

L'INTERVENTION FAMILIALE SELON ROY

La famille Joly: cueillette et analyse des données.

PAR FRANCINE de MONTIGNY, MScN

Diane Joly a contacté l'infirmière du CLSC, lui demandant de venir chercher son fils Jessie, âgé de deux mois et demie. Elle dit qu'elle n'est plus capable de s'en occuper, elle est juste trop fatiguée.

L'infirmière se rend au domicile de Diane, un appartement de deux chambres à coucher situé dans un sous-sol. L'espace familial est adéquat, mais le logis est en désordre et plus ou moins propre.

Durant l'entrevue, l'infirmière apprend que Diane habite depuis peu dans le quartier. Elle a déménagé durant sa grossesse car son ami, Jeff, l'a chassée quand il a appris qu'elle était enceinte. Elle ne l'a plus revu depuis.

Diane raconte le déroulement des événements. «Je me sens très en colère et triste», dit-elle d'une façon presque impassible. «Ce n'est pas ma faute si je suis devenue enceinte notre premier soir ensemble, mais c'est moi qui reste prise avec le bébé... Notre histoire d'amour aura duré trois mois.»

Elle poursuit: «Je n'ai pas de chance avec les gars. La fois d'avant, quand je suis devenue enceinte, j'ai eu un avortement et je me suis dit «plus jamais». Ma mère m'a dit que j'étais folle de garder le bébé mais moi, je me disais «au moins, je ne serai plus seule». Je n'ai pas d'amis, je ne connais personne dans le quartier, mes parents ne veulent pas m'aider ni mes

Francine de Montigny, professeure en sciences humaines à l'Université du Québec à Hull enseigne l'intervention familiale aux étudiantes du baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières. Elle est codirectrice de Bien Naître Ensemble, un organisme offrant des soins infirmiers en période pré et post-natale.

soeurs... La plus vieille, Doris, a son mari et ses enfants, elle est bien. Quand elle vient me voir, c'est pour me critiquer. Mon autre soeur est toujours à me dire que je ne suis pas correcte, que je ne serai jamais une bonne mère. Je ne me suis jamais sentie bien dans ma famille. Depuis que je suis enfant, je suis solitaire, à part. Des fois, j'aimerais ça avoir des amis mais je ne sais pas comment faire... De toute façon, présentement, je me sens tellement fatiguée, sans énergie... j'ai plus envie de dormir tout le temps que de sortir. J'ai l'impression que je ne m'en sortirai pas. Je pensais que je serais une bonne mère, mais regardez-moi, j'ai de la misère à m'occuper du bébé, j'aimerais cela l'aimer mais je ne suis plus capable de l'entendre pleurer. Regardez-le, il a l'air aussi triste que moi».

L'infirmière observe que Jessie, un beau gros garçon, a effectivement le faciès triste et sérieux. Diane, pour sa part, a le regard terne. Elle n'est ni habillée, ni peignée même s'il est deux heures de l'après-midi.

L'évaluation

L'infirmière procède à l'évaluation du système familial en se basant sur le modèle de Callista Roy¹. Selon Roy, cette évaluation s'effectue à deux niveaux. Au premier niveau, l'infirmière observe et explore les comportements du système familial et de chacun de ces membres dans quatre modes d'adaptation: «besoins physiologiques», «concept de soi», «interdépendance», «fonction selon le rôle social».

L'infirmière observe les comportements de Diane et de Jessie en interaction l'un avec l'autre dans «l'ici et maintenant». Elle remarque que Diane et Jessie ont peu de contacts visuels et que le bébé détourne la tête pour prendre son biberon. Elle note aussi les

réponses ou les réactions de Diane et de Jessie, car elle recherche des répétitions dans les modes d'interactions familiales². À cet effet, l'infirmière relève que Diane déplore les comportements critiques de sa mère et de ses soeurs alors qu'elle-même émet régulièrement des commentaires négatifs sur son fils par exemple, Diane dit: «Il pleure beaucoup, il est lent pour boire».

Au deuxième niveau d'évaluation, l'infirmière identifie les stimuli ou facteurs dans l'environnement familial qui influencent les comportements observés ou rapportés ou qui y contribuent. Les stimuli peuvent être focaux, contextuels ou résiduels⁴.

Le stimulus focal se définit comme celui auquel la famille doit faire face immédiatement. Par exemple, pour la famille Joly, le stimulus focal prédominant est le manque de soutien physique, affectif et social en période post-natale.

Les stimuli contextuels sont tous les autres stimuli présents dans l'environnement interne et externe du système familial qui contribuent aux comportements observés. Ainsi, lors de l'entrevue avec la famille Joly, l'infirmière a observé que Diane a de la difficulté à exprimer ses sentiments de colère. Une règle familiale a été identifiée «on ne se chicane pas», comme étant un stimulus contextuel contribuant aux comportements observés.

Quant aux stimuli résiduels, ils se définissent comme les croyances, les attitudes, les expériences et les valeurs qui ont un effet indéterminé sur le comportement. Par ses connaissances théoriques ou pratiques, l'infirmière peut présumer qu'un certain facteur pourrait influencer un comportement. Par exemple, lorsqu'elle observe la difficulté de Diane à exprimer ses sentiments, l'infirmière peut formuler

Synthèse des données recueillies auprès de la famille Joly.

COMPORTEMENTS	STIMULI
<p>Mode des «besoins physiologiques» Diane dit avoir de la difficulté à prendre soin du bébé, donner le bain, les biberons, jouer avec l'enfant</p>	<p>N/A</p> <p>Manque de soutien affectif, physique et social en période post-natale (F) Fatigue, peu d'énergie (C) Difficulté à s'attacher à l'enfant? (R)</p>
<p>Diane s'alimente peu et de façon irrégulière (ex.: aujourd'hui, n'a ni déjeuner, ni dîner)</p>	<p>N/A</p> <p>État dépressif (F) Fatigue (C) Peu d'appétit (C) Manque de connaissances sur l'importance d'une bonne alimentation? (R)</p>
<p>Diane dit qu'elle dormirait continuellement</p>	<p>N/A</p> <p>État dépressif (F) Fatigue (C) Manque de soutien affectif, physique et social en période post-natale (C)</p>
<p>Diane néglige son apparence physique; ne s'habille pas, ne se coiffe pas, ne se maquille pas</p>	<p>N/A</p> <p>État dépressif (F) Fatigue (C) Pauvre estime de soi (R)?</p>
<p>Mode «concept de soi» Diane dit qu'elle a de la difficulté à réaliser qu'elle est la mère de cet enfant (soi global)</p>	<p>N/A</p> <p>Grossesse non planifiée et non désirée (F) Peu de renforcements positifs de son réseau de soutien (C) Difficulté d'attachement à l'enfant? (R)</p>
<p>Diane a une image de soi physique très négative «je suis grosse et laide» (soi physique)</p>	<p>N/A</p> <p>Pauvre estime de soi (F) Expériences familiales et d'adolescence très difficile (C)</p>
<p>Diane dit qu'elle n'est pas une bonne mère car «une bonne mère aime toujours son enfant» (soi idéal)</p>	<p>N/A</p> <p>Croyances, valeurs face à la beauté, au poids? (R) Pauvre estime de soi (F) Peu de renforcements positifs de son réseau de soutien (C) Valeurs de la société, de ses parents? (R) Manque de connaissances du rôle parental? (R)</p>
<p>Mode «d'interdépendance» Diane a un réseau de soutien presque inexistant, n'a pas d'ami(e), ne voit pas ses parents, a peu de soutien de ses deux sœurs</p>	<p>N/A</p> <p>Manque d'habiletés pour entrer en relation avec autrui (F) Abandon du conjoint durant la grossesse (C) «Solitaire» de caractère (C) Déménagement souvent (habite ce logis depuis 4 mois) (C) Relations conflictuelles avec ses sœurs et parents (C) Importance pour elle d'avoir un réseau de soutien? (R)</p>

Diane est capable de demander de l'aide au réseau de soutien formel: médecin, CLSC, SOS j'écoute

Mode «fonction selon le rôle social»

Diane dit qu'il lui est difficile d'exprimer sa colère, dit l'exprimer contre elle-même où en se renfermant

Diane démontre de l'incongruence dans l'expression des sentiments d'urgence, ex: elle parle d'événements très tristes et dit se sentir triste avec un visage impassible

Bébé a le faciès triste et sérieux, pleure beaucoup

Diane, à quelques reprises, démontre de la tendresse au bébé, lui parle doucement, dit vouloir s'en occuper et l'aimer

Diane démontre une implication narcissique: voit dans la tristesse de l'enfant un reflet de la sienne: «il est comme moi»

Lorsque Diane donne le boire au bébé, elle perd vite l'intérêt et remet Jessie dans son lit sans compléter le boire

Diane est capable d'identifier les problèmes, mais ignore comment les résoudre de façon satisfaisante

Connaissance des ressources (F)
Manque de soutien affectif, physique et social en période post-natale (F)
Sentiment de confiance (C)
Expériences antérieures positives (C)
Ne se sent pas jugée (C)
Réseau de soutien informel très pauvre (C)A

Manque d'habiletés dans l'expression de sentiments (F)
Abandon par le conjoint durant la grossesse (C)
Règles familiales «de ne pas se chicaner» quand elle était jeune (C)
Valeurs, croyances? (R)

Manque d'habiletés à exprimer ses sentiments d'urgence (F)
État dépressif (C)
Abandon du conjoint durant la grossesse (C)
Règle familiale? (R)

Comportements de difficulté d'attachement de la mère (F)
Tristesse de Diane et peu de contacts visuels (C)
Inconstance de Diane dans les soins (C)
Manque de stimulation? (R)
Situation de violence? (R)

Désir d'être une bonne mère (F)
Sentiments de solitude (C)
Besoins affectifs de Diane? (R)
Attachée à l'enfant? (R)

État dépressif (F)
Manque de soutien affectif, physique et social en période post-natale (C)
Besoins de s'identifier à l'enfant ou de l'identifier à elle? (R)

Ambivalence dans son rôle de mère (F)
Tristesse, isolement social (C)
Manque de soutien affectif, physique et social en période post-natale (C)
Manque de connaissances des besoins de bébé? (R)

Manque d'habiletés de résolution de problèmes (F)
Mécanismes d'adaptation antérieurs peu efficaces (fuite, demande d'hospitalisation, violence, remet à plus tard) (C)
Manque de soutien affectif, physique et social en période post-natale (C)
Manque de confiance en soi pour résoudre les problèmes? (R)

A

N/A

N/A

N/A

A

N/A

N/A

N/A

Légende: A: adapté N/A: non-adapté F: focal R: résiduel C: contextuel



l'hypothèse qu'une croyance familiale l'en empêche. Un stimulus résiduel est ainsi identifié: Diane croit-elle qu'elle n'a pas raison d'être en colère?

Ce n'est pas parce qu'il procède d'une règle, d'une valeur, d'une croyance qu'un stimulus est résiduel. C'est plutôt parce qu'il a un effet indéterminé sur le comportement observé ou rapporté. Ceci signifie que lorsque l'infirmière est capable de valider quel effet ce stimulus a sur la situation actuelle, le stimulus résiduel peut devenir contextuel ou focal. Cette validation se fait lorsque l'infirmière possède un complément d'informations, lesquelles peuvent s'acquérir soit par l'observation de la situation ou par des questions directes à la famille¹.

Dans notre exemple, Diane a révélé durant l'entrevue ce qui suit: «Ma mère me dit que je n'ai pas de raison d'être en colère, que j'ai tout pour être heureuse», validant ainsi l'hypothèse d'une croyance. Ce stimulus devient alors un stimulus contextuel, car il con-

tribue au comportement de non-expression de la colère.

Par ailleurs, ce qui est un stimulus dans un mode peut être un comportement dans un autre mode. Ceci est bien illustré dans le Tableau où «l'inconstance de Diane dans les soins au bébé» est un comportement observable qui peut être un stimulus au comportement triste et pleurnicheur du bébé.

La deuxième étape de la démarche de soins infirmiers consiste en l'analyse et en l'interprétation des données recueillies afin d'identifier un ou des diagnostics infirmiers.

Avant d'amorcer cette analyse, Wright et Leahey⁶ suggèrent à l'infirmière de prendre le temps de ressentir et de noter ses impressions personnelles, ce qui lui permet de prendre conscience de ses réactions et de s'en dégager, afin de procéder à une analyse plus objective de la situation.

Ces auteures proposent aussi que l'infirmière se dote d'un système pour faciliter l'organisation des données

recueillies. Une façon de procéder est de les classer selon les quatre modes d'adaptation (voir Tableau). Ces données peuvent aussi être subdivisées selon les comportements observés dans chaque sous-système (familial—conjugal—parental—fraternel et individuel). Ensuite, l'infirmière classe les stimuli qui contribuent à ces comportements et détermine quels sont les stimuli focaux, contextuels et résiduels.

Adam⁷ suggère de rédiger les comportements avec des verbes (Bébé pleure beaucoup) et les stimuli sous forme de noms (Inconstance dans les soins prodigués par la mère).

Dans son analyse, l'infirmière doit déterminer si le comportement observé ou rapporté est adapté ou non adapté. Les comportements sont jugés comme étant adaptés ou non adaptés selon qu'ils maintiennent ou non l'intégrité bio-psycho-sociale du système familial et qu'ils lui permettent de cheminer vers ses buts, c'est-à-dire la survie, la croissance et la continuité, la reproduction et la maîtrise⁸.

Dans les divers écrits sur le sujet, notamment chez Callista Roy et Bomar⁹, il est généralement suggéré de procéder à l'analyse des données dans la séquence suivante: classer les comportements, déterminer s'ils sont adaptés ou non; les relier à des stimuli et déterminer si ceux-ci sont d'ordre focal, contextuel, ou résiduel. Adam suggère une séquence différente, qui est ici privilégiée: classer les comportements, les relier à des stimuli focaux, contextuels, résiduels et, ensuite, juger s'ils sont adaptés ou non adaptés. Selon Adam, il est préférable de connaître les stimuli avant de déterminer si le comportement est adapté ou non. Par exemple, si l'infirmière observe Diane pleurer (comportement) au moment du départ de son conjoint (stimulus focal), ce comportement est adapté. Toutefois, si Diane avait ce même comportement, pour la même raison, cinq ans après le départ (stimulus focal), ce comportement serait non adapté.

Quelle que soit la séquence privilégiée, l'infirmière poursuit son analyse en effectuant des liens entre les divers comportements et les stimuli. Au moment de l'évaluation familiale, l'infirmière a recueilli des données nombreuses qui, au départ, ne semblaient pas reliées. Elle a classé et organisé ces données et doit maintenant leur donner un sens afin de formuler un diagnostic infirmier.

Le diagnostic infirmier

Le diagnostic infirmier est, selon Carpenito¹⁰ «l'énoncé d'un type spécifique de problème que les infirmières savent reconnaître». Il décrit «l'état de santé ou la réponse humaine d'un individu ou d'un groupe, que les infirmières peuvent légalement identifier et pour lesquels elles peuvent prescrire des interventions curatives¹¹».

Le diagnostic infirmier peut s'énoncer en trois parties: le titre du diagnos-

Abstract

Family intervention according to Roy. The author presents a care plan based upon Sister Callista Roy's conceptual model, that is recognized as well suited to the family system. This, the first of two-part series, focuses on the first two steps of the care plan—the theoretical and practical aspects of data collection and data analysis. The subjects are a single mother and her son.

During the first level of evaluation of the family system, the nurse observes and explores the family system's behavior as well as that of each of the family members using the four modes of adaptation: physiological needs, self-concept, role function, and interdependence relations. During the second level of evaluation, the nurse identifies observed and reported stimuli or factors within the family environment that influence observed behaviors.

During the data analysis, the nurse determines if the reported or observed behaviors are adaptive or non-adaptive toward maintaining the bio-psycho-social integrity of the family. The nurse also determines if the behaviors allow for achievement of identified goals. The nurse establishes links between the behaviors and the stimuli, classes and organizes the findings, and formulates an appropriate nursing care plan.

Next month's article will focus on the planning, implementation and evaluation of the nursing care plan. It will focus equally on the ways in which the nurse can facilitate the family's adaptation.

tic (le problème d'adaptation), l'étiologie (les sources de difficultés) et les manifestations (les comportements observés et rapportés). À la lumière du cadre conceptuel de Roy, les sources de difficultés sont les stimuli focaux et contextuels.

Lors de la formulation du diagnostic infirmier, l'infirmière doit viser à décrire le problème comme un problème familial en ce sens que chacun y contribue. Ceci ne signifie pas pour autant de faire abstraction des problèmes d'adaptation d'ordre individuel qui eux aussi requièrent des soins infirmiers. Ainsi, pour la famille Joly, deux diagnostics infirmiers sont retenus. Ce sont:

1. Adaptation individuelle inefficace liée à une dépression secondaire à la perte du conjoint, à l'absence d'un réseau de soutien et à la période postnatale récente (facteurs de stress identifiables) manifestée par: Diane se dit fatiguée, a peu d'appétit, désire toujours dormir, a un affect altéré, une mauvaise hygiène personnelle et de la difficulté à prendre ses décisions.
2. Relation parentale altérée reliée à un manque de soutien affectif, physique et social manifestée par: bébé a le faciès triste et pleure beaucoup, Diane est inconstante dans ses soins, dit avoir de la difficulté à prendre soin du bébé et qu'elle n'est pas une bonne mère.

Le premier diagnostic est d'ordre plus individuel alors que le deuxième décrit l'état de santé de la famille.

Advenant le cas où plusieurs diagnostics infirmiers sont identifiés, l'infirmière poursuit son analyse en établissant un ordre de priorité des diagnostics infirmiers.

Un ordre de priorité

Cet ordre de priorité s'établit en se basant sur des critères spécifiques. Ceux-ci déterminent l'ordre de priorité sur une échelle allant du plus au moins prioritaires. Roy suggère l'échelle suivante: -menace la survie familiale et l'intégrité de la famille ou du bénéficiaire; -risque de nuire à la famille ou au bénéficiaire; -affecte le développement et la croissance normale de la famille et du bénéficiaire.

Il est important de valider l'ordre de priorité à établir avec la famille. Ceci peut s'effectuer en obtenant son opinion concernant le but le plus important à poursuivre et en partageant avec elle notre compréhension synthétisée de ses problèmes d'adaptation.

De plus, l'infirmière doit tenir compte de la disponibilité des ressources professionnelles, matérielles ou de temps¹².

Pour la famille Joly, le premier diagnostic infirmier décrit qu'il y a menace à l'intégrité du bénéficiaire alors que le second souligne une menace à l'intégrité familiale. Les deux diagnostics infirmiers doivent donc être travaillés conjointement.

L'étape de l'analyse des données ainsi terminée, l'infirmière poursuit sa démarche de soins infirmiers en établissant un plan de soins, c'est-à-dire en définissant les objectifs visés et les interventions prévues. Elle exécute ensuite ses interventions et termine en évaluant l'atteinte des objectifs et la pertinence des interventions. ☛

Le mois prochain, il sera question de la planification, de l'exécution et de l'évaluation de la démarche de soins infirmiers.

Références

1. Roy, C. *Introduction to nursing: an adaptation model*. New Jersey, Prentice-Hall Inc., 1984.
2. de Montigny, F. L'évaluation du système familial selon Roy. *Nursing Québec*, vol. 11, no 2, 1991, p. 8-45.
3. Latourelle, D.; Ducharme, F. *Famille et intervention de l'infirmière*. Montréal, Faculté des sciences infirmières, 1987.
4. Roy, *Opus cit.*
5. Roy, *Ibidem*.
6. Wright, L.M.; Leahey, M. *Nurses and Families*. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1989.
7. Adam, E. Notes de cours: Études de la discipline infirmière, Montréal, Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal, 1986.
8. ROY, *Ibid.*
9. Bomar, P.J. *Nurses and Family Health Promotion: Concepts, Assessment and Interventions*, London, Williams and Williams, 1989.
10. Carpenito, L.J. *Diagnostic infirmier*, Paris, Medsi, 1986, p.6.
11. Carpenito, L.J. *Diagnostic infirmier*, Paris, Medsi, 1990, p.6.
12. Potter, P.A.; Perry, A.G. *Soins infirmiers: Théorie et pratique*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1990.