

VARIATION

LOUISE CHARTIER, INF. M. ED., PROFESSEUR AGRÉGÉ,
DÉPARTEMENT DES SCIENCES INFIRMIÈRES,
FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, QUÉ. CANADA.

GINETTE COUTU-WAKULCZYK, INF., M. SC., PROFESSEUR ADJOINT,
DEP. DES SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, QUÉ. CANADA.

CÉCILE BOISVERT, INF., M. SC. N., FORMATRICE, GRIEPS,
INSTITUT GUSTAVE ROUSSY, FRANCE.

L'ANXIÉTÉ DES MEMBRES DES FAMILLES : UNE RÉALITÉ SANS FRONTIÈRE

INTRODUCTION

Quel que soit le pays, les infirmières, dans l'exercice de leurs fonctions, se doivent de composer quotidiennement avec les problèmes vécus par les familles des personnes hospitalisées. Ce rôle revêt un caractère encore plus important lorsque la personne est admise dans un service de réanimation. Les familles vivent des moments difficiles susceptibles de se traduire en de nouveaux besoins à satisfaire et des niveaux d'anxiété élevés. Le but de cet article est de présenter les résultats d'une étude portant sur le niveau d'anxiété des membres des familles lors de l'hospitalisation d'un des leurs dans un service de réanimation.

A mesure que s'ouvrent les portes de tels services permettant un accès plus facile aux familles pour visiter le malade, la fréquence et la durée des interactions entre le personnel soignant, le malade et la famille augmentent. Cet état de fait comporte une double conséquence. D'une part, la famille est davantage témoin de l'état physique du malade et des soins complexes qui lui sont prodigués, et d'autre part, les infirmières des services de réanimation sont confrontées à une préoccupation supplémentaire : la famille, sa dynamique et l'expression de son anxiété.

Lors d'un relevé sommaire des problèmes rencontrés chez les familles de malades hospitalisés en réanimation, l'anxiété est une des réalités les plus fréquemment citées. L'anxiété s'accompagne de toute une gamme de besoins nouveaux à satisfaire pour les membres des familles. Selon l'approche holistique, de plus en plus privilégiée dans la profession infirmière, les besoins des familles sont perçus comme faisant partie intégrante de l'éventail des soins à la personne malade.

Toutefois, les membres d'une famille ne vivent pas tous l'hospitalisation d'un des leurs de la même façon. En effet, un événement susceptible de ne créer qu'une inquiétude mitigée chez une personne peut susciter un très haut degré d'anxiété chez l'autre (LAZARUS, 1984). Parmi les éléments cruciaux qui influencent l'expérience personnelle on note : la signification individuelle donnée à l'événement stressant et les changements qui l'accompagnent pour chacun des membres de la famille.

Le service de réanimation est un milieu reconnu comme étant — en soi — un stressor important. De nombreuses études rapportent des réactions de stress et d'anxiété différentes pour des malades et leur famille. Entre autre, CIPRIANO (1987) rapporte que toute chirurgie majeure provoque souvent plus de stress et d'anxiété chez la famille que chez le malade lui-même. Cependant, l'anxiété n'est pas toujours néfaste car elle fait partie de la réaction d'alarme déclenchée lorsque l'organisme est menacé. L'anxiété devient problématique dans la mesure où son intensité perturbe l'équilibre de la personne et où cette dernière ne trouve plus de moyens efficaces et adaptés pour la réduire.

RECENSION DES ÉCRITS

De nombreux auteurs ont défini les concepts de stress et d'anxiété dont SPIELBERGER (1970), SELYE (1974), LAZARUS (1984). De toutes ces définitions, celle de SPIELBERGER (1970) a été choisie pour cadre de référence. Ainsi, l'anxiété est considérée comme étant un état composé de sensations déplaisantes, de tensions et d'appréhensions perçues consciemment, accompagnées de la prise de conscience de manifestations physiques dues à l'activation du système nerveux autonome.

Dans la définition opérationnelle de ce phénomène, SPIELBERGER (1970) fait une distinction entre les concepts anxiété, stress et menace. Le stress se rapporte aux conditions de l'environnement qui constituent la stimulation extérieure susceptible de provoquer l'anxiété, alors que la menace réfère à la perception de la situation par la personne. C'est l'interprétation de la situation comme menaçante qui provoque l'anxiété. Ainsi, l'anxiété est la réaction émotionnelle qu'éprouve l'individu face à une situation perçue comme menaçante pour soi.

Dans ce contexte, SPIELBERGER (1970) distingue deux dimensions au concept d'anxiété : l'anxiété de personnalité (AP) et l'anxiété situationnelle (AS). Selon SPIELBERGER (1970), l'anxiété situationnelle (AS) est une émotion passagère, liée à la situation présente et susceptible de disparaître, alors que l'anxiété comme trait de



personnalité (A.P.) signale des différences d'ordre individuel relativement stables et spécifiques qui disposent la personne à percevoir l'environnement d'une certaine façon et d'y réagir **d'une** manière caractéristique. Ces prédispositions latentes peuvent être activées dans des circonstances ou des situations spécifiques. Se basant **sur** les résultats de ses recherches, SPIELBERGER (1970) affirme que c'est l'AS et non l'AP qu'il faut mesurer pour étudier la relation entre l'anxiété et une situation donnée. En effet, dans l'évaluation de l'AP c'est la probabilité d'une émotion qui est mesurée tandis que dans l'AS c'est un état émotionnel effectivement éprouvé.

L'anxiété **situationnelle** est donc provoquée par la perception de menace dans une situation donnée. Cette dernière (AS) prend donc une dimension importante dans toute situation impliquant une maladie **grave**. D'ailleurs, les études de LEVESQUE et CHARLEBOIS 1976, LEVESQUE-BARBES 1977, et LEVESQUE, GRENIER et coll. 1984 entre autres, ont rapporté que la maladie et l'hospitalisation sont des éléments **déclenchants** importants dans le phénomène de l'anxiété,

Dans un contexte de maladie, le système familial n'échappe pas au tandem stress-anxiété. En effet, l'augmentation du **stress** peut mener à une **exacerbation** des conflits au sein d'une famille, alors que chez d'autres au contraire, l'esprit d'équipe, de coopération et de soutien mutuel en **sera accru**. En présence du stress, la famille est poussée à modifier son **comportement afin** de s'adapter, plus ou moins efficacement à la situation pénible.

Les recherches de MOLTER (1979), LESKE (1986), DALEY (1984), NORRIS et GROVE (1986) ont permis d'identifier les besoins des familles lorsque pareille situation se présente. Plus récemment, une étude pilote menée dans un Centre Hospitalier Universitaire québécois par CHARTIER et COUTU-WAKULCZYK (1989) a mesuré la relation entre l'importance des besoins et le niveau d'anxiété des membres des familles dans un milieu de réanimation, auprès d'une population majoritairement francophone. Cette dernière étude a démontré une corrélation (r) de 0,30 entre l'anxiété et les besoins, l'anxiété expliquant 9 % des besoins exprimés par les membres des familles. Selon COHEN (1988), une telle corrélation justifie une intervention.

La présente étude entreprise, en collaboration avec le personnel infirmier de deux services de l'Institut Gustave Roussy : centre anticancéreux de la banlieue parisienne, avait pou* but d'identifier le niveau d'anxiété des membres des familles **afin** de ressortir des éléments permettant de mieux les

aider à vivre cette situation pénible. En effet, par leur présence constante, les infirmières occupent une position clé pou* intervenir rapidement auprès des membres des familles et réduire les conséquences néfastes du stress.

MÉTHODE

Population et échantillon

L'Institut Gustave Roussy, est un centre d'oncologie de réputation mondiale de 600 lits. En collaboration **avec** des surveillantes de deux unités, soit l'une de réanimation de 18 malades et l'autre de soins intermédiaires de 8 malades, un échantillon **de convenance** de 27 sujets fut constitué à partir des visiteurs adultes, membres de la famille immédiate des malades.

Définition opérationnelle des variables

L'anxiété situationnelle signifiait, dans le contexte de cette étude, une émotion passagère reflétait les appréhensions éprouvées en présence de la situation actuelle et susceptible de varier selon la perception de la menace qu'elle représente.

Les données socio-démographiques regroupant les **caractéristiques** de sexe, d'âge, d'affiliation, et de niveau de scolarité étaient également considérées comme variables.

D'autres variables ont été mesurées dans le cadre de cette même étude mais elles ne seront pas discutées dans la présente communication.

L'échelle ASTA

L'échelle d'anxiété utilisée était de STAI (State Trait Anxiety Inventory) développée par SPIELBERGER (1970), et validée en français sous le nom d'ASTA par LANDRY (1973) et BERGERON (1981). L'échelle française ASTA comporte 2 outils de 20 énoncés chacun, utilisant une échelle de type Likert en 4 points variant de 1 pou* « pas du tout » à 4 pour « beaucoup ». Le score s'étend de 20-80 ce qui permet d'échelonner le niveau d'anxiété **sur** un **continuum** de 60 unités. Comme le recommande SPIELBERGER (1970), seule l'échelle d'anxiété situationnelle fut utilisée pour mesurer l'anxiété dans une situation donnée.



Déroulement de l'étude

Après avoir obtenu l'accord de l'Infirmière Générale et du chef de service, le chercheur a pu rencontrer des infirmières intéressées à s'impliquer dans un tel projet. Afin de réduire l'effet de biais que peut engendrer l'entrevue, la formation théorique et pratique de chacune des interviewer a été dispensée personnellement par le chercheur principal.

Lors du premier contact avec les membres des familles l'interviewer demandait la collaboration des sujets après leur avoir expliqué le but de l'étude en cours. S'ils acquiesçaient, elle leur faisait alors signer une formule de consentement éclairé tel que requise par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Après la collecte des données socio-démographiques par une entrevue structurée, l'échelle auto-administrée ASTA était présentée aux sujets par les interviewers. L'entrevue de collecte des données durait en moyenne 20 minutes.

RÉSULTATS

L'échantillon était constitué de 85,4 % de femmes et 14,8 % d'hommes. Les données socio-démographiques d'âge, de sexe d'affiliation et de scolarité de l'échantillon sont présentées au tableau 1.

Tableau 1
Répartition des sujets selon l'âge, le sexe,
l'affiliation, le niveau de scolarité
et la religion

	N	%	
Age			
18-32	1	3,7	
33-47	7	25,9	X = 55,1
48-62	10	37,1	é.t. = 12,60
63 et plus	9	33,3	é.t. = 18 à 71
Total	27	100	
Sexe			
Masculin	4	14,8	
Féminin	23	85,2	
Total	27	100	
Affiliation			
Conjoint	22	81,5	
Ami intime	2	7,4	
Père-Mère	1	3,7	
Fils-Fille	1	3,7	
Fratie	1	3,7	
Total	27	100	

Scolarité

Primaire (Cert. d'étude)	3	11,1
Secondaire (Lycée)	11	40,8
Collégial	6	22,2
Universitaire	7	25,9
Total	27	100
Religion		
Catholique	18	66,7
Protestante	0	0
Autre	0	0
Aucune	8	29,6
Pas de réponse	1	3,7
Total	27	100

L'anxiété situationnelle des sujets fut mesurée grâce à l'échelle A de l'ASTA. L'ASTA consiste en une échelle en 4 points variant de « pas du tout » = 1 à « beaucoup » = 4. Les scores obtenus variaient de 23 à 78 et la moyenne se situait à 49,46, avec un écart-type de 15,22. Le tableau 2 présente la répartition des scores de l'ASTA dans l'échantillon français comparativement à l'échantillon québécois.

Tableau 2
Profil des scores de l'ASTA selon le site

Scores	Québec		France	
	N	%	N	%
20-29	10	5,1	3	11,1
30-39	13	20,8	3	11,1
40-49	63	26,9	6	22,2
50-59		32,0	6	22,2
60-69	23	11,7	6	22,2
70 à 79	7	3,5	3	11,1
	207	100	27	99 + (100)
Score				
X	47,88		49,49	
X.T.	12,02		15,22	
Etendue	21-76		23-78	

Dans les résultats comparatifs des scores d'anxiété avec l'échantillon québécois il faut remarquer que le score moyen d'anxiété des répondants français (49,46) est légèrement plus élevé, quoique de façon non significative, que celui obtenu auprès de l'échantillon québécois (47,88) (CHARTIER et COUTU-WAKULCZYK, 1989).



La répartition des scores de l'ASTA selon l'âge, le sexe et la scolarité est présentée au tableau 3. Il convient de noter que les résultats des hommes (53,2) étaient plus élevés que ceux des femmes (48,4). Cependant leur petit nombre (4) dans l'échantillon ne permet pas de tirer de conclusions sur l'effet du sexe sur le niveau d'anxiété.

Au tableau 3, les résultats indiquent que le niveau d'anxiété des sujets possédant une scolarité moindre (certificat d'étude), est nettement plus élevé (59,00) que celui des personnes ayant une formation universitaire (41,43).

Tableau 3
Répartition des scores ASTA selon le sexe, la religion, la scolarité et l'affiliation

	%	Ecart type
Sexe		
Masculin	53,2	17,0
Féminin	48,4	14,9
Religion		
Catholique	50,7	14,8
Protestant	—	—
Autre	—	—
Aucune	46,3	16,6
Pas de réponse	42,0	0,0
Scolarité		
Primaire	59,0	9,8
Secondaire	47,0	13,1
Collégial	52,5	18,2
Universitaire	45,4	17,1
Affiliation		
Conjoint	50,9	15,1
Ami	30,0	9,8
Père-Mère	62,0	0,0
Fils-Fille	44,0	0,0
Fratrie	48,0	0,0

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le score moyen des sujets de cette étude se situe à 49,46 avec un écart-type de 15,21 et une étendue de 23 à 78. Lors de l'étude pilote menée par CHARTIER et COUTU-WAKULCZYK, (1989) auprès d'une population d'adultes membres de la famille immédiate de malades en réanimation, le score moyen était de 47,88 avec un écart-type de 12,02 et une étendue de 21 à 76.

Si l'on compare les résultats de ces deux études, on remarque un niveau d'anxiété légèrement plus élevé chez les répondants français ; toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative.

La légère différence peut s'expliquer par des différences de clientèle des centres hospitaliers utilisés. En effet, la clientèle du service de réanimation du CHUS au Québec, était majoritairement constituée soit de malades ayant subi une chirurgie cardiovasculaire et thoracique (49 %) ou, de polytraumatisés (14 %). Sans nier la gravité de ces atteintes, elles ne possèdent toutefois pas le caractère inéluctable de l'atteinte néoplasique.

Il faut noter que les femmes de l'étude québécoise présentaient un niveau d'anxiété nettement plus élevé que les hommes, obtenant un score moyen de 49,6 alors que les hommes obtenaient un score moyen de 42,9 contrairement aux résultats de l'échantillon français présentés au tableau 3. L'interprétation de cette différence est limitée par le petit nombre d'hommes (4) dans l'échantillon français. Des études ultérieures avec un échantillon représentatif de la population générale permettraient de vérifier s'il s'agit là d'une différence culturelle et non d'un biais échantionnal.

Quant aux différences de résultats selon le niveau de scolarité, ils vont dans le même sens que ceux de SPIELBERGER (1983), et confirment la tendance observée dans l'étude de CHARTIER et COUTU-WAKULCZYK (1989).

Enfin, il est intéressant de noter que les scores obtenus par les membres des familles dans ces deux études, sont supérieurs à ceux obtenus dans diverses études, par les malades eux-mêmes. A titre d'exemple, dans l'étude quasi-expérimentale de LEVESQUE *et al.* (1984) les résultats à l'échelle A de l'ASTA variaient entre 43,5 la veille d'une chirurgie générale et 33,02 au 3^e jour post-opératoire chez les sujets n'ayant pas bénéficié de l'enseignement pré-opératoire comparativement à 37,10 la veille et 31,92 le 3^e jour post-opératoire chez les sujets ayant reçu l'enseignement.

DUCROS et LÉVESQUE (1983) notaient des résultats similaires auprès d'une clientèle de personnes âgées et de leur famille, ainsi que l'étude de LEVESQUE et CHARLEBOIS (1977) auprès d'opérés pour cholécystectomie et hystérectomie. Il faut cependant noter que l'étude de CARNEVALE (1985) auprès des parents d'enfants hospitalisés aux soins intensifs faisait ressortir des scores moyens d'anxiété plus élevés que ceux obtenus dans l'étude actuelle. Cette particularité devrait être vérifiée à nouveau.

Les résultats actuels, se révèlent de plus être supérieurs aux scores normalisés fournis par SPIELBERGER (1970) pour une clientèle de malades masculins en médecine et chirurgie générale (GMS = 42,38). Ils corroborent aussi les écrits cités par CIPRIANO (1987) en regard du haut niveau d'anxiété des familles comparativement à celui des malades eux-mêmes.

En conclusion les résultats confirment que les membres des familles en réanimation vivent une situation difficile. Ils justifient amplement le souci manifesté par les infirmières du milieu d'apporter



aide et accompagnement supplémentaire à ces familles, et devraient permettre une systématisation des soins dans ce sens. Des études ultérieures devraient s'orienter vers l'élaboration d'autres échelles auto-administrées de facture plus simples et requérant moins de temps d'administration.

Il convient de souligner en terminant, que les données recueillies lors de ce projet ont permis de poursuivre la validation transculturelle d'un nouvel outil de mesure des besoins des familles en langue française, l'Inventaire des Besoins des Familles (CHARTIER et COUTU-WAKULCZYK, 1988). Les résultats de ces travaux seront bientôt disponibles, ainsi que le Manuel d'utilisation du IBF (1990), permettant ainsi à d'autres infirmières tant en recherche et qu'en milieu clinique d'utiliser l'IBF.

RÉFÉRENCES

- CARNEVALE (F.). — Nursing the critically ill child, *Focus on Critical Care*, 1985, 12 : (5).
- CHARTIER (L.), COUTU-WAKULCZYK (G.). — Inventaire des besoins des familles, 1988. Copyright Ottawa, (non publié).
- CHARTIER (L.), COUTU-WAKULCZYK (G.). — Besoins et niveau d'anxiété des membres des familles ayant un patient hospitalisé aux soins intensifs, *Can. Journal of Cardio-Vascular Nursing*, 1989, (1) : 19-25.
- CHARTIER (L.), COUTU-WAKULCZYK (G.). — Families in ICU : Their Needs and Anxiety Level, *Intensive Care Nursing*, March 1989, 5 : 11-18.
- CHARTIER (L.), COUTU-WAKULCZYK (G.). — Manuel d'Utilisation-1 de l'Inventaire des Besoins des Familles, 1990, U. de Sherbrooke.
- CIPRIANO (S.M.). — Needs of Spouses of Surgical Patients : A Conceptualization Within the Roy Adaptation Model. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1987, 1 (1) : 29-43.
- COHEN (J.). — *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*. Revised Edition. Chap. 3, Academic Press, 1988.
- COUTU-WAKULCZYK (G.), CHARTIER (L.). — A French Validation of the CCFNI, *Heart & Lung*, 1990, vol. 9 (2) : 192-196.
- DALEY (L.). — The Perceived Immediate Needs of Families with Relatives in the Intensive Care Setting, *Heart & Lung*, 1984, 13 (3) : 231-237.
- DUCROS (M.), LÉVESQUE (L.). — Relations entre la personne âgée et sa famille lors de l'admission en centre d'accueil : Evaluation d'un programme de soutien. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 1983, 2 (2) : 29-43.
- LANDRY (M.). — *La fidélité et la validité de l'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 1973.
- LAZARUS (F.S.). — *The Stress and Coping Paradigm in Competence and Coping During Adulthood*. U. Press N. Eng., 1980, 28-74.
- LESKE (J.S.). — Needs of Relatives of Critically Ill Patients : a Follow Up. *Heart & Lung*, 1986, 15 (2) : 189-193.
- LÉVESQUE-BARBES (H.). — *Effet d'un programme d'information sur l'anxiété situationnelle des clients devant subir un examen endoscopique*. Mémoire de maîtrise "on publié, Université de Montréal, 1977.
- LÉVESQUE (L.), GRENIER (R.), KÉROUAC (S.), REIDY (M.). — Evaluation of a Pre-surgical Group Program Given at Two Different Times. *Research in Nursing and Health*, 1984, 7 : 227-236.
- LÉVESQUE (L.), CHARLEBOIS (M.). — Anxiété, foyer de contrôle et les effets d'un enseignement sur l'état physique et émotionnel des opérés. Rapport d'une étude expérimentale, Faculté de Nursing, Université de Montréal, 1976.
- MOLTER (N.). — Needs of Relatives of Critically Ill Patients : A Descriptive Study. *Heart & Lung*, 1979, 8 (2) : 332-339.
- NORRIS (L.), O'NEIL et GROVE (S.). — Investigation of Selected Psychosocial Needs of Family Members of Critically Ill Adult Patients. *Heart & Lung*, 1986, 15 (2) : 194-199.
- SELYE (H.). — *Stress sans détresse*, Philadelphia, Lippincott, 1974.
- SPIELBERGER (R.L.), GORUCH (R.L.), LUSHENE (R.E.). — *STAI Manual for the State — Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif., C.P.P. Inc., 1970.
- SPIELBERGER (R.L.), DIAZ-GUERRERO (R.). — *Cross-Cultural Anxiety*, HPC, Washington, 1983.

