

NOTION DE CONCEPT

ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE DE DÉTERMINANTS DE L'ADAPTATION DÉRIVÉ DU MODÈLE DE ROY

André DUQUETTE, inf., Ph.D., Francine DUCHARME, inf., Ph.D.,
Nicole RICARD, inf., Ph.D., Louise LÉVESQUE, inf., M.Sc., D.A.S.,
Jean-Pierre BONIN, inf., M.Sc.Inf., Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Travaux subventionnés par le Fonds de la recherche en santé du Québec

Cet article a déjà été publié dans la revue RSI N° 44. Mars 66

Au cours des dernières années, une équipe de chercheurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, a développé un programme de recherche. Les études de ce programme de recherche s'intéressent plus particulièrement aux facteurs associés à la santé et à l'adaptation de quatre groupes cibles vulnérables auxquels les infirmières sont confrontées dans leur pratique : les aidants familiaux de personnes atteintes de démence sénile, les aidants familiaux de personnes atteintes de troubles psychiatriques, les aidants professionnels (infirmières) œuvrant en milieu gériatrique et les conjoints âgés vivant dans la communauté (pour de plus amples détails sur le programme de recherche, voir PEPIN, DUCHARME, KEROUAC, LEVESQUE, RICARD, DUQUETTE, 1993). S'inspirant du paradigme *stress-coping-adaptation-santé*, les modèles théoriques à la base de ces études mettent l'accent sur les relations entre, d'une part, les concepts stressseurs, soutien social, stratégies adaptatives (*coping*) et, d'autre part, les concepts santé et adaptation. Il s'agit plus spécifiquement du modèle de LAZARUS et FOLKMAN (1984), du modèle de MADDI et KOBASA (1984) et du modèle de l'adaptation familiale de McCUBBIN et PATTERSON (1983).

Utilisant toutes un devis longitudinal, ces études, maintenant complétées, permettent d'identifier certains stressseurs qui ont un effet prépondérant sur l'état de santé des groupes étudiés. Également, elles permettent de faire ressortir le rôle des mécanismes perceptuels dans l'évaluation des stressseurs ainsi que celui des ressources personnelles et contextuelles les plus efficaces pour les affronter (DUCHARME, 1994; DUQUETTE, KEROUAC, SANDHU et SAULNIER, 1995 ; LEVESQUE, COSSETTE, LAURIN, 1995 ; RICARD, FORTIN, BONIN, 1995).

Bien que fort intéressants, ces résultats s'inspirent de modèles théoriques de niveau intermédiaire (*middle range theories*) empruntés à des disciplines connexes à la

discipline infirmière, plus particulièrement la psychologie et la sociologie. Or, plusieurs auteurs (ADAM, 1991 ; FAWCETT, 1989; FREDERICKSON, 1992; SMITH, 1992) ont souligné l'importance de s'inspirer de conceptions propres à la discipline infirmière, afin de contribuer au développement des connaissances et à l'avancement de la science infirmière. L'on reconnaît également, depuis nombre d'années, que la science infirmière ne se développe que par le lien entre conception/théorie et recherche (DONALDSON et CROWLEY, 1978; FAWCETT, 1978; GORTNER, 1983; MELEIS, 1988; ROY, 1988, SCHLOTFELDT, 1975). Dans cette perspective de développement théorique, les membres de notre équipe ont jugé important d'unifier leurs résultats de recherche et de les reconsidérer à partir d'une conception propre à la discipline infirmière. Il s'agit plus spécifiquement de réexaminer l'ensemble des résultats obtenus dans nos études sous un angle différent, à partir d'une conception infirmière, et ce, en vue de proposer un modèle théorique de déterminants psychosociaux associés à l'adaptation.

Ce processus comporte plusieurs avantages. D'une part, l'intégration des données de plusieurs études portant sur les mêmes concepts, permet une continuité dans le développement de la connaissance plutôt qu'un éparpillement (FAWCETT, 1978). D'autre part, le choix d'un modèle conceptuel en sciences infirmières permet de se centrer sur certains concepts pertinents à la discipline et de préciser la direction du développement de nouvelles théories (ADAM, 1987; FAWCETT, 1989 ; NEWMAN, 1979; ROY, 1988). En fait, il est impossible de vérifier empiriquement un modèle conceptuel car les concepts d'un tel modèle sont trop abstraits pour offrir des définitions opérationnelles, et les propositions qui y sont énoncées trop générales pour pouvoir être testées (FAWCETT, 1991, FAWCETT et DOWNS, 1986). Notre objectif est plutôt de réaliser un travail d'intégration à partir des données de notre programme de recherche pour en arriver à dégager un modèle théorique issu d'une conception infirmière.

NOTION DE CONCEPT

ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE DE DÉTERMINANTS DE L'ADAPTATION DÉRIVÉ DU MODÈLE DE ROY

Dans cette perspective, le but de cet article est de présenter le processus d'élaboration de ce modèle théorique. Le texte de cet article traite d'abord du choix du modèle conceptuel retenu, en l'occurrence le modèle de l'adaptation de Callista ROY (1991), et présente une description des principaux concepts de ce modèle selon son auteur. Les liens entre les concepts du modèle de ROY et les variables des études du programme de recherche sont explicités, ainsi que les principaux problèmes soulevés à cette étape du processus, notamment en regard des difficultés à définir les concepts retenus. Par la suite, le texte traite de la congruence entre les propositions de ROY, définissant les relations entre les concepts de son modèle, et les propositions de notre modèle théorique précisant les relations entre les variables de nos études; certaines difficultés d'ordre conceptuel et méthodologique rencontrées à cette étape du processus y sont également discutées. Enfin, le modèle théorique est proposé ainsi que la démarche que nous escomptons effectuer ultérieurement en vue de vérifier la pertinence et la stabilité du modèle en utilisant des analyses statistiques appropriées. Une discussion sur l'importance du développement des connaissances dans la discipline infirmière, complète cet article.

CHOIX ET DESCRIPTION DU MODÈLE CONCEPTUEL

Depuis les années 1950, plusieurs modèles conceptuels propres à la discipline infirmière ont été élaborés (KEROUAC, PEPIN, DUCHARME, DUQUETTE, MAJOR, 1994). Parmi ceux-ci, notre équipe privilégie le modèle de l'adaptation proposé par Callista ROY (1991). Pourquoi ce choix? D'abord parce que l'adaptation est un concept central face aux problématiques de santé vécues par les personnes qui composent les groupes cibles de nos études. Ensuite, en raison de la compatibilité de ce modèle avec les théories de niveau intermédiaire retenues initialement comme cadre théorique dans les recherches de notre programme. Tel que souligné précédemment, les concepts de tous ces modèles théoriques concernent notamment les stressors, la perception du stress, les ressources individuelles et contextuelles pour y faire face et la relation entre ces facteurs et la santé ou l'adaptation de la personne. Le modèle de ROY permet donc de préciser une perspective infirmière congruente avec les objectifs de notre programme de recherche; de même, ce modèle

fournit un appui conceptuel pour l'élaboration du modèle théorique intégrant les variables de nos études respectives.

Le modèle de ROY, basé sur la théorie générale des systèmes (VON BETALANFFY, 1968) et sur la théorie des niveaux d'adaptation de HELSON (1964), se distingue en ce qu'il offre à l'infirmière un but explicite, soit celui de viser la promotion du processus dynamique qu'est l'adaptation des individus et des groupes (familles, communautés) à leur environnement. Le modèle de ROY guide aussi bien l'intervention infirmière que la recherche. L'objet de l'intervention est d'agir sur les stimuli ou facteurs de l'environnement dans le but d'obtenir des réponses adaptées des personnes et des groupes en vue de favoriser leur qualité de vie. L'objet de la recherche guidée par le modèle de ROY est notamment d'améliorer la compréhension des processus suivants : comment les personnes s'adaptent aux stimuli de leur environnement, comment les mécanismes d'adaptation innés et acquis de la personne influencent l'adaptation et la qualité de vie et comment des interventions infirmières (manipulation des stimuli) peuvent promouvoir l'adaptation, la santé et la qualité de vie (FAWCETT et TULMAN, 1990; ROY, 1987, 1988).

Plus précisément, ROY conçoit la personne comme un système adaptatif en interaction constante avec un environnement changeant et donc exposé à de nombreux stimuli. Les concepts-clés qui illustrent le fonctionnement de ce système adaptatif sont les intrants, les processus de contrôle, les extrants et le feed-back.

Selon ROY, les **intrants** sont les stimuli qui peuvent provenir des forces externes de l'environnement (stimuli externes), ou des forces internes de l'individu lui-même (stimuli internes). ROY identifie trois sortes de stimuli : le stimulus focal, les stimuli contextuels et les stimuli résiduels. Le **stimulus focal**, interne ou externe, confronte immédiatement la personne par l'objet ou l'événement qui attire son attention. La personne se centre sur ce stimulus et dépense de l'énergie à composer avec celui-ci. Les **stimuli contextuels** sont tous ceux qui sont présents dans la situation immédiate et qui contribuent à l'effet du stimulus focal. Ainsi, les stimuli contextuels sont tous les facteurs environnementaux qui se présentent à la personne, soit de l'intérieur, soit de l'extérieur, mais qui ne sont pas le centre de l'attention dans l'immédiat. Les **stimuli résiduels** sont les facteurs environnementaux intérieurs ou extérieurs à la personne dont les effets sur la situation courante ne sont pas déterminés. La personne peut ne pas être consciente de l'influence de ces facteurs; leur effet ne peut être mesuré. Enfin, les stimuli focaux, contextuels et résiduels changent rapidement puisque l'environnement change. La signification de chacun de ces stimuli peut se modifier;

ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE DE DÉTERMINANTS DE L'ADAPTATION DÉRIVÉ DU MODÈLE DE ROY

ce qui est focal à un certain moment peut devenir contextuel et ce qui est contextuel peut devenir résiduel.

ROY décrit le traitement complexe des stimuli comme étant un **processus de contrôle** qu'elle nomme également **mécanismes de coping**. Elle a catégorisé ces mécanismes en sous-systèmes régulateurs et cognitifs. Les mécanismes de coping sont définis comme étant des façons innées ou acquises de répondre aux changements de l'environnement. Les mécanismes de coping innés ou sous-système régulateur sont généralement vus comme des processus automatiques; la personne n'a pas à y penser. Ces mécanismes agissent sur les stimuli de façon automatique au travers des processus nerveux, chimique et endocrinien. Les mécanismes de coping acquis, faisant partie du sous-système cognitif, sont par ailleurs délibérés et conscients. Ce sous-système agit plus spécifiquement à travers quatre canaux cognitifs-émotifs : le processus de traitement de l'information, l'apprentissage, le jugement et l'émotion. Bien qu'il soit possible d'identifier et de nommer les processus spécifiques inhérents aux sous-systèmes régulateurs et cognitifs, il n'est pas possible, selon ROY, d'observer directement le fonctionnement de ces systèmes puisqu'il se produit à l'intérieur de la personne.

Après avoir traité ces intrants par le biais des processus de contrôle, la personne émet un **ou** des **extrants**, que ROY nomme également **réponses**. Ces réponses s'expriment par des comportements qui peuvent être observés, mesurés ou subjectivement rapportés. Le comportement démontre à quel point la personne est adaptée aux changements environnementaux. Les réponses adaptées sont celles qui aident à promouvoir l'intégrité de la personne quant aux buts ultimes de l'adaptation : la survie, la croissance, la reproduction et la maîtrise (mastery). Les réponses inefficaces sont celles qui ne contribuent pas à l'intégrité de la personne, ni ne contribuent aux buts de l'adaptation. Ces réponses peuvent être observées dans quatre modes adaptatifs : le mode physiologique, le concept de soi, le fonctionnement de rôle et le mode de l'interdépendance. Le **mode physiologique** est associé aux réponses physiologiques d'un individu face aux stimuli de l'environnement. Le **mode du concept de soi** concerne les croyances et sentiments d'une personne envers elle-même. Le **mode de la fonction de rôle** porte sur les rôles que la personne occupe, lesquels sont définis comme un ensemble d'attentes sociales en regard des rôles occupés. Le **mode de l'interdépendance** est défini comme étant les relations intimes des gens; ce mode concerne les interactions liées au fait de donner et de recevoir de l'amour, du respect et de l'appréciation.

Le processus d'adaptation est, selon ROY, un processus circulaire plutôt que linéaire. Dans cette perspective, les réponses de la personne dans les quatre modes peu-

vent agir comme de nouveaux stimuli. Il s'agit, selon ROY, d'un mécanisme de rétroaction (feed-back).

Bref, les quatre concepts clés du modèle de ROY sont les stimuli (intrants), les mécanismes de **coping** (processus de contrôle), les réponses (extrants) et le feed-back.

LIEN ENTRE LES CONCEPTS DU MODÈLE DE ROY ET LES VARIABLES DES ÉTUDES DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Après avoir exposé les concepts clés du modèle de ROY, l'étape suivante consiste à établir le lien entre ces concepts et les variables mesurées dans nos études. Le fait de s'être inspirés initialement dans nos recherches d'assises théoriques similaires, nous a permis de dégager des variables communes à chacune de nos études. Nous avons par la suite associé ces variables à chacun des concepts clés du modèle de ROY.

Ainsi, le **stimulus focal** est défini dans toutes nos études comme étant la **perception du stress ou du dérangement ressenti** face à des stressors spécifiques; ces stressors sont liés à sa propre condition de santé ou à celle d'un proche ou d'un malade. Ainsi, dans l'étude effectuée auprès des aidants familiaux de personnes atteintes de démence, le stimulus focal est défini comme étant le dérangement ressenti face à la présence de comportements dysfonctionnels chez la personne malade. Dans l'étude effectuée auprès des aidants familiaux de proches atteints de troubles psychiatriques, le stimulus focal se rapporte au dérangement ressenti face aux divers symptômes et dysfonctions du malade. Chez les aidants professionnels, le stimulus focal concerne le stress ressenti face à la morbidité et la mortalité des malades en soins prolongés. Enfin, chez les couples âgés vivant dans la communauté, le stimulus focal se rapporte au stress face aux changements dans l'état de santé reliés au vieillissement.

D'un point de vue opérationnel, le stimulus focal est différent pour chacun des groupes cibles. Ce stimulus a été mesuré à l'aide de divers instruments spécifiques à la situation de chaque groupe cible (voir tableau 1). Bien que, selon le modèle de ROY, le stimulus focal puisse varier selon les changements de l'environnement, dans le contexte de nos travaux d'intégration, il a été nécessaire de cibler un stimulus focal spécifique à chaque groupe. Dans tous les cas, ce stimulus correspond à un événement susceptible de confronter directement la personne, l'obligeant ainsi à utiliser ses ressources pour y faire face. Ceci rejoint d'ailleurs la définition du stimulus focal proposée par ROY.

Pour identifier **les stimuli contextuels**, nous avons également choisi des variables communes à toutes nos études et qui représentent, comme ROY le définit, d'autres facteurs propres à la personne ou à l'environnement et qui peuvent agir sur la perception de la situation qui confronte directement la personne (stimulus focal). Ces variables ont également été sélectionnées suite à un examen attentif d'études empiriques (ALLOWAY et BELBINGTON, 1987; CASH, 1988; COHEN, 1988 ; COHEN et WILLS, 1985, TILDEN et GALYEN, 1987) soulignant l'importance de certaines

variables en regard de l'adaptation. Ces variables sont, en plus de variables socio-démographiques telles que l'âge, le **sexe** et la **scolarité**, le **soutien social** où la présence de **conflits** au sein du réseau de soutien. Ces variables ont été mesurées à l'aide de divers instruments spécifiques à la situation de chaque groupe cible (voir tableau 1). Mentionnons que nous n'avons pas cherché à opérationnaliser les stimuli résiduels, puisqu'il s'agit, selon ROY, de facteurs dont les effets sur la situation ne sont pas déterminés et qui sont, conséquemment, plus difficiles à mesurer.

Tableau 1
Concepts, variables, instruments de mesure et groupes cibles

Concepts du modèle de ROY	Variables communes aux 4 études	Instruments de mesure*
Stimulus focal	Perception du stress ou dérangement ressenti	<ul style="list-style-type: none"> — Behavior Problems Checklist (section 7)¹ — S.B.A.S. (Platt et al., 1980, 1983)² — Nursing Stress Scale (Gray-Toft et Anderson, 1981)³ — G.S.R.R.S. (Amster et Krauss, 1974)⁴
Stimuli contextuels	Age de l'aidant Sexe de l'aidant Scolarité de l'aidant Soutien social Conflits	<ul style="list-style-type: none"> — Questionnaires sur les renseignements sociodémographiques^{1,2,3,4} — Interpersonal Relationship Inventory (Tilden et Galyen, 1987)^{1,2,3} — Work Relationship Index (Moos, 1986)³ — Interpersonal Relationship Inventory (Tilden et Galyen, 1987)^{1,2,4} — Conflits dans Nursing Stress Scale (Gray-Toft et Anderson, 1981)³
Mécanismes de coping	Stratégies de coping	<ul style="list-style-type: none"> — Indices of Coping Responses (Billings & Moos, 1984)^{1,2,3} — Stratégies Adaptatives-F-Copes (McCubbin, Olson & Larsen, 1987)⁴
Mode du concept de soi	Indicateurs d'adaptation dans le mode du concept de soi	<ul style="list-style-type: none"> — Brief Symptom Inventory (Derogatis & Spencer, 1982)¹ — Indice de détresse émotionnelle de l'Enquête Santé-Québec (Préville et al, 1987)^{2,3} — Index de satisfaction de vie (LSI ; Wood et al., 1969)⁴
Mode physiologique	Indicateurs d'adaptation dans le mode physiologique	<ul style="list-style-type: none"> — Brief Symptom Inventory (Derogatis & Spencer, 1982)¹ — Enquête Santé-Québec (Gouvernement du Québec, 1987)² — Echelle de Cantril (1965)⁴
Mode de l'interdépendance	Indicateurs d'adaptation dans le mode de l'interdépendance	<ul style="list-style-type: none"> — Questionnaire sur le climat familial¹ — Effets indésirables sur l'entourage dans S.B.A.S. (Platt et al., 1980, 1983)² — Satisfaction maritale : échelle visuelle analogique (Bond & Lader, 1974)⁴
Mode de la fonction de rôle	Indicateurs d'adaptation dans le mode de la fonction de rôle	<ul style="list-style-type: none"> — Satisfaction dans les activités sociales¹ — Effets indésirables sur l'entourage dans S.B.A.S. (Platt et al., 1980, 1983)² — Echelle d'épuisement professionnel (Jones, 1980)³

* Les nombres en exposant font référence aux groupes cibles suivant

1. Aidants de personnes atteintes de démence sénile
2. Aidants de personnes atteintes de troubles mentaux
3. Infirmières en milieu gériatrique
4. Conjoints âgés en communauté.

En ce qui a trait au concept de «**mécanismes de coping**», il nous est apparu plus difficile à opérationnaliser en raison des diverses définitions présentées par ROY. En effet, ROY propose plusieurs définitions de ce qu'elle nomme parfois *coping*, parfois mécanismes de *coping*. Le *coping* apparaît d'abord dans les stimuli contextuels puisqu'il constitue une partie des ressources d'une personne. Dans cette perspective, ROY (1991) le définit alors comme les façons habituelles de fonctionner d'une personne pour maintenir son intégrité dans la vie de tous les jours et lors de périodes de stress. Par ailleurs, ROY définit également des mécanismes de *coping* qui font partie du système dit de contrôle régulateur et cognitif, et qui sont soit acquis soit innés (1991). Enfin, ROY parle de réponses d'adaptation. Les mécanismes de *coping* peuvent-ils être des réponses face à différents stimuli de l'environnement? Ces différentes utilisations possibles du terme *coping* nous sont apparues problématiques dans l'optique d'une opérationnalisation de ce concept. Il y a en effet confusion à savoir si le *coping* concerne les ressources personnelles, les sous-systèmes de contrôle régulateur et cognitif ou la réponse émise par l'organisme suite à un changement dans l'environnement. Bref, les mécanismes de *coping* peuvent être soit un intrant au système, soit une partie du système de contrôle, ou encore une réponse de ce système aux stimuli.

Suite à plusieurs discussions, il nous est apparu pertinent de considérer les mécanismes de *coping* comme étant les processus de traitement de l'information provenant de l'environnement (sous-système de contrôle cognitif). Il nous a semblé que le *coping* en tant que stimulus contextuel, référerait davantage à une façon coutumière de répondre à des événements stressants (style de coping ou facteurs de personnalité), alors que dans nos recherches, nous avons plutôt mesuré des stratégies spécifiques utilisées face à des stressors particuliers. ROY soutient qu'on ne peut mesurer les mécanismes de coping qui se produisent à l'intérieur de la personne. Nous sommes donc convenus de considérer les **stratégies de coping** comme étant des indicateurs de l'action des mécanismes de coping portant sur le processus cognitif du traitement de l'information.

D'un point de vue opérationnel, ces stratégies de *coping* ont été définies, dans toutes nos études, comme étant l'expression d'efforts cognitifs et comportementaux pour faire face au stimulus focal auquel la personne est immédiatement confrontée. Ces stratégies de *coping* ont été mesurées à l'aide de deux instruments; l'un fut utilisé dans les trois études auprès des aidants familiaux ou professionnels, alors que l'autre a été utilisé dans l'étude auprès des conjoints âgés vivant dans la communauté (voir tableau 1).

Il nous a fallu également identifier les liens entre les variables de nos études et le concept «**réponses**» tel que proposé par ROY. ROY propose une définition générale de ce concept. Les réponses se rapportent à tous les «**extrants**» du système adaptatif. Ces réponses ne sont pas limitées à une ou des situations spécifiques, mais englobent plutôt tous les comportements que la personne émet, après avoir traité les stimuli par les mécanismes de coping (ROY, 1991). Ces réponses peuvent être adaptées ou inefficaces selon qu'elles contribuent ou non à promouvoir l'intégrité de la personne en regard de la survie, la croissance, la reproduction et la maîtrise. Cette définition nous a semblé trop globale ou générale dans l'optique d'une opérationnalisation des variables de recherche. En effet, il nous était impossible d'identifier une variable ou un instrument de mesure qui permettait de cerner toutes ces dimensions. Suite à plusieurs discussions, il nous a semblé plus approprié de considérer des **indicateurs d'adaptation** qui se rapportent à des comportements, actions ou réactions que la personne manifeste lors de circonstances spécifiques, c'est-à-dire après avoir utilisé ses mécanismes de coping face à un stimulus focal spécifique.

Partant de variables communes à chacune de nos recherches, nous avons identifié des comportements qui se rapportent à chacun des quatre modes d'adaptation tels que proposés par ROY, soit les modes physiologique, concept de soi, fonction de rôle et interdépendance. Nous avons donc considéré ces comportements comme des indicateurs d'adaptation dans les quatre modes. D'un point de vue opérationnel, ces indicateurs ont été mesurés à l'aide de divers instruments évaluant le bien-être aux plans biologique, psychologique, social et spirituel (voir tableau 1). Bien que, selon le modèle de ROY, il soit possible qu'une réponse dans un mode d'adaptation devienne un stimulus en regard d'un autre mode, dans le contexte de nos travaux d'intégration, cette influence réciproque n'a pas été considérée.

LIENS ENTRE LES PROPOSITIONS DU MODÈLE DE ROY ET LES PROPOSITIONS DE NOTRE MODÈLE THÉORIQUE

Il a été mentionné précédemment que les quatre concepts clés du modèle de ROY (stimuli, mécanismes de coping, réponses et feed-back) sont des éléments (phénomènes) inter-reliés qui s'influencent mutuelle-

ment selon un processus circulaire et dynamique. ROY (1991) stipule que la personne est un système adaptatif réagissant d'une façon systémique, c'est-à-dire que l'être humain fonctionne comme un tout, plus grand que l'ensemble de ses parties. Elle ajoute également que ce système adaptatif est composé de parties reliées (*connected*) qui agissent d'une façon globale (as a *whole*) en vertu de l'interdépendance des parties. Un stimulus peut ainsi rapidement devenir une réponse et la réponse peut être considérée comme un stimulus.

Force est de constater que ROY propose une approche globale et holiste quant aux relations entre les concepts de son modèle. Ces relations entre les concepts sont également énoncées d'une façon dynamique, plus difficile à vérifier empiriquement. En effet, les approches statistiques actuellement disponibles, telles les analyses de cheminement, mettent davantage l'accent sur la vérification des relations linéaires et prédictives plutôt que sur la vérification de relations circulaires et dynamiques. Compte tenu de ces limites, nous avons proposé des relations spécifiques entre les variables retenues et communes à chacune de nos études pouvant faire l'objet d'une vérification empirique à l'aide d'analyses statistiques. Partant du modèle de ROY, nous avons donc élaboré un modèle théorique de déterminants de l'adaptation. Ce modèle théorique et intégrateur est présenté à la figure 1. De ce modèle, découle un ensemble de propositions ou d'hypothèses de recherche à vérifier.

Comme l'indique la figure 1, il est anticipé que les stimuli contextuels exerceront une influence directe sur le stimulus focal. De même, le stimulus focal influencera les stratégies de coping qui, à leur tour, influenceront les indicateurs d'adaptation dans les quatre modes. En d'autres termes, la perception du soutien social reçu et la présence de conflits dans le réseau de soutien des personnes, influenceront directement leur perception du stress ou du dérangement ressenti, en regard des événements stressants et spécifiques auxquels elles sont confrontées. Face à ce stress ou dérangement ressenti comme potentiellement menaçant pour leur intégrité, les personnes utiliseront des stratégies de coping spécifiques, stratégies considérées comme des indicateurs de mécanismes de coping internes. Ces stratégies de coping, d'ordre cognitif et comportemental, influenceront les comportements de la personne dans chacun des quatre modes d'adaptation. Rappelons que ces derniers comportements sont considérés comme étant des indicateurs de réponses adaptées ou inefficaces. Enfin, pour tenir compte de la circularité du modèle de ROY, nous proposons également deux boucles de rétroaction entre les variables. Les réponses d'adaptation (indicateurs d'adaptation), de même que les mécanismes de coping (stratégies de

coping), exerceront une influence sur certains stimuli (soutien, conflit, perception du stress).

Ce modèle théorique, dérivé du modèle de ROY, propose donc un ensemble de relations entre des facteurs psychosociaux et l'adaptation de la personne. La principale contribution de ce modèle théorique réside dans le fait que ces relations peuvent être vérifiées à l'aide de données empiriques. Ainsi, l'analyse de données statistiques provenant de nos études permettra de vérifier la direction, l'ampleur et la stabilité avec le temps, des relations entre les variables proposées. De plus, nos études, à caractère longitudinal, nous permettront également de vérifier les relations de prédiction entre les variables. Ainsi, il nous sera possible de vérifier si les indicateurs d'adaptation, captés lors du premier temps de mesure, influencent la perception du stress ou du dérangement au deuxième temps de mesure. Par exemple, nous pourrions déterminer si les indicateurs de l'adaptation dans le mode concept de soi des aidants professionnels, mesurés au T_1 , influencent la perception du stress qu'ils vivent lors de la mesure au T_2 .

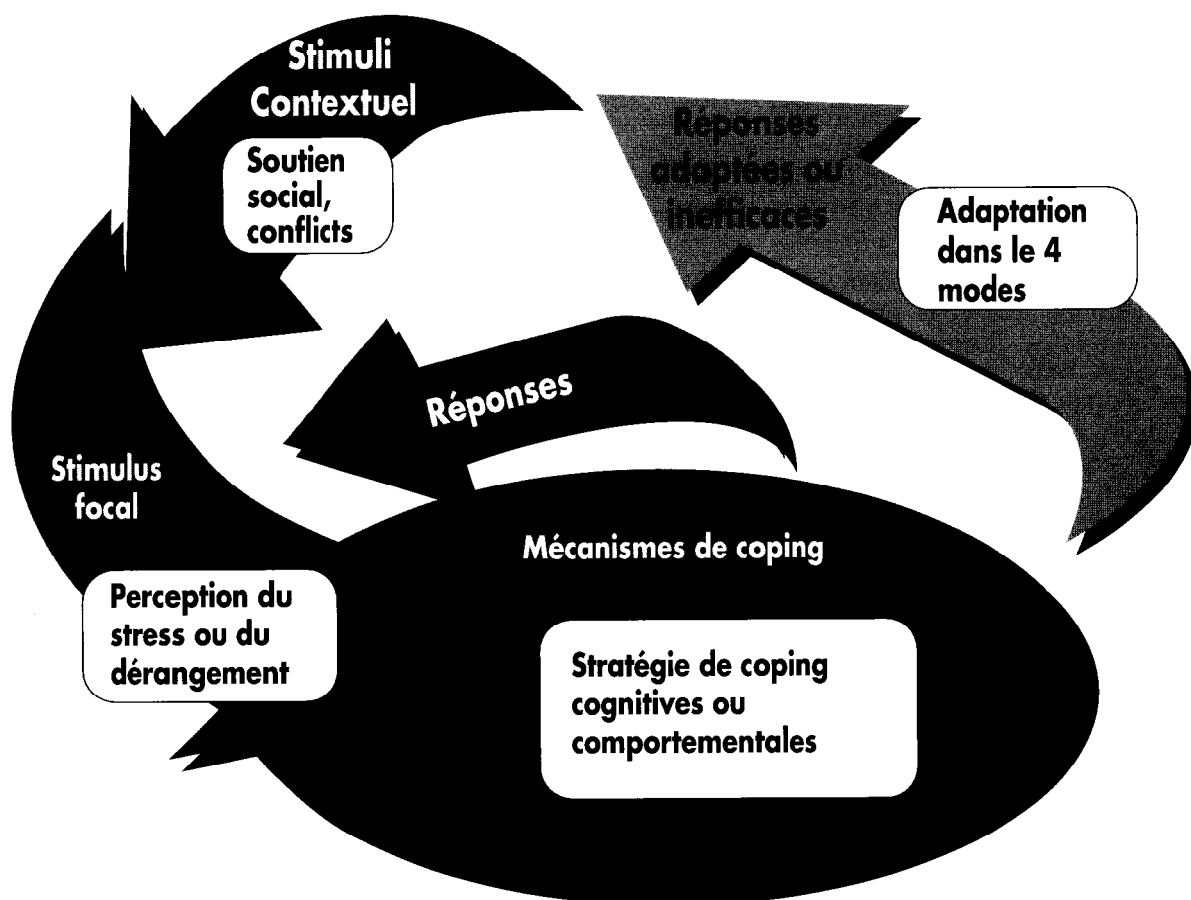
PERSPECTIVES FUTURES

Ces étapes que l'on vient de décrire constituent la première phase de nos travaux d'intégration entre conception, théorie et recherche. La prochaine phase visera à tester, à l'aide d'analyses statistiques appropriées, les propositions du modèle théorique que nous venons d'élaborer.

La relation entre conception, théorie, recherche et pratique est essentielle pour le développement des connaissances (FAWCETT, 1978). Néanmoins, comme la discipline infirmière a une jeune tradition sur le plan de la recherche, les chercheurs ont pour la plupart, jusqu'à présent, conçu des projets de recherche indépendants d'une trame conceptuelle leur permettant de situer leurs résultats dans le cadre du développement des connaissances (MURPHY et FRESTON, 1991). De plus, même si les chercheurs ont souvent travaillé à des problématiques connexes, ils n'ont que peu allié leurs efforts en vue du développement de cadres théoriques propres à la discipline infirmière. La pratique infirmière ne peut encore s'appuyer sur de nombreuses connaissances scientifiques propres à la discipline infirmière et ce, même si la recherche infirmière a subi un essor considérable au cours des trois dernières décennies. En fait, la discipline infirmière a été surtout centrée sur le développement d'une pratique clinique sans une

ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE DE DÉTERMINANTS DE L'ADAPTATION DÉRIVÉ DU MODÈLE DE ROY

Figure 1
Modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé du modèle de ROY (1991)



contrepartie scientifique d'égale ampleur qui aurait permis l'élaboration de modèles théoriques en sciences infirmières à la base de l'intervention (PÉPIN, DUCHARME, KÉROUAC, LÉVESQUE, RICARD, DUQUETTE, 1994).

C'est dans cette perspective que nous avons voulu présenter, dans le cadre de cet article, le processus d'élaboration d'un modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé d'un modèle conceptuel en

sciences infirmières. Intéressés à des problématiques de recherche communes, nous avons tenté d'allier nos efforts de recherche en vue de proposer un modèle théorique « intégrateur » et de contribuer à l'enrichissement de la connaissance dans la discipline infirmière. Nous avons plus précisément comparé nos données de recherche en vue de dégager certains éléments communs et de proposer un modèle intégrant des structures de relations entre des déterminants psychosociaux de l'adaptation de plusieurs groupes de personnes AUX-

quels les infirmières sont confrontées dans leur pratique.

Tel que souligné dans les pages précédentes, nous avons rencontré, dans le cadre de cet exercice, certaines difficultés sur les plans conceptuel, méthodologique et opérationnel. Cette démarche nous a plus particulièrement obligés à nous interroger sur le lien existant entre les modèles conceptuels, élaborés pour guider la pratique et la recherche dans la discipline infirmière, et le développement de théories, essentiel à l'essor des connaissances, et visant à expliquer les relations entre les phénomènes d'intérêt de cette discipline. Cette démarche nous a obligés à préciser les concepts du modèle de ROY et leurs relations, afin de pouvoir envisager une vérification empirique de notre modèle théorique.

La prochaine étape de notre démarche visera donc à vérifier empiriquement cette proposition théorique auprès des groupes-cibles que nous avons retenus. Nous comptons également élargir la portée de nos travaux en vérifiant les relations proposées dans ce modèle auprès d'autres groupes-cibles. S'il se vérifie, ce modèle aura un potentiel de généralisation sur le plan de l'intervention infirmière. Nous considérons en effet que notre modèle théorique est parcimonieux et qu'il propose notamment des relations entre des variables qui sont « manipulables » par le biais de l'intervention infirmière. Les stimuli focaux (perception du dérangement ou du stress), les stimuli contextuels (soutien social), les stratégies de coping (cognitives et comportementales) sont notamment des facteurs sur lesquels l'intervention infirmière peut porter, afin de favoriser l'adaptation de plusieurs groupes-cibles.

Notre programme de recherche vise ultimement le développement et l'évaluation de stratégies d'intervention infirmière appuyées sur ce modèle théorique. Il s'agira plus particulièrement de mettre au point des interventions visant à modifier les stimuli de l'environnement interne et externe, de même que les stratégies de coping, afin de promouvoir des réponses adaptées et de contrer les réponses inefficaces auprès des groupes-cibles considérés (PÉPIN et al., 1994). L'élaboration d'un modèle théorique de déterminants psychosociaux de l'adaptation, à partir d'une conception propre à la discipline infirmière, n'était qu'une première étape essentielle afin de renforcer les assises théoriques de l'intervention infirmière. Notre objectif était d'offrir, en rédigeant cet article, l'illustration d'une intégration entre conception, théorie, recherche et intervention, en voie de développement. À l'instar de plusieurs auteurs (DONALDSON et CROWLEY, 1978 ; FAWCETT, 1978, 1979; GORTNER, 1983 ; MELEIS, 1988, ROY, 1988; SCHLOTFELDT, 1975), nous

croions qu'une telle démarche d'intégration devrait contribuer à l'essor de la science infirmière.

RÉFÉRENCES

- ADAM, E. (1987). Nursing theory : What it is and what it is not. *Nursing Papers/Perspectives in Nursing*, 19 (1), 5-14.
- ADAM, E. (1991). *Etre infirmière* (3^e éd.). Montréal : Études vivantes.
- ALLOWAY, R. et BEBBINGTON P. (1987). The buffer theory of social support : a review of the literature. *Psychological Medicine*, 17, 91-101.
- AMSTER, L. et KRAUSS, H. (1974). The relationship between life crises and mental deterioration in old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 5, 51-55.
- BILLINGS, A.G. et MOOS, R.H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- BOND, A. et LADER, M. (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 2 11-2 18.
- CANTRIL, H. (1965). *The pattern of Human Concerns*. New Brunswick : Rutgers University.
- CASH, D. (1988). *A study of the relationship of demographics, personality and role stress to burnout in intensive care unit nurses*. Unpublished doctoral dissertation. The University of Mississippi.
- COHEN, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- COHEN, S. et WILLS, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 31 0-357.
- DEROGATIS, L.R. et SPENCER P. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI) : Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore : John Hopkins, University School of Medicine.
- DONALDSON, S.K., CROWLEY, D.M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26, 113-120.
- DUCHARME, F. (1994). Conjugal support, coping behaviors, and psychological well-being of the elderly spouse. *Research on Aging*, 16 (2), 167-190.

ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE DE DÉTERMINANTS DE L'ADAPTATION DÉRIVÉ DU MODÈLE DE ROY

- DUQUETTE, A., KÉROUAC, S., SANDHU, B.K. et SAULNIER, P. (1995). *Déterminants psychosociaux de la santé mentale de l'infirmière gériatrique, une étude longitudinale*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- FAWCETT, J. (1978). The relationship between theory and research : A double helix. *Advances in Nursing Science*, 1 (1), 49-62.
- FAWCETT, J. (1989). *Analysis and Evaluation of Conceptual Mode/s of Nursing* (2nd ed.). Philadelphia : F.K. Davis.
- FAWCETT, J. (1991). Approaches to knowledge development in nursing. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23 (4), 23-34.
- FAWCETT, J., DOWNS, F.S. (1986). *The Relationship of Theory and Research*. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.
- FAWCETT, J., TULMAN, L. (1990). Building a programme of research from the ROY adaptation model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 720-725.
- FREDERICKSON, K. (1992). Research methodology and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 5 (4), 150-1 51.
- GORTNER, S.R. (1983). The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*, 5 (2), 1-8.
- Gouvernement du Québec (1987). *Et /a santé, ça va?* Rapport de l'Enquête Santé-Québec, tome 1. Les publications du Québec.
- GRAY-TOFT, P. et ANDERSON, J.G. (1981). The Nursing Stress Scale : Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3 (1), 11-23.
- HELSON, H. (1964). *Adaptation-level Theory*. New York : Harper et Low.
- JONES, J.G. (1987). *The relationship between hardiness and burnout of professional nurses in the speciality of anaesthesia*. Unpublished doctoral dissertation, Wesleyan University.
- KÉROUAC, S., PÉPIN, J., DUCHARME, DUQUETTE, A. et MAJOR, F. (1994). *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. France : Maloine.
- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- LÉVESQUE, L., COSSETTE, S. et LAURIN, L. (1995). A multidimensional examination of the psychological and social well-being of caregivers of a demented relative. *Research on Aging* (in press).
- MADDI, S.R. et KOBASA, S.C. (1984). *The hardy executive : Health under stress*. Homewood, Ill. : Dow-Jones-Irwin.
- McCUBBIN, H. et PATTERSON, J. (1983). The family stress process : The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.
- McCUBBIN, H., OLSON, D. et LARSEN, A. (1987). F-Copes-Family Crisis oriented personal evaluation scales. In H. Mc Cubbin et A. Thompson (Eds). *Family Assessment Inventories for Research and Practice* (pp. 195-207). Madison : University of Wisconsin.
- MELEIS, K.I. (1988). Strategies and conditions for teaching theoretical nursing : An international perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 592-604.
- MOOS, R.H. (1986). *Work Environment Scale Manual* (2nd ed.) Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- MURPHY, E., FRESTON, M.S. (1991). An analysis of theory-research linkages in published gerontologic nursing studies, 1983-1 989. *Advances in Nursing Science*, 13 (4), 1-13.
- NEWMAN, M.A. (1979). *Theory Development in Nursing*. Philadelphia : F.A. Davis.
- PÉPIN, J., DUCHARME, F., KÉROUAC, S., LÉVESQUE, L., RICARD, N. et DUQUETTE, A. (1994). Développement d'un programme de recherche basé sur une conception de la discipline infirmière. *Canadian journal of Nursing Research*, 26 (1), 41-53.
- PLATT, S., HIRSCH, S. et WEYMAN, A. (1983). *Training manual and rating guide* (3^e éd.). Windsor, Berks : NFER-Nelson Publishing Co.
- PLATT, S., WEYMAN, A., HIRSCH, S. et HEWETT, S. (1980). The social behavior assessment schedule (SBAS) : Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15, 43-45.
- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERREAU, C. et LÉGARÉ, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé-Québec*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- RICARD, N., FORTIN, F. et BONIN, J.P. (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission*. Rapport soumis au Conseil québécois de la recherche sociale. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

ROY, C. (1987). ROY's Adaptation Model, dans R.R. Parse. *Nursing science : Major Paradigms, Theories and Critiques* (pp. 35-45). Philadelphia : Saunders.

ROY, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the ROY Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 1 (1), 26-34.

ROY, C., ANDREWS, H.A. (1991). *The ROY Adaptation Model : The Definitive Statement*. Norwalk : Appleton et Lange.

SCHLOTFELDT, R.M. (1975). The need for a conceptual framework in P.J. Veronick (Ed.). *Nursing Research* (pp. 3-24). Boston : Little et Brown.

SMITH, M.C. (1992). The distinctiveness of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 5 (4), 148-149.

TILDEN, V. et GALYEN, R. (1987). Cost and conflict : the darker side of social support. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 9-18.

VON BERTALANFFY, L. (1968). *General systems theory*. New York : Braziller.

WOOD, V., WYLIE, M. et SCHAFER, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction : Correlation with rater judgement. *Journal of Gerontology*, 24, 324-326.