant, il est apparent que cela la dérange beaucoup: "...il y a un petit peu de harcèlement dans ça là, tu sais... (p.10)...c'est pas du physique, c'est du psychologique, tout le temps...ça m'agace, ça me stresse. Je me sens toujours coincée (p.48)...je le fuis souvent, parce qu'il a quand même tendance à vouloir me toucher « des fois »..." (p.49). Cette nécessité d'être toujours sur le qui-vive au travail semble avoir inconsciemment grugé la résistance physique et mentale de Diana. Elle admet avoir maintes fois déplacé son irritabilité sur son conjoint, en rentrant le soir: "...malheureusement, je jetais ça sur le dos de mon mari...Je me défoulais sur lui là....je m'en rendais compte mais...j'avais pas de contrôle là-dessus" (pp.10-11).

Diana n'a pas beaucoup élaboré sur ce qui l'aide à récupérer de son trouble dépressif. Elle mentionne toutefois certains loisirs, notamment la télé et les mots croisés: "...je regarde les programmes que j'aime là...je prends le temps de m'arrêter pour faire ça...En me levant le matin, je m'assois dans mon solarium avec mon verre de jus puis je fais mes mots croisés là" (pp.12-13). Diana trouve que son état de santé stagne: "Pour être franche, je trouve pas qu'elle (santé) s'améliore tellement. Parce que j'ai encore tous mes symptômes physiques...j'ai mal à la tête, j'ai mal à la gorge, ça revient pas ça là...la langue qui brûle, le goût de métal ou d'acide dans la bouche. J'ai des douleurs" (pp.13-14). De plus, la concentration et la mémoire ne sont pas de la partie, ce qui lui occasionne des difficultés à suivre les sessions au Centre de Jour: "...même cette semaine, en thérapie de jour là,...j'étais pas là. J'étais là physiquement mais mentalement, j'étais pas là, elle (infirmière) parlait puis à un moment donné, elle dit: «Pouvez-vous me répéter ce que je viens de dire?» J'avais aucune idée là..." (p.14).

Regardons maintenant la deuxième unité d'analyse.

② Unité d'analyse: Le besoin d'apprendre en ce qui a trait à la maladie

Malgré le fait qu'elle fut frustrée au départ par le diagnostic de trouble dépressif apposé par son médecin, Diana a rapidement enclenché des mesures pour s'aider: "...ça m'a fâchée un peu mais j'ai quand même accepté de suivre...une médication...puis de la thérapie puis de rencontrer des personnes pour m'aider...oui, tout de suite" (p.19). Par contre, elle mentionne qu'une certaine période d'adaptation au Centre de Jour fut nécessaire avant que l'apprentissage soit valable: "...c'est que la première semaine de thérapie, euh, j'enregistrais pas parce que j'étais comme stressée, c'était nouveau puis tout ça...La deuxième semaine, ça allait beaucoup mieux" (p.21). Un élément qui a aussi joué dans la balance pour l'apprentissage fut l'annonce du départ possible de son médecin traitant, un mois après le début de ses thérapies de groupe, ce qui a engendré un déséquilibre manifeste: "...quand j'ai su pour mon médecin là, j'ai l'impression que c'est ça qui m'a redéclenchée de nouveau parce que cette semaine pfff, ça enregistre plus, j'ai plus de concentration...Comment ça va tourner cette affaire-là,...ça me stresse beaucoup, beaucoup" (p.22). Dans l'ensemble, Diana considère avoir appris sur son problème de santé, bien que ses réponses soient un peu vagues: "Bien, ça nous éclaire un peu parce que bien des fois, il y a des problèmes qu'on se rend pas compte à quel point ça peut nous affecter...puis là, cette thérapie-là, ça nous fait réaliser...qu'on est pas tout seul dans ça" (p.20)...Ça fait pas mal le tour. Ça touche pas mal... à plusieurs aspects (p.24). Diana est consciente qu'elle doit relativiser et individualiser l'enseignement reçu en groupe: "Il faut quand même qu'on sache se retrouver dans chaque aspect chaque semaine...Chacun a son problème différent" (p.24).

En dernier lieu, au niveau du phénomène de la perte occasionné par le suicide de sa mère il y a cinq ans, Diana n'a pas assez appris à lâcher prise, comme l'en témoigne son deuil qui n'est pas entièrement résolu: "...Il m'arrive encore d'y penser...de me culpabiliser, de dire pourquoi qu'elle a fait ça ou qu'est-ce que j'aurais pu faire? J'ai toujours fait mon gros possible à son niveau. C'était une personne très exigeante à mon égard...puis je me dis qu'elle aurait dû être fière de moi puis...elle pouvait pas te dire c'est bon ou c'est beau...Il y avait toujours...du négatif dans tout ça...elle est partie sans qu'on puisse régler ça, eh?

(pp.25-26). *Oui, il y a un petit quelque chose qui accroche là*” (p.27). Diana traîne cette relation manquée comme un boulet.

③ Unité d'analyse: La qualité de vie

Notons que cette fois encore, Diana fut moins précise dans ses propos que l'a été Pénélope. En ce qui a trait à la signification d'une bonne qualité de vie pour Diana, la première chose qu'elle évoque est le sentiment d'utilité, mais sans trop élaborer: *“C'est d'être capable de faire euh..., d'être utile dans ma journée, de...(silence)”* (p.28). Le fait que son mari soit malade influe également sur sa qualité de vie: *“...l'état de mon mari me stresse beaucoup, puis ça fait longtemps que ça me stresse parce que ça fait déjà euh...depuis 1989 qu'il a fait sa grosse crise de coeur...ça m'arrive, quand il dort puis qu'il bouge pas, ça m'arrive d'aller au-dessus de lui puis sentir son « respire », ou voir si son ventre bouge, si vraiment il est encore en vie...C'est vraiment quelque chose qui me dérange”* (p.29). Dans la même veine, la discorde familiale avec son garçon touche également une corde sensible: *“...j'ai un fils qui demeure pas très loin de chez nous puis il nous parle pas...pas du tout...ça date de deux ans passés. Ah, ça dérange...surtout qu'il reste pas loin... puis qu'il passe en avant de la maison”* (p.30). Les soucis financiers sont également de la partie: *“...j'ai des problèmes avec les assurances (salaire) parce que le médecin est pas là pour remplir les formules puis...pas d'argent...les « bills » (factures) rentrent quand même, les grosses taxes de propriété....faut manger, on a des médicaments, on n'a pas d'assurance pour les médicaments, on prend à peu près comme 200-300 piastres par mois de médicaments....s'il y a pas d'argent qui rentre, bien, ça vient stressant, puis ça rend agressif...irritable (p.31). ...un moment donné, j'avais plus de Celexa (antidépresseur), puis j'avais pas d'argent pour en acheter, ça fait que je les ai arrêtés... (p.32)...puis le médecin...il me les a donnés euh...des échantillons”* (p.33). Finalement, la spiritualité de Diana joue un rôle évident, quoiqu'un peu mitigé et en retrait, dans la qualité de sa vie: *“Oui...pas pratiquante peut-être, mais très croyante...Il (Dieu)...il est toujours là pour nous supporter puis il nous sort tout le temps là...Il y a toujours de l'espoir”* (p.35).

Avant son trouble dépressif, Diana considérait sa qualité de vie meilleure que maintenant pour son fonctionnement en général : *“Bien ...j’avais peut-être du mal, mais j’étais active, euh...je fonctionnais plus là, j’allais quand même à mon travail...”* (p.36). À l’heure actuelle, sa qualité de vie est vacillante en ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne. On note que plusieurs tâches lui pèsent sur l’échine : *“Pas très bonne (qualité de vie), parce que là j’ai pas le goût de faire les travaux domestiques, je vais traîner le lavage...le linge est dans la sècheuse, il est là trois jours...Ça vient le temps pour aller faire l’épicerie, je vais la reporter au lendemain, puis au surlendemain puis...on se retrouve qu’il y a plus rien à manger...J’ai pas le goût de faire à souper...prendre le temps de faire un bon repas, tu sais?”* (p.36). Néanmoins, au niveau de l’hygiène et de l’habillement, cela apparaît moins laborieux : *“Non, ça, ça va bien...je vais me forcer...à m’habiller puis à me toiletter pour sortir de la maison, parce que je sais que si je reste à la maison bien, que je vais me négliger”* (p.37).

Le réseau d’amis de Diana n’est guère alimenté et cela lui importe peu pour sa qualité de vie. Toutefois, quelques remarques désobligeantes émises par son entourage la blessent et elle se sent diminuée : *“...des amis proches, j’en avais pas tellement, en tant que couple là, puis en tant que femme là, j’ai pas d’amie de femme, toute seule pour sortir là ou aller magasiner. Exceptée ma fille...Ça fait que ça...ça a vraiment pas changé...euh excepté que les personnes qu’on avait l’habitude de rencontrer souvent, j’ai l’impression qu’ils ont changé avec moi, c’est peut-être moi qui a changé là...mais j’ai l’impression que...la façon de converser, la façon de me regarder...une personne entre autres...elle trouvait qu’on avait une plus belle maison qu’elle...puis depuis que je ne travaille pas, elle fait beaucoup de rénovations...elle est toujours en train de me regarder puis dire « je fais ça...puis je répare ça puis ça a coûté tant»... Je me sens comme abaissée...je suis pas à l’essai avec personne”* (pp.42-43).

En terminant, il est un peu paradoxal et singulier de remarquer que Diana, bien qu’elle indique avoir acquis certains apprentissages pour composer avec sa dépression, exprime malgré tout que cela n’a pas amélioré sa qualité de vie pour le moment. Elle semble n’avoir

pas assez appris pour que ça fasse une différence: *“J’aurais encore besoin...d’un peu plus d’aide, un peu plus de thérapie...parce que je sens qu’on a touché à des problèmes...que ça a ouvert des plaies, puis j’ai pas d’outils...je sais pas comment « dealer » avec ça. Par exemple, ce qu’on a sorti au sujet de mon travail, ça va être assez difficile...puis après ça...comment je dirais...côté famille, savoir lâcher prise...ça aussi, j’ai de la misère avec ça...j’ai pas encore les capacités pour...”* (pp.45-46). Notons cependant qu’il restait encore à Diana deux semaines de thérapie, voire même davantage si nécessaire et que la nouvelle concernant le départ de son médecin lui avait causé une déstabilisation dans la semaine où s’est déroulée l’entrevue.

Chapitre V

Interprétation et discussion des résultats

La chercheuse désire, dans un premier temps, tracer un portrait succinct des femmes de l'étude en regard de leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales. Par la suite, les résultats obtenus relativement aux questions de recherche et aux hypothèses sont interprétés et commentés. Cette discussion s'effectuera notamment par une comparaison des données recueillies à celles de recherches similaires lorsque possible, car il importe de préciser que peu d'études répertoriées font état des variables examinées, en particulier le concept de besoin d'apprentissage, pour la population de l'étude. En ce sens, la présente recherche se veut exclusive sous plusieurs facettes. La pertinence du cadre de référence est démontrée par l'intégration des résultats obtenus à cette assise théorique. La synthèse intégrative des deux études de cas fait suite à la partie quantitative, tout juste avant la conclusion de l'étude et les recommandations sur divers plans.

Profil sociodémographique et médical des sujets

Malgré que cet échantillon en soit un de convenance et restreint de surcroît ($n = 30$), il apparaît néanmoins opportun et intéressant de comparer brièvement, à titre indicatif, les informations fournies par les participantes à celles recensées dans les écrits. Rappelons que l'âge moyen des sujets est près de 44 ans, c'est-à-dire en plein dans le mitan de la vie (*midlife*). Peu de femmes de notre étude étaient de jeunes adultes dans la mi-vingtaine ou jeune trentaine. Pourtant, les recherches démontrent que l'incidence de la dépression est plus élevée dans les cohortes de femmes plus jeunes et qu'elle tend à diminuer avec l'âge (Leblanc, 1999; Patten, Coffey & Sawyer, 2003; Statistique Canada & Santé Canada, 1999; Townsend, 2004). Toutefois, soulignons que 80,0 % des répondantes n'en étaient pas à leur premier épisode dépressif. Cette récurrence peut expliquer un tant soit peu le constat quant à l'âge. Une autre explication possible est que ce mi-chemin de l'existence constitue également la période où la pré-ménopause commence à s'installer. Bien que le taux de dépression ne semble pas augmenter de façon notable pendant le stade ménopausique (Akiskal, 1989), il n'en demeure pas moins que le trouble dépressif peut être associé à des dérèglements au niveau hormonal (Studd & Panay, 2004; Yonkers, 2003). Dans le même ordre d'idées, le mitan de la vie se caractérise par des transitions (v.g. déclin graduel des capacités physiques,

départ des enfants, divorce ou veuvage) qui peuvent engendrer des conséquences sur la santé mentale des adultes et se traduire en symptômes dépressifs (Aldwin & Levenson, 2001; Turner, Killian & Cain, 2004). De plus, alors que les femmes plus jeunes sont davantage susceptibles d'être investies du sentiment d'invincibilité de la jeunesse, d'où une réticence possible à faire partie d'une étude sur le trouble dépressif, maladie encore infiniment taboue, les femmes au-delà de la trentaine étaient peut-être plus à l'aise avec leur condition de santé, ce qui leur a permis de se confier et de répondre à des questions spécifiques concernant leur état. Finalement, le vieillissement de la population en général est un phénomène non négligeable ici. Au cours des prochaines décennies, les professionnels de la santé auront à soigner de plus en plus de personnes âgées atteintes de divers problèmes de santé mentale (Stewart, 2002). D'ailleurs, l'investigatrice a remarqué qu'un nombre croissant de femmes de 60 ans et plus sont hospitalisées avec un diagnostic de trouble dépressif.

En ce qui concerne l'état civil, un peu plus de la moitié des femmes (63,3 %), qu'elles soient hospitalisées ou suivies en externe, sont mariées ou vivent en union libre. Les autres vivent seules, et ce, par choix ou non. Dans les recherches, certaines constatations font surface en regard de la situation matrimoniale et de la dépression chez les femmes. Abstraction faite du sexe, l'incidence des symptômes dépressifs est plus élevée chez les célibataires et les personnes divorcées (hommes et femmes). Néanmoins, lorsqu'on tient compte à la fois du sexe et de l'état civil, les taux de symptômes dépressifs sont moins élevés chez les hommes mariés, alors que les taux les plus élevés se retrouvent chez les femmes mariées et les hommes célibataires (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Statistique Canada & Santé Canada, 1999, Townsend, 2004). Étant donné que notre échantillon global est environ moitié-moitié (femmes mariées versus celles célibataires), ceci a assuré un certain équilibre de façon involontaire au niveau échantillonnal.

Quant à la scolarité des participantes, notre étude a dévoilé que la plupart ont un nombre restreint d'années d'étude. Selon James (2003), il existe une corrélation entre le niveau de scolarité et la santé globale, autant physique que mentale. Elle fait état qu'une recherche

effectuée en Grande-Bretagne rapporte que 36 % des femmes ayant des qualifications éducationnelles limitées ont souffert d'un trouble dépressif, comparativement à 7 % chez des femmes plus éduquées. Pour sa part, la présente étude révèle également que les femmes suivies au Centre de Jour sont plus scolarisées que celles qui sont hospitalisées. De fait, 60 % des sujets hospitalisés n'ont qu'une éducation primaire ou secondaire de mise à niveau, alors que près de la moitié des sujets suivis en externe (46,7 %) détiennent un diplôme post secondaire. Ainsi, le fait qu'une femme soit plus scolarisée peut avoir incité son médecin traitant à la référer directement au Centre de Jour au lieu d'envisager une hospitalisation en psychiatrie. Ceci laisse sous-entendre qu'une auto-prise en charge de l'apprentissage pour mieux composer avec sa condition de santé s'avère plus tangible et probable si les habiletés intellectuelles sont présentes. Moins de maternage et de réassurance sont nécessaires de la part des professionnels de la santé et la disposition (*readiness*) à apprendre transparait davantage dès le départ. Toujours selon James (2003), la durée de la scolarité initiale est un indicateur adéquat de participation en éducation des adultes et dans l'apprentissage à vie.

Soulignons que les femmes au Centre de Jour traînent leur état dépressif depuis plus longtemps, soit une moyenne de 23 mois, comparativement à six mois pour les femmes hospitalisées. Elles ont également hésité longuement avant de se décider à consulter, soit un peu plus de 25 semaines (contrairement à huit semaines chez ♀ hospitalisées). Il est possible de spéculer que les femmes suivies en externe croyaient vraisemblablement être capables de se sortir de ce marasme elles-mêmes et de secouer leur langueur paralysante, mais que l'apprentissage par essais et erreurs, la méthode de résolution de problèmes et les stratégies de *coping* habituelles n'ont malheureusement pas donné les résultats escomptés. Notons qu'il n'est pas possible d'extrapoler que les femmes hospitalisées ont consulté plus rapidement parce que leur dépression était plus sévère, car l'inventaire de Beck divulgue que l'intensité du trouble dépressif est équivalente chez les deux groupes (revoir tableau V à la page 108).

Le travail à temps plein ou à temps partiel fait partie intégrante de la vie de près des trois-quarts des femmes de l'étude (73,3 %). Ce constat va à l'encontre des résultats de l'étude de

Riley et Keith (2003), à l'effet que les femmes au foyer soient davantage susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif que les femmes occupant un emploi à l'extérieur de la maison. Notre résultat tend plutôt vers la théorie que les femmes qui cumulent une multitude de rôles ont plus tendance à être déprimées (Statistique Canada, 1996). Dans la même veine de pensée, il ressort de la portion qualitative de la présente étude, en l'occurrence nos deux études de cas, que des problèmes reliés au travail ont entraîné la dégringolade de leur santé mentale, ce qui rejoint les résultats obtenus par Çirakoglu, Dogan et Demirutku (2003).

Dans un autre ordre d'idées, soulignons que 27 femmes sur 30 ont des antécédents familiaux de trouble dépressif. En effet, elles ont au moins un membre de leur famille proche, particulièrement la mère et/ou la fratrie, qui en souffre ou en a déjà souffert. Cette prédisposition familiale, pouvant inclure une composante génétique, est d'ores et déjà établie dans les écrits (Boyd, 2005; Townsend, 2004).

Il appert aussi intéressant de signaler que toutes les participantes hospitalisées prennent des médicaments (i.e. antidépresseurs et anxiolytiques et/ou somnifères) pour traiter leur trouble dépressif. Il va sans dire que la thérapie médicamenteuse va de pair avec la philosophie hospitalière, qui prône la nécessité d'une gamme de pilules pour apaiser les maux du corps et de l'esprit. En contraste, les femmes au Centre de Jour sont moins médicamentées, surtout en ce qui a trait aux antidépresseurs et aux somnifères. Bien que la médication psychotrope entraîne l'engourdissement des émotions et procure un soulagement de la souffrance psychologique, il importe de réaliser que cet apaisement n'est habituellement que temporaire. La médication cessée, le mal à l'âme risque de récidiver (Cornwall & Scott, 1997), sans compter que certaines personnes sont réfractaires au traitement, comme le mentionnent Nelson (2003) et Burt (2004). Tout en ne voulant nullement dénigrer les bienfaits des médicaments, ceux-ci ne doivent pas devenir une béquille indispensable pour affronter les méandres de la vie quotidienne. Dans sa thèse qualitative, Rhea (1989) ressort la thématique "*medicating*" à titre de palliatif, en ce sens que les femmes déprimées trouvent la médication adéquate pour composer avec leurs soucis immédiats, mais qu'elles la jugent

plutôt inefficace comme solution à long terme. Par contre, certains chercheurs sont d'avis qu'un faible dosage d'un antidépresseur à titre d'entretien sur une base journalière peut être nécessaire sur une période d'un an, voire même davantage, et ce, dans le but d'éviter la récurrence des symptômes dépressifs ou du moins d'en retarder la réapparition (Burt, 2004; Thase, Entsuah & Rudolph, 2001).

En ce qui a trait aux problèmes de santé concomitants des sujets, les données recueillies témoignent que notre échantillon n'échappe pas à certains désagréments physiques (v.g. migraines, douleur au dos, tension musculaire, arthrite) qui peuvent être induits par le trouble dépressif et faire partie de la panoplie de séquelles possibles (Boyd, 2005; Mohr, 2003; Townsend, 2004).

Tout compte fait, cet aperçu de l'échantillon se compare, à certaines nuances près, tant du point de vue sociodémographique que médical, à ce que l'on retrouve dans la littérature scientifique à l'égard des femmes atteintes de dépression, à l'exception de la variable âge. De fait, nos répondantes sont un peu plus âgées que la norme.

Discussion des résultats relatifs aux questions de recherche et aux hypothèses

La première question de recherche concernait les besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif, en termes d'importance et de satisfaction. Rappelons que le questionnaire IBAF-TD est adapté exclusivement pour les femmes présentant un trouble dépressif et comprend 45 besoins d'apprentissage répartis dans six dimensions.

Importance des besoins d'apprentissage

La dimension des besoins d'apprentissage considérée la plus importante par nos deux groupes de femmes, c'est-à-dire celles hospitalisées et celles suivies au Centre de Jour, est la catégorie "faire face aux symptômes", qui comprend dix énoncés touchant l'importance d'apprendre sur des notions telles que l'irritabilité, la baisse de la libido, la perte de plaisir, les

difficultés de concentration, le manque d'intérêt et de motivation, etc. L'apprentissage de la gestion des symptômes dépressifs s'avère donc une démarche de première ligne. Qui plus est, l'item quant aux notions sur l'anxiété et les crises de panique est le besoin d'apprentissage ayant obtenu la moyenne la plus élevée dans cette dimension, et ce, chez les deux groupes, selon l'échelle de l'importance. Ainsi, les femmes de l'étude désirent apprendre comment composer avec cette émotion paralysante et dévastatrice qu'est l'anxiété. On peut ainsi déduire aisément que les répondantes possèdent un fond anxieux sous-jacent à leur trouble dépressif. Ce paradoxe rejoint les écrits récents de Burt (2004), Townsend (2004) et de Varcarolis (2002) qui indiquent que bien que le fonctionnement de l'organisme soit au ralenti, l'anxiété est concomitante chez environ 60 % de la clientèle dépressive. Notre résultat nous permet presque d'entériner ou du moins de corroborer l'hypothèse séquentielle proposée par Parker et Hadzi-Pavlovic (2001) à l'effet que l'anxiété soit le principal précurseur de la dépression, c'est-à-dire que le trouble dépressif serait un phénomène secondaire à l'anxiété. Cependant, l'irritabilité, les crises de colère et l'hostilité ne font pas vraiment partie du conglomerat psychopathologique des symptômes de nos répondantes, comme c'est le cas dans la recherche de Pasquini et al. (2004).

Par contraste, la dimension "ressources communautaires" des besoins d'apprentissage arrive au dernier rang chez les femmes hospitalisées, alors que c'est le cas pour la dimension "rehaussement du fonctionnement social" chez les répondantes au Centre de Jour. Ainsi, les sujets du premier groupe ressentent moins l'importance d'apprendre à l'égard de la procédure pour obtenir de l'aide financière, sur les possibilités de réadaptation professionnelle et le fonctionnement des groupes d'entraide, par exemple. Or, ces besoins généraux de soins s'avèrent habituellement des priorités chez une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale, comme le signalent Farran et al. (1997) et Peden (1994). Chez nos femmes hospitalisées, il faut croire que les contraintes financières sont contournées d'une certaine façon, qu'elles ne désirent pas s'orienter vers un autre emploi et que leur intérêt à discuter avec des gens qui vivent la même chose qu'elles est mitigé. Quant aux sujets du deuxième groupe, l'importance est peu aiguisée face à l'apprentissage sur la nécessité d'accroître les

loisirs, de même que sur les raisons et les façons d'améliorer les relations sociales, entre autres. Tout bien pesé, les participantes au Centre de Jour ne semblent pas réaliser que les loisirs pratiqués sur une base régulière, ainsi que le resserrement des liens via des contacts plus fréquents avec des amies ont un effet protecteur et bénéfique sur la santé mentale, en provoquant un bris des affres de l'isolement, car ce confinement volontaire mais souvent inconscient, peut devenir un gouffre profond pouvant progresser vers un point de non retour (Townsend, 2004).

En décortiquant davantage les six dimensions de l'IBAF-TD en ses 45 énoncés, les deux items qui se pointent comme étant les plus importants sont d'une part, les notions sur l'anxiété et les crises de panique et les notions sur les moyens de gérer le stress plus efficacement chez les femmes hospitalisées (avec la même moyenne de 5,93 sur 6) et d'autre part, la façon d'obtenir les soins requis et autres services du système de santé mentale et les moyens de gérer le stress plus efficacement (score de 6 sur 6) chez les participantes au Centre de Jour. À nouveau, l'anxiété et le stress se retrouvent dans le point de mire, ce qui n'est pas peu dire, ce qui rejoint la visée de Benazzi (2004) qui, suite à son étude récente, est d'avis qu'un nouveau sous-type de dépression devrait être intitulé la "dépression agitée" (*agitated depression*). De toute évidence, les remous émotionnels engendrés par le trouble dépressif semblent provoquer une vive agitation psychomotrice et un désarroi profond chez nos répondantes. Ces dernières ont le courage d'affronter cette détresse et cette appréhension qu'elles veulent atténuer par l'apprentissage de stratégies de gestion du stress. Dans la même veine de pensée, l'importance accordée par les femmes suivies en externe à l'égard de la nécessité d'apprendre la marche à suivre pour l'obtention des soins et des services de santé mentale indiquent leur désir de se prendre en charge, ce qui va à l'encontre des petites médisances lapidaires, comme "elle n'a qu'à se secouer" ou "si elle s'écoutait moins" (Barbier, 2004).

Un profil des 15 besoins d'apprentissage (sur 45) perçus les plus importants est mis en relief à la page 120 au chapitre précédent. Les items sont similaires pour les deux groupes,

sauf pour deux énoncés, soit les notions sur les difficultés de sommeil et les recherches récentes sur la dépression chez les femmes admises en psychiatrie et la relation entre le stress et la dépression, ainsi que le fonctionnement du Centre de Jour chez les femmes suivies en externe. À vrai dire, il n'est point étonnant que les femmes hospitalisées perçoivent l'importance d'apprendre à combattre leur insomnie persistante autrement que par la prise de somnifères (rappelons qu'elles en prennent toutes), car l'une des raisons principales justifiant l'hospitalisation lors d'un trouble dépressif, mise à part la tentative de suicide ou les idées suicidaires, est justement ce manque de sommeil qui peut faire tant de ravages (Varcarolis, 2002). Ce qui est un peu plus déroutant est le fait que les femmes hospitalisées attachent davantage d'importance aux recherches concernant le trouble dépressif. Or, elles sont moins scolarisées que les répondantes au Centre de Jour et la recherche d'information sur une matière de cette envergure semble étroitement liée au niveau d'éducation (James, 2003; Redman, 1993). Quant aux femmes suivies au Centre de Jour, elles veulent en apprendre davantage sur le fonctionnement de celui-ci. Ceci déconcerte quelque peu l'investigatrice, car la directrice du Centre explique de façon détaillée les modalités d'usage lors de l'évaluation initiale de la patiente. Toutefois, il est possible que certaines femmes s'ajustent moins rapidement à la routine du suivi en externe et qu'elles se sentent également légèrement mal à l'aise (i.e. certaine gêne, intimidation ou inconfort général) au début des sessions de psychothérapie de groupe qui demandent, il va sans dire, un investissement non négligeable de la part des individus. La chercheuse avait pourtant pris la précaution de rencontrer les femmes dans leur deuxième ou troisième semaine de suivi au Centre, histoire qu'elles s'y soient familiarisées.

Il s'avère propice de relater brièvement quelques besoins d'apprentissage perçus les moins importants par les répondantes et de fournir certaines tentatives d'explications. Tout d'abord, les deux groupes de sujets n'ont pas manifesté l'importance d'apprendre sur la signification d'une admission involontaire à l'hôpital. Notons que cette démarche est effectuée lorsque la personne malade risque d'être un danger pour elle-même ou pour les autres. Si elle refuse d'être admise, le psychiatre a le pouvoir de garder la personne contre son gré pour un laps

de temps d'au moins trois jours (Boyd, 2005; Townsend, 2004). D'une part, toutes les participantes hospitalisées ont accepté l'admission psychiatrique sur une base volontaire sans trop rechigner, ce qui est monnaie courante chez les personnes dépressives, car ces dernières réalisent habituellement, suite aux entretiens avec un intervenant de la santé, qu'elles sont au bout du rouleau et qu'elles ont besoin d'aide professionnelle. D'autre part, de par leurs réponses, les femmes suivies en externe auraient probablement eu la même conduite s'il y avait eu nécessité d'hospitalisation. En outre, un autre besoin peu important pour les femmes de l'étude est d'apprendre sur le lien entre l'abus d'alcool et des drogues et la dépression, ce qui va dans le sens des écrits à l'effet que les hommes qui souffrent de dépression tentent davantage d'apaiser leur souffrance psychologique en pratiquant l'auto-médication par l'alcool et les substances illicites que les femmes (Joffe & Levitt, 1998; Nandrino, 1999).

Les femmes de l'étude sont peu portées vers l'apprentissage des approches alternatives, comme les exercices de relaxation et de respiration, la visualisation, la massothérapie, l'aromathérapie, le yoga et les remèdes à base d'herbes (tel l'antidépresseur naturel millepertuis - *St-John's wort*) dans l'espoir de soulager un tant soit peu leur trouble dépressif. Ce résultat est un peu étonnant, étant donné que les médias nous bombardent quant aux vertus de ces "procédés naturels". Nonobstant, Manber, Allen et Morris (2002) rappellent que ces approches sont davantage bienfaites si elles accompagnent les traitements traditionnels, tels les antidépresseurs et la psychothérapie. Sinon, leur efficacité chute de façon drastique. Signalons qu'aucune femme de l'étude ne consommait le millepertuis, si populaire en Europe, particulièrement en Allemagne, où il remplace la majeure partie du temps les antidépresseurs qui nécessitent une ordonnance médicale. Néanmoins, peu de recherches empiriques sérieuses se sont penchées sur l'efficacité de cette plante (Mohr, 2003). Dès lors, les médecins nord-américains sont peu enclins à la recommandation du millepertuis.

Dans l'ensemble, les femmes de la présente étude réalisent l'importance d'apprendre afin de composer avec leur condition de santé mentale.

Satisfaction des besoins d'apprentissage

Avant de poursuivre, mentionnons que les besoins d'apprentissage tendent à être moins satisfaits chez les femmes en milieu hospitalier, car les scores moyens sont pratiquement toujours inférieurs, sans que la différence soit nécessairement toujours statistiquement significative. L'apprentissage reçu par les professionnels n'a pas rencontré tout à fait leurs besoins. Il est difficile de spéculer sur cette issue. Néanmoins, les propos tenus par la dame hospitalisée qui a bien voulu se prêter à l'étude de cas dévoilent que le personnel hospitalier est au minimum à l'unité de psychiatrie et que le virement de patients est démesuré, ce que peut corroborer facilement l'investigatrice. En outre, le séjour hospitalier pour un trouble dépressif a grandement diminué au fil des ans (Townsend, 2004), passant d'un mois à une dizaine de jours ou moins. L'omission de certains apprentissages est presque inévitable dans notre système de soins de santé à vitesse accélérée.

La dimension "retour sur soi" des besoins d'apprentissage de l'IBAF-TD est la moins satisfaite chez les femmes hospitalisées, alors que "faire face au stress et aux problèmes familiaux" est de loin celle la moins comblée chez les femmes au Centre de Jour. La catégorie du retour sur soi contient des énoncés (v. g. stratégies pour se sentir bien à propos de soi-même) qui demandant davantage d'introspection de la part des participantes. Rappelons que les femmes hospitalisées sont moins scolarisées. On peut extrapoler que les sujets hospitalisés sont peut-être moins à l'écoute d'eux-mêmes et que leur capacité d'autocritique est moins raffinée quant à leurs droits, mais aussi leurs responsabilités, d'exiger et de s'allouer un soin holistique, ce qui va dans le sens de James (2003). En ce qui a trait aux femmes du Centre de Jour, elles sont moins satisfaites, entre autres, de l'apprentissage acquis à l'égard de la gestion du stress et de la fatigue, aux stratégies de résolution de problèmes, aux moyens pour améliorer la communication avec les membres de la famille et aux façons de composer avec le phénomène de la perte et du deuil. Il semble apparent qu'un manque de contrôle sur leur vie n'est pas sans susciter certaines inquiétudes chez les femmes suivies en externe. Feely (1992) soutient que ce manque de contrôle engendre fréquemment un sentiment d'impuissance qui peut détériorer davantage la santé mentale. Ce même auteur mentionne que

les infirmières, en impliquant davantage les patients dans le processus décisionnel et en leur procurant des connaissances sur leur condition de santé, peuvent amener ceux-ci à reprendre la maîtrise de leur vie (Feely, 1992).

Le répertoire des 15 besoins d'apprentissage (sur 45) les moins satisfaits est identique pour les deux groupes de sujets, sauf pour deux besoins (consulter le tableau XV à la page 124). Élaborons quelque peu sur ces besoins divergents. D'un côté, chez les femmes hospitalisées, l'apprentissage sur les notions à l'égard des difficultés de sommeil, de même que sur la perte de plaisir (anhédonie) qui accompagne la dépression, est moins comblé. Selon l'étude de Akerstedt et al. (2004), un sommeil perturbé est un important prédicteur de la fatigue. L'insomnie est davantage symptomatique chez le premier groupe et par ricochet, la perte de plaisir est peut-être associée en partie à ce manque de sommeil, qui les fait se sentir comme des "poupées de chiffon" qui n'ont plus envie de rien. De l'autre côté, chez les femmes suivies en externe, les aspects du fonctionnement et la mission d'un groupe d'entraide, ainsi que les moyens d'améliorer la communication avec la famille, s'avèrent de satisfaction moindre. Il est compréhensible que les sujets du Centre de Jour, qui suivent des sessions éducatives et de la psychothérapie de groupe trois fois par semaine avec des professionnels de la santé (infirmière, psychologue et ergothérapeute en santé mentale), soient plus sensibilisés au principe d'universalité que procure un groupe, ce dernier leur permettant de réaliser qu'ils ne sont pas seuls à vivre cet état de détresse psychologique (Varcarolis, 2002). C'est pourquoi l'adhésion à un groupe d'entraide risque de les intéresser et que l'information reçue à cet effet leur paraît insuffisante. Suite à sa recherche, Karp (1992) précise que le soutien informel d'un groupe d'entraide aide les individus à cheminer dans la quête de sens de leur maladie affective. De plus, signalons que les femmes du Centre de Jour ont des enfants plus jeunes. L'incompréhension de ces derniers face à la difficulté de leur mère à exercer ses rôles de pourvoyeuse et de mère lors d'un trouble dépressif peut être une source de conflit, comme le soulignent Weissman et Jensen (2002). Cela pourrait expliquer en partie pourquoi les problèmes de communication au niveau de la famille sont plus difficiles à régler et que ces femmes sont moins satisfaites de l'enseignement reçu en la matière.

La dimension des besoins d'apprentissage la plus satisfaite pour les deux groupes est similaire. Il s'agit de la dimension "rehaussement du fonctionnement social". Les sujets sont satisfaits, par exemple, de ce qu'ils ont appris sur les raisons et les façons d'améliorer les relations sociales. Comme on l'a déjà vu, cette dimension de l'apprentissage est également perçue comme étant la moins importante pour les femmes au Centre de Jour. On peut extrapoler que les relations avec les amies ne semblent pas être outre mesure contrariées par le trouble dépressif des répondantes, ce qui s'avère un peu difficile à concevoir. De fait, les écrits dévoilent que certains amis s'éloignent et délaissent la famille dont l'un des membres est atteint de maladie mentale, comme c'est le cas également avec le cancer. L'effritement de certaines amitiés peut se produire car certains individus peuvent être gênés de côtoyer leur camarade malade, tout simplement parce qu'ils craignent de ne pas trouver les mots pour reconforter la personne (Aucoin, 1997). Des silences inopportuns dans des conversations sociales peuvent rendre mal à l'aise même les amis les plus intimes. La dame hospitalisée (étude de cas) a trouvé un peu pénible de renouer avec ses amies suite à sa tentative de suicide, mais elle a repris contact avec son petit entourage qui lui est demeuré fidèle.

Parmi certains besoins d'apprentissage les plus satisfaits, mentionnons les effets de l'exercice sur la santé, ce qui va à l'encontre d'un bilan émis par Callaghan (2004), à l'effet que l'exercice est une intervention souvent négligée en soins de santé mentale. Cette auteure met en évidence que l'exercice est bénéfique pour réduire la dépression, l'anxiété et l'humeur négative, tout en améliorant l'estime de soi et le fonctionnement cognitif. Un autre besoin d'apprentissage qui est satisfait concerne les possibilités de réadaptation professionnelle. Pourtant, le volet qualitatif de la présente étude (i.e. les deux études de cas) met en lumière que ces deux femmes sont prises dans un dilemme par rapport à leur travail. Il est possible de croire que les 28 autres femmes le sont aussi, mais qu'elles se voient difficilement changer d'emploi. Des difficultés au travail sont fréquemment associées au trouble dépressif (Barker, 2003). (N.B. Il est essentiel de signaler que ces deux besoins d'apprentissage ne constituent pas des priorités pour nos participantes. Il se peut que l'enseignement à propos de ces besoins ait été minime, tout en ayant néanmoins satisfait l'apprentissage des sujets).

Besoins d'apprentissage les plus importants mais les moins satisfaits

Rappelons que les besoins d'apprentissage les plus importants pour les sujets de notre étude, mais qui sont les moins satisfaits (moins comblés) pour eux, sont identifiés comme étant les priorités. *Ces priorités constituent les pistes à suivre par les professionnels de la santé pour concevoir un enseignement mieux adapté (car axé sur leurs véritables besoins) à une clientèle féminine présentant un trouble dépressif et dont les critères sont similaires à notre échantillon.* Ces besoins d'apprentissage sont: ① les moyens de gérer le stress plus efficacement, ② la façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale, ③ les notions sur l'anxiété et crises de panique, ④ la gestion de la fatigue et de l'épuisement et ⑤ les stratégies (moyens) de résolution de problèmes. Ces priorités sont analogues pour les deux groupes, quoiqu'une inversion quant aux besoins 2 et 3 soit présente chez les femmes du Centre de Jour (n_2).

Les résultats précédents penchent un peu dans le même sens que ceux des recherches conduites par Mueser et al. (1992), de même que celle de Payson et al. (1998). L'*Educational Needs Questionnaire*, version originale anglaise de notre questionnaire IBAF-TD, a été utilisé dans ces dernières, alors que l'étude de Chien, Kam et Fung-Kam Lee (2001) a utilisé ce même instrument de mesure traduit en mandarin. Ces trois études-pivots servent donc d'ancrage à la comparaison de nos résultats. Ainsi, dans l'étude de Mueser et al. (1992), les besoins d'apprentissage qui arrivent en tête de liste sont apprendre à mieux gérer le stress, à mieux connaître leur médication et ses effets secondaires, à mieux comprendre la dépression, à assimiler la façon dont le diagnostic est posé, de même qu'apprendre à mieux connaître comment obtenir des services et des soins du système de santé mentale. On réalise rapidement que deux de ces cinq besoins sont identiques à ceux de notre recherche. En ce qui concerne les données de Payson et al. (1998), deux priorités sont semblables à notre étude, soit apprendre à mieux connaître les soins et les services de santé mentale, de même que l'apprentissage des différentes façons de résolution de problèmes. Finalement, l'étude chinoise divulgue deux besoins d'apprentissage similaires aux nôtres et qui se révèlent également être les mêmes que ceux de Payson et al. (1998). Il s'avère approprié de souligner qu'un des

besoins d'apprentissage prioritaires dans ces trois recherches, mais qui n'a pas ressorti dans la nôtre, est celui d'apprendre à mieux connaître leur médication. Mentionnons toutefois que ce besoin est perçu très important par nos sujets, mais il est satisfait de façon modérée. C'est pourquoi il ne se hisse pas parmi les cinq priorités. Nos répondantes ont en effet reçu, par le personnel infirmier, de l'information orale et écrite à propos de leurs médicaments, incluant leur indication, leur mode d'action, les effets thérapeutiques et secondaires. L'utilité des brochures et des trousseaux informatives sur les antidépresseurs et les anxiolytiques avec des femmes atteintes de dépression est d'ailleurs démontrée dans l'étude de Bhugra et Hicks (2004). Cette méthode de transmission des savoirs (connaissances) est efficace pour des femmes fragiles sur le plan psychique, car il est possible de relire à tête reposée et en temps opportun ces consignes qui, avouons-le, peuvent être ardues à capter en une seule lecture.

Le seul besoin d'apprentissage qui s'est glissé parmi les cinq priorités dans les quatre études (Charron, 2005; Chien et al., 2001; Mueser et al., 1992; Payson et al., 1998) est la nécessité d'apprendre sur la façon d'obtenir les soins requis et autres services du système de santé mentale. La signification sous-jacente de cette observation est somme toute assez claire. Les patients atteints d'un trouble dépressif ne connaissent pas assez les ressources de santé mentale, tant en milieu hospitalier qu'en communauté, qui sont aptes à les aider à composer avec leur situation précaire de santé. Le partenariat ne semble pas suffisamment développé, alors l'auto-prise en charge est difficile à maximiser, faute de "*coaching*" adéquat.

Grâce au test de Mann-Whitney, il fut mis en relief que les femmes au Centre de Jour perçoivent les besoins d'apprentissage contenus dans les catégories "faire face aux symptômes" et "ressources communautaires" (15 énoncés en tout) comme ayant une plus grande importance que les femmes hospitalisées, mais qui sont toutefois plus satisfaits par l'enseignement prodigué. On peut extrapoler que les répondantes du Centre de Jour, plus scolarisées, recherchent probablement davantage d'information sur leur condition, ce qui peut les aider à dédramatiser leurs symptômes et, par le fait même, à mieux les supporter. De plus, elles recherchent sans doute davantage de l'aide formelle et informelle par elles-mêmes.

La question ouverte à la fin de l'IBAF-TD, où les femmes de notre échantillon avaient la possibilité d'identifier d'autres besoins d'apprentissage jugés importants et non satisfaits, a révélé qu'apprendre à composer avec le sentiment de culpabilité est d'emblée le besoin d'apprentissage le plus fréquemment évoqué, puisque 11 femmes sur 30 (36,7 %) en ont fait état. Cette culpabilité si palpable est relatée dans la majorité des écrits sur la dépression (Boyd, 2005; Harris, 2003; Nandrino, 1999; Widiger & Anderson, 2003). De plus, un item de l'Inventaire de dépression de Beck y fait allusion à titre de critère diagnostique (énoncé # 5) depuis plus de quatre décennies (Beck, 1961). Par le fait même, ce sentiment oppressant devrait être inclus dans l'IBAF-TD, dans la dimension "faire face aux symptômes", dans des recherches ultérieures avec cet instrument. La culpabilité est une manifestation sérieuse susceptible d'entraîner des conséquences négatives sur l'homéostasie psychophysiologique de personnes atteintes de diverses maladies physiques chroniques et mentales (Miller, 1992; Varcarolis, 2002), sans compter que le stigmate associé aux problèmes de santé mentale n'aide en rien à apaiser ces sentiments de culpabilité et de honte qui les assaillent (Mann & Himelein, 2004). L'investigatrice est d'avis que l'infirmière doit faire preuve d'une extrême vigilance afin de déceler ce sentiment accablant chez les personnes atteintes, en raison du scénario lugubre, mais combien tangible, de la possibilité de suicide. En somme, les femmes de l'étude reconnaissent l'importance d'apprendre à se déculpabiliser, mais ne savent pas vraiment comment s'y prendre. Par conséquent, l'équipe multidisciplinaire doit s'y pencher sérieusement.

Cette recherche met en évidence que les femmes présentant un trouble dépressif possèdent quelques acquis de départ en tant d'apprenantes à l'égard de leur situation de santé. Elles détiennent des connaissances partielles (savoirs, savoir-faire et savoir être) sur leur condition de santé et ne sont pas entièrement dépourvues. Les apprentissages réalisés semblent pour la plupart pertinents et axés sur leur vécu quotidien avec l'expérience de la maladie qu'elles tentent d'amadouer, ce qui abonde dans le sens de Knowles (1968, 1980, 1990). De fait, cet andragogue souligne que l'adulte va déployer de l'énergie à apprendre pour surmonter des problèmes de son existence quotidienne. Apprendre à composer avec son rôle de malade en

est un exemple. Nos participantes ont manifesté une ouverture d'esprit et le désir d'apprendre, ce qui va à l'encontre de la croyance populaire que les personnes dépressives ne veulent pas s'aider (Barbier, 2004; Nandrino, 1999). Dans le contexte de l'apprentissage, la plupart des femmes ont montré le goût du risque car elles veulent être informées de leur pronostic, des risques de récurrence de leur dépression, de la nécessité possible de médication à long terme et de la possibilité que leurs enfants puissent développer un trouble dépressif ou un autre problème de santé mentale (v.g. schizophrénie ou maladie bipolaire), en raison de la transmission génétique et la prédisposition familiale. De l'avis de Bélanger (1992) et de Gallant (1997), rechercher ce type d'information est une démarche risquée.

La deuxième question de recherche touchait la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif, également en termes d'importance et de satisfaction. Rappelons que l'Index sur la Qualité de Vie (IQV) comprend 36 énoncés sur la qualité de vie répartis dans quatre dimensions.

Importance des dimensions de la qualité de vie

Bien que les moyennes diffèrent quelque peu entre nos deux groupes de sujets, la dimension de la qualité de vie la plus importante est celle de la santé et du fonctionnement global, suivie de la dimension familiale, puis de la dimension sociale et économique, et finalement, de la dimension psychologique et spirituelle. De toute évidence, la qualité de vie de nos participantes gravite surtout autour de leur état de santé physique et mentale et de leur fonctionnement de vie en général. Entre autres, elles vivent des préoccupations se rapportant à leurs niveaux d'énergie, de douleur et d'inconfort physique et psychologique, à leur autonomie à prendre soin d'elles-mêmes, au degré de maîtrise sur leur vie, à leur quantité de stress et à leur sentiment d'utilité. Ces constats tendent vers le schème de pensée de Wells et al. (1989), à l'effet que les femmes présentant un trouble dépressif affirment que leur état fonctionnel (v.g. capacité d'accomplir leurs activités et leurs tâches) est nettement ébranlé. Les résultats de Wells et al. soulèvent que leurs sujets verbalisent plus de plaintes physiques, fonctionnent moins bien dans leur rôles et passent plus de temps au lit que des personnes

ayant une maladie physique chronique, telle que l'arthrite. Ces mêmes auteurs rapportent que si les patients dépressifs souffrent également d'une maladie physique chronique, la qualité de vie est davantage altérée. Rappelons que quelques-unes de nos participantes souffrent notamment d'arthrose ou d'arthrite. En ce qui a trait à la deuxième dimension de la qualité de vie la plus importante, soit la dimension familiale, il appert approprié de s'y attarder quelque peu. Pour que leur qualité de vie soit adéquate, nos répondantes attachent de l'importance à leurs enfants et à leur conjoint, ainsi qu'à la santé et au bonheur de ces derniers. Elles semblent portées à tenter de régler les différends familiaux et à faire régner une complicité entre les membres de la famille, malgré leur santé globale médiocre et les efforts à fournir. Gupta, Kulhara et Verma (1998) arrivent sensiblement aux mêmes observations.

Les dix énoncés de qualité de vie perçus les plus importants (sur 36) sont répertoriés au tableau de la page 131. Parmi ces énoncés, au moins la moitié (i.e. six chez n_1 et cinq chez n_2) émanent de la dimension 1 (santé et fonctionnement global). Par le fait même et comme il a été mentionné plus tôt, la notion de qualité de vie des sujets pivote autour de leur pathologie psychiatrique et des vicissitudes physiques et psychologiques malencontreusement engendrées par la dépression. Le profil de nos répondantes est similaire à celui mis en lumière dans d'autres études: troubles de l'appétit et du sommeil, faible estime de soi, tristesse et pleurs, culpabilisation, perte de plaisir pour toutes activités, négligence de l'hygiène corporelle et de l'apparence en général, etc. (Barge Schaapveld et al, 1999; Rudolph & Preibe, 1999).

Seuls deux items de qualité de vie de la liste du top 10 diffèrent dans les deux groupes. Examinons-les. Chez les femmes hospitalisées, l'importance face à leur propre santé, de même que l'importance accordée à leur foyer (maison ou appartement) se dressent respectivement en quatrième et huitième positions. Les femmes hospitalisées semblent plus centrées sur elles-mêmes, ce qui n'est nullement déplorable, car elles veulent s'aider et désirent s'en sortir. D'ailleurs, les professionnels de la santé les encouragent à se prendre soin de façon holistique (un esprit sain dans un corps sain), étant donné que charité bien ordonnée commence par soi-même. S'accorder du temps pour soi est essentiel pour une convalescence salutaire lors d'un

trouble dépressif (Townsend, 2004). Il est possible que les infirmières en milieu hospitalier mettent davantage l'accent sur ce point que le personnel au Centre de Jour. Quant à l'importance plus marquée à l'égard de leur foyer, il est difficile de spéculer sur cette donnée et l'investigatrice n'a recensé aucun écrit susceptible de l'éclairer à ce propos. En ce qui a trait aux femmes au Centre de Jour, elles accordent plus d'importance, pour leur qualité de vie, à l'état de santé de leur famille, ainsi qu'au fait d'avoir un emploi. Ainsi, les répondantes suivies en externe semblent plus sensibilisées au vécu des autres et réalisent davantage que leur trouble dépressif se répercute sur l'ensemble des membres de leur famille. Cela tend à appuyer les résultats de l'étude récente de Jeglic, Pepper, Ryabchenko, Griffith, Miller et Johnson (2005). Ces chercheurs font état que le trouble dépressif de la conjointe peut s'avérer un fardeau assez lourd pour l'époux, et ce, même si l'harmonie régnait au préalable au sein du couple. Cette même équipe de recherche a d'ailleurs observé que le risque de développer une dépression chez le mari et les enfants d'une femme dépressive est plus élevé. Spécifions également que le trouble dépressif est fréquemment relié à des conflits entre le travail et la famille (Zamarrippa, Wampold & Gregory, 2003). Tout en étant peut-être plus conscientes que cela risque d'affecter indirectement leur famille, les femmes du Centre de Jour considèrent néanmoins plus important d'avoir un emploi que leurs consœurs hospitalisées.

Penchons-nous sur certains résultats un peu inusités. Les énoncés de l'Index de la Qualité de Vie (IQV) qui concernent leur potentiel de longévité et leurs possibilités d'une retraite heureuse sont peu importants pour les participantes. Ainsi, l'éventualité de vivre vieilles ne semble pas tellement importante pour elles. En d'autres mots, les femmes ne semblent pas voir à long terme dans leur vie. Sans nécessairement avoir d'idées suicidaires, on peut spéculer qu'elles sont trop préoccupées à tenter de se rétablir et que toute leur énergie semble être accaparée, à ce moment, par la tentative d'amadouer cette maladie aux maintes répercussions sur leur vie quotidienne immédiate. Comme le souligne Knowles (1980), l'adulte est intéressé par les besoins d'apprentissage liés à des problèmes de vie centrés sur le moment actuel, c'est-à-dire l'ici et le maintenant (*here and now*).

Un autre énoncé sur la qualité de vie auquel les femmes de notre étude attachent peu d'importance est leur apparence personnelle. Nonobstant, il faut se rendre à l'évidence que se laver, se coiffer, se maquiller et s'habiller pour aller travailler deviennent des défis de taille qui peuvent gruger l'énergie d'une personne dépressive pourtant bien intentionnée au départ. (Nandrino, 1999; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Juste à se toiletter, la personne est déjà épuisée et vidée avant de quitter le domicile.

Satisfaction des dimensions de la qualité de vie

La dimension de la santé et du fonctionnement global arrive au premier plan en étant la catégorie la moins satisfaite (moins comblée) chez nos deux groupes. Rappelons qu'elle est aussi la plus importante. La qualité de vie des sujets est donc rudement affectée par l'altération de leur santé, et ce, tant au niveau des symptômes physiques que des difficultés psychiques et psychosociales, ce qui rejoint les résultats de Rudolph et Preibe (1999). Bien que certains symptômes puissent être psychosomatiques et sont probablement occasionnés par un schème de pensée négatif chez les répondantes, il n'en demeure pas moins que l'impact au niveau de la qualité de vie de ces manifestations difficilement contrôlables semble les importuner grandement. On reviendra d'ailleurs plus loin sur des liens impliquant la sévérité des symptômes du trouble dépressif, les besoins d'apprentissage et la qualité de vie.

Le scénario se corse quelque peu pour les autres dimensions de la qualité de vie. De fait, en ce qui a trait à la dimension sociale et économique, de même que la dimension psychologique et spirituelle, qui sont un peu moins importantes, elles s'avèrent néanmoins moins comblées (satisfaites). Par conséquent, au plan social et économique, par exemple, il y a des insatisfactions modérément importantes. En d'autres mots, bien que les femmes présentant un trouble dépressif ne demandent pas une fortune pour vivre, il leur faut quand même une quantité suffisante d'argent pour jouir d'une qualité de vie décente, car tout d'abord, la médication psychiatrique s'avère très dispendieuse. De plus, les congés de maladie ne sont pas faciles à gérer, surtout lorsque les indemnités de salaire sont retranchées de moitié ou pire encore, lorsqu'il y a absence de revenus pour des périodes assez longues. Les grosses

factures s'accumulent, ce qui est anxiogène. Selon Meerterns, Scheepers et Tax (2003), les problèmes financiers émoussent la qualité de vie et peuvent être reliés à des symptômes dépressifs. La majorité de nos sujets ont dû carrément cesser de travailler à l'extérieur ou du moins modifier leur routine d'emploi de quelque façon en raison de leur trouble dépressif. Au plan psychologique et spirituel, même si la prière et la foi ne font pas nécessairement partie du quotidien de toutes les participantes, elles en concèdent toutefois les bienfaits et peuvent ressentir un manque de ce côté si elles n'en ont pas pris l'habitude, ce qui abonde dans le sens des propos de Ferraro et Kelley-Moore (2001) qui évoquent que le *coping* religieux s'avère une avenue à titre de soutien pour les personnes présentant un trouble dépressif. La spiritualité entretient l'espoir et peut servir de soupape de sécurité en permettant d'évacuer les tensions. Quant à la dimension familiale, considérée très importante par les sujets, elle est la plus satisfaite, ce qui est une bonne nouvelle. Certains chercheurs, dont Weissman et Jensen (2002), ont cependant mis en évidence l'appréhension des personnes atteintes d'un trouble dépressif en ce qui a trait à une altération de leur rôle au coeur du noyau familial.

Concernant la nomenclature des dix énoncés de la qualité de vie perçus les moins satisfaits, mentionnons une insatisfaction au niveau de la vie sexuelle (n_1 et n_2), de l'inconfort et de la douleur (n_1 et n_2), de l'autonomie financière (n_1 et n_2), de leur bonheur en général (n_1) et de leurs loisirs (n_2). (N.B. par souci d'espace et pour éviter un dédoublement, nous n'élaborerons que sur ces énoncés, car ils ne reviennent pas dans les cinq priorités). Tout d'abord, il n'est point étonnant que la vitalité sexuelle soit à un point mort chez les participantes, car la libido est une composante qui se volatilise rapidement en présence d'un trouble dépressif (Townsend, 2004). D'ailleurs, ce désir sexuel est un critère diagnostique de l'Inventaire de la dépression de Beck (1961). En second lieu, les sujets ressentent une insatisfaction par rapport à leur niveau d'inconfort et de douleur. Leurs malaises physiques et la souffrance psychologique semblent les incommoder grandement, probablement bien au-delà de ce que l'on peut imaginer. Qui plus est, les professionnels de la santé ont tendance à minimiser ces tourments, en raison de leur nature psychosomatique. Pourtant, ils sont bien réels pour les femmes indisposées et peuvent même les conduire à tenter de s'auto-détruire

(Varcarolis, 2002). Troisièmement, le fait de générer des dépenses (via la médication par exemple) au lieu d'engendrer des revenus déplaît grandement aux participantes. Il en a d'ailleurs été mentionné un peu plus tôt dans le texte. Finalement, les femmes hospitalisées sont insatisfaites de leur bonheur en général alors que les femmes suivies en externe sont insatisfaites de leurs loisirs. Ainsi, un effet cumulatif semble se produire chez le premier groupe, car en perspective, un sentiment de bien-être associé à une satisfaction face à la vie continuent de leur échapper. Quant aux loisirs insuffisants chez le deuxième groupe, il est difficile d'en extraire la raison, mais on peut spéculer que ces femmes travaillent peut-être davantage, d'où un temps libre rétréci, ou alors elles n'ont peut-être pas appris à se faire plaisir et à s'accorder du temps pour soi.

Signalons que les femmes du Centre de Jour tendent à être moins satisfaites de leur qualité de vie, sans que la différence soit toutefois statistiquement significative. Nonobstant, cette tendance n'est pas forcément négligeable et nous invite à quelques réflexions sur ce résultat. Par exemple, les femmes au Centre de Jour ont peut-être davantage d'attentes envers la vie et envers elles-mêmes, de même que moins de tolérance dans ce qu'elles pensent être une faiblesse de caractère de leur part. Elles sont peut-être plus conscientes de la possibilité de récurrence de la maladie et peuvent craindre de ne plus pouvoir retravailler, entre autres.

Dimensions de la qualité de vie les plus importantes mais les moins satisfaites

Les priorités sont identifiées comme étant les énoncés de qualité de vie qui sont les plus importants mais les moins satisfaits chez nos répondantes. Il s'agit des grandes prérogatives sur lesquelles les professionnels de la santé, à titre d'éducateurs d'adultes, doivent mettre l'accent pour l'enseignement et les soins. Elles sont: ① le fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie, ② votre tranquillité d'esprit, ③ l'énergie nécessaire pour les activités quotidiennes, ④ le degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie, ⑤ votre santé (n_1), ⑥ le fait d'avoir un emploi et l'insatisfaction de ne pas travailler (n_2). Quatre des cinq priorités sont analogues pour les deux groupes de sujets.

Les deux premières priorités de la qualité de vie sont révélatrices quant au stress vécu par les sujets de la présente étude. De fait, avoir l'esprit tranquille (*peace of mind*) se démarque comme une nécessité que l'on pourrait quasiment qualifier de besoin de base pour les répondantes. Ce besoin étant brimé par maintes préoccupations stressantes, le trouble dépressif a libre cours de se déployer, car, comme on l'a vu auparavant, la relation entre l'anxiété et la dépression est d'ores et déjà bien établie dans les écrits (Benazzi, 2004; Boyd, 2005; Mohr, 2003). On peut même se risquer à dire que le trouble dépressif chez nos répondantes est vraisemblablement secondaire au stress et à l'anxiété, tel que mentionné par Parker et Hadzi-Pavlovic (2001). Du moins, il va sans dire que l'anxiété et la dépression vont de pair ici.

La troisième insatisfaction la plus importante qui affecte la qualité de vie est le manque d'énergie pour vaquer aux tâches de tous les jours. Cette grande fatigabilité difficile à ébranler est perçue comme étant très bouleversante. Entre autres, elles (i.e. études de cas) rapportent une diminution de leurs capacités pour les travaux ménagers (v.g. repas, lessive, ménage) et les emplettes dans les magasins, en particulier l'épicerie. Redisons qu'il est certes très blessant et offensant pour les personnes affligées d'un trouble dépressif de se faire dire qu'elles n'ont qu'à se "secouer" et qu'elles doivent cesser de végéter (Barbier, 2004). Ce manque d'énergie est nettement hors de leur contrôle. Cela dit, la quatrième priorité consiste justement en ce degré de maîtrise que les femmes de l'étude exercent sur leur vie et qui s'avère primordial pour elles, mais qui est non comblé. De toute évidence, le contrôle sur leur destinée leur échappe et elles en sont aigries et amères, ce qui est tout à fait normal.

La santé est plus importante et moins satisfaite chez les femmes hospitalisées, alors que pour l'autre groupe, le fait d'avoir un emploi est très important et l'insatisfaction de ne pas travailler prend le dessus. Les femmes hospitalisées essaient peut-être de se détacher de l'image préconçue à l'effet que les personnes dépressives sont des êtres dépendants du système de santé, d'où leur insistance à vouloir se débrouiller seules et leur hésitation à quémander de l'information et du soutien formel pourtant bien justifiable.

Malgré tout, il faut mentionner que les répondantes perçoivent leur qualité de vie comme étant modérément satisfaite dans l'ensemble. Il apparaît quelque peu difficile pour l'investigatrice d'en extrapoler les raisons, car d'un oeil extérieur, les sujets semblent dûment hypothéqués. Cependant, en se penchant sur les écrits empreints de discernement d'autres chercheurs, il semble pertinent de se rallier à leur schème de pensée qui consiste, en quelque sorte, à déduire que si la personne affiche son statut de malade ou se définit comme tel, elle peut craindre de mettre en péril les droits et les obligations qu'elle possède lorsqu'elle est en santé. Il ne serait donc point étonnant que les femmes souffrant d'un trouble dépressif préfèrent placer l'accent sur un sens de normalité (*normalcy*) au lieu de se morfondre sur les limitations imposées par leur condition de santé.

Ce concept de normalité réfère aux efforts déployés pour vivre aussi normalement que possible, en dépit des restrictions imposées par la maladie. Wiener (1975) a d'ailleurs décrit au préalable le même phénomène chez les arthritiques, alors que Lubkin (1990) et Miller (1992) renchérissent qu'une maladie chronique fait souvent surgir ce besoin de normalité chez la personne atteinte et son entourage immédiat. Nos répondantes se rendaient probablement compte que quelque chose n'allait pas, mais ne voulaient pas se l'avouer. C'est peut-être pour cette raison que l'intervalle de temps avant de consulter le médecin a été fort long. Pour leur part, Rudolph et Preibe (1999) déclarent que les personnes atteintes subissent une altération de leur qualité de vie en raison de l'impact, même léger, d'un trouble dépressif sur plusieurs dimensions de la vie quotidienne. Notons que ces auteurs ont étudié la qualité de vie de trois cohortes de femmes, soit des femmes ayant une dépendance à l'alcool, des femmes atteintes de schizophrénie et des femmes présentant un trouble dépressif. Ces dernières sont de loin les moins satisfaites de leur qualité de vie, parmi les trois sous-groupes. Après réflexion, l'investigatrice estime pouvoir prétendre qu'étant donné des fluctuations quotidiennes dans les symptômes physiques et psychologiques du trouble dépressif, ainsi que du haut degré d'incertitude engendré sur plusieurs facettes par le trouble dépressif, ces motifs peuvent plausiblement expliquer pourquoi la qualité de vie leur apparaît quelque peu boiteuse. Aux yeux de l'investigatrice, il appert que rien ne semble acquis pour ces femmes à l'âme meurtrie.

Ceci vient clore la discussion des résultats de la partie descriptive de la présente recherche. Voici maintenant les réflexions sur la portion corrélacionnelle de l'étude qui comprend trois volets: les relations entre la sévérité de la dépression et les besoins d'apprentissage, les relations entre la sévérité de la dépression et la qualité de vie, de même que les relations entre les besoins d'apprentissage et la qualité de vie. Notons que les relations ne permettent aucunement de conclure à des liens de causalité ou d'explications absolues, car aucun traitement, expérimentation ou manipulation n'ont eu lieu.

Relations entre la sévérité de la dépression et les besoins d'apprentissage

Les statistiques ont révélé qu'une relation positive faible ($r = 0,34$; $p < 0,06$) existe entre la sévérité du trouble dépressif et l'importance des besoins d'apprentissage (toutes dimensions incluses), mais seulement lorsque l'échantillon est pris globalement. Ainsi, plus la dépression est sévère, plus les 30 femmes perçoivent leurs besoins d'apprentissage comme étant importants. Néanmoins, l'intensité du trouble dépressif semble n'être qu'un faible prédicteur ($R^2 = 0,11$) quant à l'importance d'apprendre à propos de ce problème de santé mentale, car la sévérité de la dépression n'explique que 11 % de l'importance accordée aux besoins d'apprentissage. Il est possible que l'état d'esprit mélancolique et pessimiste des participantes ait déclenché une certaine distorsion cognitive qui a pu entraver quelque peu l'apprentissage, bien que Hale et al. (1993) exposent que la dépression exerce peu d'effet sur la performance intellectuelle en général. Pour leur part, Garnerfski, Teerds, Kraaij, Legerstee et van den Kommer (2004) rapportent que plus leur dépression est sévère, plus les femmes de leur étude utilisent des stratégies cognitives émotionnelles négatives, comme la rumination, se blâmer (*self-blame*) et catastropher (*catastrophizing*). Ce négativisme teinte l'univers des femmes en gris et les empêchent peut-être de réaliser l'importance d'apprendre sur leur condition de santé.

À l'opposé, l'investigatrice n'est pas en mesure d'affirmer que plus la dépression est sévère, moins les besoins d'apprentissage sont satisfaits chez les sujets de l'étude, ce qui était certainement plausible. Bien que cette corrélation soit effectivement négative, l'hypothèse

d'une relation négative significative entre ces deux variables n'est pas supportée au niveau statistique. Il est un peu ardu d'en spéculer les raisons, bien que nos résultats tendent à corroborer ceux de Clark et al. (1985) à l'effet que les symptômes cognitifs du trouble dépressif (v.g. diminution de la concentration et de la mémoire) ne sont pas forcément des indicateurs d'une altération du fonctionnement intellectuel. Même si nos participantes avaient probablement un rythme d'apprentissage ralenti en raison de ces symptômes cognitifs, il n'en demeure pas moins qu'elles sont satisfaites de ce qu'elles ont appris.

Selon l'échelle de l'importance, une seule dimension des besoins d'apprentissage, soit "faire face aux symptômes", a corrélé de façon positive et modérée avec la sévérité de la dépression, et ce, chez le premier groupe seulement. Ainsi, plus la dépression est sévère, plus les femmes hospitalisées trouvent important d'apprendre à gérer leurs malaises physiques et psychologiques, probablement en raison du fait que ceux-ci deviennent de plus en plus monopolisants et incommodants, bien que la chercheuse ne puisse s'appuyer sur aucun écrit inventorié afin d'interpréter ce résultat. Pour leur part, les répondantes du Centre de Jour, plus scolarisées, ont peut-être recherché davantage d'information sur leur condition à travers différentes ressources, ce qui a pu entraîner une minimisation de leurs symptômes.

Selon l'échelle de la satisfaction, seule la dimension six de l'IBAF-TD, soit le "retour sur soi" a corrélé de façon significative avec la sévérité de la dépression, et ce, de façon modérée et négative, chez les répondantes suivies en externe. Par conséquent, plus le trouble dépressif est sévère, moins les femmes du Centre de Jour sont satisfaites de ce qu'elles ont appris en regard de cette catégorie. Rappelons que cette dimension contient des énoncés de nature plus introspective, comme par exemple, l'apprentissage des stratégies pour se sentir bien dans sa peau. Bien que les sessions d'enseignement étaient structurées au Centre de Jour, il est vrai que les femmes étaient davantage laissées à elles-mêmes, dans le but de favoriser leur auto-prise en charge. Il est possible que la *guidance* et la rétroaction constructive aient été insuffisantes, même si elles sont plus scolarisées que leurs consœurs hospitalisées. Il faut quand même un minimum d'accompagnement et d'encouragement.

Relations entre la sévérité de la dépression et la qualité de vie

La chercheuse ne peut avancer que plus la sévérité du trouble dépressif est grande, plus les participantes considèrent les dimensions de la qualité de vie comme étant importantes. Qui plus est, cette relation s'avère être positive au lieu d'être négative (mais non significative) comme il avait été prédit dans l'hypothèse. Ce bilan un peu déroutant apparaît un peu difficile à expliquer. On peut spéculer que les femmes de notre échantillon sont trop fragiles psychologiquement, que leur humeur est trop émoussée pour se rendre compte de l'ampleur de l'impact de leur problème de santé mentale sur leur qualité de vie. Cette vulnérabilité à fleur de peau peut exhorter le cerveau à se mettre dans un certain état d'apathie et d'anhédonie et refuser d'offrir une collaboration cognitive adéquate.

En revanche, statistiquement, il a été possible de rapporter que plus le trouble dépressif est sévère, moins les femmes de l'étude perçoivent les dimensions qui composent leur qualité de vie comme étant satisfaites. Chez les femmes hospitalisées, cette sévérité de la dépression s'avère un prédicteur de taille de la qualité de vie. En effet, 41 % de la variance de la satisfaction de la qualité de vie chez ces dernières est expliquée par la sévérité de la dépression contre 29 % chez les femmes au Centre de Jour. Nos résultats suivent la veine de pensée de Pyne et al. (1997), de même que Rudolph et Preibe (1999), qui allèguent que les patients ayant davantage de symptômes dépressifs tendent à être moins satisfaits de leur vie et que cette qualité de vie s'améliore habituellement en cours de traitement, au fur et à mesure que les manifestations physiques et psychologiques s'estompent. L'étude récente de Munoz, McBride, Barnabie et al. (2004) expose elle aussi que la présence de symptômes somatiques chez des personnes présentant un trouble dépressif a un impact néfaste sur la qualité de vie ($p < 0,0001$). Selon eux, une sévérité plus grande des symptômes somatiques douloureux est associée à une dépression plus intense et à une qualité de vie réduite. D'ailleurs, les résultats plus décortiqués au chapitre précédent ont mis en lumière que plus le trouble dépressif est sévère, moins les femmes de la présente étude sont satisfaites de leur santé et de leur fonctionnement global (dimension 1 de l'Index sur la Qualité de Vie). Cette relation est négative et forte chez les sujets hospitalisés et négative et modérée chez les sujets du Centre

de Jour. Une relation négative et forte se dégage également entre la sévérité du trouble dépressif et la dimension psychologique et spirituelle (dimension 3 de l'IQV) chez les répondantes, ce qui tend à démontrer que plus la dépression est vive chez ces dernières, moins elles sont satisfaites de leur état psychique et de leur spiritualité. Les femmes de notre étude sont probablement croyantes et ont une certaine foi, mais cela ne semble pas suffisant pour les satisfaire lorsque leurs symptômes sont intenses. Ferraro et Kelley-Moore (2001) précisent que les personnes souffrant d'un trouble dépressif sont en quête d'une consolation religieuse, sans pour autant ressentir le besoin de fréquenter l'église. Un autre genre de spiritualité plus subtil pour les répondantes serait plus à-propos.

Relations entre les besoins d'apprentissage et la qualité de vie

Cette dernière section de la partie quantitative traite des relations mises en relief dans la présente étude entre les besoins d'apprentissage et la qualité de vie. Étant donné qu'à la connaissance de l'investigatrice, ces liens sont examinés pour la première fois sur le plan empirique, les résultats ne peuvent être comparés, mais sont du moins commentés. Par souci de concision, seules les relations statistiquement significatives sont exposées.

Rien de significatif au niveau statistique n'a ressorti entre les corrélations des échelles globales de l'importance des deux instruments de mesure (IBAF-TD et IQV). En revanche, entre les échelles globales de la satisfaction, il se dessine des résultats intéressants. De fait, chez les femmes hospitalisées, un lien positif et modéré ($r = 0,54$; $p < 0,05$) semble confirmer que plus leurs besoins d'apprentissage sont comblés, plus ces dernières sont satisfaites de leur qualité de vie. En parallèle, mentionnons que la même relation est également positive, sans toutefois être significative ($r = 0,36$; $p > 0,05$) chez les femmes au Centre de Jour. L'article de Wolf (1997) sur les besoins des clients et la qualité de vie peut prétendre servir de piste à des fins de commentaires ici. Rappelons cependant qu'il ne s'agit pas d'un article de recherche, mais d'une compilation de réflexions d'auteurs. Wolf (1997) considère qu'une relation positive entre besoins et qualité de vie est habituellement présupposée et elle indique l'importance de s'y attarder de façon scientifique. Selon Wolf (1997) et Bengtsson-Tops et

Hansson (1999), la qualité de vie serait un concept plus global, un produit à atteindre via la satisfaction des besoins globaux et ceux plus spécifiques, tels les besoins d'apprentissage, sociaux, financiers ou cliniques. La qualité de vie apparaît davantage comme une finalité en soi, une entèreté, alors que la satisfaction des besoins serait un processus dynamique en constante évolution, beaucoup plus fragmenté et compartimenté. On peut dire que la satisfaction des besoins s'appuie sur la notion d'immèdiateté par opposition à celle de long terme retrouvée dans la qualité de vie. En outre, d'après Gray, Elhai et Frueh (2004), l'éducation du patient sur sa condition de santé augmente la satisfaction face à la vie et l'adhésion (*compliance*) au régime thérapeutique.

Ceci termine l'interprétation de la partie descriptive corrélationnelle comparative de notre recherche. Penchons-nous maintenant sur la synthèse intégrative et les commentaires des deux études de cas (portion qualitative).

Synthèse intégrative et commentaires sur les deux études de cas

Suite à la discussion sur les résultats quantitatifs de la présente étude, la section suivante fait état d'une synthèse qui intègre les deux études de cas de façon à mettre en relief les similitudes, de même que les différences dans ces récits de nature qualitative. Notons que ces commentaires sont établis à partir de l'analyse interprétative des études de cas effectuée au chapitre précédent, tout en prenant également appui sur des écrits ayant trait à la dépression afin de vérifier si nos résultats confirment ou infirment ceux présents dans la littérature.

Quatorze thèmes émergent de l'analyse de contenu des trois unités d'analyse utilisés pour recueillir les propos des deux participantes. Le tableau XXXI à la page suivante rend compte de ces thématiques. Par ailleurs, après une brève allocution quant au profil sociodémographique des deux femmes, la narration qui accompagne les tableaux-résumés est divisée selon les thèmes évoqués. À la fin de la synthèse, deux autres tableaux succincts (tableaux XXXII et XXXIII p.210) permettent, en un simple coup d'oeil, de dresser le bilan des convergences et divergences chez nos deux femmes.

Profil sociodémographique sommaire des deux répondantes

Tout d'abord, mentionnons que les deux participantes sont mariées depuis un bon nombre d'années et considèrent leur vie de couple assez harmonieuse dans l'ensemble. Pénélope (répondante hospitalisée) et Diana (répondante suivie au Centre de Jour) n'ont pas exprimé qu'une mésentente conjugale fut un élément déterminant ayant contribué à leur trouble dépressif, contredisant ainsi certaines statistiques qui allèguent que les femmes mariées ont parfois tendance à être plus dépressives que celles qui sont célibataires par choix (Statistique & Santé Canada, 1999; Townsend, 2004). Quant à Côté et Wright (2003), ils font aussi état que la prévalence des désagréments maritaux est souvent grande chez les gens dépressifs.

Par ailleurs, les fluctuations hormonales liées à la pré-ménopause et à la ménopause ne semblent avoir affecté ni Pénélope (45 ans), ni Diana (54 ans), du moins elles n'en ont pas fait allusion, alors que certaines recherches démontrent que le trouble dépressif peut parfois être

associé à la physiologie reproductive en raison d'un déséquilibre au niveau de l'oestrogène et de la progestérone (Yonkers, 2003). Dans la même ligne de pensée, Deeks & McCabe (2004) dévoilent dans leur étude que la qualité de vie des femmes peut être perturbée lors de l'arrivée du stade ménopausique.

Thématiques révélées

Tel que mentionné, quatorze thèmes, dont cinq dans la première unité d'analyse, deux dans la deuxième et sept dans la troisième, se dégagent de l'analyse des études de cas. Le tableau suivant en fait le dévoilement.

Tableau XXXI

Thèmes découlant de l'analyse des données qualitatives

Analyses interprétatives des deux études de cas Thématiques révélées

① *Vivre avec un trouble dépressif:*

- Emploi ➡ principal facteur déclencheur
- Sentiments: inutilité, stress, anxiété, incertitude, culpabilité, déni, ambivalence
- Symptomatologie psychologique et physique
- Perturbation des activités de la vie quotidienne
- Décès de la mère

② *Le besoin d'apprendre en ce qui a trait à la maladie:*

- Information sur la dépression et son traitement
- Stratégies de récupération

③ *La qualité de vie:*

- Santé
 - Travail
 - Amis
 - Argent
 - Être utile
 - Soutien
 - Un jour à la fois
-

Voyons maintenant chacun de ces thèmes.

① Unité d'analyse: *Vivre avec un trouble dépressif*

• Emploi: Le principal facteur déclencheur du trouble dépressif chez Pénélope est la fermeture de son petit commerce et l'incapacité à se trouver un emploi par la suite, alors que pour Diana, des problèmes reliés au travail, tels que l'accroissement de ses tâches au fil des ans, le harcèlement dont elle est victime par son patron, de même que la difficulté à se percevoir, à son âge, dans un autre emploi, sont les éléments ayant entraîné sa réaction dépressive. Ainsi, elles attribuent toutes deux leur trouble dépressif à une cause externe que Manber, Chambers, Hitt, McGahuey, Delgado et Allen (2003), dans leur étude sur la perception des patients quant à leur trouble dépressif, classifient comme faisant partie de la dimension "*externalizing*" (externaliser). De plus, être sans emploi comme l'est Pénélope entraîne à contre-coup un faible niveau de bien-être psychologique et une pauvre santé mentale, et ce, non seulement à cause du manque d'argent, mais aussi en raison de l'absence de bénéfices non financiers reliés au fait de travailler, comme l'estime de soi, l'activité physique et mentale, le statut social et l'utilisation de ses habiletés (Artazcoz, Benach, Borrell & Cortès, 2004). Riley et Keith (2003) rapportent que les femmes mariées au foyer ont souvent plus de symptômes dépressifs que les femmes mariées oeuvrant à l'extérieur, mais il est difficile de comparer ici car Pénélope est ménagère mais non par choix. Somme toute, une certaine association existe entre le trouble dépressif et le fait d'être sans emploi ou d'avoir des difficultés au travail (Barker, 2003; Çirakoglu, Dogan & Demirutku, 2003; Fortinash & Holoday-Worret, 2003; Townsend, 2004).

• Sentiments: Les deux répondantes ont manifesté plusieurs sentiments négatifs durant l'expérience de la maladie. Le sentiment d'inutilité est probablement le plus intense et le plus dévastateur, particulièrement chez Pénélope pour qui "ne rien faire" s'avère un drame et une perte de temps qui la dévalorise grandement. Elle se sent comme une nullité qui ne vaut rien. Pour elle, être occupée, même sans rémunération, c'est l'essence de la vie. Elle "est dans son élément" surtout quand elle peut rendre service aux autres. Quant à Diana, bien que moins amère en regard de son arrêt de travail, se sentir utile est essentiel. C'est d'ailleurs la première

chose qu'elle a répondu en ce qui a trait à la signification d'une bonne qualité de vie pour elle. Tout bien considéré, il est vrai que la perception de l'auto-efficacité (*self efficacy*) constitue une des plus importantes prémisses à la santé mentale (Manber et al., 2003).

Le stress et l'anxiété font partie du quotidien de Pénélope et Diana, quoique les agents stressants ne soient pas tout à fait similaires. À part les soucis financiers qui sont un tourment pour les deux sujets et qui occasionnent, entre autres, un arrêt sporadique de la prise de médication onéreuse, Pénélope, pour sa part, se préoccupe surtout de sa santé physique susceptible de flancher à tout moment et qui constitue une barrière à cerner un travail à sa mesure. Quant à Diana, elle est particulièrement anxieuse face au harcèlement subi au travail et ressent de l'appréhension envers le retour à ce boulot. L'état de santé de son mari invalide qui présente une pathologie cardiaque de longue date la stresse énormément et la situation épineuse vécue avec son fils provoque des remous émotionnels. Endler, Macrodimitis et Kocovski (2003) rapportent la nécessité de concevoir l'anxiété comme un construit distinct de la dépression, tout en prenant conscience que ces concepts se chevauchent et s'enchevêtrent. Il est facile de remarquer que c'est le cas ici. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'une tranquillité d'esprit raisonnable est indispensable pour une santé mentale acceptable. Effectivement, rappelons que 60 % des personnes atteintes d'un trouble dépressif ont une anxiété concomitante (Nandrino, 1999; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Une étude canadienne de Walters (1993) révèle qu'un échantillon de femmes fait mention que les trois principaux problèmes de santé mentale ressentis étaient, en ordre de priorité, le stress, l'anxiété et la dépression.

L'incertitude face à l'avenir règne chez les deux participantes. En effet, Pénélope ne peut prédire quand sa mobilité finira par lâcher. D'ailleurs, c'est surtout pour cette raison que le temps pour elle vaut son pesant d'or et que chaque jour où elle ne fait rien constitue un jour perdu. En outre, elle n'a pratiquement plus d'espoir de se trouver un emploi, surtout depuis que son médecin lui a dit qu'elle est assez mal en point pour se qualifier pour une pension d'invalidité. De son côté, Diana est incertaine face à son retour au travail. L'ambivalence est palpable par rapport à la décision à prendre et suscite un certain déchirement. Bien entendu,

la précarité financière alimente le sentiment d'incertitude à long terme à la fois chez Pénélope et Diana. Notons qu'il est parfois laborieux de déterminer avec exactitude si les sentiments d'incertitude et d'ambivalence sont des facteurs qui prédisposent au trouble dépressif ou s'ils constituent des séquelles de ce trouble. Joffe et Levitt (1998) évoquent à ce propos le cercle vicieux de la dépression.

La culpabilité ressentie par la personne présentant un trouble dépressif est d'ores et déjà reconnue dans la littérature autant scientifique que vulgarisée (Muckle, 2001; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Chez Pénélope et Diana, ce sentiment est attribuable au fait qu'elles ne sont plus en mesure d'assumer la majorité de leurs rôles professionnels, familiaux et sociaux. Elles se sentent coupables d'être malades et de prendre des médicaments qui sont dispendieux, d'être incapables de travailler à l'extérieur mais également de ne pouvoir entretenir la maison et de faire leurs courses. Engendrer des dépenses au lieu de générer un revenu leur déplaît énormément et elles éprouvent de la difficulté à composer avec ce point.

Le déni fut présent de façon passagère au début de l'expérience de la maladie. Pénélope a surtout nié son problème de diabète, ce qui a certes eu des conséquences plutôt désastreuses sur sa santé psychologique. Lorsqu'informée que son trouble dépressif pouvait être attribué en partie à cette pathologie, une auto-prise en charge s'est mise en branle, notamment via un régime approprié et une médication hypoglycémiante. Néanmoins, Pénélope n'a pas spécifié si ces auto-soins furent bénéfiques. En ce qui concerne Diana, elle a reconnu la difficulté à accepter son trouble dépressif car elle était persuadée que ses malaises étaient de nature physique. Elle indique que ses maux se sont d'ailleurs peu atténués avec le passage du temps, ce qui laisse présager une incrédulité relative au fait que tous ses symptômes soient vraiment psychosomatiques. Ainsi, le déni a fait partie intégrante de la maladie, mais à vrai dire, il faut se questionner, comme le font certains auteurs, à savoir si la présence de ce déni ne représente pas plutôt un mécanisme protecteur de défense utilisé par ces deux femmes dans le but d'appivoiser la maladie (Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2004), et ce, pour apprendre à la vivre afin de mieux revivre.

• Symptomatologie psychologique et physique: Les répondantes souffrent toutes deux de divers problèmes de santé physiques qui ont des répercussions sur leur santé mentale. Pénélope est physiquement plus affligée, en raison de trois maladies chroniques, soit l'arthrite rhumatoïde, le psoriasis et le diabète Type 2. Cette dernière est consciente que ses malaises articulaires et cutanés n'iront pas en s'améliorant, bien que cela l'exaspère vivement. De plus, elle n'avait pas réalisé qu'un diabète non soigné pouvait avoir une influence aussi démesurée sur son moral. Ceci va dans la veine des résultats de Pouver, Beekman, Nijpels, Dekker, Snoek, Kostense, Heine et Degg (2003), qui signalent dans leur étude en milieu communautaire, que la prévalence du trouble dépressif augmente effectivement chez les patients ayant le diabète adulte (Type 2), surtout s'il y a présence d'autres pathologies. Pour ce qui est de Diana, la chirurgie pour l'exérèse d'un kyste gangrené derrière l'oreille n'a pas été une sinécure, mais le reste de ses symptômes physiques sont psychosomatiques, ce qui est fréquent lors d'un trouble dépressif (Joffe & Levitt, 1998). Diana est sceptique elle aussi de voir sa santé rejaillir un jour. Soulignons que la dévalorisation de soi, l'anhédonie (perte d'intérêt pour les activités ordinairement agréables), l'inquiétude excessive, de même que l'isolement font partie du lot des symptômes évoqués dans le discours des deux participantes. Les pleurs fréquents et l'idéation suicidaire avec plan furent mentionnés par Pénélope alors que la perte d'énergie, la fatigue, la diminution de la concentration et de la mémoire le furent par Diana.

• Perturbation des activités de la vie quotidienne (AVQ): Certaines tâches domestiques, comme le ménage, la lessive et l'épicerie, sont devenues un fardeau, en particulier pour Diana, du moins elle le verbalise davantage. Elle se qualifie de "pas vaillante" à maintes reprises et il est visible que cela la dérange beaucoup. En ce qui a trait aux soins d'hygiène, Pénélope n'en fait pas mention tandis que Diana fait des efforts pour se toiletter et s'habiller à chaque jour. Les sorties sociales avaient pratiquement cessé, mais elles ont recommencé un tant soit peu. Les deux répondantes n'ont pas adopté une quelconque forme d'exercice durant leur phase de rétablissement, même si elles en ont appris les bienfaits. Suite à son étude phénoménologique sur l'expérience de femmes aux prises avec la dépression, Rhea (1989)

a classifié l'activité physique comme étant une méthode "activante" pour composer avec le trouble dépressif, mais signale cependant que peu de sujets s'y adonnent vraiment.

- Décès de la mère: Pénélope et Diana ont vécu le décès de leur mère respective, la première d'un cancer généralisé deux ans auparavant et la seconde, d'un suicide il y a cinq ans. Pénélope s'entendait bien avec sa mère, alors que Diana était à couteaux tirés avec la sienne. Même si le scénario est complètement opposé, il n'en demeure pas moins que cette perte est un facteur, parmi d'autres, qui a probablement entretenu le trouble dépressif chez ces deux sujets, à défaut de dire qu'il a été un déclencheur, ce qui rejoint le schème de pensée de Çirakoglu et al.(2003) qui révèlent, dans leur étude, qu'un décès dans la famille proche s'avère une perte susceptible de causer ou d'alimenter un trouble dépressif. Bien que très attachée à sa mère, Pénélope savait que la mort de celle-ci était inévitable à plus ou moins longue échéance et elle a vu venir le coup. Tout bien considéré, elle était émotionnellement outillée pour y faire face. Diana, pour sa part, rumine davantage le suicide de sa mère qui était exigeante, contrôlante et négative. Bien qu'elle ressente encore une colère sous-jacente, elle se demande ce qu'elle aurait pu faire afin d'éviter cette tragédie. Elle manifeste des regrets à l'effet que celle-ci soit partie sans qu'elles aient pu régler leurs différends.

② Unité d'analyse: *Le besoin d'apprendre en ce qui a trait à la maladie*:

- Information sur la dépression et son traitement: Pénélope et Diana ont ressenti le besoin d'apprendre à propos de leur trouble dépressif. Elles considèrent que l'enseignement reçu a été bénéfique dans l'ensemble, mais avouent qu'elles auraient aimé en savoir davantage. Pénélope a appris à reconnaître ses limites, à s'affirmer et à dire non, ce qui est un superbe pas vers l'avant. Elle a particulièrement apprécié les vidéos qu'elle estime être des outils d'apprentissage pertinents et qu'elle a pu regarder à son rythme et à sa convenance. Ceci rejoint l'optique de Robinson et al. (1997) qui soulignent que du matériel éducationnel spécifique, en l'occurrence un vidéo et deux brochures, a joué un rôle significatif dans l'amélioration du trouble dépressif chez leur échantillon de sujets. Cependant, Pénélope

déplore quelque peu le manque d'enseignement individuel ou de groupe reçu à l'hôpital. Peu de choses lui ont été proposées. Elle est persuadée que c'est en raison du virement des patients qui est énorme au département de psychiatrie, faisant en sorte que le personnel doit voir au plus pressé, ce qui gruge dans le temps normalement alloué pour prodiguer de l'enseignement. Ces propos tendent à confirmer la réalité du virage ambulatoire. De fait, les hospitalisations psychiatriques consistent, pour la majorité, en des cas aigus qui doivent être stabilisés, comme des tentatives de suicide ou des psychoses actives. La nouvelle mentalité en matière de soins de santé penche en faveur qu'aussitôt la crise contrôlée, le patient devrait quitter, et ce, même s'il n'est pas assez outillé pour composer avec son problème de santé mentale à domicile. Rien d'étonnant que cela entraîne le syndrome de la porte tournante chez ce type de patients (Townsend, 2004). Pour Pénélope, l'expérience de l'hospitalisation s'est avérée positive. Elle s'est sentie en sécurité, bien encadrée et respectée, alors que dans l'étude de Cutting et Henderson.(2003), les femmes révèlent davantage d'éléments négatifs (v.g. déshumanisation, stigmatisation, impuissance, manque d'intimité) que positifs lors de leur séjour dans une aile psychiatrique.

Quant à Diana, elle mentionne avoir eu besoin d'une période d'adaptation, histoire de se mettre dans le ton avant que l'apprentissage puisse se produire lors des sessions de groupe au Centre de Jour. Sa concentration et sa mémoire furent également altérées en cours de thérapie suite à la rumeur du départ de son médecin traitant. Elle admet avoir quand même pu relativiser et individualiser l'enseignement reçu. Toutefois, elle indique que sa thérapie de groupe ne répond pas à tous ses besoins. Elle signale, entre autres, la nécessité d'apprendre comment faire face à son retour au travail, de même qu'apprendre à "lâcher prise" du côté familial, c'est-à-dire comment tirer un trait sur sa relation tumultueuse avec sa mère, puis avec son fils. De plus, on sent une insatisfaction face à sa psychothérapie individuelle. Pourtant, Scott et Watkins (2004) dévoilent que la psychothérapie, si brève soit-elle, semble être efficace, du moins partiellement, pour traiter le trouble dépressif, surtout si la personne prend des antidépresseurs. Meresman et al. (2003) en arrivent à la même conclusion. Néanmoins, Satten (2002) présente une étude de cas où une femme souffrant de dépression chronique

manifeste de la résistance lors de sa psychothérapie. L'investigatrice de la présente étude se permet de spéculer que Diana présente ce comportement, du moins en partie, car elle est peu loquace sur les aspects de sa vie qui sont les plus prépondérants et les plus relatifs à son trouble dépressif. Ses propos sont parfois empreints d'un quelconque détachement, voire même d'une certaine futilité. Il est visible que Diana évite de trop remuer des souvenirs pénibles (v.g. conflit avec sa mère et suicide de celle-ci) et des situations ambiguës (v.g. harcèlement et retour au boulot). Cette résistance est probablement un obstacle à un apprentissage optimal par rapport à son problème de santé mentale.

• Stratégies de récupération: Concernant les mesures utilisées pour récupérer de leur trouble dépressif, une nuance est apparente chez les deux répondantes. Au cours de son hospitalisation, Pénélope a fait l'apprentissage que chacun réagit à sa manière devant une situation similaire, étant donné que le coping, défini comme étant les efforts cognitifs et comportementaux déployés par une personne pour composer avec une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984), diffère d'un individu à l'autre. Ce constat lui a fait réaliser, entre autres, qu'elle devait changer sa perception envers son diabète. Elle accepte désormais et gère ce problème de santé physique. Cette auto-prise en charge favorise, par ricochet, un meilleur état d'esprit. En outre, elle fait preuve de plus d'ouverture en ce qui a trait à ses tracasseries financières et à la frustration d'être sans emploi. Ainsi, Pénélope analyse dorénavant et met en perspective les situations problématiques au lieu de faire de l'évitement. Rhea (1989) classe cette façon de s'adapter dans la catégorie des techniques de résolution de problèmes. À ce propos, Lazarus et Folkman (1984) considèrent que le coping centré sur le problème est meilleur à long terme, bien que le coping centré sur l'émotion (v.g. pleurer, se mettre en colère) soit quand même profitable jusqu'à un certain point à titre de soupape de sécurité. Pénélope comprend également la nécessité des antidépresseurs pour sa convalescence et accepte d'emblée cette prise de médication.

Diana, de son côté, mentionne prendre du temps pour soi afin de récupérer. Elle cible trois loisirs qu'elle affectionne tout particulièrement, soit la télévision, la lecture et les mots croisés,

ce qui suit le même schème de pensée que Çiragöglu et al. (2003) qui dévoilent que les hobbies se sont avérés une composante curative de la dépression dans leur étude. Diana verbalise néanmoins que sa santé, tant au plan physique que mental, ne s'améliore pas tellement. Pourtant moins hypothéquée physiquement que Pénélope, elle est plus pessimiste que cette dernière dans l'ensemble et il est probable que cette vision négative des choses nuit à sa convalescence. Elle reconnaît toutefois avoir apprécié l'enseignement reçu lors des sessions au Centre de Jour, bien qu'elle demeure un peu imprécise sur ce qu'elle a appris. Un des aspects positifs mentionnés fut la prise de conscience qu'elle n'est pas la seule à vivre des choses tragiques, et ce, même si chaque membre du groupe fait face à des problèmes différents. Ce concept, appelé universalité, constitue un des principes de base des groupes de thérapie, qui génère en quelque sorte un sentiment d'appartenance et peut favoriser un tant soit peu l'acceptation d'un quelconque problème de santé, par exemple (Varcarolis, 2002). Diana semble moins faire confiance à la médication antidépressive, probablement en raison du fait que le médecin a dû modifier à maintes reprises le type de médicament et la posologie. Il est possible également que Diana fasse partie de la portion de la population (35 à 40 %) chez qui les antidépresseurs n'ont pas démontré d'efficacité (Garland & Scott, 2002).

Rappelons que la recherche phénoménologique de Peden (1994) avec sept femmes dépressives a révélé que ces dernières ont fait usage de trois catégories distinctes de stratégies pour récupérer, soit les stratégies cognitives, les stratégies comportementales et la recherche d'information. D'après leur verbatim présenté au chapitre précédent et suite à l'analyse de contenu, on réalise que Pénélope a surtout opté pour les stratégies cognitives, alors que pour Diana, les stratégies comportementales furent au premier plan. Les deux répondantes ont peu recherché l'information sur leur trouble dépressif d'elles-mêmes, bien qu'elles ne furent pas réfractaires aux savoirs qui leur ont été enseignés par les professionnels de la santé.

Svedberg, Jormfeldt et Arvidsson (2003) affirment que le but ultime du soin infirmier est de promouvoir l'expérience subjective de la santé chez le patient. Leur étude a tenté de démontrer que l'expérience vécue de la maladie mentale devrait se résumer en un sentiment d'*empowerment* chez les sujets, mais leurs résultats réfutent quelque peu cette prédiction. Ici,

on peut dire que Pénélope, bien qu'encore fragile, semble maintenant capable de reconnaître et de miser sur ses forces intérieures, alors que cela reste à voir pour Diana. Tout bien pesé, Pénélope fait preuve d'une meilleure auto-prise en charge de sa santé et de sa vie en général. Ainsi outillée, le chemin de la convalescence lui est plus accessible.

③ Unité d'analyse: *La qualité de vie*

- Santé: La santé est la priorité numéro un en tant que critère d'une bonne qualité de vie pour Pénélope, car elle conçoit que diverses dimensions de sa vie découlent d'une santé adéquate, telles que l'autonomie à faire les choses à son rythme, la capacité de travailler à l'extérieur et de pratiquer certains loisirs. Pour Pénélope, la dégradation de sa santé physique a miné son moral, ce qui va dans le sens des écrits qui indiquent que le risque de développer un trouble dépressif est d'autant plus grand lorsque des pathologies physiques sont de la partie (Glod, 1998; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002). Pour sa part, Diana considérait que sa qualité de vie était meilleure avant son trouble dépressif, car elle était plus fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et se sentait "plus vaillante". Comme le signalent Cubo et al. (2002), il ne faut pas perdre de vue que la qualité de vie, souvent définie comme l'état de santé tel que perçu par le sujet est, de façon inhérente, très subjective, et dès lors, difficilement quantifiable.

- Travail: Le travail arrive en deuxième position pour une qualité de vie adéquate pour Pénélope. La souffrance psychologique liée à la fermeture de son entreprise et à l'impossibilité de se trouver un emploi est indubitable. Elle parle de "hache dans le coeur", de grosse défaite, d'échec et même de honte. Elle trouve plus difficile de mentionner qu'elle n'a pas d'emploi que d'avouer qu'elle a fait une tentative de suicide, ce qui n'est pas peu dire. Pénélope ne se perçoit pas comme invalide, malgré la chronicité de sa condition physique, bien qu'elle devra probablement en arriver à se raisonner à long terme. Quant à Diana, l'appréhension est grande en regard du retour au travail. Sa psychothérapie révèle que le harcèlement de la part de son patron semble être en majeure partie à l'origine de son désarroi affectif, mais elle se perçoit

difficilement travailler ailleurs après 25 ans, ce qui est fort compréhensible. Tel qu'il a été mentionné plus tôt, toute conjoncture ayant une relation de près ou de loin avec le travail peut être une cause de dépression (Çirokoglu et al., 2003). Pour les deux participantes, il est sans contredit que le travail est un rêve qui a mal tourné en cours de route. Rhea (1989) classerait cette dérive dans sa dimension "*A dream gone bad*".

- Amis: Un petit cercle d'amis constitue le troisième élément pour la qualité de vie de Pénélope. Elle spécifie qu'elle n'a pas besoin d'avoir une multitude de relations sociales. Quelques bons amis avec qui elle peut avoir du plaisir font l'affaire. Or, une difficulté rencontrée par Pénélope suite à sa tentative de suicide fut justement le renouement social. De fait, ses camarades étaient quelque peu gênés envers elle et ne savaient pas trop comment l'approcher et quoi lui dire. Cette attitude est fréquente après un tel drame (Varcarolis, 2002). Bien que Pénélope ne fasse vraiment de reproches à personne, elle concède qu'une oreille attentive prête à écouter la même rengaine serait appréciée. À cet effet, Nandrino (1999) spécifie que les femmes qui ont des confidents résistent mieux aux événements perturbateurs. Diana, pour sa part, a un réseau d'amis fort peu alimenté et elle s'en accommode. Sa fille semble être sa meilleure amie. La discorde familiale qu'elle entretient avec son fils semble davantage la déranger, mais elle n'a pas élaboré sur ce litige. Diana mentionne elle aussi que certaines gens semblent avoir changé à son égard. De façon introspective, elle souligne que c'est peut-être elle, en réalité, qui a changé.

- Argent: Pénélope et Diana sont aux prises avec des difficultés financières occasionnées par la maladie. Pénélope, étant donné qu'elle était travailleuse autonome, n'a pas eu droit au chômage, alors que Diana avait une assurance salaire à revenu moindre et elle a accusé du retard dans ses prestations. Ce bris monétaire a eu des répercussions sur des secteurs de leur vie. Par exemple, la prise de médication antidépressive a été cessée à maintes reprises. Diana a dû avoir recours à des échantillons offerts par son médecin. L'épicerie et les grosses factures, comme les taxes foncières, sont des soucis constants. Diana fait état que l'irritabilité

s'est mise de la partie. Meertens, Scheepers et Tax (2003) soulèvent que les problèmes d'argent peuvent être associés à des symptômes dépressifs et affecter la qualité de vie.

- Être utile: Pénélope souligne que chaque jour où elle ne fait rien constitue une journée perdue. Elle mentionne nombre de fois qu'elle ne vaut rien, étant donné qu'elle ne travaille pas. À la longue, son sentiment d'inutilité l'a tellement consumée qu'elle a voulu en finir. Pénélope réclame quelque chose à faire, et ce, tant qu'elle sera capable de mettre un pied en avant de l'autre. De son côté, Diana estime nécessaire de se sentir utile pour sa qualité de vie. Elle a de la difficulté à composer avec la léthargie, voire même l'inertie, qui se dégagent du trouble dépressif. Pour elle, être malade représente une perte de temps. Elle n'aime pas la sensation d'être obligée de se "pousser dans le dos" pour la moindre petite vétille. Les réflexions de ces deux femmes nous ramènent de nouveau au concept d'auto-efficacité qui, tel que rapporté par Manber et al. (2003), s'avère une composante de premier ordre pour la santé mentale.

- Soutien: Pénélope reçoit du soutien émotif de son conjoint. Ce dernier réalise que la condition physique et psychologique de son épouse est chancelante et il est présent pour elle. Il apprécie que Pénélope ne lui cache plus leurs ennuis financiers. Bien qu'il n'existait pas vraiment de brouille, tous deux cheminent davantage de concert. Ses amis ne sont pas toujours aussi disponibles que Pénélope le voudrait, en raison du rythme trépidant de la vie de tout un chacun. Pour ce qui est de Diana, il est difficile pour son mari invalide de lui offrir un soutien tangible par rapport au harcèlement subi, en lui proposant de quitter son emploi par exemple. Sa position précaire au niveau financier (i.e. petite pension d'invalidité) ne lui laisse pas tellement de marge de manoeuvre. Travaillant pour un particulier (et un avocat de surcroît), Diana n'a pas eu le courage de dénoncer ce harcèlement en ayant recours à diverses instances. En ce qui a trait à la spiritualité, Diana y a fait un peu allusion. Elle est croyante, bien que non pratiquante. Elle croit que Dieu est là pour la soutenir et qu'il y a toujours de l'espoir, ce qui va dans le même sens que les constats de l'étude de Ferraro et Kelley-Moore (2001), à savoir que les personnes déprimées sont parfois en quête d'une quelconque

consolation religieuse, sans nécessairement assister à la messe. Au niveau relationnel, Diana, n'ayant pas d'amis proches, ne bénéficie malheureusement pas de ce soutien informel souvent très salutaire. De plus, elle se sent abaissée par les propos d'une dame en particulier, alors qu'elle ne sent pas d'attaque à être en compétition avec quiconque.

- Un jour à la fois: Pénélope mentionne la prière de la sérénité (i.e. des alcooliques anonymes) durant l'entrevue. Au lieu de prévoir six mois à l'avance et de s'en faire pour des choses qui risquent fort de ne point se produire, elle vit maintenant un jour à la fois et fait davantage confiance au destin. Elle fait moins des montagnes avec les événements et prend les choses plus à la légère. Ses pensées sont un peu plus positives. Ces stratégies, du domaine cognitif, enclenchent un mécanisme pour contrecarrer le négativisme, comme le signale Peden (1994). Pénélope croit que les médicaments y sont pour quelque chose. Elle parle du "baume" qui est là plus rapidement, c'est-à-dire qu'un problème va moins l'affecter, la démolir. Chez Diana, une perception cognitive négative est plus évidente, ce qui entrave peut-être son rétablissement. Au lieu de focaliser son énergie sur l'ici et le maintenant (*here and now*), sa vision des événements tend vers la rumination. Par exemple, elle appréhende son retour au travail, qui pourtant ne se fera pas de sitôt, sa santé ne le lui permettant pas.

Ceci termine la synthèse des thèmes ayant ressorti des trois unités d'analyse. Somme toute, Pénélope semble mieux récupérer de son trouble dépressif que Diana qui est encore mélancolique, voire même quelque peu morose. Un certain apprentissage a eu lieu chez les deux participantes, améliorant un tant soit peu leur qualité de vie. Tel que mentionné dans la recension, Murray (2003) fait part que les entrevues avec des gens vivant une situation de vie délicate ont des bénéfices thérapeutiques. L'investigatrice de la présente étude espère avoir pu apporter un certain apaisement aux deux sujets. Il est prématuré de se prononcer à l'effet que la composante environnementale du soin, c'est-à-dire le fait d'avoir été hospitalisée ou d'avoir été suivie au Centre de Jour, ait joué un rôle prédominant dans la façon de vivre l'expérience de la maladie et d'apprendre à gérer celle-ci. Tout bien considéré, bien des facteurs sont entrés en ligne de compte, comme le type de personnalité et le cheminement de vie particulier de chacune. Il est inopportun de dire que les variables ont toutes été explorées.

Tableau XXXII

Similarités et convergences dans les deux études de cas

Étude de cas de Pénélope (Répondante hospitalisée)	Étude de cas de Diana (Répondante suivie au Centre de Jour)
<ul style="list-style-type: none"> - mariée depuis 25 ans - sentiment d'inutilité très intense - sous médication (antidépresseurs, somnifères) - problèmes financiers (mais conjoint travaille) - symptômes dépressifs présents - décès de sa mère il y a deux ans 	<ul style="list-style-type: none"> - mariée depuis 34 ans - sentiment d'inutilité présent (mais moins intense) - sous médication (antidépresseurs, anxiolytiques) - problèmes financiers (conjoint invalide) - symptômes dépressifs présents - décès de sa mère il y a cinq ans

Tableau XXXIII

Divergences dans les deux études de cas

Étude de cas de Pénélope (Répondante hospitalisée)	Étude de cas de Diana (Répondante suivie au Centre de Jour)
<ul style="list-style-type: none"> - sans enfants (accepte bien cette situation) - sans emploi (tragique pour elle) - problèmes physiques envahissants (arthrite, psoriasis et diabète) - conjoint en bonne santé - a fait tentative de suicide - avait bonne relation avec sa mère - pas de psychothérapie individuelle (car ø d'assurance) - petit cercle d'amis → important pour elle - volubile et plutôt extravertie - facilité à se confier 	<ul style="list-style-type: none"> - deux enfants (son fils de 33 ans ne lui parle plus) - difficultés au travail et victime de harcèlement (patron) - maux physiques sont psychosomatiques - problèmes cardiaques du conjoint la stresse beaucoup - n'a pas d'idéation suicidaire - relation avec sa mère était conflictuelle - psychothérapie individuelle (car assurance) - très peu d'amis et s'en accommode - moins loquace et davantage introvertie - plus réservée et discours moins élaboré

Conclusion et recommandations

Le domaine de cette recherche touchait l'apprentissage de l'adulte en situation de maladie dans un contexte pratique de soin de santé mentale. Plus précisément, la présente étude descriptive corrélationnelle comparative, menée auprès de 30 femmes, dont 15 étaient hospitalisées à une unité de psychiatrie et 15 étaient suivies en consultation à un Centre de Jour psychiatrique, avait pour but de décrire les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif, puis d'amorcer l'exploration de liens possibles entre les deux variables précitées. Les sujets ont répondu à quatre questionnaires de type quantitatif. Cette recherche comprenait également une portion qualitative sous forme de deux études de cas, dans une tentative de mieux cerner dans sa globalité l'expérience de vivre au féminin avec un trouble dépressif. Ce volet a permis de mieux saisir les phénomènes de l'apprentissage et de la qualité de vie en situation de maladie.

Le cadre de Kaufman et English (1979) sur les besoins et celui sur la qualité de vie de Campbell, Converse et Rogers (1976) ont servi d'assise à la présente étude. Suite à leur utilisation parallèle, la chercheuse considère que ces deux cadres sont pertinents et utiles pour les professionnels de la santé désireux d'améliorer leur approche de soin, à titre d'éducateurs d'adultes, auprès de personnes présentant un problème de santé physique ou mentale. De fait, l'identification des priorités au niveau des besoins d'apprentissage et des dimensions de la qualité de vie, en est facilitée.

Plusieurs données révélatrices ressortent de la présente recherche. Certains de ces résultats viennent appuyer des connaissances déjà acquises dans les écrits. Par exemple, il est évident que l'anxiété est une compagne assidue de la dépression chez nos sujets, car les deux énoncés de la qualité de vie les moins satisfaits pour ces femmes sont leur tranquillité d'esprit et la quantité de stress et de préoccupations dans leur vie. De plus, parmi leurs besoins d'apprentissage les moins comblés, on retrouve en tête de liste les moyens de gérer le stress plus efficacement et les notions sur l'anxiété et les crises de panique. Ces résultats suivent donc la même veine des propos d'un bon nombre d'auteurs qui soulignent que le trouble dépressif possède un fond anxieux dans près de 60 % des cas ou du moins que l'anxiété et la dépression sont fréquemment présentes de façon concomitante (Boyd, 2005; Mohr, 2003; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002).

Également, un peu plus du tiers des femmes ont mentionné que le sentiment de culpabilité était accablant et qu'elles aimeraient apprendre à mieux composer avec cette émotion négative oppressante. Ainsi, un énoncé traitant du fait de se sentir coupable devrait être retenu et inclus dans l'IBAF-TD lors de recherches ultérieures, étant donné que maintes femmes l'ont souligné à la question ouverte dans ledit questionnaire. Pour leur part, les deux femmes qui ont participé à l'entrevue pour une étude de cas ont d'ailleurs verbalisé sur cette culpabilité cinglante ressentie. Entre autres, elles se sentent coupables d'être malades et de prendre des médicaments dispendieux, d'être incapables de travailler à l'extérieur mais aussi de ne pouvoir entretenir la maison et de faire leurs courses. Engendrer des dépenses au lieu de générer un revenu leur déplaît énormément. De plus, un sentiment d'inutilité intense et dévastateur s'est également installé chez ces deux femmes et elles se sentent dévalorisées de "ne rien faire". Somme toute, ceci nous ramène à la perception de l'auto-efficacité qui, telle que rapportée par Manber et al. (2003), s'avère une des plus importantes prémisses à la santé mentale.

Il va sans dire que le trouble dépressif apparaît comme un problème de santé mentale qui a affecté les femmes dans leur intégralité. Les deux études de cas ont permis de vérifier que l'auto-prise en charge des besoins physiques, psychosociaux et d'apprentissage, bien qu'elle puisse être laborieuse, est quand même amorcée chez les répondantes interviewées en période de convalescence. Visiblement, la récupération s'avère lente et longue, mais empreinte de bonne volonté. Cet argument favorable devrait contribuer à démanteler certaines convictions ancrées chez le commun des mortels et même chez certains professionnels de la santé à l'effet que la personne présentant un trouble dépressif ne veut pas faire d'efforts pour s'aider et ne veut pas s'en sortir.

Le désir d'apprendre, préalable au besoin d'apprendre, est manifeste chez les femmes de notre échantillon. Elles sont ouvertes à l'apprentissage, bien que leurs actions pour obtenir de l'information ne portent pas toujours fruit. Souvent, elles n'osent pas demander, alors les membres de l'équipe de santé peuvent croire à tort que certains besoins d'apprentissage sont satisfaits.

Apprendre à propos de leur état de santé et comment composer avec celui-ci constituent des priorités pour les femmes affligées d'un trouble dépressif, d'autant plus que cette santé, avouons-le, est bien souvent synonyme de qualité de vie, comme il en fut dévoilé dans les études de cas. Il est certain que la présente étude empirique n'a pas la prétention d'avoir cerné tous les éléments se rattachant aux besoins d'apprentissage et à la qualité de vie chez des femmes dépressives, mais l'investigatrice souhaite qu'elle puisse du moins conduire les professionnels de la santé à une meilleure compréhension de la situation de vie souvent bien difficile de ces femmes. Elle espère aussi mettre en branle ultérieurement un programme d'enseignement et des outils éducationnels sur le trouble dépressif, en se basant sur les résultats obtenus, pour permettre aux femmes de canaliser leurs efforts pour le recouvrement de leur santé.

Par ailleurs, des réflexions sur quelques limites de la présente recherche s'avèrent de mise, en particulier par rapport au contexte environnemental de soin et à l'état de santé des participantes, ainsi qu'aux liens étroits entre les critères diagnostiques de la dépression et les composantes de l'Index sur la Qualité de Vie. Tout d'abord, il est vrai qu'une unité psychiatrique d'un petit hôpital général, bien qu'elle fasse partie intégrante d'un carcan institutionnel, est néanmoins un milieu encadrant qui procure une sécurité enveloppante pour les gens déprimés. Ce milieu favorise la détente et le sommeil tout en offrant une alimentation équilibrée et maintes autres attentions. Les besoins de base des participantes hospitalisées sont probablement mieux rencontrés que celles du Centre de Jour, qui dépendent d'elles-mêmes ou des membres de leur famille pour ces besoins. Les soins infirmiers et psychologiques sont également plus individualisés à l'hôpital qu'au Centre de Jour. Ce centre externe vise davantage une clientèle capable d'auto-prise en charge de sa santé et de son apprentissage et ayant une certaine facilité à s'exprimer en groupe, d'où la présence d'une limite quant à la décision du médecin d'hospitaliser la personne dépressive ou de la référer au Centre de Jour, par exemple.

En second lieu, l'état de santé lui-même des sujets constitue probablement une limite en soi. On sait que la dépression peut occasionner des distorsions négatives qui peuvent

influencer le degré de satisfaction face à différentes composantes de la vie (Rudolph & Preibe, 1999). Notons que la sévérité de la dépression s'est avérée quasi homogène dans les deux groupes selon l'Inventaire de Beck. Par coïncidence, un biais a ainsi été contourné. Également, il est vrai que le nombre de dépressions subies au cours d'une vie peut également avoir une influence sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie des personnes atteintes. Ceci n'a pas fait l'objet de contrôle dans cette recherche. Certains sujets n'en étaient pas à leur premier épisode dépressif. Il serait préférable, dans des recherches ultérieures, d'opter pour un échantillon analogue quant au nombre d'épisodes dépressifs.

Finalement, à la lumière des critères de la dépression selon Beck et des composantes de la qualité de vie de Ferrans et Powers, qui sont, somme toute, des éléments très semblables, on aurait tendance à dire que la dépression se définit, entre autres, par une diminution de la qualité de vie. Cependant, la majorité des chercheurs indiquent que la dépression entraîne une diminution de la qualité de vie, comme bien des maladies physiques chroniques ou terminales. Il semble donc qu'une même chose puisse être considérée tantôt comme un facteur de cette qualité de vie, tantôt comme une conséquence de l'amélioration de la dépression.

Cette étude espère avoir jeté un regard innovateur et conciliant sur le trouble dépressif qui demeure une pathologie encore trop fréquemment minimisée. Il est primordial d'entrouvrir et de dégager la voie vers un changement d'attitude empreint de tolérance dans la façon de percevoir ce problème de santé et de prodiguer les soins requis à ces femmes dont la souffrance psychologique peut devenir insupportable. Rappelons que selon l'OMS (1997), la dépression majeure constitue la principale cause d'invalidité dans les pays industrialisés, alors que l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), dans son mémoire à la commission Romanow, fait état que les troubles dépressifs seront le fardeau sanitaire du Canada en 2020 (Stewart, 2002). Dans cette perspective, il apparaît donc impératif que davantage d'information pertinente au sujet de la dépression soit véhiculée afin de rejoindre l'arène publique et professionnelle, et ce, dans le but de démystifier cette problématique de santé mentale et de la rendre moins taboue et enkystée de stigmates difficiles à ébranler.

Terminons maintenant en faisant état des recommandations au niveau de la formation, de la pratique et de la recherche en santé et en éducation, particulièrement en andragogie.

À la lumière des résultats quantitatifs et qualitatifs, des recommandations sont émises au niveau de la formation et de la pratique en rapport avec le contexte et le thème de la présente recherche, dans le but d'encourager une implication plus active des professionnels de la santé, particulièrement les infirmières, en tant qu'éducateurs et éducatrices d'adultes. Au niveau méthodologique, de nouvelles perspectives d'étude dans le domaine de l'éducation auprès des femmes présentant une problématique de santé mentale, sont esquissées.

Recommandations

Recommandations pour la formation

Dans notre monde fortement axé sur la performance, la réussite et la compétition, personne n'est à l'abri d'un trouble dépressif. D'ailleurs, l'incidence de la dépression ne cesse de croître à une vitesse vertigineuse et malheureusement, ce trouble dégénère parfois en maladie chronique débilite chez certaines femmes. Considérant que la compréhension de cette pathologie par les professionnels de la santé est loin de son apogée, l'investigatrice recommande que la transmission de connaissances récentes et appropriées à ce sujet occupe une place plus prépondérante dans les programmes des sciences de la santé. L'éducation constitue une puissante force susceptible de sculpter des attitudes plus conciliantes chez les étudiants à l'égard du trouble dépressif et d'empêcher la création précoce de préjugés. Cet enseignement devrait également permettre aux futurs professionnels de la santé d'être davantage à l'affût quant au dépistage des personnes vulnérables, tout en étant des agents de promotion et de changement dans le domaine de la santé mentale.

Il serait préférable que les programmes de formation en science infirmière, entre autres, incorporent davantage à leur curriculum de l'enseignement sur certains concepts cruciaux, tels que la notion de besoin en général et le concept de besoin d'apprentissage. De fait, il est bon de se rappeler que l'auto-identification des besoins par la clientèle-cible demeure essentielle pour instaurer un esprit de partenariat avec celle-ci, et ce, afin de l'amener un tant soit peu à s'auto-gérer en matière de santé. Effectivement, la personne risque moins de se désintéresser de son plan de traitement si elle se sent impliquée dès le départ.

La formation des futurs travailleurs de la santé devrait englober un volet consacré à l'éducation de l'adulte vivant une expérience de maladie, ce qui leur permettrait de se familiariser avec les caractéristiques de l'apprenant adulte tout en se penchant quelque peu sur les diverses méthodes andragogiques. Finalement, la présente étude justifie à sa manière la pertinence d'intégrer un cours sur la santé des femmes dans divers programmes de formation en santé, comme le soin infirmier.

Recommandations pour la pratique

Au départ, il est fondamental d'assurer la collaboration de l'équipe interdisciplinaire (médecin généraliste, psychiatre, travailleur social, psychologue, infirmière, ergothérapeute, intervenant en intégration communautaire, membre du clergé ou de la pastorale) dans le dépistage, l'évaluation, le traitement et le suivi des femmes atteintes d'un trouble dépressif. Les intervenants doivent allier leurs efforts afin de dispenser des soins de haute gamme. Il apparaît opportun d'individualiser ces soins selon les besoins globaux et les besoins d'apprentissage de la clientèle féminine, tout en tenant compte des dimensions de leur vécu qui affectent davantage leur qualité de vie. De cette manière, l'accent des interventions sera placé là où l'impact est le plus extensif. Selon Melartin et al. (2005), la continuité des soins s'avère le principal défi dans le traitement du trouble dépressif.

L'infirmière est probablement une des mieux placées pour encourager l'adhésion des femmes atteintes d'un trouble dépressif à un groupe d'entraide. Une telle démarche procure, entre autres, un soutien informel souvent bien réconfortant, de même que l'accès à de l'information mise à jour sur une base régulière. Joindre un tel groupe fait en sorte que les femmes ressentent qu'elles ne sont pas les seules à vivre des difficultés psychologiques, ce qui va dans la veine de l'adage anglais "*Welcome to the human race*" (Varcarolis, 2002).

Il est définitif que le trouble dépressif est encore tabou et méconnu. De l'information vulgarisée doit rejoindre le public en général, notamment les membres de la famille, les employeurs et même les professeurs. Ceci procure un défi aux intervenants en counseling familial, de même qu'à ceux oeuvrant en santé au travail et en milieu scolaire.

Recommandations pour la recherche

Au niveau méthodologique, de nouvelles perspectives de recherche sont à privilégier. Une des avenues à explorer serait celle de la recherche longitudinale qui offre l'avantage d'étudier l'évolution des sujets au fil du temps. Par exemple, un chercheur qui veut utiliser le format d'études de cas avec des femmes dépressives, pourrait effectuer des entrevues à intervalles réguliers (v.g. 1 mois, 3 mois, 6 mois et même un an si possible) auprès des mêmes sujets-collaborateurs, ce qui permettrait d'approfondir la dynamique qui se déploie à long terme lors de l'expérience de la maladie. Bien entendu, en raison de l'exhaustivité de cette méthode, il faudrait se confiner à une recherche qualitative et limiter le nombre de sujets. Dans le même ordre d'idées, une étude intégralement qualitative sous forme d'histoires de vie, mettrait davantage en évidence la quête de sens par rapport à l'expérience vécue (*lived experience*) avec une problématique de santé mentale.

Il serait également intéressant de répéter l'étude avec les mêmes instruments de mesure, mais avec un échantillon de femmes atteintes de dépression post-partum ou de femmes dépressives âgées de 60 ans et plus. Notons que ces deux types de sujets constituaient des critères d'exclusion pour la présente étude, en raison de la dynamique vraiment différente du trouble dépressif chez la femme ayant accouché, de même que chez la femme d'âge mûr (en raison de son stade de développement).

Une recherche similaire pourrait également être effectuée avec un échantillon d'hommes, après avoir, bien entendu, effectué une révision de l'instrument de mesure "Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif" (IBAF-TD), et ce, afin de l'adapter à la gent masculine. Il faut avouer que les hommes ont fait l'objet d'un nombre infime d'études en relation avec le trouble dépressif. Leur point de vue sur la question ouvrirait un tant soit peu la porte à des connaissances novatrices pour le monde scientifique, ce qui pourrait aboutir, entre autres, à un traitement plus approprié de cette pathologie pour eux.

Une recherche quasi expérimentale portant sur les effets d'un programme d'enseignement sur le trouble dépressif pourrait être entreprise, avec un groupe expérimental et un groupe témoin. Ce type de devis impliquerait nécessairement l'élaboration d'interventions éducatives orientées vers l'apprentissage des femmes diagnostiquées d'un trouble dépressif et visant la satisfaction de leurs besoins d'apprentissage et une qualité de vie plus adéquate. Mentionnons que les résultats de la présente étude permettent l'élaboration éventuelle d'un programme d'enseignement adapté aux femmes.

Il serait certainement pertinent d'effectuer une recherche descriptive auprès de membres de la famille de femmes atteintes d'un trouble dépressif afin de recueillir leurs perceptions en regard de l'impact de la maladie d'un des leurs et d'examiner leurs besoins d'apprentissage et leur qualité de vie. Les participants devraient préférablement occuper le même statut à l'intérieur de la famille (v.g. des conjoints, des enfants ou des parents), afin d'assurer une meilleure homogénéité de l'échantillon.

Quant au questionnaire IBAF-TD il devrait être repris et validé auprès d'une autre cohorte de femmes atteintes d'un trouble dépressif. Cette étude permettrait de s'assurer du bien-fondé des questions tout en vérifiant si ces dernières cernent vraiment ce qu'elles doivent mesurer, soit les besoins d'apprentissage. Quant à l'énoncé # 22 de cet instrument de mesure, c'est-à-dire "comment faire face à la dépression et aux idées suicidaires", il devrait, en réalité, être divisé en deux items dans une prochaine étude.

Références

- Adam, E. (1991). *Être infirmière: Un modèle conceptuel*. Montréal: Études vivantes.
- Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2004). Mental fatigue, work and sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (5), 427-433.
- Akiskal, H. S. (1989). New insights into the nature and heterogeneity of mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 6-8.
- Aldridge, F. & Lavender, P. (2000). *The impact of learning on health*. Leicester, UK: NIACE (National Organisation for Adult Learning).
- Aldwin, C. & Levenson, M. (2001). Stress, coping and health at midlife: A developmental perspective. In M. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp.188-216). New York: Wiley.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française (2003). Paris: Masson.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*, 94 (1), 82-88.
- Association des pharmaciens du Canada (2003). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*. Trente-cinquième édition. Ottawa: WebCom.
- Aucoin, G. (1997). *Les besoins d'apprentissage et les stratégies de coping de la soignante naturelle*. Thèse de doctorat inédite. Montréal: Université de Montréal.
- Aucoin-Gallant, G. (1994). L'apprentissage de l'adulte selon le modèle de Knowles. *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, décembre, 31-34.
- Aylward, N. (2002). *The learning needs of young adults with mental health difficulties*. Leicester, UK: NIACE Briefing Sheet 29 (National Organisation for Adult Learning).
- Bailey, J., & Coppen, A. (1976). A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the measurement of depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 486-489.
- Barbier, D. (2004). Problématiques de la dépression. *Presse Médicale*, 33 (3), 194-200.

- Barge Schaapveld, D. Q., Nicolson, N. A., Berkhof, J., & deVries, M. W. (1999). Quality of life in depression: Daily life determinants and variability. *Psychiatry Research, 88* (3), 173-189.
- Barker, P. (2003). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. London: Arnold.
- Barker, P. (2002). The Tidal Model: The healing potential of metaphor within a patient's narrative. *Journal of Psychosocial Nursing, 40* (7), 43-50.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Becker, D., Lomranz, J., Pines, A., Shmotkin, D., Nitza, E., BennAmitay, G., Mester, R. (2001). Psychological distress around menopause. *Psychosomatics, 42* (3), 252-257.
- Becker, M., Diamond, R. & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research, 2*, 239-251.
- Bédard, D., & Duquette, A. (1998). L'épuisement professionnel: un concept à préciser. *L'infirmière du Québec, septembre/octobre*, 18-23.
- Bee, E. & Martin, I. S. (1997). The educational dimensions of mental health work. *Adult Learning, 8* (5), 128-131.
- Bélanger, S. & Bouchard, L. (1995). La recherche d'information: un risque calculé pour les personnes atteintes d'un cancer. *L'infirmière du Québec, janvier/février*, 30-40.
- Bélanger, G. & Page, C. (1986). La dépression: Un mal féminin. *Nursing Québec, 6* (6), 44-48.
- Belle, D. & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among U. S. women. *Psychology of Women Quarterly, 27* (2), 101-113.
- Benazzi, F. (2004). Agitated depression: A valid depression subtype? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 28* (8), 1279-1285.

- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (10), 513-518.
- Benner, P. (1985). Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*, 8 (1), 1-14.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique: Sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, LXIX, 197-225.
- Bertrand, R. (1986). *Pratique de l'analyse statistique des données*. Sillery: Presses de l'Université du Québec.
- Bérubé, R. & Jeffrey, C. (2001). Les construits cognitifs et affectifs dans le traitement de la dépression. *Revue de l'Université de Moncton*, 32, (1-2), 175-196.
- Bhola, H. S. (1983). L'éducation non formelle en perspective. *Perspectives*, 13 (1), 49-59.
- Bhugra, D., & Hicks, M. (2004). Effect of an educational pamphlet on help seeking attitudes for depression among British South Asian Women. *Psychiatric Services*, 55 (7), 827-829.
- Blehar, M.C. & Keita, G. W. (2003). Women and depression: A millennial perspective. *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), 1-4.
- Bostrom, J., Crawford-Swent, C., Lazar, N., & Helmer, D. (1994). Learning needs of hospitalized and recently discharged patients. *Patient Education and Counseling*, 23 (2), 83-89.
- Bourdages, L. (2001). *La persistance aux cycles supérieurs: Le cas du doctorat*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec, Collection Enseignement supérieur.
- Bourdages, L. (1994). *La persistance au doctorat, une histoire de vie*. Thèse de doctorat inédite. Montréal: Université de Montréal.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 14, 211-218.
- Boyd, M.A. (2005). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. Third edition. Philadelphia: Lippincott.

- Boyd, M. A., & Nihart, M. A. (1998). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Brookfield, S. D. (1985). A critical definition of adult education. *Adult Education Quarterly*, 36 (1), 44-49.
- Bubela, N., Galloway, S., McKay, E., McKibbin, A., Nagle, L., Pringle, D., Shamian, J. (1990). Factors influencing patients' information needs at time of hospital discharge. *Patient Education Counseling*, 16, 21-28.
- Burgess, R. G. (1984). *The research process in educational settings: ten case studies*. London and New York: The Falmer Press.
- Burgess, R. G. (1985a). *Strategies of educational research: Qualitative methods*. Social Research and Educational Studies Series: I. London and Philadelphia: The Falmer Press.
- Burgess, R. G. (1985b). *Field Methods in the Study of Education*. London and Philadelphia: The Falmer Press.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Toronto: W.B. Saunders.
- Burt, V. K. (2004). Plotting the course to remission: The search for better outcomes in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (suppl. 12), 20-25.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (4), 476-483.
- Cameron, C. (1988). Identifying learning needs: Six methods adult educators can use. *Lifelong learning: An omnibus of practice and research*, 11 (4), 25-28.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rogers, W. L. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Chalifour, J. (2000). *L'intervention thérapeutique. Volume I: Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*. Montréal: Gaétan Morin.
- Chien, W. T., Kam, C. W., & Fung-Kam Lee, I. (2001). An assessment of the patients' needs in mental health education. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 304-311.
- Çirakoglu, O. C., Dogan, K. & Demirutku, K. (2003). Lay theories of causes and cures for depression in a turkish university sample. *Social Behavior and Personality*, 31 (8), 795-806.

- Clark, D. C., Clayton, P. J., Andreasen, N. C., Lewis, C., Fawcett, J., & Scheftner, W. A. (1985). Intellectual functioning and abstract ability in major affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 313-325.
- Cornwall, P. & Scott, J. (1997). Partial remission in depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 265-271.
- Côté, K. & Wright, J. (2003). Caractéristiques et traitement des couples dont l'un des conjoints est dépressif. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 44 (4), 382-393.
- Costell, S. (2003). Evidence-based treatment of mood disorders. *The Nursing Clinics of North America*, 38 (1), 21-33.
- Couturier, L. (1996). *Étude phénoménologique de la qualité de vie de personnes atteintes de cancer*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Crocker, P. J., & George, M. S. (1985). Participation and utilization: Assessing the skills training needs of the chronically mentally ill. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 4 (2), 73-82.
- Cubo, E., Rojo, A., Ramos, S., Quintana, S., Gonzalez, M., Kompoloti, K. & Aguilar, M. (2002). The importance of educational and psychological factors in Parkinson's disease quality of life. *European Journal of Neurology*, 9 (6), 589-593.
- Cutting, P. & Anderson, C. (2002). Women's experiences of hospital admission. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (6), 705-712.
- Dagenais, H. (1994). Méthodologie féministe pour les femmes et le développement. Concepts, contextes et pratiques, in Labrecque, Marie-France (1994), *L'égalité devant soi, rapports sociaux et développement international*. Ottawa: CRCQ, 258-290.
- Daunais, J. P. (1984). "L'entretien non directif". in *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, 143-178. Sainte-Foy: Presse de l'Université du Québec.
- Deeks, A. A. & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13 (2), 389-398.
- DeKetèle, J.M., & Rogiers, X. (1991). *Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'étude de documents*. Bruxelles: De Boeck.

- D'Hainault, L. (1979). *Les besoins en éducation: Programmes d'études et d'éducation permanente*. Paris: Unesco.
- Donatelle, R., Davis, L., & Munroe, A. (1998). *Health: The basics*. Canadian Edition. Scarborough, Ontario: Prentice Hall Allyn and Bacon Canada.
- Donnelly, E. F., Murphy, D. L., Goodwin, F. K., & Waldman, I. N. (1982). Intellectual function in primary affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, *140*, 633-636.
- Dougherty, C., Dewhurst, T., Nichol, P., & Spertus, J. (1998). Comparison of three quality of life instruments in stable angina pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health Survey (SF-36), and Quality of Life Index - Cardiac version III. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51* (7), 569-575.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M. C., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The Quality of Life Systemic Inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care, Spring*, 36-45.
- Elliott, M. (2001). Gender differences in causes of depression. *Women & Health*, *33* (3-4), 163-177.
- Endler, N. S., Macrodimitris, S. D. & Kocovski, N. L. (2003). Anxiety and depression: Congruent, separate or both? *Journal of Applied Biobehavioral Research*, *8* (1), 42-60.
- Farran, C. J., Horton-Deutsch, S. L., Lukissa, D., & Johnson, L. (1997). Psychiatric home care of elderly persons with depression: Unmet caregiver needs. *Home Health Care Services Quarterly*, *16* (4), 57-73.
- Feely, M. (1992). A strategy to regain control: Helplessness and depressive illness in women. *Professional Nurse*, *8*, 113-117.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, *8* (1), 15-24.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, *6* (4), 248-254.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*, *15*, 29-38.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1999). *Reliability and validity of the Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI)*. Chicago: University of Illinois.

- Ferraro, K. F. & Kelley-Moore, J. A. (2001). Religious seeking among affiliates and non-affiliates: Do mental and physical health problems spur religious coping? *Review of Religious Research*, 42 (3), 229-251.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal: Décarie Éditeur.
- Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (2003). *Soins infirmiers: santé mentale et psychiatrie*. Laval: Groupe Beauchemin.
- Fraenkel, J. R. & Wallen, N. E. (1993). *How to design and evaluate research in education*. Second edition. New York: McGraw Hill.
- Frank, A. (1996). Reconciliatory alchemy: Bodies, narratives and power. *Body and Society*, 2 (3), 53-71.
- Furnham, A. & Kuyken, W. (1991). Lay theories of depression. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6 (2), 329-342.
- Gagnon, L. (1988). *La qualité de vie de paraplégiques et quadriplégiques*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3 (2), 13-27.
- Garland, A. & Scott, J. (2002). Cognitive therapy for depression in women. *Psychiatric Annals*, 32 (8), 465-476.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36 (2), 267-276.
- Gilbert, N., & Savard, J. G. (1992). *Statistiques*. Deuxième édition. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Gillis, A. & Jackson, W. (2002). *Research for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Glied, S., McCormack, S., & Neufeld, A. (2003). Women with depression: Financial Barriers to Access. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (1), 20-25.

- Glod, C. A. (1998). *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing: The Brain-Behavior Connection*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Goodison, S. M. & Singleton, J. (1989). Quality of life: A critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 20 (4), 327-341.
- Grahn, G., & Johnson, J. (1990). Learning to cope and living with cancer: A learning needs assessment in cancer patient education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4 (4), 173-181.
- Gray, M. J, Elhai, J.D., & Frueh, B.C. (2004). Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: Patient education as a fundamental component of PTSD treatment. *Psychiatric Quarterly*, 75 (4), 321-332.
- Greden, J. F. (2003). Physical symptoms of depression: Unmet needs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, supplement 7, 5-11.
- Griffiths, M. & Leek, C. (1995). Patient education needs: Opinions of oncology nurses and their patients. *Oncology Nursing Forum*, 22 (1), 139-144.
- Gupta, S., Kulhara, P. & Verma, S. K. (1998). Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 290-296.
- Guyon, L. (1990). *Quand les femmes parlent de leur santé*. Québec: Publications du Québec.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences: Santé et condition de vie des femmes*. Québec: Publications du Québec.
- Hale, W., Dingemans, P., Wekking, E. & Cornelissen, E. (1993). Depression and assessment of intellectual functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (6), 773-776.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), 49-57.
- Harris, T. (2003). Depression in women and its sequelae. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (2), 103-112.
- Helm, J. (1997). Education improves treatment of depressed patients. *Hospital Case Management*, 5 (10), 187-190.

- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. New York: MacMillan.
- Hoffman, D. (1988). Un esprit sain dans un corps sain. *Santé mentale au Canada, décembre*, p.23.
- Houle, C. O. (1972). *The Design of Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Howell, D. C. (1998). Méthodes statistiques en sciences humaines. Bruxelles: De Boeck Université.
- Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes*. Collection Pédagogies en Développement. Bruxelles: De Boeck Université.
- Hunt, S. M. & McKenna, S. P. (1992). The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*, 22, 307-319.
- Jaeger, R.M. (1988). *Complementary methods for research in education*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Jalowiec, A. (1991). *Psychometric results on the 1987 Jalowiec Coping Scale*. Chicago: Loyola University, Illinois.
- James, K. (2003). *Learning and Health* (Briefing Sheet 34). Leicester: UK: NIACE (National Organisation for Adult Learning).
- Jeglic, E., Pepper, C., Ryabchenko, K. A., Griffith, J. W., Miller, A. B., & Johnson, M. (2005). *A caregiving model of coping with a partner's depression*, 54 (1), 37-45.
- Joffe, R. & Levitt, A. (1998). *Conquérir la dépression*. Hamilton: Empowering Press.
- Kangas, I. (2001). Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives. *Health 2001*, 5 (1), 76-92.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 7th edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Karlik, B. & Yarcheski, A. (1987). Learning needs of cardiac patients: A partial replication study. *Heart and Lung*, 16, 544-551.
- Karp, D. A. (1992). Illness ambiguity and the search for meaning : A case study of a self-help group for affective disorders. *Journal of Contemporary Ethnography*, 21 (2), 139-170.

- Katz, S. (1987). The science of quality of life. *Journal of Chronic Disease*, 40, 459-463.
- Kaufman, R. (1972). *Educational System Planning*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kaufman, R. & English, F. W. (1975). *Needs assessment: A focus for curriculum development*. Second edition. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Kaufman, R. & English, F.W. (1979). *Needs assessment: Concept and application*. Englewood Cliffs, New Jersey: Educational Technology Publications.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159 (7), 1133-1145.
- Kendler, K.S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 587-593.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M. & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 582-586.
- K erouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Deuxième  dition. Montréal: Beauchemin.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), 5-13.
- King, R. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27 (9), 1468-1472.
- Knowles, M.S. (1968). Andragogy, not pedagogy. *Adult Leadership*, 16, 350-352.
- Knowles, M.S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Second edition revised. Chicago: Follet.
- Knowles, M.S. (1990). *L'apprenant adulte: Vers un nouvel art de la formation*. Paris: Les  ditions d'Organisation.
- Kornstein, S. G. (2002). Chronic depression in women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (7), 602-609.

- Lammers, J., & Happell, B. (2003). Consumer participation in mental health services: Looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10* (4), 385-392.
- Landry, C. (1991). *Attentes exprimées par des adultes et des jeunes à l'égard de leur situation universitaire*. Thèse de doctorat inédite. Montréal: Université de Montréal.
- Lapointe, J.J. (1995). *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation: Une étude systémique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Lauer, P., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1982). Learning needs of cancer patients: A comparison of nurse and patient perceptions, *Nursing Research, 31* (1), 11-16.
- Lazarus, R.Z. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leblanc, J. (1999). Troubles de l'humeur (affectifs), In P. Lalonde, J. Aubut., et F. Grunberg. *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*. Tome 1. Montréal: Gaétan Morin.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Deuxième édition. Montréal: Guérin.
- Lehman, A. F. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry, 139* (10), 1271-1276.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry, 40* (4), 369-373.
- Lehman, A.F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31*, 78-88.
- Lemay, M. G. (1991). *L'évaluation empirique de trois techniques d'évaluation de l'équivalence d'items sur la base de réponses à un questionnaire et à sa version traduite*. Thèse de doctorat inédite. Montréal: Université de Montréal.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative: Fondements et pratiques*. 2^e Édition. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Loiselle, C. & Profetto-McGrath, J. (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lubkin, I. M. (1990). *Chronic illness: Impact and interventions*. Second edition. Boston: Jones and Bartlett.

- Lynch, M. M. & Kruzich, J. M. (1986). Needs assessment of the chronically mentally ill: Practitioner and client perspectives. *Administration in Mental Health, 13* (4), 236-248.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (1999). *Nursing and the experience of illness*. London: Routledge.
- Manber, R., Allen, J. B. & Morris, M. (2002). Alternative treatments for depression: Empirical support and relevance to women. *Journal of Clinical Psychiatry, 63* (7), 628-640.
- Manber, R., Chambers, A. S., Hitt, S., McGahuey, C., Delgado, P., & Allen, J.J. (2003). Patients' perception of their depressive illness. *Journal of Psychiatric Illness, 37* (4), 335-343.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services, 55* (2), 185-187.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Marchand, L. (1985). *Introduction à l'éducation des adultes*. Chicoutimi : Gaétan Morin.
- Marchand, L. (1997). *L'apprentissage à vie: La pratique de l'éducation des adultes et de l'andragogie*. Montréal: Chenelière/Mc Graw-Hill.
- Mead, C., van den Boom, F., & van Dam, F. (1994). Commentary quality of life: Some considerations for the researcher and practitioner from a clinical psychology perspective. *Psychology and Health, 9*, 157-160.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 32-38.
- Melartin, T., Rytala, H., Leskela, U. et al. (2005). Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *Journal of Clinical Psychiatry, 66* (2), 220-227.
- Meresman, J. F. Hunkeler, M. A., Hargreaves, W. A., Kirsh, A. J., Robinson, P., Green, A., Mann, E. Z., Getzell, M. & Feigenbaum, P. (2003). A case report: Implementing a nurse telecare program for treating depression in primary care. *Psychiatric Quarterly, 74* (1), 61-73.
- Mesters, I., van den Borne, B., De Boer, M. & Pruyn, J. (2001). Measuring information needs among cancer patients. *Patient Education and Counseling, 43*, 253-262.

- Mezirow, F. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with coping illness: Overcoming powerlessness*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1988). *La santé mentale des Canadiens: Vers un juste équilibre*. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- Mirka, T. (1994). Meeting the learning needs of post-myocardial infarction patients. *Nurse Education Today*, 14, 448-456.
- Mohr, W.K. (2003). *Johnson's Psychiatric-Mental Health Nursing*. Fifth edition. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott.
- Monette, M. (1984). The concept of educational need. In S.B. Merriam (Ed.), *Selected writings on philosophy and adult education* (pp. 155-171). Malabar, Florida: Robert Krieger.
- Monks, J. (1995). Life stories and sickness experience: A performance perspective. *Culture, Medecine and Psychiatry*, 19, 453-478.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Wade, J. H., Sayers, S. L., & Rosenthal, C. K. (1992). An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160, 674-680.
- Muckle, Y. (2001). Dévorés par le boulot? *L'Actualité, mai*, pp. 23-24, 28, 30, 32-34.
- Munoz, R. A., McBride, M. E., Brnabic, A., Lopez, C., Hetem, L., Secin, R. & Duenas, H. (2005). Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86 (1), 93-98.
- Murray, B. L. (2003). Qualitative research interviews: Therapeutic benefits for the participants. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (2), 231-238.
- Nadeau, M. A. (1988). *L'évaluation de programme: Théorie et pratique*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Nandrino, J-L.(1999). *Comprendre et accompagner la personne dépressive*. Paris: Gaétan Morin Éditeur Europe.

- Nelson, J. C. (2003). Managing treatment-resistant major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (1), supplement A, 5-12.
- Nigro, A. & Maggio, J. (1990). A neglected need: Health education for the mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28 (7), 15-19.
- Nunes, J., Raymond, S., Nicholas, P., Leuner, J. & Webster, A. (1995). Social support, quality of life, immune function, and health in persons living with HIV. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (2), 174-198.
- Ohayon, M. M. & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 37 (1), 9-15.
- Olds, S. W., & Papalia, D. E. (2000). *Le développement de la personne*. 5^e édition. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22 (3), 187-190.
- Olfson, M., Zarin, D. A., Mittman, B. S., McIntyre, J. S. (2001). Is gender a factor in psychiatrists' diagnosis and treatment of patients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 63 (1-3), 149-157.
- Oliver, J., Huxley, P., Priebe, S. & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32, 76-83.
- Organisation mondiale de la santé (1997). *Rapport sur la santé dans le monde: Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité*. Genève: OMS.
- Orofiamma, R., Dominicé, P., & Lainé, A. (2000). *Les histoires de vie: Théories et pratiques*. Paris: Revue Éducation Permanente, Distique.
- Padilla, G. & Frank-Stromborg, M. (1997). Single instruments for measuring quality of life in M. Frank-Stromborg and S. J. Olsen (1997), *Instruments for clinical health-care research*. Second Edition. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Page, C. (1995). Intervenir auprès des femmes présentant un trouble dépressif. *L'infirmière du Québec, mai/juin*, 26-33.
- Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (2001). Is any female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (4), 252-256.

- Pasquini, M., Picardi, A, Biondi, M., Gaetano, P. & Morosini, P. (2004). Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. *Psychopathology*, 37 (4), 155-160.
- Patton, G.C., Coffey, C., & Sawyer, S. M. (2003). The outcome of adolescent eating disorders: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 125-129.
- Payson, A. A., Wheeler, K. & Wellington, T. A. (1998). Health teaching needs of clients with serious and persistent mental illness: Client and provider perspectives, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36 (2), 32-35.
- Peden, A. R., Hall, L. A., Rayens, M. K. & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research*, 49 (4), 201-207.
- Peden, A. R. (1994). Up from depression: Strategies used by women recovering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1 (2), 77-83.
- Peden, A. R. (1993). Recovering in depressed women: Research with Peplau's theory. *Nursing Science Quarterly*, 6, 140-146.
- Peplau, H. (1994). Quality of life: An interpersonal perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7 (1), 10-15.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Poisson, Y. (1991). *La recherche qualitative en éducation*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P. & Perry, A. (2002). *Soins infirmiers*. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Pouwer, F., Beekman, A. T., Nijpels, G., Dekker, J. M., Snoek, P.J., Kostense, P.J., Heine, R.J. & Deeg, D.J. (2003). Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: Results from a community based study. *Diabetologia*, 46, 892-898.

- Pyne, J. M., Patterson, T. L., Kaplan, R. M., Gillin, J. C., Koch, W. & Grant, I. (1997). Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatric Services*, 48, 224-230.
- Quevillon, M.-J. (2000). *Validation de la traduction française du Quality of Life Index de Ferrans et Powers*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Rankin, S., & Stallings, K.D. (2001). *Patient education: Principles and practices*. Fourth edition. Philadelphia: Lippincott.
- Redman, B. K. (1993). *The process of patient education*. Seventh edition. St. Louis: Mosby Year Book.
- Rhea, M. H. (1989). *Women's explanations for depression*. Doctoral dissertation. University of Utah.
- Riley, A. L. & Keith, V. M. (2003). Work and housework conditions and depressive symptoms among married women: The importance of occupational status. *Women & Health*, 38 (4), 1-17.
- Richard, G. (1998). *Besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde en phase II de la réadaptation cardiaque*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Robert, P. (2003). *Le Nouveau Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Montréal: Dicorobert Inc. (Éditeur au Canada).
- Robidas, G. (1989). *Psychologie de l'apprentissage: Un système d'apprentissage-enseignement personnalisé*. Brossard: Behaviora.
- Robinson, P., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Simon, G., Lin, E. & Walker, E. (1997). The education of depressed primary care patients: What do patients think of interactive and a video? *The Journal of Family Practice*, 44 (6), 562-571.
- Rolland-Barker (1981). *Analyse conceptuelle de la notion de besoin en éducation des adultes*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Rolls, L., Davis, E., & Coupland, K. (2002). Improving serious mental illness through interprofessional education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (3), 317-324.
- Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life, *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (3), 275-298.

- Rudolf, H. & Priebe, S. (1999). Subjective quality of life in female inpatients with depression: A longitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (4), 238-246.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. A. (2001). Gender, social roles and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43, 9-10, 605-628.
- Satten, W. (2002). A case illustration of resistance from a psychodynamic perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (2), 139-144.
- Savoie-Zajc, L. (1997). "L'entrevue semi-dirigée". In *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*. Sous la dir. de B. Gauthier, 263-285. Sainte-Foy: Presse de l'Université du Québec.
- Schneider, B., Müller, M. J., & Philipp, M. (2001). Mortality in affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 65, 263-274.
- Scott, J. & Watkins, E. (2004). Brief psychotherapies for depression: Current status. *Current Opinion in Psychiatry*, 17 (1), 3-7.
- Sherbourne, C. D., Dwight-Johnson, M., & Klap, R. (2001). Psychological distress, unmet needs and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues*, 11 (3), 231-243.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. Second edition. New York: McGraw Hill.
- Spitzer, W. O. (1987). State of Science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Disease*, 40 (6), 465-471.
- Statistique Canada (1996). *La dépression: Rapport sur la santé*, 7 (4), 11-25.
- Statistique Canada et Santé Canada (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (sections sur la dépression et l'hospitalisation psychiatrique)*, rapport préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, Ottawa.
- Stewart, R. (2002). La santé mentale aujourd'hui et demain. *Bulletin RBC: Regard sur notre temps*. Banque Royale du Canada: Index de périodiques canadiens.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Seventh edition. St-Louis: Mosby.
- Studd, J., & Panay, N. (2004). Hormones and depression in women. *Climacteric*, 7, 338-346.

- Svedberg, P., Jormfeldt, H. & Arvidsson, B. (2003). Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (4), 448-456.
- Thase, M. E. (2003). New approaches to managing difficult-to-treat depressions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (1), supplement A, 3-4.
- Thase, M. E., Entsuah, A. R., & Rudolph, R. L. (2001). Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *British of Journal Psychiatry*, 178, 234-241.
- Townsend, M.C. (2000). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care*. Third edition. Philadelphia: F.A Davis.
- Townsend, M. C. (2004). *Soins infirmiers: Psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Turner, J., Killian, T.S. & Cain, R. (2004). Life course transitions and depressive symptoms among women in midlife. *International Journal of Aging and Human Development*, 58 (4), 241-265.
- Vachon, M.. (1996). *Qualité de vie de sujets adultes ayant subi une transplantation hépatique*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Vachon, M. & Gagnon, L. (1995). *Version française du Quality of Life Index (QLI) de Ferrans et Powers (1985)* (disponible dans le mémoire de maîtrise de M. Vachon, 1996).
- Vallerand, R. J. (1989). *Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française*. *Canadian Psychology*, 30 (4), 662-680.
- Van der Maren, J-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Collection Éducation et formation. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. Fourth edition. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science and Medicine*, 36 (4), 393-402.
- Wang, J. L. & Patten, S. B. (2002). The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (2), 167-173.

- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Toronto: Churchill Livingstone.
- Weissman, M. M., & Jensen, P. (2002). What research suggests for depressed women with children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (8), 641-650.
- Wells, K. B. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262 (7), 914-919.
- Widiger, T. A. & Anderson, K. G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), 59-66.
- Wiener, C. (1975). The burden of rheumatoid arthritis: Tolerating uncertainty. *Social Science Medecine*, 9, 97-104.
- Wingate, A. L. & Lackey, N. R. (1989). A description of the needs of non-institutionalised cancer patients and their primary caregivers. *Cancer Nursing*, 12 (4), 216-225.
- Wingate, S. (1990). Post-myocardial patients' perceptions of their learning needs. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 12 (4), 216-225.
- Witkin, B. R. (1984). *Assessing needs in educational and social programs*. San Francisco: Jossey- Bass Publishers
- Wolf, J. R. (1997). Client needs and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4), 16-24.
- Yin, R. K. (1984). *Case study research: Design and methods*. Beverly Hill : Sage.
- Yonkers, K. A. (2003). Special issues related to the treatment of depression in women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (suppl.18), 8-13.
- Young-Mason, J. (1997). *The patient's voice: Experiences of illness*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Zamarripa, M., Wampold, B.E., & Gregory, E. (2003). Male gender role conflict, depression and anxiety: Clarification and generalizability to women. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (3), 333-338.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 334.

APPENDICE A

Tableau analytique I

Recherches sur les besoins généraux et les besoins d'apprentissage
de populations adultes présentant un problème de santé mentale

Appendice A - TABLEAU ANALYTIQUE I

Recherches sur les besoins généraux et/ou les besoins d'apprentissage

de populations adultes présentant un problème de santé mentale (ou parfois physique) et qui sont pertinentes pour la présente étude

Référence	Question/ But de l'étude	Cadre/Méthode /Instrument de mesure	Résultats (les plus révélateurs)	Interprétation/ Conclusion	Pistes/Critique
① Mueser, K. T., Bellack, A. S., Wade, J. H. & Sayers, S. L. (1992). An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patients and their Relatives. <u>British Journal of Psychiatry</u> , 160, 674-680.	<u>But de l'étude:</u> <i>Identifier et comparer</i> les besoins éducationnels spécifiques de <u>schizophrènes</u> et de <u>personnes dépressives</u> par rapport à leur condition de santé, de même que les besoins éducatifs des <u>membres de leur famille</u> .	• Étude quantitative descriptive comparative (3 groupes de sujets → n = 195 en tout) • Cadre non mentionné • Questionnaire développé/les auteurs avec l'aide de patients, membres de la famille et prof. de la santé (45 items répartis en 6 dimensions). On évalue l'intérêt à apprendre sur échelle Likert.	Les 5 besoins (sur 45) qui sont prioritaires pour les personnes dépressives: ① apprendre à gérer le stress et à mieux <i>copier</i> ② mieux connaître leur médication et effets sec. ③ mieux comprendre la dépression ④ apprendre comment le diagnostic est posé ⑤ mieux connaître les services de santé mentale	• Les sujets schizophrènes sont moins intéressés à apprendre que ceux dépressifs et les membres des familles. • On doit permettre aux usagers des services de santé mentale d'identifier leurs propres besoins éducatifs (partenaires actifs!) afin d'articuler des programmes utiles.	• ∅ de pistes. • Bonnes spéculations sur les raisons des résultats obtenus. • Aucune définition conceptuelle de besoin éducationnel n'est donnée, mais bien opérationnalisée. • Questionnaire commandé et reçu par la poste (a été utilisé dans la présente étude → après traduction et adaptation)
② Payson, A. A., Wheeler, K. & Wellington, T. A. (1998). Health Teaching Needs of Clients with Serious Mental Illness: Client and Provider Perspectives. <u>Journal of Psychosocial Nursing</u> , 36 (2), 32-35.	<u>But de l'étude:</u> <i>Identifier et comparer</i> les besoins éducatifs en matière de santé de <u>schizophrènes</u> et de <u>personnes dépressives</u> de même que les <u>perceptions des intervenants en santé</u> quant aux besoins de ces patients.	• Étude quantitative descriptive comparative (2 groupes de sujets) • Cadre non mentionné • Questionnaire adapté de Mueser et al. (1992) /les auteurs avec l'aide de patients (63 items répartis en 7 dimensions). On évalue l'intérêt à apprendre pour chaque item sur échelle Likert.	Les patients ont les priorités d'apprentissage suivantes: ① mieux connaître leur médication et effets sec. ② mieux connaître les services de santé mentale ③ causes de la maladie ④ apprendre façons de résoudre des problèmes ⑤ apprendre à avoir du plaisir dans la vie	• Selon auteurs, les besoins spécifiques d'apprentissage ne sont pas assez étudiés, on s'attarde trop aux besoins généraux de soins. • Les perceptions des intervenants sur les besoins des patients diffèrent de celles de ceux-ci. • Patients veulent apprendre à composer avec leur état.	<u>piste</u> → répliquer l'étude en incluant membres de la famille (comme Mueser et al.). <u>critique:</u> • les schizophrènes et les dépressifs auraient dû constituer chacun un groupe. • Questionnaire commandé (à quatre reprises) mais non reçu

Appendice A - TABLEAU ANALYTIQUE I (suite)

Recherches sur les besoins généraux et les besoins d'apprentissage de populations adultes présentant un problème de santé mentale (ou parfois physique) et qui sont pertinentes pour la présente étude

Référence	Question/ But de l'étude	Cadre/Méthode /Instrument de mesure	Résultats	Interprétation/ Conclusion	Pistes/Critique
<p>③ Nigro, A. & Maggio, J. (1990). A Neglected Need: Health Education for the Mentally Ill. <u>Journal of Psychosocial Nursing</u>, 28 (7), 15-19.</p>	<p><u>But de l'étude:</u> <i>Concevoir et évaluer</i> un programme d'éducation à la santé (autant physique que mentale) chez une population atteinte de santé mentale. (36 patients au départ, mais 30 seulement ont terminé tout le programme, dont 5 dépressifs).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude similaire à une quasi-expérimentale mais n'en rencontrant pas les critères: présence d'un seul groupe, pas de groupe contrôle...) cadre non mentionné 25 sessions d'enseignement d'une heure (en 4 mois) processus de consultation avec certains patients et personnel au préalable. 	<ul style="list-style-type: none"> pré-test (9.3/20) et post-test (16.5/20)!! Se sentent davantage des partenaires actifs pour gérer leur santé: <ul style="list-style-type: none"> capacité accrue de décrire leurs problèmes et de poser des questions sur leur état de santé. meilleure assiduité au traitement et meilleur rapport avec les autres 	<ul style="list-style-type: none"> Impossible de dire vraiment de façon empirique si programme est l'explication de l'amélioration des connaissances (<i>car aucun groupe témoin</i>). Des sessions d'éducation à la santé procurent de l'information essentielle au patient. 	<p><u>Pistes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> refaire l'expérience, mais avec des plus petits groupes ou de façon individuelle. éviter d'inclure les patients en phase aiguë de leur maladie. ce programme doit être vu comme une étape de réadaptation.
<p>④ Bostrom, J., Crawford-Swent, C. Lazar, N. & Helmer, D. (1994). Learning Needs of Hospitalized and Recently Discharged Patients. <u>Patient Education and Counseling</u>, 23 (2), 83-89.</p>	<p><u>But de l'étude:</u> <i>Identifier et décrire</i> les perceptions des patients hospitalisés (n=76) ou de retour à domicile depuis peu (n=89) face à l'importance de l'information reçue sur leur état de santé et à leur satisfaction face à cette information.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude descriptive comparative quantitative cadre non mentionné (mais suit le format de Kaufman et English → celui de la présente étude) ont utilisé instrument de Bubela et al. (1990) sur les besoins d'apprentissage "Patient Learning Needs Scale" → 50 items répartis en 7 catégories. 	<ul style="list-style-type: none"> Besoins d'apprentissage prioritaires: <ul style="list-style-type: none"> information sur la médication et traitement et complications possibles comment leur qualité de vie comment vaquer aux activités de la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> La ↓ du séjour à l'hôpital rehausse la nécessité de cerner les besoins d'apprendre du patient rapidement. Reconnaître que les besoins sont plus importants, mais quand même comblés dans l'ensemble lors du retour à domicile qu'à l'hôpital → auto-gestion de la santé ↑, insécurité? 	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs suggèrent d'utiliser le même groupe de patients (à l'hôpital, puis lors du retour à domicile). besoins d'apprentissage sont vus ici comme des besoins d'information (savoirs), alors qu'ils incluent aussi savoir-faire et savoir-être... Version française de l'instrument disponible (commandée et reçue).

Appendice A - TABLEAU ANALYTIQUE I (suite)

Recherches sur les besoins généraux et les besoins d'apprentissage de populations adultes présentant un problème de santé mentale (ou parfois physique) et qui sont pertinentes pour la présente étude

Référence	Question/ But de l'étude	Cadre/Méthode /Instrument de mesure	Résultats	Interprétation/ Conclusion	Pistes/Critique
<p>© Richard, G. (1998). <u>Besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde en phase II de la réadaptation cardiaque.</u> Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.</p>	<p><u>Buts de l'étude:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Identifier et décrire</i>, en termes d'importance et de satisfaction, les besoins cognitifs et psychosociaux de femmes (de la région de Montréal) ayant subi un infarctus du myocarde. • Déterminer les priorités d'actions infirmières en relation avec les besoins cernés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude descriptive quantitative (n=40) • cadre de Kaufman et English fut utilisé (et c'est celui choisi pour la présente étude → voir description dans la recension) • Instrument utilisé: version française par l'auteur du "Needs of Cardiac Patients" de Moser et al. (1993). (27 énoncés) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Besoins cognitifs</u> les plus importants (mais pas néc. comblés): - recevoir des explications claires sur la maladie cardiaque et ses conséquences. - apprendre les changements physiques et psycho. à anticiper. • <u>Besoins psychosociaux</u> les plus importants: - avoir une bonne qualité de vie - que membres de la famille soient bien renseignés sur leur état. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Besoins cognitifs</u> sont similaires en termes d'importance aux besoins psychosociaux, mais sont moins bien comblés (satisfait) chez ces femmes. (L'auteur révèle que c'est souvent l'inverse chez les hommes cardiaques). Donc, ne pas se fier aux études faites sur les ♂ cardiaques pour généraliser aux ♀. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les conjoints dans une étude ultérieure. Vérifier également si les perceptions des infirmières face aux besoins des femmes cardiaques diffèrent de celles des femmes. • L'instrument de mesure serait peu applicable pour la présente étude (car trop spécifique aux cardiaques).
<p>© Aucoin, G. (1997). <u>Besoins d'apprentissage et stratégies de coping de la soignante naturelle.</u> Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal.</p>	<p><u>But de l'étude:</u> <i>Décrire</i> les besoins d'apprentissage et les stratégies de coping de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer et <i>vérifier l'existence de relations</i> entre ces deux variables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Étude descriptive corrélationnelle quantitative (n=30), (avec partie qualitative sommaire). • cadre théorique du stress et du coping de Lazarus et Folkman. • 3 instruments de mesure furent retenus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soignantes naturelles possèdent des acquis de départ comme apprenantes. • Le besoin d'en apprendre davantage sur les soins à prodiguer au conjoint est manifeste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et optimisme sont les types de coping les + utilisés. • Soignantes ont le goût du risque (veulent apprendre, même sur les choses plus pessimistes, comme un pronostic pauvre...) 	<ul style="list-style-type: none"> • pousser plus loin l'étude en utilisant un devis expérimental avec interventions éducatives. • explorer les perceptions des inf. et médecins face aux besoins d'apprendre des soignantes.

APPENDICE B

Tableau analytique II

Recherches sur la qualité de vie
de populations adultes présentant un problème de santé mentale

Appendice B - TABLEAU ANALYTIQUE II

Recherches sur la qualité de vie

de populations adultes présentant un problème de santé mentale et qui sont pertinentes pour la présente étude

Référence	Question/ But de l'étude	Cadre/Méthode /Instrument de mesure	Résultats	Interprétation/ Conclusion	Pistes/Critique
<p>① Rudolf, H. & Priebe, S. (1999). Subjective Quality of Life in Female In-Patients with Depression: A Longitudinal Study. <u>International Journal of Social Psychiatry</u>, 45 (4), 238-246.</p>	<p>But de l'étude: <i>Explorer</i> la qualité de vie chez 3 groupes de sujets, dont des ♀ dépressives (n=42), des ♀ alcooliques (n=70) et des ♀ schizoéphrènes (n=73) en milieu hospitalier. (De ces ♀, seules celles dépressives furent réévaluées après 6 mois → partie longitudinale).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude descriptive comparative quantitative Cadre non mentionné 3 instruments de mesure: la version allemande du <i>Lancashire Quality of Life Profile</i> (LQOLP)(d'origine britannique), l'inventaire de la dépression de Beck et l'échelle de Hamilton. 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes dépressives sont moins satisfaites de leur vie dans l'ensemble, de même que dans 4 des 9 dimensions de la vie selon le LQOLP (comme les contacts sociaux et les loisirs), mais leur niveau de Q de V s'est amélioré après 6 mois. Moins leurs symptômes dépressifs sont grands, meilleure est leur Q de V. 	<ul style="list-style-type: none"> L'amélioration des symptômes dépressifs est le meilleur prédicteur des changements dans la Q de V (explique 30% de la variance). On extrapole que les femmes dépressives auraient un schème de pensée cognitif vraiment négatif sur les circonstances de la vie (donc Q de Vie ↓). 	<ul style="list-style-type: none"> D'autres études semblables pourraient permettre d'élaborer un programme d'interventions psychosociales pour rehausser Q de V chez les ♀ dépressives. Instrument LQOLP reçu de l'Angleterre (questionnaire très exhaustif; aurait pu être raccourci pour la présente étude; choix s'est arrêté sur autre questionnaire.
<p>② Pyne, Patterson, Kaplan, Gillin, Koch & Grant (1997). Assessment of the Quality of Life of Patients with Major Depression. <u>Psychiatric Services</u>, 48, 224-230.</p>	<p>But de l'étude: <i>Examiner</i> la relation entre la mesure de qualité de vie (Q de V) et la mesure des symptômes dépressifs chez des vétérans (n=82 pour les ♂ et 18 pour les ♀) aux É-U. • Présence d'un groupe contrôle (n=61).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude corrélationnelle 3 instruments de mesure: <i>Quality of Well-being scale</i> (QWB) (testé pour la 1^{ère} fois chez des dépressifs), le Beck, l'échelle de Hamilton. cadre théorique non mentionné 	<ul style="list-style-type: none"> La sévérité des symptômes dépressifs est inversement reliée à la Q de V (comme dans l'étude précédente) La distorsion cognitive liée à la dépression peut contribuer à gonfler la corrélation. 	<ul style="list-style-type: none"> La réduction de la Q de Vie liés aux symptômes dépressifs est comparable à celle des patients souffrant d'une maladie physique chronique. Font très peu mention des résultats du groupe contrôle. 	<ul style="list-style-type: none"> De futures études avec le <i>QWB scale</i> sont nécessaires dans le domaine de la santé mentale, pour mieux valider cet instrument. Biais: beaucoup trop d'♂ par rapport aux ♀ dans cette étude (car vétérans).

Appendice B - TABLEAU ANALYTIQUE II (suite)

Recherches sur la qualité de vie de populations adultes présentant un problème de santé mentale et qui sont pertinentes pour la présente étude

Référence	Question/ But de l'étude	Cadre/Méthode /Instrument de mesure	Résultats	Interprétation/ Conclusion	Pistes/Critique
<p>③ Gupta, S., Kulhara, P. & Verma, S. K. (1998). <u>Quality of Life in Schizophrenia and Dysthymia Acta Psychiatrica Scandinavica</u>, 97, 290-296.</p>	<p><u>But de l'étude:</u> <i>Examiner</i> les similarités et les différences dans la Q de Vie chez deux groupes de sujets, soit 30 schizophrènes et 30 patients atteints de dysthymie (dépression légère qui perdure). Étude effectuée en Inde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> étude descriptive comparative instrument générique: <i>Quality of Life Enjoyment and Life Satisfaction Questionnaire- QOLES</i> (93 items répartis dans 8 catégories) ∅ mention du cadre 	<ul style="list-style-type: none"> Dysthymiques sont moins satisfaits que les schizophrènes de leur Q de Vie. Dysthymiques sont satisfaits de leur travail, leur bien-être, activités générales et leur santé physique. Peu satisfaits de leur loisirs et des travaux ménagers. 	<ul style="list-style-type: none"> Les dimensions de Q de V qui sont satisfaites et celles non satisfaites diffèrent avec celles d'autres études. Font état du même commentaire que les 2 autres études précédentes à propos de la cognition négative chez le dépressif qui amène à tout voir négativement. 	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats obtenus sont peut-être dûs aux composantes culturelles et économiques différentes en Inde. Questionnaire commandé mais non reçu (semble moins applicable car générique)
<p>④ Wells, K., Stewart, A., Hays, R., Burnam, A. et al. (1989). <u>The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study. Journal of the American Medical Association</u>, 262, 914-919. (Étude imposante aux É-U. → n = 11 242)</p>	<p><u>But de l'étude:</u> <i>Décrire</i> l'état fonctionnel (capacité d'accomplir ses activités et ses tâches) et le bien-être (évaluation de sa qualité de vie et de sa santé) de sujets souffrant de dépression, associée à une maladie chronique ou non.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude descriptive quantitative exhaustive 2 paradigmes pour conceptualiser la dépression: <ul style="list-style-type: none"> ① le phénomène des symptômes dépressifs ② les troubles dépressifs Instruments: <i>Patient Screener</i> (genre version abrégée du Beck) et <i>Diagnostic Interview Schedule (DIS)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sujets dépressifs ont beaucoup plus de plaintes physiques, fonctionnent moins bien dans leurs rôles et passent plus de temps au lit que patients atteints de certaines maladies chroniques. Si le patient est dépressif, en plus de souffrir d'une maladie physique chronique, le bien-être est + affecté. 	<ul style="list-style-type: none"> Le fonctionnement de patients dépressifs est comparable ou pire que ceux atteints de maladie chronique et il y a un effet additif si une personne présente les deux conditions. Les patients dépressifs qui consultent en santé mentale sont plus mal en point que ceux qui visitent un généraliste. 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune piste de recherche mentionnée. (dommage!) Nombreuses statistiques! Questionnaire DIS non commandé, mais l'inventaire de la dépression de Beck a été utilisé pour évaluer le degré de sévérité de la dépression dans la présente étude pour répondre à certaines des questions de recherche.

Appendice B - TABLEAU ANALYTIQUE II (suite)

Recherches sur la qualité de vie de populations adultes présentant un problème de santé mentale et qui sont pertinentes pour la présente étude

Référence	Question/ But de l'étude	Cadre/Méthode /Instrument de mesure	Résultats	Interprétation/ Conclusion	Pistes/Critique (positive ou négative)
<p>⑤ Becker, M., Diamond, R. & Sainfort, F. (1993). A New Patient-Focused Index for Measuring Quality of Life in Persons with Severe and persistent Mental Illness. <i>Quality of Life Research</i>, 2, 239-251.</p>	<p><u>But de l'étude:</u> <i>Développer, tester et mettre en application</i> un questionnaire pour mesurer les perceptions de la Q de V chez des patients atteints d'un problème de santé mentale (n=40) (A été testé +++ depuis sa conception).</p>	<p>• Cadre similaire à celui de Campbell, Converse & Rogers (partie du cadre de la présente étude). • <u>Instrument</u>: <i>The Quality of Life Index for Mental Health (QLI-MH)</i> → 9 catégories (dimensions)</p>	<p>• Explications détaillées et assez complexes sur les qualités métrologiques de l'instrument, mais bien présentées. Donne confiance en l'instrument. • Aucune énumération des dimensions de Q de Vie les plus altérées; concentration sur l'instrument comme tel.</p>	<p>• Instrument peut être utilisé pour le patient et pour le soignant naturel qui lui prodigue des soins. • Cet instrument a été conçu pour répondre aux failles des approches conventionnelles pour mesurer la Q de Vie (mais on ne fait pas mention de ces failles).</p>	<p>• Cet article contient la matrice des besoins que j'ai utilisé dans mon cadre de référence. • Instrument (traduit en français) reçu des É-U. (intéressant car mesure à la fois l'importance et la satisfaction des dimensions de la Q de Vie...)</p>
<p>⑥ Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999). <i>Clinical and Social Needs of Schizophrenic Living in the Community: the Relationship between Needs and Subjective Quality of Life. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>, 34 (10), 513-518.</p>	<p><u>Buts de l'étude:</u> <i>Identifier et décrire</i> les besoins cliniques et sociaux perçus par des patients schizophrènes (n=120) qui sont non hospitalisés et de <u>vérifier la relation</u> entre leurs besoins et les perceptions de leur Q de Vie.</p>	<p>• Étude descriptive corrélationnelle • Cadre omis Instruments de mesure: ① <i>Camberwell Assessment of Needs (CAN)</i> → évalue besoins généraux pour une clientèle en santé mentale. ② <i>Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP)</i> - a été testé et utilisé +++ en santé.</p>	<p>• Le besoin le moins satisfait est celui de l'information à propos de leur condition de santé et de leur traitement et les sujets ressentent un besoin d'apprendre. • Autres besoins importants et non comblés sont: besoin de compagnie et d'une relation intime, comment composer avec la détresse ψ...</p>	<p>• Moins leurs besoins sont comblés, plus les sujets schizophrènes perçoivent leur Q de Vie comme étant pauvre. (Il apparaissait réaliste de spéculer que le scénario était sensiblement le même avec des femmes présentant un trouble dépressif, ce qui a été vérifié de façon empirique).</p>	<p>• D'autres études sont nécessaires pour vérifier les liens entre besoins et Q de Vie en santé mentale, car domaine très peu exploré. • Domage que l'instrument CAN évalue les besoins en général et non pas les besoins d'apprentissage, car a été testé partout dans le monde.</p>

APPENDICE C

L' Educational Needs Questionnaire (ENQ)

... psychiatric illnesses and their relatives often have a need for information about the illness and how to cope more effectively with it. We would like to know how interested you are in learning about the following topic areas.

Please indicate how much you would like to know more about each of the following topic areas by giving a rating between 1 (not interested) and 5 (very interested). Circle the number next to the question for your rating.

	1	2	3	4	5
	Not Interested	Slightly Interested	Somewhat Interested	Rather Interested	Very Interested
1. How common the illness is and what tends to happen when a person has it.				1	2 3 4 5
2. How psychiatric diagnoses are made.				1	2 3 4 5
3. Symptoms of the illness.				1	2 3 4 5
4. What the illness is like for the person with it.				1	2 3 4 5
5. Biological theories.				1	2 3 4 5
6. Genetics and vulnerability to illness.				1	2 3 4 5
7. Psychiatric medications.				1	2 3 4 5
8. Side effects of medications.				1	2 3 4 5
9. Early warning signs of the illness and relapse.				1	2 3 4 5
10. Stress and the illness.				1	2 3 4 5
11. Ways of managing stress more effectively.				1	2 3 4 5
12. Improving communication with relatives.				1	2 3 4 5
13. Strategies for solving problems.				1	2 3 4 5
14. Setting limits on the patient's behavior.				1	2 3 4 5
15. Enhancing leisure and recreation activities.				1	2 3 4 5
16. Improving social relationships.				1	2 3 4 5
17. Day treatment.				1	2 3 4 5

Reference for citation: Mueser, K.T., Bellack, A.S., Wade, J.H., Sayers, S.L., & Rosenthal, C.K. (1992). An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160, 674-680.

Educational Needs Questionnaire

	1	2	3	4	5	
	Not Interested	Slightly	Somewhat Interested	Rather	Very Interested	
18. Vocational rehabilitation.	1	2	3	4	5	
19. Alternative living situations.	1	2	3	4	5	
20. Improving independent living skills.	1	2	3	4	5	
21. Improving grooming and hygiene.	1	2	3	4	5	
22. Coping with depression and suicidal thoughts	1	2	3	4	5	
23. Drug/alcohol abuse.	1	2	3	4	5	
24. Anxiety and panic attacks.	1	2	3	4	5	
25. Anger, violence, assaultive behavior.	1	2	3	4	5	
26. Persistant hallucinations.	1	2	3	4	5	
27. Persistant delusions.	1	2	3	4	5	
28. Sleeping problems.	1	2	3	4	5	
29. Social isolation, avoidance/withdrawal.	1	2	3	4	5	
30. Loss of pleasure.	1	2	3	4	5	
31. Lack of interest and motivation.	1	2	3	4	5	
32. Problems with concentration.	1	2	3	4	5	
33. Alternative treatment approaches.	1	2	3	4	5	
34. Involuntary commitment to hospital.	1	2	3	4	5	
35. Getting what you need from mental health system	1	2	3	4	5	
36. Applying for financial assistance.	1	2	3	4	5	
37. Relatives support and advocacy organizations.	1	2	3	4	5	
38. Patients self-help organizations.	1	2	3	4	5	
39. Psychiatric hospitalization.	1	2	3	4	5	

Questionnaire

Not Interested	Slightly	Somewhat Interested	Rather	Very Interested
-------------------	----------	------------------------	--------	--------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 40. Managing "burnout". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Recent research on mental illness. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. What happens when parent dies. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Dealing with weight gain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Planning/coping with holidays. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Coping with stigma of mental illness. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

What other topic areas not listed above would you be interested in learning more information about?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Please indicate your relationship to the patient:

- I am patient child
 Parent
 Spouse
 Sibling (brother, sister)
 Other relative (aunt, uncle, grandparent, niece, nephew, etc.)
 Friend

Please indicate your (your relative's) diagnosis:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schizophrenia | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Schizoaffective Disorder | <input type="checkbox"/> Other (specify: _____) |
| <input type="checkbox"/> Manic-depression | _____ |

Are you a member of the Alliance for the Mentally Ill (AMI)?

Yes _____ No _____

How many years has it been since you (your relative) first received psychiatric treatment? _____

APPENDICE D

L'Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif
(IBAF-TD)

Inventaire des besoins d'apprentissage de femmes présentant un trouble dépressif (IBAF-TD)

Des personnes présentant un trouble dépressif (dépression) ressentent souvent le besoin d'apprendre à propos de leur maladie afin d'y faire face de façon plus efficace. Nous sommes intéressés à savoir quelle importance vous accordez à chacun des besoins d'apprentissage contenus dans ce questionnaire, en inscrivant un score qui peut varier de 1 à 6. Vous pouvez également inscrire d'autres besoins qui ne sont pas compris dans le questionnaire (voir numéros 46 à 50), mais qui sont importants pour vous. Par la suite, les mêmes besoins sont repris, mais cette fois-ci, vous devez indiquer si ceux-ci sont satisfaits (combés) ou non dans votre situation. Veuillez répondre à toutes les questions qui vous concernent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce questionnaire s'adresse ici à des femmes souffrant de dépression. S. O. P. Encerchez le chiffre approprié. Votre collaboration est grandement appréciée. Merci!

SECTION I						
Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants? <i>Apprendre/Comprendre</i>						
	Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
1. l'incidence de la maladie et ce qui tend à arriver à la personne atteinte.	1	2	3	4	5	6
2. la façon dont le diagnostic de dépression est posé.	1	2	3	4	5	6
3. les symptômes de la dépression.	1	2	3	4	5	6

<p align="center">SECTION I</p> <p align="center">Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants?</p> <p align="center"><i>Apprendre/Comprendre</i></p>	Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
4. les répercussions de la dépression sur la personne qui en est atteinte.	1	2	3	4	5	6
5. les théories biologiques de la dépression.	1	2	3	4	5	6
6. la génétique et la prédisposition (vulnérabilité) à la dépression.	1	2	3	4	5	6
7. des notions sur les médicaments utilisés pour traiter la dépression.	1	2	3	4	5	6
8. les effets secondaires de ces médicaments.	1	2	3	4	5	6
9. les signes avant-coureurs d'une rechute.	1	2	3	4	5	6
10. la relation entre le stress et la dépression.	1	2	3	4	5	6
11. les stratégies (moyens) pour gérer le stress plus efficacement.	1	2	3	4	5	6
12. les stratégies (moyens) pour améliorer la communication avec la famille.	1	2	3	4	5	6

SECTION I		Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants? <i>Apprendre/Comprendre</i>							
13. les stratégies (moyens) de résolution de problèmes.	1	2	3	4	5	6	
14. les stratégies (moyens) pour se sentir bien à propos de soi-même (être bien dans sa peau).	1	2	3	4	5	6	
15. la nécessité d'accroître les loisirs et les activités récréatives.	1	2	3	4	5	6	
16. les raisons et les façons d'améliorer les relations sociales.	1	2	3	4	5	6	
17. le fonctionnement du Centre de Jour (traitement psychiatrique externe de jour).	1	2	3	4	5	6	
18. les possibilités de réadaptation professionnelle.	1	2	3	4	5	6	
19. les stratégies (moyens) pour retirer du plaisir de la vie, combattre la solitude, l'ennui.	1	2	3	4	5	6	
20. les habiletés de vie menant à une vie plus indépendante et normale.	1	2	3	4	5	6	
21. la nécessité d'améliorer l'apparence physique et l'hygiène corporelle.	1	2	3	4	5	6	

SECTION I Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants? <i>Apprendre/Comprendre</i>	Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
22. comment faire face à la dépression et aux idées suicidaires.	1	2	3	4	5	6
23. le lien entre l'usage abusif de l'alcool et des drogues et la dépression.	1	2	3	4	5	6
24. des notions sur l'anxiété et les crises de panique.	1	2	3	4	5	6
25. des notions sur l'irritabilité, la colère, la violence et le comportement agressif.	1	2	3	4	5	6
26. des notions sur la baisse du désir sexuel (libido).	1	2	3	4	5	6
27. les effets de l'exercice physique sur la dépression.	1	2	3	4	5	6
28. des notions sur les difficultés de sommeil (ex: insomnie, hypersomnie).	1	2	3	4	5	6
29. des notions sur l'isolement social, le retrait et l'évitement.	1	2	3	4	5	6

SECTION I		Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants? <i>Apprendre/Comprendre:</i>							
30.	la perte de plaisir lors de la dépression.	1	2	3	4	5	6
31.	le manque d'intérêt et de motivation.	1	2	3	4	5	6
32.	les difficultés de concentration.	1	2	3	4	5	6
33.	les approches alternatives de traitement.	1	2	3	4	5	6
34.	l'admission involontaire à l'hôpital.	1	2	3	4	5	6
35.	la façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale.	1	2	3	4	5	6
36.	la procédure pour obtenir de l'aide financière.	1	2	3	4	5	6
37.	la nécessité du soutien familial.	1	2	3	4	5	6
38.	le fonctionnement et la mission des groupes d'entraide.	1	2	3	4	5	6



SECTION I		Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants? Apprendre/Comprendre.							
39. en quoi consiste l'hospitalisation psychiatrique.		1	2	3	4	5	6
40. la gestion de la fatigue et de l'épuisement.		1	2	3	4	5	6
41. les recherches récentes sur la dépression.		1	2	3	4	5	6
42. le phénomène de la perte et du deuil.		1	2	3	4	5	6
43. les stratégies (moyens) de composer avec la prise ou la perte de poids.		1	2	3	4	5	6
44. la planification des jours fériés et comment faire face à ces derniers.		1	2	3	4	5	6
45. la façon de composer avec le stigmate de la maladie.		1	2	3	4	5	6
46. <u>Autre besoin:</u>		1	2	3	4	5	6
47. <u>Autre besoin:</u>		1	2	3	4	5	6

SECTION I						
Quelle importance accordez-vous aux besoins d'apprentissage suivants? Apprendre/Comprendre.						
	Importance très négligeable	Importance modérément négligeable	Importance un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
48. <u>Autre besoin:</u>	1	2	3	4	5	6
49. <u>Autre besoin:</u>	1	2	3	4	5	6
50. <u>Autre besoin:</u>	1	2	3	4	5	6

Passez maintenant à la section II du questionnaire.

SECTION II						
Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur:						
	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
1. l'incidence de la maladie.	1	2	3	4	5	6
2. la façon dont le diagnostic de dépression est posé.	1	2	3	4	5	6
3. les symptômes de la dépression.	1	2	3	4	5	6

SECTION II						
Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur:						
	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
4. les répercussions de la dépression sur la personne qui en est atteinte.	1	2	3	4	5	6
5. les théories biologiques de la dépression.	1	2	3	4	5	6
6. la génétique et la prédisposition (vulnérabilité) à la dépression.	1	2	3	4	5	6
7. les médicaments utilisés pour traiter la dépression.	1	2	3	4	5	6
8. les effets secondaires de ces médicaments.	1	2	3	4	5	6
9. les signes avant-coureurs d'une rechute.	1	2	3	4	5	6
10. la relation entre le stress et la dépression.	1	2	3	4	5	6
11. les stratégies (moyens) pour gérer le stress plus efficacement.	1	2	3	4	5	6
12. les stratégies (moyens) pour améliorer la communication avec la famille.	1	2	3	4	5	6

SECTION II		Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur:							
13. les stratégies (moyens) de résolution de problèmes.		1	2	3	4	5	6
14. les stratégies (moyens) pour se sentir bien à propos de soi-même (être bien dans sa peau).		1	2	3	4	5	6
15. la nécessité d'accroître les loisirs et les activités récréatives.		1	2	3	4	5	6
16. les raisons et les façons d'améliorer les relations sociales.		1	2	3	4	5	6
17. le fonctionnement du Centre de Jour (traitement psychiatrique externe de jour).		1	2	3	4	5	6
18. les possibilités de réadaptation professionnelle.		1	2	3	4	5	6
19. les stratégies (moyens) pour retirer du plaisir de la vie, combattre la solitude, l'ennui.		1	2	3	4	5	6
20. les habiletés de vie menant à une vie plus indépendante.		1	2	3	4	5	6
21. la nécessité d'améliorer l'apparence physique et l'hygiène corporelle.		1	2	3	4	5	6

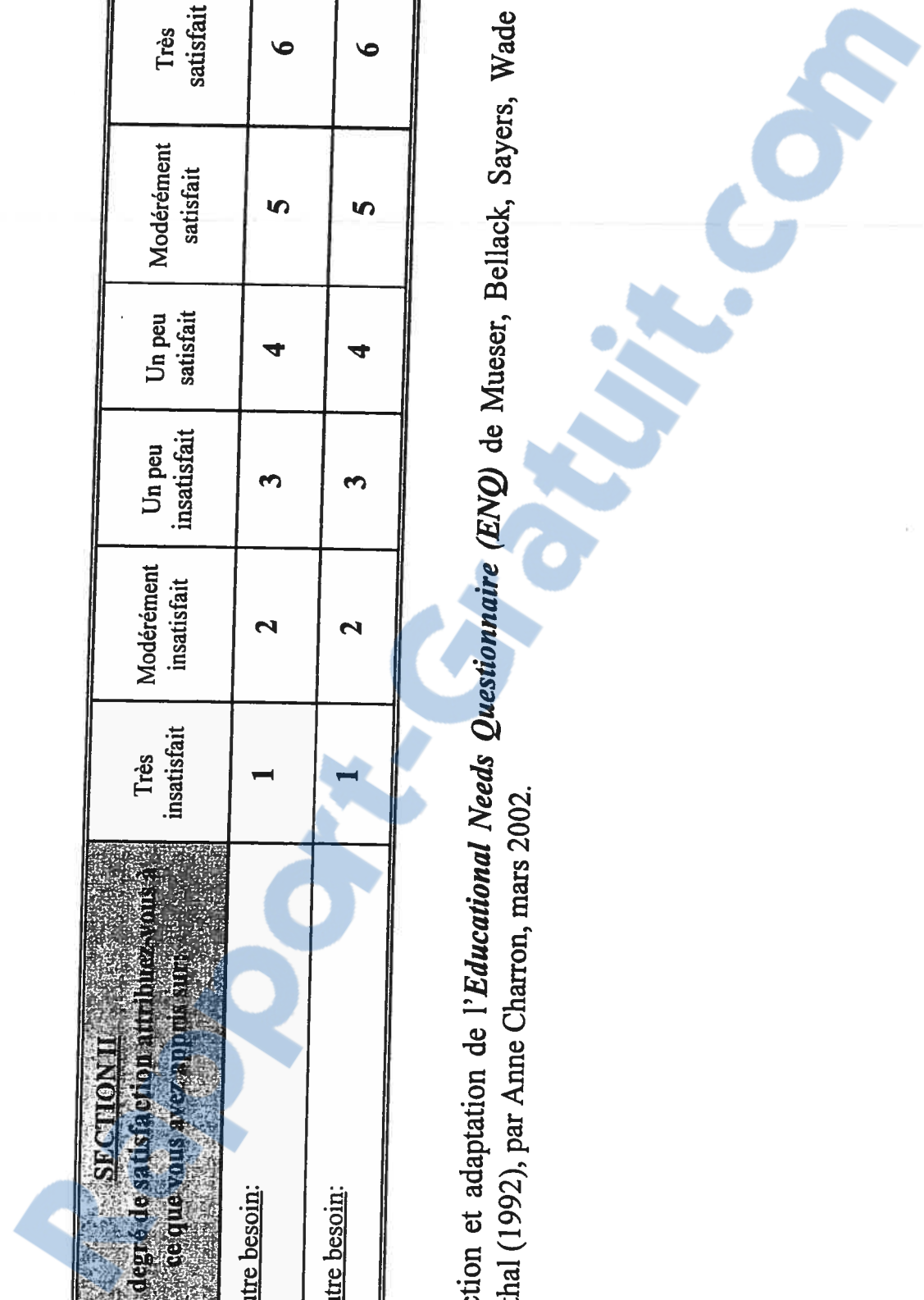
SECTION II		Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur :							
22.	comment faire face à la dépression et aux idées suicidaires.	1	2	3	4	5	6
23.	le lien entre l'usage abusif de l'alcool et des drogues et la dépression.	1	2	3	4	5	6
24.	l'anxiété et les crises de panique.	1	2	3	4	5	6
25.	l'irritabilité, la colère, la violence et le comportement agressif	1	2	3	4	5	6
26.	la baisse du désir sexuel (libido).	1	2	3	4	5	6
27.	les effets de l'exercice physique sur la dépression.	1	2	3	4	5	6
28.	les difficultés de sommeil (ex: insomnie, hypersomnie).	1	2	3	4	5	6
29.	l'isolement social, le retrait et l'évitement.	1	2	3	4	5	6
30.	la perte de plaisir lors de la dépression.	1	2	3	4	5	6

SECTION II Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
31. le manque d'intérêt et de motivation.	1	2	3	4	5	6
32. les difficultés de concentration.	1	2	3	4	5	6
33. les approches alternatives de traitement.	1	2	3	4	5	6
34. l'admission involontaire à l'hôpital.	1	2	3	4	5	6
35. la façon d'obtenir les soins requis (et autres services) du système de santé mentale.	1	2	3	4	5	6
36. la procédure pour obtenir de l'aide financière.	1	2	3	4	5	6
37. la nécessité du soutien familial.	1	2	3	4	5	6
38. les groupes d'entraide.	1	2	3	4	5	6
39. l'hospitalisation psychiatrique.	1	2	3	4	5	6

SECTION II		Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur:							
40.	la gestion de la fatigue et de l'épuisement.	1	2	3	4	5	6
41.	les recherches récentes sur la dépression.	1	2	3	4	5	6
42.	le phénomène de la perte et du deuil.	1	2	3	4	5	6
43.	les stratégies (moyens) de composer avec la prise ou la perte de poids.	1	2	3	4	5	6
44.	la planification des jours fériés et comment faire face à ces derniers.	1	2	3	4	5	6
45.	la façon de composer avec le stigmate de la maladie.	1	2	3	4	5	6
46.	<u>Autre besoin:</u>	1	2	3	4	5	6
47.	<u>Autre besoin:</u>	1	2	3	4	5	6
48.	<u>Autre besoin:</u>	1	2	3	4	5	6

SECTION II		Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
Quel degré de satisfaction attribuez-vous à ce que vous avez appris sur:							
49. <u>Autre besoin:</u>		1	2	3	4	5	6
50. <u>Autre besoin:</u>		1	2	3	4	5	6

Traduction et adaptation de l'*Educational Needs Questionnaire (ENQ)* de Mueser, Bellack, Sayers, Wade & Rosenthal (1992), par Anne Charron, mars 2002.



APPENDICE E

Le Quality of Life Index (QLI)

Ferrans and Powers
QUALITY OF LIFE INDEX[®]
GENERIC VERSION - III

PART 1. For each of the following, please choose the answer that best describes how *satisfied* you are with that area of your life. Please mark your answer by circling the number. There are no right or wrong answers.

HOW SATISFIED ARE YOU WITH:	Very Dissatisfied	Moderately Dissatisfied	Slightly Dissatisfied	Slightly Satisfied	Moderately Satisfied	Very Satisfied
1. Your health?	1	2	3	4	5	6
2. Your health care?	1	2	3	4	5	6
3. The amount of pain that you have?	1	2	3	4	5	6
4. The amount of energy you have for everyday activities?	1	2	3	4	5	6
5. Your ability to take care of yourself without help?	1	2	3	4	5	6
6. The amount of control you have over your life?	1	2	3	4	5	6
7. Your chances of living as long as you would like?	1	2	3	4	5	6
8. Your family's health?	1	2	3	4	5	6
9. Your children?	1	2	3	4	5	6
10. Your family's happiness?	1	2	3	4	5	6
11. Your sex life?	1	2	3	4	5	6
12. Your spouse, lover, or partner?	1	2	3	4	5	6
13. Your friends?	1	2	3	4	5	6
14. The emotional support you get from your family?	1	2	3	4	5	6
15. The emotional support you get from people other than your family?	1	2	3	4	5	6

(Please Go To Next Page)

© Copyright 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans and Marjorie J. Powers (Do not use without permission).

HOW SATISFIED ARE YOU WITH:	Very Dissatisfied	Moderately Dissatisfied	Slightly Dissatisfied	Slightly Satisfied	Moderately Satisfied	Very Satisfied
16. Your ability to take care of family responsibilities?	1	2	3	4	5	6
17. How useful you are to others?	1	2	3	4	5	6
18. The amount of worries in your life?	1	2	3	4	5	6
19. Your neighborhood?	1	2	3	4	5	6
20. Your home, apartment, or place where you live?	1	2	3	4	5	6
21. Your job (if employed)?	1	2	3	4	5	6
22. Not having a job (if unemployed, retired, or disabled)?	1	2	3	4	5	6
23. Your education?	1	2	3	4	5	6
24. How well you can take care of your financial needs?	1	2	3	4	5	6
25. The things you do for fun?	1	2	3	4	5	6
26. Your chances for a happy future?	1	2	3	4	5	6
27. Your peace of mind?	1	2	3	4	5	6
28. Your faith in God?	1	2	3	4	5	6
29. Your achievement of personal goals?	1	2	3	4	5	6
30. Your happiness in general?	1	2	3	4	5	6
31. Your life in general?	1	2	3	4	5	6
32. Your personal appearance?	1	2	3	4	5	6
33. Yourself in general?	1	2	3	4	5	6

(Please Go To Next Page)

© Copyright 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans and Marjorie J. Powers (Do not use without permission).

PART 2. For each of the following, please choose the answer that best describes how *important* that area of your life is to you. Please mark your answer by circling the number. There are no right or wrong answers.

HOW IMPORTANT TO YOU IS:	Very Unimportant	Moderately Unimportant	Slightly Unimportant	Slightly Important	Moderately Important	Very Important
1. Your health?	1	2	3	4	5	6
2. Your health care?	1	2	3	4	5	6
3. Having no pain?	1	2	3	4	5	6
4. Having enough energy for everyday activities?	1	2	3	4	5	6
5. Taking care of yourself without help?	1	2	3	4	5	6
6. Having control over your life?	1	2	3	4	5	6
7. Living as long as you would like?	1	2	3	4	5	6
8. Your family's health?	1	2	3	4	5	6
9. Your children?	1	2	3	4	5	6
10. Your family's happiness?	1	2	3	4	5	6
11. Your sex life?	1	2	3	4	5	6
12. Your spouse, lover, or partner?	1	2	3	4	5	6
13. Your friends?	1	2	3	4	5	6
14. The emotional support you get from your family?	1	2	3	4	5	6
15. The emotional support you get from people other than your family?	1	2	3	4	5	6

(Please Go To Next Page)

© Copyright 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans and Marjorie J. Powers (Do not use without permission).

HOW IMPORTANT TO YOU IS:	Very Unimportant	Moderately Unimportant	Slightly Unimportant	Slightly Important	Moderately Important	Very Important
16. Taking care of family responsibilities?	1	2	3	4	5	6
17. Being useful to others?	1	2	3	4	5	6
18. Having no worries?	1	2	3	4	5	6
19. Your neighborhood?	1	2	3	4	5	6
20. Your home, apartment, or place where you live?	1	2	3	4	5	6
21. Your job (if employed)?	1	2	3	4	5	6
22. Having a job (if unemployed, retired, or disabled)?	1	2	3	4	5	6
23. Your education?	1	2	3	4	5	6
24. Being able to take care of your financial needs?	1	2	3	4	5	6
25. Doing things for fun?	1	2	3	4	5	6
26. Having a happy future?	1	2	3	4	5	6
27. Peace of mind?	1	2	3	4	5	6
28. Your faith in God?	1	2	3	4	5	6
29. Achieving your personal goals?	1	2	3	4	5	6
30. Your happiness in general?	1	2	3	4	5	6
31. Being satisfied with life?	1	2	3	4	5	6
32. Your personal appearance?	1	2	3	4	5	6
33. Are you to yourself?	1	2	3	4	5	6

© Copyright 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans and Marjorie J. Powers (Do not use without permission).

APPENDICE F

Version française du *Quality of Life Index (QLI)*

Index sur la Qualité de Vie (traduction française du *Quality of Life Index*) (QLI)

Partie I (Satisfaction par domaine/dimension de vie)

Les gens diffèrent par leur attitude face à leur vie. Il est possible que les choses jugées satisfaisantes par une personne n'en satisfassent pas une autre. Pour chacune des questions suivantes, encerclez la réponse qui décrit le mieux votre satisfaction à l'égard de ce secteur de votre vie. Si aucun énoncé ne correspond exactement, choisissez celui qui se rapproche le plus de votre opinion. Veuillez répondre à toutes les questions qui vous concernent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Êtes-vous satisfait(e) de/du/des:	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
1. Votre santé?	1	2	3	4	5	6
2. Soins de santé que vous recevez?	1	2	3	4	5	6
3. Votre niveau d'inconfort ou de douleur?	1	2	3	4	5	6
4. Votre niveau d'énergie pour vos activités quotidiennes?	1	2	3	4	5	6
5. Votre autonomie à prendre soin de vous-même (capacité de vous débrouiller)?	1	2	3	4	5	6
6. Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie?	1	2	3	4	5	6
7. Votre potentiel de longévité?	1	2	3	4	5	6
8. L'état de santé de votre famille?	1	2	3	4	5	6
9. Vos enfants?	1	2	3	4	5	6
10. Bonheur de votre famille?	1	2	3	4	5	6

Êtes-vous satisfait(e) de/du/des:		Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
11.	Votre relation avec votre conjoint (ou autre personne importante)	1	2	3	4	5	6
12.	Votre vie sexuelle?	1	2	3	4	5	6
13.	Vos amis?	1	2	3	4	5	6
14.	Soutien émotif que les autres vous procurent?	1	2	3	4	5	6
15.	Votre capacité de vous acquitter de vos responsabilités familiales (ce que vous avez à faire pour votre famille)?	1	2	3	4	5	6
16.	Votre utilité pour les autres?	1	2	3	4	5	6
17.	La quantité de stress ou de préoccupations dans votre vie?	1	2	3	4	5	6
18.	Votre foyer (maison, appartement ou autre endroit)?	1	2	3	4	5	6
19.	Votre voisinage?	1	2	3	4	5	6
20.	Votre niveau de vie?	1	2	3	4	5	6
21.	Conditions de vie en général au Nouveau-Brunswick?	1	2	3	4	5	6
22.	Votre influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral?	1	2	3	4	5	6
23.	Votre emploi (si vous travaillez)?	1	2	3	4	5	6

Êtes-vous satisfait(e) de/du/des:	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
24. Ne pas avoir d'emploi (si vous êtes sans emploi, à la retraite ou atteint(e) d'incapacité)?	1	2	3	4	5	6
25. Votre niveau d'instruction?	1	2	3	4	5	6
26. Votre autonomie financière?	1	2	3	4	5	6
27. Vos loisirs?	1	2	3	4	5	6
28. Vos possibilités de voyage durant vos vacances?	1	2	3	4	5	6
29. Vos possibilités concernant une vieillesse (retraite) heureuse?	1	2	3	4	5	6
30. Votre tranquillité d'esprit?	1	2	3	4	5	6
31. Votre croyance personnelle en Dieu?	1	2	3	4	5	6
32. Buts personnels que vous avez atteints?	1	2	3	4	5	6
33. Votre bonheur en général?	1	2	3	4	5	6
34. Votre vie en général?	1	2	3	4	5	6
35. Votre apparence personnelle?	1	2	3	4	5	6
36. Vous-même en général?	1	2	3	4	5	6

© Copyright 1984 & 1998 - Carol Estwing Ferrans et Marjorie J. Powers. (Ne pas utiliser sans permission).
 Traduction française et adaptation: Gagnon et Vachon, 1993.
 Modifications minimales et différente mise en page: Charron, juin 2002.

Index sur la Qualité de Vie (traduction française du *Quality of Life Index*) (QLI)

Partie II (importance par domaine/dimension de vie)

Les gens diffèrent par leur attitude face à leur vie. Il est possible que les choses importantes pour une personne ne le soient pas pour une autre. Pour chacune des questions suivantes, indiquez la réponse qui décrit le mieux l'importance que vous accordez à ce secteur de votre vie. Si aucun énoncé ne correspond exactement, choisissez celui qui se rapproche le plus de votre opinion. Veuillez répondre à toutes les questions qui vous concernent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Quelle importance accordez-vous à/au/aux:	Très négligeable	Modérément négligeable	Un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
1. Votre santé?	1	2	3	4	5	6
2. Soins de santé que vous recevez?	1	2	3	4	5	6
3. Fait ne pas ressentir aucun inconfort ni douleur?	1	2	3	4	5	6
4. L'énergie nécessaire pour vos activités quotidiennes?	1	2	3	4	5	6
5. Votre autonomie à prendre soin de vous-même (capacité de vous débrouiller)?	1	2	3	4	5	6
6. Degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie?	1	2	3	4	5	6
7. Votre longévité?	1	2	3	4	5	6
8. L'état de santé de votre famille?	1	2	3	4	5	6
9. Vos enfants?	1	2	3	4	5	6

Quelle importance accordez-vous à/au/aux:	Très négligeable	Modérément négligeable	Un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
10. Bonheur de votre famille?	1	2	3	4	5	6
11. Votre relation avec votre conjoint (ou autre personne importante)	1	2	3	4	5	6
12. Votre vie sexuelle?	1	2	3	4	5	6
13. Vos amis?	1	2	3	4	5	6
14. Soutien émotif que les autres vous procurent?	1	2	3	4	5	6
15. Vos responsabilités familiales (ce que vous avez à faire pour votre famille)?	1	2	3	4	5	6
16. Fait d'être utile aux autres?	1	2	3	4	5	6
17. Fait d'avoir une quantité raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie?	1	2	3	4	5	6
18. Votre foyer (maison, appartement ou autre endroit)?	1	2	3	4	5	6
19. Votre voisinage?	1	2	3	4	5	6
20. Un bon niveau de vie?	1	2	3	4	5	6
21. Conditions de vie en général au Nouveau-Brunswick?	1	2	3	4	5	6
22. Fait d'avoir une influence sur les gouvernements local, provincial et fédéral?	1	2	3	4	5	6
23. Votre travail ou au fait de travailler?	1	2	3	4	5	6

Quelle importance accordez-vous à/au/aux:	Très négligeable	Modérément négligeable	Un peu négligeable	Un peu important	Modérément important	Très important
24. Fait d'avoir un emploi (si vous êtes sans emploi, à la retraite ou atteint(e) d'incapacité)?	1	2	3	4	5	6
25. Votre niveau d'instruction?	1	2	3	4	5	6
26. Votre autonomie financière?	1	2	3	4	5	6
27. Vos loisirs?	1	2	3	4	5	6
28. La possibilité de voyager durant vos vacances?	1	2	3	4	5	6
29. Une vieillesse (retraite) heureuse?	1	2	3	4	5	6
30. Votre tranquillité d'esprit?	1	2	3	4	5	6
31. Votre croyance personnelle en Dieu?	1	2	3	4	5	6
32. L'atteinte de vos buts personnels?	1	2	3	4	5	6
33. Bonheur en général?	1	2	3	4	5	6
34. Fait d'être satisfait de la vie?	1	2	3	4	5	6
35. Votre apparence personnelle?	1	2	3	4	5	6
36. Vous-même?	1	2	3	4	5	6

© Copyright 1984 & 1998 - Carol Estwing Ferrans et Marjorie J. Powers. (Ne pas utiliser sans permission).
 Traduction française et adaptation: Gagnon et Vachon, 1993.
 Modifications minimales et différente mise en page: Charron, juin 2002.



APPENDICE G

Version française du *Beck Depression Inventory (BDI)*

Inventaire de la dépression de Beck

Ce questionnaire a pour but de vérifier l'intensité de votre trouble dépressif (dépression).
S.V.P., encerclez le chiffre correspondant à la réponse la plus appropriée pour vous à chacune des 21 questions. Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

1. 0 Je ne me sens pas triste
1 Je me sens triste
2 Je suis triste tout le temps et je sens que je ne peux m'en sortir
3 Je suis si triste et si malheureux (se) que je ne peux le supporter

2. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé(e), ni pessimiste
1 Je me sens découragé(e) au sujet du futur
2 J'ai l'impression de ne rien envisager avec plaisir
3 J'ai l'impression que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer

3. 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
1 J'ai l'impression d'avoir échoué plus que la majorité des gens
2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est que des échecs
3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie

4. 0 Je retire autant de satisfaction de la vie que d'habitude
1 Je m'ennuie la plupart du temps
2 Je ne retire pas de satisfaction de quoi que ce soit
3 Tout me rend insatisfait et m'ennuie

5. 0 Je ne me sens pas coupable
1 J'ai l'impression d'être assez souvent coupable
2 Je me sens régulièrement coupable
3 J'ai l'impression d'être continuellement coupable

6. 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
1 J'ai l'impression qu'un malheur peut m'arriver
2 J'ai l'impression de mériter des punitions
3 J'ai l'impression d'être puni(e) ou que je le serai bientôt
3b Je veux être puni(e)

7. 0 Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi-même
1 Je suis déçu(e) de moi-même
1b Je ne m'aime pas
2 Je suis dégoûté(e) de moi-même
3 Je me hais

8. 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
1. Je me critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
2. Je me blâme pour mes erreurs
3. Je me blâme pour tous les malheurs qui surviennent
9. 0 Je n'ai pas l'idée de me suicider
1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'ai pas l'intention de passer aux actes
2 J'aimerais me suicider
2b J'ai des plans précis pour me suicider
2c J'ai l'impression que ma famille serait libérée si j'étais mort(e)
3 J'aimerais me suicider si j'en avais la chance
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
1 Je pleure plus qu'avant
2 Je pleure presque toujours maintenant; je ne peux m'empêcher
3 J'avais l'habitude de pouvoir pleurer, mais maintenant je ne peux pas, même si je le veux
11. 0 Je ne suis pas plus sujet ou sujette à l'irritation maintenant que d'habitude
1 Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement que d'habitude
2 Je me sens toujours irrité(e)
3. Je ne suis plus irrité(e) par les choses qui m'irritaient habituellement
12. 0 Je ne suis pas moins intéressé(e) aux autres
1 Je suis moins intéressé(e) par les gens maintenant qu'autrefois
2 J'ai perdu mon intérêt pour les gens et j'ai peu de sentiments à leur égard
3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens et ils me sont devenus complètement indifférents
13. 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
1 J'essaie de remettre à plus tard les prises de décisions
2 Si l'on ne m'aide pas, je ne peux plus prendre de décisions
3 Je ne peux pas prendre de décisions
14. 0 Je n'ai pas l'impression de paraître plus mal que d'habitude
1 J'ai peur de paraître peu attrayant(e)
2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et qu'ils me font paraître peu attrayant(e)
3 J'ai l'impression d'être laid(e) ou repoussant(e)
15. 0 Je peux travailler aussi bien qu'auparavant
1 Ça me demande des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
1b Je ne travaille pas aussi bien qu'avant
2 Il faut que je fasse un très grand effort pour me mettre à faire quelque chose
3 Je ne peux pas faire aucun travail

16. 0 Je peux dormir aussi bien que d'habitude
1 Le matin, je me réveille plus fatigué(e) qu'autrefois
2 Je me lève d'une heure à deux heures plus tôt que d'habitude
3 Je me réveille très tôt chaque jour et je ne peux pas dormir plus de cinq heures
17. 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude
2 Je me fatigue en faisant très peu de choses
3 Je suis trop fatiguée pour faire quoi que ce soit
18. 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
2 Mon appétit a beaucoup diminué
3 Je n'ai pas d'appétit du tout
19. 0 Je n'ai pas perdu du poids dernièrement
1 J'ai perdu plus de 5 livres
2 J'ai perdu plus de 10 livres
3 J'ai perdu plus de 15 livres
20. 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
1 Je m'inquiète de douleurs ou de mes ennuis d'estomac ou de constipation, etc.
2 Je suis si inquiet ou inquiète de la façon dont je me sens que c'est difficile de penser à autre chose
3 Je suis complètement absorbé(e) par mon état de santé
21. 0 Je n'ai pas remarqué, dans les derniers temps, de changement dans mon désir sexuel
1 J'ai moins de désir sexuel que d'habitude
2 J'ai beaucoup moins de désir sexuel maintenant que d'habitude
3 J'ai perdu tout désir sexuel

Interprétation de l'Inventaire de la dépression de Beck

Il s'agit de faire la somme des réponses choisies, puis de faire l'évaluation selon l'échelle suivante:

- de 0 à 9 absence de trouble dépressif
- de 10 à 18 trouble dépressif léger à modéré
- de 19 à 30 trouble dépressif modéré à sévère
- de 31 à 63 trouble dépressif sévère à très sévère

À noter que la question # 9 permet d'évaluer l'intention suicidaire.

Commentaires:

Référence:

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., Erbaugh, J. K. (1961). An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

APPENDICE H

Canevas d'entrevue pour les études de cas

Canevas d'entrevue pour les deux études de cas
avec des femmes présentant un trouble dépressif

Unité d'analyse: *Vivre avec un trouble dépressif*

- Est-ce la première fois que vous souffrez de dépression? (Si non, combien de fois en avez-vous souffert et à quelle période de votre vie avez-vous vécu ces épisodes dépressifs?)
- Pouvez-vous identifier la ou les raisons de votre trouble dépressif?
- Parlez-moi de la période qui a précédé votre état dépressif le plus récent. (Racontez-moi comment c'est arrivé - symptômes, changements dans les habitudes de vie, etc.)
- Racontez-moi comment s'est produite votre hospitalisation (et ce qui l'a entraînée) ou comment s'est déroulé votre admission au Centre de Jour.
- Comment vivez-vous au jour le jour avec votre état dépressif (comment y faites-vous face)?
- Qu'est-ce qui vous aide à récupérer?
- Trouvez-vous que votre état de santé s'améliore? Si oui, pourquoi et comment? Si non, pourquoi?

Unité d'analyse: *Le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie*

- Avez-vous ressenti le besoin d'apprendre à propos de votre état dépressif? À quel moment?
- Croyez-vous avoir appris ce qui est nécessaire pour vous à propos de votre état dépressif?
- Qu'aimeriez-vous apprendre ou connaître davantage?

Unité d'analyse: *La qualité de leur vie*

- Que signifie pour vous avoir une bonne qualité de vie?
- Avant d'être malade, comment trouviez-vous votre qualité de vie?
- Depuis que vous êtes malade, comment trouvez-vous votre qualité de vie?
- Quels aspects de votre vie sont les plus atteints depuis que vous êtes malade?
- Trouvez-vous que le fait d'apprendre sur votre condition de santé a amélioré votre qualité de vie? Si oui, de quelle façon?

Rapport-Gratuit.com

APPENDICE I

Formulaire de données socio-démographiques et médicales

Numéro du sujet: _____

Formulaire de données socio-démographiques et médicales

En répondant au questionnaire suivant, ceci donnera des renseignements généraux qui aideront à classifier l'information obtenue dans les trois autres questionnaires. S. V. P., placez un crochet (✓) à la réponse appropriée ou inscrivez l'information demandée. Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

1. Quel est votre âge? _____

2. Quel est votre état matrimonial actuel?

_____ Célibataire

_____ Mariée

_____ Conjointe de fait

_____ Séparée ou divorcée mais vivant en union libre

_____ Séparée ou divorcée ne vivant pas en union libre

_____ Veuve

3. a) Avez-vous des enfants? _____ Oui _____ Non

b) Si oui, combien?

_____ un

_____ deux

_____ trois

_____ quatre et plus

4. Quel est le niveau d'études que vous avez terminé?

_____ Études primaires

_____ Études secondaires (quelques années)

_____ Études secondaires complétées

_____ CÉGEP/Collège Communautaire (quelques années)

_____ CÉGEP/ Collège communautaire (complété)

_____ Études universitaires complétées

_____ Autres études ou formation

5. Quelle activité exercez-vous présentement?

_____ Travail: _____ Temps plein _____ Temps partiel

_____ Domicile

_____ Retraite

_____ Études

_____ Recherche un emploi

_____ Autre (précisez) : _____

6. Si vous occupez un emploi, quel genre de travail faites-vous?

7. Si vous êtes étudiante, précisez le domaine et le niveau de vos études.

8. Depuis combien de temps souffrez-vous d'un trouble dépressif?

_____ moins d'un mois

_____ un mois à 3 mois

_____ 3 mois à 6 mois

_____ 6 mois à un an

_____ un an à deux ans

_____ deux ans et plus

9. Combien de temps cela vous a-t-il pris avant de vous décider à consulter pour votre condition de santé? _____

10. D'autres membres de votre famille ont-ils déjà souffert d'un trouble dépressif?

Oui _____ Non _____

11. Si oui, lesquels?

_____ Père

_____ Mère

_____ Frère

_____ Soeur

_____ Fils

_____ Fille

_____ Oncle

_____ Tante

_____ Cousin, cousine

_____ Neveu, nièce _____ Autre (précisez)

12. Prenez-vous des médicaments pour traiter votre trouble dépressif?

Oui _____ Non _____

13. Si oui, lesquels?

_____ Antidépresseurs

_____ Anxiolytiques (tranquillisants, sédatifs)

_____ Somnifères

_____ Produits naturels

_____ Autres (précisez) _____

14. Quels autres traitements suivez-vous présentement pour soigner votre trouble dépressif?

_____ Psychothérapie individuelle

_____ Assistance à des activités thérapeutiques de groupe

_____ Enseignement par un professionnel de la santé

_____ Autres (précisez) _____

15. Combien de fois avez-vous déjà été hospitalisée pour un trouble dépressif?

_____ Jamais

_____ 1 fois

_____ 2 fois

_____ 3 fois ou plus

16. En plus de votre diagnostic de trouble dépressif, souffrez-vous d'autres problèmes de santé?

Oui _____ Non _____

17. Si oui, veuillez préciser lesquels.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Anne Charron
octobre 2002

APPENDICE J

Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Madame,

Je vous rencontre aujourd'hui pour confirmer votre acceptation de participer à une étude sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif (dépression). Ce projet de recherche devrait permettre de mieux comprendre la problématique de santé qu'est la dépression, ainsi que la situation de vie souvent difficile qui en résulte. Cette recherche met l'accent sur les choses prioritaires que les femmes désirent apprendre et acquérir pour composer avec cette condition de santé mentale. Suite à cette étude, un programme d'enseignement adapté aux femmes qui sont atteintes de dépression pourra être élaboré.

Votre participation volontaire à l'étude serait grandement appréciée. Si vous acceptez d'y participer, je vous invite à signer cette formule, puis de répondre aux quatre questionnaires. Le tout devrait prendre une heure à une heure et demie environ. Si vous avez des difficultés par rapport à certaines questions, n'hésitez pas à demander des clarifications. Vous pouvez prendre un temps de repos au cours de cette activité si vous en ressentez le besoin. Vous pouvez également décider de vous retirer de l'étude, même après avoir commencé à répondre aux questionnaires, et ce, sans devoir justifier votre décision et sans qu'aucun préjudice ne vous soit porté.

Votre nom ne figurera sur aucun document puisqu'un code numérique (numéro) sera utilisé. L'anonymat le plus complet vous est assuré. L'analyse de l'information portera sur l'ensemble des données recueillies chez l'ensemble des femmes ayant participé et non sur vos réponses individuelles. Soyez assurée qu'un nombre minimal de personnes prendra connaissance des renseignements que vous aurez donnés. Si vous le désirez, vous pouvez contacter Mme Pierrette Fortin, présidente du comité d'éthique de la Régie régionale de la santé quatre (RRS4) au (506) 737-5233, pour plus d'information quant à vos droits.

Vous serez peut-être également invitée à répondre à des questions d'entrevue portant sur votre expérience de vivre avec un trouble dépressif. Si vous acceptez de participer à l'entrevue, l'entrevue devra être enregistrée sur bande audio à ce moment. Cette entrevue demandera environ une à deux heures de votre temps et pourra être effectuée en un ou deux temps, selon votre préférence.

Oui, j'accepte de participer à cette étude et je comprends les explications mentionnées ci-haut.

_____ (Signature de la participante)

_____ (Signature de la chercheuse)

_____ (Date)

Je vous remercie sincèrement de votre collaboration à cette recherche.

Anne Charron, infirmière immatriculée, B.Sc.inf., B. Éd., M. Sc.

Professeure adjointe, Université de Moncton

Campus d'Edmundston, Secteur science infirmière

Étudiante au doctorat en andragogie (Université de Montréal)

Téléphone: (506) 737-5144; [REDACTED] [REDACTED]

APPENDICE K

Demande au directeur général et au comité d'éthique
de la Régie régionale de la santé 4 (RRS4)

Edmundston, N.-B.
Le 3 juillet 2002

Destinataire: Dr. Édouard Hendriks, directeur général intérimaire
Régie régionale de la santé 4 (RRS4)

Objet: Permission d'effectuer une recherche en milieu hospitalier

Docteur Hendriks,

Par la présente, je désire solliciter votre autorisation pour entreprendre une recherche dans les établissements hospitaliers de la Régie régionale de la santé 4 du Nouveau-Brunswick, en particulier l'Hôpital Régional d'Edmundston. Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif. Pour la collecte des données, je dois avoir accès à des femmes admises pour dépression, afin de leur expliquer le but de l'étude et leur demander si elles veulent y participer de façon volontaire, tout en leur indiquant, bien sûr, qu'elles peuvent se désister à tout moment. Après avoir signé un consentement, ces femmes devront répondre à quelques questionnaires d'une durée totale d'environ une heure à une heure et demie. Je serai présente pour leur apporter des clarifications si nécessaire. Pour le volet qualitatif de l'étude, quelques femmes pourraient être demandées pour une entrevue plus approfondie d'une heure ou deux. Cette entrevue pourra s'effectuer à l'hôpital ou lors de leur retour à domicile. Bien entendu, l'état des femmes doit être considéré stable et en voie de récupération, et ce, afin d'éviter de leur porter préjudice.

Je fais parvenir une demande formelle, ainsi qu'une copie de mon protocole de recherche à la Présidente du Comité d'éthique, afin que ce devis puisse être étudié et approuvé par les membres de ce comité.

Veillez noter que cette recherche s'inscrit dans le cadre de mes études doctorales en éducation (spécialisation andragogie) de l'Université de Montréal. Une permission écrite de votre part avant la fin août serait fort appréciée. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter. Je vous prie d'agréer, cher Docteur Hendriks, mes salutations les plus distinguées.

Anne Charron, B.Sc.inf., B.Éd., M.Sc., candidate au Ph.D.
Professeure adjointe, Secteur science infirmière
Université de Moncton, Campus d'Edmundston
165, boulevard Hébert
Edmundston (Nouveau Brunswick)
E3V 2S8
tél: (506) 737-5144 (bureau); [REDACTED] [REDACTED]

Edmundston, N.-B.
Le 3 juillet 2002

Destinataire: Mme Pierrette Fortin, Ph.D., Éthicienne
Présidente du Comité d'éthique de la Régie régionale de la santé 4 (RRS4)

Objet: Permission d'effectuer une recherche en milieu hospitalier

Mme Fortin,

Par la présente, je désire solliciter l'autorisation du Comité d'éthique pour entreprendre une recherche dans les établissements hospitaliers de la Régie régionale de la santé 4 (RRS4) du Nouveau-Brunswick, en particulier l'Hôpital Régional d'Edmundston. Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif. Pour la collecte des données, je dois avoir accès à des femmes admises pour dépression, afin de leur expliquer les buts de l'étude et leur demander si elles veulent y participer de façon volontaire, tout en leur indiquant, bien sûr, qu'elles peuvent se désister à tout moment. Après avoir signé un consentement, ces femmes devront répondre à quelques questionnaires d'une durée totale d'environ une heure à une heure et demie. Je serai présente pour leur apporter des clarifications si nécessaire. Pour le volet qualitatif de l'étude, quelques femmes pourraient être demandées pour une entrevue plus approfondie d'une heure ou deux. Cette entrevue pourra s'effectuer en milieu hospitalier ou lors de leur retour à domicile. Bien entendu, l'état des femmes doit être considéré stable et en voie de récupération, et ce, afin d'éviter de leur porter préjudice.

Vous trouverez ci-joint une copie de mon protocole de recherche afin qu'il puisse être étudié et approuvé par les membres du comité. Les instruments de mesure, les critères d'inclusion et d'exclusion à l'échantillon, le déroulement de l'étude, de même que les considérations éthiques, vous seront particulièrement utiles pour votre discussion. Ces sections sont détaillées dans le chapitre III (La méthode) du devis de recherche. Une permission écrite de votre part (à titre de présidente du comité d'éthique) avant la fin août serait fort appréciée. Veuillez noter que cette recherche s'inscrit dans le cadre de mes études doctorales en éducation (spécialisation andragogie) de l'Université de Montréal. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter. Je vous prie d'agréer, chère Docteure Fortin, mes salutations les plus distinguées.

Anne Charron, B.Sc.inf., B.Éd., M.Sc., candidate au Ph.D.
Professeure adjointe, Secteur science infirmière
Université de Moncton, Campus d'Edmundston
tél: (506) 737-5144 (bureau) [REDACTED] [REDACTED]

APPENDICE L

Demande à la directrice générale des Services de santé mentale communautaires

Edmundston, N.-B.
Le 3 juillet 2002

Destinataire: Mme Madeleine Thériault, directrice générale
Services de Santé mentale communautaires (SSMC)

Objet: Demande d'aide pour le recrutement de femmes présentant un trouble dépressif

Mme Thériault,

Par la présente, je désire solliciter votre aide et celle de l'infirmière du Centre de Jour afin de recruter une partie de l'échantillon nécessaire pour les fins d'une étude en santé mentale dans la région d'Edmundston et des environs. Il s'agit d'une **étude descriptive corrélationnelle sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif**. Pour la collecte des données, je dois avoir accès à des femmes atteintes de dépression, qui sont hospitalisées ou suivies au Centre de Jour. La demande pour rencontrer les femmes hospitalisées a été faite au directeur général intérimaire et au Comité d'éthique de la Régie régionale de la santé 4 (RRS4).

Pour recruter les femmes présentant un trouble dépressif n'ayant pas subi d'hospitalisation ou ayant reçu un congé précoce de l'hôpital, mais qui sont prises en charge par vos Services, je m'adresse à vous afin de vous demander si Mme Yolande Bossé, infirmière responsable du Centre de Jour, peut travailler en collaboration avec moi pour indiquer à ces femmes l'existence de l'étude en cours et leur demander si elles veulent y participer. Cette procédure respecterait les éléments de confidentialité et d'éthique, en ce sens que je n'aurai accès qu'aux noms des femmes qui acceptent de se joindre à l'étude. Après avoir signé un consentement, ces femmes devront répondre à quelques questionnaires d'une durée totale d'environ une heure à une heure et demie. Je serai présente en tout temps pour leur apporter des clarifications si nécessaire. Bien entendu, l'état des femmes doit être considéré stable et en voie de récupération, et ce, afin d'éviter de leur porter préjudice. Il leur sera également indiqué qu'elles peuvent se désister à tout moment. Vous trouverez ci-joint une copie de mon protocole de recherche.

Veuillez noter que cette recherche s'inscrit dans le cadre de mes études doctorales en éducation (spécialisation andragogie) de l'Université de Montréal. Une permission écrite de votre part avant la fin août serait fort appréciée. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter. Je vous remercie à l'avance de votre collaboration et je vous prie d'agréer, Mme Thériault, mes salutations les plus distinguées.

Anne Charron, B.Sc.inf., B.Éd., M.Sc., candidate au Ph.D.
Professeure adjointe, Secteur science infirmière
Université de Moncton, Campus d'Edmundston
165, boulevard Hébert
Edmundston (Nouveau-Brunswick)
E3V 2S8
tél: (506) 737-5144 (bureau); [REDACTED] [REDACTED]

Rapport-gratuit.com

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



APPENDICE M

Correspondance

Edmundston, New Brunswick
Canada
October 31, 2000

To : Dr. Kim T. Mueser, Ph.D.
Associate Professor of Psychiatry

Object : *copy of questionnaire for assessing educational needs of chronic psychiatric patients*

Dear Dr. Mueser,

My name is Anne Charron and I'm a nursing professor at the University of Moncton, in New Brunswick, Canada. I'm presently doing my Ph.D. in andragogy (adult education) at the University of Montreal, Canada. My research involves the learning needs and quality of life of depressed patients. I came across your excellent article : "An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patients and their Relatives" from *The British Journal of Psychiatry* (1992), 160, pp.674-680.

I'm very interested in obtaining a copy of your questionnaire, as well as your permission to translate it in French and maybe adapt it a little bit (if I decide to use it,) so it can be used with a population exclusively suffering from a major depressive disorder. If you have any other information concerning the needs of people with depression that you think could be pertinent, it would also be greatly appreciated, because I haven't found that much up to now.

Thank you very much in advance and please accept my best regards.

My mail address is:

Anne Charron
University of Moncton, Campus of Edmundston
School of Nursing
165, Hebert Boulevard
Edmundston (New Brunswick)
Canada
E3V 2S8

phone: (506) 737-5144

fax: (506) 737-5373



New Hampshire-Dartmouth
Psychiatric Research Center
State Office Park South
105 Pleasant Street
Concord, New Hampshire 03301
(603) 271-5747
Fax (603) 271-5265



MEMORANDUM

To: Anne Charon
From: Kim Mueser
Date: 12/13/00
Subject: Ed. needs Q

Here's the questionnaire. It took a
while for your letter to reach
me since I've moved!

Sincerely



Expéditeur: [REDACTED]
Destinataire: [REDACTED]
Objet: permission for Quality of Life Index
Date d'envoi: Mon, 20 Nov 2000 16:37:47 -0500

lxxxix

Dear Dr. Ferrans,

My name is Anne Charron and I'm a nursing professor at the University of Moncton, in the province of New Brunswick, Canada. I'm French Canadian.

I'm presently enrolled in *doctoral studies* at the University of Montreal, Quebec, Canada. My research consists in: Learning needs and quality of life of women suffering from unipolar depression.

I'm strongly leaning towards your instrument to measure the quality of life of those women. It would have to be translated in French and I would need your permission for that (or maybe you know someone who already translated it in French). I was also wondering if you had a version for depressed patients (I don't think so, although I know that researchers used your index in mental health). I also came across an article from Sainfort, Francois et al. (1996) who adapted a quality of life index, but I think it's from Spitzer and Sainfort called it the instrument "Quality of Life Index - Mental Health", so it is a little bit confusing.

I'm asking your permission to use your scale (if I decide to, because I'm not a hundred percent sure). Could you please send me scoring information, including psychometric assessment.

Thank you in advance, and please accept, dear Dr. Ferrans, my best regards.

Here's my address, phone, fax and Email:

Anne Charron, B.N., B.Ed., M.S.N., PhD (candidate)
assistant professor
School of Nursing
University of Moncton, Campus of Edmundston
165, Hebert Boulevard
Edmundston (New Brunswick)
Canada
E3V 2S8

phone: (506) 737-5144 (office)

fax: (506) 737-5373
[REDACTED]

UNIVERSITY OF ILLINOIS
AT CHICAGO

lxxxii

Department of Medical-Surgical Nursing (MC 802)
College of Nursing
845 South Damen Avenue, 7th Floor
Chicago, Illinois 60612-7350

November 21, 2000

Ms. Anne Charron
Assistant Professor - School of Nursing
University of Moncton, Campus of Edmundston
165, Hebert Boulevard
Edmundston (New Brunswick)
Canada E3V 2S8

Dear Ms. Charron ,

Thank you for your interest in the Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). I have enclosed the generic III version of the QLI and the computer program for calculating scores. I also have included a list of the weighted items that are used for each of four subscales: health and functioning, social and economic, psychological/spiritual, and family, as well as the computer commands used to calculate the subscale scores. The same steps are used to calculate the subscale scores and overall scores.

There is no charge for use of the QLI at this time. You have my permission to use the QLI for your study. In return, I ask that you send me any publications of your findings using the QLI. Such reports are extremely important to me.

You have my permission to translate the QLI into French. I recommend using the translation and back-translation approach. In return for my permission to translate the instrument, I ask that you send me a copy of the instrument in its translated form. You may add a statement to the instrument that gives credit to you as translator. However, I will continue to hold the copyright of the instrument, and the copyright statement must remain on the translated instrument also.

If I can be of further assistance, please do not hesitate to contact me. I wish you much success with your research.

Sincerely,


Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
Associate Professor
phone (312) 996-8445
 

Chicago

Peoria

UIC

Quad-Cities

Urbana-Champaign

Phone (312) 996-7900

Edmundston, N.-B.
Le 17 mai 2002

Destinataire: Mme Louise Gagnon, Ph.D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Objet: Traduction française de la version originale du *Quality of Life Index*

Chère Professeure Gagnon,

Je suis inscrite au doctorat en andragogie à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal. Mon projet de recherche porte sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif. L'instrument de mesure de la qualité de vie qui sera utilisé dans mon étude est le *Quality of Life Index* (QLI) de Ferrans et Powers. La professeure Ferrans m'a déjà donné la permission d'utiliser cet instrument et de le traduire en français. Elle m'a également fait parvenir la version originale anglaise, de même qu'une traduction française légèrement adaptée effectuée par vous-même et par Mme Mylène Vachon, pour fins d'utilisation avec une population de personnes ayant subi une transplantation hépatique.

Il est cependant venu à mon attention que vous avez également effectué la traduction de la version originale non modifiée du *Quality of Life Index* (QLI), ce qui me serait encore plus utile, étant donné que ma population cible est différente et que surtout, une étude de validation de votre version traduite a donné des résultats très intéressants. Je désire utiliser votre instrument de mesure. Voulez-vous me faire parvenir une copie de votre questionnaire, de même que les renseignements sur ses propriétés psychométriques? Ce serait bien apprécié. Vous trouverez sous pli séparé mes coordonnées.

Je vous remercie grandement à l'avance et recevez, chère professeure Gagnon, mes salutations les plus distinguées.

Anne Charron, B.Sc.inf, B.Éd., M.Sc., candidate au Ph.D
Professeure adjointe, Secteur science infirmière
Université de Moncton, Campus d'Edmundston

Montréal, le 3 juin 2002

Madame Anne Charron
Campus d'Edmundston
Secteur science infirmière
165, boulevard Hébert
Edmundston (Nouveau Brunswick)
E3V 2S8

Madame,

Suite à la demande que vous m'avez faite, j'accepte avec plaisir que vous utilisiez la version française que j'ai effectuée du *Quality of Life Index* (Ferrans & Powers, 1984), lors de mes études doctorales.

Je vous invite à me contacter pour toute question ou information supplémentaires et je vous souhaite bon succès dans la suite de votre démarche académique.



Louise Gagnon, Ph.D.
Professeure titulaire

Régie régionale
de la santé
quatre
Regional Health
Authority
Four



Régie régionale de la santé quatre
275, boulevard Hébert
Edmundston, N.-B.
E3V 4E4

Membres du Comité d'éthique

Dr Anne Cyr
Mme Pierrette Fortin
Dr Line Lavoie
Mme Colette Levasseur
Dr Donald Levasseur
M. Mario Levesque
Père Bertrand Ouellet
M. Paul Ouellet
Mme Mado Pelletier
Mme Lorraine Soucy
Me Brigitte Volpé
Me Claude Voyer

Médecin de famille
Éthicienne (Ph.D.)
Médecin de famille (représentante de l'établissement de Grand-Sault)
Infirmière
Pédiatre
Pharmacien (représentant de la communauté)
Représentant de l'établissement de Saint-Quentin
Inhalothérapeute (représentant des professionnels de la santé)
Travailleuse sociale
Représentante de la pastorale
Avocate (représentante du Conseil d'administration)
Avocat

Edmundston, le 16 août 2002

Mme Anne Charron
Professeure adjointe, Secteur science infirmière
Université de Moncton - Campus d'Edmundston
165, boul. Hébert
Edmundston, N.-B.
E3V 1S8

Objet : ÉTUDE DESCRIPTIVE CORRÉLATIONNELLE SUR LES BESOINS D'APPRENTISSAGE ET LA QUALITÉ DE VIE DE FEMMES PRÉSENTANT UN TROUBLE DÉPRESSIF

Mme Charron,

Les membres du Comité d'éthique de la Régie régionale de la santé quatre approuvent votre protocole et le formulaire de consentement de votre recherche intitulée *Étude descriptive corrélationnelle sur les besoins d'apprentissage et la qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif*. Nous tenons cependant à vous suggérer de consulter le médecin traitant ou ses notes évolutives au dossier pour vous assurer de la stabilité de la patiente avant de lui demander de participer à votre étude pour éviter de lui porter préjudice. Nous vous rappelons également que le Comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait à une date ultérieure à celle de l'approbation initiale et qui comporterait des changements dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus.

Par ailleurs, vous devrez ajouter le logo de la Régie régionale de la santé quatre à votre formulaire de consentement. L'original de ce formulaire portant la signature de chacun des sujets de recherche doit être conservée dans vos dossiers et une copie doit être remise au participant. Nous souhaitons également que le sujet reçoive des informations précises quant à la façon qu'il peut vous contacter en cas de besoin. Nous vous prions d'ajouter le nom d'un membre du Comité d'éthique que le participant pourra contacter s'il souhaite de l'information quant à ses droits, soit celui de Pierrette Fortin au 737-5233 (T) ou au 739-8825 (D).

Nous vous souhaitons une bonne continuité dans vos études doctorales tout en vous transmettant, madame Charron, nos sentiments les meilleurs.


Pierrette Fortin, Ph.D.
Président du Comité d'éthique

cc: Dr É. Hendriks, directeur général par intérim
Dr J. D.A Cyr, présidente du CMC
Mme Linda Leblanc, directrice des soins infirmiers



Le 29 août 2002

Mad. Anne Charron
Professeure adjointe, Secteur science infirmière
Université de Moncton – Campus d'Edmundston
165, boulevard Hébert
Edmundston, NB
E3V 1S8

Madame,

Suite à l'approbation de votre projet par le Comité d'éthique de la Régie régionale de la santé quatre et après étude des impacts organisationnels de ce projet, il me fait plaisir de vous autoriser à entreprendre votre projet de recherche au sein de notre organisme. Je vous invite à contacter l'infirmière gestionnaire de psychiatrie qui pourra vous aider à planifier le tout.

En vous souhaitant tout le succès possible, je vous présente, Madame, mes salutations les meilleures.

[Redacted signature]
Édouard Hendriks, M.D.
Directeur général par intérim

ÉH/nc

c.c. P. Fortin, présidente du Comité d'éthique
N. Jalbert, infirmière gestionnaire de psychiatrie

Hôpital
régional
d'Edmundston
Edmundston
Regional
Hospital

Hôtel-Dieu
St-Joseph
de St-Quentin

Hôpital général
de Grand-Sault
Grand Falls
General Hospital

Programme
extra-mural
Extra Mural
Program

Clinique de santé
de Ste-Anne

Service
de traitement
des dépendances
Addictions
Services

Téléphone: (506) 735-2070
Télécopieur: (506) 737-4448

Telephone: (506) 735-2070
Fax: (506) 737-4448

New
Nouveau  Brunswick

Le 20 août 2002

Madame Anne Charron
Professeure adjointe. Secteur science infirmière
Université de Moncton, Campus Edmundston
165, boulevard Hébert
Edmundston, (NB)
E3V 2S8

Mme Charron,

Pour donner suite à votre lettre du 3 juillet, il me fait plaisir de vous donner accès au programme du centre de jour, au Transit pour faire votre étude en santé mentale.

Pour faire cette étude, vous aurez besoin du consentement écrit des bénéficiaires avant que vous ayez accès à leurs noms. Il est entendu que l'employée du Centre de jour, Mme Bossé, fera cette démarche pour vous.

Je vous souhaite beaucoup de chance dans votre démarche, et je suis heureuse que nous puissions y participer

Je demeure


Madeleine L. Thériault
Directrice Régionale

cc : Jacques Bard, responsable du programme accueil
Yolande Bossé, responsable du centre de jour

