

L'entrevue familiale

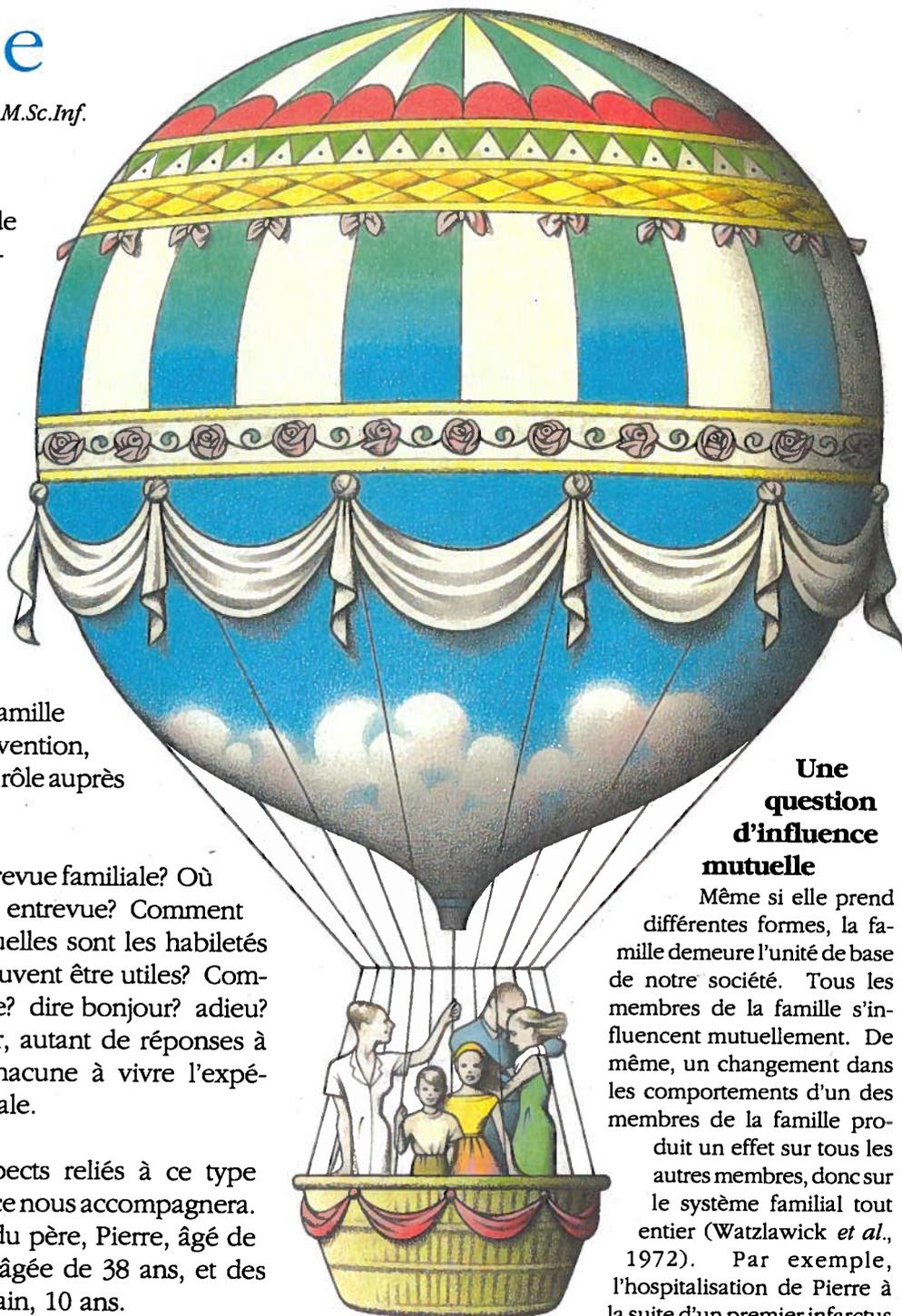
une expérience dirigeable

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

La formation traditionnelle de l'infirmière la prépare à intervenir auprès des bénéficiaires. Par contre, elle se sent souvent dépourvue lorsqu'elle doit agir auprès de leur famille. Bien que les divers courants sociopolitiques (Ministère des Affaires sociales, 1990) et les auteures en sciences infirmières (Adam, 1983; Latourelle et Ducharme, 1987; Orem, 1980; Roy, 1984; Wright et Leahey, 1989) l'invitent à choisir la famille comme cible de son intervention, l'infirmière s'interroge sur son rôle auprès du système familial.

Quels sont les buts d'une entrevue familiale? Où et quand doit avoir lieu cette entrevue? Comment motiver les participants? Quelles sont les habiletés nécessaires? Quels outils peuvent être utiles? Comment structurer une entrevue? dire bonjour? adieu? Autant de questions à poser, autant de réponses à trouver pour encourager chacune à vivre l'expérience d'une entrevue familiale.

Pour illustrer les divers aspects reliés à ce type d'entrevue, la famille Lachance nous accompagnera. Cette famille est composée du père, Pierre, âgé de 40 ans, de la mère, Carole, âgée de 38 ans, et des enfants, Sylvie, 14 ans, et Alain, 10 ans.



Une question d'influence mutuelle

Même si elle prend différentes formes, la famille demeure l'unité de base de notre société. Tous les membres de la famille s'influencent mutuellement. De même, un changement dans les comportements d'un des membres de la famille produit un effet sur tous les autres membres, donc sur le système familial tout entier (Watzlawick *et al.*, 1972). Par exemple, l'hospitalisation de Pierre à la suite d'un premier infarctus aura un effet sur Carole, Alain et Sylvie ainsi que sur tout le système familial. Dans cette

optique d'influence mutuelle, on peut penser que les comportements de Carole, d'Alain et de Sylvie auront aussi un effet sur Pierre. Cette conception de la famille en tant que système amène Jo-Anne, l'infirmière qui intervient auprès de Pierre, à le considérer à la fois comme un individu et comme un membre d'un système familial déterminé. L'observation des membres de la famille Lachance en interaction peut donc lui permettre de recueillir des données importantes sur Pierre et sur son système familial et ainsi de préciser sa démarche de soins infirmiers en tenant compte de cette influence mutuelle.

Les buts

Certains auteurs (Clarkin *et al.*, 1979 : voir Wright et Leahey, 1989) ont défini des situations pour lesquelles la famille aurait avantage à être rencontrée en entrevue. Parmi celles-ci, on retrouve la famille qui vit un bouleversement émotif à la suite d'une étape de développement (par ex. : naissance, adolescence) ou d'une crise familiale (par ex. : maladie, accident, décès).

La famille Lachance, qui vit pour la première fois l'expérience de l'hospitalisation d'un de ses membres à la suite d'un infarctus, pourrait donc bénéficier d'une entrevue familiale.

En se basant sur son expérience antérieure avec des clients ayant eu un infarctus et sur ses lectures sur le vécu de leurs conjoints ou conjoints (Levin, 1987; Wright et Leahey, 1987), Jo-Anne décide d'organiser une entrevue avec la famille Lachance. Elle

Le choix du moment de l'entrevue est étroitement lié au choix des personnes qui en feront partie. Le moment choisi doit de plus être acceptable pour chacun. Il est opportun de demeurer flexible et ouverte aux suggestions.

poursuit ainsi des buts précis. Globalement, elle veut favoriser l'adaptation de la famille à la maladie de Pierre. Plus spécifiquement, elle désire déterminer l'impact de la maladie de Pierre sur chacun des membres de la famille et préciser l'influence de chacun sur la maladie de Pierre.

Le lieu

Ayant décidé de rencontrer la famille Lachance, Jo-Anne doit maintenant déterminer le lieu de l'entrevue. Comme Pierre est encore hospitalisé, elle choisit de rencontrer la famille à l'hôpital, où elle réserve une salle.

Dans le contexte actuel des soins infirmiers au Québec, l'infirmière qui oeuvre en centre hospitalier ne peut pas vraiment envisager, sauf pour de rares exceptions (infirmières-cliniciennes spécialistes, infirmières de liaison), de visiter la famille à domicile. L'entrevue tenue à l'hôpital ou au CLSC comporte certains avantages et certains désavantages, tout comme celle effectuée au domicile (Wright et Leahey, 1989).

Lorsque l'infirmière effectue l'entrevue dans son milieu

de travail, son avantage principal est de se sentir à l'aise dans son environnement et de mieux contrôler l'entrevue. Elle peut limiter les interruptions (téléphones, visites) en planifiant son entrevue dans un local approprié (par exemple, une chambre vide ou un bureau plutôt qu'une salle d'attente). Cette façon de procéder lui permet aussi, au besoin, de consulter une collègue. Par contre, l'environnement clinique peut être intimidant pour la famille, ce qui peut avoir pour conséquence que certains parleront plus ou moins que d'habitude. Cette situation peut être vérifiée en demandant à la famille, à la fin de l'entrevue, si quelqu'un a eu un comportement différent de celui qu'il a l'habitude d'avoir.

L'infirmière oeuvrant en milieu communautaire a la possibilité de visiter les familles à leur domicile. Elle peut ainsi les observer dans leur environnement social et physique. La visite à domicile facilite aussi la rencontre avec tous les membres de la famille et l'observation de leurs interactions dans leur milieu naturel, là où ils sont plus à l'aise pour exprimer leurs émotions. Pour assurer la réussite de l'entrevue, l'intervenante doit toutefois être flexible et habile à composer

avec les interruptions (téléphone, télévision, visiteurs). À cet égard, il est prudent de prévoir avec la famille ce qui sera fait dans de tels cas.

Le temps

Le choix du moment de l'entrevue est étroitement lié au choix des personnes qui en feront partie. Le moment choisi doit de plus être acceptable pour chacun. Il est opportun de demeurer flexible et ouverte aux suggestions.

Comme Jo-Anne désire rencontrer les enfants de Pierre et de Carole, elle offre à Pierre de tenir l'entrevue au cours de l'une de ses soirées de travail, vers 19 h 30, un moment habituellement plus calme à l'hôpital.

Participants et motivation

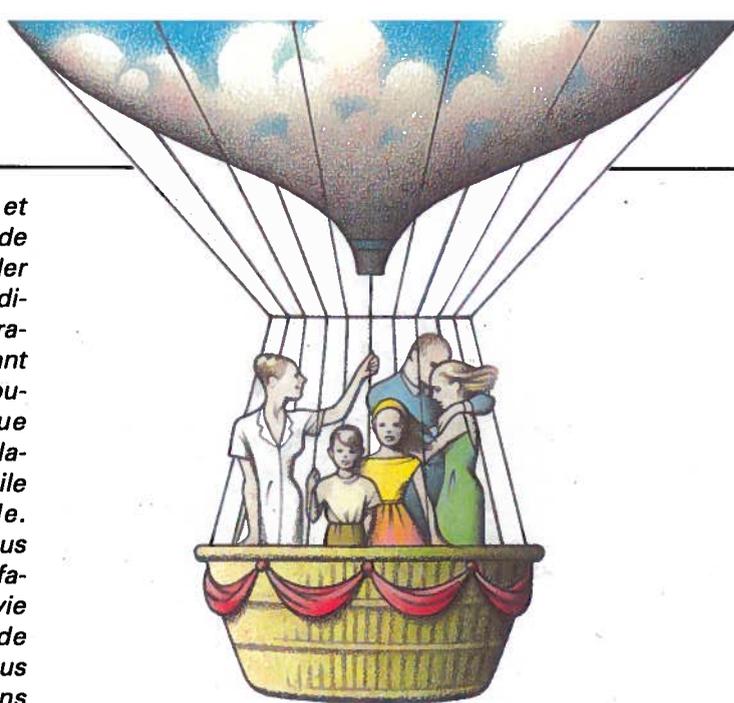
Quoiqu'il soit possible de faire une entrevue dans une perspective systémique avec seulement quelques membres de la famille, il est fortement recommandé d'inviter toutes les personnes habitant le domicile pour la première entrevue, y compris les jeunes enfants ou les grands-parents (Salem, 1988; Wright et Leahey, 1989). Une importance égale est ainsi conférée à chaque membre de la famille et l'infirmière peut alors observer le maximum d'interactions familiales. De plus, c'est une occasion pour la famille de se réunir et de discuter ensemble d'un problème. Il est toujours possible, lors d'entrevues subséquentes, de choisir de rencontrer les membres d'un sous-système précis, par exemple, les parents ou les enfants.

Comme il a été mentionné précédemment, Jo-Anne désire rencontrer

Carole, Sylvie, Alain et Pierre. Jo-Anne demande donc à Pierre d'en parler avec sa famille en lui disant : « Depuis que je travaille avec des clients ayant eu un infarctus, j'ai souvent l'impression que l'adaptation à cette maladie est un moment difficile pour toute la famille. J'aimerais rencontrer tous les membres de votre famille : Carole, Alain, Sylvie et vous-même, afin de mieux saisir ce que vous vivez actuellement dans cette situation. Cela me permettrait, ainsi qu'à l'équipe de soins, de mieux vous aider. »

Présenter un motif de rencontre non menaçant pour la famille est un moyen de stimuler la participation de chacun. Certaines situations complexes peuvent toutefois se présenter lors de l'invitation de chacun à la rencontre. Wright et Leahey (1989) suggèrent divers moyens pour les résoudre (voir l'encadré).

Selon Wright et Leahey (1989), il est important que l'infirmière garde un certain contrôle quant aux personnes qui assisteront ou non à l'entrevue afin d'en assurer le succès. Ces auteurs affirment qu'il est rare que le conjoint ou la conjointe refuse de participer lorsque l'invitation est faite personnellement par l'intervenante. Doherty (1981, voir Wright et Leahey, 1989) soutient que si l'infirmière tient à ce que le conjoint soit présent, il le sera habituellement. Si elle hésite et manque de fermeté, elle aura plus de difficultés à le faire participer. Wright et Leahey (1989) suggèrent de considérer les difficultés à faire participer tous les membres de la famille comme un signe de résistance à l'entrevue familiale.



L'invitation à l'entrevue

Problèmes et éléments de solution

Pierre répond que Carole ne désire pas participer aux rencontres, car ce n'est pas elle qui a eu l'infarctus.

Intervention possible de l'infirmière : Explorer avec Pierre la façon dont celui-ci perçoit la participation de Carole.

Pierre dit qu'il ne croit pas que Carole sera intéressée et que, de toute façon, il ne sait pas comment lui en parler.

Interventions possibles de l'infirmière : Explorer avec Pierre les raisons pour lesquelles Carole refuserait. Soutenir Pierre dans sa demande à sa conjointe en lui suggérant des moyens pour stimuler la participation de Carole. Par exemple, Pierre peut faire part à Carole de son besoin qu'elle participe. Il peut souligner que l'infirmière désire la présence de Carole. Il peut choisir un moment qui convient à Carole.

Carole refuse toujours de participer et Pierre a tout essayé.

Interventions possibles de l'infirmière : Offrir de téléphoner à Carole. Décider de rencontrer uniquement les membres de la famille qui veulent venir. Si Jo-Anne opte pour une rencontre sans Carole, elle peut laisser une chaise libre à la place de Carole.

Sylvie ou Alain refuse de participer.

Interventions possibles de l'infirmière : Inviter l'adolescent comme observateur (Berger, 1975), comme historien, consultant ou responsable de la véracité des dires (Teismann, 1980). À la fin de l'entrevue, l'inviter à réagir à ce qui a été discuté durant la rencontre.

Sources : Écrits de Wright et Leahey (1989) et expériences d'étudiantes en stage en soins infirmiers en milieu naturel (Université du Québec à Hull, 1990-1991).

Heureusement pour Jo-Anne, tous ont accepté facilement de participer à l'entrevue familiale. Carole a même dit : « J'ai bien hâte, car j'ai beaucoup de questions. Ça va faire du bien d'en parler ». Maintenant, Jo-Anne a un peu d'appréhension, car elle se demande comment elle va

procéder pour interviewer quatre personnes sans perdre le fil de l'entretien.

Les types d'entrevue

L'entrevue familiale peut être structurée, semi-structurée ou non structurée. L'entrevue structurée se caractérise par un entretien familial délimité par un instrument de

collecte de données qui laisse peu de place pour les échanges spontanés. L'entrevue structurée n'est pas recommandée, car elle s'apparente à un échange de questions et de réponses et laisse peu d'espace à l'observation des interactions familiales.

À l'inverse, l'entrevue non structurée survient lorsque l'infirmière entre dans la chambre de M. X pour prendre ses signes vitaux et que M^{me} X lui dit : « J'ai tellement peur qu'il meure; est-ce qu'il va mourir? » tandis que M. X la regarde en silence. L'infirmière doit toujours être prête à tenir une entrevue non structurée lorsque le besoin surgit.

Dans ce type d'entrevue, l'infirmière peut être submergée par un flot d'échanges verbaux et non verbaux entre les membres de la famille sans être capable de donner un sens à toute cette information (Latourelle et Ducharme, 1987). L'entrevue peut alors être difficile à mener et à conclure.

Lorsque les circonstances le permettent, l'entrevue semi-structurée semble préférable. Cette forme d'entrevue facilite une approche de résolution de problèmes centrée sur un but précis et limitée dans le temps, comme le proposent Wright et Leahey (1989), car elle permet à l'infirmière de poser certaines questions précises pour cerner un problème particulier tout en favorisant l'observation des échanges et en permettant les interventions spontanées.

Cependant, si l'infirmière possède certaines habiletés et connaît les étapes d'une entrevue, elle sera plus en mesure d'offrir un certain encadrement lors d'un échange spontané avec la famille ou, à l'inverse, de laisser plus de

prises, tout en ayant l'impression de n'aller nulle part. Cette entente facilite aussi le processus de conclusion des rencontres, car chacun peut se rendre compte de l'atteinte des objectifs. Cette entente, ou contrat, doit toutefois être assez flexible pour être révisée si de nouveaux besoins surgissent.

Jo-Anne remarque que la famille Lachance a été capable de se rééquilibrer depuis l'hospitalisation de Pierre en se soutenant les uns les autres, en se communiquant leurs sentiments et en répartissant les rôles différemment. À ce sujet, Carole dit : «On s'est organisés. Maintenant, c'est Alain qui passe l'aspirateur, et Sylvie qui tond la pelouse chaque semaine. Moi, je fais l'épicerie, et ma mère conduit Sylvie à son cours de natation.»

Même si les membres de la famille ont réussi à s'adapter à la période d'hospitalisation, Jo-Anne perçoit que chacun demeure inquiet face à l'avenir. Elle pose l'hypothèse que le manque de connaissances au sujet de la maladie de Pierre et de ses effets sur leur vie est particulièrement difficile à vivre pour chacun. À la lumière des renseignements obtenus lors de l'entretien, elle pose le diagnostic infirmier suivant :

«Altération de la dynamique familiale reliée au manque de connaissances face à l'infarctus et aux changements à apporter dans leur vie, manifestée par Pierre et Carole. Ils se demandent ce qu'ils devront changer dans leur vie. Sylvie verbalise sa peur que son père meure, comme ses grands-pères; Alain dit

L'infirmière peut assumer de multiples rôles auprès de la famille. Qu'elle joue un rôle de soutien affectif, de modèle, d'éducatrice, d'avocate ou de conseillère des droits familiaux, toutes ces fonctions lui demandent d'intégrer la famille dans ses soins infirmiers, de s'engager avec la famille.

«Papa va-t-il redevenir comme avant?»

Jo-Anne vérifie ses perceptions auprès de la famille Lachance. Elle détermine avec eux que d'ici la fin de l'hospitalisation de Pierre, ils auront acquis des connaissances sur l'infarctus et les changements à apporter dans leur vie et qu'ils auront identifié ce qu'ils désirent changer, comment et quand. Pour ce faire, Jo-Anne inclura au moins un des membres de la famille dans son intervention éducative auprès de Pierre. Par ailleurs, chacun aura la responsabilité de faire certaines lectures, de poser des questions et de partager avec les autres ses sentiments face à la situation.

L'intervention

L'étape de l'intervention consiste à fournir un environnement dans lequel la famille peut réaliser des changements mineurs ou significatifs. L'infirmière doit ici reconnaître qu'elle est responsable de diriger le changement dans la famille, c'est-à-dire de mettre en place des éléments facilitant le changement. Elle ne peut prédire la direction que

significatifs (Wright et Leahey, 1989).

Si l'infirmière ne tient qu'une seule rencontre avec la famille, elle doit prendre soin, à la fin de l'entrevue, de résumer les forces de la famille et leurs efforts pour résoudre leur problème. Elle peut aussi leur laisser les numéros de téléphone des ressources disponibles en cas de besoin. Lorsque l'infirmière rencontre la famille à plusieurs reprises, elle doit préparer son départ dès la première rencontre. Cela s'effectue en délimitant des objectifs clairs, en effectuant de façon périodique un retour sur l'atteinte de ces objectifs et en rappelant à la famille «qu'il reste X rencontres». Le fait d'avoir établi un nombre déterminé de rencontres permet à chacun de demeurer conscient du rôle limité de l'infirmière. Celle-ci n'est pas là pour régler tous les problèmes familiaux, une famille sans problèmes étant plus un mythe qu'une réalité, mais plutôt pour régler un problème spécifique dans un espace de temps précis (Latourelle et Ducharme, 1987).

prendra le changement et ne doit pas s'attendre à ce que la famille fonctionne selon ses valeurs à elle. À ce sujet, Wright et Leahey (1989) soulignent qu'il est plus important que la famille soit satisfaite de son niveau de fonctionnement, plutôt que ce soit l'infirmière qui le soit. Ces auteurs ajoutent que si l'infirmière croit que la famille possède la capacité de changer et les habiletés pour identifier et résoudre ses problèmes, cela l'aidera à ne pas devenir «surengagée» ni responsable et contrôlante à l'excès.

Tout le long de l'entretien, Jo-Anne aide chacun à partager ses sentiments, ses attentes, ses peurs, ses croyances face à la situation actuelle. Elle reflète ses observations et explore les perceptions de chacun. Elle les amène à mieux comprendre leurs inquiétudes et leurs sentiments de choc, de désorganisation, de déni, etc.

La conclusion

L'étape de la conclusion, celle de «dire adieu» à la famille, doit s'effectuer de façon à permettre à la famille de maintenir des changements

L'étape de la conclusion de l'entrevue peut être vécue difficilement par l'infirmière et par la famille. L'infirmière peut s'être attachée à cette famille, s'en sentir responsable et trouver difficile de la «laisser aller». La famille, pour sa part, peut avoir l'impression que le problème va revenir, qu'elle ne sera pas capable de régler ses difficultés seule ou qu'elle perd une source importante de soutien. Certaines stratégies peuvent être mises en place pour diminuer l'intensité de la séparation. En premier lieu, la révision de l'entente et des objectifs visés permet de souligner

les progrès effectués par la famille. Il est important de tenir une dernière entrevue en face à face avec la famille afin de faire un retour sur les progrès accomplis. Auparavant, l'infirmière peut diminuer la fréquence des rencontres afin de préparer son départ. L'infirmière veille alors à donner à la famille le crédit du changement afin de les confirmer dans leurs apprentissages et leurs habiletés. L'infirmière peut aussi utiliser cette rencontre pour explorer les peurs de chacun face à la fin des rencontres. Elle doit finalement s'assurer que la famille connaît les ressources disponibles. Il est préférable de remettre les noms et numéros de téléphone des ressources à la famille. Ainsi, ils pourront plus facilement y recourir en cas de besoin.

À la fin de l'entrevue, Jo-Anne demande à chacun de lire un dépliant traitant de l'infarctus du myocarde et de noter les questions dont ils discuteront lors de leur prochaine rencontre fixée pour le surlendemain. Par cette intervention directe au niveau cognitif (Wright et Leahey, 1989; de Montigny, 1992b), Jo-Anne vise à modifier les connaissances de chacun.

Jo-Anne termine ensuite l'entrevue en disant : « Je veux vous dire à quel point je suis impressionnée par la facilité de chacun à dire ce qu'il ressent et par votre habileté à vous reconforter les uns les autres. J'ai beaucoup apprécié nos échanges et je demeure disponible si vous en avez besoin d'ici notre prochaine rencontre. »

Une multiplicité de rôles

L'infirmière peut assumer de multiples rôles auprès de la famille. Qu'elle joue un rôle de soutien affectif, de modèle, d'éducatrice, d'avocate ou de conseillère des droits familiaux, toutes ces fonctions lui demandent d'intégrer la famille dans ses soins infirmiers, de s'engager avec la famille. Pour ce faire, l'infirmière doit bien saisir son rôle, comprendre qu'elle est un agent qui peut faciliter le changement et soutenir la famille dans la résolution de problèmes. Elle doit cependant accepter qu'elle n'est pas responsable de changer la famille, mais simplement de l'aider afin d'augmenter sa capacité à s'adapter à la situation vécue.

Comme l'infirmière oeuvre au sein d'une équipe, ces responsabilités sont partagées avec ses collègues. Il devient donc important d'inscrire au dossier du client un sommaire des données identifiées lors de l'entrevue avec la famille. De plus, le diagnostic infirmier centré sur la famille, qui découle des observations de l'infirmière, doit être noté au plan de soins du bénéficiaire ainsi que les objectifs visés et les interventions prévues ou effectuées. Ces notes permettront aux membres de l'équipe de poursuivre les interventions amorcées, et à chacune de s'engager auprès de la famille. ■

Note : Pour des précisions sur les divers types et niveaux d'interventions familiales, voir F. de Montigny, 1992.

Bibliographie

- ADAM, E. *Être infirmière*, Montréal, HRW, 1983.
 de MONTIGNY, F. L'évaluation du système familial selon Roy, *Nursing Québec*, vol. 11, n° 2, 1991, p. 38-45.

de MONTIGNY, F. L'intervention familiale selon Roy, la famille Joly : cueillette et analyse des données, *Infirmière canadienne*, sept. 1992.

de MONTIGNY, F. L'intervention familiale selon Roy, la famille Joly : planification, exécution et évaluation, *Infirmière canadienne*, octobre 1992.

GOREN, S. A systems approach to emotional disorders of children, *Nursing Clinics of North America*, n° 14, 1979, p. 457-465.

HALEY, J. *Problem-Solving Therapy*, San Francisco, Jossey Bass, 1978.

HALEY, J. *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Montréal, Éd. France-Amérique, 1981.

LATOURELLE, D. Une expérience d'enseignement du concept "système familial" et de l'intervention "famille-infirmière", *Nursing Papers*, n° 17, 1985, p. 48-60.

LATOURELLE, D., DUCHARME, F. *Famille et intervention de l'infirmière*, Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 1987.

LEAHEY, K.M., COBB, M.M., JONES, M.C. *Soins infirmiers de santé communautaire*, Montréal, McGraw-Hill, 1981.

LEVIN, R.F. *Heartnotes: a Survival Guide to the Cardiac Spouse*, New York, Pocket Books, Simon and Schuster Inc., 1987.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. *Penser et agir famille : Guide à l'intention des intervenants*, Québec, Conseil de la famille, 1990.

McGOLDRICK, M., GEARSON, R. *Génogrammes et entretien familial*, Paris, ESF, 1990.

MINUCHIN, S. *Familles en thérapie*, Montréal, Éd. France-Amérique, 1979.

OREM, D. *Nursing: Concepts of Practice*, Toronto, McGraw-Hill Book Co., 1980.

ROY, C. *Introduction to Nursing: an Adaptation Model*, New Jersey, Prentice-Hall Inc., 1984.

SALEM, G. *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Masson, 1988.

WATSON, ... *A Family with Chronic Illness*, Vidéo a, University of Calgary, 1988.

WATSON, ... *Fundamentals of Family Nursing*, Vidéo b, University of Calgary, 1988.

WATZLAWICK, P. et al. *Une logique de la communication*, Paris, Éd. du Seuil, 1972.

WEBER, T. et al. A beginner's guide to the problem oriented first family interview, *Family Process*, vol. 24, n° 9, 1985, p. 357-363.

WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. *Familles and Life-Threatening Illness*, Pennsylvania, Springhouse Corporation, 1987.

WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. *Nurses and Families*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 1989.

Remerciements

L'auteure rend hommage à Denyse Latourelle, inf., M.Sc.Inf. décédée en février 1992, qui fut la première critique de ses interventions familiales.

L'auteure



Francine de Montigny a obtenu une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal, avec une concentration en intervention familiale, en 1988. Elle oeuvre depuis comme professeure à l'Université du Québec à Hull, au niveau du baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières. Elle est de plus consultante pour l'implantation d'une démarche de soins infirmiers basée sur le cadre théorique de Callista Roy. L'auteure est aussi codirectrice de « Bien naître ensemble », un organisme offrant des services professionnels en soins infirmiers aux familles, en période prénatale et postnatale.