

L'évaluation du système familial selon Roy

par Francine de Montigny, inf., M.Sc.Inf.

Cadre conceptuel de Callista Roy

S'inspirant de la théorie d'adaptation de Helson (1964), Roy (Roy et Roberts, 1981) a développé un modèle conceptuel de la discipline infirmière qui définit l'adaptation de l'individu comme étant le processus de réponse positive à un environnement changeant (Roy, 1984).

Brièvement, ce modèle conceptuel se base sur les huit postulats suivants :

- La personne est un être biopsychosocial;
- Elle est en interaction constante avec son environnement changeant;
- Pour faire face à cet environnement changeant, la personne se sert de mécanismes innés ou appris qui sont biologiques et psychosociaux;
- La personne se situe dans un continuum dont les dimensions inévitables sont la santé et la maladie;
- Pour répondre positivement aux changements de l'environnement, elle doit s'adapter;
- L'adaptation de la personne dépend du stimulus auquel elle est exposée et de son niveau d'adaptation. Ce niveau est déterminé par les effets cumulatifs de trois types de stimuli :

Depuis plusieurs années, comme étudiante, comme infirmière et maintenant comme enseignante, je me suis intéressée à intégrer le cadre conceptuel de Callista Roy dans mon exercice professionnel, ce qui m'a amenée à relever de nombreux défis. Le plus récent consiste à intégrer ce cadre conceptuel dans ma démarche de soins infirmiers auprès des familles. Car même si Roy (1984) perçoit que le but de la profession d'infirmière consiste à favoriser l'adaptation du système-client, qu'il soit un individu, une famille ou un groupe, sa vision de la famille comme cible de l'intervention infirmière et la démarche de soins infirmiers auprès de cette clientèle demeurent peu développées.

Il semble essentiel que la démarche de l'infirmière soit guidée par un cadre conceptuel qui soit propre à sa discipline. C'est pourquoi, dans cet article, je présente les notions mises à la base de l'évaluation d'une famille, considérée comme un système, à partir du modèle conceptuel de C. Roy. Cette évaluation intègre la théorie de la communication, la structure fonctionnelle de la famille, j'abonde ainsi dans le sillage de Miller (1979) qui souligne l'importance d'une approche systémique dans l'évaluation familiale, le choix d'une approche en particulier ne permettant pas de comprendre la famille dans sa globalité.

Avant de présenter cette approche intégrée, j'estime qu'il est pertinent de traiter des assises théoriques du cadre conceptuel de Roy, à savoir les concepts de base de la théorie systémique.

- le stimulus focal, c'est-à-dire celui auquel la personne doit faire face immédiatement;
- le stimulus contextuel, soit les autres stimuli présents dans l'environnement interne et externe qui contribuent au comportement observé;
- le stimulus résiduel qui a trait aux croyances, attitudes, valeurs ayant un effet indéterminé sur le comportement;
- Le niveau d'adaptation se situe dans une zone d'adaptation ayant des limites supérieures ou inférieures. La personne répond favorablement si le stimulus focal est à l'intérieur de cette zone;
- L'être humain est vu comme ayant quatre modes d'adaptation, soit les modes : besoins physiologiques, concept de soi, fonction selon le rôle social et interdépendance (Roy, 1984).

Son modèle conceptuel étant basé sur la théorie générale des systèmes, Roy (1984) précise que cette vision de l'être humain comme système d'adaptation peut également s'appliquer aux familles.

La famille comme système

Parmi les auteurs ayant défini le système familial et ses propriétés, la définition

de Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson (1972) sera retenue. D'après ces auteurs, la famille est un système en interaction continue et durable où les membres sont des personnes-en-communication-avec-d'autres-personnes (p. 120). Ce système est considéré comme ouvert, car il interagit avec son environnement en échangeant matière,

vert, la famille possède plusieurs propriétés importantes dont la totalité, la non-sommativité, la circularité, la rétroaction, la tendance à l'homéostasie et la capacité à se transformer (Watzlawick *et al.*, 1972).

La **totalité** et son corollaire, la **non-sommativité**, sous-tendent qu'un système n'est pas la somme de ses

de chacun lui permettra de vraiment comprendre le système familial.

La propriété de **circularité** signifie que les membres du système ont des relations causales circulaires plutôt que linéaires. Dans cette optique, le comportement de l'un des membres n'est pas seulement une réaction directe ou indirecte aux comportements des

Cette propriété est particulièrement importante pour guider l'évaluation de l'infirmière, puisqu'elle lui permet d'éviter de rechercher «qui a tort, qui a raison». De plus, cela l'empêche d'isoler un événement de la séquence qui précède ou de celle qui suit et l'invite à rechercher les répétitions dans les schémas d'interactions familiales (Latou-



Illustration : Odde Quaest

énergie et information (Hall et Fagen, 1956, voir Watzlawick *et al.*, 1972). Selon Roy (1984), les *intrants* sont les stimuli focaux, contextuels et résiduels qui déterminent le niveau d'adaptation du système familial, tandis que les *extrants* sont les comportements adaptés ou non adaptés du système et de ses sous-systèmes.

En tant que système ou-

membres, mais un tout cohérent et indivisible où les liens entre les membres sont si étroits qu'un changement dans les comportements de l'un des membres aura un effet sur les autres et sur tout le système (Watzlawick *et al.*, 1972). Pour l'infirmière, cela signifie que l'observation des membres de la famille en interaction plutôt que l'observation individuelle

autres membres :

Comportement A → Comportement B
(Cause → Effet)

mais influence aussi les comportements des autres membres et de la famille par un processus de **rétroaction** :

Comportement A ↔ Comportement B
Comportement C

(Lasry, 1985; Salem, 1987; Watzlawick *et al.*, 1972).

relle *et al.*, 1987). Ainsi, l'infirmière doit accepter la perception du problème offerte par chaque membre et la rejeter en même temps afin d'offrir une définition qui tienne compte de cette influence mutuelle (Wright et Leahy, 1989).

Une autre caractéristique du système familial est d'être capable de s'adapter aux exigences des différentes phases

de son développement ainsi qu'aux exigences de la société en parvenant à un équilibre entre deux fonctions apparemment contradictoires : sa **tendance à l'homéostasie** et sa **capacité à se transformer** (Andolfi, 1982). Selon Andolfi *et al.* (1979), les points de rupture potentiels d'équilibre coïncident avec les étapes de développement normales du système familial telles la formation du couple, la naissance, le vieillissement et la mort. Lorsque l'infirmière fait une évaluation du système familial, elle doit tenir compte de ces aspects : il peut s'agir soit d'une période où le système familial tend à maintenir un équilibre rigide ou encore d'une phase où il y a trop de changements.

L'évolution de la famille passe donc par des phases d'équilibre alternant avec des phases de déséquilibre. Les mécanismes d'adaptation agissent alors pour permettre l'adaptation du système familial dans les quatre modes d'adaptation : les modes des besoins physiologiques, du concept de soi, de fonction selon le rôle social et d'interdépendance. L'évaluation du système familial par l'infirmière porte ainsi, dans un premier temps, sur les comportements du système et sur ceux de ses membres dans ces quatre modes d'adaptation. L'infirmière note les réponses ou les réactions observées chez chacun des membres de la famille en interaction ou rapportées par ceux-ci. Ces comportements

sont jugés comme étant adaptés ou non adaptés selon qu'ils conservent ou non l'intégrité biopsychosociale du système familial. Dans un deuxième temps, l'infirmière relève les facteurs dans l'environnement interne et externe qui influencent ces comportements ou qui y contribuent, c'est-à-dire les stimuli focaux, contextuels et résiduels.

Voici une description de l'évaluation du système familial au niveau théorique présentée avec une mise en situation clinique, ainsi que les points saillants relevés lors de l'entrevue familiale avec la famille Alain (tableaux I et II).

Évaluation du système familial

Le mode des besoins physiologiques — Le mode des besoins physiologiques vise à maintenir chez le système-client le besoin d'intégrité biologique et comprend les liquides et électrolytes, l'exercice et le repos, l'élimination, la nutrition, la circulation et l'oxygène, la régulation des sens, de la température et du système endocrinien (Roy, 1984).

Au premier niveau d'évaluation du système familial, Hanson (cité par Roy, 1984) suggère d'observer et d'explorer sous ce mode les comportements ayant trait à la satisfaction des besoins de survie du système familial (tableau III). Par exemple, l'infirmière doit explorer si les besoins physiques de chacun sont comblés en termes d'alimentation, d'habillement, de gîte, etc. Elle observe la qualité du milieu de vie physique. C'est-à-dire l'espace et l'équipement alloués pour le repos et l'exercice ainsi que le maintien d'une vie commune et d'une intimité. Les conditions d'hygiène, la sécurité de l'environnement familial et du voisinage, l'accès aux ressources telles les écoles, les services récréatifs, les moyens de transport, peuvent être relevés par l'infirmière durant l'entrevue familiale. Les attitudes, les connaissances et les valeurs de chacun des membres en matière de santé, leurs habitudes de vie ainsi que leurs pratiques préventives, c'est-

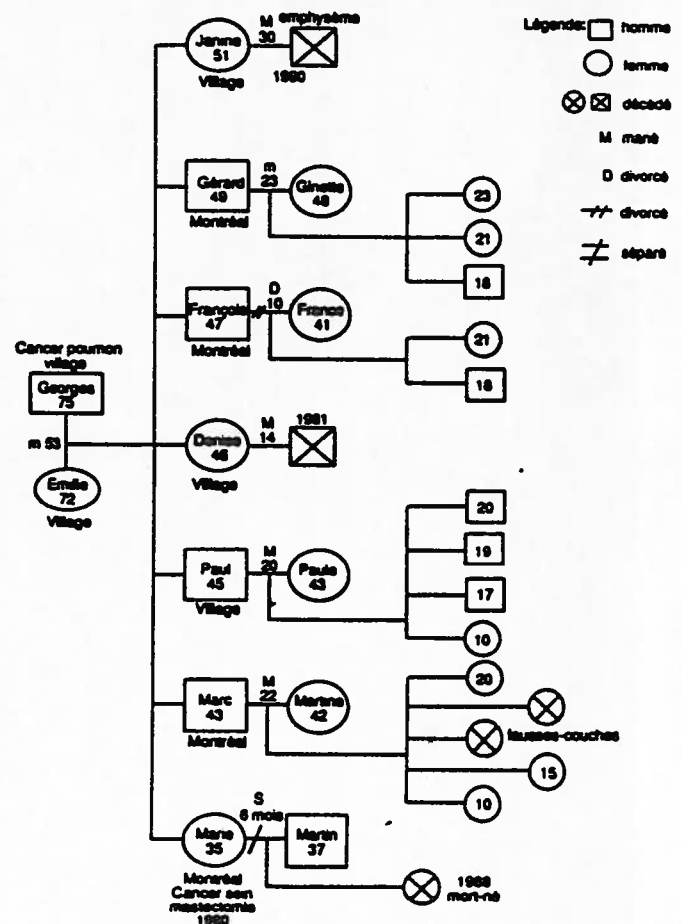
à-dire les moyens qu'ils utilisent pour maintenir ou améliorer leurs conditions de santé font aussi l'objet d'une évaluation afin de relever les comportements adaptés et non adaptés de la famille. L'évaluation de la famille Alain sous ce mode révèle qu'Émilie ne conduit pas l'auto. De plus, demeurant à la campagne, elle n'a pas accès au système de transport public.

Au deuxième niveau d'évaluation, l'infirmière identifie les facteurs, dans l'environnement, qui contribuent aux comportements observés ou rapportés. Ainsi, dans le contexte d'une évaluation du système familial sous le mode

Tableau I
Description de la famille Alain

L'infirmière rencontre George et Émilie Alain le lendemain de l'admission de George à l'unité de médecine. Le diagnostic médical révèle un cancer pulmonaire avec des métastases osseuses. George est maintenant en phase terminale. Il est âgé de 75 ans, et sa femme, Émilie, a 72 ans. Ils sont mariés depuis 53 ans, ont sept enfants (tableau II) et habitent sur une ferme. Deux de leurs filles, Janine et Denise, sont présentes durant l'entrevue.

Tableau II
Génogramme



des besoins physiologiques, les stimuli suivants peuvent être pertinents : la culture de la famille, la religion, le statut social, les ressources financières, le niveau d'éducation, etc. À ce sujet, Émilie confie qu'elle n'a jamais appris à conduire, car « dans son temps, ça se faisait moins » et que, plus tard, son mari ou ses filles étant toujours disponibles, ce n'était pas un problème (tableau V).

Le mode du concept de soi — Le mode du concept de soi se compose de l'ensemble des croyances et des sentiments qu'une personne a d'elle-même. Ce mode comprend le soi physique (sensation physique et image corporelle) et le soi personnel, lequel se compose du soi cohérent, du soi idéal, du soi moral/éthique et de l'estime de soi. Ces quatre composantes du soi personnel décrivent comment la personne est, comment elle aimerait être et quel jugement elle a d'elle-même (Roy, 1976, voir Richard, 1982; Roy, 1984; Roy et Roberts, 1981). Ce mode vise à maintenir le besoin d'intégrité psychique de la personne.

Dans la perspective d'une évaluation du système familial (tableau III), l'infirmière

explore comment l'individu conçoit sa famille, c'est-à-dire ses attentes, ses perceptions, ses attitudes et ses sentiments face au système familial. Cette conception inclut la satisfaction familiale et le sentiment d'intégration familiale. La satisfaction familiale est la satisfaction que l'individu ressent face à sa famille, c'est-à-dire la similitude entre sa conception de la famille idéale et sa perception de sa famille actuelle. Le sentiment d'intégration familiale est la perception qu'a l'individu de la qualité des relations interpersonnelles dans sa famille (Vanderbeen, 1974, cité dans Tinelli, 1981).

La famille étant l'endroit où l'individu apprend le sentiment de sa propre valeur (Satir, 1980), l'infirmière explore comment la famille conçoit chacun de ses membres et relève la présence de comportements reliés au développement du concept de soi de l'individu. Elle note alors la quantité et la qualité des renforcements reçus et offerts (Driever, cité dans Roy, 1976), la tolérance face aux différences individuelles et aux erreurs, l'ouverture dans la communication, la souplesse des règles, l'intérêt et la confirmation de chacun dans sa crois-

sance et sa sexualité (Satir, 1971, 1980) ainsi que la satisfaction constante et prévisible des besoins de chacun (Sullivan, 1953, cité dans Tinelli, 1981).

Au cours de l'entrevue familiale, Émilie dit que la famille doit être forte, ce qui révèle ses attentes vis-à-vis du système familial. Sa fille, Janine, ajoute : « On est capables de traverser cette épreuve », partageant ainsi sa perception de sa famille. Chacune est influencée par certains stimuli. Les stimuli plus fréquemment reliés aux comportements observés sous ce mode sont les valeurs familiales, les règles, les buts, les attentes et croyances de la famille, les expériences passées, etc. (tableau V).

Le mode de fonction selon le rôle social — Ce mode se fonde sur le besoin qu'a la personne de se définir de façon appropriée par rapport à ses divers rôles (Roy, 1970, voir Richard, 1982; Roy, 1984). L'évaluation du système familial sous ce mode porte sur les **six dimensions** du fonctionnement familial identifiées par Epstein *et al.* (1978, 1982) et par Guttman (1977) : la résolution de problèmes, la distribution des rôles, la communication, l'ex-

pression de sentiments, l'engagement affectif et le contrôle des comportements (tableau III).

Epstein *et al.* (1978) définissent la **résolution de problèmes** comme étant l'habileté de la famille à résoudre un problème à un niveau qui maintienne un fonctionnement efficace (p. 21). Les problèmes peuvent être d'ordre instrumental, se référant alors aux aspects matériels de la vie quotidienne (finances, logement, etc.), ou d'ordre affectif (Epstein *et al.*, 1978, Guttman, 1977). Pour résoudre ces problèmes, la famille suit un processus similaire à la démarche de soins infirmiers. Satir (1980) souligne que l'étape de prise de décision est souvent source de conflits dans la famille, ce qui l'amène à recourir à une distribution de rôles très rigide pour éviter les difficultés.

La **distribution des rôles** dans une famille est une dimension vitale de son fonctionnement; elle aide à faire face aux diverses tâches à accomplir, aux étapes de son développement et aux situations difficiles (Latourelle *et al.*, 1987). Selon Epstein *et al.* (1978, 1982), les rôles familiaux sont des modèles répétés de comportements par

Tableau III

Évaluation du système familial dans les quatre modes d'adaptation
 (Mettre en évidence les besoins de l'individu et l'exploration de comportements)

Mode des besoins physiologiques

- besoins physiques
- qualité du milieu de vie
- conditions d'hygiène
- sécurité de l'environnement
- accès aux ressources
- attitudes, valeurs, connaissances sur la santé
- habitudes de vie
- pratiques préventives

Mode du concept de soi

- façon dont l'individu conçoit sa famille (satisfaction familiale, sentiment d'intégration familiale)
- façon dont la famille conçoit l'individu
- présence de comportements contribuant au développement du concept de soi de l'individu

Mode de fonction selon le rôle social

- résolution de problèmes
- distribution des rôles
- communication
- expression des sentiments
- engagement affectif
- contrôle des comportements

Mode d'interdépendance

- structure interne (sous-systèmes, règles, frontières)
- structure externe (culture, religion, liens avec l'extérieur : famille d'origine, réseau de soutien)
- étapes de développement et tâches
- développement de l'autonomie et différenciation

Étapes	Tâches
I - Famille maritale (début de vie commune jusqu'à l'arrivée du premier enfant)	<ul style="list-style-type: none"> établir une identité maritale tout en conservant une identité individuelle modifier les relations avec les familles d'origine décider de devenir parent
II - Famille avec nourrisson (enfant aîné âgé de 0 à 30 mois)	<ul style="list-style-type: none"> intégrer l'enfant dans l'unité familiale intégrer les rôles parentaux et ceux de grands-parents maintenir le lien marital et les identités individuelles
III - Famille avec enfants d'âge préscolaire (de 2 1/2 ans à 5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> socialiser les enfants s'adapter à la séparation parents/enfants intégrer un deuxième enfant dans l'unité familiale
IV - Famille avec enfants d'âge scolaire (de 6 à 13 ans)	<ul style="list-style-type: none"> développer des relations avec leurs pairs (enfants) s'adapter aux influences scolaires et à celles des pairs sur les enfants (parents)
V - Famille avec adolescents (de 13 à 20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> développer plus d'autonomie (adolescents) se resituer par rapport à la relation maritale et à la carrière se préoccuper pour la génération des grands-parents
VI - Famille à l'étape du lancement (du départ du premier enfant jusqu'au départ du dernier)	<ul style="list-style-type: none"> établir des identités séparées pour les parents et les jeunes adultes renégocier la relation maritale
VII - Famille d'âge moyen (indéfini jusqu'à la retraite)	<ul style="list-style-type: none"> réinvestir dans l'identité conjugale développer des intérêts indépendants réaligner les relations familiales accepter les difficultés de santé et la mort de la génération plus âgée
VIII - Famille retraitée et âgée (de la retraite jusqu'au décès des deux époux)	<ul style="list-style-type: none"> faire la transition entre le travail, les loisirs et la retraite maintenir un fonctionnement de couple se préparer pour sa mort et accepter la perte de ses pairs

lesquels les individus s'acquittent de leurs fonctions familiales. Une certaine flexibilité doit être conservée, pour permettre à la famille de redistribuer les rôles lors de périodes de crise (Guttman, 1977) telles une hospitalisation ou l'arrivée d'un enfant.

Une autre dimension importante du fonctionnement familial est l'habileté des membres du système à **échanger de l'information** (Epstein *et al.*, 1978, 1982). Watzlawick *et al.* (1972) soulignent qu'il est impossible de ne pas communiquer, car tout comportement est une communication et il est impossible de ne pas avoir de comportement. La communication comporte deux niveaux, celui du contenu du message et celui de la manière dont on doit entendre le message (la métacommunication). Elle

possède aussi deux caractéristiques : la clarté et la direction des messages. Ces deux caractéristiques se situent dans un continuum (claire/masquée; directe/indirecte) et déterminent si un message clair est adressé à la personne à qui il est destiné (Epstein *et al.*, 1978, 1982; Guttman, 1977).

Tout comme il est important que les membres d'un système familial soient capables de communiquer de façon claire et directe, ils doivent aussi être capables de répondre à une variété de stimuli par des sentiments appropriés (Epstein *et al.*, 1978). La famille doit être capable d'**exprimer des sentiments** de bien-être (joie, tendresse) ou d'urgence (colère, culpabilité, peur), sans que ses membres ne se

sentent excessivement anxieux (Guttman, 1977).

Epstein *et al.* (1978, 1982) définissent l'**engagement affectif** comme le degré auquel la famille démontre de l'intérêt et valorise les activités et les intérêts de ses membres. Cet engagement affectif se situe dans un continuum allant d'une absence totale d'engagement à un engagement symbiotique. L'idéal est un engagement empathique où l'investissement dans l'autre est centré sur l'importance d'une situation particulière pour celui-ci.

La sixième dimension du fonctionnement familial, le **contrôle des comportements**, se définit comme le modèle de comportements que la famille adopte pour faire face aux comportements issus de situations dangereuses physiquement, de situa-

tions impliquant des comportements socialisants et de situations impliquant l'expression et la satisfaction de besoins et de désirs psychobiologiques (Epstein *et al.*, 1978, 1982; Guttman, 1977). Dans chacune des trois situations la famille développe des normes régissant ce qui est un comportement acceptable et la latitude qu'elle permettra face à ces normes. Le style de comportement ainsi adopté pourra être rigide, flexible, laisser faire ou chaotique (Epstein *et al.*, 1978, 1982; Guttman, 1977).

Lors de son évaluation du fonctionnement du système familial, l'infirmière note donc ce que les membres du système se disent, la forme et la direction des messages, l'aspect non verbal du message ainsi que la capacité de chacun d'être congruent. Ainsi

Comportements	A	N/A	Stimuli
Mode des besoins physiologiques • Couple vit sur une ferme	X		• À l'aise financièrement (F)
• Émilie ne conduit pas		X	• Beaucoup d'entraide de la part de ses filles (F) • Georges conduisait (C) • Valeurs de la société (C)
Mode du concept de soi • Émilie dit que la famille doit être forte		X	• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Règle familiale «on doit être forts» (C) • Valeur familiale «la force» (C) • Croyance envers sa famille (C) • Hospitalisation du père en phase terminale (F)
• Janine dit que la famille est capable de traverser cette épreuve	X		
Mode de fonction selon le rôle social • La famille est capable de demander des renseignements, par ex. : Émilie demande «Comment ça va se passer sa mort? Qu'est-ce que je dois faire? On ne sait pas comment lui dire adieu»	X		• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Expériences passées avec la mort (C) • Manque de connaissances sur l'expression des émotions et la communication (C)
• La communication familiale semble masquée et indirecte : «Pouvez-vous lui demander s'il sait pourquoi il est à l'hôpital». Prêtre donne les derniers sacrements sans le dire		X	• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Sujet tabou : mort du père (C) • Difficulté à se soutenir et à exprimer ses sentiments (C)
• La famille semble avoir de la difficulté à exprimer ses sentiments : les regards se détournent, ne pleurent pas...		X	• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Règles : «on ne pleure pas», «on est solides» (C)
• La famille identifie et résout bien les problèmes instrumentaux (besoin de transport, s'organise pour que George soit toujours accompagné, mère ira rester chez Denise après la mort du père)	X		• Niveau d'éducation élevé (R) • Statut socio-économique moyen (C) • Règle : «on est solides» (C)
• La famille identifie, mais résout moins bien les problèmes affectifs (besoin de soutien, d'exprimer ses sentiments, besoin de Marie d'être avertie)		X	• Le père prend habituellement les décisions, père hospitalisé (F) • Règle : «on protège les plus jeunes» (R) • Manque de connaissances vis-à-vis de l'expression de sentiments, des façons de se soutenir (C)
• Chacun se sent concerné par ce que vit la famille (par ex. : la femme de François visite aussi)	X		• Liens familiaux sont chaleureux (C) • Valeur de la société «d'être présent» (R)
• Les rôles sont redistribués dans la famille. «Depuis la maladie du père, ses filles prennent la relève»	X		• Père avait le rôle d'autorité et de décisions (F) • Filles habitant proches (C) • Filles sont veuves, sans enfant, toutes les deux (C)
Mode d'interdépendance • Le prêtre visite tous les jours	X		• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Couple est catholique et pratiquant (C)
• Les enfants alternent au chevet de leur père, posent des questions, participent aux soins	X		• Relations familiales proches (C) • Hospitalisation du père en phase terminale (F)
• La famille semble surprotéger les plus jeunes (petits-enfants ne peuvent visiter, Marie n'est pas avertie)		X	• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Peut être une règle ou une valeur familiale (R) • Manque de connaissances des besoins de chacun durant cette situation de vie (C)
• La famille a commencé à se restructurer dans la tâche d'accepter la mort du père (Émilie ira vivre avec Denise; la ferme sera une maison d'été pour tous)	X		• Hospitalisation du père en phase terminale (F) • Pertes significatives nombreuses au cours des dernières années (C) • Connaissance des ressources communautaires (C) • Beaucoup de soutien des gens du village (appels, cartes, visites) (C) • La famille est croyante (C)

Légende :
A - Adaptés N/A - Non adaptés
F - Focal C - Contextuel
R - Résiduel

MODÈLE CONCEPTUEL

avant l'entrevue avec la famille Alain, Émilie avait pris l'infirmière à part pour lui demander : « Comment ça va se passer, sa mort? Qu'est-ce que je dois faire? Je ne sais pas s'il sait que là, c'est la fin... Pouvez-vous lui demander, vous, s'il sait pourquoi il est à l'hôpital? »

Durant l'entrevue, l'infirmière explore son hypothèse selon laquelle il est difficile pour les membres de cette famille de parler de la mort de George de façon claire et directe. Lorsqu'elle demande à chacun sa perception de la raison de l'hospitalisation de George, les regards des filles se détournent, elles évitent de regarder leur père ou l'infirmière. Émilie prend la main de son mari et la serre fort. Seul George répond directement : « Je crois bien que cette fois-ci, je vais mourir, mais je ne sais pas comment ça va se passer et qui va être là. » Denise le rassure rapidement : « Il va toujours y avoir quelqu'un à côté de toi, papa. On s'est organisés. » Plus tard, l'infirmière apprend que George a reçu les derniers sacrements sans qu'on le lui dise.

Lorsque l'infirmière explore les sentiments de chacun face à la situation actuelle, cela permet à Janine et à Denise de dire qu'elles sont prêtes à laisser aller leur père, car elles ne veulent plus le voir souffrir. Janine ajoute : « Je crois que chacun des enfants, on aimerait lui dire adieu, mais on ne sait pas comment. » Denise complète : « Chez nous, on ne parle pas de nos sentiments. Quand on a su que papa avait le cancer, personne n'a pleuré, on est solides. » À cela, George intervient : « Vous savez, mes filles, c'est de l'or en barre. Je dois bien avouer qu'avant, c'était moi le « boss » dans la famille. Mais depuis que je



suis malade, mes filles ont pris la relève; elles prennent bien soin de leur mère, et je ne suis pas inquiet, elles vont l'aider à prendre ses décisions. » Justement, de dire Émilie, on a pris une décision, puis je ne suis pas certaine qu'elle soit correcte. On n'a pas encore averti Marie que son père est à l'hôpital, à cause de son cancer à elle; elle aurait trop de peine. »

Cet échange avec la famille permet à l'infirmière de poursuivre son observation et son exploration de la capacité des membres du système à identifier et à résoudre les problèmes autant instrumentaux qu'affectifs, de la façon dont les rôles sont distribués, de la pertinence et de la flexibilité du style de contrôle des comportements ainsi que du degré d'engagement affectif de chacun (Epstein *et al.*, 1978, 1982; Guttman, 1977; Latourelle *et al.*, 1987; Satir, 1980) (tableau V).

Au deuxième niveau d'évaluation, l'infirmière tient compte de certains facteurs dans l'environnement qui peuvent contribuer aux comportements observés sous ce mode, c'est-à-dire les normes et les valeurs de la société, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'estime de soi de chacun, la répartition du pouvoir au sein de la famille, les connaissances relatives au fonctionnement d'une famille, les règles familiales, etc. (tableau V).

Le mode d'interdépendance — Le mode d'interdépendance fait référence au besoin qu'a l'individu d'avoir des relations affectives avec

des gens significatifs et des systèmes de soutien ainsi qu'au besoin de réalisation de soi et d'autonomie (Roy, 1984).

Sous ce mode, l'évaluation de l'infirmière peut s'appuyer principalement sur les écrits de Minuchin (1979), de Satir (1980) et de Duvall (1977).

La famille a comme fonction de favoriser l'apprentissage des relations positives avec autrui et le soutien réciproque de ses membres (Comité des affaires sociales, 1984). Elle doit aussi favoriser le développement de l'autonomie et d'un sentiment d'individuation (Guttman, 1977; Minuchin, 1979). Pour s'acquitter de ces fonctions, le système familial se structure en divers sous-systèmes déterminés par l'âge, le sexe, les intérêts, etc. Les principaux sous-systèmes sont les sous-systèmes conjugal, parental et fraternel (Minuchin, 1979).

À l'intérieur du sous-système conjugal, chaque conjoint doit apporter un soutien au fonctionnement de l'autre. Comme sous-système parental, les conjoints doivent maintenir ce soutien tout en s'appropriant de nouvelles tâches telles que veiller au développement de l'enfant. Selon Minuchin (1979), le sous-système fraternel est le premier laboratoire de vie sociale dans lequel [...] les enfants se soutiennent, s'isolent, se prennent comme boucs émissaires et apprennent les uns des autres (p. 76). Une frontière entoure chaque sous-système afin de

le protéger de l'ingérence autres membres du système. Les frontières sont les règles régissant comment, quand, avec qui on entre en relation. Celles-ci doivent être claires et bien définies tout en étant assez souples pour permettre au système de changer (Minuchin, 1979). Puisque la famille a comme fonction de favoriser l'apprentissage de la vie en société et des moyens pour ressentir son appartenance à la société (Comité des affaires sociales, 1984), les frontières doivent permettre des contacts entre les membres du sous-système et l'extérieur (Minuchin, 1979).

Ainsi, lors de son évaluation des structures internes du système familial (tableau III), l'infirmière note que les membres de la famille. Cela peut souvent faire en dessinant un *géogramme* (tableau II). Le *nogramme* est un instrument qui illustre la structure des relations entre les générations. L'infirmière relève aussi ce fait « qui » avec « qui », c'est-à-dire les principaux sous-systèmes. Ainsi, dans la famille Alain, Denise et Janine sont toutes les deux veuves habitent le village composé le sous-système des filles qui aident leurs parents.

L'infirmière identifie ensuite quels sont les liens de la famille avec l'extérieur, c'est-à-dire quel est le réseau de soutien social de la famille, ses liens avec la famille d'origine, avec sa culture, sa religion, etc. Émilie et George sont tous les deux catholiques et pratiquants. Ils disent que les visites quotidiennes du prêtre sont importantes pour eux. Par ailleurs, ils semblent avoir de bons liens avec leurs enfants qui se trouvaient à l'hôpital. Par conséquent l'infirmière observe que

petits-enfants ne font pas de visites à l'hôpital. Émilie trouve qu'ils sont trop jeunes pour voir la souffrance.

L'infirmière doit aussi explorer la flexibilité et la pertinence des règles familiales qu'elle peut identifier en repérant les modèles répétitifs de comportements (Salem, 1987; Watzlawick *et al.*, 1972). Par exemple, dans la famille Alain, chaque membre s'empêche d'exprimer sa tristesse à cause des règles familiales qui défendent les pleurs, qui encouragent la force et la solidarité. La famille semble aussi avoir une règle qui protège les plus jeunes.

De plus, l'infirmière évalue l'étape de développement à laquelle se situe la famille et ses habiletés à rencontrer les tâches reliées à ces étapes (tableau IV) (Duvall, 1977). Certaines familles éprouvent de l'ambivalence à passer d'une étape à l'autre. De même, une famille peut être appelée à accéder à une nouvelle étape alors qu'elle n'a pas assumé les tâches inhérentes à l'étape précédente. Si une famille a de la difficulté à vivre ces périodes de transition, cela peut se manifester sous forme de comportements non adaptés qui devront être notés par l'infirmière. Lors de l'élaboration du *génogramme* de la famille Alain, l'infirmière a pris conscience que cette famille a vécu de nombreuses pertes importantes ces dernières années (conjoint de Janine, bébé de Marie, mastectomie de Marie, séparation et divorce). Quoique les membres de la famille semblent préparés à la mort du père, et qu'ils aient déjà établi des plans pour se restructurer (Émilie ira vivre avec Denise), l'infirmière restera attentive aux besoins de soutien particuliers qui peuvent émerger. Enfin, l'infirmière identifie

les facteurs contribuant aux comportements observés sous ce mode, par exemple, les habiletés interactionnelles de chacun, la nature du réseau social (durabilité, intensité, fréquence et accessibilité des interactions), le type de quartier, la connaissance des ressources de la communauté et des groupes d'entraide, etc. (tableau V).

Bilan de la première étape

Cette présentation des notions théoriques à la base de l'évaluation d'un système familial faite à partir du modèle conceptuel de Callista Roy et la mise en situation clinique ont permis de dégager les principaux comportements à observer et à explorer sous chaque mode, au premier niveau d'évaluation. Au deuxième niveau d'évaluation, certains stimuli appropriés à chaque mode ont été identifiés. Ces stimuli donnent un aperçu des facteurs contribuant aux comportements du système familial, sans être exhaustifs. Ils sont basés sur les écrits de Latourelle *et al.*, 1987; Mitchell *et al.*, 1980; Roy, 1984; Wright et Leahey, 1989 et sur l'expérience de l'auteur auprès des familles.

Les points saillants relevés lors de l'entrevue avec la famille Alain ont été soulignés tout le long du texte et sont résumés au tableau V. Ce tableau permet de visualiser les comportements adaptés et non adaptés du système familial sous chaque mode et les principaux stimuli contribuant à ces comportements. L'évaluation du système n'étant que la première étape dans la démarche de soins infirmiers basée sur Roy, l'infirmière doit poursuivre son analyse des données en formulant un diagnostic infirmier. Elle planifie des objectifs et des interven-

tions et passe à l'action. L'évaluation du niveau d'atteinte de ces objectifs et de la pertinence de ses interventions complétera le cycle de la démarche de soins infirmiers.


Remerciements

L'auteure remercie sincèrement Denyse Latourelle, infirmière et thérapeute familiale, qui lui a fait connaître l'intervention familiale. Elle remercie aussi Louise Dumas et Marcelle Séguin, toutes deux professeures à l'UQAH, ainsi que Lyne Beaudet, professeure à l'Université de Montréal, pour leurs conseils lors de la rédaction de cet article.

Bibliographie

- ANDOLFI, M., MENGHI, P. *et al.* -L'interaction dans les systèmes rigides. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 1, 1979, p. 25-42.
- ANDOLFI, M. *La thérapie avec la famille*, Paris, Éditions ESF, 1982.
- COMITÉ DES AFFAIRES SOCIALES. *Document de consultation sur la politique familiale : pour les familles québécoises*, Livre vert, Québec, Gouvernement du Québec, 1984.
- DUVALL, E. *Marriage and family development*, Philadelphie, J.B. Lippincott, 1977.
- EPSTEIN, N.B. *et al.* -The McMaster Model of family functioning. *Journal of marriage and family counselling*, vol. 4, 1978, p. 19-31.
- EPSTEIN, N.B. *et al.* *McMaster clinical rating scale*, Rhode Island, Brown/Putner Family Research Program, 1982.
- GUTTMAN, H.A. *A Guide to Family Function and Structure*, Montréal, Institute of Community and Family Psychiatry, Jewish General Hospital, 1977.
- HELSON, H. *Adaptation Level Theory*, New York, Harper et Row, 1964.
- JANOSIK, E., MILLER, J. -Theories of family development tiré de *Family Health Care General Perspectives* (vol. 1, 2^e), ed. D. Hymovich et M. Barnard, New York, McGraw-Hill, 1979.
- LASRY, J.C. -La thérapie familiale de l'École de Milan. *Systèmes humains*, vol. 1, 1985, p. 7-11.
- LATOURELLE, D., DUCHARME, F. *Famille et intervention de l'infirmière*, Montréal, Faculté des sciences infirmières, 1987.
- MINUCHIN, S. *Familles en thérapie*, Montréal, France-Amérique, 1979.
- MITCHELL, R.E., TRICKETT, E.J. -Task force report : social network as mediators of social support. *Community Mental Health Journal*, vol. 16, 1980, p. 27-41.
- RICHIARD, L. -Le modèle d'adaptation de Roy. *Infirmière canadienne*, no 10, 1982, p. 12-13.
- ROY, C. *Introduction to Nursing : an Adaptation Model*, Englewood Cliff, N.J., Prentice Hall inc., 1976.
- ROY, C., ROBERTS, S. *Theory Construction in Nursing*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall inc., 1981.
- ROY, C. *Introduction to Nursing : an Adaptation Model*, New Jersey, Prentice Hall inc., 1984.
- SALEM, G. *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Masson, 1987.
- SATIR, V. *Thérapie du couple et de la famille*, Paris, EPISA, 1971.
- SATIR, V. *Pour retrouver l'harmonie familiale*, Montréal, France-Amérique, 1980.
- TINELLI, -The relationship of family concept to individual self-esteem. *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 3, 1981, p. 251-270.
- WATZLAWICK, P. *et al.* *Une logique de la communication*, Paris, Éd. du Seuil, 1972.
- WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. *Nurses and Families*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 1989.

L'auteure



L'auteure est diplômée du Collège Vanier, de Ville Saint-Laurent, depuis 1978. Elle a terminé un baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de Québec à Hull, en 1986, et obtenu une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal, avec une concentration en intervention familiale, en 1988. Elle est présentement professeure à l'Université de Québec à Hull au niveau du baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières. Elle est de plus consultante auprès de familles en périodes prénatale et postnatale.