

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE  
PRESENTÉ À  
L'UNIVERSITE DU QUEBEC À TROIS-RIVIERES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ANDREE MENARD

IMPACT D'UNE FORMATION EXPRESSIVE À LA RELATION D'AIDE  
ET À LA COMMUNICATION SUR LE NIVEAU  
D'ACTUALISATION DE SOI,  
CHEZ DES INFIRMIERES(IERS)

DECEMBRE 1989

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Table des matières

Sommaire .....	v
Introduction .....	1
Chapitre premier- Contexte théorique et expérimental .....	5
Relation d'aide et conditions favorisant le processus thérapeutique .....	7
La relation d'aide et les sciences infirmières .....	12
Formation systématique à la relation d'aide et formation expressive .....	19
L'actualisation de soi .....	32
Synthèse et formulation des hypothèses .....	47
Chapitre II- Description de l'expérience .....	52
Sujets .....	53
Instrument de mesure .....	55
Déroulement de l'expérimentation .....	66
Hypothèses et analyses statistiques .....	73
Chapitre III- Présentation, analyse et discussion des résultats	75
Présentation et analyse des résultats .....	76
Vérification des hypothèses .....	82
Synthèse et discussion des résultats .....	90

Résumé .....	100
Résumé et conclusion .....	102
Appendice A .....	106
Remerciements .....	109
Références .....	110

## Sommaire

La présente recherche étudie l'impact d'une formation expressive à la communication et à la relation d'aide chez des infirmières (iers).

Bien que l'objectif ultime soit d'améliorer la qualité de la relation thérapeutique, c'est par le biais de l'actualisation de soi que cette étude est menée. En effet, la recherche en psychologie souligne que le processus thérapeutique est influencé par les attitudes et les qualités personnelles de l'aidant. La revue de littérature présentée fait clairement ressortir des liens théoriques positifs entre les qualités de l'aidant et son niveau d'actualisation de soi.

Par ailleurs, un des courants de la recherche expérimentale portant sur la formation à la relation d'aide est axé sur un apprentissage systématique selon le modèle de Carkuff (1969). Cependant, les résultats de cette approche ne sont pas toujours concluants. Par contre, les connaissances actuelles permettent de croire que lorsque le psychodrame est utilisé, il a un impact sur des aspects reliés à l'actualisation de soi tels que la spontanéité et la créativité. D'un autre côté, la littérature en sciences infirmières met elle aussi en lumière l'importance de la dimension psycho-sociale du soin, en particulier le contact humain à privilégier avec le patient.

Le présent mémoire innove donc en introduisant un style expressif lors des formations via l'utilisation du psychodrame. Ainsi, de par leur nature, les formations réalisées à titre de traitement au cours de l'expérimentation apportent précisément une réponse aux deux ordres de préoccupation soulignés précédemment.

Compte tenu de la nature expérientielle de la formation, le groupe expérimental est divisé en deux sous-groupes de 16 participants tandis que le groupe contrôle est composé de 12 sujets. Le Personal Orientation Inventory (Shostrom,1964) est l'instrument retenu pour vérifier les hypothèses avancées. Cet instrument est administré à trois reprises, soit avant le début de la formation, immédiatement après et cinq mois plus tard. Les groupes expérimentaux sont soumis à une formation expressive intensive de trois semaines.

Les résultats obtenus lors de l'expérimentation permettent de supporter partiellement la première hypothèse, à savoir que l'utilisation du psychodrame élève le niveau d'actualisation de soi des participants.

Les groupes expérimentaux présentent des augmentations significatives de leur niveau d'actualisation de soi sur cinq des six échelles. Il en va cependant de même pour le groupe contrôle. Ce fait vient nuancer les résultats. Les analyses subséquentes confirment toutefois un effet du traitement: à la lumière de ces analyses, il

semble évident que les changements observés chez les groupes expérimentaux sont plus importants. En effet, les augmentations moyennes des groupes expérimentaux sont plus élevées que celles du groupe contrôle. De plus, la proportion de sujets qui augmentent leurs résultats de façon significative est près de 20% plus forte chez les groupes expérimentaux que chez le groupe contrôle.

La seconde hypothèse, voulant que les résultats obtenus à la fin de la formation à la communication et à la relation d'aide soient maintenus, après un intervalle de plus ou moins cinq mois, est supportée globalement.

## Introduction

Depuis fort longtemps, l'homme a été préoccupé par la recherche d'un bien-être personnel. Cet état de bien-être passe inévitablement par la satisfaction de besoins physiques vitaux de base tels que la faim et le repos pour en arriver à la satisfaction de besoins intérieurs d'ordre psychologique tels que la réussite et l'actualisation de la personne. En effet, la qualité de vie et la tendance de l'être humain à s'accomplir occupent de nos jours une place privilégiée dans la vie de l'individu. Qui plus est, cette double préoccupation se retrouve souvent comme faisant partie intégrante du projet de la société moderne.

En psychologie de l'intervention, la réflexion et la recherche s'orientent également dans ces directions. Ainsi, tant du point de vue de la recherche qu'au niveau de la pratique du geste professionnel, nombreux sont ceux qui ont fait ressortir l'importance du contact dans la relation d'aide. Tout en s'intéressant à l'aidé, le focus porte de plus en plus sur l'intégration personnelle du thérapeute en identifiant des qualités qui favorisent le processus thérapeutique. La revue de la littérature sur ce thème (Brammer et Shostrom, 1968; Rogers, 1957, 1970; Truax et Carkhuff, 1967) met en évidence des notions telles que l'authenticité, la congruence et l'actualisation de soi comme étant des qualités essentielles, ou du moins très importantes, pour la conduite efficace du processus thérapeutique. Depuis quelques années, c'est dans ce même courant qu'une réflexion au sujet des services de santé s'est amorcée au Québec. Déjà, grâce à une vision plus

globale incluant la dimension psycho-sociale et la prise en charge de sa santé par le patient, tout un courant d'humanisation des soins tente de s'instaurer. Les professionnels de la santé, y inclus les infirmières(iers), sont de plus en plus conscients de l'importance à accorder au contact humain dans leur relation avec le bénéficiaire. En d'autres termes, ils croient que la qualité et l'efficacité des soins physiques seront augmentées par l'attention portée à la relation humaine dans laquelle le patient ne sera plus seulement considéré comme un corps-objet à soigner, mais bien comme une personne à part entière. Cependant, ces professionnels se sentent trop souvent dépassés et peu outillés pour réussir à établir cette relation thérapeutique; ils cherchent de plus en plus des moyens pour combler ces lacunes. C'est dans cette perspective qu'ils réclament des programmes de formation axés davantage sur la communication et la relation d'aide.

L'objectif du présent mémoire veut donc vérifier si une formation à la communication et à la relation d'aide qui utilise un style expressif a un impact sur le niveau d'actualisation de soi d'infirmières(iers) participants. Par style expressif, nous référons ici à l'utilisation du psychodrame qui constitue d'ailleurs l'originalité de la présente étude.

En effet, bien que l'entraînement systématique selon le modèle de Carkhuff ait fait ses preuves quant à l'augmentation de la capacité empathique, le présent mémoire privilégie toutefois un entraînement de style expressif via le psychodrame. Selon Moreno (1965,1984), Schutzenberger (1970,1975), Teboul

et Teboul (1974) le développement du potentiel humain ainsi que l'épanouissement en tant qu'adulte responsable et affectivement mature sont des qualités qui sont grandement facilitées par l'utilisation du psychodrame. En ce sens, le psychodrame favorise l'actualisation de soi telle que peuvent la concevoir Maslow (1954,1971,1972) et Shostrom (1964,1976). Ce sont d'ailleurs les théories et les recherches respectives de ces deux derniers auteurs qui sont utilisées dans cette étude lorsque le concept d'actualisation de soi et les caractéristiques des gens actualisés sont traités.

Bref, la présente recherche s'articule autour de ces principaux axes. D'une part, la volonté des infirmières(iers) d'améliorer la qualité de leur relation avec les bénéficiaires et d'autre part, les études insistant soit sur les conditions qui favorisent le processus thérapeutique et/ou soit sur les liens théoriques établis entre la relation d'aide, l'actualisation de soi et le psychodrame.

Le premier chapitre présente les variables et recense la littérature pertinente à la formulation des hypothèses. Le second chapitre fournit les données expérimentales les plus importantes soit la composition des groupes, l'instrument et la procédure utilisés. Finalement, le troisième chapitre présente les résultats, en fait l'analyse et l'interprétation.

Chapitre premier  
Contexte théorique et expérimental

Le premier chapitre définit les concepts théoriques et les variables de cette recherche. Bien que la présente étude vise ultimement l'amélioration de la qualité de la relation thérapeutique, cette variable ne sera pas étudiée directement. La recherche porte sur une variable concomitante soit l'actualisation de soi des infirmières (iers).

Le premier chapitre démontre que la recherche soutient le lien positif entre la qualité de la relation thérapeutique et le niveau d'actualisation de soi de l'intervenant: une personne s'actualisant davantage pourra en conséquence offrir une meilleure qualité de la relation d'aide. Il découle de ce fait qu'une formation, surtout de nature expressive, axée sur l'actualisation de soi de ses participants devrait par voie de conséquence améliorer la qualité de la relation d'aide offerte.

Le premier chapitre s'efforce de poser les jalons théoriques et de recherche qui supportent ce raisonnement. Les notions de relation d'aide et les conditions favorisant le processus thérapeutique sont d'abord présentées. Ces notions sont ensuite étudiées dans le contexte des sciences infirmières. Puis, la formation à la relation d'aide, le psychodrame et le concept d'actualisation de soi sont abordés. Finalement, par le biais des caractéristiques communes à ces diverses notions, des liens théoriques sont mis en évidence pour conduire à la formulation des hypothèses de recherche.

### Relation d'aide et conditions favorisant le processus thérapeutique

Cette première partie du chapitre présente la notion de relation d'aide, ses caractéristiques de même que certaines recherches qui ont contribué à l'avancement des travaux à ce sujet. Une attention particulière est donnée aux attributs du thérapeute puisque le cheminement proposé démontre qu'ils constituent une des conditions favorisant le processus thérapeutique.

Depuis plusieurs décennies, de nombreuses recherches (Brammer, 1973; Brammer et Shostrom, 1968; Brenner, 1982; Carkhuff et Berenson, 1967; Eysenck, 1952; Kepics, 1979; Mucchielli, 1970; Rogers, 1957, 1970; Truax et Carkhuff, 1967) ont été menées au sujet de la psychothérapie et de la relation d'aide. La majorité de ces auteurs se rejoignent pour reconnaître qu'une relation d'aide en est une dans laquelle une personne doit être assistée pour réaliser son ajustement personnel. Rogers (1968) précise cette idée en écrivant: "des relations dans lesquelles au moins un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie." (p. 29).

Les affirmations de Rogers (1957a) sur les conditions nécessaires au changement en thérapie telles que l'empathie, la congruence, l'acceptation inconditionnelle et le respect vont orienter une large part des recherches subséquentes. Parmi ces recherches, certaines (Carkhuff, 1969; Truax et Carkhuff, 1967; Truax et Mitchell, 1971) confirment l'hypothèse rogérienne. Ce sont

d'ailleurs Truax et Carkhuff qui, grâce à leurs recherches, opérationnalisent le concept d'empathie avec les échelles suivantes: l'Echelle d'empathie exacte (Truax, 1961 ) et l'Echelle de compréhension empathique (Carkhuff, 1969).

Une rétrospective des travaux de Rogers (1957,1968,1975) met en lumière le fait qu'il préconise une approche thérapeutique où la personnalité du thérapeute est capitale. Ainsi il souligne l'importance pour le thérapeute d'avoir une conception de l'homme dans laquelle des valeurs comme le respect, la liberté, l'autonomie et la responsabilité de la personne sont prioritaires. En d'autres termes Rogers affirme que les attitudes de l'aidant sont de loin plus importantes que la théorie et la méthode lorsqu'il s'agit d'apporter une aide efficace.

Luborski et al. (1971), en faisant la recension de quelques centaines de recherches au sujet des relations thérapeutiques, concluent au fait que l'expérience du thérapeute et l'empathie sont en relation avec les changements observés en thérapie. Toutefois, les résultats obtenus par d'autres études (Bergin et Garfield, 1971; Bergin et Jasper, 1969; Gladstein, 1977; Lambert et al., 1978) vont nuancer les conclusions de Rogers. Ces derniers précisent que bien que les habiletés thérapeutiques cernées par Rogers soient reliées au changement thérapeutique, elles ne seraient pas les seuls facteurs qui y contribuent.

Plus récemment encore, les recherches de Lambert, Shapiro, Bergin (1986) et celle de Lecomte (1987) indiquent que la part accordée aux attributs du thérapeute dans le processus thérapeutique se situerait aux alentours de 25-30 %. En effet, à la suite d'une revue des recherches effectuées à ce sujet au cours des

30 dernières années, Lambert, Shapiro et Bergin accordent 30 % des résultats positifs obtenus en psychothérapie aux facteurs communs des divers thérapeutes. Lecomte, étudiant l'efficacité en psychothérapie, en arrive aux proportions suivantes: 65 % accordé aux variables du client, 25 % aux variables du thérapeute et finalement 10 % aux techniques. Il identifie les variables du thérapeute comme étant des qualités personnelles et interpersonnelles, des habiletés évocatrices de nouvelles perspectives et des attributs cognitifs.

Nombreux sont donc les théoriciens et les chercheurs qui ont abondé dans le même sens que Rogers et ce, peu importe leur orientation théorique. Haley (1969), Shertzer et Stone (1980) diront que les caractéristiques du thérapeute sont très importantes pour le déroulement de la thérapie. Strupp (1978) spécifie que l'empathie doit être présente et Tolbert (1978) précise que l'habileté empathique constitue une condition *sine qua non*. Kepics (1979) réalise une expérience au cours de laquelle des thérapeutes n'écoutent pas adéquatement leurs clients; ces derniers développent de l'opposition, des blocages et de l'auto-critique. Par la suite, à mesure que les mêmes thérapeutes font preuve d'empathie, de tels comportements diminuent. Ces résultats confirment l'importance à accorder aux attributs du thérapeute. Bruch (1974) et Bowlby (1977) soulignent aussi que la maîtrise de soi et le calme constituent des qualités du thérapeute qui stimulent l'exploration des sentiments chez le client.

Brenner (1982), à la lumière d'une recension des écrits au niveau de la pratique et de la recherche en psychologie, déclare qu'il est primordial que le

thérapeute ait confiance dans la capacité de changement de son client et qu'il lui communique cette confiance. De plus, il relève et présente cinq attitudes qui, selon les auteurs recensés, sont généralement reconnues comme essentielles à l'efficacité de la thérapie. Il s'agit de l'empathie, de la maîtrise de soi, de l'encouragement, d'être prêt à discuter de tout et finalement, d'être réfléchi.

Jourard (1985) déclare pour sa part qu'une personne "malade" ne peut aider une autre personne "malade". Il prétend que la croissance ne peut être atteinte par le client que si le thérapeute se révèle être un individu libre, fonctionnant pleinement avec toutes les facettes de sa personnalité, c'est-à-dire avec son intelligence, tous ses sentiments et ses fantaisies. Pour lui, un individu surtout axé sur le cognitif ne peut promouvoir la croissance.

Les attributs personnels du thérapeute sont également les déterminants les plus importants pour Corey et al. (1979). Ces derniers insistent cependant sur la nécessité d'une orientation théorique qui fournit les bases à l'intervention. L'efficacité de la thérapie ne serait toutefois pas déterminée par cette orientation. Partant du dicton qui dit "je dois commencer par moi-même si je veux être efficace", Combs et al. (1969; voir Brammer, 1973) poursuivent dans la même direction lorsqu'ils disent que la personnalité du thérapeute est son outil principal. Mais comment? En étant conscient de soi et de ses valeurs afin de ne pas les projeter sur autrui, en étant attentif à ses propres sentiments, en se révélant congruent et ce faisant, en étant un modèle pour le client, en ayant un intérêt dans la personne et finalement, en reconnaissant ses limites. Pour leur part, Schmidt et Strong (1970;

voir Brammer, 1973) donnent l'image suivante du thérapeute efficace: un expert. Selon eux, "l'expert" traite l'autre personne comme son égal, avec confiance, allant au cœur du problème, alors que le "non-expert" se révélera tendu, incertain, etc.

Comme il vient d'être énoncé, les théoriciens et les chercheurs qui se sont penchés sur l'ensemble de cette problématique sont nombreux. Leurs travaux concernent la notion de relation d'aide, les conditions nécessaires à son efficacité ou encore les qualités souhaitables chez le thérapeute. Dans ce même courant, la relation d'aide fut étudiée avec différents concepts tels que, par exemple, l'habileté empathique (Kepics, 1979; Rogers, 1957; Strupp, 1978), l'ouverture à soi (Allen, 1972) et l'actualisation de soi (Foulds, 1969).

En résumé, les habiletés personnelles du thérapeute jouent un rôle dans le processus thérapeutique, en ce sens que la qualité de la relation d'aide dépend dans une certaine mesure des attributs du thérapeute. Par ailleurs, les habiletés mentionnées et/ou souhaitables ne sont pas sans rappeler, comme nous le verrons plus avant dans ce chapitre, les caractéristiques retrouvées chez les gens actualisés.

Mais auparavant, puisque cette étude utilise une population d'infirmières et d'infirmiers, il apparaît tout à fait à propos, à ce moment-ci, de présenter les recherches dans ce secteur, recherches reliées avec la théorie élaborée précédemment.

### La relation d'aide et les sciences infirmières

Cette seconde partie du chapitre présente l'état des recherches en nursing. Une courte revue historique démontre que ces recherches ont évolué dans le sens d'une approche plus globale de la santé, incluant la dimension psycho-sociale. La littérature spécifique au Canada et plus particulièrement celle du Québec fait ensuite l'objet d'une synthèse.

Les travaux et les recherches sur la relation d'aide en particulier ceux et celles de Rogers, Truax et Carkhuff ont influencé d'autres disciplines. Dans le domaine de la pédagogie par exemple, les recherches de Rogers (1957, 1959) et de Pagès (1959, 1962, 1965) témoignent de cette influence déterminante. Un autre exemple touche le domaine de l'industrie avec le travail de Richards (voir Pagès, 1965). En effet, celui-ci tente d'appliquer un modèle d'intervention non-directive avec l'ensemble des cadres de son entreprise. Des applications du même type sont également effectuées par Gordon (voir Pagès, 1965) auprès de groupes de stage de travail. On retrouve également des applications en nursing. Les travaux de Fisher (1981), de LaMonica (1978, 1982), de Lazure (1987) et de Lessard (1984) en font foi. C'est ce qui fait maintenant l'objet d'un approfondissement.

Au cours des dernières décennies les recherches démontrent que la formation en nursing est passée d'un modèle traditionnel essentiellement centré sur le médical (biophysique) à un modèle plus ouvert, holistique où la dimension

psycho-sociale et la relation d'aide occupent une place importante (Chalifour, 1982; Rainville, 1981).

Florence Nightingale (Nightingale, 1859; voir Lazure, 1987) fut une des pionnières à mettre l'accent sur l'aspect relationnel du travail en nursing. Elle affirmait qu'une infirmière ne pouvait se contenter de l'application automatique de techniques comme la fabrication de cataplasmes ou encore du seul maintien de la propreté et de l'hygiène autour du malade mais qu'elle devait également se préoccuper du contact humain. En conséquence, les besoins en formation nécessitaient dès lors beaucoup plus que le simple apprentissage de techniques mais aussi, l'ouverture au contexte relationnel dans lequel se situe le travail avec le patient. Bien que la légendaire contestation de Nightingale eut lieu en 1896, il faudra néanmoins attendre au milieu du vingtième siècle avec, entre autres, Peplau et Henderson pour voir apparaître dans la littérature en nursing des signes tangibles d'une continuité à ce niveau.

Pour sa part, Peplau (1952) qualifie la pratique infirmière de "processus interpersonnel thérapeutique significatif" tandis que Henderson (1955) élabore sa théorie sur les 14 besoins fondamentaux de la personne dont cinq représenteraient des besoins psychologiques. Ces derniers sont: 1- le besoin de communiquer à autrui ses émotions, besoins, peurs et opinions 2- le besoin d'agir en accord avec ses croyances (système de valeurs) 3- le besoin de réalisation de soi 4- le besoin de se recréer 5- le besoin d'apprendre, de satisfaire la curiosité rattachée au développement normal et d'utiliser les facilités disponibles pour sa

propre santé. Henderson souligne que le rôle de l'infirmière est d'assister le patient dans la satisfaction de ces besoins fondamentaux et, à la limite, d'y suppléer si cela s'avère nécessaire.

Au cours des années 1960, la dimension psycho-sociale continue à faire l'objet de nombreux travaux (Orlando, 1961; Ujheley, 1968; Wiedenbach, 1964). Jourard (1964) dénonce les manières des infirmières au chevet des patients et il insiste sur la nécessité de personnaliser les soins infirmiers en prenant en considération le vécu émotif des patients. Tarasuk, Rhymes et Léonard (1965) affirment que les habiletés au niveau de la communication se doivent d'être aussi importantes que les habiletés techniques. La décennie suivante voit se préciser encore plus la dimension psycho-sociale par son intégration à des modèles bio-psycho-sociaux de soins infirmiers. Ainsi Orem (1971) et Roy (1976) préconisent une approche de soins beaucoup plus globale et Paterson et Zderad (1976) croient à une approche humaniste.

Parallèlement au Québec à la même époque et dans le même courant, le rapport Castonguay-Nepveu (1970; Paul, Hagan, Lambert, 1985), rapport découlant d'une commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, propose une réforme de la philosophie et des politiques des services de santé. En effet, il reconnaît la valeur qu'il faut accorder aux composantes sociales et psychologiques et les lacunes du modèle bio-médical à y répondre adéquatement. Ce rapport recommande l'adoption d'une approche plus globale qui valorise le préventif autant que le curatif et le social autant que le médical. Il propose

également la création de structures organisationnelles, tant en milieu communautaire (CLSC) qu'en centre hospitalier, permettant ainsi de dispenser cette nouvelle philosophie.

Cette prise de conscience massive et de plus en plus répandue de l'importance à accorder à la dimension psycho-sociale en nursing ne trouve cependant pas toujours son écho dans la réalité des soins infirmiers appliqués au quotidien. En effet, la revue de la littérature met également en lumière de nombreuses difficultés au niveau de son intégration à la pratique.

Ainsi Rainville (1981) rapporte deux études intéressantes soit celles de Couture et de Pluckhan. Couture (1967; voir Rainville, 1981) souligne le fait que les 154 infirmières participant à sa recherche semblent plus à l'aise lorsqu'elles expliquent des procédures techniques concrètes plutôt que lorsqu'elles utilisent un autre type de communication avec le client comme un contact de soutien. Pluckhan (1978; voir Rainville, 1981) identifie que seulement deux infirmières sur trente atteignent le niveau minimal nécessaire à une relation thérapeutique. Quant à Paul (1981), elle met l'accent sur le fait que pendant longtemps la profession d'infirmière a eu tendance à abandonner tout le champ de la santé mentale à l'infirmière psychiatrique.

En fait, selon Paul, Hagan et Lambert (1985), la profession d'infirmière, en dépit des efforts marqués vers une plus grande autonomie, demeure fortement influencée par la profession médicale qui, elle, valorise peu les dimensions psycho-sociales du soin. Ces auteurs font cette affirmation à la suite d'une

recherche effectuée auprès des infirmières du Québec. En effet, un questionnaire de 50 énoncés portant sur des attitudes et des comportements est envoyé à 954 infirmières dont 792, soit 83 %, ont répondu. Les résultats démontrent que, bien que les infirmières soient d'accord avec une orientation holistique dans les services de santé, elles ne sont pas pour autant enclines à adopter dans leur pratique professionnelle quotidienne des comportements qui s'inscrivent dans cette orientation.

Par ailleurs, Paul, Hagan et Lambert notent que même si les infirmières semblent utiliser des comportements de relation d'aide, ce n'est qu'occasionnellement qu'elles feront preuve d'une part d'attitudes facilitant la prise en charge par le patient de sa santé et d'autre part, de comportements de promotion de la santé. Le manque de formation de même que le fossé séparant les milieux d'éducation des milieux cliniques sont au nombre des obstacles soulevés par les répondantes de cette recherche pour expliquer cette situation.

En fait, au cours des années 1980 au niveau de la littérature relative aux soins infirmiers, les auteurs sont de plus en plus nombreux à rappeler qu'"une bonne relation d'aide est essentielle à l'efficacité des soins infirmiers" (Lazure, 1987), mais surtout à affirmer que la formation à la relation d'aide constitue un besoin impérieux chez les infirmières puisqu'elles sont en interrelations continues avec leurs clients (Rainville, 1981).

Koshy (1983) souligne que l'écoute est un art situé au cœur de la pratique en nursing et qu'en conséquence chaque infirmière devrait le développer.

Pour Fisher (1981), l'habileté à communiquer et à aider vraiment les autres doit être apprise. LaMonica (1978, 1982) considère l'empathie dans la profession infirmière comme étant prioritaire et par voie de conséquence, elle tente de développer des projets de formation qui incluent cette dimension.

Mais, malgré des programmes comme ceux tentés par LaMonica et en dépit de l'importance accordée actuellement aux habiletés de communication, il n'en demeure pas moins selon Daniels, Denny et Andrews (1988) qu'il y a encore trop peu de fait pour inclure ces dimensions de façon systématique au niveau des programmes de nursing. Ainsi, même si au Québec et au Canada la relation d'aide constitue un des critères de la norme d'exécution des soins, Lazure (1987) affirme:

Par ailleurs, il arrive trop souvent, hélas, que dans le domaine relationnel, l'infirmière ne possède, pour toute ressource, que sa bonne volonté. Malheureusement, la bonne volonté seule n'est pas garante des sentiments de confiance en soi et de la compétence professionnelle. Les soins prodigués par l'infirmière doivent donc trouver un point d'appui solide dans toutes les dimensions de la relation d'aide.....en plus de développer son savoir et son savoir-faire, l'infirmière doit aussi développer son savoir-être tant avec elle-même qu'avec son client, savoir-être sans lequel la notion de croissance personnelle restera inopérante pour l'un et l'autre. (p.9)

Actuellement le Québec, par le biais de sa formation en soins infirmiers de niveau collégial, est à se donner des objectifs et des programmes qui combleraient ces lacunes. Comme le rapportent Audette, St-Amour et Leduc-

Lalonde (1985), le nouveau programme s'articule autour des cinq fils conducteurs suivants, à savoir: connaissance de la personne, démarche en soins infirmiers, communication, engagement professionnel et actualisation de soi. Parmi les objectifs terminaux figurent le développement de la présence à soi dans ses relations aux autres et la prise de conscience de l'importance de s'actualiser.

Par ailleurs, Audette, St-Amour et Leduc-Lalonde (1985) soulignent que les difficultés sont nombreuses pour les agentes de formation puisqu'elles-mêmes n'ont pas été formées à enseigner la communication; elles sont donc confrontées à leurs propres limites et se sentent souvent démunies. Le défi pour elles est de taille: s'assurer d'un certain recyclage pour elles-mêmes et assurer une continuité, une cohérence et une progression de leur enseignement en soins infirmiers. Et il en va sensiblement de même pour le personnel oeuvrant au sein des divers milieux de santé et ayant reçu un modèle plus traditionnel au niveau de leur formation.

L'inconfort est grand et il importe d'envisager rapidement des solutions. Comme le démontre la présente étude, des efforts sérieux sont déployés pour développer un ou des programmes d'entraînement à la communication et à la relation d'aide pour des infirmières. Ces programmes ont pour objectifs de contribuer à combler des lacunes au niveau de la relation d'aide et du savoir-être ou de l'actualisation de soi des infirmières.

C'est dans cet esprit que la prochaine partie de ce chapitre porte sur la formation systématique à la relation d'aide et sur le choix d'un entraînement expressif, ce dernier ayant été privilégié pour tenter de répondre au double objectif d'actualisation de soi et de formation à la communication.

### Formation systématique à la relation d'aide et formation expressive

#### 1. Formation systématique

Comme il vient d'être mentionné, la présente partie de ce chapitre est axée sur la formation à la relation d'aide. Dans un premier temps, la formation de type systématique est considérée. Les notions de spontanéité et de psychodrame sont ensuite présentées puisque ce sont elles qui servent de base au caractère expressif de notre programme d'entraînement à la relation d'aide.

Les premières pages du présent chapitre ont présenté la relation d'aide comme étant un processus dans lequel un individu-client grandit et se développe dans le sens d'un meilleur ajustement personnel, de l'actualisation de soi. Le lecteur se rappellera également que la croissance du thérapeute est tout aussi importante puisqu'elle a un impact certain sur le changement en thérapie. A ce sujet, les travaux de Rogers occupent une place privilégiée puisqu'il a été un des pionniers qui a marqué la recherche dans ce domaine. En effet, à partir des affirmations de Rogers sur la relation d'aide et sur les

conditions favorisant le processus thérapeutique, nombreux sont les chercheurs qui poussent plus loin les recherches et qui, par exemple, opérationnalisent les connaissances dans ce domaine.

L'entraînement systématique à la relation d'aide a soulevé beaucoup d'intérêt en psychologie. Une revue de la littérature à ce sujet met en évidence la fréquence élevée de programmes de formation basés sur le modèle de Carkhuff. En effet, Carkhuff élabore un modèle d'enseignement de la relation d'aide qui met l'accent sur l'acquisition, par l'expérience, des caractéristiques du thérapeute telles que la compréhension et la communication empathiques.

Ce modèle d'enseignement vise l'acquisition de notions théoriques sur les ingrédients de base de la relation d'aide, sensibilise l'individu à écouter et à percevoir le message et son contenu affectif. Ce programme d'entraînement met également l'accent sur l'acquisition d'une communication claire et empathique, les participants s'exerçant à l'atteindre. Tout ceci se fait par le biais de lectures, discussions, exposés théoriques, mises en situation.

Parallèlement Carkhuff (1969) met au point une échelle à cinq niveaux permettant de mesurer la compréhension empathique. Brièvement, ces cinq niveaux sont les suivants:

- Niveau I: l'aidant n'est pas en contact avec ce que l'aidé vit dans le moment présent. Il se révèle tendu, distant ou encore préoccupé par autre chose.

- Niveau II: à ce niveau, l'aidant reflète d'une façon confuse ce que l'aidé lui a communiqué.

En fait, à ces deux niveaux, l'aidant soustrait des éléments importants du message de l'aidé.

- Niveau III: l'aidant reformule dans ses propres mots, au niveau du contenu intellectuel et affectif, ce que l'aidé a exprimé. La verbalisation est équivalente.

- Niveau IV: l'aidant ajoute à ce que l'aidé a exprimé en reflétant le vécu qui s'y rattache.

- Niveau V: en plus de refléter le vécu sous-jacent du message de l'aidé, l'aidant communique également sa compréhension du vécu de celui-ci.

Aux deux derniers niveaux, l'aidant apporte plus de clarté et de profondeur au message de l'aidé. En fait, il va plus loin que la simple reformulation de ce que vient de lui communiquer l'aidé permettant ainsi à ce dernier d'avoir accès à une autre dimension de sa réalité.

Pour en arriver à réaliser une intervention de niveau IV ou V, l'aidant doit donc aller beaucoup plus loin que ce qui est exprimé et avoir une écoute particulière à ce qui est non-dit ou sous-jacent. Comme l'intervenant ne peut objectivement pas prendre la place de l'aidé pour sentir et comprendre ce que dit et vit celui-ci, il doit donc puiser en lui-même, se centrer sur ses ressources personnelles, sur ce que le message de l'aidé appelle et/ou rappelle en lui-même. En ce sens l'aidant doit se servir de sa propre capacité d'être en contact avec soi-même. Il doit faire appel à toute sa dimension de créativité et

également à sa capacité d'utiliser spontanément ce senti et cette compréhension dans sa communication avec l'aidé.

Ces aspects relatifs à la spontanéité, à la créativité seront développés dans les prochaines pages. Compte tenu de son utilisation fréquente, il convient toutefois auparavant de s'interroger sur l'efficacité d'un modèle de formation systématique comme celui élaboré par Carkhuff.

Selon Truax et Carkhuff (1967), il est possible d'amener des comportements empathiques, tant chez des étudiants gradués en psychologie que chez des gens non spécialisés, avec un programme d'entraînement de 100 heures. D'autres recherches de Carkhuff (Berenson, Carkhuff et Myrus, 1966; Carkhuff et Truax, 1965) arrivent à la conclusion qu'un programme d'entraînement de 15 à 30 heures se révèle également efficace pour l'acquisition de tels comportements.

Dans sa revue de la littérature à ce sujet, Charbonneau (1973) indique qu'il est possible d'améliorer le comportement empathique auprès de populations variées à l'aide d'un entraînement systématique et ce, en un temps relativement court. Les résultats de sa propre étude réalisée auprès d'un échantillon d'étudiantes inscrites à l'école des infirmières Vanier d'Ottawa, confirme que l'empathie peut être améliorée à la suite d'un entraînement approprié composé d'éléments didactiques et expérientiels. Les études de LaMonica et Krashmer (1978), d'Aronson, Akamatsu et Page (1982) de même

que celle de Crabb, Moracco et Bender (1983) vont aussi dans le sens d'une augmentation de la capacité empathique.

D'un autre côté, Carlson (1974) relève certaines études de type longitudinale et souligne des résultats allant dans le sens inverse. De même, Bath et Calhoun (1977) donnent un portrait assez pessimiste des diverses études sur l'entraînement à l'empathie et suggèrent de considérer également les attitudes des candidats. C'est dans cette perspective que certaines études étudient le développement de l'empathie en relation avec divers traits personnels. Ainsi, dans les recherches suivantes, la capacité empathique est reliée positivement à la confiance en soi et l'authenticité (Lesh, 1970), au concept de soi (Maskin, 1974) ou encore à l'actualisation de soi (Foulds, 1969; Selfridge et Vander Kolk, 1976).

A la lumière de tout ce qui précède il est possible d'affirmer que, dans une certaine mesure, le modèle d'entraînement à la relation d'aide de Carkhuff permet d'accroître la capacité empathique. Toutefois, certaines questions restent en suspens. Parmi les nombreuses recherches faisant état d'un changement significatif, plusieurs (Aronson, Akamatsu, Page, 1982; Demaret, Dreze, 1984; Dubé, Pellerin, Dubois, 1987; Jacob, Williams, 1983) nuancent la qualité des résultats obtenus. Ainsi, la disparition des réponses de niveau I est signalée mais le niveau obtenu, soit le niveau III ou légèrement inférieur, est souvent moindre que celui attendu. L'extinction des réponses de niveau I est évidente et en ce sens, les résultats permettent d'affirmer que les gains seraient

véritablement dûs à un apprentissage. Ces résultats ne permettent pas de croire cependant que les apprentissages vont au-delà et que les acquisitions atteignent vraiment la personnalité des participants.

Par ailleurs, devant les résultats de leur recherche sur l'empathie et les styles de valorisation, Dubé, Pellerin et Dubois (1987) s'interrogent sur le fait que les individus expressifs, ceux qui valorisent plus la liberté, profitent moins d'un entraînement systématique. Ils émettent l'hypothèse qu'un entraînement systématique selon le modèle de Carkhuff enlève de la spontanéité et laisse peu de place à la liberté. C'est dans cette voie que la présente recherche suppose qu'un entraînement expressif à la relation d'aide, via le psychodrame, permet plus d'aller rejoindre certaines composantes de la personnalité par l'accent mis sur la spontanéité, l'autonomie et la liberté d'action. Les prochaines pages apportent le rationnel sous-jacent à cette hypothèse.

## 2.Psychodrame, spontanéité et créativité

### 2.1 Bases théoriques

Le psychodrame, du grec *psyché*: âme et *drame*: accomplissement, action doit sa création et son développement à Jacob Lévy Moreno. C'est lui qui découvre et exploite systématiquement les valeurs thérapeutiques du jeu dramatique et ce, à des fins de formation ou encore de thérapie. Le psychodrame se révèle être un espace thérapeutique, un lieu d'expression, de régression, de

créativité. Tout y est possible; rien n'est figé, statique. Moreno définit le psychodrame comme étant la science qui explore la vérité des êtres humains ou la réalité de situations par le biais de méthodes dramatiques.

Schutzenberger (1970), proche collaboratrice de Moreno pendant de nombreuses années, souligne que faire du psychodrame véritable c'est créer. C'est également faire naître psychologiquement, rendre au monde toutes les dimensions du vécu et du réel, de l'imaginaire et du souhaité, du possible et de l'impossible bref, c'est vivre rêves et phantasmes, voyager dans le temps et l'espace. Pour Schutzenberger tout comme pour Moreno, chaque personne porte en elle-même une pensée créatrice.

Lorsque Maslow (1954) élabore sa théorie sur l'actualisation de soi, il prétend que tous les hommes ont un potentiel de créativité à la naissance, potentiel qu'ils perdent malheureusement par la suite. Moreno(1965) va dans le même sens puisque pour lui la spontanéité, un des noyaux principaux de sa pensée, est inhibée, paralysée et découragée par les mécanismes culturels.

Teboul et Teboul (1974) en parlant du principe fondamental de la méthode morénienne précisent que pour Moreno, l'homme est prisonnier des rôles qui lui sont plus ou moins imposés par son environnement. Jouer ces rôles par le biais du psychodrame l'aide précisément à en prendre conscience puis à s'en défaire. D'un autre côté, si les individus improvisent d'autres situations en se laissant aller, en imaginant, ils retrouvent la spontanéité créatrice de l'enfant. La

spontanéité, du latin sua sponte signifie "de l'intérieur vers l'extérieur" et est ainsi définie par Moreno:

La réponse adéquate à une situation nouvelle ou comme une réponse nouvelle à une situation ancienne.....C'est la spontanéité qui incite l'homme à réagir de façon plus ou moins satisfaisante à une situation plus ou moins inédite. (p.181, 1954)

Selon Moreno, lorsque l'individu affronte une nouvelle situation, il n'a d'autre alternative que d'utiliser le facteur spontanéité comme guide, ce qui le place alors dans un état de ressentir les émotions et d'avoir les pensées et les actions les plus appropriées. Par conséquent un cadre ouvert comme le psychodrame, dans lequel un bon degré de nouveauté est toujours présent, favorise la naissance et le développement du facteur spontanéité. Loin d'être un dérèglement ou un désordre, la spontanéité devient alors une réponse opportune à une situation nouvelle. Toujours selon Moreno, la spontanéité ne peut être apprise, elle ne peut qu'être libérée. L'acte spontané est lié à l'instant et être spontané c'est faire preuve de vitalité, d'authenticité puisque les actes libres expriment la personnalité totale de celui qui les accomplit. La spontanéité éveille la créativité. Elle n'est rien en elle-même sinon que la personne qui s'y adonne en est transformée et en ce sens pour Moreno, nos possibilités de spontanéité nous permettent de nous adapter à nous-mêmes et au monde.

Depuis le moment de la création du psychodrame jusqu'à nos jours, les "maîtres" du psychodrame ont développé diverses techniques s'y rattachant. Les

principales techniques retenues aux fins de la présente recherche sont maintenant présentées.

## 2.2 Techniques psychodramatiques

Le jeu de rôle est un jeu dramatique ayant pour but la formation, par exemple la formation à la résolution de conflits ou encore l'apprentissage de techniques précises. Il constitue une méthode pédagogique active; il permet de faire comme si on était dans la réalité. C'est l'activité spontanée d'un "acteur"-membre du groupe, en action et en interaction avec d'autres "co-acteurs", dans une situation donnée. Le jeu de rôle permet d'avoir une image mentale de la situation puis, d'expérimenter et d'apprivoiser ce ou ces rôle(s). Jouer un rôle pour Moreno, c'est une manifestation du Soi, une expression personnelle verbale et non-verbale.

La prise de rôle n'est pas seulement un processus cognitif...le jeu de rôle n'est pas seulement un comportement, une action pure et simple...la connaissance, la perception, le comportement et l'action s'entremêlent subtilement et ne peuvent être séparés. Il y a des rôles qu'on peut jouer et d'autres qu'on ne peut jouer. (p.31, 1954)

A force de jouer, on va se connaître, s'éprouver soi-même comme on est ou comme on apparaît à autrui. Faire du "jeu de rôle", c'est s'exercer à vivre des situations pour y être plus à l'aise ceci, dans un cadre propice et sécurisant au sens où il n'y aura pas de conséquences réelles, de contrecoups.

Les techniques psychodramatiques du miroir, du renversement de rôles et du double sont des techniques qui sont souvent utilisées lors d'un jeu de rôle. Elles permettent d'approfondir et d'élargir les expériences du sujet.

- Le miroir; le sujet "A" (protagoniste) est représenté par un personnage "B" (ego-auxiliaire). Ce dernier montre "en actions ou en paroles" (p. 285, Marineau, 1989) comment le protagoniste agit dans les diverses situations de sa vie, comment les autres le voient. Le miroir est l'une des techniques couramment utilisées pour la libération de la spontanéité et de l'imaginaire.
- Le renversement de rôles; le protagoniste prend le rôle d'un autre avec qui il éprouve une difficulté et ce faisant, il s'exprime pour lui. Bref, les deux acteurs changent de rôles et de places. Le renversement de rôles permet au protagoniste de ressentir et d'exprimer le point de vue de l'autre. En fait s'il est bien utilisé, le renversement de rôles permet également au protagoniste de répondre lui-même à des questions essentielles qu'il a posées à l'autre personne. Cette technique se révèle aidante pour l'acquisition et/ou le développement de l'autonomie puisqu'au lieu d'être dépendant des conseils des autres, l'individu peut trouver ses propres solutions.
- Le double; un des membres du groupe prend la position corporelle du protagoniste et se met en empathie avec lui: les frontières psychologiques sont temporairement supprimées. En relation empathique avec lui, le double va exprimer, par exemple, ce que le protagoniste se montre incapable d'exprimer lui-même. Le double est donc un ego-auxiliaire qui, avec l'accord du

protagoniste, va représenter un aspect de ce dernier. Cet aspect particulier a souvent une connotation spéciale: le non-dit affectif soit anxiogène soit agressif. "Parfois, divers sentiments..., peur et frustration par exemple, seront présentés par des doubles multiples..." (p.284, Marineau, 1989). Lorsque le double ne prend pas le rôle d'actualiser et/ou de faire venir à la conscience du protagoniste des sentiments, il peut aussi jouer un rôle de soutien silencieux par exemple, en étant derrière lui, la main sur son épaule.

Schutzenberger (1970) a décrit quelques 120 techniques de psychodrame mais selon Moreno, il y en aurait plus de 350. Le but de la présente recherche n'étant pas d'en faire une recension et, bien qu'il y ait eu utilisation d'autres techniques au cours des formations (boutique magique, chaise vide, etc.), les trois techniques qui viennent d'être sommairement explorées se sont révélées les outils les plus fréquemment utilisés.

### 3. Formation à la relation d'aide et psychodrame

Comment le psychodrame peut-il s'insérer dans une formation à la communication et à la relation d'aide? Par le biais des techniques énumérées précédemment, le psychodrame peut être utilisé pour l'apprentissage de techniques et de "savoir-faire". En jeu de rôle, comme double et comme miroir, l'individu peut s'expérimenter comme intervenant et parvenir à exprimer des réponses et des comportements aidants dans la relation d'aide. Par le renversement de rôles, il est à même de mieux saisir le vécu du client et d'y répondre adéquatement lorsqu'il aura repris son rôle de protagoniste. "En plus de

développer son savoir et son savoir-faire" le psychodrame "développe son savoir-être" (voir Lasure, citée page 17). Le jeu de rôle permet donc de s'expérimenter et de se perfectionner comme intervenant.

Bref, l'individu peut développer ses capacités relationnelles et professionnelles. Le psychodrame peut donc être utilisé pour s'entraîner à un rôle d'aidant que l'on tient quotidiennement, pour se perfectionner dans la manière dont on le tient, ou encore pour anticiper des situations nouvelles. L'action pédagogique est renforcée par l'action du groupe, par les échos que le vécu a suscité chez les participants. Le climat de non-jugement du groupe, de permissivité, d'acceptation de l'autre permet aux individus du groupe d'expérimenter d'autres rôles avec plus de liberté, plus d'ouverture bref, des rôles souvent plus adaptés.

Le psychodrame permet donc une pédagogie des relations interpersonnelles par un entraînement à la spontanéité, à une meilleure perception d'autrui et de la relation avec lui. Leutz (1985) suggère que le psychodrame libère la capacité d'apprendre et rappelle que la spontanéité qui permet à l'individu de réagir de façon adéquate dans le cadre d'une situation interhumaine est d'une importance déterminante.

Selon Schutzenberger (1975), le psychodrame complète la formation à la communication verbale et non-verbale. Il permet à la personne de mieux s'intégrer aux groupes auxquels elle appartient. De plus, les tenants du psychodrame comme Anzieu (1979), Leutz (1985), Moreno (1965,1984),

Schutzenberger (1970,1975), Teboul et Teboul (1974) voient celui-ci comme formation personnelle, c'est-à-dire aidant l'individu à développer son potentiel humain, à débloquer sa spontanéité créatrice et l'amenant à s'épanouir en un adulte responsable, affectivement mature bref, actualisé.

En résumé, l'expérience de la spontanéité permet de saisir les occasions de s'ouvrir à soi-même et aux autres. Elle offre donc l'opportunité de vivre une vie plus pleine, plus satisfaisante, plus équilibrée, une vie personnelle et professionnelle plus riche en rencontres, en satisfaction pour soi et autrui.

La spontanéité est agissante dans le présent, dans l'ici et maintenant. Grâce au jeu qui se déroule de façon spontanée, sans contrainte, de façon presqu'involontaire, le psychodrame permet de surmonter les barrières entre le monde a-spontané de l'adulte et celui de l'enfant c'est-à-dire celui de la spontanéité, de l'absence de préjugés, de la souplesse et de l'authenticité de l'être.

Ces qualités de l'enfant, la spontanéité, l'authenticité, la confiance et l'action ludique, retrouvées sous l'influence du psychodrame ressemblent étroitement à certaines caractéristiques reliées aux gens actualisés. Celles-ci sont un comportement marqué par la spontanéité, la simplicité, l'absence de contrôleurs, la capacité de vivre le moment présent, la créativité, l'habileté d'un individu à être pleinement vivant, à s'abandonner avec confiance aux émotions et aux sentiments, à se donner la liberté d'être entièrement lui-même. C'est ce qui fera l'objet des prochaines pages.

## L'actualisation de soi

L'objet de cette partie du chapitre n'est pas de développer toutes les théories qui ont contribué à l'élaboration du concept d'actualisation de soi, mais plutôt de présenter la pensée de deux auteurs qui, par leurs recherches, ont profondément marqué cette notion. Un court sommaire des origines et de l'évolution du concept est d'abord présenté puis, les points de vue de Maslow et Shostrom sont ensuite traités.

### 1. Evolution du concept d'actualisation de soi

Dans le domaine de la psychologie, la notion d'actualisation de soi a soulevé l'intérêt de plusieurs théoriciens depuis le début du siècle. A l'origine cependant, c'est sous d'autres appellations telles individuation, croissance, devenir que cette tendance de l'homme à se réaliser fut explorée.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la notion du développement optimal de la personnalité. Jung (1933) en élaborant son concept d'individuation est le premier à souligner l'existence d'une puissance interne chez l'individu, puissance le poussant à la réalisation totale de son être. Jung (1954) présente cette réalisation de soi comme étant le but ultime de l'homme, ne pouvant s'atteindre qu'en passant par la différenciation puis l'intégration la plus harmonieuse possible de toutes les facettes de sa personnalité.

Cette volonté de l'être à se réaliser est également relevée par d'autres auteurs: Horney (1939, 1950) en parlant de la capacité et de la motivation de

l'homme à développer ses potentialités, Fromm (1947) en élaborant sa notion d'orientation positive et May (1953) avec son idée de l'être existentiel. Goldstein (1939) utilise le premier le terme "actualisation". Pour sa part Allport (1955), en parlant du "devenir", précise que l'on retrouve chez l'individu des capacités latentes qui le guideraient dans son processus de croissance et le motiveraient à atteindre un plus haut degré de maturité.

A la suite d'une longue expérience clinique et de recherches, Rogers (1959,1975) se situe dans le même courant au niveau de sa réflexion et l'élaboration de sa théorie. En effet, le lecteur se rappellera que les premières pages de ce chapitre ont particulièrement fait ressortir les convictions de Rogers quant à la relation d'aide, le processus thérapeutique et les conditions qui favorisent ce dernier. Parallèlement, Rogers s'est également penché sur le développement de la personnalité.

Rogers considère l'homme comme un être qui fonctionne consciemment et tente de comprendre ses expériences subjectives. Selon lui, le développement de la personnalité fait appel au principe suivant: les êtres humains sont fondamentalement bons, dignes de confiance et sont naturellement orientés vers la croissance et l'actualisation de leur potentiel positif.

Il existerait donc chez l'être humain cette volonté de croître, cette tendance actualisante. Celle-ci pousse d'abord l'individu à se découvrir, se reconnaître, à s'exprimer puis à développer son unicité, c'est-à-dire se réaliser en harmonie avec ses capacités propres. Rogers souligne que ceci n'est possible

que chez la personne qui est en contact avec ses sentiments, capable de vivre au présent, confiante en elle-même, en ses capacités d'intuition, de créativité et d'action. Pour Rogers une personne qui se développe pleinement, c'est une personne qui est consciente de son expérience et est ouverte à tout. Etant ouverte à tout, elle peut répondre de façon adaptée à une grande variété de situations et vivre une vie riche et souple, gratifiante et significative. Selon lui, la personne actualisée a confiance en son organisme, dans sa totalité.

La théorie de l'actualisation s'inscrit dans le mouvement de la psychologie humaniste. Elle s'est fortement inspirée de la philosophie existentialiste qui tente d'exprimer comment l'individu peut combattre les éléments dépersonnalisants de son environnement en se structurant une identité et en recherchant un sens à sa vie. L'approche humaniste considère l'homme sous l'angle de sa santé, de son potentiel et de sa globalité. Elle fait appel à des principes et/ou concepts de base tels que croissance (Allport,1955), développement (Rogers,1957 a). Elle se tourne résolument vers une vision de l'homme dans son entité avec son unicité, son potentiel d'actualisation et en relation avec son environnement global.

Finalement, ce sont Abraham Maslow (1954,1971) et Everett Shostrom (1964,1972) qui ont, par la suite, largement contribué au développement et à l'opérationnalisation du concept d'actualisation de soi. Les deux identifient l'actualisation de soi comme étant un processus continuellement en changement et non une fin en soi, un objectif final à atteindre. Ils parlent de l'actualisation de soi comme étant la tendance de l'homme à la croissance, à la réalisation de soi.

C'est d'ailleurs sous l'angle de leurs perceptions et selon leur cheminement parallèle que ce concept sera développé dans les pages qui suivent.

## 2. L'actualisation de soi selon Abraham Maslow

Le développement de la pensée de Maslow est influencé par des auteurs cités précédemment, notamment Fromm, May, Horney, Goldstein, Rogers.

Fidèle à l'école de pensée humaniste dont il est l'un des pionniers Maslow, pour étayer sa théorie, observe des gens en santé c'est-à-dire qu'il sélectionne des gens qui ne présentent aucune pathologie soit névrotique soit psychotique mais qui, au contraire, semblent utiliser au maximum leurs capacités. C'est d'ailleurs en s'interrogeant au sujet de deux de ses professeurs en qui il reconnaît des personnalités remarquables que Maslow choisit ce principe de santé.

C'est à l'intérieur de sa théorie de la motivation que Maslow articule le concept d'actualisation de soi. Cette théorie de la motivation repose sur le principe que l'homme est fondamentalement un être de besoins. Ces besoins inhérents à l'individu s'accompagnent d'une tension visant à leur satisfaction, l'ensemble formant le moteur de la motivation.

En développant cette théorie, Maslow établit une hiérarchie de besoins qu'il illustre sous forme de pyramide:

5. Besoins d'actualisation de soi.
4. Besoins d'estime (accomplissement et maîtrise; réputation et prestige).
3. Besoins d'appartenance (amour et affection)
2. Besoins de sécurité (protection, ordre, principes)
1. Besoins organiques (nourriture, confort physique)

Selon Maslow, un besoin de niveau supérieur ne peut apparaître comme motivation que si les besoins plus puissants de niveau inférieur sont préalablement satisfaits. Un besoin satisfait cesse de motiver l'organisme et permet l'émergence d'un autre besoin, plus élevé dans la hiérarchie. Cette émergence d'un nouveau besoin se fait de façon graduelle. Il semblerait que la satisfaction d'un besoin augmente la motivation à vouloir continuer à se développer, favorisant ainsi le renforcement et le développement sain de l'individu, de sa maturité psychologique. A l'inverse, la non-gratification d'un besoin peut entraver le développement d'un individu.

Bien qu'utilisant le terme "besoin" pour désigner indifféremment l'un ou l'autre des échelons, Maslow en souligne cependant la différence. Selon lui en effet, les besoins de niveaux 1 à 4 font appel à une déficience ("deficiency needs"), un manque de l'organisme. Ainsi, les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'amour sont des besoins de déficience. Déficience en ce sens que l'organisme a besoin de quelque chose d'extérieur pour sa santé.

Contrairement à cela, les besoins de niveau 5 sont identifiés par Maslow comme étant des besoins d'ordre supérieur ou métabesoins; ils correspondent à une croissance intrinsèque.

Les besoins de niveaux inférieurs peuvent être comblés assez rapidement, à tout le moins temporairement, alors que les besoins d'ordre supérieur font appel à un processus lent et continu et c'est en ce sens que Maslow situe l'actualisation de soi comme étant un processus et non une fin en soi.

Même si tous les besoins précédents sont satisfaits, nous pouvons cependant nous attendre (sinon toujours) à un mécontentement ou une insatisfaction nouveaux, à moins que l'individu fasse bien ce pour quoi il est doué. Un musicien doit faire de la musique, un peintre de la peinture, un poète doit écrire s'il veut être essentiellement en paix avec soi-même. Ce qu'un homme peut être, il doit l'être. C'est cela que nous appelons l'actualisation de soi. (p.91,1954)

Le besoin d'actualisation de soi repose sur le fait que l'homme tend à rendre effectif son potentiel, ce qui lui est unique.

Désir de l'homme pour l'accomplissement de soi... désir de devenir de plus en plus ce qu'il est capable de devenir.(p.92,1954)

Comme il a été mentionné précédemment, au fur et à mesure que Maslow élabore sa théorie émerge l'idée que l'actualisation de soi est un processus, un cheminement vers l'intégration, vers des réalisations qui s'accumulent. Maslow fait de plus en plus référence à une voie plutôt qu'à un état.

Ayant observé que la majorité des gens ayant leur potentiel fortement actualisé avait plus de soixante ans, Maslow fait alors référence à l'âge comme condition préalable à l'actualisation de soi. Par la suite cependant, il nuance cette affirmation en spécifiant que, tout en accordant de l'influence en regard de l'âge, il ne nie pas que des gens plus jeunes puissent être en voie de réalisation de soi. Ainsi Maslow (1962), et plus tard parmi d'autres théoriciens, Sheehy (1980) font état d'une période d'épanouissement entre trente et cinquante ans. Comme il sera présenté au troisième chapitre, la population qui compose notre échantillon présente des moyennes d'âge variant de 30.5 à 38 ans selon le groupe.

Brièvement maintenant, rappelons que le concept d'actualisation de soi selon Maslow se nourrit des postulats suivants:

- En chaque être, il y a un potentiel unique, un soi à actualiser: la possibilité d'être et de devenir plus.
- L'actualisation de soi est un processus et non une fin en soi.
- La personne qui s'actualise part de l'intérieur; elle est son propre guide. Elle est à l'écoute de ses messages corporels et se laisse peu influencer par les règles extérieures.
- Il s'agit d'un être responsable qui tente de trouver soi-même une réponse à ses besoins.
- Ses choix sont des choix de croissance, plutôt que des attitudes de défense, de retrait. Elle fait preuve de courage.

- Plutôt que quelque chose qui se commande, c'est la capacité, l'ouverture à vivre pleinement qui est commune aux personnes actualisées; elles ne fuient pas les expériences paroxystiques.
- Sont présents également la conscience ou la capacité à voir, à saisir le symbolique, le sacré, l'éternel.

Donc pour résumer la pensée de Maslow, il existe des pré-requis à l'actualisation de soi: la satisfaction des besoins de base. D'autres conditions sont également nécessaires comme la capacité d'être à l'écoute de soi-même, une motivation élevée à utiliser son potentiel et la présence de valeurs qui guident les choix, valeurs telles que justice, vérité et beauté.

Maslow perçoit l'actualisation de soi comme un phénomène en évolution, une accumulation de réalisations et non une question de grand moment, de but atteint ou encore de phénomène établi.

Un autre auteur, Shostrom, a également grandement travaillé à l'élaboration des connaissances au sujet de l'actualisation de soi. Sa contribution est maintenant présentée dans les pages qui suivent.

### 3. L'actualisation de soi selon Everett Shostrom (de 1964 à 1976)

En élaborant sa théorie de la manipulation, Shostrom (1964,1967,1972) s'est également penché sur le concept d'actualisation de soi. De plus, il a apporté une contribution majeure au développement et à l'opérationnalisation scientifique de ce concept en construisant le Personal Orientation Inventory (P.O.I.).

Shostrom rejoint Maslow en ce qu'il conçoit l'actualisation de soi à l'intérieur d'une démarche vers l'intégration personnelle. Il parle d'un processus d'être et de devenir, de plus en plus dirigé de l'intérieur. Selon lui, l'actualisation de soi se fait de façon graduelle, progressive. Tout comme Maslow, il prend aussi l'âge en considération surtout lorsqu'il procède à l'établissement des normes de son instrument.

Shostrom (1967) situe le développement du potentiel humain sur un continuum; à l'une des extrémités se retrouve la tendance à la manipulation et, à l'opposé, la tendance à l'actualisation. Il émet le principe suivant: chaque personne, à des degrés divers, est manipulatrice. Rejoignant le courant de la philosophie humaniste, il souligne que cette personne peut prétendre au développement de son potentiel positif latent et devenir graduellement plus actualisée. D'une certaine façon son hypothèse de départ, c'est que chaque personne a des ressources pour influencer les autres; elle peut se servir de son pouvoir en se manipulant elle-même et en manipulant les autres ou au contraire, en s'actualisant et en aidant les autres à s'actualiser.

Shostrom définit le manipulateur comme étant une personne qui "exploite, utilise et contrôle les autres autant qu'elle-même" (1967, p.15). Une certaine inconscience caractérise le manipulateur en ce sens qu'il n'entre pas en contact avec certaines réalités importantes; il ne voit et n'entend que ce qu'il veut voir et entendre. Trop occupé à essayer d'exercer un contrôle, le manipulateur joue sa vie comme une partie d'échecs: il doit constamment être sur ses gardes

pour cacher son jeu. Il n'est pas libre de vivre et de savourer ce que la vie lui offre. Il se traite lui-même et traite les autres comme des objets et non comme des personnes; il n'a confiance ni en lui, ni en autrui.

Selon Shostrom, la personne qui s'actualise a une philosophie de vie toute différente de celle qui manipule. Ses comportements sont affectés par les attitudes suivantes: la conscience, l'honnêteté, la liberté et la confiance.

- La conscience: La personne qui s'actualise est réceptive à ce qui se passe en elle et autour d'elle. Elle s'y intéresse et y répond sans chercher à nier des aspects de la réalité présente. Elle démontre une capacité à vivre chaque moment présent pleinement.
- L'honnêteté: L'honnêteté est ici définie par Shostrom comme étant la capacité d'être soi-même, la capacité d'accepter toutes ses dimensions et de les exprimer directement bref, la capacité de vivre ses polarités, d'être authentique.
- La liberté: La personne qui s'actualise se sent libre i.e. elle est spontanée et se donne la permission d'être ce qu'elle est et d'exploiter son potentiel sans se contrôler et dominer les autres. Elle est plus flexible et ouverte à l'expérience. Elle est créatrice; elle a une indépendance relative vis-à-vis son environnement physique et social.
- La confiance: La personne qui s'actualise a confiance en elle-même et dans les possibilités d'autrui. Fondamentalement, elle considère que la nature de l'homme est bonne malgré qu'il commette parfois des erreurs.

Pour Shostrom, la personne qui s'actualise est dans une démarche de développement, dans un processus de transformation des comportements manipulateurs en comportements authentiques (actualisés). Shostrom conclut que le processus d'actualisation de soi favorise l'intégration des différentes polarités de l'individu. Alors que chez le manipulateur les différentes polarités sont en conflit, chez la personne qui s'actualise elles se complètent. Pour Shostrom ce processus ne peut se faire que par le biais de la prise de conscience de soi, de ses tendances manipulatrices et de son fonctionnement. La croissance passe donc par la connaissance de soi afin d'en arriver à l'utilisation de tout son potentiel disponible.

Parallèlement à son cheminement théorique, Shostrom concrétise l'opérationnalisation du concept d'actualisation de soi par la construction du Personal Orientation Inventory (1964). Pour ce faire, il fait appel bien entendu à sa propre théorie sur ce concept mais également à celle de Maslow (1954). De plus, il s'inspire fortement des travaux de Perls (1947,1951: voir Shostrom, 1972) et de May (1958: voir Shostrom, 1972) pour ce qui touche "l'orientation dans le temps". En ce qui a trait au "système de direction interne et externe", il s'appuie sur les postulats de Riesman et al. (1950; voir Shostrom, 1972).

La composition de ce test est présentée de façon plus exhaustive au second chapitre. Pour le moment cependant, il est intéressant de noter que les énoncés de ce test traduisent des attitudes, des comportements et/ou des valeurs que Shostrom associe aux gens qui s'actualisent. Selon lui, les deux

dimensions du test qui distinguent le plus les gens actualisés des gens non-actualisés sont l'orientation dans le temps et la direction des comportements. Ces deux concepts sont sous-jacents à sa théorie et sont en corrélation avec ceux de Maslow.

- L'orientation dans le temps: l'orientation d'une personne face au temps constitue pour Shostrom un bon indicateur de son niveau d'actualisation de soi. Selon lui, une personne actualisée fait preuve de "compétence dans le temps" c'est-à-dire qu'elle est capable de vivre pleinement l'ici et maintenant. Elle est capable de relier passé et futur à ce présent, non comme un obstacle mais dans une attitude de continuité; le passé est riche de sens et d'enseignement, le futur symbolise l'ouverture à être toujours plus et non pas être rempli d'idéaux inatteignables.

-La direction interne ou externe des comportements: second indicateur de l'actualisation de soi pour l'auteur, cette dimension évalue si la personne est guidée par des motivations internes (besoins, désirs) ou si elle agit en étant influencée par autrui (approbation, attentes des autres). Selon Shostrom, la personne actualisée est autonome tout en étant sensible à l'approbation d'autrui: elle est davantage guidée de l'intérieur que de l'extérieur.

#### 4. Conclusions sur les théories de Maslow et de Shostrom.

Ces deux auteurs partent de théories différentes pour traiter de l'actualisation de soi mais loin de se contredire, leurs théories se rejoignent et tirent mutuellement profit des nuances apportées par l'autre. Bien que Shostrom

n'insiste pas (comme Maslow l'a fait à une certaine époque de ses travaux) sur le fait que l'actualisation de soi est atteinte par une minorité de gens, l'un et l'autre retiennent finalement le principe que l'actualisation de soi est un processus et qu'il est accessible à tous en tant que phénomène dynamique. Le portrait que chacun d'eux trace de la personne actualisée comporte également beaucoup de similitudes. Une description globale en est maintenant donnée en tenant compte des formulations de ces deux auteurs. L'attention du lecteur sera attirée par le fait que très souvent, les caractéristiques formulées ici rappellent les habiletés thérapeutiques élaborées en début de chapitre.

La personne en voie d'actualisation est déterminée par son besoin de se connaître elle-même et "motivée par son besoin d'être et de devenir plus" (Maslow), de "devenir plus intégrée, plus unifiée" (Shostrom). Elle est de plus en plus consciente d'elle-même. La personne actualisée démontre une "perception adéquate d'elle-même et de la réalité" (Shostrom). Elle possède généralement une "sensibilité et une habileté à détecter le vrai du faux autant chez elle que chez l'autre", à "se percevoir elle-même et autrui justement" (Maslow).

La personne actualisée possède un "code d'éthique personnel" (Maslow). Elle offre une "certaine résistance à la conformité sociale". Elle est plus autonome, "moins dépendante de l'environnement physique et social" (Shostrom). Elle est "moins avide d'honneur et de récompense" (Maslow), moins affamée de bienveillance et d'affection de la part d'autrui. La personne en voie d'actualisation

"se donne la liberté d'être elle-même" (Shostrom) et de "faire des choix en fonction de sa propre croissance".

La personne actualisée est "plus pleinement humaine"; elle "s'accepte et accepte les autres comme des gens à potentiel unique" (Shostrom). Elle perçoit la nature humaine comme elle est et l'accepte avec ses imperfections. Elle éprouve affection et confiance en l'être humain: elle le considère comme digne de respect. Elle se révèle "spontanément capable d'empathie et d'écoute" (Shostrom). Elle fait également preuve "d'une capacité à une plus grande fusion" (Maslow), de plus grand amour bref, d'une plus grande capacité d'intimité et d'une meilleure capacité à établir des relations interpersonnelles que les gens moins actualisés.

Son comportement est "marqué par la spontanéité, la simplicité de même que par l'absence de contrôleurs"; elle se révèle "capable de vivre le moment présent" (Shostrom). La personne actualisée "ne se sent pas menacée par l'inconnu" au contraire, elle en est "plus attirée que par le connu" (Maslow). Conséquence de la spontanéité, la créativité est souvent caractéristique de la personne en voie d'actualisation. Celle-ci fait également preuve "d'un sens de l'humour non-hostile" (Maslow). Le lecteur se rappellera ici toute l'importance accordée à la spontanéité et à la créativité dans la pensée de Moreno ainsi que dans le psychodrame.

La personne en voie d'actualisation démontre une "capacité à s'apprécier et à apprécier les joies de la vie" (Maslow) car, pour elle, ce qui importe

c'est " d'aimer le processus de vivre plutôt que d'arriver à une fin" (Shostrom). Elle est pleinement vivante, appréciant et vibrant à chaque moment, s'abandonnant avec confiance aux émotions et aux sentiments qui s'y rattachent.

Enfin, il y a lieu de s'interroger sur le concept d'actualisation de soi depuis les recherches de Maslow et de Shostrom. Les travaux de ces derniers ont, nous l'avons vu précédemment, largement contribué à l'élaboration et à l'opérationnalisation du concept. Par la suite, de nombreuses recherches ont puisé à ces sources. Pour certaines, ce sont les qualités sociométriques du P.O.I. qui y sont évaluées; les travaux de llardy et May (1968), de Kay *et al.* (1978), de Silverstein et Fisher (1973), de Tosi et Lindamood (1975), pour ne citer que ceux-là, vont dans ce sens. Pour d'autres, c'est l'actualisation de soi en relation avec une autre variable qui fait l'objet de la recherche. Ainsi, les études de Blouin (1973), de Foulds (1969), de Prémont (1985) et de Selfridge et Vander Kolk (1976) tentent de mesurer l'actualisation de soi en relation avec l'empathie et/ou la communication empathique. Dans la même veine, celle de Beaumont (1984) étudie l'actualisation de soi en relation avec le rythme d'évolution de l'image corporelle, celle de Noury (1983) met l'actualisation de soi en relation avec les styles de valorisation et celle de Richard (1986) interroge l'actualisation de soi en regard de la satisfaction sexuelle.

La présente étude quant à elle tente d'étudier l'actualisation de soi en relation avec une formation à la relation d'aide, formation à caractère expressif. La

suite et la fin de ce chapitre mettent en évidence les hypothèses relatives à la présente étude.

### Synthèse et formulation des hypothèses

Les recherches sur l'actualisation de soi telles que présentées précédemment mettent l'accent sur les qualités qui discriminent les gens actualisés des gens non-actualisés. Ainsi, la personne qui s'actualise part de l'intérieur, éprouvant une grande liberté face aux pressions et aux règles extérieures. Elle démontre une capacité à vivre pleinement et une ouverture, une sensibilité à l'imprévu, à l'inconnu. Elle se révèle spontanée, flexible, créatrice. La personne actualisée est consciente d'elle-même et d'autrui, elle est en harmonie avec ses besoins et ne cherche pas à nier certains aspects de son monde intérieur ou encore de la réalité. En ce sens, elle est honnête vis-à-vis elle-même, capable d'être authentique; elle a confiance en elle-même et en autrui.

En début de chapitre, il a été mentionné également que la thérapie visait certains résultats c'est-à-dire un meilleur ajustement à soi-même, un meilleur fonctionnement en général, un mieux-être, une plus grande conscience de soi et des autres. A ce sujet, Brammer et Shostrom (1968) établissent pour le client les objectifs suivants; tous ces buts sont une autre façon de parler de l'actualisation de soi:

- l'indépendance, l'autonomie
- la spontanéité, c'est-à-dire la liberté d'être, la flexibilité, l'ouverture à sa propre expérience et à l'autre, la réduction de la rigidité
- vivre pleinement le présent
- la confiance en soi et en l'autre
- la conscience
- l'authenticité
- l'action responsable
- l'efficacité.

D'un autre côté, les études liées à la relation d'aide et plus spécifiquement aux qualités souhaitables chez l'aidant ont été retenues aux fins du présent mémoire. Le lecteur se rappellera que les qualités qui semblent déterminantes dans le processus thérapeutique sont les suivantes:

- Une conception de l'homme englobant un intérêt pour la personne, le respect, la liberté, l'autonomie, la responsabilité.
- L'empathie.
- La conscience et la capacité d'être attentif à ses propres sentiments, la congruence.
- La capacité de fonctionner pleinement avec toutes les facettes de sa personnalité.

Sur le plan théorique, il semble évident que des relations positives peuvent être établies entre le niveau d'actualisation de soi et les capacités

personnelles du thérapeute. Au plan expérimental toutefois, les recherches mettent principalement l'actualisation de soi en relation avec la capacité empathique et ces recherches n'arrivent pas toujours à des résultats concluants. Les résultats obtenus par Foulds (1969) sur le lien entre l'actualisation de soi et l'augmentation de l'empathie sont concluants. Selfridge et Vander Kolk (1976) concluent que l'acquisition et le développement de l'empathie sont favorisés chez les gens actualisés. D'un autre côté, les recherches de Blouin (1973) et de Kleiner (1970) ne récoltent pas de résultats permettant de conclure au lien entre l'actualisation de soi et l'empathie. Par ailleurs, Côté (1984) et Prémont (1985) arrivent à des conclusions mitigées, certains résultats seulement relient positivement l'empathie et l'actualisation de soi.

Les recherches de Côté (1984) et de Prémont (1985) se révèlent particulièrement intéressantes pour la présente étude puisqu'elles se déroulent également dans le contexte d'une formation à la relation d'aide. Les recommandations de Côté ouvrent la voie à une recherche qui utiliserait une population d'âge plus avancé que la population qu'elle a utilisée (24 ans). La population qui fait l'objet de la présente recherche a une moyenne d'âge plus élevée soit 35 ans. Les recherches de Côté et Prémont sont cependant réalisées auprès de futurs psychologues. La population de la présente étude, rappelons le, est constituée d'infirmières et d'infirmiers en exercice pour qui le programme de formation antérieur n'incluait pas de cours systématique sur les habiletés de communication et de relation d'aide.

D'un autre côté, bien qu'encore en période de rodage, ces dimensions sont maintenant partie intégrante de la formation en nursing au Québec et l'actualisation de soi et la communication sont présentées comme étant des fils conducteurs de cette démarche d'apprentissage.

Comme nous l'avons également vu précédemment, les conclusions de la recherche de Dubé, Pellerin et Dubois (1987) s'interrogent sur le caractère systématique de l'entraînement dans le contexte d'une formation à la relation d'aide. La présente recherche poursuit dans cette direction en appliquant un traitement où le style expressif via le psychodrame est privilégié.

En ce sens, les hypothèses qui se dégagent de tout ce qui précède prennent en considération les théories reliées au psychodrame. A ce sujet en effet, la littérature met l'accent sur les conséquences découlant de son utilisation. L'importance de la liberté, de la spontanéité et de la souplesse comme valeurs d'actualisation de soi ont déjà été relevées dans le présent chapitre. Selon Maslow (1954,1972), tous les hommes ont un potentiel de créativité à la naissance mais, ils le perdent. La démarche du psychodrame, quant à elle, oriente vers la libération de la spontanéité, de la créativité et par là, vers une vie plus riche, plus pleine bref, vers l'actualisation de soi.

En somme le contexte théorique élaboré tout au long de ce chapitre fournit les éléments qui conduisent à la formulation de l'hypothèse centrale: la formation à la communication et à la relation d'aide à caractère expressif influencera le niveau d'actualisation de soi des sujets y participant.

L'hypothèse retenue ici est vérifiée dans les cadres d'une expérience impliquant des infirmières et infirmiers de la région 04.

Chapitre II

Description de l'expérience

Les hypothèses d'une relation entre une formation à la relation d'aide à caractère expressif et le niveau d'actualisation de soi des participants ont été formulées au chapitre précédent. Le second chapitre aborde les aspects de la méthodologie utilisée pour la vérification de ces hypothèses. Il est question des sujets ayant participé à l'expérience, de l'instrument de mesure utilisé de même que des qualités psychométriques de celui-ci. Par la suite, le déroulement de l'expérience, les résultats ainsi que les méthodes d'analyse statistique sont présentés.

### Sujets

Les sujets participant à cette étude sont au nombre de 44 répartis en trois groupes distincts. Ces sujets sont tous des infirmières(iers) travaillant dans divers établissements de santé de la région 04 soit le Centre Hospitalier Laflèche, le Centre Hospitalier Ste-Thérèse, le Centre Hospitalier Régional de la Mauricie et le C.L.S.C. Normandie. Quatre-vingt-dix-huit % de notre population possède une formation de 15 ans et plus de scolarité et 85% a accumulé un minimum de neuf ans d'expérience alors que le 15% restant a en moyenne cinq années d'expérience. Tous les sujets recrutés ont demandé à suivre la formation. Ceux qui ont été sélectionnés et qui effectivement ont participé à la formation ont été dégagés par leur employeur respectif pour la suivre. En ce qui a trait à la sélection des participants parmi l'ensemble des candidatures, ce sont les établissements de santé par le biais des responsables de la formation qui ont pris la décision. Les

critères de sélection l'étaient sur la base de l'expérience d'une part, et d'autre part sur une base rotative en fonction de l'accessibilité à des programmes de formation.

Ainsi, parmi les candidats intéressés, les responsables de la formation des divers établissements de santé ont accordé la priorité à ceux qui avaient plus d'années d'expérience et/ou qui détenaient un poste-clé en termes de diffusion de l'apprentissage et de l'expérience vécue. Cependant, un candidat qui remplissait ce critère mais qui venait de bénéficier récemment d'un autre stage de formation était éliminé afin de favoriser une autre personne.

Ces critères ont pu avoir une influence sur la composition des groupes. En effet, par exemple, la moyenne d'âge de nos groupes va en décroissant. Le premier groupe expérimental est composé de 15 femmes et de 1 homme. L'âge varie entre 30 et 57 ans, avec une moyenne de 38 ans. Le second groupe expérimental, composé de 12 femmes et de quatre hommes, présente un éventail d'âge allant de 29 à 45 ans pour une moyenne de 35 ans. Finalement le troisième groupe, formant le groupe contrôle, est composé de neuf femmes et de trois hommes dont l'âge varie entre 25 et 45 ans pour une moyenne de 30.5 ans. Il est intéressant de noter que la répartition de notre échantillon au niveau des sexes, soit 82% de femmes pour 18% d'hommes, reflète bien la réalité de cette profession.

Par ailleurs, il importe de souligner également que la composition de nos groupes a la particularité suivante: plusieurs participants du groupe expérimental-1 et quelques-uns du groupe expérimental-2 occupent un poste-cadre. Ces

personnes sont coordonnatrices d'un département (infirmière-chef) ou encore, assistantes à la coordination. D'un autre côté, aucun des participants du groupe contrôle n'occupe un tel poste de responsabilité.

Cette situation s'explique fort probablement par les critères de sélection mentionnés ci-haut. Dans des recherches effectuées sur le terrain plutôt qu'en laboratoire, le chercheur doit donc composer avec certains impondérables. Il ne lui est pas toujours possible de contrôler tous les éléments et il arrive que ceux-ci influencent les données. Il faudra sans doute y revenir lors de la discussion des résultats.

### Instrument de mesure

#### 1. Présentation du Personal Orientation Inventory (P.O.I.)

La variable actualisation de soi est mesurée au moyen du Personal Orientation Inventory (P.O.I.), instrument élaboré par Shostrom (1964). Comme son auteur le souligne, cet instrument fournit des indices quant à la santé psychologique de l'individu et à ses capacités de développement personnel plutôt qu'à des facteurs ou des indices de pathologie. Ce test fait ressortir les comportements et les valeurs qui caractérisent l'actualisation de soi telle que définie au chapitre précédent et, comme le rapportent Tosi et Lindamood (1975), le P O I est le seul outil valable pour la mesurer.

Dans la présente recherche c'est la traduction française effectuée par la maison originale d'édition (Educational and Industrial Testing Service, 1972) qui

est utilisée. Ce test peut être administré seul ou en groupe et bien qu'il n'y ait pas de temps limite pour la passation, la durée est en moyenne de 30 à 40 minutes. Il s'agit d'un questionnaire à choix forcé comprenant 150 item. Chaque item laisse le choix entre deux jugements de valeurs et/ou comportements; chacun des énoncés se lit d'une part sous forme négative et d'autre part sous forme positive. Le sujet doit choisir celui qui s'applique le mieux à lui. Quant à la base théorique qui sert d'appui à la formulation de ces item, elle a été relevée brièvement dans le chapitre précédent.

Chacun des item est compilé deux fois. Tout d'abord, il est coté selon deux dimensions principales soit l'orientation dans le temps (23 item) et la direction interne ou externe (127 item). Par la suite, les item sont à nouveau compilés selon dix sous-échelles qui éclairent certaines composantes de l'actualisation de soi.

Le concept orientation dans le temps avec ses échelles Ti (incompétence face au temps ) et Tc (compétence face au temps) permet de faire le rapport Ti/Tc et donne une indication de l'orientation d'une personne face au temps. Ce rapport mesure l'importance que cette personne accorde au présent en fonction du passé et du futur. On retrouve un exemple de cette dimension à l'item #110: a) Travailler pour l'avenir donne à ma vie sa signification première b) Ma vie ne prend son sens que dans la mesure où l'avenir est en continuité avec le présent.

Rappelons que la personne actualisée, tout en accordant une certaine importance au passé et au futur, vit pleinement dans l'ici et maintenant. Le passé et le futur ont une certaine importance mais ils n'envahissent pas le présent. La personne actualisée ne revient pas constamment sur une action passée qu'elle pourrait, par exemple, considérer comme une erreur; elle y puise au contraire un enseignement et réoriente sa vie en tenant compte de celui-ci. Il en va de même pour l'avenir. La personne actualisée peut avoir des projets pour le futur mais sans y donner toute la place dans sa vie présente.

Quant à elle, la direction interne ou externe évalue dans quelle mesure l'individu se tourne vers soi ou vers les autres pour évaluer son comportement et agir. Les échelles O (other directed person: schème de référence externe) et I (inner directed person: schème de référence interne) se combinent en un rapport O/I pour déterminer la source de direction du comportement. L'item #103 traduit bien cette dimension: a) Il est préférable d'être soi-même b) Il est préférable d'être populaire.

La personne actualisée, tout en étant sensible à son environnement, est autonome. Elle agit selon ses critères personnels et ses motivations internes plutôt que de se conformer à des exigences extérieures. La personne actualisée n'a pas toujours besoin que les autres approuvent ce qu'elle fait.

Quant aux dix sous-échelles mentionnées précédemment, ce sont les suivantes:

- Valeurs d'actualisation de soi/Sav (26 énoncés) ou l'acceptation des valeurs généralement véhiculées par des gens actualisés.
- Existentialité/Ex (32 énoncés) ou la souplesse avec laquelle l'individu applique ces valeurs et principes à sa propre vie.
- Sensibilité affective/Fr (23 énoncés) ou la capacité à prendre conscience de ses besoins, désirs et sentiments.
- Spontanéité/S (17 énoncés) ou la facilité à réagir spontanément et à exprimer ses émotions.
- Perception de soi/Sr (16 énoncés) ou la valeur que s'accorde une personne.
- Acceptation de soi/Sa (26 énoncés) ou la capacité à s'accepter soi-même avec et/ou en dépit de ses faiblesses.
- Nature de l'homme/Nc (16 énoncés) ou le degré d'acceptation des gens comme fondamentalement bons.
- Synergie/Sy (9 énoncés) ou l'habileté à percevoir les dichotomies et à relier de façon significative ce qui semble opposé.
- Acceptation de l'agressivité/A (25 énoncés) ou l'habileté à reconnaître et à accepter ses propres sentiments de colère et d'agressivité.
- Capacité de contacts intimes/C (28 énoncés) ou la capacité à établir, à développer et à maintenir des relations interpersonnelles profondes et authentiques.

Donc, en observant la composition du test, il apparaît que les deux dimensions principales couvrent à elles seules l'ensemble du test et que le résultat combiné des deux donnent le résultat total au test, c'est-à-dire le niveau

d'actualisation de soi. Tout en étant incluses dans ce résultat global, dix autres dimensions sont également mesurées et reflètent chacune un aspect important de l'actualisation de soi. Elles sont appelées échelles secondaires par l'auteur et elles permettent de qualifier et de nuancer le résultat global.

Dans la présente étude, ce sont les mesures obtenues par les échelles principales de même que le résultat global qui sont retenues. Le lecteur pourrait s'interroger à ce moment-ci sur le choix de ces trois mesures seulement dans notre expérimentation pour l'évaluation de l'actualisation de soi. En effet, il pourrait objecter par exemple que les sous-échelles sensibilité affective, valeurs d'actualisation de soi et spontanéité auraient été intéressantes compte tenu du sujet à l'étude. Ce choix a été fait après consultation de certaines études (Klavetter, 1967; Silverstein et Fisher, 1973) qui révèlent une certaine redondance au niveau des échelles et de celles de Damn (1969) et de Tosi et Lindamood (1975) qui concluent que les deux échelles principales suffisent amplement pour donner une mesure de l'actualisation de soi.

## 2. Qualités psychométriques du P.O.I.

Les qualités psychométriques du P.O.I. ont été évaluées par de nombreuses recherches que ce soit au niveau de la validité, de la fidélité ou encore de la tricherie. En général, les conclusions qui sont tirées permettent de tenir compte des forces et des faiblesses de cet outil tout en le reconnaissant fiable et valide comme instrument de mesure.

## 2.1 Fidélité du P.O.I.

Les études portant sur la fidélité du P.O.I. mesurent en premier lieu la stabilité de l'instrument dans le temps. Utilisant la méthode test-retest, sans préciser toutefois le temps écoulé entre les deux passations, Shostrom (1964) obtient des coefficients de fidélité de .93 et .91 pour les échelles principales orientation dans le temps et direction du comportement. Utilisant la même méthode avec un intervalle d'une semaine, Klavetter et Mogar (1967) obtiennent des résultats suffisants pour appuyer la fidélité de l'instrument. En effet, les coefficients obtenus varient de .52 à .82 avec une médiane de .71. A l'exception des échelles nature de l'homme, agressivité et sensibilité affective, l'ensemble des autres échelles présente une bonne stabilité. Les coéficients obtenus pour les échelles principales sont de .71 pour l'orientation dans le temps et de .77 pour la direction du comportement.

De leur côté Ilardi et May (1968), avec un intervalle de 50 semaines, obtiennent des coefficients de .32 à .71 avec une médiane de .58. Les échelles principales affichent des résultats de .55 pour l'orientation dans le temps et de .71 pour la direction du comportement. Les auteurs soutiennent que ces résultats sont comparables à ceux obtenus pour d'autres instruments tels que le M.M.P.I. et le E.P.P.S.. Tosi et Lindamood (1975) vont dans le même sens en déclarant que la fidélité test-retest du P.O.I. se compare à la majorité des mesures de personnalité. Puis, l'étude de Wise et Davis (1975) avec deux semaines d'intervalle révèle les résultats suivants: des coefficients variant de .50 à .88; les échelles principales Tc

et I ayant .75 et .88 comme coefficients respectifs. Par ailleurs, deux échelles seulement ont des coefficients un peu faibles: nature de l'homme avec .67 et synergie avec .50.

Dans une autre étude, Kay et al. (1978) concluent à une certaine faiblesse du P.O.I. quant à sa fidélité en obtenant les résultats suivants: des coefficients de .03 à .71 avec une médiane de .53. Ces résultats doivent cependant être nuancés puisqu'il y a un grand intervalle de temps entre les deux passations soit huit mois. Compte tenu de la sensibilité du test, il est possible que plus l'intervalle est long, plus il y a de modifications. A la lumière de ces résultats, Kay et al. déclarent qu'avec un intervalle plus long que huit mois, les résultats ne sont pas concluants mais en deça de cet intervalle, ils affirment que le P.O.I. démontre une stabilité constante.

Le lecteur se rappellera que l'hypothèse centrale de la présente recherche est de mesurer l'impact d'une formation de nature expressive sur le niveau d'actualisation de soi des participants. Il importe de souligner à ce moment-ci qu'il serait également intéressant de mesurer la stabilité de ces résultats dans le temps. Compte tenu des recherches mentionnées précédemment en particulier celle de Kay et al. (1978), un intervalle de moins de huit mois sera privilégié.

Dans un deuxième temps en ce qui touche la fidélité du P.O.I., les recherches portent sur l'homogénéité ou la consistance interne des échelles. Dans l'ensemble de ces recherches, il ressort que les échelles du P.O.I. sont

homogènes: Klavetter et Mogar, 1967; Knapp, 1965 (voir Despard-Léveillée, 1973); Tosi et Lindamood, 1975; Wise et Davis, 1975. Dans son étude, Damn (1969) obtient des coefficients de .87 et de .91 pour les deux échelles principales alors que Silverstein et Fisher (1973) obtiennent .75 et .50.

Tout en concluant à l'homogénéité des échelles, certains auteurs soulignent cependant que la redondance des échelles peut expliquer ces résultats (Damn, 1969; Klavetter, 1967; Silverstein et Fisher, 1973; Tosi et Lindamood, 1975). Comme déjà mentionné cependant, selon Damn, Tosi et Lindamood les deux échelles principales seraient suffisantes pour donner une mesure de l'actualisation de soi.

A la lumière de ces recherches, il semble donc que le P.O.I. soit une mesure fidèle de l'actualisation de soi.

## 2.2 Validité du P.O.I.

### a) Validité prédictive

La validité du P.O.I. est mise à l'épreuve puis confirmée par les résultats de plusieurs recherches. Elle est d'abord démontrée par son auteur. En effet Shostrom (1964) obtient des différences significatives sur onze des douze échelles entre les personnes actualisées et les personnes non-actualisées: l'échelle nature de l'homme n'a indiqué aucune différence significative. Administrant le P.O.I. à des patients psychiatriques de même qu'à des sujets normaux et actualisés, Fox

(1965) obtient des différences significatives aux douze échelles ( $p<.001$ ). Shostrom et Knapp (1966) font une nouvelle étude auprès de deux groupes de clients en thérapie, le premier groupe débutant la thérapie et le second y étant impliqué depuis un minimum de onze mois. Des résultats significatifs, au seuil de .01 sont obtenus sur les douze échelles de l'instrument.

L'étude de Fox, Knapp et Michael (1968) confirme une différence significative sur les douze échelles. Leur recherche compare les résultats d'un groupe de patients psychiatriques avec les résultats obtenus initialement par Shostrom (1964) auprès d'un groupe de gens normaux et actualisés. McLain (1970) confirme lui aussi la validité du P.O.I. en mettant en corrélation deux scores d'actualisation de soi. Le premier score est mesuré par le P.O.I. et le second est constitué par la moyenne des résultats donnés par trois juges qui connaissaient bien le groupe des 30 sujets; ces juges connaissaient également le concept d'actualisation de soi. Les résultats obtenus révèlent que neuf des douze échelles ont donné des corrélations significatives dont les deux échelles principales. L'échelle I se révèle significative à .69 ( $p<.01$ ) ce qui concourt à l'établissement de la validité du P.O.I..

Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre de ces diverses recherches, il semble bien que le P.O.I. comme instrument de mesure permette de distinguer les gens actualisés des gens non-actualisés.

### b) Validité de construit.

Certaines recherches portent sur des corrélations entre le P.O.I. et divers instruments, la majorité de ces derniers mesurant des traits pathologiques. Knapp (1965) compare le P.O.I. avec le Eysenck Personality Inventory (E.P.I.) et conclut que huit des douze échelles sont reliées négativement à la dimension du E.P.I.. La validité du P.O.I. est également soutenue en comparant avec d'autres mesures: le M.M.P.I. (Shostrom et Knapp, 1966) et le E.P.P.S. (Grossach *et al.*, 1966; Le May et Damn, 1968).

De l'ensemble de ces recherches, il ressort que la validité de construit du P.O.I. est bien établie au sens où il se révèle relié négativement aux dimensions pathologiques et relié positivement aux dimensions relatives à l'actualisation de soi.

### 2.3 Forces et faiblesses du P.O.I.

Certains types de recherche ont porté sur la possibilité de fausser les résultats du P.O.I.. Pour l'ensemble de ces études, il ressort que le P.O.I. offre une bonne résistance à la tricherie si les sujets ne possèdent pas les informations pertinentes au sujet de l'actualisation de soi.

Braun et Lafaro (1969) effectuent l'étude suivante: ils administrent d'abord le P.O.I. à des groupes avec les directives standard, puis à d'autres groupes avec l'instruction d'essayer de faire bonne impression et finalement, ils administrent le P.O.I. à des groupes qui reçoivent préalablement de l'information

sur le P.O.I. et sur l'actualisation de soi. Les résultats du second groupe sont relativement plus bas que les premiers alors que les derniers ont obtenu des résultats plus élevés. Les auteurs en sont arrivés à la conclusion suivante: le P.O.I. dénote une résistance à être faussé à moins que les sujets ne reçoivent de l'information précise sur l'actualisation de soi et sur le P.O.I..

Ces résultats et ces conclusions sont appuyés par ceux de Foulds et Warehime (1971). L'étude de Grater (1968) confirme également qu'avec l'information pertinente, les sujets peuvent hausser leurs résultats. Les sujets qui composent la population de la présente recherche n'ont reçu aucune information concernant l'instrument ou encore au sujet de l'actualisation de soi.

Comme il a été souligné précédemment, les échelles ont une certaine interdépendance; il s'agit d'un aspect du P.O.I. qui pourrait être considéré comme une faiblesse. Toutefois, comme le soulignent les nombreuses études (Damn,1969; Klavetter et Mogar,1967; Shostrom,1974; Tosi et Lindamood,1975) les deux échelles principales suffisent à donner une mesure de l'actualisation de soi. Dans la présente recherche, ce sont ces deux échelles seulement de même que le score total qui sont utilisés.

### Déroulement de l'expérimentation

Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre d'une formation à la communication et à la relation d'aide offerte à des infirmières et infirmiers en exercice et elle s'insère dans un contexte de recherche plus vaste où la formation de type expressif est mise en relation avec d'autres variables: le concept de soi et l'empathie. Compte tenu de la nature particulière de la formation de type expérientiel, les groupes de participants sont limités à un maximum de 16 personnes, ce qui explique la présence de deux groupes expérimentaux. Chacune de ces deux formations se déroule selon une formule intensive de 90 heures, réparties sur trois semaines de 30 heures.

L'expérimentation comporte trois étapes selon un schéma pré-test, post-test et relance ceci, successivement pour chacun des trois groupes de l'étude (2 expérimentaux, 1 contrôle). Entre les deux premiers temps d'évaluation soit le pré-test et le post-test, les deux groupes expérimentaux suivent la formation expressive à la communication et à la relation d'aide.

#### 1. Pré-test

Le pré-test a lieu le 7 avril 1986 pour le premier groupe expérimental, le 26 mai 1986 pour le second tandis que le groupe contrôle est rencontré à la mi-avril 1986. Le projet de recherche est présenté comme portant sur certaines dimensions de la relation d'aide et il servira en partie à la rédaction de mémoires de maîtrise en psychologie. Les objectifs précis de la recherche ne sont pas

présentés, afin d'éviter que les réponses ne soient biaisées. La confidentialité leur est assurée c'est-à-dire que les résultats ne serviront à aucune forme d'évaluation personnelle ou encore d'évaluation académique par rapport à la formation. A cet effet, un numéro de code est attribué à chacun pour toute la durée de l'expérimentation, soit jusqu'à la relance. La participation est volontaire.

Les participants aux deux formations ont tous accepté de prendre part au projet. D'un autre côté, ceux et celles qui n'avaient pas été choisi(e)s pour les formations selon les critères cités précédemment se sont montré(e)s moins enthousiastes à participer, ce qui explique le nombre plus restreint de sujets au sein du groupe contrôle.

Les tests sont administrés collectivement aux participants dans l'ordre suivant: l'Indice de discrimination, le Personal Orientation Inventory, et le Tennessee Self-Concept Scale. Les sujets disposent de tout le temps nécessaire pour y répondre et la durée de passation varie entre 60 et 90 minutes pour l'ensemble. Les consignes sont inscrites et fournies sur chacun des exemplaires. L'expérimentateur est présent pour répondre aux questions des sujets. Par ailleurs, dans le but d'avoir certaines données descriptives, les sujets répondent également à quelques item tels que âge, sexe, nombre d'années d'expérience, scolarité, etc.

Il importe de souligner que pour le groupe contrôle, la passation des tests s'est déroulée par petits groupes selon les milieux de travail. Le lecteur se rappellera que les participants à l'expérience proviennent de divers milieux de

santé de la région 04. C'est ainsi que pour des raisons de commodité et d'horaire, les participants du groupe contrôle ont été rencontrés par sous-groupes selon leur appartenance à tel ou tel milieu.

## 2. Traitement expérimental

Le traitement s'effectue au cours d'une formation qui se déroule du 7 avril 1986 au 25 avril 1986 pour le premier groupe expérimental et du 26 mai 1986 au 13 juin 1986 pour le second. La formation, axée sur la communication et sur l'entraînement à la relation d'aide, permet aux participants la découverte et l'apprentissage de notions théoriques et pratiques et favorise le développement d'habiletés en relation d'aide afin qu'ils deviennent capables d'intervenir de façon aidante dans leurs relations avec le client.

A travers les lectures, les discussions et les applications pratiques des objectifs spécifiques sont visés. D'une part, au niveau du processus de communication, le participant approfondit la connaissance de son propre processus dans une relation interpersonnelle à l'aide des points suivants: a) l'identification des différents éléments du processus et des facteurs pouvant l'influencer; b) l'analyse des modes d'expression dans la communication; c) l'utilisation du feed-back. D'autre part au niveau de la relation d'aide, le participant approfondit et travaille les points énumérés ici: a) l'identification des composantes de la relation d'aide et ses étapes à l'intérieur d'une interaction; b) la revision de ses attitudes en relation d'aide et l'adoption d'attitudes facilitantes, l'utilisation de nouveaux modes d'intervention en relation aidante.

Cette formation à caractère expressif utilise des techniques psychodramatiques telles que le miroir, le renversement de rôles, le double. Les participants à la formation sont également invités à tenir un "journal de bord" afin d'y consigner leurs prises de conscience, leurs difficultés, leurs acquisitions bref, leur cheminement.

A titre d'exemple, voici maintenant le déroulement d'une journée typique de formation. La journée commence par une prise de contact et une "mise en train". C'est l'occasion de revenir entre autres choses sur le vécu de la journée précédente ou encore sur une lecture. Par ailleurs la mise en train permet "à chacun de dire où il en est, ce qui se passe pour lui... La personne entre progressivement "dans le groupe", dans l'action..." (p. 285, Marineau, 1989). Après cette période, il y a généralement un temps de travail en petits groupes. Chacun des sous-groupes choisit et prépare un thème relatif à son travail, thème qu'il pourra par la suite présenter aux autres sous forme de jeu de rôle. Il peut s'agir d'une difficulté rencontrée par l'un ou plusieurs membres du groupe par exemple, préparer un patient anxieux à subir une opération chirurgicale ou encore accueillir la famille d'un patient qui vient d'apprendre qu'il ne lui reste que peu de temps à vivre.

Par la suite, ces mises en situation sont présentées à l'ensemble du groupe. Selon ce qui se déroule devant lui, c'est alors l'occasion pour l'animateur de puiser parmi les techniques déjà mentionnées celle qui rendra possible pour chacun l'approfondissement de ses expériences. Pour chacun des jeux de rôle

présentés, l'ensemble des membres du groupe est invité à se situer et, s'il le désire, à partager ses observations, ses prises de conscience et son vécu face à cette situation.

En somme, les participants s'exercent à vivre diverses situations, différents rôles qu'ils sont appelés à jouer dans leur exercice professionnel quotidien. Ils sont ainsi amenés à les nuancer, les modifier, les rendre plus adéquats, plus satisfaisants pour eux de même que pour la clientèle avec qui ils sont en contact.

Outre les jeux de rôle initiés à partir du vécu des participants, l'horaire de la journée permet également l'approfondissement de certaines notions théoriques relevées à la suite de ces mises en situation ou encore à la suite de lectures. Par ailleurs, les membres du groupe bénéficient également de temps de travail pour la préparation et la planification de l'application pratique qu'ils envisageaient de poser dans leur milieu de travail respectif à la suite de la formation.

### 3. Post-test

La seconde étape de mesure a lieu immédiatement après la formation, le 25 avril 1986 pour le premier groupe expérimental et le 13 juin 1986 pour le second groupe. Quant au groupe contrôle, les sujets ont été sollicités par petits groupes de trois ou quatre au cours de la même période, soit au début de juin 1986.

Le déroulement de la passation des trois tests est identique à celui du pré-test; les consignes sont les mêmes ainsi que l'ordre d'administration des tests. La durée de passation est sensiblement plus longue pour ce qui touche les groupes expérimentaux: de 65 à 110 minutes. En effet, les sujets se révèlent plus anxieux et ils expriment des commentaires qui reflètent une plus grande sensibilité, une plus grande conscience de ce qui leur est demandé. Ainsi par exemple, au niveau de l'Indice de discrimination ils se montrent conscients qu'une réponse de niveau I est non aidante.

#### 4. Relance

Le troisième temps de mesure a lieu à des intervalles légèrement différents pour les deux groupes expérimentaux. Des contraintes d'horaire et de dégagement de personnel de la part de certains établissements expliquent cette situation. Le premier groupe expérimental est évalué le 7 octobre 1986 c'est-à-dire cinq 1/2 mois après la fin de la formation, tandis que le second groupe est évalué le 14 octobre 1986 soit quatre mois après la fin de sa propre formation. Le groupe contrôle quant à lui est rejoint vers la fin du mois d'octobre 86 toutefois, comme il sera expliqué plus avant, pour certains, il a fallu attendre les résultats jusqu'en novembre.

Pour les sujets ayant participé à l'une ou à l'autre des formations, cette administration est faite dans les cadres d'une journée de retour sur l'expérience de formation. Cette journée débute par une prise de contact, "mise en train". Puis, les participants partagent leur vécu et leur cheminement au niveau d'un projet

individuel ou de groupe, réalisé dans leur milieu de travail à la suite des apprentissages et/ou découvertes effectués lors de la formation. C'est à la fin de cette journée de relance que la dernière passation de test a eu lieu et ce, toujours selon les mêmes modalités. Un sujet d'un groupe et deux de l'autre groupe n'ont pas pu être présents à ces journées soit pour cause de maladie ou vacances. Toutefois, ils ont répondu individuellement aux tests dans les jours suivants.

Finalement, pour ce qui est du groupe contrôle, seulement huit des sujets ont accepté ou étaient disponibles pour effectuer la dernière phase de l'expérimentation. Peut-être est-il important de souligner qu'à cette époque se déroulait une période de négociations des conditions de travail dans les milieux de santé ce qui, compte tenu des divers moyens de pression, peut expliquer certains délais et peut-être même certains refus à poursuivre l'expérience.

### Hypothèses et analyse statistique

L'hypothèse centrale exprimée maintenant de façon opérationnelle se formule comme suit:

Chez les deux groupes expérimentaux, à la fin de la formation à la communication et à la relation d'aide, le niveau d'actualisation de soi, tel que mesuré par le Personal Orientation Inventory, est significativement plus élevé que celui mesuré avant le début de la formation.

Comme il a été annoncé précédemment et le lecteur aura pu constater en lisant le déroulement de l'expérience, un troisième temps de mesure a été effectué afin de mesurer la stabilité des résultats après une certaine période de temps. L'hypothèse de recherche qui en découle est la suivante:

Cinq mois après la fin de la formation à la communication et à la relation d'aide, le niveau d'actualisation de soi, tel que mesuré par le Personal Orientation Inventory, sera maintenu c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de différence avec celui obtenu à la fin de la formation.

Diverses analyses de différences de moyennes (test-t) sont utilisées pour vérifier d'une part l'équivalence des groupes en début d'expérimentation et, d'autre part afin de vérifier les hypothèses précitées. Ainsi, une étude de différence de moyennes est employée pour mesurer si pour tous les sujets il y a eu une amélioration du niveau d'actualisation de soi à la suite de la formation à

caractère expressif. Cette étude est effectuée pour chacun des groupes expérimentaux de même que pour le groupe contrôle.

Par ailleurs, comme cette recherche comporte trois temps de mesure, des études de différence de moyennes sont également pratiquées pour l'ensemble des groupes, afin de déterminer si les résultats obtenus au post-test se sont maintenus. Pour l'ensemble de ces analyses, c'est le seuil de probabilité de .05 qui est retenu.

Chapitre III  
Présentation, analyse et discussion des résultats

Ce troisième chapitre présente les résultats obtenus au Personal Orientation Inventory (P.O.I.) durant l'expérimentation. Les analyses statistiques effectuées pour traiter ces données fournissent ensuite les chiffres nécessaires à la vérification des hypothèses. En un dernier temps, une discussion des résultats fait également ressortir les facteurs qui ont pu influencer cette étude.

### Présentation et analyse des résultats

Cette section présente les résultats obtenus au P.O.I. aux trois temps de passation, la distribution des sujets au pré-test et l'étude de l'équivalence des groupes. La relation entre la formation à la relation d'aide de type expressif et l'actualisation de soi est par la suite étudiée.

#### 1. Résultats bruts

Le niveau d'actualisation de soi est mesuré par le P.O.I et s'obtient par le total établi à partir de deux résultats, celui de l'échelle orientation dans le temps et celui de la direction du comportement. Les recherches antérieures ont démontré que ce total des points ( $Tc+I$ ) est suffisant pour donner un indice global du niveau d'actualisation de soi d'un individu (Dam, 1969; Tosi et Lindamood, 1975). Les résultats bruts obtenus par les sujets sont rapportés au tableau 7 (Appendice A).

L'examen des résultats au pré-test révèle les faits suivants. Au résultat global chez le groupe expérimental-1, les scores varient de 65 à 122 pour un écart de 57 points et une moyenne de 95.8. Le groupe expérimental-2 présente sensiblement la même situation avec des scores variant de 63 à 123 pour un écart de 60 points et une moyenne de 101.1. Par ailleurs, chez le groupe contrôle, les scores varient de 88 à 135 pour un écart de 47 points et une moyenne de 107.3.

## 2. Distribution des sujets au pré-test

Le tableau 1 indique la distribution des sujets de chacun des groupes au pré-test selon le résultat global obtenu. Ce tableau donne déjà un bref aperçu des similitudes et/ou des différences entre chacun des groupes.

Le tableau 1 fournit également la moyenne de chacun des groupes. La moyenne au P.O.I. obtenue par le groupe expérimental-1 est de 95.8, avec un écart-type de 14.6. Le second groupe expérimental obtient une moyenne de 101.1 avec un écart-type de 15.0 tandis que le groupe contrôle affiche une moyenne de 107.3 avec un écart-type de 11.3.

Les deux groupes expérimentaux sont assez semblables. La distribution des scores se rapproche de ce qu'on retrouverait sur une courbe normale. Le profil tiré pour le groupe contrôle se révèle par ailleurs très différent. Il semble bien en effet que la répartition dite "normale" ne soit pas respectée en ce sens qu'il y

aurait lieu de s'attendre à plus d'hétérogénéité. D'ores et déjà, le comportement du groupe contrôle nous fait douter de l'équivalence des groupes.

Tableau 1  
Distribution des sujets (nombre et pourcentage), par groupe,  
au pré-test, selon leur résultat global au P.O.I.  
(Shostrom, 1964) et moyenne des groupes

Résultat global au P.O.I.	Nombre et pourcentage (%) de sujets					
	Exp-1	%	Exp-2	%	Contrôle	%
60 à 69	1	6.3	1	6.3	0	0.0
70 à 79	1	6.3	0	0.0	0	0.0
80 à 89	2	12.4	2	12.4	1	8.3
90 à 99	5	31.3	4	25.0	2	16.7
100 à 109	4	25.0	3	18.7	3	25.0
110 à 119	2	12.4	5	31.3	5	41.7
120 à 129	1	6.3	1	6.3	0	0.0
130 à 139	0	0.0	0	0.0	1	8.3
Nombre	16	100.0%	16	100.0%	12	100.0%
Moyenne	95.8		101.1		107.3	
Ecart-type	14.6		15.0		11.3	
Age moyen	38.0		35.0		30.5	

Lors de la discussion ces résultats seront comparés à ceux obtenus dans d'autres recherches afin d'étudier et de comprendre un peu mieux la nature des groupes composant la population de cette étude.

Finalement, l'observation du tableau 1 met également en évidence le fait que plus la moyenne d'âge diminue, plus le niveau d'actualisation de soi

augmente. Ces résultats semblent contredire la théorie de Maslow. Cet aspect sera également abordé lors de la discussion des résultats.

### 3. Equivalence des groupes au début de l'expérimentation

La première analyse statistique effectuée est une analyse de différence de moyennes (test-t) entre les groupes au pré-test. Il s'agit de déterminer si, au point de départ, les groupes sont équivalents. Le tableau 2 présente les résultats obtenus aux deux échelles principales du P.O.I. (Tc et I) de même que le résultat global.

Les groupes expérimentaux, pris individuellement, sont comparés l'un à l'autre et ensuite au groupe contrôle. Puis, les deux groupes expérimentaux regroupés sont mis en comparaison avec le groupe contrôle.

La différence des moyennes entre les deux groupes expérimentaux sur les échelles Tc, I et sur le score global n'est pas significative. Il en est de même pour la différence de moyenne du groupe expérimental-2 et du groupe contrôle. Par contre, à l'échelle I la moyenne de 88.42 du groupe contrôle est significativement plus élevée que celle obtenue par le groupe expérimental-1 (78.19), diff.=10.23, p=.03. Il en est de même pour le score global (exp-1=95.75 vs contrôle=107.2), diff.=11.45, p=.02.

Comme l'étude porte sur l'impact de la formation expressive, les deux groupes expérimentaux sont regroupés et comparés au groupe contrôle afin d'évaluer leur équivalence.

Tableau 2  
Résultats des trois sous-groupes au pré-test pour les échelles  
Tc, I et globale au P.O.I. (Shostrom, 1964)

Groupe	X	E-T	Tc diff.	p	X	E-T	I diff.	p	X	E-T	Globale diff.	p
Exp-1 (16)	17.56	3.4	.19	.87	78.19	12.6	5.50	.24	95.75	14.6	5.35	.32
Exp-2 (16)	17.37	2.9			83.69	13.6			101.1	15.0		
Exp-1 (16)	17.56	3.4	1.27	.16	78.19	12.6	10.23	.03 *	95.75	14.6	11.45	.03 *
Contr. (12)	18.83	0.7			88.42	10.9			107.2	11.3		
Exp-2 (16)	17.37	2.9	1.46	.07	83.69	13.6	4.73	.31	101.1	15.0	6.10	.22
Contr. (12)	18.83	0.7			88.42	10.9			107.2	11.3		
Exp-1 + 2 (32)	17.47	3.1	1.36	.03 *	80.94	12.9	7.48	.07	98.41	14.8	8.79	.04
Contr. (12)	18.83	0.7			88.42	10.9			107.2	11.3		

\* = p<.05

Lorsque les deux groupes expérimentaux sont regroupés pour les comparer au groupe contrôle, à l'échelle I, la différence n'est pas significative bien qu'elle approche le seuil de .05,  $\text{diff.}=.7.48$ ,  $p=.07$ . Par contre à l'échelle Tc, il ressort une différence significative entre la moyenne des groupes expérimentaux et la moyenne du groupe contrôle: 17.47 vs 18.83,  $\text{diff.=1.36}$ ,  $p=.03$ . Il en est de même pour le résultat global, la différence étant significative ( $\text{diff.=8.79}$ ,  $p=.04$ ).

De nombreux facteurs peuvent probablement expliquer ces différences. Lors de la discussion des résultats, quelques éléments seront proposés afin de comprendre ce phénomène et éventuellement, éclairer la recherche future. Il importe de souligner que le groupe contrôle montre une assez forte homogénéité, contrairement à ce qu'on serait en droit de s'attendre. Par ailleurs, le groupe contrôle diffère des deux groupes expérimentaux, avec une moyenne plus élevée, une homogénéité plus grande et des sujets différents (12 vs 32).

En résumé au pré-test, les groupes expérimentaux sont considérés équivalents, de même que le groupe expérimental-2 et le groupe contrôle. Par contre, le premier groupe expérimental et les groupes expérimentaux regroupés, comparés au groupe contrôle ne peuvent être jugés équivalents.

Compte tenu de ce qui précède, le groupe contrôle ne peut être considéré comme un véritable groupe-témoin. Dans les analyses ultérieures, il faudra tenir compte de cette situation en privilégiant la comparaison de chacun des groupes par rapport à lui-même plutôt que de les comparer entre eux. Les prochaines pages présentent la vérification des hypothèses de la recherche à

savoir, l'impact d'une formation à caractère expressif sur le niveau d'actualisation de soi des participants et le maintien de ces résultats dans le temps.

### Vérification des hypothèses

#### 1. Hypothèse 1

Afin de vérifier si effectivement, le niveau d'actualisation de soi est plus élevé à la suite de la formation à caractère expressif, une analyse de différence des moyennes (test-t) est effectuée pour chacun des groupes. Le tableau 3 présente les résultats obtenus.

##### 1.1 Groupe expérimental-1

Comme les résultats l'indiquent, des différences significatives sont obtenues sur chacune des échelles. Sur l'échelle Tc, la différence de 1.75 est significative à .05. A l'échelle I, la différence de 9.06 se révèle également significative ceci, avec une probabilité plus certaine,  $p=.01$ . Il en va de même pour la différence de 10.81 au résultat global,  $p=.01$ . Ces résultats supportent globalement la première hypothèse.

##### 1.2 Groupe expérimental-2

Les conclusions dégagées pour le second groupe varient de celles du premier groupe. La différence de 7.18 à l'échelle I est significative au seuil de .02 et celle de 8.25 au résultat global est également significative à .02. Par contre, en ce qui concerne l'échelle Tc qui mesure la capacité de l'individu à vivre pleinement

l'ici et maintenant, les changements ne sont pas significatifs. A la lumière de ces résultats, l'hypothèse se confirme sur cinq des six échelles.

Tableau 3  
Résultats des groupes, du pré-test au post-test, par test-t, sur les échelles Tc, I et sur le résultat global au P.O.I.(Shostrom,1964)

Groupe	Echelle	Pré-test		Post-test		Diff.	p
		X	E-T	X	E-T		
Exp-1 (n= 16)	Tc	17.56	3.4	19.31	1.9	1.75	.05 *
	I	78.19	12.6	87.25	11.1	9.06	.01 *
	Globale	95.75	14.6	106.06	12.0	10.31	.01 *
Exp-2 (n= 16)	Tc	17.37	2.9	18.44	2.5	1.07	.07
	I	83.69	13.2	90.87	10.1	7.18	.02 *
	Globale	101.06	15.0	109.31	11.8	8.25	.02 *
Contrôle (n=12)	Tc	18.83	0.7	19.17	1.0	0.34	.37
	I	88.42	10.9	92.25	12.8	3.83	.03 *
	Globale	107.25	11.3	111.42	12.9	4.17	.03 *

\* p<.05

### 1.3 Groupe contrôle

Les résultats obtenus à l'échelle Tc ne permettent pas de conclure à un changement significatif chez le groupe contrôle. Par contre, les différences de 9.83 à l'échelle I ( $p=.03$ ) et de 4.17 au global ( $p=.03$ ) sont toutes deux significatives.

A quoi est liée l'augmentation du niveau d'actualisation de soi des sujets du groupe contrôle? Compte tenu des caractéristiques de ce dernier énumérées à

la page 81 (moyenne plus élevée au départ, homogénéité plus grande, nombre moins élevé), l'hypothèse suivante peut être avancée pour expliquer au moins partiellement de tels résultats.

Lors de la première évaluation, le groupe contrôle affiche une moyenne de 107.3 (Tableau 1), moyenne légèrement au-dessus des normes établies par Shostrom (1964) pour les gens normaux soit 104.9. Il faut se rappeler également que les sujets composant le groupe contrôle, tout comme ceux des groupes expérimentaux, ont demandé à suivre la formation mais, ils n'ont pas été sélectionnés. On peut supposer sans ambiguïté que s'ils ont fait une telle demande, c'est qu'ils y portaient un intérêt. Peut-être vivaient-ils un manque, un besoin de changer ou de s'améliorer à un niveau personnel ou professionnel.

Il est possible de poser la question suivante. Le fait d'effectuer le test peut-il avoir stimulé le changement chez des gens plus actualisés que la moyenne?

Le lecteur se rappellera que Maslow et Shostrom ont mis beaucoup d'insistance sur le fait que l'actualisation de soi est un processus et non une fin en soi. Ainsi, la personne en voie d'actualisation poursuit son cheminement continuallement. En ce sens, elle est susceptible de l'être de plus en plus. Son quotidien, l'ensemble de ce qu'elle vit mais surtout le comment elle le vit peuvent contribuer à sa croissance, au développement de son potentiel.

Dès le départ, les sujets du groupe contrôle sont plus actualisés ( $X=107.3$ ) que la moyenne des gens ( $X= 104.9$ ) et que les deux groupes expérimentaux ( $X= 95.8$  et  $101.1$ ). Ils manifestent le désir de participer à la formation. Ces facteurs, combinés à la nature des questions du test (pouvant provoquer des remises en question) de même que les éventuels contacts avec les personnes y participant (collègues, amis, etc.), pourraient peut-être supporter l'hypothèse "d'auto-apprentissage" et "d'auto-développement".

Maintenant, afin d'obtenir un meilleur éclairage des résultats, d'autres analyses sont effectuées pour étudier et nuancer ces changements. Elles sont présentées dans les pages suivantes.

## 2. Etude de l'évolution des groupes

L'analyse antérieure a permis de dégager des tendances globales pour chacun des groupes. Les conclusions permettent d'établir qu'il y a des changements positifs sur les trois échelles pour le premier groupe expérimental et sur deux échelles pour les deux autres groupes. Sachant qu'il y a un changement chez tous les groupes, on peut se demander si la nature et le niveau d'augmentation de ce dernier sont comparables.

Au résultat global, le tableau 3 présente une augmentation de 4.17 au seuil de .02 chez le groupe contrôle, de 8.25 au seuil de .02 pour le groupe expérimental-2 et de 10.31 au seuil de .01 pour le groupe expérimental-1. L'augmentation réalisée par le groupe expérimental-2 est donc deux fois plus

grande que celle du groupe contrôle alors que celle réalisée par le groupe expérimental-1 se révèle deux fois et demie plus grande.

Nonobstant le phénomène de régression vers la moyenne qui, disons-le, joue probablement moins pour un test de personnalité que pour un test d'aptitudes ou d'intelligence, cette constatation confirme l'importance du changement chez les groupes expérimentaux. En effet, en termes thérapeutiques il est généralement admis qu'il est plus difficile pour une personne partant d'un niveau très bas, par exemple son estime de soi, d'augmenter ses résultats de façon significative.

En présentant les augmentations réalisées et en tenant compte des l'écart-types, le tableau 4 donne un aperçu de la nature des changements pour l'ensemble des groupes. Ce tableau inclut également, à titre informatif, les individus qui ont diminué leurs résultats: deux personnes du groupe expérimental-1, six personnes du groupe expérimental-2 et cinq personnes du groupe contrôle. Il importe de garder toutefois en tête qu'au niveau du processus en thérapie ou encore en groupe de croissance, il n'est pas rare de constater une diminution. Celle-ci n'est souvent que temporaire; elle est le fruit du déséquilibre passager amené par de sérieuses remises en question des valeurs, des croyances, des attitudes, etc.

Les résultats du tableau 4 indiquent que les groupes expérimentaux augmentent sensiblement plus que le groupe contrôle, dans une proportion de 75% comparativement à 58% pour le groupe contrôle. La même tendance se dessine si on se limite aux augmentations plus élevées de un écart-type et plus; le

groupe contrôle hausse ses résultats pour une moyenne de 16% (16 + 0) tandis que les groupes expérimentaux augmentent de façon très significative dans 28% (21.9 + 6.3) des cas.

Tableau 4  
Distribution des sujets(nombre et pourcentage) selon le résultat global au P.O.I.(Shostrom,1964) du pré-test au post-test

Groupe	Augmentation						Diminution	
	Jusqu'à 1 E-T		De 1 à 2 E-T		2 E-T et +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Exp-1 (n=16) (e-t=14.6)	10	62.5	2	12.5	2	12.5	14	<b>87.5</b>
Exp-2 (n=16) (e-t=15.0)	5	31.3	5	31.3	0	0.0	10	<b>62.6</b>
Contrôle (n=12) (e-t=11.3)	5	41.7	2	16.6	0	0.0	7	<b>58.3</b>
Exp-1 + Exp-2 (n=32;e-t=14.8)	15	46.9	7	21.8	2	6.3	24	<b>75.0</b>
							8	25.0

Suite à cette analyse complémentaire, il semble plausible d'affirmer que la formation à la communication et à la relation d'aide qui, par ses outils, est axée sur la libération de la spontanéité, de la créativité a eu un impact sur le niveau d'actualisation de soi des participants.

### 3. Hypothèse 2

La seconde hypothèse de cette recherche se formule comme suit: cinq mois après la fin de la formation à la relation d'aide, les gains d'actualisation de soi

tels que mesurés par le P.O.I. au post-test, seront maintenus à la relance. A nouveau, c'est à l'aide d'analyses de différence des moyennes (test-t) que cette hypothèse est étudiée.

### 3.1 Groupe expérimental-1

Les résultats du tableau 5 n'indiquent aucun changement significatif pour l'ensemble des échelles étudiées. En effet, la différence de .4 à l'échelle Tc n'est pas significative,  $p= .36$ . Il en va de même pour la différence de 1.3 à l'échelle I,  $p= .29$  et celle de 1.7 au résultat global,  $p= .23$ . Ces résultats permettent de supporter la seconde hypothèse.

Tableau 5  
Evolution des groupes du post-test à la relance,  
sur les échelles Tc, I et sur  
le résultat global au P.O.I.(Shostrom,1964)

Groupe	Echelle	Post-test		Relance		Diff. et probabilité	
		X	E-T	X	E-T	Diff.	p
Exp-1 (n= 16)	Tc	19.31	1.9	19.69	1.4	0.4	.36
	I	87.25	11.1	88.56	11.2	1.3	.29
	Global	106.56	12.0	108.25	11.8	1.7	.23
Exp-2 (n= 16)	Tc	18.44	2.5	18.44	3.2	0.0	1.00
	I	90.87	10.1	90.56	14.1	-0.3	.87
	Global	109.31	11.8	109.0	16.3	-0.3	.88
Contrôle (n= 8 *)	Tc	19.00	0.9	19.12	1.6	0.1	.86
	I	94.25	13.9	96.00	13.4	1.8	.52
	Global	113.25	13.7	115.12	14.2	1.9	.52

\* : sur les 12 sujets du groupe initial, 4 n'ont pas participé à la relance.

### 3.2 Groupe expérimental-2

Comme les chiffres du tableau 5 l'indiquent, aucun changement significatif n'est retenu pour l'ensemble des échelles du groupe expérimental-2. L'échelle Tc ne présente aucune différence tandis que celle de 0.3 à l'échelle I n'est pas significative,  $p=.87$ . La différence de 0.3 établie pour le résultat global n'est pas révélatrice non plus,  $p=.88$ .

Comme pour le premier groupe expérimental, ces données supportent la seconde hypothèse puisque les résultats obtenus au post-test sont maintenus au moment de la relance.

### 3.3 Groupe contrôle

Le tableau 5 présente également les données obtenues par le groupe contrôle. Il faut noter qu'au moment du post-test, le groupe contrôle est de 12 sujets tandis qu'à la relance, il est de huit sujets.

Les résultats exposés ci-dessus démontrent une stabilité au niveau des moyennes, aucune différence n'étant jugée significative. Sur les échelles Tc et I en effet, les différences observées de 0.1 et de 1.8 n'indiquent aucun changement significatif,  $p=.86$  pour la première échelle et de  $p=.52$  pour la seconde. Le résultat global n'indique pas non plus de différence significative,  $p=.52$ . Ces résultats confirmeraient la stabilité test-retest du P.O.I. dans un intervalle de moins de huit mois.

## Synthèse et discussion des résultats

Dans cette partie du chapitre, les résultats sont discutés dans un ordre identique à leur présentation dans les pages précédentes.

### 1. Données descriptives

Les moyennes de groupe sur le P.O.I. au pré-test ont été identifiées lors de cette analyse. Le groupe expérimental-1 présente une moyenne de 95.8 ( $e-t=14.6$ ), le second groupe obtient un résultat moyen de 101.1 ( $e-t=15.0$ ) et le groupe contrôle se situe dans une moyenne de 107.3 ( $e-t=11.3$ ).

En comparant les résultats de notre population avec les résultats de 104.9 ( $e-t=11.8$ ) obtenus par Shostrom (1964) auprès d'une population américaine, il ressort que le groupe expérimental-1 est en deçà de ces résultats de près de un écart-type ( $X=95.8$ ). Le groupe expérimental-2 s'en approche avec un résultat moyen inférieur de trois points ( $X=101.1$ ). Quant à lui, le groupe contrôle se situe légèrement au-dessus avec trois points en plus ( $X=107.3$ ).

Les mêmes tendances sont remarquées en comparant les résultats de notre population avec ceux des recherches de Côté (1984) et de Prémont (1985), résultats obtenus cette fois-ci auprès d'une population canadienne-française. En effet, des moyennes de 103.1 ( $e-t=13.7$ ) et de 103.6 ( $e-t=13.5$ ) sont obtenues dans l'étude de Côté tandis qu'une moyenne semblable de 103.5 ( $e-t=13.6$ ) est relevée dans la recherche de Prémont. Quant aux résultats du premier groupe expérimental, ils tendent plus à s'approcher de ceux de Tremblay (1969) qui

obtient une moyenne de 88.7 et un écart-type de 11.7 auprès d'une population canadienne-française.

Dans son manuel du P.O.I., Shostrom (1964) rapporte de nombreuses recherches pour l'établissement des normes. L'une d'entre elles, celle de May et llardy, est particulièrement intéressante pour la présente étude puisqu'elle touche une population d'étudiantes infirmières en début de formation. L'écart-type n'étant pas disponible pour le résultat global, seules les deux échelles principales sont comparées avec les résultats de notre population. Le tableau 6 présente les moyennes de cette dernière et inclut également les moyennes de May et llardy rapportées par Shostrom pour ce groupe d'étudiantes infirmières.

Tableau 6  
Moyennes et écart-type au pré-test, pour les échelles Tc et I du  
P.O.I.(Shostrom,1964) pour l'ensemble des groupes et  
pour les populations de May et llardy

Groupe	Sujets	X Tc	E-T	X I	E-T
Exp-1	n= 16	17.56	3.4	78.19	12.6
Exp-2	n= 16	17.37	2.9	83.69	13.2
Contrôle	n= 12	18.83	0.7	88.42	10.9
May et llardy	n= 64	16.09	2.7	77.40	6.8

Les résultats obtenus par May et llardy (Shostrom,1964) auprès d'une population d'étudiantes infirmières sont les suivants: à l'échelle Tc, une moyenne de 16.09 (e-t=2.7) et à l'échelle I, une moyenne de 77.4 (e-t=6.8). Cette fois-ci à

l'échelle I, le groupe expérimental-1, malgré une performance légèrement plus élevée, tend plus à se rapprocher de ces résultats que le second groupe expérimental ou encore le groupe contrôle. A l'échelle Tc toutefois ce sont les résultats des deux groupes expérimentaux qui se rapprochent le plus des résultats de May et Ilardy.

Si on se rappelle la théorie de Maslow (1954) sur l'actualisation de soi, en fonction de l'âge, de l'expérience de vie et de la maturation, il semble qu'on puisse s'attendre à des résultats plus élevés chez une population dont la moyenne d'âge est plus forte. En ce qui a trait à la population étudiée par May et Ilardy, la moyenne d'âge n'est pas disponible. Cependant, puisqu'il s'agit d'étudiantes infirmières en début de formation, il est permis de supposer que la moyenne d'âge est inférieure à celles de nos groupes. Comme leurs résultats sont plus faibles, ceci supporterait la théorie de Maslow où l'âge est l'un des facteurs reliés à l'actualisation de soi.

Par contre, lorsque l'observateur ne regarde que les résultats des trois groupes de la présente recherche, les résultats vont dans le sens contraire de la théorie de Maslow. En effet, plus la moyenne d'âge augmente, moins le niveau d'actualisation de soi est élevé. Il faut donc s'interroger sur le critère "âge" comme facteur unique et/ou significatif au niveau de l'actualisation de soi. A ce sujet, l'hypothèse ci-dessous peut être avancée.

Le lecteur se rappellera la revue de littérature relative aux sciences infirmières. La tendance qui s'est dessinée puis imposée aux cours des dernières

décennies, c'est l'importance à accorder à la dimension psychosociale du travail de l'infirmière. De plus en plus en effet, la communication, la relation d'aide et l'actualisation de soi sont devenues des éléments dont les maisons de formation tiennent compte.

Les observations d'Audette et al. (1985), citées aux pages 17, 18 du premier chapitre, le soulignent. On peut en déduire que les contingents les plus récents d'infirmières (iers) diplômées (és) ont probablement reçu une formation dans laquelle les éléments mentionnés ci-haut occupent une place significative.

Au début de l'expérimentation, tous les sujets ont répondu à un questionnaire de renseignements d'ordre personnel et professionnel. L'examen de ces données révèlent que 44 % des participants du groupe expérimental-1 ont étudié à une époque où ces items (communication, relation d'aide et actualisation de soi) n'étaient pas privilégiés comme éléments de formation. Cet état de fait n'est vrai que pour 25 % du second groupe expérimental tandis que le groupe contrôle en compte seulement 8 %. Il n'y a qu'un pas à franchir pour supposer qu'il y a un nombre très élevé d'individus dans le groupe contrôle (92%) qui a déjà été sensibilisé en cours de formation régulière à tout l'aspect relationnel de son travail de même qu'à l'importance à accorder à son développement personnel.

Dans cette perspective, pour la population de la présente recherche, l'accent devrait donc être mis également sur le critère "contenu de formation" en plus de celui de l'"âge". Il s'agit de l'une des hypothèses qui nous apparaît la plus plausible à ce moment-ci pour expliquer la nature des résultats.

D'un autre côté, un autre facteur indissociable du facteur "âge" devrait également être pris en considération; il s'agit du facteur "éducation familiale / sociale". En effet, il nous apparaît tout à fait justifié de croire que les gens composant le premier groupe expérimental, par leur moyenne d'âge plus élevée, ont probablement reçu une éducation différente de quelques-uns des participants du second groupe expérimental et de la majorité des gens du groupe contrôle. De ce fait ils ont adopté des valeurs et des comportements différents de leurs cadets.

En effet, les gens de la nouvelle génération ont grandi dans une société qui valorise l'autonomie par rapport au dogmatisme et un "sain égoïsme" par rapport au "don de soi". De leur côté, les aînés ont reçu une éducation plus axée sur l'extérieur. Il faut également se replacer dans un contexte où des professions telles celle d'infirmière étaient embrassées dans un optique "d'être au service de". Nul doute en ce sens que le facteur "âge", par le biais du facteur "éducation", ait eu un certain impact sur les résultats obtenus en début d'expérimentation.

## 2. Equivalence des groupes au pré-test

Les résultats obtenus lors de l'analyse de différence de moyennes au pré-test soulignaient l'évidence que les trois groupes participant à cette étude ne sont pas équivalents en tous points au départ (voir tableau 2) et que le groupe contrôle ne pouvait être considéré comme un véritable groupe-témoin. Comme il a été mentionné précédemment, il existe probablement de nombreux facteurs qui peuvent expliquer ces différences.

Une des tendances ressortant de cette analyse, c'est le fait que le groupe contrôle présente une moyenne d'actualisation plus élevée. A cet effet, les hypothèses du facteur "contenu de formation" et du facteur "éducation" ont été soulevées. Par ailleurs, l'homogénéité de ce groupe a également été soulignée au début du présent chapitre.

Il pourra peut-être sembler au lecteur qu'il y a beaucoup d'accent de mis à tenter de comprendre la nature de nos groupes. Il faut cependant comprendre qu'il s'agit d'une particularité très importante à laquelle nous avons été confronté dès le départ. C'est dans cette perspective, qu'à notre avis, d'autres pistes méritent également d'être explorées. L'une d'entre elles fait maintenant le sujet des prochaines lignes.

Le lecteur se rappellera les critères de sélection des établissements de santé pour la participation aux formations, entre autres, le nombre d'années d'expérience. En regardant la moyenne d'âge de chacun des groupes, on remarque que celle-ci va en diminuant du premier groupe expérimental au groupe contrôle. D'un autre côté, comme vu précédemment, la composition des groupes révèle également que plusieurs participants du groupe expérimental-1 et que quelques-uns du groupe expérimental-2 occupent des postes cadres, coordination d'un département (infirmière-chef) ou encore assistance alors qu'on en retrouve aucun dans le groupe contrôle.

Le nombre d'années d'expérience joue certainement un rôle au niveau de l'obtention d'un poste de responsabilité. Les titulaires de tels postes ont-ils des

caractéristiques communes?" Dans le secteur hospitalier, certaines qualités sont privilégiées. Il est en effet généralement exigé de ces intervenants beaucoup de responsabilités, de précision, de structure, de contrôle et d'efficacité. D'un autre côté, les fonctions reliées à l'exercice d'un poste cadre telles que la planification et l'organisation des services, l'évaluation de ceux-ci de même que le contrôle des subalternes font appel à un bon sens d'observation et de l'organisation, à une rapidité d'exécution et à une bonne capacité de "leadership" et amènent ces personnes à se centrer davantage sur la tâche que sur le développement des personnes.

Il est possible que cette hypothèse soit quelque peu audacieuse. Une recherche future pourrait comparer des personnes de même catégorie d'âge et de même profession mais qui occupent un poste ou effectuent un travail différent.

### 3. Interprétation des résultats en fonction de la première hypothèse

#### 3.1 Première hypothèse

La première hypothèse supposait que la formation de style expressif aurait un impact favorable sur le niveau d'actualisation de soi des participants. Cette hypothèse a été vérifiée en effectuant une analyse de différence de moyenne au pré-test et au post-test. Les résultats présentés au tableau 3 démontrent une augmentation significative des résultats pour les deux groupes expérimentaux sur cinq des six échelles. Par ailleurs, l'actualisation du groupe contrôle a également augmenté de façon significative.

Que signifient ces résultats du groupe contrôle? Au chapitre précédent, le relevé de littérature conclut à la fidélité test-retest du P.O.I.. Les indices établis à la suite d'expérimentations concluent à la stabilité de l'instrument (Ilardy et May, 1968: .58; Klavetter et Mogar, 1967: .71; Nourry, 1985: .62).

Compte tenu de l'ensemble des recherches antérieures et également de la stabilité de l'instrument dans la présente expérimentation entre le post-test et la relance, il serait audacieux de conclure à une remise en question de l'instrument.

Au départ, les résultats obtenus par le groupe contrôle étaient de 18.83 à l'échelle Tc avec un écart-type de 0.7 et de 88.42 à l'échelle I avec un écart-type de 10.9. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Shostrom (1964), 18.9 à l'échelle Tc ( $e-t=2.5$ ) et 92.9 ( $e-t=11.5$ ) à l'échelle I, ces résultats étant attribués aux gens actualisés.

Comme mentionné précédemment, l'augmentation du groupe contrôle pourrait être consécutive à l'effet d'un apprentissage. Le fait que ces personnes soient intéressées au point de départ et qu'elles aient pu être stimulées par les questions mêmes du test doit retenir notre attention. Outre cette hypothèse, le changement observé entre le pré-test et le post-test chez le groupe contrôle demeure une énigme.

Par ailleurs, pour ce qui touche les groupes expérimentaux, la possibilité que l'augmentation du niveau d'actualisation soit reliée au traitement demeure

fortement admissible. L'importance du changement observé chez ceux-ci comparativement au changement du groupe contrôle le confirme.

Avant de passer à la discussion relative à la seconde hypothèse, il serait intéressant de souligner à quel(s) endroit(s) les changements ont été observés, ce qui pourrait orienter la recherche ultérieure.

### 3.2 Comparaison de la variation sur les échelles Tc et I

A la lumière des résultats présentés au tableau 3, il apparaît que les changements sont plus importants à l'échelle I qu'à l'échelle Tc. L'échelle I montre des changements pour les trois groupes tandis que l'échelle Tc ne varie que pour le premier groupe expérimental.

Il faut se rappeler que l'échelle Tc (orientation dans le temps) mesure la "compétence dans le temps" d'une personne, sa capacité de vivre l'ici et maintenant. Elle mesure également sa capacité à relier passé, présent et futur dans une perspective de continuité c'est à dire que le passé et le futur, tout en étant importants, n'ont pas prépondérance sur ce qui se passe au présent. De son côté, l'échelle I (direction du comportement) mesure chez l'individu sa capacité d'agir à partir de son propre cadre de référence plutôt que d'agir en fonction des stimuli ou des pressions extérieures.

Il pourrait être intéressant dans de futures études de chercher à comprendre les raisons des changements plus importants à l'échelle I. Une formule expressive de nature expérientielle amène constamment le participant à

se centrer sur lui-même donc, à être beaucoup plus en contact avec son senti, ses émotions, etc. Ce regard intérieur permet des prises de conscience et favorise la croissance. Il est possible que le sentiment de bien-être qui en résulte se révèle être une puissante incitation à poursuivre dans cette voie. Il s'agit d'une avenue qui gagnerait à être approfondie dans des recherches ultérieures.

### 3.3 Interprétation des résultats en fonction de la seconde hypothèse

La seconde hypothèse de cette recherche supposait que les résultats obtenus sur le P.O.I. au post-test seraient maintenus après un intervalle de cinq mois. Comme il a été mentionné, cet intervalle a différé un peu selon les groupes (de quatre à six mois) dépendamment des disponibilités et des contraintes des milieux de travail.

Les données présentées au tableau 5 supportent globalement cette hypothèse. Les résultats confirment que les acquisitions des participants ont été bien intégrées en ce sens qu'elles se maintiennent après un intervalle de quatre à six mois. Cette partie de l'étude va dans le même sens que les recherches qui appuient la fidélité test-retest du P.O.I. en deça d'un intervalle de huit mois.

Ce qui attire l'attention dans les cadres du présent mémoire, c'est que les gains obtenus par les participants à la formation à la communication et à la relation d'aide se sont stabilisés. Certains doutes auraient pu être soulevés à l'effet que la seconde évaluation ait eu lieu immédiatement après un "bain" intensif de formation. Le lecteur est conscient en effet que ces 30 heures/semaine pendant

trois semaines constituent un espace privilégié pour la croissance, d'autant plus que l'impact déborde largement ces 30 heures/semaine. En effet, il va de soi que les participants restaient présents au contenu, au contexte de la journée même lorsque en soirée, ils se retrouvaient dans leur cadre naturel de vie. Certains poursuivaient la journée par des lectures, par des réflexions puis des prises de conscience ou encore, par le partage avec le conjoint. Bref, l'effet était complet, se poursuivant au delà du 30 heures.

En résumé, il est peut-être normal de s'attendre à ce que les individus changent lorsqu'ils sont soumis à de telles conditions intensives. La formule même de la formation expressive se prête à une foule d'expériences privilégiées qui amènent l'individu à un contact étroit avec lui-même et avec autrui. Le fait que l'augmentation se soit maintenue après quelques mois donne plus de force aux acquisitions des participants au cours de la formation.

### Résumé

Les hypothèses relatives à cette étude ne sont supportées que partiellement par les résultats. L'hypothèse première suggérait que la formation expressive à la communication et à la relation d'aide aurait un impact positif sur le niveau d'actualisation de soi des participants. Les résultats obtenus par les groupes expérimentaux vont dans ce sens puisqu'il ressort des augmentations significatives pour la majorité des sujets, sur cinq des six échelles. Par ailleurs, le comportement du groupe contrôle, qui lui aussi augmente ses résultats, est étudié un peu plus en profondeur afin de cerner les raisons de cette augmentation. Les

analyses subséquentes ont alors apporté un éclairage permettant de conclure à un effet du traitement chez les deux groupes expérimentaux.

Quant à la seconde hypothèse, les résultats obtenus pour la vérifier la supportent globalement puisque les acquis révélés par les participants se sont maintenus après un intervalle de quatre à six mois. Malgré une légère augmentation liée au processus même d'actualisation de soi, les différences n'étaient pas significatives entre le post-test et la relance.

## Résumé et conclusion

Parmi les éléments qui ont suscité la présente recherche figurent d'une part, la volonté de répondre aux besoins d'apprentissage exprimés par des infirmières(iers) au niveau de la relation d'aide et d'autre part, l'intérêt pour approfondir ce qui influence le niveau d'actualisation de soi d'un individu. Toutefois, le moteur principal conduisant cette étude est l'utilisation du psychodrame dans le cadre d'une formation à la relation d'aide et à la communication. En effet, malgré le nombre important de recherches sur l'actualisation de soi, aucune n'avait eu le souci de mesurer ce concept en relation avec l'utilisation de techniques psychodramatiques.

La présente étude s'inscrit dans le contexte de formations expressives à la communication et à la relation d'aide. Ces formations furent offertes à du personnel infirmier oeuvrant dans divers établissements de santé de la région de la Mauricie. L'hypothèse centrale mesure l'impact d'une formation de nature expressive sur le niveau d'actualisation de soi des participants tandis que la seconde hypothèse vérifie le maintien de ces résultats après un intervalle de quelques mois.

L'utilisation du psychodrame comme outil privilégié dans le contexte de ces formations permet d'amener des changements chez les sujets y participant. Le niveau d'actualisation de soi tel que mesuré par le P.O.I. sur les échelles

principales (I, Tc) et sur le score global présente une augmentation significative pour plusieurs sujets. Par ailleurs, ces acquisitions se maintiennent dans le temps.

La relation d'aide ne peut être réservée au seul domaine de la psychologie et en ce sens, bien que les infirmières (iers) ne soient pas des psychologues, il est dorénavant admis que la relation d'aide a une importance déterminante dans l'ensemble des soins infirmiers. La présente recherche confirme qu'il est possible de former des infirmières (iers) à la relation d'aide tout en leur assurant également un développement personnel ou "savoir-être" sans lequel le "savoir-faire" ne peut prétendre au maximum.

Suite à ce qui précède et aux résultats obtenus dans cette étude, il nous apparaît important d'intensifier les efforts pour habiliter les infirmières (iers) à ce niveau. Dans cette perspective, les milieux de formation en collaboration avec les milieux de santé se doivent de continuer et d'intensifier la mise en commun de leurs efforts et ressources afin que la formation et le perfectionnement en relation d'aide soient accessibles pour toute infirmière.

Etant donné les résultats positifs obtenus via le psychodrame et sa nature expérientielle favorisant à la fois le développement personnel et l'acquisition d'attitudes adéquates au niveau de la relation d'aide, il serait souhaitable d'étendre l'utilisation de celui-ci comme moyen d'apprentissage. Par ailleurs, d'autres recherches utilisant la formule expressive du psychodrame sont nécessaires afin de confirmer le degré et la nature de l'efficacité de cette approche.

Une des particularités rencontrée au cours de notre expérimentation est le "comportement" inattendu du groupe contrôle. La recherche sur le terrain comporte parfois de ces impondérables avec lesquels il faut compter. La présente étude n'a pu apporter d'explications finales à ce sujet. Tout au plus, a-t-il été permis d'émettre certaines hypothèses telles que le niveau élevé d'actualisation de soi du groupe contrôle dès le départ, la formation initiale et l'éducation différentes reçues par ce groupe en comparaison des groupes expérimentaux. Quoiqu'il en soit, si une expérience du même type se renouvelait, il serait important de voir à ce que les critères de sélection permettent une plus grande hétérogénéité des groupes afin que chacun de ceux-ci soit réellement représentatif de la population.

Finalement, les changements positifs observés au cours de l'expérimentation semblent toucher davantage les attitudes liées à la direction du comportement (I) que celles de l'orientation dans le temps (Tc). Il serait intéressant dans une étude ultérieure d'explorer les facteurs susceptibles de favoriser l'émergence de changements au niveau de cette dernière échelle.

## Appendice A

Tableau 7

Résultats obtenus pour chaque sujet au P.O.I. (Shostrom, 1964), pour les échelles Tc, I et le résultat global, au pré-test (A), au post-test (B) et à la relance (C)

Sujet	A			B			C		
	Tc	I	Global	Tc	I	Global	Tc	I	Global
Exp-1-01	20	91	111	19	94	113	22	105	127
Exp-1-02	21	90	111	21	98	119	21	95	116
Exp-1-03	22	83	105	21	92	113	21	92	113
Exp-1-04	11	85	96	16	91	107	17	84	101
Exp-1-05	15	68	83	20	76	96	19	77	96
Exp-1-06	17	57	74	18	63	81	19	67	86
Exp-1-07	11	54	65	19	91	110	18	88	106
Exp-1-08	19	75	94	21	79	100	22	81	103
Exp-1-09	18	82	100	20	82	102	20	87	107
Exp-1-10	18	89	107	21	92	113	20	93	113
Exp-1-11	18	82	100	19	101	120	19	102	121
Exp-1-12	19	80	99	22	92	114	20	94	114
Exp-1-13	20	102	122	21	97	118	20	106	126
Exp-1-14	19	72	91	15	71	86	19	76	95
Exp-1-15	13	71	84	19	99	118	19	94	113
Exp-1-16	20	70	90	17	78	95	19	76	95
Exp-2-17	20	94	114	21	101	122	21	100	121
Exp-2-18	19	84	103	17	71	88	19	66	85
Exp-2-19	21	68	89	21	96	117	21	91	112
Exp-2-20	19	92	111	20	89	109	21	100	121
Exp-2-21	15	78	93	19	96	115	20	92	112

Tableau 7 (suite)

Résultats obtenus pour chaque sujet au P.O.I. (Shostrom,1964), pour les échelles Tc, I et le résultat global, au pré-test (A), au post-test (B) et à la relance (C)

Sujet	A			B			C		
	Tc	I	Global	Tc	I	Global	Tc	I	Global
Exp-2-22	16	85	101	21	104	125	21	105	126
Exp-2-23	16	70	86	20	90	110	19	74	93
Exp-2-24	10	53	63	13	75	88	9	66	75
Exp-2-25	17	78	95	15	78	93	14	74	88
Exp-2-26	17	106	123	18	103	121	16	97	113
Exp-2-27	21	86	107	21	86	107	17	93	110
Exp-2-28	19	94	113	20	103	123	21	112	133
Exp-2-29	13	77	90	15	87	102	19	87	106
Exp-2-30	19	93	112	18	92	110	19	97	116
Exp-2-31	19	99	118	17	97	114	19	107	126
Exp-2-32	17	82	99	19	86	105	19	88	107
Cont.-33	19	99	118	18	110	128	21	107	128
Cont.-34	19	82	101	20	85	105	17	76	93
Cont.-35	19	106	135	20	110	130	21	108	129
Cont.-36	18	70	88	20	72	92	20	83	103
Cont.-37	19	100	119	19	107	126	18	108	126
Cont.-38	17	83	100	18	84	102	18	82	100
Cont.-39	20	96	116	18	94	112	20	100	120
Cont.-40	19	77	96	21	90	111	- -	- -	- -
Cont.-41	19	78	97	18	78	96	- -	- -	- -
Cont.-42	19	84	103	19	82	101	- -	- -	- -
Cont.-43	19	93	112	20	103	123	- -	- -	- -
Cont.-44	19	93	112	19	92	111	18	104	122

## Remerciements

L'auteure exprime toute sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur René Marineau, Ph.D. de même qu'à son co-directeur, monsieur Gilles Dubois, Ph.D., professeurs au département de psychologie à l'U.Q.T.R.

Des remerciements vont également à monsieur Daniel Dumont pour son aide lors du traitement statistique. De plus, l'auteure exprime ses remerciements sincères à madame Carol Kane pour l'aide apportée au traitement de texte, de même que pour sa disponibilité, sa patience et sa complicité.

Finalement, l'auteure tient à souligner sa gratitude à Michel, son compagnon de vie, pour son support moral et affectif. De même, la compréhension et la patience témoignées par ses enfants Christian, Annie et Pierre-Marc, ont contribué au succès de cette démarche.

## Références

- ABBOT, R.D., HARRIS, L. (1973). Social desirability and psychosocial desirability and psychometric characteristics of the Personal Orientation Inventory. Educational and psychological measurement, 33, (No 2), 427-432.
- ALLEN, T.W. (1972). Psychological openness and counselor effectiveness: a further investigation. Journal of personality assessment, 36, (No 1), 13-18.
- ALLPORT, G. (1955). Becoming: basic considerations for a psychology of personality. New Haven: Yale University Press.
- ANZIEU, D. (1979). Le psychodrame analytique. 2ième édition. Paris: Presses Universitaires de France.
- APPELL, M.L. (1963). Self-understanding for the guidance counselor. Personnel and guidance journal, 42, 143-148.
- ARBUCKLE, D.S. (1966). The self of counselor. Personnel and guidance journal, 44, 807-812
- ARONSON, D.E., AKAMATSU, T.J., PAGE, H.A. (1982). An initial evaluation of a clinical psychology practicum training program. Professional psychology, 13, 610-619.
- AUDETTE, C., ST-AMOUR, G., LAMBERT, J. (1985). Communication en soins infirmiers. Montréal: Décarie.
- AUGER, L. (1972). Communication et épanouissement personnel. La relation d'aide. Montréal: CIM, Editions de l'homme.
- BANET, A.G. (1976). Creative psychotherapy: a source book. USA: University Associates.
- BATH, K.E., CALHOUN, R.O. (1977). The effects of professional counselor training on empathy: continued cause for concern. Counselor Education and Supervision, 17, 98-106.
- BEAUDOIN, C. (1983). Concept de soi et empathie. Mémoire inédit de maîtrise. Université du Québec à Trois-Rivières.
- BEAUMONT, C. (1984). Interrelations et rythme d'évolution de l'image du corps et de l'actualisation de soi chez des étudiants en psychologie. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.

- BECKER, H., SANDS, D. (1988). The relationship of empathy to clinical experience among male and female nursing students. Journal of nursing education, 27, (No 5), 198-203.
- BERENSON, B., CARKHUFF, R.R., MYRUS, P. (1966). The interpersonal functioning and training of college students. Journal of counseling psychology, 13, 441-446.
- BERGIN, A.E., GARFIELD, S.L. (1971). Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. New-York: Wiley.
- BERGIN, A.E., JASPER, L.G. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: a replication. Journal of abnormal psychology, 74, 477-481.
- BLOUIN, A. (1973). Liens entre l'actualisation de soi et l'empathie chez le conseil. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal.
- BOUR, P. (1972). Le psychodrame et la vie. Suisse: Delachaux et Niestlé.
- BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: II, some principle of psychotherapy. British journal of psychiatry, 130, 421-431.
- BRAUN, J. R., LAFARO, D. (1969). A further study of the fakability of the Personal Orientation Inventory. Journal of clinical psychology, 25, 296-299.
- BRAMMER, L.M. (1973). The helping relationship. Process and skills. New-Jersey: Prentice-Hall.
- BRAMMER, L.M., SHOSTROM, E. (1968). Therapeutic psychology. New-Jersey: Prentice-Hall.
- BRENNER, D. (1982). The effective psychotherapist. Conclusions from practice and research. New-York: Pergamon Press.
- BRUCH, H. (1974). Learning psychotherapy. Cambridge, Massa.: Harvard University Press.
- BULBROOK, M.J.T. (1980). Development of therapeutic skills. Boston: Little, Brown and Compagny.
- CARKHUFF, R. R. (1969). Helping and human relations. Vol I-II, New-York: Holt, Rinehart and Winston.

- CARKHUFF, R.R., TRUAX, C.B. (1965). Training in counseling and psychotherapy: an evaluation of an integrated didactic and experiential approach. Journal of consulting psychology, 29, (No 4), 333-336.
- CARKHUFF, R.R., BERENSON, B.G. (1967). Beyond counseling and therapy. New-York: Holt, Rinehart and Winston.
- CARLSON, K.W. (1974). Increasing verbal empathy as function of feedback and instruction. Counselor Education and Supervision, 13, 208-213.
- CHALIFOUR, J. (1982). La relation d'aide en soins infirmiers: une réalité souvent ignorée. L'Union médicale du Canada, tome 111,620-623.
- CHARBONNEAU, B.L. (1973). Un entraînement systématique à un comportement verbal empathique dans un contexte bilingue. Thèse de doctorat inédite, Université d'Ottawa.
- CIRCE, CERT. (1980). Spéculaire, spectaculaire et psychodrame. Talence, France: Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine
- COREY, G., COREY, M.S., CALLANAN, P. (1979). Professional and ethical issues in counseling and psychotherapy. Monterey, Californie: Brooks/Cole.
- COTE, ABRANAVEL, JACQUES, BELANGER. (1986). Individu, groupe et organisation. Canada: Gaétan Morin.
- COTE, D. (1984). Relations entre l'empathie et l'actualisation de soi au début et à la fin d'une formation à la relation d'aide. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- CRABB, W.T., MORACCO, J.C., BENDER, R.C. (1983). A comparative study of empathy training with programmed instruction for lay helpers. Journal of Counseling Psychology, 30, 221-226.
- DAMN, N.J. (1969). Overall measures of self-actualization derived from the Personal Orientation Inventory. Educational and psychological measurements, 29, 977-981.
- DANIELS, T. G., DENNY, A., ANDREWS, D. (1988). Using microcounseling to teach RN nursing students skills of Newfoundland. Journal of nursing education, 27, (No 6), 246-252.
- DAVAL, R. (1963). Traité de psychologie sociale. tome 1, Paris: Presses Universitaires de France.

- DAVAL, R. (1970). Traité de psychologie sociale. tome 2, Paris: Presses Universitaires de France.
- DEMARET, G., DREZE, M. (1984). Critique de l'utilisation expérimentale du modèle théorique de Robert R. Carkhuff. Bulletin de psychologie, 37, 401-407.
- DESPARD-LEVEILLEE, L. (1977). Actualisation de soi et style de valorisation dans le secteur de l'éducation. Thèse de maîtrise inédite. Université de Montréal.
- DUBE, M. et al. (1981). Empathie et processus d'intervention. Revue québécoise de psychologie, 2, 33-40.
- DUBE, M., PELLERIN, A., DUBOIS, G. (1987). L'entraînement à l'empathie et la style de valorisation. Revue canadienne des sciences du comportement, 19, 16-24.
- ECKER, J.R., WATKINS, J.K. (1975). Effects of response set and psychological knowledge on answers to the Personal Orientation Inventory. Journal of clinical psychology, 31, 275-279.
- EYSENCK, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of consulting psychology, 16, 319-324.
- FISHER, G. (1968). Performance of psychopathic felons on a measure of self-actualization. Educational and psychological measurements, 28, 561-563.
- FISHER, J.M. (1981). A continuing education workshop on human relations skills. Nursing papers, 13, (No 3), 27-37.
- FOULDS, M.L. (1969). Self-actualization and the communication of facilitative conditions during counseling. Journal of counseling psychology, 16, (No 2), 132-136.
- FOULDS, M.L., WAREHIME, R.G. (1971). Effects on a "fake good" response set on a measure of self-actualization. Journal of counseling psychology, 18, (3), 279-280.
- FOX, J. (1965). On the clinical use of the Personal Orientation Inventory (POI). Rapport miméographié.

- FOX, J., KNAPP, R.R., MICHAEL, W.B. (1968). Assessment of self-actualization of psychiatric patients: validity of the Personal Orientation Inventory. Educational and psychological measurement, 18, (No.2), 565-569.
- FROMM, E. (1947). Man for himself. New-York: Rinehart.
- GANONG, J.M., GANONG, W.L. (1980). Nursing management. Maryland: Aspen publication.
- GARNIER, P. BONNOT-MATHERON, S. (1981). Le psychodrame, une psychothérapie analytique. Paris: E.S.F.
- GLADSTEIN, G.A. (1977). Empathy and counseling outcome: an empirical and conceptual review. Counseling psychologist, 6, (No.4), 70-78.
- GOLDMAN, J.A., OLCZAK, P.U. (1975). Self-actualization and the act of volunteering: further evidence for the construct validity of the Personal Orientation Inventory. Journal of clinical psychology, 31, 287-291.
- GOLDSTEIN, K. (1939). The organism. New-York: American Book.
- GRATER, M.R. (1968). Effects of knowledge of characteristics of self-actualization and faking of a self-actualized response on Shostrom's Personal Orientation Inventory. Thèse de maîtrise inédite. Université de Toledo.
- GREENBERG, I.A. (1968). Psychodrama and audience attitude change. California: Thrysus.
- GROSSACK, M.M., ARMSTRONG, T., LUSSIEV, G. (1966). Correlates of self-actualization. Journal of humanistic psychology, 6, 87-88.
- HALEY, J. (1969). The art of being a failure as a therapist. American journal of orthopsychiatry, 39, 691-695.
- HACKNEY, H. (1978). The evolution of empathy. Personnel and guidance journal, 57, 35-38.
- HENDERSON, V. (1966). The nature of nursing. New-York: Macmillan.
- HENDERSON, V., NITE, G. (1955). Principles and practice of nursing. New-York: Macmillan.
- HETU, J.L. (1986). La relation d'aide. Montréal: Les Editions du Méridien.

- HOGAN, H.W., MCWILLIAMS, J.M. (1978). Factors related to self-actualization. Journal of psychology, 100, 117-122.
- HORNEY, K. (1939). New ways in psychotherapy. New-York: Norton.
- HORNEY, K. (1950). Neurosis and human growth. New-York: Norton.
- ILARDY, R.L., MAY, W.T. (1968). A reliability study of Shostrom's Personal Orientation Inventory. Journal of humanistic psychology, 8, 68-72.
- JACOB, D., WILLIAMS, J. (1983). Clinical theory and scientism: empathy research as a case study. Journal of humanistic psychology, 23, 79-96.
- JOURARD, S.M. (1964). La transparence de soi. Ste-Foy: St-Yves, 1985.
- JOURARD, S.M. (1968). Disclosing man to himself. New-York: Van Nostrand.
- JOURARD, S.M., LANDSMAN, T. (1980). Healthy personality: an approach from the view point of humanistic psychology. New-York: Macmillan.
- JUNG, C.G. (1933). Dialectique du moi et de l'inconscient. Paris: Gallimard, 1964.
- JUNG, C.G. (1954). Collected works. The development of personality. Vol. 17, New-York: Pantheon.
- KAUFFMAN, M. (1978). On developing empathy sharing the patients experience. American journal of nursing, 78, (No 5), 860-862.
- KAY, E., LYONS, A., NEWMAN, W., MAHKN, D. (1978). A test-retest study of P.O.I.. Journal of humanistic psychology, 18, (2), 87-89.
- KEPICS, J.G. (1979). Tracking errors in psychotherapy. American journal of psychotherapy, 33, 365-377.
- KLAVETTER, R.E., MOGAR, R.E. (1967). Stability and internal consistency of a measure of self-actualization. Psychological reports, 21, 422-424.
- KNAPP, R.R. (1965). Relationship of a measure of self-actualization to neuroticism and extraversion. Journal of consulting psychology, 29, 168-172.
- KNAPP, R.R. (1971). The measurement of self-actualization and its theoretical implications. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

- KNAPP, R.R. (1976). Handbook for Personal Orientation Inventory. San Diego, California: Edit publishers.
- KNAPP, R.R., COMREY, A.L. (1973). Further construct validation of a measure of self-actualization. Educational and psychological measurement, 33, (No.2), 419-425.
- KOSHY, K.T. (1983). The art of listening. Nursing times, 74, (No 50), 38.
- LAMBERT, M.J., DE JULIO, S.S., STEIN, D.M. (1978). Therapist interpersonal skills process, outcome, methodological considerations, and recommandations for further research. Psychological bulletin, 85, 467-489.
- LAMBERT, M.J., SHAPIRO, D.A., BERGIN, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy, in S.L. Garfield, A.E. Bergin (Ed.): Handbook of psychotherapy and behavior change. (3 ième éd). New-York: Wiley.
- LAMONICA, E.L. (1982). Empathy can be learned. Nursing educator, 7, (No 6), 7-12.
- LAMONICA, E.L., KARSHMER, J.F. (1978). Empathy: educating nurses in professional practice. Journal of nursing education, 17, (No 2), 3-11.
- LAZURE, H. (1987). Vivre la relation d'aide. Ville Mont-Royal, Canada: Décarie.
- LEAK, G.K. (1984). A multidimensional assessment of the validity of the Personal Orientation Inventory. Journal of personality assessment, 48, (1), 37-41.
- LECOMTE, C., CASTONGUAY, L.-G. (1987). Rapprochement et intégration en psychothérapie. Montréal: Gaétan Morin Ed.
- LE MAY, M.L., DAMN, V.J. (1968). The Personal Orientation Inventory as a measure of the self-actualization of underachievers. Measurement and evaluation in guidance, 1, 110-114.
- LESH, T.V. (1970). Zen meditation and the development of empathy in counselors. Journal of humanistic psychology, 10, 39-74.
- LESSARD, L.M. (1984). Les attentes du domaine affectif dans l'apprentissage des soins infirmiers en milieu clinique psychiatrique. Collège de Valleyfield.
- LEUTZ, G.A. (1985). Mettre sa vie en scène, le psychodrame. Paris: EPI.
- LEWIN, K. (1938). A dynamic theory of personality. New-York: Mc Graw Hill.

- LUBORSKY, L., AVERBACH, A.H., CHANDLER, M., COHEN, J. (1971). Factor influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychological bulletin, 75, 145-185.
- MAHONEY, J. (1974). Self-actualization and value structure: an empirical investigation. Psychological reports, 35, 979-985.
- MARINEAU, R. (1989). J.L. Moreno et la troisième révolution psychiatrique. Paris: Métailié.
- MARTIN, J.C., CARKUFF, R.R. (1968). Changes in personality and the interpersonal functionning of counselors in training. Journal of clinical psychology, 24, 109-110.
- MASKIN, M.B. (1974). Differential impact of student counselor's self-concept on clients' perceptions of therapeutic effectiveness. Psychological reports, 34, 967-969.
- MASLOW, A. (1954). Motivation and personality. New-York: Harper, 1970.
- MASLOW, A. (1971). The farther reaches of human nature. New-York: Vicking Press.
- MASLOW, A. (1972). Vers une psychologie de l'être. Paris: Fayard.
- MAY, R. (1953). Man's search for himself. New-York: Norton.
- MC CLELLAND, D.C., ATKINSON, J.W., CLARK, R.A., LOWELL, E.L. (1953). The achievement motive. New-York: Appleton Century.
- MCLAIN, E.W. (1970). Further validation of the Personal Orientation Inventory: assessment of self-actualization of school counselors. Journal of consulting and clinical psychology, 35, 21-22.
- MORENO, J.L. (1954). Les fondements de la sociométrie. Paris: Presses Universitaires de France.
- MORENO, J.L. (1965). Psychothérapie de groupe et psychodrame. Paris: Presses Universitaires de France.
- MORENO, J.L. (1972). Théâtre de la spontanéité. France: EPI, 1984.

- MUCCHIELLI, R. (1970). L'entretien de face à face dans la relation d'aide. Paris: ESF.
- NERON, S. (1978). Une méthode d'observation et la description du changement individuel lors d'un groupe de croissance personnelle avec accent en travail corporel. Mémoire de maîtrise inédit: Université du Québec à Trois-Rivières.
- NOURY, C. (1983). Actualisation de soi et styles de valorisation: une étude corrélationnelle. Mémoire de maîtrise inédit: Université du Québec à Trois-Rivières.
- OREM, D.E. (1971). Nursing: concepts of practice. New-York: Mc Graw Hill.
- ORLANDO, I. (1961). The dynamic nurse-patient relationship. New-York: Putnam's Sons.
- PAGES, M. (1959). Eléments d'une sociothérapie de l'entreprise. Hommes et techniques, (No 169), 158-170.
- PAGES, M., (1962). Réflexions sur la relation maître-élèves, Education nationale, (No 22), 18-21.
- PAGES, M. (1965). L'orientation non-directive en psychothérapie et en psychologie sociale. Paris: Dunod.
- PATERSON, J. et ZDERAD, L. (1976). Humanistic nursing. New-York: Wiley Biomedical.
- PAUL, D., (1981). La relation d'aide. L'infirmière canadienne, 25-28.
- PAUL, D., HAGAN, L., LAMBERT, J. (1985a). 15 ans après le rapport Castonguay-Nepveu, les infirmières ont-elles adopté l'approche globale des services de santé au Québec? Nursing Québec, 5, (No 7), 19-23.
- PAUL, D., HAGAN, L., LAMBERT, J. (1985b). Etude descriptive des attitudes et comportements des infirmier(ière)s du Québec à l'égard de l'orientation globale de la santé et des facteurs associés à ces attitudes et comportements, Rapport de recherche, RS-655 582-1, volet infirmière, C.Q.R.S., Québec.
- PEPLAU, H.E. (1952). Interpersonal relations in nursing. G.P. Putnam's Sons, New-York.
- PERRON, R. (1959). La conception de soi comme facteur de comportement. Psychologie Française, 4, 58-68.

- PREMONT, S. (1985). Actualisation de soi et communication empathique chez des étudiants en formation à la relation d'aide. Mémoire de maîtrise inédit: Université du Québec à Trois-Rivières.
- PREScott, M.R., CAVATTA, J.C., ROLLINS, K.D. (1977). The fakability of the Personal Orientation Inventory. Counselor education and supervision, 17, 116-120.
- RAIMY, J.C. (1948). Self-reference in counseling interview. Journal of consulting psychology, 12, 153-163.
- RAINVILLE, T. (1981). La formation systématique à la relation d'aide, aujourd'hui un besoin impérieux. L'infirmière canadienne, 23, 25-29.
- RICHARD, F. (1986). Relation entre l'actualisation de soi et la satisfaction sexuelle. Mémoire de maîtrise inédit: Université du Québec à Trois-Rivières.
- ROGERS, C.R. (1942). Counseling and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of consulting psychology, 21, 95-103.
- ROGERS, C.R. (1957b). Personal thoughts on teaching and learning. Merrill-Palma Quaterly, 3, 241-243.
- ROGERS, C.R. (1959). Significant learning in therapy and in education. Educational leadership, 16, 232-242.
- ROGERS, C.R. (1968). Le développement de la personne. Paris: Dunod.
- ROGERS, C.R. (1970). The process equation of psychotherapy. In, HART, J.T., TOMLINSON, T.M. (Eds): New directions in client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin, 190-205.
- ROGERS, C.R. (1975a). Empathic: an unappreciated way of being. Counseling psychologist, 5, 2-10.
- ROGERS, C.R. (1975b). La relation d'aide et la psychothérapie. Vol.2. Paris: ESF.
- ROGERS, C.R., KINGET (1964). Psychothérapie et relations humaines. Louvain: Publications universitaires.

- ROY, C. (1976). Introduction to nursing: an adaptative model. New-Jersey: Prentice Hall.
- SELFridge, E.F., VANDER KOLK, C. (1976). Correlates of counselor self-actualization and client perceived facilitativeness. Counselor education and supervision, 15, 189-194.
- SCHUTZENBERGER, A.A. (1970). Précis de psychodrame. Paris: Editions Universitaires.
- SCHUTZENBERGER, A.A. (1972). L'observation des groupes de formation et de thérapie. Paris: EPI.
- SCHUTZENBERGER, A.A. (1975). Introduction au jeu de rôle. Toulouse: Edouard Privat.
- SCHUTZENBERGER, A.A. (1981). Le jeu de rôle. Paris: ESF.
- SHERTZER, B., STONE, S.C. (1980). Fundamentals of counseling. 3ième édition. Boston: Houghton Mifflin.
- SHOSTROM, E.L. (1964). A inventory for the measurement of self-actualization. Educational and psychological measurement, 24, (2), 207-217.
- SHOSTROM, E.L. (1967). Man, the manipulator: the inner journey from manipulation to actualization. Bantam book, Abingdon press.
- SHOSTROM, E.L. (1972). Freedom to be: experiencing and expressing your total being. Eagle Woods Cliffs, New-Jersey: Prentice Hall.
- SHOSTROM, E.L. (1973). Comment on a test review: The Personal Orientation INventory. Journal of counseling psychology, 20, 479-481.
- SHOSTROM, E.L. (1974). Manual for the Personal Orientation Inventory. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service.
- SHOSTROM, E.L. (1976). Actualizing therapy: Foundations for a scientific ethic. San Diego Edits.
- SHOSTROM, E.L., KNAPP, R. (1966). The relationship of a measure of self-actualization (P.O.I.) to a measure of pathology (MMPI) and to therapeutic growth. American journal of psychotherapy, 20, 193-202.

- SILVERSTEIN, A.B., FISHER, G. (1972). Item overlap and "built-in" factor structure of the P.O.I. Psychological reports, 31, (No.2), 492-494.
- SILVERSTEIN, A.B., FISHER, G. (1973). Internal consistency of P.O.I. scales. Psychological reports, 32, 33-34.
- STEILBERG, B. (1976). The Personal Orientation Inventory: the effects of "fake good" instructions on students nurses. Gedray: voor psychologie, 4, (No.2), 108-113.
- STRUSS, H. (1978). The therapist's theoretical orientation: an overated variable. Psychotherapy: theory, research and practice, 15, 314-317.
- TARASUK, M.B. et autres (1965). An experimental test of the importance of communication skills for effective nursing. dans Social interaction and practice care. Skipper et Leonard Ed. Philadelphie.
- TEBOUL, J., TEBOUL, M. (1974). Techniques et techniciens de groupes: du psychodrame à la créativité. Paris: Institut de l'Environnement.
- TOLBERT, E.L. (1978). An introduction to guidance. Boston: Little, Brown.
- TOSI, D.J., LINDAMOOD, C.A. (1975). The measurement of self-actualization: a critical review of the Personal Orientation Inventory. Journal of personality assessment, 39, (3), 215-224.
- TRAVELBEE, J. (1969). Intervention in psychiatric nursing. Philadelphie: F.A. Davis.
- TRUAX, C.B. (1961). A scale for the measurement of accurate empathy. Psychiatric institute bulletin, 1, 12 (2).
- TRUAX, C.B., CARKUFF, R.R. (1967). Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice. Chicago: Aldine.
- TRUAX, C.B., MITCHELL, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills, in relation to process outcome. In, BERGIN, A.E., GARDFIELD, S. (Eds): Handbook of psychotherapy and behavior change. New-York: Wiley, 299-344.
- UJHELEY, G. (1968). Determinants of the nurse-patient relationship. Springer publishing Co. New-York.

- WAREHIME, R.G., FOULDS, M.L. (1973). Social desirability response, sets and a measure of self-actualization. Journal of humanistic psychology, 13, (No.1), 89-95.
- WAREHIME, R.G., ROOTH, O.K., FOULDS, M.L. (1974). Knowledge about self-actualization and the presentation of a self as self-actualized. Journal of personality and social psychology, 30, (No.1) 155-162.
- WEIR, W.R., GADE, E.M. (1969). An approach to counseling alcoholics. Rehabilitation counseling bulletin, 12, 227-230.
- WIEDENBACH, E. (1964). Clinical nursing: a helping art. New-York: Springer.
- WILLIAM, L.J. (1978). Patient role-play by learners. Nursing Times, 74, (No34), 1402-1406.
- WINBORN, B.B., ROWE, W. (1972). Self-actualization and the communication of the facilitation conditions- a replication. Journal of counseling psychology, 19, 26-29.
- WISE, G.W., DAVIS, J.E. (1975). The Personal Orientation Inventory: internal consistency, stability and sex differences. Psychological reports, 36, (No.3), 847-855.