LA RELATION D'AIDE EN NURSING:

EFFETS D'UN PROGRAMME DE FORMATION SYSTEMATIQUE

par

Thérèse Rainville

Thèse présentée à la Faculté des Etudes Supérieures
et de Recherche de McGill University en vue de
l'obtention du grade de Docteur en Education.

Department of Counsellor Education
McGill University
Montréal, Québec, Canada.

mai 1979.

SOMMAIRE

Cette étude eut pour but d'évaluer les effets d'un programme de formation systématique à la relation d'aide en nursing. En adaptant le programme "Interpersonal Process Recall" de Norman Kagan dans un format condensé et unique, l'auteur a tenté d'amener les étudiantes-infirmières à utiliser davantage des interventions de type exploratoire au niveau affectif c'est-à-dire à employer plus fréquemment des questions ouvertes, à diminuer l'utilisation de questions fermées, à faire davantage des reformulations des énoncés des clients et à refléter plus fréquemment les feelings exprimés ou sous-jacents des énoncés des clients.

La revue de littérature porte sur l'importance de la communication en nursing, sur la formation à la relation d'aide en nursing, sur le programme de Kagan, et sur les variables dépendantes de l'étude; l'adaptation du modèle de Kagan telle qu'utilisée dans cette recherche est aussi décrite de façon détaillée.

68 étudiantes-infirmières débutantes divisées au hasard en 3 groupes constituent l'échantillon: un groupe reçoit le programme adapté de Kagan (Kagan: Adapted Version or KAV), un autre, un cours didactique traditionnel, et un troisième ne reçoit aucun type de traitement.

Les données sont recueillies par 2 interviews de 5 minutes enregistrées par chacun des sujets, avant et après l'expérience. Les enregistrements sont cotés par 2 juges qui ont obtenu des coefficients de corrélation allant de .92 à .98.

Les résultats globaux semblent démontrer l'efficacité du programme KAV: pour l'ensemble des quatre variables, les 22 étudiantes du groupe expérimental KAV s'améliorent de façon statistiquement significative ($p = .0004$). Les 2 variables les plus responsables de ce changement sont l'emploi plus fréquent de questions ouvertes et de reflets de feelings. Par contre, il n'y a pas de changement significatif entre les étudiantes du groupe ayant reçu un cours didactique traditionnel et les étudiantes du groupe n'ayant reçu aucun type de traitement.

Des recommandations sont faites pour la formation systématique des étudiantes-infirmières à la relation d'aide et pour des recherches ultérieures en nursing et dans d'autres milieux.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the effects of a systematic training program on helping relationships for student nurses. Using a shortened adaptation developed by the present writer, of Norman Kagan's Interpersonal Process Recall model, an attempt was made to increase the use of open-ended questions, reflections of the others' feelings, reformulations of the others' content statements and reduction of the use of closed questions.

Literature on the importance of communication in nursing, on courses on helping relationships and on experiential training in nursing, on Kagan's program and on the dependant variables of the study is reviewed, and the adaptation of Kagan's training model is described.

The sample was composed of 68 beginning student-nurses randomly divided into 3 groups. One group received the "Kagan: Adapted Version" or KAV treatment; another, a traditional didactic course; and the third received no treatment.

Data were obtained on the dependent variables through five-minute audio-taped interviews for all the student nurses, before and after the treatment. Recordings were scored by 2 judges whose inter-rater correlations ranged from .92 to .98.

The over-all results appear to demonstrate the effectiveness of the KAV program: on the 4 variables considered as a set, changes in the desired direction, in the 22 students in the KAV group were statistically significant ($p = .004$). The 2 variables most responsible for these changes were increased frequency of use of open questions and of reflection of feelings. No difference was found between the didactic training group and the no-training group.

Recommendations are made for systematic training of nursing students in developing helping relationships and for further research in nursing and in other milieux.

REMERCIEMENTS

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance au Dr. Justine Harris, directeur de cette thèse, pour ses conseils judicieux et ses encouragements constants, de même qu'au Dr. S. Rapagna, Department of Educational Psychology and Sociology at McGill University, pour son assistance éclairée en statistiques, et aussi aux Drs. J. Cram, M. Westwood et T. Francoeur pour leur généreuse collaboration.

Un merci bien spécial est adressé aux professeurs et étudiantes-infirmières qui ont collaboré à cette recherche, de même qu'aux deux expérimentateurs mesdames Marie-Andrée Bourdon et Nicole Ricard, et aux deux juges mesdames France Duchesne et Odette Langlois pour leur précieux apport, ainsi qu'à ma fille Michèle-Ann pour sa compréhension et sa présence tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

Chapître		Page
I.	INTRODUCTION	1
II.	REVUE DE LITTERATURE	4
	Communication en Nursing	4
	Programmes de relation d'aide en Nsg	10
	Interpersonal Process Recall de Kagan ...	14
	Variables dépendantes	20
III	METHODOLOGIE	26
	Questions de recherche	28
	Echantillon	29
	Composition des groupes	30
	Description des traitements	31
	Expérimentateurs	37
	Déroulement de l'expérience	38
	Définition des variables dépendantes ...	41
	Instruments de mesure	42
	Validité et fidélité	45
	Cotation des variables dépendantes	46
IV	RESULTATS	49
	Présentation globale des données	49
	Etude principale	54

Chapître Page

Analyses complémentaires 62

a) Hommes et femmes 62

b) Sujets Spéciaux 64

V DISCUSSION 66

Limites de l'étude 72

Implications pour la formation des infirmières 73

Implications pour la recherche 75

APPENDICES

A_1. Sommes et moyennes des interventions selon les 2 juges pour chacun des sujets du groupe KAV 79

A_2. Sommes et moyennes des interventions selon les 2 juges pour chacun des sujets du groupe CDT..... 80

A_3. Sommes et moyennes des interventions selon les 2 juges pour chacun des sujets du groupe C 81

B. Consignes du programme KAV 83

C. Paroles du film Stimulinteraction 92

BIBLIOGRAPHIE 100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.	Calendrier de l'expérience	30
2.	Regroupement des "aidantes-aidées" avant et après l'expérience	44
3.	Coefficient de Corrélation de Pearson entre les 2 juges et moyennes d'interventions pour chacun des 2 juges pour les 4 variables dépendantes avant et après l'expérience	47
4.	Sommes, moyennes et différences entre les sommes des interventions pour chacune des 4 variables des 3 groupes KAV, CDT et C avant et après l'expérience	50
5.	Analyse de la variance multivariée: comparaisons a-priori entre les groupes KAV, CDT et C pour l'ensemble des variables avant l'expérience	55
6.	Analyse de la variance multivariée: comparaisons a-priori (après-avant) entre les 3 groupes pour l'ensemble des 4 variables ..	57
7.	Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre le groupe KAV et le groupe CDT pour chacune des variables dépendantes	58
8.	Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre le groupe CDT et le groupe C pour chacune des variables dépendantes	60
9.	Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre le groupe KAV et le groupe C pour chacune des variables dépendantes	61
10.	Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre hommes et femmes pour chacune des variables dépendantes avant l'expérience	63

Tableau Page

11. Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre hommes et femmes pour chacune des variables dépendantes après l'expérience 64

GRAPHIQUE

1. Total des interventions des 3 groupes KAV, CDT et C pour chacune des 4 variables avant et après l'expérience 53

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Les infirmières, de par la nature de leur profession, sont en interrelations continuelles avec des clients dans des relations d'aide. Cette dimension du Nursing, longtemps ignorée, prend une importance de plus en plus grande si bien que, pour se préparer à remplir leur fonction thérapeutique auprès des patients, les étudiantes-infirmières doivent non seulement augmenter leur bagage intellectuel au sujet de la relation d'aide, mais aussi augmenter leur compétence interpersonnelle (Burd & Marshall, 1963; Carlson, 1970; Hays & Larson, 1963; Orlando, 1961; Paterson & Zderad, 1976; Peplau, 1952; Ujhely, 1968; Weidenback, 1964).

Depuis une vingtaine d'années, les programmes d'éducation en Nursing prévoient des cours sur les relations humaines. On y a même introduit, surtout à l'occasion des stages en psychiatrie, des cours plus spécifiquement axés sur la relation d'aide mais l'accent reste souvent mis sur la formation intellectuelle de l'aidant et les moyens de transférer ces connaissances à la pratique sont peu répandus. En effet, pour préparer l'infirmière à soigner le malade en médecine, chirurgie, etc..., le syllabus prévoit des périodes de laboratoire au cours desquelles l'étudiante pratique, de façon simulée, les différents traitements qu'elle devra appliquer par la suite à des malades réels. En Nursing, de tels laboratoires en relations humaines sont quasi inexistants.

Une façon de commencer à améliorer cette situation peut être d'adapter certaines approches utilisées par d'autre professionnels pour l'enseignement et la pratique des habiletés nécessaires à la relation d'aide. D'autres disciplines, en effet, moins préoccupées des soins physiques des clients, ont mis leurs efforts à étudier en priorité la relation interpersonnelle comme telle pour identifier les ingrédients de la relation d'aide et élaborer des programmes de formation systématique à des comportements aidants.

Dans le domaine du Counseling par exemple, des auteurs tels Rogers (1951), Carkhuff (1969a) ont isolé quelques dimensions de la compétence interpersonnelle des aidants, à savoir l'empathie, le respect, l'authenticité, la spécificité, la confrontation et l'immédiateté. Par d'autres recherches, certains d'entre eux, Carkhuff (1969a), Truax et Carkhuff (1967) mirent au point des programmes de formation systématique mettant l'accent sur l'acquisition, par l'expérience, de ces habiletés spécifiques. Comme l'écrit Carkhuff (1969b), "there is a great jump in communication level and response frequency from experienced counselors who are not systematically trained to those who are, all of which suggests the necessity for training programs built systematically around the facilitative conditions" (p. 129). Danish, D'Augelli et Brock (1976) et Wyatt (1972) suggèrent d'utiliser ces programmes de formation systématique non seulement pour la formation des psychologues et des conseillers mais aussi pour entraîner les professionnels et non-professionnels à des relations plus aidantes.

Ainsi Norman Kagan (1967) a élaboré un programme de formation systématique à la relation d'aide qui vise à développer la capacité de manifester des attitudes aidantes, et préconise d'étendre son programme non seulement aux personnes impliquées dans des relations d'aide mais encore aux"lay people" pour rendre les relations interpersonnelles plus satisfaisantes.

Cette étude vise à vérifier si une telle méthode de formation systématique aux relations humaines, d'application facile pour les professeurs en Nursing, peut augmenter la compétence interpersonnelle des étudiantes-infirmières. Plus spécifiquement, en utilisant une version adaptée du programme de Kagan, cette étude tentera de démontrer qu'un practicum en relations humaines est plus rentable pour la formation des étudiantes-infirmières qu'un cours sur la relation d'aide tel que donné traditionnellement et, a fortiori, plus rentable que de laisser les étudiantes sans instruction ni formation spécifique à la relation d'aide.

La contribution de cette étude sera donc non seulement d'utiliser le programme de Kagan dans un format condensé et unique mais aussi d'en permettre une application facile par les professeurs en Nursing.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTERATURE

Ce chapître comprendra quatre volets. D'abord, il y aura une revue de la littérature sur l'importance de la communication en Nursing. Dans la 2e partie, nous parlerons de quelques cours ou expériences sur la relation d'aide organisés déjà dans les milieux infirmiers.

Nous présenterons ensuite le programme de Kagan et des recherches en rapport avec ce programme. La dernière partie traitera des variables de la présente étude puis des travaux utilisant ces mêmes variables.

Importance de la communication en Nursing

Dans le but de poser des hypothèses de recherche concernant les habiletés interactionnelles de l'infirmière, il faut d'abord préciser l'importance de la relation infirmière-malade.

Schudy (1978) déclare: "Nursing takes place in an interpersonal situation. All behavior has meaning and may be seen as an attempt at communication" (p. 8). Pour Paterson et Zderad (1976) le Nursing est une transaction intersubjective entre l'infirmière et le client, un dialogue vivant et ainsi il donne une grande possibilité de relations humaines plus ou moins intenses et de différentes sortes. Cette perspective rejoint celle de Pluckhan (1978) lorsqu'elle écrit:

"Nursing is a social process in which there is an intimate relationship between the nurse and the client" (p. 152).

Déjà en 1952, Peplau écrit dans le même sens que le Nursing est un processus interpersonnel thérapeutique significatif. Il agit de concert avec d'autres processus humains qui rendent la santé accessible aux individus d'une communauté. Dans certaines situations où des équipes de santé offrent leurs services, les infirmières participent à l'élaboration et à l'implantation de conditions qui facilitent le fonctionnement naturel optimal des organismes humains.

Pour sa part, Smith (1964) va jusqu'à dire: "it may well be that the science of communication is more pertinent to nursing than the science of disease or pathology... it may well be one of the most important criteria that can be used in evaluating nursing care" (p. 69).

Certaines recherches en Nursing justifient ces assertions. Ainsi, une étude de 132 interviews auprès de patients hospitalisés révèle que la communication avec les médecins et les infirmières est d'une grande importance pour les malades (Skipper, Tagliacozzo & Mauksh, 1964). Les patients désirent de l'information au sujet de leur maladie, des procédures techniques et de l'organisation sociale générale de l'hôpital. Quand cette information est reçue, l'anxiété des malades au sujet de leur maladie diminue et les patients

apprennent ainsi à collaborer à ce que les infirmières et les médecins attendent d'eux en vue de leur guérison.

Les études de Janis (1958) sur le stress des patients devant être opérés démontrent qu'il est essentiel, pour l'efficacité du traitement, de réduire la peur des patients en phase préopératoire. Or, une des meilleures façons de réduire cette peur est de donner aux patients une certaine information au sujet de l'expérience menaçante qu'est l'opération.

Dans une étude ayant pour but d'explorer les effets de trois différents types de communication sur des patients faisant face à une situation modérée de stress, Meyers (1964) interviewe 37 femmes et 35 hommes malades. Les communications des infirmières avec ces patients sont catégorisées en trois groupes: "structured communications"; "no communication" et "irrelevant communications". Les patients qui reçoivent une communication structurée donnant de l'information sont moins stressés que les patients des deux autres groupes. Foster (1974) trouve aussi une baisse de stress signalée par la mesure du sodium-potassium chez 12 des patients de son groupe expérimental bénéficiant d'une communication interpersonnelle avec l'infirmière.

Dumas, Anderson et Leonard (1965), dans une recherche expérimentale auprès de 22 patients, étudient les effets physiologiques de la communication entre infirmière et patient. Ils engagent en

effet une infirmière spécialiste en psychiatrie et hygiène mentale pour communiquer avec les 11 malades du groupe expérimental durant l'heure précédant leur opération, afin de leur faire ventiler leur anxiété et de les accompagner à la salle d'opération jusqu'à ce qu'ils soient sous anesthésie. A la salle de réveil, aucun de ces malades ne vomit en phase post-opératoire alors que 50% du groupe contrôle ont produit une quantité plus ou moins grande de vomissements.

Comme le soulignent Tarasuk, Rhymes et Leonard (1965), les habiletés communicationnelles sont aussi importantes en Nursing que les autres habiletés techniques. Dans leur étude auprès de 40 patients se plaignant de douleurs, l'infirmière du groupe expérimental, avant de donner la médication prescrite au besoin pour calmer les douleurs, parle avec le malade pour clarifier avec lui ce qu'il veut dire par "douleur" et, dans 69% des cas, la médication n'est pas nécessaire pour un soulagement immédiat, comparativement aux 20 autres malades du groupe contrôle qui reçoivent la médication prescrite au besoin dès leur première plainte.

Pourtant, cette conscience de l'importance de la communication est peu répandue chez les infirmières, même si une communication trop limitée entre les infirmières et les patients peut compromettre l'efficacité du système thérapeutique entier, l'infirmière étant la seule personne accessible 24 heures par jour et 7 jours par semaine dans les hôpitaux.

Dans son étude sur l'importance relative des objectifs en Nursing, Coe (1965) trouve que 30% des infirmières en service général, 35% des surveillantes et seulement 29% des infirmières graduées d'universités, comparativement à 100% des professeurs enseignants à l'université, reconnaissent la nécessité de maintenir des relations interpersonnelles valables avec les patients.

En effet, comme le dit Brown (1965), la cause du manque de communication avec les patients est due au fait que les médecins et les infirmières sont encore prioritairement axés sur le traitement de la maladie et le confort physique du malade. Le concept du "soin total du malade" est mis de l'avant, mais les chercheurs dans les sciences du comportement ne peuvent opérationnaliser ce concept à moins que la communication entre le personnel hospitalier et les malades ne s'améliore. Et une telle communication peut difficilement se réaliser si les médecins et les infirmières ne reçoivent pas une solide formation en relations interpersonnelles. En effet, pour être capable de fonctionner thérapeutiquement au plan verbal et non verbal de la communication, il faut des habiletés plus poussées que celles qui sont développées chez les infirmières durant leur formation.

Pluckhan (1970) partage le même avis que Brown: à la fin de son étude auprès de 30 infirmières en santé communautaire, elle identifie que seulement 2 des infirmières de sa population atteignent le niveau minimal des trois conditions rogériennes dans leurs relations thérapeutiques. Elle conclut, elle aussi, à la nécessité

d'entraîner systématiquement les infirmières à des habiletés dans la relation d'aide, qui est une partie intégrale des soins infirmiers.

Dans une autre étude impliquant des interviews auprès de plus de 1,000 infirmières, Ritvo (1963) conclut, de la même façon, d'après ses résultats, que les infirmières n'ont pas, au cours de leur formation en Nursing, un entraînement suffisant pour reconnaître et réagir à tous les types de comportements de malades de manière compréhensive et thérapeutique.

Le genre de communication de l'infirmière fait aussi l'objet de quelques études. Ainsi, Johnson (1964) investigue les "patterns" verbaux employés par les infirmières. Elle étudie la relation qui existe entre les patterns verbaux de 18 étudiantes en Nursing et leur compétence thérapeutique dans une unité psychiatrique. Les données receuillies sont regroupées en deux catégories de compétence: "élevée" ou "faible". Les étudiantes appartenant au groupe à compétence "élevée" agissent selon cinq des hypothèses formulées pour déterminer la compétence thérapeutique élevée: elles emploient une grande variété de techniques verbales; elles font peu de commentaires factuels; elles formulent plus de considérations au sujet du patient; elles ont plus de réponses affectives et, enfin, elles se centrent davantage sur le patient.

De son côté, Hays (1963) receuille verbatim 100 discussions entre patients et infirmières de Pensylvania University. Elle

découvre cinq problèmes majeurs de communication qu'elle formule ainsi: demander des explications, introduire des sujets hors contexte, rechercher de la sécurité, approuver et faire des réponses stéréotypées. Les réponses qu'elle catégorise comme étant thérapeutiques sont: utiliser le silence; encourager les descriptions; faire des observations; suggérer la collaboration; donner des informations; refléter les feelings; encourager l'auto-évaluation; rechercher la validation par consensus; enfin, s'utiliser de façon thérapeutique.

Dans une autre étude exploratrice auprès de 154 infirmières, Couture (1967) trouve que les infirmières semblent plus à l'aise quand elles expliquent des procédures techniques concrètes que lorsqu'elles utilisent d'autres genres de communication avec le patient. Cet auteur recommande que les professeurs en Nursing mettent davantage l'accent sur le processus communicationnel non seulement de façon théorique, mais aussi qu'ils utilisent des méthodes d'apprentissage cliniquement valables pour augmenter la compétence interpersonnelle des étudiantes-infirmières vis-à-vis des patients.

Cours et expériences sur la relation d'aide en Nursing

Dans sa revue de littérature sur le "Therapeutic Effectiveness of Counseling by Nursing Personnel", Peitchinis, en 1972, conclut que, d'après plusieurs auteurs, les infirmières ont peu d'habiletés dites thérapeutiques. Par ailleurs, selon elle, les recherches expérimentales utilisant des programmes de formation des infirmières dans ce domaine offrent des résultats positifs. Elle cite, entre

autres, l'étude de Holmes (1968) qui identifie, chez les infirmières, plusieurs facteurs reliés aux conditions facilitatives rogériennes comme l'écoute du patient par l'infirmière et l'expression de feelings positifs entre eux.

En Nursing, on voit donc un besoin et aussi une tendance à développer des habiletés interpersonnelles. Parfois, quelques cours sur les relations interpersonnelles sont organisés sous forme de workshops (Magner, 1976). Pour la pratique de stratégies de communication thérapeutique, on utilise l'équipe interdisciplinaire, c'est-à-dire non seulement les professeurs en Nursing mais aussi des professeurs rattachés au Département des Communications (Morse & Van DenBerg, 1978). Dans leur article sur "How to be a helping person", Shanken et Shanken (1976), respectivement psychiatre et psychologue, font ressortir l'importance de l'écoute active et celle de l'expression des feelings chez le patient. Ils proposent, de plus, l'emploi du role-playing pour la pratique de ces habiletés chez les infirmières.

Pour étudier les effets de deux méthodes de formation à des habiletés interpersonnelles chez 36 infirmières, Carpenter et Kroth (1976) utilisent également un role-playing sur vidéo pour le groupe expérimental et concluent que cette méthode apporte des résultats positifs sur des variables telles l'utilisation de questions ouvertes, l'expression de feelings congruents, avec une baisse de messages inadéquats et d'interruptions dans la communication.

Comme l'écrivent Cohen, Wallston, Smith et DeVellis (1978),: "One of the most important aspects of the professional nurse's role is counseling patients - listening carefully to their concerns, demands, complaints, questions and responding in as facilitative a manner as is possible" (p. 156). Aussi, dans leur étude expérimentale, ces auteurs utilisent des enregistrements de patients fictifs en demandant à leurs sujets (44 infirmières) de leur répondre verbalement "in as helpful a manner as possible". Ces enregistrements servent de pré et post-tests à un court traitement consistant, pour 20 des 44 sujets, à écouter un autre message enregistré concernant les éléments d'une réponse aidante. Ils concluent que les réponses des post-tests sont significativement plus aidantes dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

A côté des méthodes plus spécifiques au Nursing, on utilise beaucoup la "dynamique de groupe" pour la formation des infirmières aux relations interpersonnelles (Garner & Lowe, 1965; Thompson, Lakin & Johnson, 1965; et Dye, 1974). Pour sa part, Adams (1972), à l'aide d'un questionnaire à 96 infirmières, affirme qu'une de ces expériences de groupe influença positivement les relations interpersonnelles des infirmières et ce, non seulement immédiatement après l'expérience, mais aussi jusqu'à 15 mois après la fin de leur entraînement.

Pour leur part, Authier et Gustafson (1975) appliquent la méthode de microcounseling avec et sans supervision sur une population de 18 infirmières divisées en 3 groupes. Les variables à

l'étude sont: a) open invitation to talk; b) reflection of feeling; c) questions into statements; d) confrontation; e) feedback; f) self-disclosure" (p. 705). Les infirmières du groupe expérimental supervisé augmentent ces habiletés de façon significative comparativement au groupe contrôle et à celui des infirmières du groupe non-supervisé.

Kratochvil (1969) utilise aussi une population de 11 infirmières et de 5 ergothérapeutes pour mesurer les effets d'un programme de formation didactique et expérientiel de 18 heures à la relation d'aide. Les sujets du groupe expérimental élèvent leur niveau de fonctionnement interpersonnel de façon significative; cependant, cet auteur ne peut confirmer son hypothèse quant aux changement des valeurs des sujets ayant suivis ce training.

Enfin Kalisch (1971) applique un programme d'une douzaine d'heures, intégrant une approche didactique et expérientielle avec du role-playing et du modeling, à une population de 49 étudiantes-infirmières pour les former à l'empathie. Ses sujets expérimentaux non seulement augmentent significativement leur capacité empathique par rapport au groupe contrôle mais de plus maintiennent ces résultats positifs 6 semaines après la fin du training.

Ainsi, comme on peut le constater, quelques tentatives sont faites pour augmenter les habiletés interpersonnelles des infirmières dans certains milieux. Cependant nous n'avons trouvé aucun programme semblable à celui de Kagan où l'approche est à la fois didactique

et expérientielle et qui aurait été appliqué à une population d'infirmières.

Programme de Kagan et recherches utilisant le I.P.R.

La recherche qui a conduit Norman Kagan (1967) à la mise au point de l'Interpersonal Process Recall (I.P.R.) posait, comme question initiale: "Pouvons-nous améliorer les relations interpersonnelles entre les gens?" Ce projet eut pour titre "Studies in Human Interaction" et fut appuyé financièrement par le United States Department of Health, Education and Welfare. Essentiellement, le I.P.R. de Kagan (1975a) consiste en l'enregistrement audio-visuel d'une séance de counseling et à l'utilisation subséquente de ce matériel afin que le client, le conseiller, ou les deux, en revoyant cette séance télévisée, puissent étudier leurs comportements et en expérimenter de nouveaux. Ainsi, cette méthode s'appuie sur la notion théorique du feed-back, le phénomène du rappel audio-visuel de la situation vécue accélérant le progrès des clients en thérapie et des étudiants en formation par la mise à jour d'informations sous-jacentes aux feelings.

Dans une revue historique des 11 années du I.P.R., Kagan (1975b) rappelle qu'au début de ses recherches, il tenta de remplacer le mécanisme habituel de supervision en counseling par une session I.P.R. Il dut alors varier sa méthode et y ajouter de nouvelles tâches pour l'étudiant, avec des objectifs précis pour un apprentissage progressif.

Cette fois, plusieurs études mesurent l'efficacité du I.P.R. amélioré. Ainsi, Dendy (1971), utilisant cette méthode auprès de 22 étudiants du niveau de baccalauréat trouve que ces étudiants, après avoir suivi un programme de 38 heures échelonnées sur une période de 6 mois, apprennent à fonctionner de façon plus efficace et facilitante dans des relations d'aide. Il observe, en outre, que les habiletés acquises ne sont pas détériorées après trois mois sans programme et qu'enfin, le niveau de fonctionnement de ces étudiants se rapproche, après l'application du programme, de celui de conseillers professionnels expérimentés.

Archer (1972), de son côté, démontre que la méthode de Kagan peut être adaptée et utilisée avec succès pour développer des habiletés interpersonnelles de para-professionnels leaders de groupes de croissance personnelle. Dans sa discussion, Archer souligne que le succès du I.P.R. veut peut-être dire que des para-professionnels fonctionnent mieux à l'intérieur d'expériences structurées qui leur indiquent des objectifs et des moyens d'enseignement spécifiques.

Grzegorek (1971), pour sa part, se demande s'il est nécessaire d'insister sur la dimension affective, durant la formation des étudiants ou s'il n'est pas suffisant de leur donner un bagage intellectuel sur la dynamique du client. Dans sa recherche, il institue deux programmes de training pour des conseillers, l'un axé sur la croissance affective personnelle de l'étudiant et l'autre n'examinant que le processus dynamique du client et la technique

de counseling à utiliser. Seuls les étudiants du groupe axé sur la croissance affective personnelle font un progrès significatif, l'exploration des feelings étant une part importante du I.P.R.

Dans une étude impliquant 18 clients d'un centre universitaire de counseling et 19 étudiants du Y.M.C.A. de la même université, Hartson & Kunce (1973) émettent l'hypothèse que le programme I.P.R. est plus efficace pour faciliter la communication à l'intérieur du groupe que la méthode traditionnelle du T-group. Or, les étudiants du programme I.P.R. changent de façon significative dans l'ouverture de soi et dans l'interaction verbale thérapeutique des discussions de groupe.

Enfin Schauble (1970) rapporte des résultats significatifs dans les changements thérapeutiques de deux groupes de clients, l'un soumis au I.P.R. et l'autre bénéficiant d'une thérapie traditionnelle. Les clients du programme de Kagan font preuve de changements positifs dans leur manière de se relier à leur thérapeute et se rendent plus volontiers à leur entrevue de thérapie.

Cependant, en 1976, l'étude de Van Noord et Kagan invalide ces résultats. En effet, les clients recevant le "I.P.R./affect-simulation" comme traitement expérimental ne font pas de progrès thérapeutique significatif comparativement au groupe de clients du modèle traditionnel de thérapie. Les auteurs recommandent, à la

suite de ces résultats, que des expériences utilisant des unités séparées soient reprises, sur de plus longues périodes, en analysant les avantages et les désavantages de l'emploi de ces techniques pour découvrir ce qui est directement applicable avec des clients. Ils croient finalement que le programme I.P.R. est actuellement bien validé comme training en counseling mais que d'autres recherches doivent vérifier sa rentabilité pour accélérer le progrès thérapeutique des clients.

En counseling education, à la suite de ces recherches et afin de permettre l'utilisation de la méthode I.P.R. à une audience plus vaste, l'équipe de Kagan (1975a) condense son programme en une série de films contenant des cours, des démonstrations, des exercices et des consignes. Tout ce programme comprend cinq unités. Certaines sections peuvent être utilisées de façon exclusive ou modifiées suivant les objectifs poursuivis dans un milieu donné.

Cette série de films inclut une nouvelle technique, un film spécial "Affect Simulation Film", appelé ci-après "Stimulinteraction". En effet, en examinant "the traditional" I.P.R., Kagan et Schauble (1969) découvrent qu'une large part de sa rentabilité est reliée à la valeur même des entrevues de counseling qu'elle occasionne dans un climat relativement sécurisant et que, dans certains cas, le client n'est pas confronté aux menaces interpersonnelles les plus difficiles pour lui. Ainsi, les sessions de "retour assisté" peuvent parfois ne pas rejoindre ses difficultés interpersonnelles

les plus intenses et les plus embarrassantes. Cette constatation est l'occasion du développement de cette nouvelle technique "Stimulinteraction" qui consiste essentiellement en la projection de "vignettes-portraits" de confrontation interpersonnelle où l'acteur dirige soit son affection ou son rejet vers le spectateur ou encore réagit comme s'il était rejeté ou séduit (avec peur ou colère). Chacune de ces quatre émotions (affection, rejet, séduction, colère) est contenue dans plusieurs scènes du film qui peut être utilisé en petites unités séparées. Ces vignettes du film sont montrées à des individus à qui un investigateur (inquirer), responsable du retour assisté, demande d'imaginer que la personne qu'ils voient sur l'écran leur parle directement et personnellement.

Ce film de situations simulées semble offrir le maximum de sécurité nécessaire pour que les gens démystifient et dépassent leurs cauchemars interpersonnels en mettant des mots sur les différents stress qui, ordinairement, leur occasionnent trop d'anxiété pour leur permettre de les reconnaître, de les comprendre et de les dépasser. La simulation rend les gens capables de pénétrer, en quelque sorte, à l'intérieur d'expériences envahissantes sans, pour ainsi dire, se laisser envahir.

Si la projection du film "Stimulinteraction" est faite en groupe, il présente certains autres avantages; (Kagan, 1975b). D'abord, il stimule l'interaction entre les membres du groupe; il permet ensuite que les uns et les autres reconnaissent chez les

autres des réactions ou des peurs qu'ils croyaient être les seuls à éprouver; de plus, le feed-back des membres du groupe permet la validation de certaines perceptions; enfin, les membres du groupe étendent leur répertoire de mots et de phrases pour décrire leurs comportements cachés en profitant d'une expérience d'intimité et de partage avec les autres. Cet apprentissage de partage des cauchemars interpersonnels réduit alors les feelings de solitude et de honte et permet ainsi au gens d'apprendre de nouvelles conduites interpersonnelles. Cette technique est donc une méthode efficace pour favoriser la croissance en aidant les sujets à devenir plus sensibles à leurs propres réactions émotives et à leur impact sur les autres.

Danish et Kagan (1969) trouvent, de plus, que ce film a différents effets selon qu'il est employé au début, au cours ou à la fin d'une relation thérapeutique; ainsi au début d'une thérapie, le film oriente le client en l'aidant à réaliser "de quoi" il peut parler; au cours de la thérapie, lorsque le client est capable de parler de ses feelings, le film lui permet en plus de faire l'expérience de ces feelings dont il parle; en fin de traitement, le film est l'occasion de mettre le client en contact avec des alternatives d'action dans l'utilisation de ses feelings.

Ce film peut donc être employé en éducation et dans des relations thérapeutiques individuelles et des relations de groupe et, même si un des formats préconisés utilise le vidéo pour le retour

assisté, ce film peut aussi être utilisé avec succès sans videotape (Kagan, 1975a, p. 74)

Dans la présente étude, l'unité "Stimulinteraction" ou l'unité II est utilisée de façon exclusive sans videotape, avec une intégration partielle de l'unité I du programme de Kagan, dans un groupe d'étudiantes-infirmières avec un expérimentateur (inquirer) pour le retour assisté, tel qu'il est décrit au chapître de la méthodologie.

Variables dépendantes et recherches en rapport avec ces variables

Plusieurs recherches utilisant des programmes de formation systématique à la relation d'aide sont menées, spécialement pour le training des thérapeutes et des conseillers (Tosi & Eshbaugh, 1978). Comme le rappellent ces derniers, Carkhuff (1969a) incorpore les concepts rogériens de base en un modèle de training systématique en relations humaines des professionnels et non-professionnels. Et parmi ces concepts, l'empathie a une place prépondérante: "without empathy, there is no basis for helping" (Carkhuff, 1969a, vol. 2, p. 83).

Certains programmes, visant à developper l'empathie chez les aidants, décomposent ce concept en plusieurs mini-habiletés. Egan (1975), par exemple, affirme que l'emploi de questions ouvertes amènera le client dès le début de la relation, à explorer son propre vécu. Ivey (1971), dans son Manual of Microcounseling destiné

à enseigner les habiletés de base de l'interview, fait ressortir que cet "open invitation to talk" est la première tâche de l'aidant pour arriver à découvrir comment le client vit sa situation. Il fait ressortir que la question ouverte permettra à l'aidé de s'exprimer librement alors que des questions fermées, en conduisant à une accumulation de faits, démontrent souvent un manque d'intérêt pour ce que vit le client. Comme l'écrit Benjamin (1969):

> The open question is broad, the closed question narrow. The open question allows the interviewee full scope; the closed question limits him to a specific answer. The open question invites him to widen his perceptual field; the closed question curtails it. The open question solicits his views, opinions, thoughts and feelings, the closed question may circumscribe it. In short, the former may open wide the door to good rapport; the latter keeps it shut. (p. 64).

Il va donc sans dire que dans l'interaction infirmière-malade, cette habileté est fondamentale pour inviter le malade à parler.

Une autre habileté également préconisée par Egan (1975) et Ivey (1971)est la capacité de reformuler non seulement le contenu du message du client mais aussi de refléter les feelings perçus.

L'expression des feelings pour le mieux-être des bien-portants et la guérison des malades n'est plus à démontrer, et cela depuis fort longtemps. Jourard (1964) rapporte que:

> Toward the end of the 19th century, Joseph Breuer, a Viennese physician, discovered that when his hysterical patients talked about themselves disclosing not only the verbal content of their memories but also the feelings that they had suppressed at the time of assorted "traumatic" experiences, their hysterical symptoms disappeared. (p. 21).

Le rôle crucial que jouent les feelings dans la relation d'aide est reconnu depuis lors par de multiples auteurs non seulement dans les sciences médicales mais aussi dans des professions connexes comme en Nursing et en Counseling (Jahoda 1958; Peplau 1952; Rogers 1951), et plus récemment Haber, Schudy, Leach et Sideleau (1978). Tout le mouvement rogérien fait d'ailleurs ressortir l'importance du processus émotionnel et ses liens étroits avec la qualité de la relation interpersonnelle dans laquelle il a lieu (Poulin 1975). En effet, Thorne (1962) va jusqu'à dire que la thérapie non-directive propose une sorte de diagnostic standard pour tous les clients en soutenant que précisément les facteurs émotionnels sont les causes de tous les arrêts de croissance et plus encore de tous les désordres psychologiques. Aussi,

plusieurs auteurs considèrent l'habileté de l'aidant à susciter l'expression de feeling chez le client comme un aspect vital du processus thérapeutique (Brammer & Shostrom 1960; Truax & Carkhuff 1967; Egan 1975). Kell et Mueller (1966), écrivent explicitement: "Counselor adequacy is a function of the ability to recognize and respond directly to feelings no matter what the feelings are" (p. 41).

Cette habileté à percevoir les feelings du client est donc devenue une mesure de compréhension empathique chez Carkhuff (1969a) et un critère fondamental servant d'indicateur à l'experiencing. En développant leur échelle de l'experiencing, Gendlin et Tomlinson (1967) décrivent les deux plus hautes cotes comme étant la liberté non seulement d'accéder à ses sentiments mais de s'y mouvoir pour y intégrer ses significations expérientielles, ce qui présuppose la capacité d'exprimer ses sentiments. Et, pour aider le client à explorer ainsi ses feelings, l'aidant doit en quelque sorte développer "a third ear" dans la situation thérapeutique.

Aussi, les variables de la présente étude, c'est-à-dire l'emploi de questions ouvertes plutôt que de questions fermées, et la reformulation non seulement des contenus des messages des clients mais aussi le reflet des feelings sous-jacents, sont utilisées comme indicateurs d'habiletés dans la relation d'aide dans un bon nombre de recherches dont quelques-unes sont soulignées ci-après.

Danish, D'Augelli et Brock (1976) évaluent l'impact d'un programme de formation à des habiletés de base et selon leurs hypothèses, après le training il y a a) une hausse dans l'emploi de reformulation de contenu et de feelings; b) une baisse dans l'emploi de questions fermées; c) une baisse également dans l'emploi d'énoncés de suggestions et de conseils. Leur dernière hypothèse concernant une hausse dans le nombre de question ouvertes n'est pas vérifiée sinon que le changement au niveau des questions ne s'opére que par la baisse de l'emploi de questions fermées.

Ivey, Normington, Miller, Morrill et Haase (1968) utilisent le microcounseling avec des conseillers débutants divisés en 3 groupes afin de déterminer si des habiletés de base, comme l'"attending behavior", le reflet des feelings et le résumé des feelings, peuvent être développées chez des sujets dans une courte période de training. Leurs résultats démontrent que ces trois habiletés peuvent être enseignées de façon satisfaisante par cette technique de microcounseling de quelques heures. Dans une autre recherche, Ivey et ses collègues (1968) concluent que la variable "reflection of feeling" peut être enseignée dans une période aussi courte que deux heures de training.

Pour sa part, Welch (1976) intégre la technique du I.P.R. à un modèle de microcounseling pour former des counselors à des habiletés de base en relation d'aide. Ses variables à l'étude sont "eye contact, talk time, verbal following, open questions, counselor

focus and client focus" (p. vi). Les sujets de son groupe expérimental s'améliorent de façon significative par rapport aux sujets de ses deux autres groupes dans l'utilisation des habiletés préconisées, sauf dans l'emploi de questions ouvertes. Par ailleurs, les sujets expérimentaux en question n'ont pas d'entraînement spécifique pour développer cette dernière habileté, l'emploi de questions ouvertes étant considéré, dans cette étude, comme une extension de l'"attending behavior".

Utilisant aussi une approche de microcounseling dans un groupe comparé à un autre groupe de training en relations humaines, selon le modèle de Carkhuff, Toukmanian et Rennie (1975) concluent que leurs sujets expérimentaux du groupe de microcounseling développent de façon significative l'écoute active, l'emploi de question ouvertes et le reflet des feelings. De même, Passons et Olsen (1969) utilisent les variables "ability to sense feelings" et "willingness to communicate in the realm of feelings" comme éléments de l'empathie.

Les variables de la présente étude, les interventions exploratoires de niveau affectif, semblent donc des critères bien reconnus pour mesurer la compétence interpersonnelle des aidants. Ceci met fin à la revue de littérature qui nous a fait voir en outre, antérieurement, l'importance de la relation d'aide en nursing, ce qui est fait actuellement dans ce domaine pour la formation des infirmières et le programme de Kagan qui a inspiré cette recherche.

CHAPITRE III

METHODOLOGIE

Le but de la présente étude est d'utiliser une version adaptée du programme de Kagan (Kagan: Adapted Version or KAV) pour la formation des étudiantes-infirmières à la relation d'aide. Cette recherche tente de démontrer que l'application d'un programme de formation systématique et simple à des habiletés de base (KAV) peut amener l'étudiante à utiliser plus fréquemment des interventions de type aidant: l'étudiante invite le client à explorer ses feelings par des formulations plus fréquentes de questions ouvertes plutôt que par des questions fermées et des reformulations non seulement des contenus de l'énoncé du client mais aussi des feelings perçus. L'auteur de cette étude a donc comme objectif de développer, par ce programme, le premier groupe d'habiletés visées par Kagan: "The first (set of skills) is the ability to clearly understand what a person is saying, both overtly and covertly, and on both the cognitive and the affective levels" (Kagan, 1975a, p. 10).

Dans cette étude, 3 groupes d'étudiantes constitue la population à laquelle on applique 3 types de traitement: un 1er groupe est soumis au programme adapté de Kagan (KAV); un 2e groupe reçoit un cours didactique traditionel sur la relation d'aide (CDT); enfin, un 3e groupe contrôle (C) ne reçoit aucun type de traitement concernant la relation d'aide.

Ce chapître présente donc en détail les questions de recherche, la population, la composition des groupes, la description des traitements, les expérimentateurs, la procédure pour l'expérimentation, les variables dépendantes, la validité et la fidélité, et enfin la cotation des variables dépendantes par les juges.

QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Y a-t-il une différence significative dans les pré et les post-tests sur l'ensemble des 4 variables pour les étudiantes du groupe KAV? Plus spécifiquement, le groupe KAV est-il significativement différent des deux autres groupes?

2. Y a-t-il une différence significative dans les pré et les post-tests quant au nombre de questions ouvertes formulées par les étudiantes du groupe KAV? Plus spécifiquement, le groupe KAV est-il significativement différent des deux autres groupes?

3. Y a-t-il une différence significative dans les pré et les post-tests quant au nombre de questions fermées formulées par les étudiantes du groupe KAV? Plus spécifiquement, le groupe KAV est-il significativement différent des deux autres groupes?

4. Y a-t-il une différence significative dans les pré et les post-tests quant au nombre de reformulations des contenus utilisées par les étudiantes du groupe KAV? Plus spécifiquement, le groupe KAV est-il significativement différent des deux autres groupes?

5. Y a-t-il une différence significative dans les pré et les post-tests quant au nombre de reflets de feelings utilisés par les étudiantes du groupe KAV? Plus spécifiquement, le groupe KAV est-il significativement différent des deux autres groupes?

Echantillon

Les sujets de cette étude sont 68 étudiantes-infirmières* de 1ère année, inscrites à un programme de Baccalauréat en Sciences Infirmières de l'Université de Montréal pour 1978-1979. Notre échantillon comprend 58 sujets de sexe féminin et 10 de sexe masculin. Ces personnes sont âgées de 19 à 23 ans, avec une moyenne d'âge de 20 ans.

Au moment de l'étude, elles sont engagées tous les jours, depuis le début de leur cours d'infirmières, dans leur première session de cours théoriques et de laboratoires de techniques de nursing. Elles n'ont pas encore commencé leurs stages à l'hôpital. A l'intérieur de cette session, elles ont reçu un cours théorique de 6 heures d'introduction à la relation d'aide inspiré du livre de Lucien Auger (1972). De plus, ces étudiantes ont pu antérieurement faire des lectures ou suivre des cours en relations humaines mais aucune n'a été soumise à un entraînement systématique à la relation d'aide. Elles sont donc considérées comme des sujets neutres pour ce "Laboratoire sur la relation d'aide" que constitue l'expérimentation de la présente étude.

Ce laboratoire s'inscrit à l'intérieur du cours intitulé "Nursing général" et portant le sigle SOI 1153, dans l'horaire régulier de ces étudiantes. Ces dernières participent à l'expérimentation sur une base volontaire. Cette variable de la motivation à y participer

* Dans ce texte, le mot "étudiantes-infirmières" inclut "étudiants-infirmiers".

apporte des limites à la présente étude mais par ailleurs, Kagan écrit: "the voluntary participation of the students is an added asset, in that a degree of self-motivation is then built into the session" (Kagan, 1975a, p. 3), de sorte que l'animateur n'a pas à développer des stratégies neutralisant d'autres variables comme, par exemple, la résistance au programme.

Composition des groupes

Le groupe d'étudiantes est divisé au hasard selon une table de nombres aléatoires dans 3 groupes:

1er: 22 étudiantes recevant le programme de Kagan (KAV);

2e : 22 étudiantes recevant un cours didactique traditionnel (CDT);

3e : 24 étudiantes continuant leurs activités habituelles (C).

TABLEAU 1

Calendrier de l'expérience

	1ère semaine		2e semaine	
	mardi	mercredi	mardi	mercredi
Groupe 1 n = 22	Mesures KAV	KAV	KAV	KAV Mesures
Groupe 2 n = 22	Mesures CDT	CDT	CDT	CDT Mesures
Groupe 3 n = 24	Mesures C	C	C	C Mesures

Ce laboratoire sur la relation d'aide est inscrit à l'horaire des étudiantes 2 jours de la semaine, les mardi et mercredi a.m. de 9hres. à midi, durant 2 semaines. Des interviews servant d'instrument de mesures sont enregistrées lors de la première et de la dernière rencontre et les différents traitements sont appliqués durant quatre demi-journées.

Description des unités I et II du programme de Kagan

Le programme entier tel que présenté par Kagan dans son Manual (1975a) comprend 5 Unités. Comme il l'écrit, "this work is designed to increase the likelihood that people who wish to improve their ability to interact with others can learn to do so" (p. IX). Plus spécifiquement, "the student is carried through a sequential series of experiences designed to help her/him learn to be a mental health worker or to improve her/his interviewing skills or human interaction competencies".

De cet ensemble, seule l'Unité II, appelée "Stimulinteraction" est utilisée pour l'expérimentation de la présente étude, en y intégrant toutefois une partie de l'Unité I du programme de Kagan. Ce dernier est très souple quant à l'adaptation de son programme aux objectifs poursuivis dans des milieux spécifiques: "Successful use of I.P.R.training materials depends upon the instructor preparing an instructional plan which fits the needs, resources and capabilities of the proposed training population" (Kagan, 1975a, p. 2). De plus, certaines études, dont celles entre autres de

Archer (1972) et Dendy (1971), montrent des applications diverses de ce training dans une bonne variété de milieux et font penser à l'auteur de cette recherche que ces méthodes peuvent être adaptées et appliquées dans un programme de base en nursing.

Le film de l'Unité II a pour but général de favoriser l'apprentissage des relations interpersonnelles. En y intégrant les objectifs de formation de l'Unité I, l'auteur de cette thèse vise à ce que les étudiantes, tout en étant en contact avec leurs propres feelings, apprennent à explorer les feelings des clients par des questions ouvertes plutôt que fermées et par des reformulations non seulement des contenus des messages entendus mais aussi et surtout des reflets des feelings perçus chez les clients.

UNITE I du programme de Kagan

Dans l'unité I, Kagan définit le "facilitative functioning" comme la manière avec laquelle l'aidant répond aux préoccupations de l'autre personne, le client. La compréhension empathique est reconnue comme une base nécessaire pour que les réponses soient aidantes. Les quatre caractéristiques des réponses de l'aidant sont: (1) affective rather than cognitive; (2) understanding rather than non-understanding; (3) specific rather than non-specific; (4) exploratory rather than non-exploratory (Dendy, 1971, p. 3).

La procédure du travail avec l'unité I est la suivante: à l'aide de vignettes illustrant une interaction entre deux personnes,

les quatre caractéristiques ci-haut mentionnées sont tour à tour démontrées et l'animateur fait ressortir, au cours de la discussion qui suit la projection des vignettes, que les réponses cognitives et non-exploratoires sont habituellement le fait des rencontres sociales, alors que les autres réponses (exploratoires, de niveau affectif) sont celles des communications de relation d'aide. Les étudiants sont ensuite amenés à pratiquer ces réponses aidantes à l'aide d'autres vignettes présentant des clients (fictifs) à qui les étudiants sont invités à répondre en utilisant les quatre caractéristiques illustrées précédemment.

UNITE II du programme de Kagan

L'Unité II ou "Stimulinteraction" est un film composé de vignettes originalement conçues pour amener les aidants à dépasser leurs peurs dans les relations interpersonnelles. Selon Kagan (1971), lorsque ces peurs sont reconnues et acceptées par les aidants et qu'elles sont partagées et discutées avec d'autres membres d'un groupe, les aidants peuvent commencer à interagir de façon plus efficace avec les gens, grâce à la dimension affective de leur communication. Afin de confronter les participants avec leurs peurs, ces vignettes sont de courts extraits de relations interpersonnelles où une seule des personnes impliquées figure à l'écran, de sorte que le spectateur devient personnellement impliqué dans la dite relation (Limoges, 1976). Des acteurs professionnels ont été entraînés à exprimer des émotions de base, d'intensité variée, et à diriger ces émotions (affection, rejet, séduction, colère) vers

un individu imaginaire directement placé derrière la camera. Ainsi le spectateur voit l'image à l'écran comme si l'acteur lui parlait directement (Kagan & Schauble, 1969).

Limoges a fait une version québécoise de ces vignettes en utilisant la même méthodologie que Kagan de sorte qu'on puisse se servir de ce film pour un apprentissage micrograduè et que ces vignettes puissent être utilisées comme entités séparées selon le milieu donné.

Description du programme expérimental KAV

L'originalité de la présente étude est d'intégrer les objectifs d'apprentissage de l'Unité I du programme de Kagan à l'Unite II de ce même programme, de telle sorte que l'étudiante apprenne non seulement à explorer ses propres feelings (Un. II) mais aussi à utiliser des interventions de type exploratoire au niveau affectif (Un. I) dans ses relations avec les clients.

Pour ce faire, l'auteur de la présente recherche utilise deux des formats préconisés par Kagan pour le visionnement des vignettes. Selon le premier format, les participantes du groupe sont encouragées par l'expérimentateur (inquirer) à partager leurs réactions les unes avec les autres. L'expérimentateur démontre ainsi par ses propres interventions une façon efficace d'explorer les réactions des participantes. Pour le deuxième format, chacune des étudiantes, à l'intérieur de dyades, devient à tour de rôle facilitatrice de sa collègue en essayant de l'amener à verbaliser l'impact de la vignette

sur cette dernière. A cette fin, une des étudiantes de la dyade quitte le local durant la projection de la vignette pour ensuite revenir et explorer la réaction de sa compagne à cette scène du film (Kagan, 1975a, p. 83). Ainsi, 22 étudiantes du groupe expérimental sont graduellement entraînées, de par les consignes du programme KAV (Annexe B) accompagnant chacune des vignettes choisies du film Stimulinteraction (Annexe C) à formuler des interventions de type exploratoire de niveau affectif et ce, soit à l'intérieur du grand groupe, soit en divers sous-groupes formés au cours des interactions.

Description du cours didactique traditionnel CDT

Un deuxième groupe de 22 étudiantes reçoit un cours didactique traditionnel (CDT) suivant le même horaire que les étudiantes du groupe expérimental KAV.

Ce cours a comme but général de faire comprendre à l'étudiante le processus de la relation d'aide et d'identifier intellectuellement les habiletés nécessaires à l'infirmière pour établir une telle relation. Le contenu de ce cours - les besoins fondamentaux de l'homme et un modèle de relation d'aide - est choisi parce que ces concepts sont ceux qui sont les plus répandus dans les programmes actuels* du Nursing au cours des 3 années de formation de l'étudiante-

* par exemple, ceux du Baccalauréat de base à l'Université de Montréal (1978-1979), ceux des Collèges d'Enseignement Général et Professionnel du Vieux-Montréal, de Maisonneuve, de Bois-de-Boulogne (1978-1979).

infirmière. Pour les fins de la présente étude, ce cours est donné selon la méthode didactique traditionnelle où le professeur expose un contenu théorique. Il est divisé en 4 parties: à la 1ère rencontre, il y a un exposé et des discussions sur la théorie des besoins fondamentaux selon A. H. Maslow (1954); lors de la 2e rencontre, il y a projection d'un film illustrant l'application de cette théorie dans la relation infirmière-malade. Les 3e et 4e rencontres sont consacrées à l'exposé théorique et à des discussions du modèle de G. Egan (1975) sur la relation d'aide comprenant les 3 phases d'exploration, de compréhension et d'action.

Il est à noter que les étudiantes de ce groupe CDT reçoivent des informations théoriques quant aux habiletés de la relation d'aide qui font l'objet des variables de la présente étude, spécifiquement au moment de l'exposé de la phase exploratoire du modèle d'Egan. Elles discutent également de ces même habiletés mais, à la différence du groupe KAV, elles n'ont aucune occasion de mettre en pratique ces habiletés au cours du CDT. Cette dimension cognitive du CDT est accentuée tout au long du déroulement de ce groupe, alors que les étudiantes du groupe KAV ont peu d'informations théoriques et beaucoup d'entraînement pratique aux habiletés qui font l'objet des variables dépendantes de cette étude.

Description du groupe contrôle C

Les 24 étudiantes du groupe contrôle se réunissent avec leurs collègues des groupes KAV et CDT pour les pré et post-tests et

sont libres de leur temps et de leurs activités durant les 4 demi-journées de l'expérimentation. En effet, nous avons d'abord considéré la possibilité d'appliquer à ce groupe un traitement neutre comme, par exemple, une lecture sur des sujets variés en dehors de la relation d'aide. Par la suite, nous avons pensé laisser ces étudiantes du groupe contrôle libres de leur temps pendant la période d'expérimentation parce que cette façon de faire est plus naturelle et plus représentative de la situation réelle de beaucoup d'étudiantes-infirmières.

Les expérimentateurs

Les deux expérimentateurs de cette étude sont 2 professeurs en Nursing de l'Université de Montréal, ayant une Maîtrise en Nursing psychiatrique, entraînés à l'application du programme de Kagan. Afin de contrôler le plus possible la variable "personnalité du professeur", ces expérimentateurs appliquent à tour de rôle le programme KAV et le CDT. On tire au hasard un des deux noms des professeurs pour déterminer lequel des deux expérimentateurs assure la 1ère session de 3 heures du groupe expérimental KAV (Expérimentateur A), pour alterner ensuite comme suit:

1er	mardi	-	Groupe	KAV	-	Expérimentateur A
1er	mardi	-	Groupe	CDT	-	Expérimentateur B
1er	mercredi	-	Groupe	KAV	-	Expérimentateur B
1er	mercredi	-	Groupe	CDT	-	Expérimentateur A
2e	mardi	-	Groupe	KAV	-	Expérimentateur A
2e	mardi	-	Groupe	CDT	-	Expérimentateur B

2e	mercredi	-	Groupe	KAV	-	Expérimentateur B
2e	mercredi	-	Groupe	CDT	-	Expérimentateur A

Déroulement du groupe expérimental KAV

Après avoir présenté les 3 traitements appliqués aux 3 groupes de notre population, nous élaborons ici la procédure d'application du groupe expérimental KAV parce que ce traitement constitue la partie novatrice de notre étude.

Ce traitement expérimental KAV est donc appliqué à un groupe de 22 étudiantes par un des deux expérimentateurs à tour de rôle. Tenant compte des suggestions de Kagan (1975a, p. 10), le déroulement de ce programme s'étend sur une période de 2 semaines, à raison de 4 sessions de 3 heures chacune. On se souviendra que l'application des 5 unités du programme entier de Kagan demande de 30 à 45 heures. Le programme KAV, représentant le tiers de ce programme, ne requiert donc qu'une douzaine d'heures d'application.

Au tout début du programme, l'expérimentateur rappelle aux étudiantes que le but de ce training est de leur donner l'occasion d'étendre leur répertoire d'interventions aidantes auprès des clients en tenant compte des habiletés qu'elles possèdent déjà à partir de leurs expériences antérieures.

Le design de chacune des sessions comprend des informations didactiques, des exercices avec le film suivis de discussions expérientielles.

Avant chacune des 4 sessions du programme, l'expérimentateur fait un court rappel théorique sur l'habileté à être à l'écoute de ses propres feelings, sur la nécessité de développer des conditions facilitant l'exploration des problèmes des clients par des comportements verbaux spécifiques tels des réponses de type exploratoire, l'emploi de questions ouvertes plutôt que de questions fermées, de même que la reformulation des énoncés des clients non seulement au niveau des contenus mais surtout au niveau des feelings exprimés ou sous-jacents afin de se centrer sur la dimension affective des messages des clients.

L'expérimentateur donne alors des exemples de questions ouvertes ou fermées, insistant sur le fait que, comme le dit Kagan (1975a, p. 44) les interventions de type exploratoire (questions ouvertes) encouragent les gens à demeurer activement impliqués et leur donnent de la liberté dans leurs réponses alors que les interventions de type non-exploratoire (questions fermées) découragent les gens à investiguer plus à fond ce qui les préoccupe et limite ainsi leurs possibilités d'évoluer dans leurs situations.

L'expérimentateur explique ensuite la différence entre une reformulation d'énoncé au niveau des contenus, - le cognitif, les faits, les données, les mots actuels du message, - et un reflet des feelings, des attitudes, des peurs, des émotions, des doutes, des valeurs, en un mot, du message affectif. A l'aide d'exemples, les étudiantes sont amenées à discriminer les interventions de

type cognitif de celles de type affectif.

A chacune des rencontres, après ce court exposé théorique, l'expérimentateur utilise 8 vignettes, chacune donnant lieu à une vingtaine de minutes de travail en groupe. Pour chacune des vignettes, l'expérimentateur donne d'abord une consigne, montre la vignette et se sert ensuite des autres questions pour l'animation du groupe. Suivant le matériel apporté par les participantes, l'expérimentateur peut ensuite librement mettre l'accent sur l'un ou l'autre aspect du vécu des participantes et des habiletés à développer en utilisant les phénomènes du groupe afin de stimuler l'interaction entre les membres, valider les perceptions différentes des unes et des autres, favoriser le feed-back et enfin augmenter le répertoire verbal des participantes à l'intérieur du grand groupe ou des petits groupes selon les besoins.

Définition des VARIABLES DEPENDANTES (Danish & al. 1976)

QUESTIONS OUVERTES: questions auxquelles on ne peut pas répondre que par un oui ou un non, ou que par un ou deux mots.

QUESTIONS FERMEES: questions auxquelles on ne peut que répondre par un oui ou un non, ou que par un ou deux mots.

REFORMULATIONS DES CONTENUS: énoncés qui résument ou reflètent les contenus de l'énoncé ou des énoncés précédents.

REFLETS DE FEELINGS: énoncés par lesquels l'aidant reflète les feelings exprimés ou sous-jacents de l'énoncé ou des énoncés précédents.

Instruments de Mesures

Les données de base de cette étude sont receuillies à l'aide de deux interviews enregistrées par chacun des sujets des 3 groupes constituant l'échantillon, l'une avant et l'autre après l'expérimentation. La démarche de ces interviews enregistrées est la même pour toutes les participantes: durant 5 minutes, chacune des étudiantes prenant le rôle d'une aidante, fait une interview d'aide simulée à une autre étudiante prenant le rôle d'une aidée. L'étudiante "aidée" consulte l'étudiante "aidante" pour des préoccupations au sujet de ses études. Parce que les sujets de l'échantillon sont des étudiantes-infirmières nouvellement engagées dans un cours de trois ans en Nursing, ce jeu de rôle semble être assez près de leur vécu pour que la consultation fournisse un matériel pertinent quant aux critères mesurés (cf. p. 41).

Au début de chacune des interviews, les instructions suivantes sont communiquées aux sujets impliqués:

> "Une étudiante "aidée" ayant des préoccupations au sujet de ses études vient vous consulter, vous, l'étudiante "aidante". Pendant 5 minutes, tâchez de l'aider autant que vous le pouvez."

Les étudiantes sont tour à tour "aidante" et "aidée" et sont agencées de telle sorte qu'à chaque interview, elles ne puissent être avec la même personne plus d'une fois, soit comme "aidante" soit comme "aidée", au moment du pré-test ou à celui du post-test.

Pous les interviews des pré-tests, tous les sujets étant neutres par rapport à l'expérimentation, la formation des dyades "aidante"-"aidée" peut se faire suivant l'illustration à la page suivante. Quant aux interviews des post-tests, les étudiantes des 3 groupes sont regroupées en un seul groupe et tirées au hasard pour la formation des dyades "aidante"-"aidée" lors du premier 5 minutes d'interviews enregistrées. Quatre étudiantes du groupe expérimental KAV se trouvent ainsi désignées par hasard, à être les "aidantes" de quatre autres étudiantes "aidées" du groupe KAV également. Un traitement statistique spécial sera appliqué à ces regroupements afin de vérifier si ces quatre dyades sont influencées par leur commune appartenance au groupe expérimental KAV. On entrecroise ensuite ces mêmes dyades "aidante"-"aidée" pour le 2e et dernier 5 minutes d'interview du post-test. Le tableau de la page suivante démontre comment ces dyades sont formées à partir des numéros assignés à chacun des membres des 3 groupes de l'expérimentation.

TABLEAU 2

Regroupement des "Aidantes-Aidées" avant et après l'expérience

	AVANT L'EXPERIENCE		APRES L'EXPERIENCE	
	Aidante Aidée	Aidante Aidée	Aidante Aidée	Aidante Aidée
Nos.	1----11	11 1	20----63	63 20
	2----12	12 2	51----32	32 51
	3----13	13 3	53----14	14 53
	4----14	14 4	24----28	28 24
	21----31	31 21	39---- 2	2 39
	22----32	32 22	18----54	54 18
	23----33	33 23	4----16	16 4
	24----34	34 24	60----37	37 60
	41----51	51 41	61----40	40 61
	42----52	52 42	15----31	31 15
	43----53	53 43	46----19	19 46
	44----54	54 44	41----58	58 41
	61----67	67 61	8----36	36 8
	62----68	68 62	49----45	45 49

Légende: Nos. 1 à 22 = étudiantes du groupe KAV
Nos. 23 à 44 = étudiantes du groupe CDT
Nos. 45 à 68 = étudiantes du groupe C

Toutes les interviews sont enregistrées pour fin de cotation par des juges. Les 136 enregistrements sont ensuite entremêlés de telle sorte que les juges ignorent ce qui constitue le matériel des pré-tests et celui des post-tests.

Validité et fidélité

La validité des instruments de mesure vient du fait que les catégories établies pour le relevé des variables sont directement tirées des concepts théoriques de l'étude de sorte que le système de cotation en est une extension.

Quant à la fidélité, les juges cotent les interventions des aidantes des pré et post-tests selon les enregistrements qui sont mis ensemble et ensuite tirés au hasard. De plus, la somme des questions ouvertes ou fermées étant une mesure objective, d'autres juges pourraient de la même manière utiliser ce système de cotation.

Pour la variable "reformulation des contenus," et celle "reflets des feelings," dans le système de cotation actuel, elles sont considérées comme mesure objective. En effet, même si elles représentent des habiletés plus complexes que l'emploi de questions ouvertes ou fermées, selon l'étude de Ivey et al. (1968, p. 7) "accurate reflection of feeling is a discreet, identifiable skill".

Limites de la méthodologie

Ce système de collecte de données présente plusieurs limites. D'abord, les aidantes ont des clients fictifs et non des malades

réels lors de l'interview. De plus, les problèmes apportés par les clients fictifs sont de nature différente de ceux que présenteront les malades réels par la suite. Enfin, cette interview de 5 minutes ne correspond qu'au stade du début d'une relation d'aide alors que les infirmières seront souvent dans des relations déjà établies et ayant davantage de continuité.

Cotation des variables dépendantes

Deux juges cotent les interventions de tous les sujets des 3 groupes à partir des 136 interviews de 5 minutes enregistrées avant et après l'application du traitement.

Ces deux juges sont deux infirmières possédant une Maîtrise en Nursing psychiatrique ayant plusieurs années d'expérience comme professeur avec ce genre de matériel. Elles sont entraînées durant cinq heures à la cotation des variables dépendantes de cette étude en cotant des entrevues similaires ne faisant pas partie de l'étude, et ce jusqu'à l'obtention d'une entente de 90% atteinte lors de la sixième entrevue. C'est ensuite que le matériel de cette recherche leur est remis pour la cotation des variables à l'étude.

La procédure suivie par ces deux juges est de calculer le nombre de questions ouvertes et le nombre de questions fermées formulées lors des interviews de chacune des aidantes de même que le nombre de reformulations de contenus et le nombre de reflets de feelings. Pour ce faire, elles signalent sur une feuille de cotation

et à l'aide d'un tiret, chaque question ouverte et chaque question fermée, de même que chacune des reformulations de contenus et chacun des reflets de feelings des 136 interviews, pour en compter ensuite la fréquence pour chaque sujet de l'échantillon. Le coefficient de corrélation entre les deux juges de même que les moyennes d'interventions cotées par chacun des 2 juges pour ces 4 variables est établi et présenté au Tableau 3 ci-après.

TABLEAU 3

Coefficient de Correlation de Pearson
entre les 2 juges
et moyennes d'interventions pour chacun des 2 juges
pour les 4 variables dépendantes
avant et après l'expérience

Variables	r	moyennes Juge 1	Juge 2
Q. ouvertes Avant	.96	3.64	3.61
Q. ouvertes Après	.97	6.29	6.16
Q. fermées Avant	.98	4.45	4.41
Q. fermées Après	.97	4.13	4.07
R. contenus Avant	.92	3.07	3.23
R. contenus Après	.93	4.08	4.04
R. feelings Avant	.93	1.72	1.64
R. feelings Après	.93	2.41	2.41

Comme on le voit au Tableau 3, les corrélations d'entente entre les deux juges pour chacune des variables avant et après l'expérience sont toutes supérieures à .92 .

Les corrélations les plus élevées sont obtenues pour la cotation des questions fermées avant l'expérience (r = .98) et après l'expérience (r = .97) de même que pour la cotation des questions ouvertes avant l'expérience (r = .96) et après l'expérience (r = .97).

Quant à la variable reformulations de contenus, les corrélations entre les deux juges sont r = .92 avant et r = .93 après l'expérience, alors que pour les reflets de feelings, ces corrélations demeurent à r = .93 avant comme après l'expérience.

Comme on peut le constater au Tableau 3, les moyennes d'interventions cotées par chacun des 2 juges pour les 4 variables dépendantes avant et après l'expérience démontrent également l'entente élevée entre ces 2 juges.

CHAPITRE IV

RESULTATS

Ce chapître comprend 4 parties. Il y a d'abord une présentation globale des données et ensuite l'étude statistique principale qui consiste en une comparaison des 3 groupes KAV (expérimental), CDT (cours didactique traditionnel) et C (contrôle) pour faire ressortir les différences possibles entre ces groupes et déterminer s'il y a eu des modifications favorables dans les interventions des étudiantes du groupe expérimental par rapport aux étudiantes des deux autres groupes.

Enfin, nous comparons le groupe d'hommes et le groupe de femmes pour vérifier s'il y a une différence entre ces deux catégories de notre population pour chacune des variables à l'étude avant et après l'expérience. Il y a enfin une dernière analyse de quatre sujets ayant été placés par hasard, dans une situation spéciale au moment des post-tests.

Présentation globale des données

Afin d'avoir une vue globale de l'ensemble des résultats, les interventions de chacun des sujets des 3 groupes identifiées comme variables de l'étude, soit questions ouvertes, questions fermées, reformulations des contenus et reflets des feelings ont été compilées pour les pré et post-tests. (cf. Appendice A). Le tableau 4 ci-après présente les sommes, les moyennes et les différences entre les sommes de

ces interventions pour chaque variable avant et après l'expérience pour chacun des trois groupes KAV (expérimental), CDT (cours didactique traditionnel) et C (contrôle).

TABLEAU 4

Sommes, moyennes et différences entre les sommes pour chacune des 4 variables des 3 groupes KAV, CDT et C avant et après l'expérience

Variables / Groupes		Quest.ouvertes		Quest.fermées		Reform.contenus		Ref.feelings	
		avant	après	avant	après	avant	après	avant	après
KAV	S	76.5	202.5	96.5	52	72.5	114	31.5	72
	M	3.5	9.2	4.4	2.4	3.3	5.2	1.4	3.3
n = 22	D	126		-44.5		41.5		40.5	
CDT	S	101.5	146.5	46	96	80	99.5	51.5	57.5
	M	4.6	6.7	3.9	4.3	3.6	4.6	2.3	2.6
n = 22	D	45		50		19.5		6	
C	S	69	73.5	119	131	63	63	31.5	34.5
	M	3.1	3.3	5.4	5.9	2.9	2.9	1.4	1.6
n = 24	D	4.5		12		0		3	

Légende: S = sommes

M = moyennes

D = différences entre les sommes

Ce tableau nous indique qu'au niveau des données brutes, il y a une augmentation de 126 questions ouvertes pour le groupe KAV, alors que le groupe CDT n'augmente que de 45 et le groupe C reste à peu près au même point soit 4.5 questions ouvertes de plus. Les étudiantes du groupe KAV utilisent donc davantage les questions ouvertes dans leurs interventions après le traitement expérimental que les étudiantes des 2 autres groupes CDT et C.

A l'aide du tableau de l'appendice A, on peut noter particulièrement que tous les étudiants de ce groupe KAV considérés individuellement, accusent une augmentation de questions ouvertes au post-test comparativement au pré-test et souvent de façon très marquée.

Pour les questions fermées, le tableau 4, appuie nos prévisions: il y a en effet une diminution de 44.5 questions fermées après l'expérience pour le groupe expérimental KAV, alors que le groupe CDT augmente au contraire de 50 questions fermées et le groupe C de 12. Seuls les étudiants du groupe KAV présentent donc une amélioration au niveau de cette variable des questions fermées.

Au sujet des reformulations de contenus, le groupe KAV augmente de 41.5, le groupe CDT de 19.5, alors que le groupe C reste stationnaire.

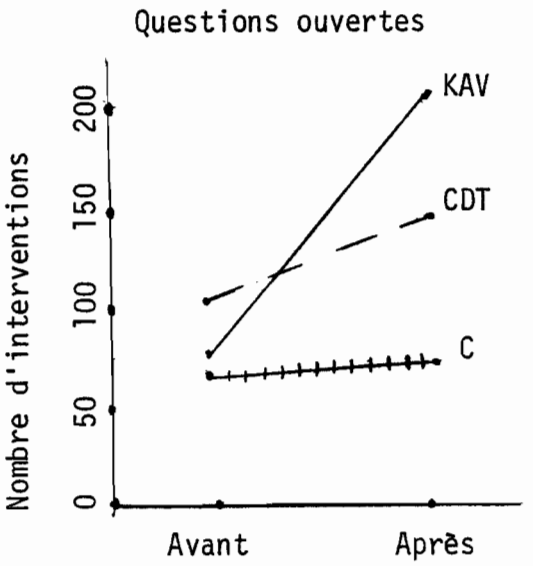
Quant à la dernière variable, reflets de feelings, il y a une augmentation de 40.5 soit plus du double du point de départ (de

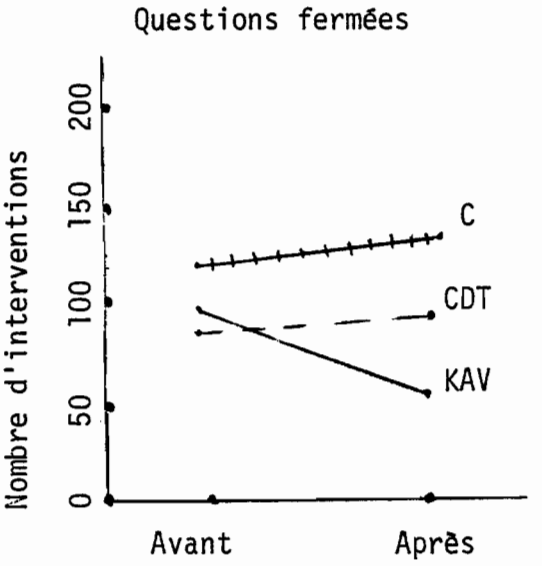
31.5 à 72) alors que le groupe CDT n'augmente que de 6 et le groupe C que de 3. Les étudiants du groupe KAV formulent donc davantage de reflets de feelings dans leurs interventions après le traitement expérimental que les étudiants des 2 autres groupes CDT et C.

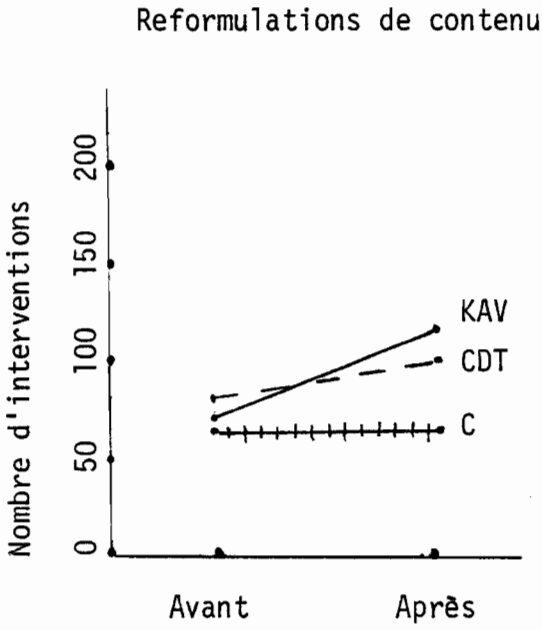
A partir du nombre d'interventions faites par chacun des 3 groupes KAV, CDT et C, le graphique de la page suivante illustre les changements au niveau de chacune des 4 variables avant et après l'expérience.

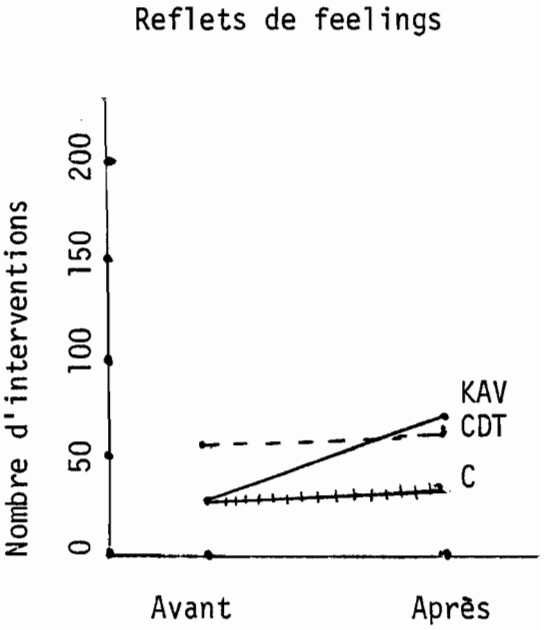
Total des interventions des 3 groupes KAV, CDT, et C

pour chacune des 4 variables avant et après l'expérience









Comme on peut le constater, le changement du groupe KAV est positif et particulièrement mis en évidence par la ligne droite très inclinée et montante pour les questions ouvertes comparativement au groupes CDT et C.

Pour les questions fermées, le groupe KAV est le seul à indiquer un changement favorable à nos prévisions et donc négatif alors que les 2 autres groupes CDT et C accusent plutôt une augmentation.

Pour les deux autres variables, reformulations de contenus et reflets de feelings, le groupe KAV indique une inclinaison plus forte, donc un changement plus marqué que le groupe CDT dont l'inclinaison de la droite est très faible et le groupe C où l'inclinaison est inexistante.

Etude principale

L'étude des données précédemment regroupées dans le Tableau 4, porte maintenant principalement sur la comparaison des résultats des trois groupes en ce qui concerne les quatre variables prises ensemble.

Nous vérifions d'abord si les trois groupes de notre échantillon sont comparables ou équivalents au départ. Par une analyse de la variance multivariée, nous faisons des comparaisons a-priori entre les trois groupes KAV, CDT et C, pour l'ensemble des quatre variables. Le programme que nous utilisons est "multivariance: univariate

and multivariate analysis of variance, covariance and regression" de J. D. Finn (1972). Comme l'expliquent Kerlinger et Padhazur (1973): "because the dependant variable measures have been obtained from the same subjects and thus are correlated in some unknown way, multivariate methods take the correlations among the dependant variables into account... as a set". (p. 352).

Le tableau 5 ci-après présente les résultats de ces comparaisons entre les trois groupes, pris 2 à 2 afin de vérifier si ces groupes sont semblables avant l'expérience.

TABLEAU 5

Analyse de la variance multivariée

comparaisons a-priori entre les groupes KAV, CDT, et C

pour l'ensemble des variables avant l'expérience

Source de Variation	Degré de Liberté	F	Seuil de Probabilité
KAV vs C	4 et 62	0.50	.74
CDT vs C	4 et 62	2.99	.03*
KAV vs CDT	4 et 63	1.53	.21

*: significatif

Pour un seuil de probabilité de .03, les groupes CDT et C présentent des différences significatives, alors que les groupes KAV et C, de même que KAV et CDT n'en présentent pas. On en déduit donc que les groupes KAV et CDT de même que les groupes KAV et C sont semblables avant l'expérience pour l'ensemble des 4 variables mais que les groupes CDT et C ne sont pas semblables au départ.

Cette différence au départ entre le groupe CDT et C nous amène à faire l'étude non sur les données receuillies après l'expérience mais sur la modification des résultats, c'est-à-dire sur les changements obtenus avant et après (après moins avant) pour chacun des sujets, traitant ainsi les changements comme les quantités à être comparées (cf. Guilford, p. 195).

Pour déterminer s'il y a eu des modifications favorables des interventions des étudiants du groupe KAV par rapport aux 2 autres groupes, nous comparons donc les différences (après moins avant) entre les groupes KAV (expérimental), CDT (cours didactique traditionnel) et C (contrôle) pour l'ensemble des 4 variables. En faisant une analyse de la variance multivariée nous obtenons des résultats multivariés et univariés. Cette analyse multivariée apporte beaucoup d'avantages; en effet "in the multivariate analysis of variance, it is possible to study multiple measures as well as to consider the extent to which the various measures are interrelated", (Hardyck & Petrinovich, p. 254). Le tableau 6 compare

donc les changements (après moins avant) obtenus entre les différents groupes (cf. Tableau 4) au niveau de toutes les variables.

TABLEAU 6

Analyse de la variance multivariée: comparaisons à priori entre les 3 groupes pour l'ensemble des 4 variables

Source de Variation	Degré de Liberté	F	Seuil de probabilité
KAV vs CDT	4 et 62	6.13	.0004*
CDT vs C	4 et 62	1.23	.31
KAV vs C	4 et 62	12.24	.0001*

*: significatif

Ce tableau nous indique des différences très significatives entre les groupes KAV et CDT (p = .0004) et les groupes KAV et C (p = .0001). Sur l'ensemble des 4 variables, les étudiants du groupe expérimental KAV changent de façon significative par rapport aux étudiants ayant reçu un cours didactique traditionnel (CDT) et aux étudiants du groupe contrôle (C). Par contre, il n'y a pas de changements significatifs entre les groupes CDT et C.

Ces résultats vont dans le sens de nos prévisions à savoir que les étudiants du groupe ayant subi le traitement expérimental KAV, améliorent de façon significative leurs interventions thérapeutiques comparativement aux étudiants des deux autres groupes CDT et C.

Pour approfondir les données du tableau 6, une analyse de la variance univariée identifie ensuite la contribution de chacune des variables pour la signification ou la non-signification des résultats présentés à la page précédente.

Le tableau 7 complémentaire du tableau 6 présente l'apport de chacune des 4 variables dépendantes: questions ouvertes, questions fermées, reformulations de contenus et reflets de feelings pour la signification de l'ensemble entre le groupe KAV et le groupe CDT.

TABLEAU 7

Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre le groupe KAV et le groupe CDT pour chacune des variables dépendantes

Source de Variation	Carré moyen	F	Seuil de probabilité
Questions Ouvertes	581.81	17.23	.0001*
Questions Fermées	250.56	1.96	.16
Reform. Contenus	48.09	1.55	.21
Reflets Feelings	108.20	5.98	.01*

*: significatif

Si nous examinons les variables séparément, nous pouvons voir que 2 des 4 variables contribuent plus particulièrement à établir cette différence significative du tableau 6 entre le groupe KAV et le groupe CDT. Ces 2 variables sont les question ouvertes et les

reflets de feelings tandis que les 2 autres variables questions fermées et reformulations de contenus ne sont pas suffisamment significatives par rapport aux 2 variables qui elles sont très significatives (p = .0001 et p = 0.1). Ce sont donc les variables questions ouvertes et reflets de feelings qui jouent dans le fait que le test global est significatif.

Par ailleurs, si on étudie séparément les 2 variables questions fermées et reformulations de contenus, on s'aperçoit dans le graphique de la page 53 qu'il y a aussi un certain changement favorable à nos prévisions mais ces changements ne sont pas suffisants pour présenter une situation statistiquement significative.

Le tableau 8 présente ensuite, à la page suivante les résultats de cette même analyse entre le groupe ayant reçu le cours didactique traditionnel (CDT) et le groupe contrôle (C) pour chacune des 4 variables dépendantes.

TABLEAU 8

Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre le groupe CDT et le groupe C pour chacune des variables dépendantes

Source de Variation	Carré moyen	F	Seuil de probabilité
Questions Ouvertes	166.34	4.92	.03*
Questions Fermées	0.85	0.006	.93
Reform. Contenus	34.39	1.107	.29
Reflets Feelings	1.00	0.05	.81

*: significatif

Ici entre les groupes CDT et C, nous constatons que 3 des 4 variables, soit questions fermées, reformulations de contenus et reflets de feelings, contribuent à établir une différence non significative avec des seuils de probabilité de .93, .29 et .81 respectivement. Au niveau de ces 3 variables, les étudiants du groupe CDT ne signalent donc pas de changements significatifs après l'expérience, comparativement aux étudiants du groupe contrôle (C).

Le tableau 9 présente enfin les résultats obtenus entre le groupe expérimental KAV et le groupe contrôle (C) toujours pour chacune des 4 variables dépendantes.

TABLEAU 9

Analyse de la variance univariée: comparaisons a-priori entre le groupe KAV et le groupe C pour chacune des variables dépendantes

Source de variation	Carré moyen	F	Seuil de probabilité
Questions Ouvertes	1409.02	41.73	.0001*
Questions Fermées	292.19	2.29	.13
Reform. Contenus	167.66	5.41	.02*
Reflets Feelings	135.18	7.48	.008*

*: significatif

Entre le groupe expérimental KAV et le groupe contrôle (C), nous pouvons voir que 3 des 4 variables, soit questions ouvertes, reformulations de contenus et reflets de feelings contribuent à rendre la différence significative avec des seuils de signification de .0001, .02 et .008 respectivement. Au niveau de ces 3 variables, les étudiants du groupe KAV signalent donc des changements significatifs dans l'amélioration de leurs interventions après l'expérience comparativement aux étudiants du groupe contrôle (C).

Dans l'ensemble, les résultats de ces analyses sont donc très positifs et démontrent l'efficacité du programme KAV pour l'amélioration des interventions thérapeutiques des étudiants du groupe expérimental comparativement aux étudiants des deux autres groupes.

Analyses complémentaires:

a) Hommes et femmes

Parmi les 68 sujets de l'échantillon, il y a 58 étudiantes-infirmières et 10 étudiants-infirmiers. Cette présence de 10 hommes nous amène à vérifier, toujours par la méthode de l'analyse de la variance multivariée, s'il y a une différence significative entre ces 2 catégories (hommes-femmes) de notre population dans les 3 groupes KAV, CDT et C pour l'ensemble des variables.

L'analyse de la variance multivariée faisant des comparaisons a-priori entre hommes (n = 10) et femmes (n = 58) pour l'ensemble des variables avant l'expérience donne un F de 2.65, pour un seuil de probabilité de 0.04, et un F de 0.71, pour un seuil de probabilité de 0.59 après l'expérience.

Ceci nous indique qu'avant l'expérience, les groupes d'hommes et de femmes sont différents mais que par contre ils sont semblables pour l'ensemble des variables après l'expérience.

Pour approfondir ces données, des analyses de la variance univariées identifient ensuite aux tableaux 10 et 11, la contribution de chacune des variables pour la signification des résultats avant l'expérience et à la page suivante pour la non-signification des résultats après l'expérience.

TABLEAU 10

Analyse de la variance univariée:
comparaisons a-priori entre hommes et femmes
pour chacune des variables avant l'expérience

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F	S. probabilité
Questions Ouvertes	1 et 66	28.15	0.83	.37
Questions Fermées	1 et 66	53.31	0.74	.39
Reform. Contenus	1 et 66	4.30	0.21	.65
Reflets Feelings	1 et 66	69.36	6.05	.02*

*: significatif

TABLEAU 11

Analyse de la variance univariée:

comparaisons a-priori entre hommes et femmes

pour chacune des variables après l'expérience

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F	S. probabilité
Questions Ouvertes	1 et 66	24.85	0.45	.51
Questions Fermées	1 et 66	95.03	1.50	.22
Reform. Contenus	1 et 66	8.12	0.31	.58
Reflets Feelings	1 et 66	1.66	0.12	.73

Comme on peut le voir aux tableaux 10 et 11, toutes les comparaisons entre les hommes et les femmes au niveau de chacune des variables, révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre ces 2 catégories sauf pour les reflets de feelings avant l'expérience avec un seuil de signification à .02. Les hommes et les femmes utilisent donc les questions ouvertes, les questions fermées et les reformulations de contenus de la même manière avant et après l'expérience. Cependant, avant l'expérience, les hommes utilisent moins les reflets de feelings que les femmes mais après l'expérience, ils le font de façon semblable aux femmes.

b) Sujets spéciaux

Les dyades "aidantes-aidées" étant formées au hasard parmi les 68 sujets des 3 groupes KAV, CDT et C, lors du post-test, 4 sujets du groupe KAV furent "aidantes" de 4 autres sujets "aidées" du groupe KAV également. Afin de déterminer si ces regroupements à l'intérieur du groupe expérimental KAV influencent les variables à l'étude, une analyse de la variance multivariée vérifie s'il y a une différence significative entre les résultats de ces 4 sujets spéciaux et ceux des 18 autres sujets du groupe expérimental KAV qui eux, ont eu des "aidées" des 2 autres groupes CDT et C. L'analyse de la variance multivariée entre ces 4 sujets spéciaux du groupe KAV et les 18 autres sujets du groupe KAV également pour l'ensemble des 4 variables après l'expérience donne un $\underline{F}$ de 1.51, pour un seuil de probabilité de 0.24 avec un dégré de liberté de 4 et 62.

Il n'y a donc pas de différence significative entre ces 4 dyades KAV-KAV et les autres dyades du groupe expériemtnal KAV sur l'ensemble des variables après l'expérience. Ces 4 sujets spéciaux obtiennent des résultats semblables dans l'ensemble des interventions et conséquemment ne semblent pas influencés par le regroupement avec d'autres sujets faisant également partie du groupe expérimental KAV, durant l'interview du post-test, comparativement aux 18 autres sujets du groupe expériemental KAV qui eux, firent l'entrevue du post-test avec des sujets des 2 autres groupes CDT ou C.

CHAPITRE V

D I S C U S S I O N

Le problème à l'origine de la présente recherche tient à certaines lacunes observées dans la formation des infirmières: l'accent que celle-ci met sur les connaissances théoriques et sur la maîtrise des techniques propres au nursing, tend à reléguer au second rang la formation en relations humaines. Cette dernière est pourtant considérée comme très importante: on reconnaît en effet, qu'une bonne infirmière doit être compétente au plan des relations interpersonnelles. Adam (1979) écrit que la relation d'aide s'intègre essentiellement aux soins de telle sorte qu'elle est le "sine qua non de l'efficacité des soins" (p. 47). Aussi, les moyens mis en oeuvre pour assurer cette formation à la relation d'aide doivent être améliorés.

Le but de cette recherche était d'évaluer pour la première fois en nursing, dans un contexte québecois,une version adaptée d'un programme américain de formation systématique à la relation d'aide. En effet, au cours de nos lectures et de nos expériences cliniques, nous avons réalisé que le praticum était un moyen très répandu pour la formation à la relation d'aide de d'autres professionnels comme les psychologues et les conseillers par exemple, et que les infirmières bénéficieraient grandement d'une telle expérience de formation. Nous avons donc pensé qu'une certaine adaptation du programme de Kagan appelé pour les fins de la présente recherche le programme KAV (Kagan: Adapted Version) permettrait

une amélioration de la compétence interpersonnelle en ce sens qu'il aide le sujet à faire plus d'interventions de type exploratoire au niveau affectif.

Ainsi, à partir du programme intégral de Kagan tel que présenté dans son Manual (1975a) qui comprend cinq unités ayant chacune des objectifs précis et des tâches particulières, nous avons tenté d'intégrer les objectifs d'apprentissage de l'unité I à ceux de l'unité II. Les tâches de l'étudiante durant le training par le programme KAV consistaient donc non seulement à explorer ses propres feelings (unité II) mais aussi à utiliser des interventions de type exploratoire au niveau affectif (unité I) dans ses interventions.

Nous croyons que nos résultats apportent quelques éléments de réponse aux questions formulées au début de cette recherche. De plus, en adaptant le programme de Kagan pour en faire un instrument très simple de formation à des habiletés interpersonnelles, nous voulions exploiter sa grande utilité pratique. L'application du programme KAV ne demande qu'une dizaine d'heures alors que le programme de Kagan appliqué intégralement requiert de trente à quarante-cinq heures. Aussi, le programme KAV peut être utilisé par les professeurs sans training préalable alors que le programme intégral de Kagan exige une formation spéciale du professeur avant l'application à ses étudiants.

Il s'agissait donc, au cours de cette recherche de vérifier

si l'application du programme KAV donne plus de résultats positifs qu'un cours didactique traditionnel à la relation d'aide et a fortiori qu'un traitement "laisser-faire" des étudiants. Comme population, nous avions un groupe expérimental recevant le programme adapté de Kagan (KAV), un autre groupe ayant un cours didactique traditionnel (CDT) et de plus, un groupe contrôle (C).

Les résultats globaux de la présente étude semblent démontrer l'efficacité du programme KAV. En effet, le groupe expérimental KAV fait preuve d'une amélioration significativement plus marquée que le groupe didactique traditionnel (CDT) et que le groupe contrôle (C). Les sujets du groupe qui reçoivent le programme adapté de Kagan améliorent globalement leurs interventions: ils utilisent plus fréquemment les questions ouvertes et font plus de reflets de feelings. De plus, après le traitement, ces mêmes sujets sont ceux qui utilisent le moins de questions fermées et font le plus de reformulations de contenus. Donc, pour l'ensemble des variables et pour chacune de ces variables prise séparement ces sujets du groupe KAV évoluent dans le sens de nos prévisions en augmentant sensiblement le nombre de questions ouvertes, en diminuant le nombre de questions fermées et aussi en utilisant plus de reformulations de contenus et de reflets de feelings au cours de leurs interventions thérapeutiques (cf. graphique de la page 53).

A partir des données brutes rapportées à l'appendice A, ces résultats sont remarquables si on considère, par exemple, que tous

les 22 sujets du groupe KAV, sans exception, utilisent plus de questions ouvertes après qu'avant l'expérience et que tous sauf 3, font aussi plus de reflets de feelings après qu'avant l'expérience.

Sur l'ensemble des 4 variables, questions ouvertes, questions fermées, reformulations de contenus et reflets de feelings, ces sujets expérimentaux du groupe KAV améliorent la qualité de leurs interventions de façon statistiquement significative (cf. tableau 6 page 57). Il est de plus très intéressant de noter que les 2 variables les plus responsables de ce changement significatif chez les sujets du groupe KAV sont questions ouvertes et reflets de feelings (cf. tableau 7, p. 58). En effet, le but général de cette recherche était d'amener les étudiantes à formuler plus d'interventions de type exploratoire de niveau affectif. La variable "questions fermées" n'a été considérée que comme une conséquence de la variable "questions ouvertes": nous avons en effet postulé que si les étudiantes utilisent plus de questions ouvertes dans leurs interventions, elles utiliseront par le fait même moins de questions fermées. Or, nous pouvons voir, au plan des données brutes pour chacun des sujets (cf. appendice A), et au tableau 4, p. 50 que l'application de ces 2 variables n'élimine pas nécessairement la tendance inverse: les étudiantes utilisent parfois plus de questions ouvertes sans diminuer pour autant le nombre de questions fermées dans leurs interventions.

Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par Danish et al.(1976) obtenant une baisse significative des questions fermées et aucun changement dans le nombre de questions ouvertes, de même que ceux de Welch (1976) qui n'obtient également aucun changement significatif au niveau des questions ouvertes. Ces résultats du programme KAV pour l'augmentation des questions ouvertes favorisant l'investigation sont d'autant plus appréciables, spécifiquement en nursing: en effet, la méthode du "problem-solving", largement répandue et utilisée pour les soins infirmiers, comporte une première étape d'investigation décisive pour l'application ultérieure du plan de soins.

En outre, pour ce qui est des reflets de feelings, les étudiantes du groupe expérimental KAV font aussi des progrès statistiquement sifnificatifs par rapport aux étudiantes du groupe CDT (cours didactique traditionnel) et aux étudiantes du groupe contrôle. Jourard (1964), en dénonçant les manières de chevet de l'infirmière, insiste sur l'importance de personnaliser les soins infirmiers en tenant compte du vécu émotif des clients, allant ainsi à l'encontre des habitudes sociales où l'on tient compte davantage du contenu de la conversation plutôt que des feelings sous-jacents. Ce changement particulièrement marqué chez les étudiantes du groupe KAV au plan des reflets de feelings constitue donc un apprentissage prometteur pour une efficacité plus grande des soins infirmiers.

Même si les étudiantes du groupe ayant reçu le cours didactique traditionnel (CDT) ne présentent pas de changements statistiquement significatifs, il est à noter cependant qu'au niveau de la variable des questions ouvertes, ces étudiantes progressent (cf. tableau 8, p.60). Par ailleurs, plusieurs raisons peuvent expliquer le peu de changement de ce groupe au niveau des trois autres variables questions fermées, reformulations des contenus et reflets de feelings. D'abord, parmi les 3 groupes constituant notre échantillon, ce groupe CDT fut le seul à n'avoir pas de traitement de faveur , le groupe KAV participant à une expérience exceptionnelle et le groupe contrôle ayant le privilège de l'emploi libre du temps. De plus, à la fin d'une session intensive de cours, l'addition d'un autre cours (CDT) a pu être onéreux pour ce groupe au point de diminuer leur attention en classe. Enfin, ces étudiantes, lors des interviews enregistrées avaient un transfert d'apprentissage important à effectuer: de l'identification intellectuelle des habiletés, elles devaient passer à la pratique de ces habiletés, alors que les étudiantes du groupe expérimental KAV n'ont pas rencontré cette difficulté, le jeu de rôle étant utilisé avec ces dernières, tout au long de l'expérience.

Contrairement à nos attentes, nous avons retrouvé dans notre population de départ, un nombre assez grand de sujets masculins, soit 10 hommes sur un total de 68 sujets. Parmi ces 10 hommes, 4 ont fait partie du groupe expérimental KAV. Cette situation nous amène à faire des comparaisons entre hommes et femmes au cours

desquelles nous n'identifions de différence entre les 2 groupes qu'au niveau de la variable reflets de feelings avant l'expérience. Il est à noter que l'aspect de cette variable, reflets de feelings, joue au niveau des hommes avant l'expérience et non après l'expérience, ce qui nous amène à penser que ce facteur peut être culturel, les hommes de notre société n'abordant pas les questions de feelings aussi facilement que les femmes. Cependant, ce facteur est peut-être influencé par le training reçu, de telle sorte que les hommes et les femmes utilisent les reflets de feelings de la même manière, après l'expérience, indépendamment de leur sexe.

Limites de l'étude

Les résultats positifs de cette étude sont affaiblis par plusieurs limites. Des faiblesses se retrouvent principalement au niveau des instruments de mesure, du design pour l'application des mesures et de la population.

Le role-playing des interviews enregistrées constituait une situation artificielle: les étudiantes n'avaient pas d'interactions avec des malades réels mais avec des pairs lorsqu'elles ont utilisé des interventions aidantes. De plus, elles ont pu être stimulées par le désir de plaire aux expérimentateurs présents lors des interventions aidantes, ce qui n'implique pas qu'elles utiliseront ces interventions dans la vie réelle, lorsqu'elles seront impliquées ultérieurement dans des relations d'aide sans la présence d'un

professeur ou d'un moniteur stimulant.

Le design des interviews fournissant les mesures des variables à l'étude ne présentait aucun danger d'influence entre aidées et aidantes avant l'expérience. Mais ce regroupement des dyades étant fait au hasard entre les 3 groupes KAV, CDT et C après l'expérience, nous avons pensé que les 4 sujets du groupe expérimental KAV ayant à aider 4 autres sujets du groupe expérimental KAV également, subiraient quelqu'influence suivant la formulation des interventions des aidées cherchant peut-être à augmenter par là la performance de leurs collègues. Or, les comparaisons à-priori des ces 4 sujets spéciaux avec le reste des sujets du groupe expérimental KAV, nous montrent à la page 65 que ces 2 groupes sont semblables et donc ne nécessitent aucun traitement additionnel. Néanmoins, ceci ne nous permet pas de conclure qu'il n'y a eu, en fait, aucune influence lors du post-test, entre aidées et aidantes appartenant au même groupe expérimental KAV.

Enfin, notre échantillon de 68 sujets constitue un nombre restreint d'infirmières et provient du même mileu d'études, ce qui nous empêche de généraliser nos résultats à d'autres populations d'étudiantes-infirmières.

Implications pour la formation des infirmières

Les résultats de cette étude indiquent qu'il est possible de former des étudiantes-infirmières débutantes à la relation d'aide:

par l'application d'un programme simple de formation systématique, elles peuvent apprendre à améliorer leurs interventions thérapeutiques auprès des clients et cela, avant même d'avoir commencé leurs stages à l'hôpital.

La plupart des programmes en nursing de base, offrent quelques heures de cours sur la relation d'aide. Ces informations amènent l'étudiante à faire la distinction entre les interventions aidantes et celles qui ne le sont pas mais les étudiantes n'ont pas l'occasion d'appliquer ces connaissances en laboratoire, de les pratiquer avant de les utiliser avec les clients en dispensant les soins de nursing. Le programme de formation KAV présenté dans cette recherche permet à l'étudiante à la fois la discrimination des habiletés de la relation d'aide et la pratique de telles habiletés dans une courte période de temps.

De plus, l'introduction d'un tel programme KAV à l'intérieur d'un curriculum en nursing ne nécessite aucune addition de personnel ou de consultant. En effet, le programme KAV peut être appliqué par les professeurs sans entraînement préalable, contrairement au programme intégral de Kagan qui exige un training spécial avant son application. D'un point de vue économique, le programme KAV présente donc certains avantages pour les écoles d'infirmières soumises à un ratio précis professeur-étudiant.

Implications pour la recherche

Une des premières questions qu'on peut se poser en recherche concernant les habiletés de la relation d'aide est de savoir si de telles habiletés comme celles identifiées dans cette étude, demeurent permanentes chez les sujets en ayant fait l'apprentissage, ou si elles disparaissent ou s'affaiblissent au bout de quelque temps. Pour répondre à cette question, des études longitudinales sont requises pour appliquer des mesures non seulement après la fin du training mais aussi à certains intervalles subséquents comme de six, huit ou douze mois après la fin du programme de formation. Il est en effet possible que ce programme de formation à des habiletés de la relation d'aide produise des changements rapides qui s'affaiblissent ou disparaissent à la longue.

Ce programme KAV permet d'acquérir certaines habiletés de base en relation d'aide par la formulation de questions exploratoires au niveau affectif. Ce même programme pourrait peut-être servir à développer d'autes habiletés de la relation d'aide dans un temps aussi court. Des recherches additionnelles utilisant ce training serviraient à identifier d'autres variables utiles à la relation d'aide.

Les résultats de cette étude tout en démontrant certains changements dans les interventions thérapeutiques des sujets, n'identifient pas les facteurs spécifiques déclanchant ces changements. Dans l'intégration de l'unité I à l'unité II du programme de Kagan, la-

quelle de ces deux procédures est la plus opérante et quel mécanisme particulier rend le training efficace? Il semble évident que les consignes données aux étudiantes durant le programme ont contribué au changement opéré, mais des recherches additionnelles sont nécessaires pour identifier les facteurs spécifiques responsables de tels changements. Ces facteurs peuvent être multiples tels l'imitation du modèle que devient le professeur en communiquant les consignes aux étudiantes, l'insight que les étudiantes peuvent développer en utilisant elles-mêmes des questions exploratoires, le feed-back des professeurs et des collègues, la composition du groupe, etc...

La présente étude fut réalisée avec un échantillon d'étudiantes-infirmières débutantes d'un milieu universitaire. Pour généraliser nos résultats à la population des étudiantes-infirmières des programmes de baccalauréat de base en nursing et des programmes des Collèges d'Enseignement Général et Professionnel, il serait valable que cette étude soit reprise avec des échantillons d'étudiantes-infirmières de ces autres milieux et aussi avec des groupes d'étudiantes non seulement de première année, mais aussi de deuxième et de troisième années. Une étude similaire pourrait être menée également durant le recyclage des infirmières de retour sur le marché du travail après plusieurs années d'absence, pour accélérer le processus de leur mise à jour dans le domaine de la relation d'aide.

Comme la demande croissante des services de santé occasionne de plus en plus l'addition de personnel auxiliaire qui travaille directement auprès des clients, il est recommandé de concevoir aussi l'application de ce programme pour en évaluer les effets, à des préposés d'hôpitaux et des stagiaires de diverses disciplines comme les étudiants en psychopédagogie, en travail social, en ergothérapie, en counseling. En effet, la qualité de leur relation avec les clients influence aussi la qualité des soins qu'ils prodiguent dans les milieux hospitaliers et dans les centres de santé, quelle que soit la discipline à laquelle ils appartiennent.

Enfin, cette étude pourrait servir de point de départ pour d'autres recherches s'étendant à des populations d'enseignants et de parents qui sont eux aussi, impliqués quotidiennement dans des relations qui gagneraient à devenir plus aidantes.

A P P E N D I C E A_1, A_2, A_3.

A_1 Sommes et moyennes des interventions

selon les 2 juges pour chacun des sujets du groupe KAV

	Quest. ouv.		Quest. ferm.		Ref. cont.		Ref. feelings	
Sujets	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.
No. 1	2	14.5	13.5	4	3	9.5	0	5
2	7	13	4.5	1	2	3	3	5
3	0	7.5	0	1	3	3	1	2
4	0	4.5	0	5	4	3.5	0	1
5	0	8	3	2	2	6.5	1	2
6	3.5	12	2	6.5	2	8.5	2	4
7	2	4.5	4.5	3	0	6	1.5	4
8	4	9	2.5	4.5	4	8	0	.3
9	2	10	5.5	4	.5	6	0	1
10	6	7	3.5	0	8	5	0	4
11	0	3	2	6	.5	3.5	0	1
12	2	12	6	1	3	2.5	0	5
13	3	11.5	1	1	2	6	1	4
14	2	7.5	1	3.5	1	1	0	1
15	5	12.5	3.5	4	6	4	3	4
16	7	9	0	0	4	2.5	0	5
17	2	8	4	1	0	5	2	5.5
18	7	11	16.5	3	9	8.5	7.5	7
19	5	9	5	0	.5	3.5	0	0
20	9	12.5	14.5	0	10	6.5	8.5	3
21	0	8	0	1	4.5	6	0	3.5
22	8	8.5	4	.5	2.5	6	1	2
Sommes:	76.5	202.5	96.5	52.	71.5	114	31.5	72.
Moyennes:	3.48	9.20	4.39	2.36	3.25	5.18	1.41	3.27

A_2 Sommes et moyennes des interventions

selon les 2 juges pour chacun des sujets du groupe CDT

	Quest. ouv.		Quest. ferm.		Ref. cont.		Ref. feelings	
Sujets	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.
No. 23	2	2.5	5	1	3.5	4	3	2
24	2	5	1	1	2.5	5	2	3.5
25	12.5	8	11.5	5.5	9	4	4	5
26	4	3	1.5	1	1	2	3	4
27	5.5	8.5	0	1.5	4	3.5	1	2.5
28	2.5	5	9	3.5	5	3.5	6	1
29	9	13	3.5	3	3.5	1.5	2	.5
30	7.5	9	7.5	12	6	5.5	0	1
31	5	3.5	6.5	2.5	2.5	1.5	2	4
32	2	6.5	2	18	6.5	4.5	5	0
33	3	5	3.5	4	5.5	9.5	4	3
34	7	3	4	3	1.5	2	2.5	1.5
35	3.5	7.5	7	2	4	3.5	2	2.5
36	1	5	1.5	3	.5	5.5	0	2.5
37	3	10.5	2	7	2	10.5	2	4.5
38	7.5	12	3	1	3.5	3.5	3.5	0
39	5.5	7	.5	9	2.5	7.5	0	3
40	3	7.5	5.5	1	4.5	3	3.5	1.5
41	6	9.5	4	4	1.5	7.5	3	5
42	6.5	11	1	3.5	6.5	7	2	5.5
43	0	2	5	5	3.5	2.5	0	0
44	3.5	3.5	1.5	2.5	1	2.5	1	4.5
Sommes:	101.5	147.5	86.	92.	80.	99.5	51.5	57.
Moyennes:	4.61	6.70	3.91	4.27	3.64	4.25	2.35	2.59

A_3 Sommes et moyennes des interventions

selon les 2 juges pour chacun des sujets du groupe C

	Quest. ouv.		Quest. ferm.		Ref. cont.		Ref. feelings	
Sujets	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.
No. 45	.5	3.5	2.5	1.5	2.5	2	.5	3
46	1.5	4	2.5	3.5	3.5	7.5	3.5	1.5
47	1.5	2	4.5	0	5	2.5	.5	.5
48	2	2	1.5	12.5	3	2	1.5	1
49	3	2	1	18	5.5	8.5	2.5	7.5
50	1	6.5	4.5	4.5	4	5	.5	0
51	1	1	2	2	.5	.5	1.5	0
52	2	3	4.5	3.5	2.5	2	3	2.5
53	7.5	2.5	8.5	14	1.5	1	1	2
54	1	2.5	2.5	3	4.5	2	0	1.5
55	3	3.5	3	3	4.5	2.5	2	1.5
56	5	1.5	3.5	5	2	1.5	1.5	2
57	1	1	5.5	4.5	3	1	1.5	.5
58	3.5	1.5	4	5	5	3.5	3	3
59	1.5	3	3	2.5	2.5	2.5	1	3
60	5.5	3	9	2.5	3	0	1	0
61	6.5	8	21.5	5.5	.5	.5	0	0
62	1	2	2.5	.5	1.5	1	1	.5
63	2.5	3	3.5	5.5	.5	1.5	.5	.5
64	8.5	4.5	3.5	14.5	2.5	7	1.5	1.5
65	.5	6.5	2.5	3.5	3.5	4	.5	1.5
66	2.5	2	.5	0	1	1	.5	0
67	4.5	.5	6.5	7	.5	2	1.5	.5
68	2.5	4.5	16.5	7.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Sommes:	69.	73.5	119.	131.	63.	63.	31.5	34.5
Moyennes:	3.14	3.34	5.41	5.95	2.86	2.86	1.43	1.57

A P P E N D I C E B

CONSIGNES DU PROGRAMME KAV

Ière partie.

* 1. Consigne préliminaire:

- Essayez d'imaginer ce que vous répondriez à cette personne?

Autres questions:

- Qu'est-ce que cela vous fait, ce comportement ou ces mots?
- Si cet homme était un malade, que lui répondriez-vous?
- Essayez de l'aider à explorer ses feelings par une question ouverte...

2. - Dites ce que vous sentez face à cette personne...
   - Que répondriez-vous à cette personne en utilisant le feeling identifié en vous?
   - Comment pourriez-vous faire pour que cette réponse soit exploratoire?

3. Pour la prochaine vignette, imaginez que vous êtes le gars à qui cette jeune femme parle et alors:
   - Répondez spontanément à cette femme ce que ça vous tente de lui dire...

   Ici, on va changer de manière de fonctionner: à tour de rôle, vous allez devenir un facilitateur qui va aider l'autre à explorer ce qu'elle ressent par des questions ouvertes ou par

* Pour des raison pratiques, les numéros de ces consignes correspondent aux numéros des "Paroles du film Stimulinteraction" de l'annexe suivant.

des reflets de feelings.

Exemple: C'est quoi que çà te fait qu'on te dise çà?

(Au besoin, repasser la vignette)

Peux-tu reformuler ce que cette femme vient de dire?

Peux-tu reformuler au niveau du contenu?

Peux-tu reformuler au niveau des feelings?

4. - Quelle est votre réaction spontanée à cette fille?

En étant facilitateur, aidez-vous réciproquement à explorer votre vécu.

Exemple: Qu'est-ce que tu as entendu (contenu, feelings sous-jacents)?

Qu'est-ce que cela provoque en toi?

Comment répondrais-tu à cette fille?

5. - Dites ce que vous ressentez face à cette personne...

- Pouvez-vous reformuler ce que cette adolescente vient de dire

·au point de vue du contenu

·au point de vue des feelings sous-jacents?

6. - Qu'est-ce que ce comprtement et ces mots suscitent en vous?

- C'est quoi votre réaction?

- Pouvez-vous en faire une intervention aidante?

7. En étant facilitateur...

- C'est quoi que çà te fait qu'on te dise çà?

- Qu'est-ce que tu as perçu qui t'amène à sentir cela?

- Que répondrais-tu?

8. - Quelle est votre réaction spontanée?
   - Quels messages avez-vous perçus
     - ·au point de vue du contenu
     - ·au point de vue des feelings sous-jacents?

26. Imaginez que vous êtes un des patrons à qui cet ouvrier s'adresse
   - Qu'est-ce que vous lui répondriez?
   - Pouvez-vous aider cet ouvrier
     - ·par des questions ouvertes?
     - ·en reflétant ce que vous croyez être ses feelings?

27. Imaginez que vous êtes un gars à qui cet homme s'adresse.
   En étant facilitateur, aidez-vous réciproquement à explorer votre vécu.
   Exemple: Qu'est-ce que tu ressens quand on te parle comme çà?
   Peux-tu reformuler les feelings exprimés?
   Comment répondrais-tu?

28. - Qu'est-ce qu'il y a dans ce message?
   - C'est quoi que çà suscite en vous?
   - Qu'est-ce que vous répondriez alors?

29. Imaginez que cette femme est une de vos malades avec qui vous pensiez avoir établi une bonne relation.
   - Qu'est-ce que vous ressentez?
   - Qu'est-ce que vous percevez du message de cette femme
     - ·ce qu'elle dit
     - ·ce que vous pensez qu'elle ressent?

- Comment lui répondriez-vous pour l'aider?

30. Vous êtes la mère de cette fille...
    - Qu'est-ce que vous ressentez?
    En devenant un facilitateur, comment pouvez-vous aider votre collègue à explorer davantage ce qu'elle vit et à formuler des réponses aidantes?

31. Vous êtes le gars à qui cette fille s'adresse.
    En étant facilitateur pour votre collègue, explorer avec elle ce que cela lui fait vivre?
    Essayez de l'amener à formuler une réponse aidante à cette femme-là...

32. C'est votre mari qui vous parle...
    Aidez-vous à explorer réciproquement votre vécu (questions ouvertes, reflets de feelings...)

33. C'est un des gars de votre "gang" qui parle...
    - Que ressentez-vous en face de ce gars-là?
    En étant facilitateur, aidez-vous réciproquement à explorer plus à fond votre vécu par des questions ouvertes et des reflets de feelings...

2ème partie.

1. Essayez de reformuler ce que cet homme vient de dire.
   - Si le message est ambigu, que diriez-vous pour l'amener à clarifier?

2. Imaginez ce que vous répondriez à cette compagne qui travaille avec vous.
   - Qu'est-ce que vous ressentez?
   - Comment répondre en utilisant ces feelings?

3. Explorez réciproquement ce que çà vous fait ce comportement ou ces mots.
   - Avec ce que votre compagne a déjà exprimé, par des reormulations de ses feelings, essayez de l'amener à plus d'exploration...

4. Communiquez spontanément votre réaction...
   - C'est quoi qui s'est passé en vous?
   - Comment répondre à ce jeune homme en lui reformulant ce que vous percevez de ses feelings?

5. Essayez de redire dans vos propres mots ce que cette personne vient de dire.
   - Pourriez-vous aider cet homme à explorer davantage ce qu'il ressent par des questions ouvertes?
   - Essayez de lui refléter les feelings que vous percevez.

6. - Quel impact cet homme a-t-il sur vous?
En étant facilitateur, explorer avec votre compagne ce que cela lui fait vivre.
Essayez de l'amener à formuler une réponse aidante pour ce gars-là.

7. Partagez avec votre voisine, comment vous réagissez à la demande de cette personne (qui peut être un de vos professeurs)...
- Communiquez votre réaction à cette personne de l'écran.

8. Identifiez le message entendu et le sentiment qu'il provoque en vous.
Essayez de reformuler le contenu du message entendu et les feelings que vous y percevez.

18. - Dites ce que vous ressentez face à cette personne.
En étant facilitateur, aidez votre compagne à explorer son vécu par des questions ouvertes et des reflets de feelings.
Amenez ensuite votre compagne à formuler une réponse à cette personne pour qu'elle se sente mieux.

19. Explorez réciproquement ce que çà vous fait ce comportement ou ces mots.
Avec ce que votre compagne a déjà exprimé, par des reformulations de ses feelings, essayez
   - de l'amener à plus d'exploration de son vécu;
   - de l'amener à formuler elle-même une réponse aidante pour le garçon de la vignette.

20. Vous êtes le professeur du garçon de la vignette...
    - Quelle est votre réaction?
    - Par des questions ouvertes et des reflets de feelings, amener ce gars à plus d'exploration.

21. Vous êtes le copain de ce gars-là...
    - Identifiez ce que vous ressentez face à lui...
    - En étant facilitateur, aidez votre compagne à explorer plus à fond son vécu et à formuler une réponse aidante.

27. - Quelle est votre réaction?
    - Essayez de reformuler ce que vous percevez des feelings de cet homme.
    - Essayez aussi de l'amener à plus d'exploration par des questions ouvertes...

28. - Que vous suggère l'attitude non-verbale de cette personne?
    - Qu'est-ce que cela déclenche en vous?
    - Que lui répondriez-vous en tenant compte de ce que vous pensez être ses feelings?

29. - Dites à votre compagne ce que çà vous fait de vous faire dire cela.
    - Pouvez-vous répéter ce que vous avez retenu du message?
    - Comment répondriez-vous en tenant compte de votre réaction?

30. Identifiez ce que vous ressentez face à cet homme...
En étant facilitateur, aidez votre compagne à explorer plus à fond son vécu par des questions ouvertes et des reflets des feelings perçus.

A P P E N D I C E C

PAROLES DU FILM "STIMULINTERACTION"

1. Homme: Laisse-moi tranquille tabarnacle! Arrête de m'piler su' à tête. Laisse-moi t'ut seul.

2. Femme: J'comprends pas pourquoi. J'comprends pas pourquoi t'as fait ça. J'savais vraiment pas qu'tu t'sentais si mal que ça. J'comprends pas pourquoi. Mais pourquoi t'as fait ça?

3. Femme: Ouf! Qu'est-ce qu'i'y a ? Envoye dis lé...T'as peur hein! Envoye dis lé qu'est-ce qu'i' va pas. Je gage que t'es même pas capab'e de me l'dire dans face. T'es b'en trop pisseux hein!

4. Femme: Hi maudit d'maudit! Toujours la même crisse d'histoire, toujours la même maudite chanson. Tu veux m'aider, tu veux m'aider, mais moi j'veux viv'e ma vie, j'ai pas besoin d'aide. J'ai besoin d'aide i' paraît, j'ai besoin d'aide... m'ais j'veux viv'e ma vie comprends-tu? Pis si jamais j'ai besoin d'quelqu'un, j'te l'dirai. Pour le moment fiches-moi donc la paix!

5. Femme: J't'haïs, j't'haïs parc' tu te fais des idées sur moi. Tu dis rien, mais j'sais ben que tu penses tout'sortes de choses sur moi! J't' haïs!

6. Homme: Ouais,... vous m'avez laissé tomber. J'ava's cru que j'vala's plus que ça... Vous m'avez vraiment laissé tomber...

7. Femme: (Rire)... t'es fantastique! Fantastique!

8. Homme: (Rire)... crisse ça m'tente pas de t'dire ça, mais... t'as mauvaise haleine baptême...

9. Femme: Que c'est qui y'a? J't'ai blessé? Bon c'est ça t'es fâché... J'su's rien qu'bonne pour faire fâcher tout l'monde moé... tout l'monde s'fâche après moé... j'su's rien qu'bonne pour faire fâcher les autr's!

10. Homme: Moi j'me dis que si t'avais su quoi faire de ta peau, tu sera's jamais devenu professeur.

11. Homme: Enfant d'chienne d'hostie d'bâtard! S'tu un'façon d'agir avec le monde ça? Pourquoi qu't'as fait ça? T'es rien qu'un hostie d'peureux, sac'ton camp... sors!...

12. Homme: Tu sais, comme personne... j'te trouve ben correct. Mais comme professeur... c'est rien qu'pour te dire que... y'a que'qu'chose qui s'passe avec toé... toué s'autr's

professeurs eux-autr's y sourient, mais toé c'est pas comme eux-autr's... c'est trop simpliste. Par exemple, quant d'arrives che-vous le soir pour souper, j'su's certain qu'tu diras pas à ta femme "Ah ce gars y'est ben correct, c't'un maudit bon élève, pourquoi qu'on l'inviterait pas à souper"... J'su's certain qu'tu dois y dire plutôt "Ah ces crisse d'élèves-là y m'écoeurent..." c'est rien qu'une façade de toé qu'tu montr's, juss'un côté, té t'un visage à deux faces...

13. Femme: J'ai pas d'crayon (Elle brise le crayon... et le laisse tomber...).

14. Femme: Hi maudit que ça m'écoeure ça! Dis moé lé donc c'que tu penses de moé... dis moé lé donc! T'as pas d'coeur... t'as même pas d'coeur au ventre! Té là qui m'cours après pis qui m'suces comme une vraie maudite sangsue! Maudit baptinsse ça m'rend malade... tu m'écoeures, tu m'rends malade... C'pas mêlant ôte-toé d'vant ma vue, ôte-toé pis vas t'faire pend'e ailleurs... pis écoeure-moé pu!

15. Homme: Ici, un personnage se frotte le front, la joue... et regarde au plafond.

16. Homme: Un personnage regarde en face de lui... tire de sa bouche de la gomme à mâcher... se frotte la joue... se recule sur sa chaise l'air ennuyé.

17. Homme: Salut, tu t'souviens de moi?

18. Homme: Salut, tu t'souviens de moé?

19. Femme: Salut, tu t'souviens-tu d'moi?

20. Homme: J'comprends rien... je l'sais pas quoi faire... I' m'semble qui faudrait que j'te fasse faire tellement d'choses pour que tu m'r'sembles just'un petit peu... j'comprends pas... d'habitude ça m'prends pas tant d'temps qu'ça pour rend'e que'qu'un comme moé... mais là c'est difficile, c'est pas dur pour les autr's d'habitude... juste pour toé.

21. Homme: J'aimerais ça que tu t'sentes parfaitement à l'aise de m'dire tout ce que tu considère comme important. J'su's ben objectif pis j'pense que j'peux t'aider... mais j'peux pas t'rend'e service si... si toé tu t'aides pas.

22. Femme: J'pense que j'ai gâché toute l'affaire en? Peut-être que j'suis... j'pense que j'suis méchante des fois. Ah j'ai... j'ai jamais eu de troubles... j't'ai jamais rien fait. J'voudrais juste être ton amie. Hi, pourquoi tu f'rais pas un bout de ch'min avec moi toé tout?

Pourquoi tu voudrais pas m'faire sentir que tu veux être mon ami toé tout? J'taime gros. J'pense que j'ai besoin d'toi. Laisse-moi pas tomber.

23. Homme: J'ai faite c'que j'pensais qu'tu voulais d'moé. J'ai même essayer d'changer parce que j'pensais que c'était comme ça qu'tu m'voulais. Là j'r'viens pour voir c'qui va pas... je l'sais pu quoi faire maintenant. Si j'peux être comme tu veux pis si tu m'aimes, je l'sais pu quoi faire.

24. Femme: T'as... t'as une maudite belle gueule...

25. Homme: Tu m'as cogné hein mon hostie... tu m'as cogné hein?... Ben mon tabarnac'e tu vas l'payer... m'en va t'traîner en cour si y faut, m'a te ruiné jusqu'à dernière cent... j'te jure que tu va l'payer, j'te jure tu m'entends? T'es rien qu'un crisse de chien sale! Tu vas l'payer tabarnac'e!

26. Homme: Aïe là, ça fa't un'secousse que j't'écoute là pis tes idées... j'les aime pas pantoute... pas une crisse de minute! A vrai dire là ben tu m'fa's chier... C'est du monde comme toé qui donne d'la misère à du monde comme nous autr's! Si j'ava's pas autant d'respect d'la vie là, ben j'sautera's par dessus à tabl'e pis j'te câlissera's mon poing su'à 'ueule... tant qu'à moi là... tes idées pis tes arguments tu peux ben t'les fourrer dans l'cul... s'tu assez clair?

27. Homme: Correct... correct, correct maudit! P't'êt'ben qu'la gang de sans-dessin avec qui tu t'tiens t'trouve ben drôle mais pas moé... non ca'me tes nerfs là ti-mile, ca'me tes nerfs là... pis tu vas m'écouter, j'ai que' qu'chose à t'dire... t'es assez sans-dessins, t'es même pas capab'e d'rester assis deux minut'là pis prendre que'qu'grains d'information... t'es assez sans-dessins là, même pas assez intelligent à part ça pour rester assis deux p'tites minut's tranquille là pis t'conduire comme un être humain normal pourrais s'conduire... J'en ai assez d'toé, comprends-tu à c't'heure là parce que moé ti-cul j'l'sais, j'l'sais qu't'es sans-dessin... t'es sans-dessin pis t'es niaiseux! La p'tite gang de bouffons qui s'tiennent autour de toé là... t'es p't'êtr' ben capab'e les fourrer a'ec ta grand gueule mais pas moé... Non tu m'en f'ras pas accroire moé c'est pas vra'... à c't'heure là arrête tes p'tites niaiseries O.K.?

28. Homme: J'su's ben désolé...c'est fini...j'en peux pu...va-t'en...

29. Femme: J't'haîs, j't'haîs parc' que tu t'fa's des idées su'moé... ah tu dis rien mais j'l'sais ben c'que tu penses au fond d'toé... j't'haîs!

30. Femme: C'est toute de ta faute... j'ai rien fait moé... rien fait... c'est toute de ta faute...

31. Femme: Ouais ça manque pas d'intérêt mais quand-même... on s'attire pas l'un et l'aut'e c'est totue! Ouais, c'est ça on s'attire pas l'un et l'aut'e... c'que j'voula's t'dire c'est que... tu m'es antipathique comprends-tu?... Tu m'es antipathique... Bon je voué qu'tu comprends pas... tu m'écoeures... tu m'rends malade comprends-tu ça?

32. Homme: Ben c'est ben ça... t'es encore là à m'parler pis moé j'su's là à t'écouter comm'un imbécile... tu parles pour rien dire... qu'est-ce tu veux que j'fasse... que j'me mette à brailler? T'sais même pas toi même c'que tu veux que j'fasse... pis tes histoires ça m'fa't même pas un pli pis tu penses que c'est ça qui va faire que j'va t'aimer plus... pour moé c'est pas ben ben compliqué...t'existes même pu.

33. Homme: C'est quoi ton problème au juste? Vide-le ton sac! Toi et moi on n'a rien en commun... pourquoi qu'tu tiens ici... on communique même pas tous les deux...

34. Homme: Un personnage amusé, se balançant sur une chaise... porte la main à sa bouche pour dissimuler un sourire "moqueur".

35. Homme: T'sais ça m'arriva pas souvent d'avoir à dire des choses comme ç à quelqu'un... mais là j'trouve que... tu m'énerves, ah pis franchement j't'aime pas... on en r'parle là pis c'est rien de personnel... j'su's même pu capab'e te sentire!... en tout cas là j'aime autant pu t'voir la face!... franchement tu m'tannes...

36. Femme: Mon père a dit que... si ça se r'produisait, i'viendra't voir l'directeur... j'pense que j'vais lui dire de v'nir.

(DEUXIEME PARTIE)

1. Homme: Tu sais, j'crois encore à mon pays... J'aimerais qu'tu rapelles que quoi qu'tu penses, les bonnes vieilles vertus d'honnêt'té pis d'camaraderie sont encores valab'es aujourd'hui!

2. Femme: J'm'excuse, j'voudrais pas être méchante mais... mais ça m'r'garde pas ça... ça m'intéresse pas pis e... j'sais vraiment pas comment j'pourrais t'aider... Je r'grette ben gros mais ça c'est que'qu'chose que j'peux pas supporter.

3. Femme: Voyons, gêne-toi pas... tu es... tu es si aimable... si bon... pis j't'aime tant aussi.

4. Homme: J'su's différent parce que j'veux être différent! J'veux pas r'ssembler à personne... pis j'veux pas qu'personne me r'ssemble... j'veux jus'e être différent!

5. Homme: J'voulais pas dire ça. C'que j'veux dire là... ça m'poigne ben gros c'est que ça m'fa't d'la peine... que tu t'sentes comme ça. J't'en supplie fa's pas ça... O.K.... e... j'peux pas t'expliquer ça là, la seule chose que j'peux t'dire, c'est que j'veux pas qu'tu prennes ça comme ça. Y a tu que'qu'chose que j'peux faire pour toi?

6. Homme: Vous pensez qu'j'su's fou hein?... vous pensez qu'j'su's fou hein c'est ça?... ben j'su's pas fou, j'su's pas fou bon, j'su's pas fou!

7. Homme: Oui c'est bien dit... mais... ne penses-tu pas qu'il y aurait lieu de repenser quand-même à certains petits détails?... de r'penser à la formulation... à la façon dont tu exprimes les choses... il me semble que... tout ça laisse un peu à désirer. C'est bien, mais il y aurait lieu quand-même de... repenser, ré-écrire peut-être... vois-tu?

8. Femme: Ben oui... e... on a besoin d'monde... à vrai dire on est un p'tit peu à court présentement et pis... si tu pouvais v'nir nous aider... tu nous f'rais vraiment plaisir... enfin... si tu peux bien travailler avec nous... e... évidemment... e... J'veux dire si t'es trop occupé on peut laisser tomber mais... on a vraiment besoin d'monde... en... en tout cas essayes... bien te joindre à nous pi on va voir si on peut travailler ensemble.

9. Homme: J't'aime ben mais pas de c'tte façon là...

10. Femme: Ti't'écoeurant, tu devra's avoir honte!

11. Homme: Un personnage tendu... gratte avec son stylo sur la table.

12. Homme: Un personnage énervé... soupire de rage... frappe nerveusement la table de ses doigts.

13. Homme: Un personnage tient dans sa main un aérosol... il le regarde... et furieusement pulvérise le liquide devant lui.

14. Homme: E... j'sais pas... j'comprends pas c'que tu m'dis... e... non... ça m'fait quelque chose pis... e... j'sais pas c'que tu veux dire exactement... si tu veux là ... e... exige-moi pas que j'te donne une réponse immédiatement... faut absolument que j'réfléchisse... ça m'embarrasse vraiment c'que tu m'dis là... laisse-moi du temps encore O.K.?

15. Homme: T'sais... e... j'voulais pas aller... e... si loin qu'ça avec toi... j'pensera's pas que tu prendrerais ça comme ça... j'voulais jus'e... e... t'sais j'te considère quand même comme un chic... un chic type... c'est peut-être moi qui a eu tort, mais t'sais... e... ça 'rrive pas souvent qu'j'ai tort... si tu veux oublions ça, O.K.?

16. Femme: J'ai envie d'toi...

17. Femme: J'pense que j'comprends pu c'qui s'passe... ça allait si bien entre nous avant... je sais pas au juste c'que t'essaies de m'dire! ...ouf! j'pense que je m'en doute mais... mais j'peux pas voir c'que j'ai fait d'mal!... ça allait si bien avant, tu sais, j'aimerais bien être courageuse pis m'en aller mais j'peux pas mett'e de côté tout c'qui nous unissait... j'voudrais bien pouvoir t'en dire plus mais... mes sentiments sont toujours les mêmes pis toi tu veux pas m'dire pourquoi les tiens sont changés... s'tu m'disais c'qui est pas correct?... mais t'es tellement fermé... p't'être qu'on pourrait s'asseoir pis n'en discuter... régler le malentendu... à c'moment-là ça r'commencerait p't'être!... parce que tu sais... si tu m'quittes je l'sais pas c'que j'va devenir... t'es tout c'que j'ai.

18. Femme: Qu'est-ce que j'ai fait encore? Pourquoi n'vous occupez-vous jamais d'moi? Je sais, dans l'passé ça pas toujours bien été... mais maintenant croyez-moi ça va aller beaucoup mieux.

19. Homme: Tu vas l'avoir hen? Tu vas l'avoir hen? Tu vas l'avoir hen? J'te l'dis mon maudit... tu vas l'avoir, tu vas l'avoir en plein d'dans?

20. Homme: Tu passes ton temps à m'achaler... tu m'haîs à face... tu m'a haîs toute l'année... tu m'r'tiens après 'es cours pour des niaiseries... tu fa's jus'e chialer après moé... pis après ça vous aut'es les prof vous dites que vous avez pas de préjugés... vous en avez toujours eu des préjugés envers nous aut'es... vous êtes des humains.

21. Homme: T'es fou... j'm'en fou de c'que tu penses toi. C'est même pas vrai. Où c'est qu't'as pris ça là ces affaires là? C'est même pas vrai, c'est même pas vrai pantoute... en tout cas moi j'ferai pas ça ces affaires là. Que c'est qu'tu penses que j'su's... t'es tu fou toé?... que c'est qui va pas avec toé?

22. Femme: T'es t'un trou d'cul... t'es t'un trou de cul... t'es t'un trou de cul.

23. Femme: Ma maudite grosse tête de cochon (Rire).

24. Femme: J'pense pas qu'tu doives continuer comme ça... j'aime pas tellement tes sentiments envers moi... pis si tu veux qu'on demeure des amis, j'espère que tu vas laisser tout ça.

25. Femme: Ah je... je te désire de... depuis si longtemps... j'veux être avec toi... mais j'sais pas comment te l'dire. Habituellement, j'cours pas après les gens... mais quand j'su's avec toi... ah je... j'm'enflamme... ah c'est... c'est irréel... pis s'tu viens pas ici tout d'suite pour m'embrasser, j'sens que j'vais devenir folle!

26. Homme: Toi avoue-lé, avoue-lé qu'tu m'désires!

27. Homme: Aîe attends une minute là... e... j'm'excuse... ben... e... j'ava's pas réalisé... e... c'est pas ça que j'voul's faire... ben j'm'excuse... c'est pas une farce, j'm'excuse pour vrai là.

28. Femme: Je sais pourquoi tu m'as fait v'nir ici...

29. Homme: Non mais franchement là... est-ce que t'es vraiment sérieux.? Moi j'vais t'dire bien franchement... j'embarque pas dans ton idée... écoute tout d'même... e... peut-être t'as raison aussi... mais comme c'est là là, j'pense que... t'aurais avantage à... r'penser à ton idée... pis penses-y sérieusement... parce que franche-

ment... e... la gang embarquera pas, j'su's t'à peu près certain... fait que... penses-y donc hum? Qu'est-ce que t'en penses?

30. Homme: (Rire) Hi qu't'es drôle! Ah mais tout d'même tu devrais te r'garder assis là là... (Rire)... Non, mais tu t'prends pas au sérieux hein?... pas vrai... (Rire)...

31. Femme: Tu m'rends nerveuse... j'sais pas quoi t'dire... peut-être que si tu t'assoyais ici un... petit peu pis... q'tu parlais d'aut'e chose... j'... j'sais pas comment te l'dire... mais parle, dis que'qu'chose!

32. Femme: Pis tu t'prends pour un amant... pis en plus tu t'prends pour un amant.

B I B L I O G R A P H I E

Adam, E. Etre infirmière. Montréal: les Editions H. R. W. Ltée., 1979.

Adams, J. A quantitative follow-up study of nursing student reactions to an interactional group experience. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services, 1972, 10, 11-14.

Archer, J. Undergraduates as Paraprofessional Leaders of interpersonal communication skills training groups using an integrated I.P.R. (Doctoral dissertation, Michigan State University, 1971). Dissertation Abstracts International, 1972, 32, No. 5, 4932A.

Archer, J., Jr., Feister, T., Kagan, N., Rate, R., Spierling, T., & Van Noord, R. New method for education, treatment, and research in human interaction. Journal of Counseling Psychology, 1972, 19, 275-281.

Auger, L. Communication et épanouissement personnel. Montréal: Les éditions du C.I.M., 1972.

Authier, J., & Gustafson, K. Application of supervised and non-supervised microcounseling paradigms in the training of paraprofessionals. Journal of Counseling Psychology, 1975, 22, 74-78.

Benjamin, A. The helping interview. Boston: Houghton Mifflin, 1969.

Brammer, L. M., & Shostrom, E. L. Therapeutic psychology, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1960.

Brown, E.L. Meeting patients' psychosocial needs in the general hospital. In J.K. Skipper & R.C. Leonard (Ed.), Social Interaction and Patient Care. Philadelphia: J.P. Lippincott Co., 1965.

Burd, S.F., & Marshall, M.A. Some clinical approaches to psychiatric nursing. London: Collier-MacMillan Ltd., 1963.

Carlson, E.E. Behavioral Concepts and Nursing interventions. Philadelphia: J.P. Lippincott Co., 1970.

Carpenter, K.R., & Kroth, J.A. Effects of videotaped role-playing on nurses' therapeutic communication skills. Journal of Continuing Education in Nursing, 1976, 7, (2), 47-53.

Carkhuff, R.R. Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers. Vol. I & II, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969a.

Carkhuff, R.R. Helper communication as a function of helper affect and content. Journal of Counseling Psychology, 1969b, 16, (2), 126-131.

Coe, C.R. Relative importance of selected educational objectives in nursing. Nursing Research, 1965, 14, 318-321.

Couture, N.A. Communicating with patients: approach and content used by nurses. Unpublished doctoral dissertation, Graduate School, St.-Louis University, 1967.

Danish, S.J., D'Augelli, A.R., & Brock, G.W. An evaluation of helping skills training: effects on helpers' verbal responses. Journal of Counseling Psychology, 1976, 23, 259-266.

Danish, S.J., & Kagan, N. Emotional simulation in counseling and psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice,

1969, No. 6, 261-263.

Dendy, R.F. A model for the training of undergraduate residence hall assistants as paraprofessional counselors using videotape techniques and I.R.P. Unpublished Paper for Discussion Purposes at 1971 A. P. A. Convention.

Dumas, R.G., Anderson, B.J., & Leonard, R.C. The importance of the expressive function in preoperative preparation. In J.K. Skipper & R.C. Leonard (Ed.), Social interaction and patient care. Philadelphia: J.P. Lippincott Co., 1965.

Dye, C.A. Self-concept, anxiety and group participation. Nursing Research, 1974, 23, 301-306.

Egan, G. The skilled helper: a model for systematic helping and interpersonal relating. Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Co., 1975.

Finn, J.D. Multivariance: univariate and multivariate analysis of variance, covariance and regression. Ann Arbor, Michigan: National Education Resources Inc., 1972.

Foster, S.B. An adrenal measure for Evaluating nursing effectiveness. Nursing Research, 1974, 23, 118-124.

Garner, G.S., & Lowe, A. Group dynamics in graduate education of nurses. Nursing Research, 1965, 14, 146-150.

Gendlin, E.T., & Tomlinson, T.M. Experiencing Scale Manual. In C.R. Rogers (Ed.), The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin, 1967.

Grzegorek, A. A study of the effects of two emphases in counselor education, each used in connection with simulation and video-

tape. Unpublished doctoral dissertation, Michigan State University, 1970. Diss. A. I. 1971, 32, No. 6, p. 3027A.

Guilford, J.P. Fundamental Statistics in psychology & education. New York: McGraw-Hill (5th ed.), 1973.

Haber, J., Schudy, S.M., Leach, A.M., & Sideleau, B.F. Comprehensive Psychiatric Nursing. New York: McGraw-Hill Book Co., 1978.

Hardyck, C.D., & Petrinovich, L.F. Statistics for the behavorial sciences. Philadelphia: W.B. Sanders Co., 1976.

Hartson, D., & Kunce, J.T. Videotape replay and recall in group work. Journal of Counseling Psychology, 1973, 20, 437-441.

Hays, J.S., & Larson, K.H. Interacting with Patients. New York: The MacMillan Co., 1963.

Holmes, N.S. An exploratory study of nurse-patient reciprocal perceptions during admission and their effect on subsequent nurse-patient relationship. Unpublished Master's Thesis: Yale university School of Nursing, 1968.

Ivey, A.E. Microcounseling: innovations in interviewing training. Illinois: Charles C. Thomas, 1971.

Ivey, A.E., Norrington, C.J., Miller, C.D., Morrill, W.H., & Haase, R.F. Microcounseling and attending behavior: An approach to prepracticum counselor training. Journal of Counseling Psychology Monograph, 1968, 15, (5, Pt. 2), 1-12.

Jahoda, M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.

Janis, I.L. Psychological Stress: psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York: Wiley & Sons, 1958.

Johnson, B.S. Relationship between Verbal Patterns of Nursing students and therapeutic effectiveness. Nursing Research, 1964, 13, 339-342.

Jourard, S. The transparent self. Princetown, New Jersey: D. Van Nostrand Co. Inc., 1964.

Kagan, N. Interpersonal Process Recall: A Method of Influencing Human Interaction. Leader Manual. East Lansing: Michigan State University Educational Publication Services, 1975a.

Kagan, N. Influencing human interaction - Eleven years with I.P.R. Canadian Counsellor, 1975b, 9, 74-97.

Kagan, N., & Krathwohl, D.R. Studies in human interaction. Research Report No. 20. East Lansing: Michigan State University, 1967.

Kagan, N., & Schauble, P.G. Affect simulation in interpersonal process recall. Journal of Counseling Psychology, 1969, 16, 309-313.

Kalisch, B.J. An experiment in the development of empathy in nursing students. Nursing Research, 1971, 20, 202-211.

Kell, B.L., & Mueller, W.J. Impact and change: a study of counseling relationships. New York: Appleton-Century - Crofts, 1966.

Kerlinger, F.N. Foundations of behavorial research (2nd Ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston Inc., 1973.

Kerlinger, F.N., & Pedhazur, E.J. Multiple regression in behavorial research. New York: Holt, Rinehart & Winston Inc., 1973.

Kratochvil, D.W. Changes in values and in interpersonal functioning of counselor candidates. Counselor Education and Supervision, 1969, VIII, 104-107.

Limoges, J. Document d'accompagnement pour le film "Stimulinteraction". Matériel non publié, Centre de l'audiovisuel de l'Université de Sherbrooke, 1976.

Magner, M. The A B C's of interpersonal relations. Supervisor Nurse, 1976, 7, No. 7, 28-29.

Maslow, A.H. Motivation and Personality. New York: Harper & Row, 1954.

Meyers, M.E. Effect of types of Communication on Patients' reactions to stress. Nursing Research, 1964, 12, 126-131.

Morse, B.W., & Van DenBerg, E. Interpersonal Relationships in nursing practice: an interdisciplinary approach. Communication Education, 1978, 27, 158-163.

Orlando, I.J. The Dynamic nurse-patient relationship. New York: Putnam and Sons, 1961.

Paterson, J.G., & Zderad, L. Humanistic Nursing. New York: John Wiley and Sons Inc., 1976.

Passons, W.R., & Olsen, L.C. Relationship of Counselor Characteristics and empathic sensitivity. Journal of Counseling Psychology, 1969, 16, 440-445.

Peitchinis, J.A. Therapeutic effectiveness of Counseling by nursing personnel: review of the literature. Nursing Research, 1972, 21, 138-148.

Peplau, H.E. Interpersonal Relations in Nursing. New York:

G.P. Putnam's Sons, 1952.

Pluckhan, M.L. Human communication - The matrix of nursing. New York: McGraw-Hill Book, 1978.

Pluckhan, M.L. The Nurse-patient relationship in the home setting. Doctoral dissertation, University of Denver, 1970. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms, 1972, No. 71-2457.

Poulin, N. Le paradigme de l'ouverture et de la fermeture à l'expérience chez Gendlin et Shostrom. Thèse de maîtrise non publiée. Université de Montréal, 1975.

Ritvo, M.M. Who are good and bad patients. Modern Hospital, 1963, 100, 79-81.

Rogers, C.R. Client-centered therapy. Boston: Houghton-Mifflin, 1951.

Rogers, C.R. Le développement de la personne. Paris: Dunod, 1968.

Rogers, C.R., & Stevens, B. Person to person: the problem of being human. Lafayette, California: Real People Press, 1967.

Schauble, P.G. The acceleration of client progress in counseling and psychotherapy through I.P.R. Unpublished doctoral dissertation, Michigan State University, 1970.

Schudy, S.M. Conceptual framework of Psychiatric Nursing Practice in Comprehensive psychiatric nursing, Ed. by Haber, J., Schudy, S.M., Leach, A.M., Sideleau, B.R. New York: McGraw-Hill Book Co., 1978.

Shanken, W.J., & Shanken, P. How to be a helping person. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services, 1976, 14, 24-28.

Skipper, J., Tagliacozzo D., & Mauksh, H. What communication means to patients. American Journal of Nursing, April 1964, 64, 101-103.

Smith, D.M. Myth and method in nursing practice. American Journal of Nursing, February 1964, 64, 68-72.

Tarasuk, M.B., Rhymes, J.P., & Leonard, R.C. An experimental test of the importance of communication skills for effective nursing. In J.K. Skipper & R.C. Leonard (Ed.), Social interaction and patient care. Philadelphia: J.P. Lippincott Co., 1965.

Thompson, V.D., Lakin, M., & Johnson, B. Sensitivity Training and Nursing Education: a Process Study. Nursing Research, 1965, 14, 132-137.

Thorne, F.C. Critique of Recent Developments in Personality Counseling theory. In J.F. McGowan & L.D. Schmidt (Ed.), Counseling: readings in theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1962.

Tosi, D.J., & Eshbaugh, D.M. A cognitive-experiential approach to the interpersonal and intrapersonal development of counselors and therapists. Journal of Clinical Psychology, 1978, 34, 494-500.

Toukmanian, S.G., & Rennie, D.L. Microcounseling versus human relations training: relative effectiveness with undergraduate

trainees. Journal of Counseling Psychology, 1975, 22, 345-352.

Truax, C.B., & Carkhuff, R.R. Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice. Chicago: Adline, 1967.

Ujhely, G. Determinants of the Nurse-Patient Relationship. New York: Springer Publishing Co., 1968.

Van Noord, R., & Kagan, N. Simulated Recall and affect simulation in counseling: client growth reexaminded. Journal of Counseling Psychology, 1976, 23, 28-33.

Wallston, K.A., Cohen, B.D., Wallston, B.S., Smith, R.A., & DeVellis, B.M. Increasing Nurses' Person-Centeredness. Nursing Research, 1978, 27, 156-159.

Welch, C.A. Counsellor training in interviewing skills: interpersonal process recall in a microcounselling model. Unpublished doctoral dissertation, McGill University, 1976.

Wiedenback, E. Clinical Nursing, a helping art. New York: Springer Publishing Co. Inc., 1964.

Wyatt, W.C. The theory of problem-solving process consultation and measurement of behavior change following training. Unpublished doctoral dissertation, Boston University, 1972.