

UNE EXPÉRIENCE D'ENSEIGNEMENT DU CONCEPT "SYSTEME FAMILIAL" ET DE L'INTERVENTION "FAMILLE-INFIRMIERE"

Denyse Latourelle

L'intervention de l'infirmière auprès de la famille est une dimension de plus en plus mise en évidence et perçue essentielle dans la conception actuelle des soins infirmiers (O.I.I.Q., 1974, 1978, 1982, 1984; Allen, 1977). Que ce soit dans une perspective d'enseignement à la famille, de soutien lors de changements dans les rôles familiaux, d'intervention dans une situation de crise, de référence en vue d'une thérapie familiale, ces différentes actions requièrent que la famille devienne la cible même de l'intervention. Mes expériences en tant que clinicienne et enseignante m'ont appris qu'il s'agit alors d'une intervention complexe qui présuppose des connaissances et des habiletés complémentaires et quelque peu différentes de celles utilisées lorsque l'infirmière est en relation avec un seul individu. La formation de l'infirmière a toujours été très axée sur l'apprentissage de la relation individuelle (one-to-one relationship) et des concepts psychodynamiques nécessaires à la compréhension de l'individu. Ceci s'avère toujours essentiel mais ce que je veux souligner c'est qu'il est tout aussi important d'accorder une place primordiale à des concepts qui permettent de mieux comprendre le fonctionnement de la famille en tant que système et d'acquérir des habiletés pour intervenir à l'intérieur d'un tel système.

Plusieurs auteurs ont signalé les difficultés et les écueils que rencontrent les infirmières dans leur travail avec les familles. Parmi eux, Friedman (1981) croit que l'approche centrée sur la famille est un idéal plutôt qu'une pratique courante non seulement dans les milieux de soins primaires mais aussi dans ceux de la santé communautaire même si depuis plusieurs années les infirmières de santé communautaire ont prêché le concept que la famille est le patient et la cible de leurs services. Malheureusement, toujours selon cet auteur, nos domaines de pratique et de spécialisation en santé communautaire ainsi que les modes de distribution des soins apportent un démenti à cette approche; les catégorisations, santé maternelle et infantile, santé au travail, santé scolaire, gériatrie indiquent que l'accent est mis sur l'individu plutôt que sur l'unité familiale. Pour leur part Thibaudeau et coll. (1984), lors d'une recherche effectuée au Québec et qui porte sur les soins infirmiers aux familles défavorisées, soulignent "qu'il est primordial que l'infirmière comprenne la structure et la dynamique de la famille et possède l'habileté à observer et à communiquer efficacement de façon à aider ses clients à clarifier le sens de leurs comportements."

Denyse Latourelle, inf., M.N., est professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, PQ.

Le but de cet article est de présenter une expérience de cinq années faite auprès d'étudiantes* d'un programme de maîtrise en sciences infirmières et de mettre en relief les aspects fondamentaux lors de l'élaboration et de la réalisation de cette expérience d'enseignement du concept "système familial" et de l'intervention "famille-infirmière."

Description de l'expérience

Facteurs déterminants et considérations préliminaires

Six crédits sont alloués à ce cours (sur la base de 15 heures/crédit pour la partie théorique, 45 heures/crédit pour la partie clinique) et ce, à l'intérieur d'un programme qui comporte 45 crédits. Ce temps relativement court s'est avéré le premier facteur dont je devais tenir compte pour la répartition et l'organisation des trois modalités pédagogiques que je trouvais requises soit, un contenu théorique, une application clinique et la supervision de cette dernière.

Le deuxième facteur a été, comme il se doit, de considérer la préparation, les expériences antérieures et les besoins des étudiantes éventuelles. Ces étudiantes avaient déjà un baccalauréat; leur expérience de travail était d'une durée variable et se situait principalement dans les secteurs des soins psychiatriques ou de la santé communautaire. Très vite il m'est apparu et ceci s'avère toujours actuel, que les étudiantes qui provenaient du secteur communautaire se sentaient très concernées par les aspects de la santé physique dans les différentes étapes du développement de la famille mais trouvaient difficile de percevoir également leur rôle dans une perspective de santé mentale. Elles éprouvaient aussi une difficulté à établir une relation d'aide sans passer nécessairement par le biais d'un soin ou d'un enseignement précis et de concevoir cette relation comme pouvant être à long terme. Par contre, chez les infirmières qui venaient du secteur de la psychiatrie, la relation d'aide à long terme était une dimension où elles se sentaient à l'aise tout en ayant cependant tendance à la voir dans l'optique du "one-to-one relationship." Pour ces dernières, s'arrêter à la santé physique ainsi qu'à l'aspect dysfonction familiale plutôt que pathologie psychiatrique constituaient des dimensions avec lesquelles elles se disaient, par ailleurs, moins familières. Ceci reflète bien, à mon avis, la réalité déjà mentionnée, soit une tendance à compartimenter les individus ainsi que les soins; tendance qui ne peut être maintenue lorsqu'il s'agit de travailler efficacement avec une famille. Comme le mentionnent Miller et Janosik (1980), les professionnels de la santé qui sont engagés dans les soins de la

* A l'intérieur de cette période, cinquante étudiantes et un étudiant ont suivi le cours; seul le féminin sera donc utilisé dans ce texte.

famille doivent être préparés à composer avec un large éventail de facteurs physiques, psychologiques et sociaux. Souvent en faisant face à la maladie physique ou mentale, ils adhèrent à une distinction artificielle entre le physique et le psychosocial.

Le troisième et dernier facteur dont je veux maintenant traiter se rapporte à ma conviction d'enseignante à l'effet que tout apprentissage doit être expérientiel et signifiant, c'est-à-dire comme l'énonce Carl Rogers (1972), important pour la personne, significatif pour elle, d'une manière qui engage à la fois ses pensées et ses sentiments de même qu'il change quelque chose dans le comportement, les attitudes et peut-être dans la personnalité même de l'étudiant. Une des conséquences logiques de ceci était donc que ce cours ne soit pas obligatoire mais plutôt choisi par l'étudiante sur la base d'une motivation à réfléchir sur sa pratique actuelle ou future et un désir de prendre conscience de ses propres attitudes et valeurs qui influencent nécessairement sa conception de la famille de même que sa façon de travailler. Il en découlait également que je devais sélectionner un contenu de même que des méthodes d'enseignement à caractère didactique et expérientiel qui faciliteraient la poursuite de cette démarche de remise en question. C'est ce que je vais maintenant aborder.

Contenu théorique

La théorie générale des systèmes m'apparaît le cadre théorique le plus pertinent pour servir d'assise à une telle démarche. Depuis plusieurs années, cette théorie est utilisée pour l'étude de la famille; elle peut facilement être reliée à d'autres cadres théoriques de la famille et à des modèles conceptuels propres à la profession infirmière; une méthode de travail efficace et appropriée à l'infirmière peut en découler (Miller & Janosik, 1980; Clements & Roberts, 1983). La théorie générale des systèmes est applicable aux membres de la famille en tant qu'individus, aux sous-systèmes familiaux et à la famille en relation avec les institutions (Janosik & Miller, 1979). Egalement, la notion de la famille perçue en tant que système d'interaction, conception élaborée par le groupe des théoriciens de la communication (Bateson, 1972; Watzlawick, Helmick-Beavin, & Jackson, 1972; Watzlawick & Weakland, 1981) de même que l'approche structurale développée par Minuchin (1979), apportent d'autres éléments complémentaires et indispensables pour la compréhension du système familial.

La conception systémique que sous-tendent ces trois cadres de référence signifie, avant tout, une nouvelle manière de conceptualiser les problèmes humains (Liddle, 1980; Watzlawick & Weakland, 1981), une façon de percevoir l'homme dans son environnement (Minuchin, 1979; Montàgano, 1983; Wright & Leahey, 1984); une façon de décrire les êtres humains "non comme des individus mais comme des personnes-en-communication-avec-d'autres-personnes" (Watzlawick et coll., 1972). La compréhension du système familial requiert l'observation des

membres en interaction (Goren, 1979) et l'intervention est centrée sur le processus que Satir (1971) identifie comme "la relation entre vous et moi, ici et maintenant."

Les principaux concepts qui découlent de ces trois cadres de référence constituent essentiellement le contenu enseigné, lequel est présenté dans le schéma qui suit.

Tableau 1

Schéma des points théoriques

-
- a) Système familial. Propriétés et principes: totalité et non-sommativité, équifinalité, circularité versus causalité linéaire, redondance, tendance homéostatique et capacité de transformation.
 - b) Communication au sein d'un système d'interaction: aspects: contenu et relation; modes: digital et analogique; principe de la définition de la relation; modèles d'interaction: symétrie et complémentarité; principe de la ponctuation dans l'interaction. Aspects dysfonctionnels de la communication.
 - c) Structure et fonctionnement du système familial: sous-systèmes, frontières, règles, répartition du pouvoir, lien avec l'extérieur, capacité d'identifier et de solutionner les problèmes*, répartition des rôles*, développement de rôles idiosyncrasiques*, développement de l'autonomie*. Aspects dysfonctionnels sur le plan de la structure et du fonctionnement.
 - d) Aspects du modèle de Roy qui peuvent être reliés au système familial**.
 - e) Rappel des stades de développement de la famille et de la notion de crises de maturation et de situation.

* Les travaux de Guttman (1977), Epstein, Bishop et Levin (1978), sont particulièrement utiles pour l'étude de ces dimensions.

** La recherche de Ducharme (1982) est utilisée pour cette partie.

Les méthodes d'enseignement utilisées pour l'apprentissage de ce contenu théorique sont principalement de deux ordres; celles qui se rapportent davantage à la dimension cognitive (séminaires, bandes audio-visuelles) et celles qui sont plus directement reliées à la dimension expérientielle (sculpture familiale, simulation de familles). Je trouve important de préciser brièvement comment les techniques de sculpture familiale et de simulation de familles peuvent être des outils pédagogiques de première importance. C'est d'ailleurs ce qui ressort de façon constante lorsque les étudiantes évaluent cette première partie; la session de la sculpture est perçue comme un moment privilégié, faisant appel à la solidarité, à un respect mutuel et facilitant l'émergence d'une confiance envers le groupe. Quant aux sessions de simulation de

familles, elles les considèrent comme le moyen le plus "aidant" pour les préparer à l'intervention.

Duhl et coll. (1979) décrivent la sculpture familiale "comme un processus dynamique, actif, non linéaire, dépeignant les interrelations dans l'espace et le temps de manière à ce que les événements et les comportements soient simultanément perçus et vécus. Elle a pour but de mettre en scène les significations, les métaphores et les images des interrelations de manière à ce qu'elles puissent être partagées par tous, participants et observateurs. L'information n'est pas discutée mais expérimentée par l'action et l'observation." La technique comme telle peut présenter plusieurs variantes; ce n'est d'ailleurs pas de cet aspect dont je veux parler mais plutôt des facteurs qui me semblent déterminants dans le cadre du cours. L'animateur de la sculpture, invité pour la circonstance, est un clinicien chevronné, capable de saisir et de respecter le rythme du groupe, de témoigner chaleur et empathie. Sur le plan chronologique, je situe cette expérience vers la fin de la partie théorique; les principaux concepts ont donc été abordés, les étudiantes commencent à se connaître et ont appris à fonctionner ensemble. Une seule étudiante (une qui veut s'engager sur un plan personnel et qui obtient l'accord du groupe) fait la sculpture de sa famille d'origine seulement; les autres participent comme acteurs incarnant les membres de cette famille ou en tant qu'observateurs. Le fait de ne pas être l'animateur me donne la possibilité de vivre le processus à un niveau similaire à celui des étudiantes de même que cela me permet de jouer, si le "sculpteur" me le demande, un membre de sa famille assez souvent en l'occurrence la mère ou la soeur aînée. Après l'expérience, la tâche que je considère essentielle est d'être disponible et à l'écoute des besoins des étudiantes particulièrement de l'étudiante qui a été le "sculpteur".

Selon Mealy (1977), la sculpture est un moyen expérientiel utile pour stimuler le développement d'une prise de conscience de soi et de ses modes de relation. Après cinq années d'utilisation, il m'apparaît que de fait, cette session a comme principal effet de concrétiser et de démontrer, en quelque sorte, l'importance et la pertinence d'entreprendre ou de poursuivre une telle démarche de réflexion. S'arrêter à son vécu au sein de sa famille d'origine et de sa famille actuelle, prendre conscience des règles et valeurs transmises, revoir ses conceptions de la normalité et de la non normalité des comportements, tout ceci est de l'ordre d'une démarche nécessaire lorsque l'on a comme objectif de travailler de façon thérapeutique avec des familles. C'est, cependant, une démarche continue qui doit être faite par l'étudiante, de façon personnelle, à son propre rythme et selon la profondeur dont elle est capable à ce moment.

A un autre niveau, la sculpture familiale aide les étudiantes à conférer une signification à des notions qui peuvent être très théoriques et imprécises entre autres, les aspects multidimensionnels d'un système familial, l'interdépendance entre les

membres, la diversité dans les perceptions, l'importance du non verbal.

Quant à la simulation, comme elle est une technique souvent utilisée en enseignement, je vais m'en tenir à des points très spécifiques. A tour de rôle et pour préparer un jeu d'environ dix minutes, chaque étudiante doit décrire la situation d'une famille fictive: elle doit préciser qui sont les membres de cette famille, la nature de leur relation, le problème qui les incite à demander de l'aide, comment elle est amenée à prendre soin de cette famille, de quel moment de l'intervention il va s'agir. La façon dont l'étudiante-intervenante va décrire les relations et le problème de la famille constitue un indicateur non négligeable de son niveau actuel de connaissances. Les autres étudiantes vont choisir d'être tel ou tel membre de cette famille. Ceci décidé, je demande à l'intervenante de sortir quelques minutes afin que les acteurs puissent déterminer la façon dont ils entendent jouer la rencontre. Très souvent, le groupe se fait alors un malin plaisir "de mêler les cartes"; la mère conciliante que l'intervenante avait décrite, va s'avérer à l'usage avoir beaucoup moins de bonne volonté que ce qu'elle avait prévu...

Le jeu terminé, je trouve important de m'arrêter à ce que l'intervenante vient de vivre, de lui demander de préciser les objectifs qu'elle poursuivait, de lui demander de vérifier auprès des individus qu'elle voulait plus spécifiquement aider s'ils se sont réellement senti aidés et sinon, de quelle façon ils auraient pu l'être. Le jeu me donne aussi un aperçu des possibilités et des difficultés de l'intervenante. Beaucoup de points théoriques peuvent être repris à la lumière de ce qui vient de se vivre; très souvent les acteurs ont expérimenté en quelque sorte ce que signifie être dans une famille où la communication est difficile, les règles rigides ou encore comment le comportement d'un membre va déterminer le comportement des autres. Finalement, je puis dire que c'est le moment et le lieu où les étudiantes expriment leurs craintes de ne pas être suffisamment "aidantes", leur anxiété face à l'inconnu que constitue toute première rencontre. Avec les années, la place accordée à cet exercice est devenue de plus en plus grande par rapport à l'ensemble de la partie théorique.

Application clinique du concept

L'aspect clinique de l'expérience consiste essentiellement à intervenir auprès d'une famille en difficulté. L'intervention est faite au domicile de la famille, sur la base d'une rencontre par semaine (lorsque les circonstances le requièrent, ceci est évidemment modifié). La durée de l'intervention est en fonction des besoins de la famille, du problème et des objectifs de soins poursuivis. Cependant, comme il s'agit d'une intervention axée sur la situation de crise ou la résolution d'un problème spécifique, une moyenne de dix rencontres a été la norme habituellement utilisée.

Depuis le début de l'expérience, les situations dans lesquelles les étudiantes sont intervenues ont été celles de familles en crise à la suite de la naissance d'un enfant ayant un handicap physique ou mental, de familles éprouvant de sérieuses difficultés à cause d'une maladie physique ou mentale, d'une hospitalisation à long terme ou du décès d'un de leurs membres. Il y a eu également des situations où il s'agissait de parents ayant un problème dans l'exercice de leur rôle soit lors de la naissance d'un enfant, soit à la phase de l'adolescence, de même que des situations où des conjoints avaient des difficultés à vivre les périodes de la retraite et du vieillissement. Ces familles nous sont habituellement référées par des CLSC, DSC, CHLD, cliniques externes de psychiatrie, services de maintien à domicile. Je veux souligner que toutes les familles dont nous sommes occupées avaient, comme dénominateur commun, un besoin d'aide au niveau de la relation entre les membres. Ce qui n'exclut pas que dans beaucoup de ces situations, les besoins se situaient également sur le plan de soins physiques à recevoir, d'informations et d'enseignements en matière de santé et d'habitudes de vie. Ainsi, en restant très ouvertes aux dimensions bio-psycho-sociales, lesquelles font forcément partie d'une approche infirmière globale, les étudiantes sont amenées à tenir compte et à faire face à la diversité des besoins présentés par les membres d'une famille ainsi qu'à l'ampleur et la complexité des soins requis. Cela les aide également à préciser, à qui s'interroge sur cette question, la distinction entre l'approche infirmière et la thérapie familiale. Pour ma part, j'ai établi d'autres paramètres qui me sont utiles pour déterminer et maintenir cette distinction. Outre les différents types de besoins en cause et le genre de situations choisies, il y a également le contexte de l'intervention laquelle s'exerce dans le cadre des activités régulières de la famille et la poursuite d'un changement en regard de comportements et d'expériences de vie très spécifiques.

Lors de l'application clinique, l'apprentissage de l'étudiante consiste prioritairement à l'acquisition d'habiletés reliées à la notion même de système familial; l'étudiante ayant déjà des habiletés inhérentes à la relation d'aide individuelle, aux principes de la collecte des données et de la planification d'un plan de soins. Avec le recul, je considère donc que l'apprentissage doit surtout porter sur l'observation et l'évaluation du système familial, sur l'identification et la définition du problème dans une perspective systémique et sur l'intervention axée sur le processus. Ces trois habiletés sont difficilement séparables dans la réalité de la pratique car elles s'exercent de façon continue; cependant, pour fins d'explication, je vais les décrire de façon distincte, l'une après l'autre.

Par l'observation et l'évaluation du système, j'entends que l'étudiante doit développer la capacité d'observer le "comment" les membres sont en interaction les uns avec les autres dans le contexte de la rencontre de même que la capacité de donner un sens à ces observations en se référant aux constituantes des

concepts "structure et fonctionnement d'un système d'interaction" (cf. schéma b et c). Ainsi que le précisent Watzlawick et Weakland (1981), "la famille est un système régi par des règles, ses membres se comportent entre eux d'une manière répétitive et organisée et ce type de structuration des comportements peut être isolé comme un principe directeur de la vie familiale." En observant et explorant les modes d'interaction, l'infirmière devient plus en mesure d'identifier tant les forces que les faiblesses du système sur le plan de sa structure et de son fonctionnement.

Ce n'est pas une tâche facile; au début, les étudiantes ont souvent l'impression qu'elles n'observent pas les points essentiels ou encore qu'elles se laissent facilement submerger par un flot d'échanges verbaux et non verbaux entre tous ces individus sans nécessairement en percevoir ni l'importance ni le sens. Une contre-réaction à ceci peut être alors de vouloir contrôler la situation à un point tel qu'il n'y a plus de place pour l'observation mais uniquement pour un questionnaire adressé au membre avec lequel l'étudiante se sent le plus à l'aise afin que celui-ci raconte les événements survenus et le mode de vie de la famille. Accepter de ne pas tout savoir ni tout comprendre, avec l'anxiété que nécessairement cela suscite, est un apprentissage combien significatif lorsque l'étudiante commence une relation avec une famille.

L'identification et la définition du problème dans une perspective systémique constitue un autre apprentissage qui m'apparaît fondamental car la manière dont le problème est conceptualisé influence nécessairement la nature de l'intervention (Tomm & Wright, 1979). Cela sous-tend de désapprendre à penser en terme de causalité linéaire donc d'abandonner la vision mécaniste-causale des phénomènes pour les percevoir plutôt dans une perspective de circularité. La circularité est une notion majeure dans l'approche systémique. Tel que le soulignent Palazzoli Selvini et coll. (1979) "le comportement d'un membre de la famille influence inévitablement le comportement des autres; toutefois il est épistémologiquement erroné de considérer le comportement de ce membre comme la cause du comportement des autres membres et cela, parce que chaque membre influence les autres mais est aussi influencé par eux." De façon plus concrète, cela va signifier d'après Haley (1979) que "les membres d'une famille disent habituellement qu'une seule personne constitue le problème et la tâche du thérapeute est de penser en termes de plus d'une personne." Toujours selon Haley, "il pensera donc au problème d'une manière différente des membres de la famille mais il n'a pas à les convaincre de sa formulation. Il doit accepter ce qu'ils disent et sembler les suivre mais dans sa tête il pensera au problème à sa manière." Cette façon de voir est susceptible d'aider l'étudiante à mieux saisir l'importance de la présence de chaque membre et la nécessité d'explorer avec chacun comment il contribue à la situation problématique; la perception de la fonction du problème au sein de ce système sera alors possible.

Apprendre à intervenir au niveau du processus est une autre habileté. Cela n'exclut nullement la nécessité de tenir également compte du contenu. Toutefois, cela signifie que le contenu (ce qui est dit par les membres) ne devient pas le point unique qui guide l'intervention de l'infirmière mais également la compréhension et l'utilisation du "ici et maintenant" c'est-à-dire de ce qui se passe avec elle, à ce moment, dans ce lieu et dans ce contexte. En se basant sur ces observations du système en action, l'infirmière intervient de façon stratégique afin de changer les modes d'interaction moins fonctionnels en modes qui supportent le développement de nouveaux comportements et l'émergence d'une expérience de croissance personnelle pour chaque membre (Goren, 1979). De façon plus opératoire, cela consiste entre autres, à s'arrêter à l'aspect non verbal des messages, à identifier et à souligner la concordance ou la non concordance entre le verbal et le non verbal, à aider chaque membre à vérifier systématiquement ses perceptions, à aider chacun à identifier, préciser et exprimer les sentiments qu'il ressent à ce moment-là, à aider chacun à métacommuniquer verbalement c'est-à-dire parler de sa relation avec les autres membres. L'infirmière doit elle-même être capable de communiquer de façon claire et concise, de métacommuniquer verbalement car elle demeure consciente de ses sentiments et de ses réactions envers la famille. Elle est aussi suffisamment consciente du rôle non dit que les membres voudraient lui faire jouer et de leurs demandes d'alliance et de coalition pour utiliser ces phénomènes afin de favoriser un changement dans le système.

Il s'agit donc de ne pas se laisser piéger par le contenu lequel se situe à un seul niveau de la rencontre. C'est un procédé difficile. Goren (1979) décrit la difficulté de la façon suivante: une tendance naturelle est de rechercher la vérité ou de décider qui est "correct" lors de l'écoute des témoignages discordants des membres de la famille. Il n'existe pas, bien entendu, une telle vérité ou peut-être qu'il est plus exact de dire qu'il y a autant de vérités qu'il y a, au sein du système, des gens qui perçoivent et rapportent. Le sentiment familial d'avoir recueilli un flot d'informations ou de se sentir coincé sans savoir ce qui doit être fait avec tout ceci est une indication certaine que l'intervenant a cessé de se concentrer sur le processus et s'est perdu dans un labyrinthe de contenu.

Supervision

La supervision est un aspect majeur de l'ensemble de l'expérience, supervision que je considère avant tout, comme une méthode d'enseignement devant faciliter l'apprentissage du "comment" intervenir avec la famille. La supervision se déroule selon les modalités suivantes: en premier lieu, je demande aux étudiantes de se répartir en groupes de trois et de participer à chaque semaine, et ce pour chaque groupe, à une session d'une durée de trois heures (pour un total d'environ 45 heures par

groupe). Avant d'assister à la session, chaque étudiante doit avoir rédigé le compte rendu de sa rencontre avec la famille, identifié les thèmes dominants, déterminé les séquences qu'elle considère importantes. Réviser les objectifs et le plan d'intervention, déterminer de nouvelles hypothèses de travail, réfléchir sur sa façon d'être avec la famille, identifier ses sentiments et réactions face aux comportements des membres de la famille, relier les phénomènes observés lors de l'intervention à des concepts pertinents sont les points centraux de chaque session.

Cette forme de supervision par groupe de trois étudiantes, peut présenter certains inconvénients; cependant les avantages m'apparaissent suffisamment importants pour que je trouve la formule bien adaptée à l'apprentissage d'une intervention, laquelle est elle-même axée sur plusieurs individus. Par ces avantages, j'entends la possibilité pour les étudiantes d'apprendre les unes des autres, la nécessité de se faire graduellement confiance, l'obligation pour chacune de "faire sa place" au sein du groupe. Pour moi, en tant que superviseur, cette formule me permet d'observer le mode de relation des étudiantes non seulement avec moi mais également avec leurs collègues; les étudiantes peuvent aussi observer ma façon d'être et d'intervenir au sein de ce système d'interaction que nous constituons. Tout ceci signifie que non seulement le contenu de la supervision mais aussi le processus comme tel devient très important pour l'apprentissage de la même façon d'ailleurs qu'il l'est, comme nous l'avons vu précédemment, lors de l'intervention famille-étudiante. Le parallèle ne s'arrête pas là; tout comme l'étudiante doit graduellement tenter de le réaliser avec la famille, le superviseur doit être en mesure de faire vivre à l'étudiante une expérience de supervision où il existe un climat de non jugement, une disponibilité envers chacune, une liberté et une spontanéité dans les échanges, le respect du rythme de chacune, le respect des différences, la mise en évidence des aspects positifs de chaque individu. Comme le mentionne Braverman (1982), l'apprentissage prend place dans le contexte d'une relation entre l'enseignante et l'étudiante; quand cette relation n'est pas "nourrissante et supportante", l'apprentissage est entravé.

En dernier lieu, je trouve important d'aborder brièvement certains aspects qui ressortent à chaque année lorsque les étudiantes font l'évaluation de l'expérience ainsi que des apprentissages effectués. Bien qu'elles soulignent le court laps de temps alloué à l'expérience, les trois modalités pédagogiques utilisées sont perçues aussi essentielles les unes que les autres. L'amorce ou la poursuite d'une démarche de réflexion personnelle sur leur propre système familial est un élément très souvent mentionné. C'est d'ailleurs un aspect qui leur apparaît fondamental pour travailler efficacement avec des familles. Au delà du strict contenu enseigné, contenu qu'elles considèrent dense et approprié, les étudiantes accordent une grande importance au climat du cours en termes de se sentir en confiance, soutenues et respectées dans leurs différences. Sur le plan des habiletés à développer, elles mentionnent le plus souvent des acquis au niveau

de l'évaluation du problème dans une perspective systémique, l'amélioration de leurs capacités d'observation et de leur façon de communiquer ainsi que l'augmentation de leurs habiletés pour intervenir au niveau du processus de la rencontre.

Je tiens également à mentionner combien, en tant qu'enseignante, cette expérience est enrichissante et stimulante: elle signifie une remise en question au point de vue professionnel et personnel, elle fait appel à des habiletés diverses et elle s'inscrit dans un domaine complexe, en évolution et très actuel sur le plan de la pratique infirmière.

RÉFÉRENCES

- Allen, M. (1977). Comparative theories of the expanded role and implications for nursing practice. *Nursing Papers*, 9(2), 38-45.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Braverman, S. (1982). Family of origin as a training resource for family therapists. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 629-633.
- Clements, I.W., & Roberts, F.B., (Eds.). (1983). *Family health. A theoretical approach to nursing care*. New York: John Wiley & Sons.
- Ducharme, F. (1982). *Situation de vie du couple âgé à domicile et intervention de l'infirmière*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal.
- Duhl, F.J., Kantor, D., & Duhl, B.S. (1979). Apprentissage, espace et action en thérapie familiale: une première approche de la sculpture. Dans D.A. Block (Ed.), *Techniques de base en thérapie familiale*. Montréal: France-Amérique.
- Epstein, N.B., Bishop, D.A., & Levin, S. (1978). The McMaster Model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4, 1-31.
- Friedman, M.M. (1981). *Family nursing*. New York: Appleton-Century-Groft.
- Guttman, H.A. (1977, October). *A guide to family function and structure*. Montreal: Institute of Community and Family Psychiatry, Jewish General Hospital.
- Goren, S. (1979). A systems approach to emotional disorders of children. *Nursing Clinics of North America*, 14, 457-465.

- Haley, J. (1979). **Nouvelles stratégies en thérapie familiale.** Paris: Editions Universitaires, J.P. Delarge.
- Janosik, E.H., & Miller, J.R. (1979). Theories of family development, in D. Hymovich & M. Barnard (Eds.), **Family health care** (2nd ed.), Vol.1. New York: McGraw-Hill.
- Liddle, H.A. (1980). On teaching a contextual or systemic therapy: Training content, goals and methods. **American Journal of Family Therapy**, 8, 58-69.
- Mealy, A.R. (1977). Sculpting as a group technique for increasing awareness. **Perspectives in Psychiatric Care**, 15, 118-121.
- Miller, J.R., & Janosik, E.H. (Eds.) (1980). **Family-focused care.** New York: McGraw-Hill.
- Minuchin, S. (1979). **Familles en thérapie.** Paris: Editions Universitaires, J.P. Delarge.
- Montàgo, S. (1983, septembre). **Ateliers de travail.** Florence: Centro Insieme.
- O.I.I.Q. (1974, octobre). **Nursing en santé communautaire.** Montréal.
- O.I.I.Q. (1978, avril). **Nursing en santé mentale.** Montréal.
- O.I.I.Q. (1982, 1984). **L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec.** Tome 3: Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers en soins de courte durée. Tome 4: Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers et pour les infirmières cadres et les infirmiers cadres oeuvrant dans les établissements de santé. Montréal.
- Rogers, C.R. (1972). **Liberté pour apprendre.** Paris: Dunod.
- Satir, V. (1971). **Thérapie du couple et de la famille.** Paris: Epi.
- Selvini, P.M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). **Paradoxe et contre-paradoxe.** Paris: Editions ESF.
- Thibaudeau, M-F., Reidy, M., D'Amours, F., & Frappier, G. (1984). **Soins infirmiers aux familles défavorisées.** Rapport de recherche. Montréal: Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Tomm, K.M., & Wright, L.M. (1979) Training in family therapy: Perceptual, conceptual and elective skills. **Family Process**, 18, 227-250.
- Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J., & Jackson, D.D. (1972). **Une**

logique de la communication. Paris: Editions du Seuil.

Watzlawick, P., & Weakland, J.H. (1981). *Sur l'interaction.* Paris: Editions du Seuil.

Wright, L.M., & Leahey, M. (1984). *Nurses and families.* Philadelphia: F.A. Davis.

ABSTRACT

A teaching experience in nursing: The concept "family system" and a family intervention

This article describes a five-year teaching experience of a course in a Master's programme in Nursing. After identifying considerations and factors which determined the nature of the course, the author presents the chosen theoretical orientation and the main theoretical constructs which are taught. Because of their relatively unusual character, their experiential aspect and their great importance, the two teaching methods, family sculpting and family simulating, are discussed in detail.

For the clinical application of the concept, the author specifies the three skills that she considers the most fundamental for intervening with a family system. Finally, the supervision, an important part of the course is underlined as being, more than anything else, a form of teaching. Specifically pointed out is the parallel between the "façon d'être" of the supervisor with the students and that of the student with the members of the family she wishes to help.