MISER SUR LA FAMILLE LORS DE L'HOSPITALISATION

FRANCINE DE MONTIGNY, INF, MScN

Photo Tony Fouhse

Une attitude d'ouverture aide à intégrer la famille dans les soins infirmiers. La relation infirmière-famille s'en trouve enrichie.

De plus en plus, l'infirmière tient compte de la famille du bénéficiaire hospitalisé lors de ses interventions. D'ailleurs, les politiques ministérielles invitent et orientent les intervenants de la santé à «penser et agir famille». C'est dans cet esprit que certains auteurs en sciences infirmières ont contribué à définir la démarche de soins infirmiers auprès de la famille basée sur des cadres théoriques propres à la discipline infirmière tel Roy et Orem. Mais, alors que les étapes de la démarche sont précisées, les infirmières se questionnent encore sur les interventions qu'elles peuvent poser auprès de la famille.

Par le biais d'une histoire de cas, celle de la famille Latendresse, cet article propose des interventions infirmières précises pour répondre aux besoins familiaux.

Francine de Montigny est [illegible]

La famille Latendresse

Manon, 30 ans et Éric, 32 ans ont donné naissance à leur premier enfant jeudi dernier. Sandra, une petite fille de 5.5 lb (2500 g) est née à 36 semaines de grossesse. Les parents sont bouleversés par cet accouchement avant terme auquel ils ne s'attendaient pas du tout. Manon ayant cessé de travailler la veille seulement. Ils n'ont pas terminé leurs cours prénataux ni leurs préparatifs à l'arrivée du bébé. Entre autres, sa chambre n'est même pas prête. Chacun se sent dépassé par les événements, complètement désorganisé. «On n'a pas suivi les cours sur les soins du bébé et le retour à la maison. On ne sait même pas à quoi s'attendre. Jusqu'à présent, tout est différent de ce que l'on s'imaginait. L'accouchement si rapide, le bébé si petit... C'est comme si notre vie était vivée à l'envers...»

Vous rencontrez Manon et Éric en maternité à la cinquième journée post-partum. Manon est en pleurs. Le pédiatre a signé le congé de Sandra en

Tableau 1
BESOINS DES MEMBRES DE LA FAMILLE

INTELLECTUELS	ÉMOTIFS	SPIRITUELS	PHYSIQUES
Être renseignés sur:	être soutenus	donner un sens à l'événement, à la maladie, à la vie, à la mort	passer du temps avec le patient
la maladie	être écoutés et compris		répondre à leurs propres besoins (sommeil, nourriture, se laver, solitude, contacts extérieurs, etc.)
le traitement la réhabilitation	être respectés		aider le patient
leurs droits	exprimer librement et ouvertement leurs émotions et réactions		continuer à effectuer les tâches essentielles à la vie familiale (communiquer, résoudre des problèmes, voir aux tâches du quotidien, se soutenir, etc.)
ce qu'ils peuvent faire pour aider	établir une relation de confiance avec les médecins et l'équipe de soins		
le processus d'adaptation	contrôler les événements		
le fonctionnement familial	se soulager de leur anxiété		

les enjoignant de la réveiller aux trois heures pour l'allaiter afin qu'elle gagne plus rapidement du poids. Manon et Éric sont inquiets et se demandent si Sandra est normale.

Manon vous confie qu'elle allaite Sandra aux trois heures depuis sa naissance et que chaque session dure entre 35 et 45 minutes. Elle se sent épuisée et ne sait pas si elle pourra poursuivre l'allaitement: «Ce serait dommage, car j'ai beaucoup de lait, mais je n'en peux plus. Je ne m'attendais pas à ce que ce soit si exigeant d'allaiter et de m'occuper d'un bébé.»

Éric affirme qu'il aimerait bien soutenir Manon, mais qu'il ne sait pas comment: «Je n'ai jamais allaité moi, c'est des histoires de bonnes femmes. Et puis, les bébés, je ne connais pas grand chose là-dedans». Il avoue aussi se sentir inconfortable à manipuler Sandra: «Elle est si petite. J'ai peur de lui faire mal. J'aime mieux que Manon s'en occupe. D'ailleurs, je n'ai pas changé sa couche une fois jusqu'à présent. Je me rends compte que j'évite de la prendre.»

Sur ce, Manon ajoute: «Je ne sais pas ce que j'ai, mais, depuis deux jours, je pleure pour rien. Je ne me reconnais plus. En plus, l'attitude d'Éric me décourage tellement. On s'était entendus pour qu'il m'aide avec le bébé, et là, je me sens seule responsable. Ce n'est pas comme ça qu'on fonctionne d'habitude; je suis habituée à plus de soutien de sa part. Comment vais-je faire pour me débrouiller à la maison? Je ne sais pas plus que lui quoi faire.»

Attitudes, connaissances et habiletés

Afin de pouvoir répondre aux besoins de cette famille, l'infirmière doit posséder certaines attitudes, connaissances et habiletés de base. Elle doit avant tout reconnaître l'importance des membres de la famille dans la réussite des soins et croire que leur participation fera une différence pour le patient. Elle doit s'intéresser à chacun d'entre eux et prendre une part active dans l'entrevue. Cette attitude d'ouverture envers la famille est essentielle à la relation infirmière-famille.

Lors de sa formation initiale, l'infirmière acquiert les connaissances nécessaires pour intervenir auprès d'un bénéficiaire. En plus de ses connaissances sur la démarche de soins, le cadre théorique, les étapes de développement de l'adulte, etc., celle qui intervient auprès de la famille doit connaître la dynamique familiale, l'influence de la maladie sur la famille et l'influence de la famille sur la maladie ainsi que les problématiques de santé de sa clientèle, les processus de crise, de changement et d'adaptation.

Ainsi, lors de ses rencontres avec la famille, l'infirmière s'appuie sur des connaissances théoriques pour guider ses observations de la famille en action. Cette habileté à observer les interactions des membres de la famille entre eux et avec elle lui permet de recueillir des données diverses qui la guideront dans l'identification de leurs besoins. Afin d'établir une liste de priorités, elle utilise ensuite ses habiletés à interpréter et à analyser les données pour faire des regroupements et établir des liens entre ses observations, les écrits théoriques et son cadre conceptuel.

L'infirmière qui débute auprès des familles a souvent de la difficulté à intervenir auprès de plusieurs individus en même temps. Elle doit tenir compte que chaque personne est à la fois un individu et un membre de cette famille.

Tableau 2
PLAN DE SOINS

Dx infirmier	Besoins des membres de la famille	Objectifs spécifiques	Interventions
Perturbation de la relation familiale reliée au manque de connaissances des événements (naissance prématurée, psychologie et physiologie du post-partum) et d'habiletés qui se manifeste comme suit: le père et la mère partagent des sentiments de désarroi, d'inquiétude et ne savent pas quoi faire; le père est peu engagé dans les soins du bébé; la mère se sent dépassée par les événements et peu soutenue par son conjoint	Être renseignés sur: - les événements - l'adaptation - le fonctionnement familial	Cognitif Reconnaître les comportements propres au bébé prématuré	Cognitif Donner de l'information sur le développement d'un bébé prématuré, sur l'allaitement maternel, sur le post-partum
	Être soutenus	Identifier des stratégies pour améliorer la mise au sein	Suggérer des stratégies pour améliorer la mise au sein
	Exprimer leurs inquiétudes et attentes		Suggérer de prendre un répit pour souper à l'extérieur
	Établir une relation de confiance	Affectif Partager leurs sentiments au sujet de l'expérience qu'ils vivent	Affectif Valider les réponses émotives de chacun
	Contrôler les événements	Partager leurs besoins de soutien mutuel	Valoriser les forces de chacun et du couple
	Apprendre à effectuer les soins du bébé avec confiance		Explorer les sentiments de chacun vs expérience actuelle et soutien désiré
	Continuer à effectuer les tâches essentielles de la vie familiale		Questionner, écouter, refléter, reformuler Explorer les expériences passées de situation de crise et les stratégies d'adaptation utilisées
		Comportemental Appliquer des stratégies pour améliorer la mise au sein	Comportemental Demander de lire le chapitre sur l'allaitement d'un bébé prématuré

Besoins de la famille

Plusieurs études ont relevé les divers besoins de la famille dont un des membres est hospitalisé[7,8]. Confrontée à un environnement physique souvent perçu comme menaçant, cette famille tente de s'adapter aux différents stimuli, tels les odeurs, les sons, le personnel différent, la routine hospitalière, la maladie, le traitement, la terminologie médicale, les attentes du personnel, les attentes du patient, l'horaire, etc. Dans cette tentative d'adaptation, son fonctionnement usuel est altéré. L'observation des comportements des membres de la famille permet de relever les besoins spécifiques de chacun, afin de les aider à retrouver un fonctionnement optimum dans le contexte de l'hospitalisation (voir Tableau 1).

Lors de votre rencontre avec la famille Latendresse, vous observez que chacun exprime facilement son inquiétude, son désarroi, ses sentiments d'être dépassés par les événements. Le couple identifie plusieurs problèmes, les partage mais ne trouve pas de solution. Manon et Éric se regardent, se touchent. Eric semble très mal à l'aise lorsque Manon pleure. Il vous regarde et demande: «Qu'est-ce qui nous arrive, qu'est ce que je peux faire?» Lors de l'allaitement, vous remarquez que le bébé prend bien le mamelon, a une succion lente mais régulière, avec des pauses occasionnelles. Vous faites alors appel à vos connaissances sur la dynamique familiale, la période de transition après la naissance d'un enfant, le processus de crise et les étapes de développement de l'adulte pour interpréter vos observations du couple en interaction et ainsi dégager les principaux besoins de cette famille, tant aux niveaux cognitif, affectif que comportemental. Lorsque vous validez vos impressions avec Éric et Manon, ceux-ci confirment avoir besoin d'informations, de soutien et de développer des habiletés. Manon précise ressentir le besoin d'avoir

ıements. Éric, pour sa part,
.tinuer à vaquer aux tâches
:bange vous permet de cerner
.ques à atteindre avec ce couple
ıterventions précises qui seront
ı de soins (voir Tableau 2).

généralement accepté que
n infirmière auprès de la famille
uyer sur les cadres théoriques de
ı'Orem. En ce sens, si l'infirmière
.e baser son intervention sur le cadre
. elle observe les comportements des
.res de la famille et relève les stimuli les
importants qui contribuent à ces
.nportements. Par ailleurs, si elle opte
intervenir à l'aide du cadre théorique d'Orem,
ıes comportements observés lui renvoient alors
les habiletés des membres de la famille à
s'organiser, à fonctionner et à se développer.
L'analyse de ces données se traduit ensuite
dans un diagnostic infirmier. Dans l'exemple de
la famille Latendresse, le diagnostic infirmier
établi est pertinent aux deux cadres théoriques,
le manque de connaissances et d'habiletés
étant à la foi le stimulus focal pour cette famille
(Roy) et l'élément clé de leur incapacité à
prendre une décision et à agir (Orem).

Quel que soit le cadre théorique choisi, il importe que l'infirmière valide ses impressions avec la famille qui peut aussi participer à l'identification de ses besoins prioritaires, des objectifs de soins et des interventions planifiées. L'infirmière s'assure ainsi que le plan d'intervention défini répond bien aux besoins véritables des membres de la famille et non aux siens.

Tableau 3
PRINCIPES DU CHANGEMENT

Le changement dépend du contexte.	L'infirmière doit connaître les ressources et les contraintes de l'environnement familial ainsi que sa place dans le réseau de santé vis-à-vis cette famille.
Le changement dépend de la perception du problème.	La façon dont l'infirmière perçoit le problème déterminera le mode d'intervention. Cette perception dépend de ses valeurs, de ses croyances et de son cadre de référence.
Le changement requiert que des buts réalistes soient identifiés dans un espace-temps réaliste.	L'infirmière doit connaître les attentes de la famille, ses compétences ainsi que les limites de l'environnement. Elle discute des buts ouvertement avec la famille à l'intérieur d'un contrat.
La compréhension seule n'apporte pas le changement.	Comprendre un problème n'apporte pas une solution. Donc, il est peu utile de s'attarder à comprendre la raison des événements. Un changement de comportement, qu'il soit ou non accompagné de compréhension, aura des répercussions.
Le changement ne sera pas égal chez tous les membres de la famille.	Un membre de la famille peut changer plus qu'un autre. Par le fait même, il suscitera un changement chez les autres parce qu'ils ne pourront plus agir avec lui de la même façon.
L'infirmière est responsable de faciliter le changement.	Et non de changer pour la famille. De même, elle ne peut prédire le résultat du changement.
Le changement peut être attribuable à une multitude de causes.	Juste le fait d'être ensemble pour parler peut amener un changement. La famille est plus à l'origine du changement que l'infirmière.

Interventions de l'infirmière

Selon Kenney (1982), les interventions consistent à introduire de l'information dans le système familial afin d'aider les membres à se conduire différemment, c'est-à-dire à changer. Comme l'infirmière vise à susciter ce changement, une connaissance du processus est essentielle. À ce sujet, Wright et Leahey[10] ont défini sept principes du changement (voir Tableau 3) qui sous-tendent l'intervention de l'infirmière.

Les interventions peuvent se situer à quatre niveaux: cognitif, affectif, comportemental et spirituel. Le fait d'en relier certaines à un niveau spécifique signifie que le changement risque de s'effectuer davantage dans cette dimension plutôt que dans les autres. Par contre, cela n'exclut pas un changement dans les autres niveaux.

Niveau cognitif—L'infirmière fournit des renseignements et suggère des idées pour faciliter la résolution de problèmes. Ces interventions sont reliées à son rôle d'éducatrice. Elle peut:

- offrir de plus amples renseignements sur la maladie, le traitement, les causes, le pronostic: par exemple, expliquer le développement de l'enfant, les raisons possibles des difficultés rencontrées lors de la mise au sein.
- suggérer des réponses appropriées à la maladie ou à l'événement: par exemple, suggérer au couple de se donner un répit en

Family nursing interventions during hospitalization. More and more, families are being included in the nursing process. However, defining family nursing interventions still presents a challenge. Specific knowledge, abilities and attitudes are required to intervene with more than one person at a time. Observing the family in action enables the nurse to identify specific needs that generally fall into one of four types: cognitive, affective, physical and spiritual. These needs are then validated with family members to develop an appropriate care plan.

If the care plan is based on Roy's model, family behaviors and contributing factors will be noted. If Orem's model is chosen, family abilities will be analysed to identify the problem solving difficulties family members have. A nursing diagnosis will then be made. As well, co-evolving objectives will take into account elements of change theory such as allowing time for change, being conscious of everyone's perception of the problem and not expecting every family member to change in the same way.

Nurses play various roles with families. They offer support, and act as role models and educators. Their responsibilities can be shared with colleagues through care plans and nursing notes.

allant souper à l'extérieur de l'hôpital.

- donner de l'information sur les ressources communautaires; par exemple, informer Manon et Éric de l'existence du service 24/7 au CLSC et leur donner les numéros de téléphone d'un groupe de soutien à l'allaitement.

Cet échange doit se faire dans un contexte de soutien qui, souvent, aide davantage que l'information elle-même.

Niveau affectif — L'infirmière tente de modifier les émotions qui empêchent la famille de résoudre un problème efficacement. Ces interventions sont reliées à ses rôles de soutien, d'éducation et de modèle. Elle peut:

- valider les réponses émotives de la famille; par exemple, dire à Manon «c'est normal de pleurer pour un rien en période post natale» ou, au couple, «c'est normal de se sentir bouleversé par la naissance d'un enfant avant terme».
- valoriser les forces individuelles ou familiales; par exemple, souligner comment Manon a appris rapidement à manipuler le bébé ou relever la facilité du couple à exprimer ses sentiments face à la situation.
- souligner la concordance ou la non-concordance entre les messages verbaux et non verbaux: par exemple, faire remarquer qu'Éric dit vouloir soutenir Manon et qu'il ne réagit pas quand elle pleure (non-concordance).
- faire préciser en demandant ce qui est le plus difficile actuellement.
- reformuler en demandant à Manon et à Éric «Ai-je bien compris vous ne savez pas pourquoi vous devez réveiller Sandra aux trois heures?»

Niveau comportemental—L'infirmière aide la famille à interagir de façon plus efficace par la mise en application de tâches spécifiques et un retour sur l'expérience vécue. Elle peut:

- prescrire une tâche à faire durant l'entrevue; par exemple, demander à Manon de dire à Éric ce qu'elle désire comme soutien et vice-versa. Après l'entrevue on peut demander à la famille de lire une brochure sur la naissance d'un enfant prématuré ou un chapitre de livre sur l'allaitement d'un prématuré.
- rédiger un contrat thérapeutique qui décrit les objectifs spécifiques qui seront travaillés, les interventions de l'infirmière, les actions de la famille, le nombre et la fréquence des rencontres. À la fin des rencontres, l'infirmière et la famille évaluent le progrès accompli.

Les interventions infirmières peuvent aussi, dans certains cas, se situer à un niveau spirituel afin de soutenir la famille et l'aider à donner un sens à un événement spécifique. L'infirmière peut écouter activement, démontrer son empathie, explorer le sens de l'événement, clarifier les croyances de chacun et surtout, respecter le vécu et le rythme de la famille.

Intégrer la famille

L'infirmière peut assumer de multiples rôles auprès de la famille dont ceux de soutien affectif, de modèle, d'éducatrice, d'avocate ou de conseillère des droits familiaux. Toutes ces fonctions, cependant, lui demandent d'intégrer la famille dans ses soins infirmiers et de la considérer comme un élément fondamental dans la réussite des soins. Comme elle oeuvre au sein d'une équipe, ces responsabilités sont partagées avec ses collègues sous forme de notes au dossier et du plan de soins. ■

RÉFÉRENCES

1. M.A.S. *Penser et agir la famille*, Gouvernement du Québec, Québec, 1990.
2. de Montigny, F. L'évaluation du système familial selon Roy, *Nursing Québec*, 11(2), 1991, 38-45.
3. de Montigny, F. L'intervention familiale selon Roy: la famille Joly, cueillette et analyse des données. *L'infirmière canadienne*, 88(8), 1992, 41-45.
4. de Montigny, F. L'intervention familiale selon Roy: planification, exécution et évaluation. *L'infirmière canadienne*, 88(9), 1992, 43-46.
5. Dumas, L., de Montigny, F. L'évaluation familiale selon Orem. *L'infirmière canadienne*, 89(10), 1993, 45-48
6. Latourelle, D., Ducharme, F. *Famille et intervention de l'infirmière*, Montréal, Faculté des sciences infirmières, 1987.
7. Molter, N.C. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung*, 8, 1979, 332-339.
8. Bouman, C.C. Identifying priority concerns of families of ICU. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 3, 1984, 313-319.
9. Wright, L., Leahey, M. *Families and life-threatening illness*, Springhouse, Springhouse Corporation, 198[illegible].
10. Wright, L., Leahey, M. *Nurses and Families*, Philadelphie, F.A. Davis Cie, 1994.