

Interventions infirmières et psychologiques précoces post-infarctus du myocarde: relations entre la dépression, l'auto-soin et l'auto-efficacité

Sylvie Robichaud-Ekstrand

Université d'Ottawa

Institut de Cardiologie de Montréal

Gilles Dupuis

Institut de Cardiologie de Montréal

Université du Québec à Montréal

Les infirmiers(sières) et psychologues sont amenés à intervenir précocement durant un épisode dépressif pendant la période post-infarctus du myocarde de leurs patients. Malgré que chacun intervient avec une approche et un modèle conceptuel différent, il existe des liens communs entre la dépression, la capacité d'auto-soin et la perception d'auto-efficacité chez les patients qui ont subi un infarctus du myocarde récent. La capacité d'auto-soin permet à la personne de satisfaire ses propres exigences continues de soin pour assurer la régulation de ses processus vitaux, maintenir et favoriser son intégrité structurale et fonctionnelle et promouvoir son développement et son bien-être (Orem, 1987). Elle englobe la perception d'auto-efficacité qui est la conviction de pouvoir accomplir avec succès le comportement requis pour atteindre le but recherché (Bandura, 1977). Ceux-ci sont affectés par des facteurs cognitifs, psychosociaux et physiques. Selon Beck (1967) le patient déprimé qui vient de subir un infarctus du myocarde traite l'information de façon déformée et produit des erreurs de cognition qui conduisent à des conclusions très négatives. Ces erreurs de cognition produisent une vision négative de soi, de l'expérience et de l'avenir. Ceci atténue la perception d'auto-efficacité et de contrôle et diminue la capacité d'auto-soin. La dépression post-infarctus est donc induite par des distorsions cognitives des événements, par la perte physiologique ou psychosociale, la perte de contrôle et par les facteurs de stress intra et extrapersonnels.

Durant l'hospitalisation, 29% des patients qui subissent un premier infarctus du myocarde sont déprimés. Avec le temps, ce pourcentage diminue à 15% à six

semaines et fluctue entre 10 et 13% à 3,6 et 12 mois après avoir subi l'infarctus. De plus, 70% des patients qui sont déprimés six semaines après avoir subi un infarctus du myocarde, le sont également tout au cours de l'année qui suit l'infarctus (Stem, Pascale, et Mc Loone 1976). Une intervention précoce est nécessaire chez ceux-ci puisque la dépression post-infarctus augmente le taux de mortalité (Ruberman, Weinblatt, Goldberg et Chaudbury, 1984). L'identification et l'orientation de ces patients vers un spécialiste sont donc des tâches importantes pour le personnel de réadaptation cardiaque.

Plusieurs professionnels de la santé sont amenés à intervenir durant un épisode dépressif pendant la période post-infarctus. En outre, les infirmières et les psychologues sont en première ligne. Chacune de ces disciplines apporte avec elle une approche et un modèle conceptuel. La pratique de l'auto-soin est une approche infirmière de plus en plus répandue. Elle consiste à réduire la passivité des patients en leur montrant la part de responsabilité et de contrôle qu'ils ont dans le processus de guérison. Cette passivité est d'ailleurs souvent encouragée par le système médical qui maintient le patient dans une attitude d'attente de guérison par une intervention externe.

Le but de cet article est de dégager les liens existants entre le concept d'auto-soin tiré des sciences infirmières d'une part, et les modèles d'auto-efficacité (Bandura, 1977) et de dépression (Beck, 1967) d'autre part. Cette analyse permet de mieux comprendre comment ces deux dernières dimensions, tirées de la psychologie cognitive, peuvent s'intégrer dans un modèle d'interventions infirmières visant la reprise précoce, par le patient, de ses capacités d'auto-soin. De plus, cet article explique comment le personnel infirmier peut intervenir précocement afin de réduire la probabilité de dépression post-infarctus et quand les psychologues devraient être amenés à intervenir dans le processus.

Le cheminement de la dépression post-infarctus

Lors de l'admission à l'hôpital, les patients qui subissent un infarctus du myocarde aigu centrent leurs inquiétudes sur l'urgence de la situation et la survie. L'examen de la séquence hypothétique des émotions et des comportements du patient coronarien selon Cassem et Hackett (1973) serait la suivante: 1) l'anxiété et la négation dans les deux premiers jours et 2) le pic de dépression vers la troisième et quatrième journées d'hospitalisation. La figure 1 illustre l'oscillation des émotions du patient coronarien pendant son hospitalisation.

Silverstone (1987) a administré le test de dépression Montgomery-Asberg à 108 patients ayant subi un infarctus du myocarde aigu entre 2 et 24 heures après l'admission à l'hôpital. Huit des 48 patients qui ont obtenu un score plus grand que 14 sur le test sont décédés. Cet auteur a conclu que la dépression chez les hommes durant les premières 24 heures après avoir subi un infarctus du myocarde représente une augmentation considérable de la mort soudaine précoce, de la récidive ou de l'arrêt cardiaque. Ces patients devraient donc être sous surveillance continue pour plus longtemps. La dépression post-infarctus disparaît généralement entre trois et quatre semaines (Taylor, DeBusk et Davidson, 1981; Hackett, 1985). Cependant, les patients qui demeurent sévèrement déprimés et

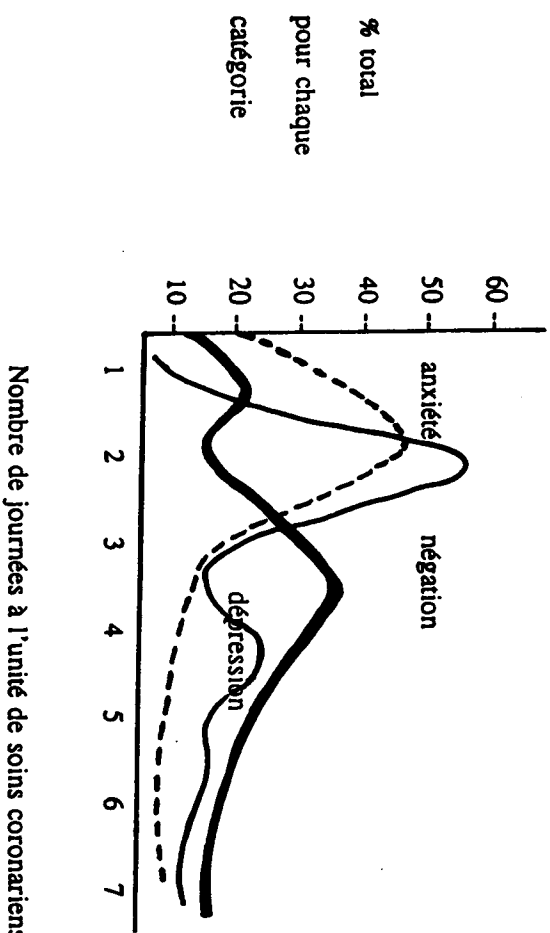


Figure 1. Séquence hypothétique des émotions du patient coronarien pendant son hospitalisation.

anxieux continuent d'avoir des taux de mortalité plus élevés (Ruberman, Weinblatt, Goldberg et Chaudbury, 1984).

La dépression post-infarctus selon Beck

Selon Beck (1967), la personne déprimée traite l'information de façon déformée. Les réponses affectives sont déterminées par la façon dont la personne construit l'expérience et anticipe l'avenir. Les trois composantes du modèle cognitif de Beck sont les suivantes: 1) une vision négative de soi, 2) une vision négative de l'expérience et 3) une vision négative de l'avenir (Roberts, 1989).

Vision négative de soi

La vision négative de soi est reliée au degré et à la durée de la perte physiologique ou psychosociale. La perte la plus importante chez les patients qui viennent de subir un infarctus du myocarde est celle du sentiment d'immortalité et du sentiment que la mort est un événement temporellement très lointain. De plus, à l'hôpital, les patients ont une perte de contrôle à plusieurs points de vue et doivent obéir à des recommandations précises. Ils croient que le dégagelement de

leurs responsabilités d'auto-soin leur est imposé par la maladie cardiaque. Mais en réalité, quelle proportion de ce dégageant n'est qu'imposé par l'environnement hospitalier et l'influence des proches encourageant le patient à la passivité?

La perte d'un style de vie valorisée peut être induite par la perte financière, physique ou la contribution sociale. De plus, les patients sont contraints de modifier certaines habitudes de vie constituant des facteurs de risque comme le tabagisme, une diète haute en gras et cholestérol et le sédentarisme. Ces demandes leur rappellent constamment leur perte physiologique, soit la mort d'une partie du myocarde. Si le patient n'arrive pas à modifier son style de vie, il se sent coupable, ce qui ajoute à sa dépression.

Une autre cause de dépression après avoir subi un infarctus du myocarde est la perte immédiate ou à long terme de l'indépendance financière. Afin de limiter l'étendue de l'infarctus, plusieurs interventions thérapeutiques coûteuses peuvent être entreprises. Ces interventions thérapeutiques consistent en la thérapie thrombolytique, l'angioplastie transluminale percutanée, la contre-pulsion diastolique par ballonnet intra-aortique ou un pontage aorto-coronarien. Ces interventions sont non seulement dispendieuses, par elles-mêmes, mais augmentent la durée d'hospitalisation et prolongent la perte de salaire.

Les erreurs de cognition. Un patient qui a subi un infarctus du myocarde peut avoir des distortions cognitives vis-à-vis la maladie coronarienne ou l'infarctus du myocarde ainsi que sur les événements qui les entourent. D'après Beck (1967), un individu déprimé peut faire six erreurs de cognition qui conduisent à des conclusions très négatives. Le tableau 1 offre un résumé de ces six erreurs, ainsi que des exemples de chacune.

Les patients qui ont subi un infarctus du myocarde font souvent une ou plusieurs de ces erreurs (Gilbert, 1984). Par exemple, un patient peut faire une erreur de personnalisation croyant qu'il va mourir durant son hospitalisation puisque son compagnon de chambre qui a eu un arrêt cardiaque post-infarctus ne s'en est pas tiré. Sa propre mortalité lui semble plus éminente et il se retrouve avec une vision négative de soi. Il peut même déduire arbitrairement qu'il possède une perte physiologique importante de son myocarde s'il interprète mal les résultats qui lui sont présentés. Par exemple, disons que les enzymes cardiaques sont peu élevés (CPK=400 IU/L), l'échocardiogramme cardiaque dévoile une faible hypokinésie dans la partie inférieure du cœur et la ventriculographie radioisotopique évalue que la fraction d'éjection du ventricule gauche est à 60%. Déjà, sans complications cliniques comme l'ischémie myocardique ou l'insuffisance cardiaque, ce patient est statistiquement considéré à faible risque. Cependant, si le patient ne comprend pas la signification de ces résultats, il se sentira déprimé puisqu'il existe quand même une perte physiologique.

Tableau 1

Erreurs de cognition du patient qui vient de subir un infarctus du myocarde

1. **Déduction arbitraire:** tirer une conclusion négative en l'absence de données de soutien.
Exemple: Le médecin avise le patient qu'il restera quelques jours aux soins coronariens, et que son infarctus est petit d'après les résultats des enzymes sériques. Le patient ne comprend pas la relation entre le dommage au myocarde et les taux d'enzymes sériques. Conséquentement, le patient presume qu'il va mourir ou être sérieusement handicapé.
2. **Abstraction sélective:** se concentrer sur des détails hors contexte au détriment d'autres informations plus saillantes.
Exemple: L'infirmière explique les facteurs de risque. Le patient se concentre sur les mots «facteurs de risque» à l'exclusion des effets bénéfiques potentiels reliés à la modification des facteurs de risque.
3. **Sur généralisation:** tirer des conclusions sur une grande variété de choses en se basant sur un événement unique.
Exemple: L'infirmière avise le patient qu'il a eu quelques extrasystoles ventriculaires isolées. Le patient croit que sa condition se détériore.
4. **Magnification et minimisation:** faire des erreurs d'évaluation sur l'importance des implications.
Exemple: Le patient croit que les extrasystoles ventriculaires isolées sont cliniquement significatives.
5. **Personnalisation:** relier des événements négatifs à soi-même quand en réalité, il n'y a aucune relation.
Exemple: Le patient voit son copain de chambre avec un stimulateur cardiaque. Il croit qu'il va en avoir un également malgré une fréquence cardiaque adéquate.
6. **Pensées dichotomiques:** une chose est tout à fait bonne ou tout à fait mauvaise.
Exemple: Le patient croit que sa vie est complètement finie après avoir subi un infarctus du myocarde et qu'il serait bien mieux d'être mort.

Vision négative de l'expérience

Les facteurs de stress et la perte de contrôle contribuent à la vision négative de l'expérience. Quelques facteurs de stress intrapersonnels physiologiques importants sont la douleur, les arythmies, les anomalies sanguines et l'œdème pulmonaire. Certains facteurs psychologiques comprennent l'anxiété, la dépression, la peur, la négation et les maladies psychiatriques. Les facteurs de stress extrapersonnels comprennent l'unité de soins coronariens, le poste central de surveillance, les interventions invasives, les lumières, la privation de sommeil, la privation sensorielle et le déficit de connaissances (Wilson, 1987). Les fréquentes prises de sang, l'introduction d'une ligne intraveineuse, l'interdiction de fumer ou de se promener sont d'autres facteurs de stress extrapersonnels (Davis, 1979).

Les soins obtenus à l'hôpital vont aussi influencer l'expérience. Si la philosophie des soins encourage la dépendance, le patient sentira une perte de contrôle et de l'impuissance. Certains patients réagissent par une dépression et d'autres par l'hostilité. Si le patient fabrique des distorsions cognitives du monde technique (exemple: le patient croit que la console cardiaque assiste les battements de son cœur, une abstraction sélective), il peut également en fabriquer en ce qui concerne le personnel. Le patient peut faussement interpréter la promptitude des interventions infirmières comme une indication de sa détérioration physique. D'autres exemples d'erreurs de cognition sont énumérés au tableau 1.

Vision négative de l'avenir

Certains patients projettent l'avenir d'après les événements actuels et anticipent que les difficultés actuelles continueront et que de nouveaux problèmes s'ajouteront. Parfois, ces patients ont des pensées dichotomiques et croient qu'ils sont maintenant bons à rien. Dans quelques cas, cette appréciation peut être partiellement justifiée. Les patients se sentent fatigués, faibles, et certains ressentent de l'angoisse post-infarctus. Ils sont obligés de prendre des médicaments, (les bêta-bloquants peuvent induire par eux-mêmes une dépression), de limiter leurs activités et de consulter leur médecin. Cela leur donne constamment le sentiment qu'ils n'ont pas le contrôle sur leur vie. Ces patients négligent de découvrir leurs forces internes ainsi que les gains externes de l'expérience (Roberts, 1986). Ces sentiments contribuent aux comportements d'évasion et de désengagements tels l'envie de dormir et de regarder la télévision, de retarder le retour au travail, d'éviter les relations interpersonnelles et de réduire sa participation dans l'auto-soin.

La relation entre la dépression, la capacité d'auto-soin, et la perception d'auto-efficacité

Levin, Katz et Holst (1976) définissent la «pratique de l'auto-soin» comme un processus cognitif, affectif et psychomoteur qu'une personne entreprend délibérément, de façon continue, afin de maintenir sa santé et de prévenir, détecter et traiter la maladie. La capacité d'auto-soin est la capacité acquise ou en voie de

développement dans la phase d'investigation, de décision et de production de l'auto-soin. La capacité d'auto-soin consiste en des connaissances, des habiletés et de la motivation. Elle permet à la personne de satisfaire ses propres exigences continues de soin pour assurer la régulation de ses processus vitaux, maintenir et favoriser son intégrité structurale et fonctionnelle et promouvoir son développement et son bien-être (Orem, 1987). Elle est modifiée par l'état de santé (ex: infarctus du myocarde) et par les facteurs qui influencent la capacité d'apprendre (ex: dépression, mauvaise perception d'auto-efficacité). Elle varie également suivant les expériences vécues (ex: le conjoint a déjà subi un infarctus du myocarde) dans la mesure où celles-ci permettent d'apprendre, d'être exposé aux influences culturelles et d'utiliser différentes ressources dans la vie quotidienne. La Figure 2 offre une vue d'ensemble de la relation entre la dépression, la capacité d'auto-soin et la perception d'auto-efficacité. Les prochains paragraphes décriront plus en détail les composantes du modèle conceptuel proposé et leurs interactions.

Backscheider (1974) rapporte que la capacité d'auto-soin est affectée par des facteurs de cognition, psychosociaux et physiques. Les facteurs cognitifs sont les habiletés d'apprentissage, la mémoire, la durée d'attention, la résolution de problèmes, le processus décisionnel, les habiletés de discrimination et d'évaluation

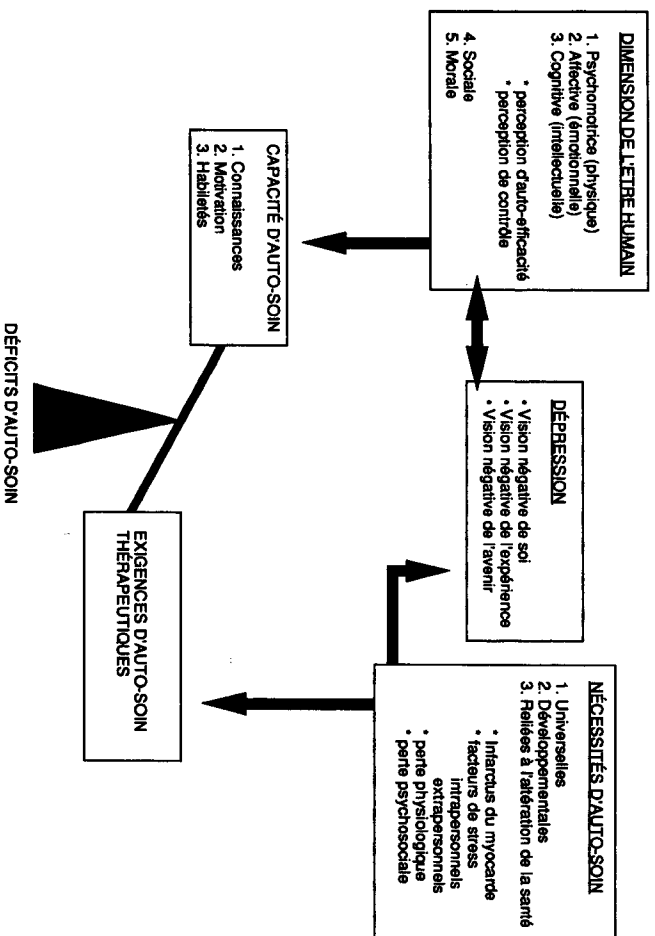


Figure 2. Relation entre la dépression post-infarctus, la capacité d'auto-soin et la perception d'auto-efficacité.

(ex: perception d'auto-efficacité), les habiletés d'organisation et le niveau de connaissances. Les facteurs psychosociaux sont l'estime de soi, le concept de soi, l'auto-discipline, la réponse aux situations de stress et la motivation ou l'empressement à participer. Les facteurs physiques sont la sensation, la dextérité, le niveau d'activité et de mouvement et les habiletés psychomotrices.

Afin de comprendre la relation entre la dépression et la capacité d'auto-soin, il est important de connaître certains termes de la théorie d'auto-soin (Orem, 1987). Les exigences d'auto-soin thérapeutiques sont des mesures de soins exigées pour satisfaire les nécessités d'actions régulatrices visant à atteindre des buts recherchés de santé, de développement et de bien-être. Elles peuvent être conceptualisées comme un assortiment universel d'actions composées de trois sous-ensembles: les nécessités d'auto-soin universelles, les nécessités d'auto-soin développementales et les nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé.

Les nécessités d'auto-soin universelles sont communes à tous les êtres humains et comprennent l'air, l'eau et les aliments, l'élimination et l'excrétion, l'activité et le repos, la solitude et l'interaction sociale, la prévention des risques à la vie, à la santé, au bien-être ainsi que les besoins de normalité. Les nécessités d'auto-soin développementales sont spécifiques. Elles créent et maintiennent des conditions de vie aptes à soutenir les processus vitaux et à favoriser le développement de la personne au cours des différents stades de la croissance. Par exemple, elles aident à diminuer ou à surmonter les carences éducatives, les problèmes d'adaptation sociale, les troubles d'identité personnelle, la phase terminale de la maladie. Les nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé comprennent: les besoins de contrôler les premiers stades d'une pathologie; de prévenir les séquelles et l'invalidité; de chercher et de conserver l'assistance médicale; d'être conscient des effets et résultats au l'état de santé; de coopérer avec le régime médical; d'être conscient et de réagir aux effets de la perte du confort et aux effets nocifs du régime médical; de modifier le concept de soi vis-à-vis de la maladie et d'apprendre à vivre avec les effets de la maladie. L'importance de ces trois sphères peut être modulée dans le temps, en fonction d'événements très diversifiés.

En comparaison avec l'adulte en santé, les nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé sont les collaborateurs majeurs des exigences d'auto-soin thérapeutiques d'un patient qui vient de subir un infarctus du myocarde et sont représentées par le grand cercle dans la Figure 3b. Selon la phase et la gravité de l'infarctus, le patient est orienté vers l'un des trois systèmes de soins infirmiers: entièrement compensatoires, partiellement compensatoires et de soutien-éducation.

Le but initial des soins en phase aiguë de l'infarctus du myocarde est de maintenir la vie. A part la courte description des signes et symptômes ressentis et verbalisés par le patient, ce dernier est projeté dans le système de soins entièrement compensatoires. Sa prise de décision et sa participation aux soins sont minimes. L'équipe multidisciplinaire retire temporairement cette responsabilité du patient. De plus, la famille l'encourage «à ne rien faire» et de suivre scrupuleusement les ordonnances. A ce moment, l'infirmière agit et exécute pour le patient.

Exigences d'auto-soin thérapeutiques

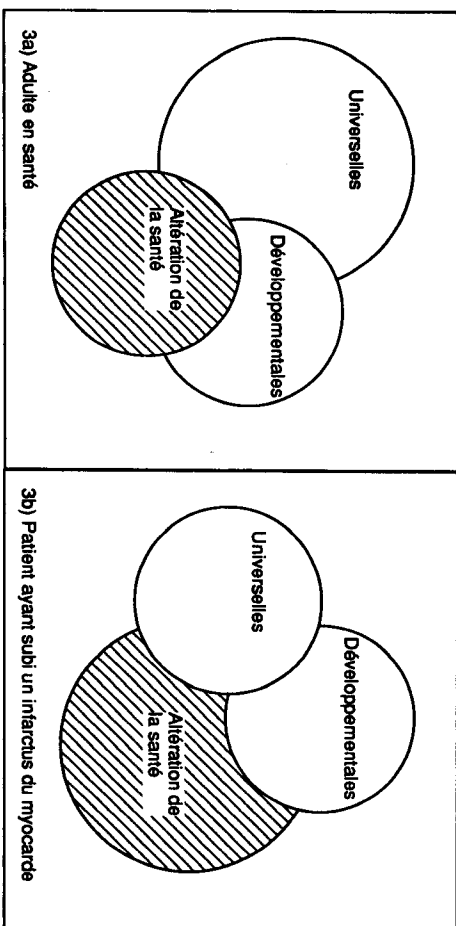
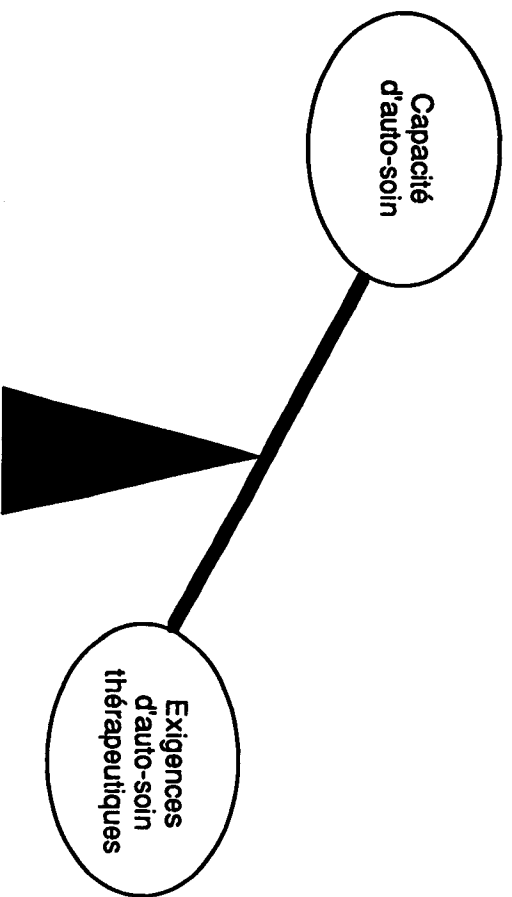


Figure 3. La comparaison des exigences d'auto-soin thérapeutiques entre un adulte en santé et un patient qui vient de subir un infarctus du myocarde.

La peur de mourir et l'anxiété des événements surpassent tout sentiment dépressif, à moins qu'il ne soit déjà inhérent à la personne avant de subir l'infarctus du myocarde.

La phase aiguë de l'infarctus du myocarde ne permet que peu de contrôle de la part du patient. Un peu plus tard, pendant son séjour à l'hôpital, le patient est susceptible de faire des erreurs de cognition qui le conduisent à une vision négative de soi, de l'expérience ou de l'avenir. Ces visions négatives s'extériorisent en dépression. La dépression augmente les exigences d'auto-soin thérapeutiques et diminue la capacité d'auto-soin. La Figure 4 illustre le déficit d'auto-soin. Quand un déficit d'auto-soin est présent, les soins infirmiers sont nécessaires.

Comme l'infirmière est la plus présente au chevet du patient, elle est en mesure de dépister précocement les premiers signes de la dépression post-infarctus et d'intervenir immédiatement. Taylor, DeBusk, Davidson, Houston et Burnett (1981) suggèrent d'utiliser l'observation et l'interview plutôt que des questionnaires évaluant la dépression. Puisque la majorité des dépressions post-infarctus sont situationnelles, l'infirmière peut moduler les réactions du patient en éliminant les sources d'erreurs de cognition, la perte de contrôle, et le plus possible, les facteurs de stress. Ces interventions infirmières doivent se faire précocement afin de maximiser le potentiel d'auto-soin du patient. La responsabilité d'auto-soin est graduellement retournée au patient surtout quand il entre dans le système de soins de soutien-éducation.



Déficit d'auto-soin : besoin des soins infirmiers

Figure 4. Ajustation de la capacité d'auto-soin par rapport à l'exigence d'auto-soin thérapeutique: production d'un déficit d'auto-soin et conséquemment le besoin de soins infirmiers.

Quelques interventions infirmières qui aideraient à prévenir la dépression post-infarctus seraient de familiariser le patient à son environnement social et technique, lui expliquer le rôle des professionnels de la santé qu'il va rencontrer durant son séjour et lui expliquer les fonctions des instruments et des procédures. Par exemple, certains patients pensent que les électrodes mis sur la peau conduisent l'électricité au cœur; que les électrocardiogrammes sont des défibrillateurs cardiaques; que les artéfacts électriques visionnés à la console sont des arythmies; que les prises de sang fréquentes indiquent une détérioration de leur condition physique et ainsi de suite. Le patient doit être assuré que son cheminement clinique est personnel et que les traitements respectifs sont individualisés. Il ne doit pas se comparer à son voisin. L'éducation du patient et de sa famille diminuera les inquiétudes et offrira une sensation de contrôle. Par exemple, l'explication des résultats de l'épreuve d'effort au patient et au conjoint en termes d'activités quotidiennes qu'il peut réaliser (Ewart, Taylor, Reese et DeBusk, 1983), aidera le couple à mieux connaître les capacités physiques du patient. Avant de quitter l'hôpital, il reste encore 5 à 15% (Taylor, DeBusk, Davidson, Houston et Burnett, 1981) des patients qui demeurent modérément ou sévèrement déprimés. C'est à ce moment que ces patients, identifiés par l'infirmière soit sur la base d'observation clinique, soit à l'aide d'un outil de détection de première ligne (Dupuis, Perrault, Kennedy et Lambany, 1991), profiteront d'une

thérapie psychologique, avec ou sans médicament, selon la gravité de la dépression.

La perception de l'auto-efficacité est une composante cognitive qui affecte les facteurs psychosociaux de la capacité d'auto-soin. L'auto-efficacité est la conviction de pouvoir accomplir avec succès le comportement requis pour atteindre le but recherché. La perception d'auto-efficacité est reflétée par le degré d'effort investi pour modifier un comportement et par la durée de temps où ce comportement est maintenu en présence d'obstacles, d'expériences et de situations menaçantes. La persévérance dans des activités qui sont perçues subjectivement dangereuses, mais en réalité sécuritaires, (ex.: l'épreuve d'effort avant le départ de l'hôpital) augmente positivement la perception d'auto-efficacité et diminue les comportements défensifs. Les patients qui arrêtent prématurément leurs efforts en croyant s'adapter à une situation menaçante (ex.: refus de participer à l'épreuve d'effort sur tapis roulant de crainte de se surmener et de provoquer un autre infarctus du myocarde), conservent plus longtemps leurs craintes ainsi qu'une perception inadéquate de leurs capacités. La motivation est l'élément essentiel d'initiation d'un comportement et de son maintien.

Enfin, le bagage antérieur d'expériences de succès dans les différents domaines de vie des patients constitue aussi le noyau à partir duquel le patient bâtit son sentiment d'auto-efficacité potentiel face à sa réadaptation (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy et David, 1989). Ainsi, un patient qui avant l'infarctus du myocarde n'a que peu d'expérience de succès, envisagera sa réadaptation comme quelque chose d'impossible à réaliser.

Si la capacité d'auto-soin est atténuée à cause d'une dépression produite par les événements de l'infarctus du myocarde, il est normal que la conviction d'accomplir certaines tâches soit également diminuée. Cependant, si le patient réussit une performance, sa perception d'auto-efficacité augmente graduellement avec le nombre de succès répétés, même si elle est accompagnée d'échecs occasionnels. Quand le questionnaire d'auto-efficacité est administré après l'épreuve d'effort, la corrélation entre la fréquence cardiaque maximale et la perception d'auto-efficacité est de $r=0,5$ comparativement à $0,36$ lorsque le questionnaire est administré avant l'épreuve d'effort. La perception d'auto-efficacité augmente également chez les patients qui n'avaient pas confiance d'aussi bien réussir l'épreuve d'effort. D'autre part, ceux qui n'atteignent pas l'intensité d'effort anticipée, ont une perception d'auto-efficacité 33% plus basse après l'épreuve d'effort (Ewart, Taylor, Reese, et DeBusk, 1983).

L'auto-efficacité améliorée a tendance à se généraliser à d'autres situations où la performance de l'individu était auparavant affectée due à une préoccupation de médiocrité (Bandura, Adams et Beyer, 1977; Bandura, Jeffery et Gaidos, 1975). Le patient se sent reprendre le contrôle et sa dépression diminue. Cependant, Ewart et Taylor (1985) ont trouvé que les épreuves d'effort sur tapis roulant augmentent seulement la perception d'auto-efficacité pour les activités similaires comme la marche, le jogging, la course, monter les escaliers mais non pour les exercices dissimilaires comme lever-pousser des objets ou les rapports sexuels. La perception d'auto-efficacité pour les exercices dissimilaires au tapis

roulant est plus élevée seulement après que le médecin ou l'infirmière explique les résultats.

L'apprentissage par observation est un autre facteur qui augmente la confiance. En regardant d'autres personnes effectuer une activité perçue menaçante, sans danger, le patient ayant subi un infarctus du myocarde se dit que si son co-pain de chambre est capable de faire une telle épreuve, il devrait également être capable de le faire (Bandura et Barad, 1973). Cependant, l'augmentation de la confiance est plus marquée si l'observateur regarde les performances d'un modèle qui expérimente une certaine difficulté (ex.: angine), mais ne réussit que s'il regarde la performance d'un modèle expert (ex.: un athlète), (Kazdin, 1973, Meichenbaum, 1971).

La persuasion verbale affecte également l'auto-efficacité et la dépression. Cependant, il faut que les conditions facilitent une performance efficace sinon l'intervenant perdra de sa crédibilité et la perception d'auto-efficacité diminuera (Bandura, 1977). Par exemple, si l'infirmière convainc le patient qu'il sera capable d'effectuer une épreuve d'effort sur tapis roulant à 8 Mets et que ce dernier doit s'arrêter à 4 Mets à cause de dyspnée, le patient perdra confiance dans les connaissances de l'infirmière.

Finalement, l'éveil émotionnel joue un rôle important dans la perception d'auto-efficacité. Les patients se sentent partiellement à leur degré d'activation physiologique pour juger leur niveau d'anxiété et de vulnérabilité au stress. Par exemple, si le patient ressent une fatigue générale après avoir monté un étage d'escaliers, il perdra confiance dans sa capacité cardiaque sans penser que ce développement physiologique pourrait être relié à son alimentation. La sensation de contrôle d'un comportement aide à gérer les aspects menaçants de l'environnement. Les individus qui croient être moins vulnérables qu'avant, génèrent moins d'idées effrayantes dans des situations menaçantes et se sentent aussi moins déprimés. Si le patient s'aperçoit que rien ne s'est passé pendant l'épreuve d'effort limitée par symptômes, il aura plus confiance de reprendre ses activités quotidiennes.

Recommandations et conclusions

En résumé, la capacité d'auto-soin englobe la perception d'auto-efficacité et les deux sont affectées par des facteurs cognitifs, psychosociaux et physiques. Le patient qui subit un infarctus du myocarde considère l'événement comme une perte. Non seulement les exigences d'auto-soin thérapeutiques augmentent, mais la capacité d'auto-soin diminue, ce qui produit des déficits d'auto-soin. La dépression est induite par des distorsions cognitives des événements, par la perte physiologique ou psychosociale, la perte de contrôle et par les facteurs de stress intra et extrapersonnels. Comme les taux de mortalité demeurent plus élevés chez les patients déprimés, l'infirmière et le psychologue sont en position idéale pour identifier et intervenir précocement afin d'éliminer ces distorsions cogniti-

ves, de réduire les facteurs de stress le plus possible et d'offrir aux patients un certain contrôle sur les événements. Ceci contribue à diminuer la dépression post-infarctus. Peu de recherches ont été faites, jusqu'à maintenant, sur des interventions précoces post-infarctus. La plupart du temps, seuls les patients affichant un degré élevé de détresse psychologique sont orientés vers des ressources thérapeutiques d'ordre psychologique ou psychiatrique. Cependant, un bon nombre de patients pourraient bénéficier d'une intervention précoce infirmière/psychologique leur permettant de réduire leurs inquiétudes lors de l'hospitalisation et aussi celles face à leur avenir, améliorant ainsi la rapidité de retour au travail et la qualité de vie.

Une telle intervention pourrait comporter les dimensions suivantes: explication de l'environnement technique avec un langage «vulgarisé»; réduction des distorsions cognitives et apprentissage d'une technique de relaxation. Le moniteur cardiaque pourrait servir ici d'instrument de rétroaction sur la performance.

Cette dernière dimension couplée avec l'information sur l'épreuve d'effort permettrait grandement au patient d'améliorer son sentiment d'auto-efficacité. Enfin, il serait important, lors de ces interventions, de tenir compte du support social dont bénéficie le patient, ainsi que des événements stressants précédant l'infarctus. Ces deux facteurs sont des prédicteurs très importants de la dépression trois mois après l'infarctus (Dupont, Coulombe et Dupuis, 1992). Une intervention ainsi structurée permettrait certainement d'améliorer l'efficacité du traitement médical et pourrait avoir des retombées économiques importantes telles que la réduction du temps d'hospitalisation, la réduction du nombre de consultations après infarctus et la réduction de la consommation de médicaments.

References

- Backscheider, J.E. (1974). Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *American Journal of Public Health, 64*, 1138-1146.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A., Adams, N.E., et Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral changes. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 125-139.
- Bandura, A., et Barad, P.G. (1973). Processes governing dysinhibitory effects through symbolic modeling. *Journal of Abnormal Psychology, 82*, 1-9.
- Bandura, A., Jeffery, R.W., et Galdos, E. (1975). Generalizing change through participant modeling with self-directed mastery. *Behavioral Research and Therapy, 13*, 141-152.
- Beck, A.T. (1967). Depression. *Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Cassem, N.H., et Hackett, T.P. (1973). Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase. *Heart and Lung, 2*, 382-388.
- Davis, B. (1978). The expanded measurement of patient's psychological stress responses to being in the coronary care unit. *Military Medicine, 1213*, 203.
- Dupont, C., Coulombe, L., et Dupuis, G. (1992). Psychological distress immediately after myocardial infarction. Affiche scientifique présentée au 13^e congrès annuel de la Society of Behavioral Medicine, New York, mars 1992.

- Dupuis, G., Perrault, J., Kennedy, E., et Lambany, M.C. (1991). Validité diagnostique et pronostique d'un outil de détection précoce des problèmes psychologiques avant chirurgie coronarienne. *Science et Comportement*.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.C., Kennedy, E., et David, P. (1989). A new tool to assess Quality of Life: the quality of life systemic inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care* 5, 36-45.
- Ewart, C.K., et Taylor, C.B. (1985). The effects of early postmyocardial infarction exercise testing on subsequent quality of life. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 162-175.
- Ewart, C.K., Taylor, C.B., Reese, L.B., et DeBusk, R.F. (1983). The effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology*, 51, 1076-1080.
- Gilbert, P. (1984). *Depression from psychology to brain state*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hackett, T.P. (1985). Depression following myocardial infarction. *Psychomatics*, 26 (Suppl), 23-28.
- Kazdin, A.E. (1973). Covert modelling and the reduction of avoidance behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 87-95.
- Levin, L., Katz, A., et Holst, E. (1979). *Self-care: lay initiatives in health* (2nd ed). New York: Prodist.
- Meichenbaum, D.H. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 298-307.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practice*. Toronto: McGraw-Hill.
- Orem, D.E. (1987). *Soins infirmiers: Les concepts et la pratique*. Montréal: Décarie Edition Inc. (Travail original publié en anglais, 1985).
- Roberts, S.L. (1986). *Behavioral concepts and the critically ill patient* (2nd ed.) Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Roberts, S.L. (1989). Cognitive model of depression and the myocardial infarction patient. *Patients in Cardiovascular Nursing*, 4, 61-70.
- Ruberman, W., Weinblatt, A.B., Goldberg, J.D., et Chaudbury, B.S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Silverstone, P. (1987). Depression and outcome in acute myocardial infarction. *British Medical Journal*, 294, 219-220.
- Stern, M.J., Pascale, L., et Mc Loone, J.B. (1976). Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of Chronic Disease*, 29, 513-526.
- Taylor, C.B., DeBusk, R.F., Davidson, D.M., Houston, N., et Burnett, K. (1981). Optimal methods for identifying depression following hospitalization for myocardial infarction. *Journal of Chronic Disease*, 34, 127-133.
- Wilson, V. (1987). Identification of stressors related to patient's psychological responses to the surgical intensive care unit. *Heart and Lung*, 16, 267-273.

Abstract

Early nursing and psychologic interventions are often required for recent myocardial infarction (MI) patients who are experiencing depression. Even though each discipline intervenes using different approaches and conceptual models, there exists a relationship between post-MI depression, self-care agency and self-efficacy. Self-care is the practice of activities that individuals initiate

and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being (Orem, 1985). It comprises self-efficacy which is the conviction of being able to successfully accomplish the required behaviour in order to attain a specific goal (Bandura, 1977). According to Beck (1967) a depressed MI patient distorts information and produces cognitive errors which leads to negative conclusions. Consequently these cognitive errors produce a negative view of self, of experiences, and of the future. These consequently diminish self-efficacy and sense of control. Post-MI depression is therefore induced by cognitive distortions, physiological and/or psychosocial losses, lost of control and by intra and extrapersonal stress factors.